

Hábitos de salud de los escolares de una institución pública en el municipio de Soledad (Atlántico)

Health-related habits of preteens at a public institution in the village of Soledad (Atlántico)

Rafael Tuesca Molina¹, Edgar Navarro Lechuga², Ana Medina Torres³, Irina Molina Pérez³, Natalie Náder Nisperuza³, Laura Numa Bermúdez³

Resumen

Objetivo: Identificar los hábitos de salud en escolares de una institución pública en el municipio de Soledad (Atlántico).

Material y Métodos: Estudio descriptivo transversal con una muestra de 576 escolares estratificados por grados de enseñanza. Se aplicó un cuestionario español que mide hábitos de salud adaptado a nuestra región. La tabulación se realizó en SPSS versión 13 en español.

Resultados: En los varones a medida que aumenta el estadio de la adolescencia disminuye la actividad física, aumenta el consumo de tabaco, alcohol, sustancias psicoactivas, se protegen menos en sus relaciones sexuales, y se exponen a riesgos para accidentabilidad (no uso del casco en motos, no utilizan el puente peatonal y participación en actos violentos). En las mujeres se observa que al avanzar el estadio de su adolescencia desayunan menos, consumen más alcohol, se protegen menos en sus relaciones sexuales y se exponen también a riesgos de accidentabilidad como los hombres.

Conclusiones: El estadio de la adolescencia se relaciona con conductas de riesgos y pobres hábitos saludables. Es importante adaptar en la estrategia de "Escuelas Saludables" los determinantes de riesgos en esta población, a fin de transformar y favorecer potencialidades dentro y fuera de la escuela, mediante el apoyo multisectorial (academia, servicios y comunidad).

Palabras claves: Hábitos alimenticios, adolescencia, factores de riesgo, escuela saludable, actividad física.

Fecha de recepción: 26 de julio de 2007
Fecha de aceptación: 31 de agosto de 2007

¹ Profesor del Departamento de Salud Familiar y Comunitaria, División Ciencias de la Salud Universidad del Norte. Barranquilla (Colombia). Correspondencia: Universidad del Norte, Km 5 vía a Puerto Colombia. Departamento de Salud Familiar y Comunitaria. rtuesca@uninorte.edu.co

² Profesor del Departamento de Salud Familiar y Comunitaria. Coordinador del Grupo de Investigaciones Proyecto -UNI. División Ciencias de la Salud Universidad del Norte. Barranquilla (Colombia).

³ Estudiante de Medicina, Universidad del Norte.

Abstract

Objective: To identify public schools preteens habits in the Village of Soledad Atlántico.

Materials and Methods: A descriptive cross-sectional study was used to a sample of 576 students, categorized by school grades. An adapted Spanish survey was apply to measure health costumes in our region. The tabulation of results was done in SPSS Version 13 in Spanish.

Results: In males, as they grow into adolescence, the physical activity decreases. The use of alcohol and drugs and unprotected sex increases. Their behavior is risky (not wearing helmets while riding in motorcycles, not walking on designated areas for pedestrians, and getting involved in violent situations). In females was observed that as they grow into adolescence, they start avoiding breakfast, drink more alcohol, have unprotected sex, and have the same rate to have accidents as males.

Conclusions: The teen years are related with dangerous and very poor health behavior. To adapt healthy school environment strategies, is important to consider risky factors in this group, with the sole purpose of changing and improve the potential inside and out of the field through the support of the community, school, and services.

Key words: Eating habits, adolescence, risk behavior, healthy school environments, physical activity.

INTRODUCCIÓN

Se considera que la adolescencia es una etapa de vida saludable, sin embargo, es escasa la información epidemiológica y está muy influenciada por la distribución de eventos de salud en grupos quinquenales sin discriminar por género en casi todos los países del entorno latinoamericano. Además, los adolescentes constituyen un grupo de población con unos indicadores de morbilidad y mortalidad bajos si se comparan con otros grupos etéreos. Sin embargo, uno de cada tres adolescentes tiene algún tipo de problema de salud crónico, se encuentran amenazados por el inicio de su sexualidad precoz o no protegida, por el consumo de alcohol y de tabaco, por los accidentes y la situación de violencia, las enfermedades infecciosas y la mala nutrición, los cuales condicionan decisivamente su salud y su vida (1-6). De manera coincidente, las patologías relevantes para el grupo de 5 a 14 años en el departamento del Atlántico correspondieron a enfermedades infecciosas prevenibles (infección respiratoria aguda y enfermedad diarreica aguda), fiebre y heridas y traumatismos no especificados,

y una alta tasa de discapacidad del 0,2% en el grupo de 10 -14 años; de otro lado, la mortalidad, la cual es menor comparada con otros grupos etéreos, muestra el impacto de la negligencia del cuidado del menor (accidentes de transporte terrestre, ahogamiento y sumersión accidental, homicidios y deficiencias nutricionales y anemias) (7).

La Encuesta Nacional de Jóvenes en Colombia (8) evidencia la misma situación del entorno latinoamericano y de países desarrollados en donde la preocupación del adolescente o del joven está relacionada con la poca participación en actividades deportivas, en las cuales las mujeres participan en menor proporción que los varones (38%). Más de la mitad de los jóvenes creen que sus pares tienen problemas con el abuso del alcohol y las drogas, seguido del embarazo no deseado, dado que la mitad de los jóvenes manifiesta que utiliza algún anticonceptivo. Esta situación coincide con la prevalencia de uso de algún método de planificación en mujeres entre los 15 a 19 años en Colombia (38,2% manifiesta que usa algún método y 28% condón masculino), además se observaron

diferencias regionales, que para el caso del uso del condón fue más utilizado en Bogotá y menos en la Costa Atlántica (9).

Frente a la problemática de los jóvenes en Latinoamérica, la Organización Mundial de la salud (OMS), la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y la Fundación W.K. Kellogg, junto con la UNICEF establecen políticas que orientan, desarrollan y fortalecen los programas nacionales de salud integral para los adolescente (6). De igual manera surge la estrategia de “Escuelas Saludables”, resultante de la alianza entre los ministerios de Educación y de Salud en el marco de la Ley 100 de 1993 y la Ley 115 de 1994, a fin de articular las políticas actuales sobre la promoción de la salud en el ambiente escolar. Por lo tanto, este espacio geográfico posibilita la construcción y reproducción de la cultura, el pensamiento, la afectividad y las mejores formas de vivir y relacionarse con el entorno. Dicha estrategia ha sido implementada y ha mostrado resultados positivos, lo cual ha permitido la generación de otros proyectos que benefician la comunidad escolar en municipios como Bogotá y Cali y en el departamento del Tolima (10-13).

La promoción de la salud tiene como principal objetivo el cambio en las prácticas de salud, las cuales pasan primero por un cambio en la actitud y una mejoría en los conocimientos, todo lo cual se impregna como parte de un proceso educativo que se debe iniciar desde la preadolescencia y continuarse en la adolescencia y posteriormente en la vida adulta (1-3, 5).

La promoción de la salud en la escuela y la prevención de la enfermedad se desarrollan a través de los procesos de educación, información y comunicación, como ejes

fundamentales para el crecimiento social, considerando a la escuela como transmisora de valores, siendo el Proyecto Educativo Institucional (PEI) el escenario que posibilita y garantiza la continuidad de los planes y metas propuestas para alcanzar la apropiación de aprendizajes que desarrollen capacidades, sentimientos, conocimientos, valores y compromisos necesarios para una mejor calidad de vida del escolar y su entorno. Dicho proyecto (PEI sobresaliente) tiene como características (14):

- Comprensión integral de su realidad, identificación y análisis de sus debilidades, potencialidades, intereses, sueños y deseos.
- Rigurosidad en generar un proceso de construcción, dado por la sistematicidad en la investigación, el trabajo pedagógico, la producción de conocimiento y las propuestas innovadoras.
- Originalidad y creatividad en las propuestas para dar soluciones a problemas del entorno.
- Funcionalidad y aplicabilidad de las propuestas pedagógicas y administrativas generadas por el PEI.
- Capacidad de transformación de la institución y de su contexto.
- Aceptación, apropiación y grado de satisfacción por parte de la comunidad educativa.

Tanto las autoridades político-administrativas como institucionales del país han acogido la estrategia de “Escuelas Saludables” como una opción de alto potencial para intervenir

intersectorialmente los problemas de salud y educación que afectan a los escolares.

Dentro de este marco de actuación, el Hospital de la Universidad del Norte, el cual se encuentra localizado en el municipio de Soledad (Atlántico), dada su naturaleza docente asistencial combina el compromiso social mediante la asistencia, asesoría y el acompañamiento académico y de salud en sectores de su área de influencia más deprimidos, en consonancia con su filosofía y que tiene como objetivo fundamental contribuir al desarrollo humano de los estudiantes.

Teniendo como base los anteriores planteamientos, es importante dentro de la implementación del proyecto de “Escuelas Saludables” explorar los hábitos de salud (actividad física, consumo de tabaco, alimentación, consumo de drogas psicoactivas, consumo de alcohol, sexualidad, accidentabilidad, seguridad vial y el tipo de entidad prestadora de salud) que tienen los jóvenes de una institución educativa pública en el municipio de Soledad durante el segundo semestre del 2006.

De otro modo, en Colombia y en la región del Atlántico es poco lo que se ha estudiado sobre los hábitos de salud en la población estudiantil, y sobre todo, no existe un estudio en concreto que evalúe más de una variable a la vez. Es por esto que el propósito de este trabajo es establecer una línea de base que permita un trabajo por grupos etáreos o de acuerdo con el estadio de la adolescencia, a fin de realizar actividades o proyectos específicos que coadyuven con el proyecto institucional de “Escuela Saludable” en la línea del Proyecto Educativo Institucional (PEI-sobresaliente), o servir como base para la implementación de un sistema de vigilancia

de factores de riesgos asociado a eventos de salud dirigido a la población escolar, el cual permitiría establecer prioridades, planificar estrategias de prevención y promoción en de la salud, y evaluar los efectos de las intervenciones.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó un estudio descriptivo de diseño transversal durante el segundo semestre del 2006; a partir de encuestas realizadas en la población estudiantil en una institución educativa del sector público en el municipio de Soledad (Atlántico), el universo estuvo constituido por 3203 estudiantes y se obtuvo un tamaño muestral de 576 estudiantes.

Para obtener esta muestra tipo probabilística se tuvo en cuenta un nivel de confianza del 95%, una prevalencia de 0.5 con respecto a los hábitos saludables, desconociéndose el verdadero valor en el universo, una precisión del 4% y un efecto del diseño del 1% calculados mediante el subprograma EpiTable, que se encuentra en la versión 6.04d de EpiInfo en español, en donde se ajustó en un 10% de no respuesta y se obtuvo un estimado de 571 sujetos. Se procedió a seleccionar de manera estratificada la participación de los grados mayores en ambas jornadas (matinal y vespertina) a partir de séptimo grado, y se excluyó la jornada de primaria. Seguido de esto, a través de la técnica de muestreo sistemático se seleccionó seis estudiantes por curso, para lo cual se utilizó la tabla de números aleatorios generada por el subprograma mencionado.

La información fue recogida en la segunda quincena de septiembre de 2006 por un equipo de campo, previamente entrenado. La encuesta fue realizada en un aula distinta

del salón de clases; se obtuvo información mediante una encuesta estructurada y autoadministrada por los sujetos de estudio, cuya duración media de cumplimiento fue de 30 minutos. El cuestionario se adaptó a partir de la encuesta de hábitos de salud de jóvenes de la comunidad de Madrid, la cual hace parte de un monitoreo sistemático de vigilancia de factores de riesgo asociados a enfermedades no transmisibles en población juvenil que se lleva a cabo desde 1996 (SIVFRENT-J) (15).

En las encuestas se abordó información de los entrevistados relacionada con variables personales: estadio de adolescencia, género, curso y régimen de salud; macrovariables de hábitos de salud: actividad física, consumo de tabaco, hábitos alimenticios, consumo de drogas, alcohol; macrovariables relacionadas con la sexualidad: antecedente de relación sexual, edad de relación sexual, vida sexual activa, protección en relación sexual y antecedente de enfermedad de transmisión sexual; variables relacionadas con su seguridad personal: movilidad escolar, protección (uso de casco, puente peatonal) y antecedente de actividad violenta en la escuela.

Para la tabulación de los datos se empleó el paquete estadístico de SPSS versión 13 en español y se analizaron por género de manera independiente; se estableció para el análisis transversal el estadio de la adolescencia de acuerdo con los rangos de edad presentes en los sujetos del estudio. Se estima la adolescencia inicial el rango de edad entre los 10 a 13 años; adolescencia media, de 14 a 16, y adolescencia tardía, de 17 a 19 años (OPS) (16). Se estimó el valor de p de la Chi cuadrado de acuerdo con cada una de las variables estudiadas.

RESULTADOS

Se observa que la mayoría de los varones escolarizados se ubican en la adolescencia media, y de ellos el 33,3% cursa noveno grado; mientras que quienes están en adolescencia inicial preferentemente se ubican en 7º grado, y los de adolescencia tardía, el 72,3% está en último año escolar ($p=0,00$); de igual forma, se observa que la mayoría de las mujeres escolarizadas se ubican en la adolescencia media, pero a diferencia de ellos, el 35,4% cursa décimo grado ($p=0,00$). Con respecto al régimen de salud, más del 40% pertenece a un régimen de tipo contributivo y una importante franja de población escolar refiere hoja del Sisben y no tienen cobertura en salud (tabla 1).

Con respecto al estilo de vida en los adolescentes varones escolarizados, se observa que a medida que se avanza en estadio de adolescencia se incrementa la falta de ejercicio ($p=0,05$). Sin embargo, no se observaron diferencias entre la práctica de alguna actividad deportiva y el estadio de adolescencia tanto en varones como mujeres (tabla 2).

En relación con el hábito de fumar y el número de cigarrillos que se consumen, se observa en el grupo de adolescentes varones que a medida que se incrementa la edad o el estadio de la adolescencia se incrementa tanto el hábito ($p: 000$) como el número de cigarrillos consumidos ($p: 000$); además, en aquellos que refirieron el hábito de fumar, especialmente en los de adolescencia tardía, les cuesta dejar de fumar en sitios donde está prohibido ($p=0,001$). En las mujeres no se encontraron diferencias (tabla 2).

Tabla 1
Características personales de adolescentes escolarizados. Soledad, 2006

Característica	Estadio de adolescencia (%) (n=576)							
	Varones				Mujeres			
	Inicial (n=91)	Media (n=183)	Tardía (n=65)	P	Inicial (n=60)	Media (n=127)	Tardía (n=50)	P
Curso								
6-7	72,6	6,5	0,0	0,00	61,6	4,7	0,0	0,00
8-9	27,5	49,1	7,7		36,6	45,7	6,0	
10-11	0,0	44,2	92,3		1,7	49,6	94,0	
Régimen de salud								
Subsidiado	29,7	21,9	20,0	0,72	25,0	26,0	30,0	0,510
Contributivo	40,7	49,7	46,2		53,3	40,2	36,0	
Seguro escolar	11,0	8,7	10,8		8,3	5,5	6,0	
Vinculado	18,7	19,8	2,3		13,3	28,3	28,0	

Fuente: Encuesta.

Tabla 2
Estilos de vida y prácticas de adolescentes escolarizados. Soledad, 2006

Característica	Estadio de adolescencia (%) (n=576)							
	Varones				Mujeres			
	Inicial (n=91)	Media (n=183)	Tardía (n=65)	P	Inicial (n=60)	Media (n=127)	Tardía (n=50)	P
Hace ejercicio (n=576)								
Algunas veces	33,0	35,0	32,3	0,050	60,0	62,2	66,0	0,669
Siempre	50,5	36,1	41,5		16,7	10,2	12,0	
Nunca	0,0	1,1	4,6		10,0	7,1	4,0	
Práctica evento (n=576)								
Algunas veces	38,5	34,4	32,3	0,309	33,3	36,2	30,0	0,527
Siempre	28,6	20,2	16,9		8,3	3,1	2,0	
Nunca	23,1	29,0	30,8		55,0	55,9	60,0	
Fuma (n=576)								
Si (39)	0,0	9,8	18,5	0,000	5,0	3,1	4,0	0,823
Le cuesta dejar de fumar (n=39)	(n=0)	(n=18)	(n=12)		(n=3)	(n=4)	(n=2)	
Sí	0,0	5,8	27,2	0,001	66,66	25	50	0,53

Fuente: Encuesta.

En la tabla 3 se observa que en cuanto a la práctica del desayuno habitual, a medida que se aumenta en estadio de la adolescencia se disminuye esta práctica en las mujeres, mientras que en los hombres no hubo diferencia ($p=0,03$). Menos del 60% de los adolescentes consumen con poca frecuencia lácteos.

También se halló diferencias en varones respecto a los hábitos nocivos. Se observa que en el caso de drogas alucinógenas, tales como marihuana, cocaína y otras drogas (éxtasis), en la etapa de adolescencia tardía refirieron haberla consumido de manera ocasional (durante el último año y alguna

Tabla 3
Hábitos alimentarios de adolescentes escolarizados. Soledad, 2006

Característica	Estadio de adolescencia (%) (n=576)							
	Varones				Mujeres			
	Inicial (n=91)	Media (n=183)	Tardía (n=65)	P	Inicial (n=60)	Media (n=127)	Tardía (n=50)	P
Desayuna (n=576)								
Nunca	6,6	3,8	0,0	0,19	3,3	5,5	2,0	0,038
Algunas veces	20,9	12,6	16,9		20,0	10,2	30,0	
Frecuentemente	9,9	8,7	10,8		10,0	17,3	18,0	
Siempre	62,6	74,9	72,3		66,7	66,9	50,0	
Pescados, pollo más que carne (n=576)								
Sí	51,6	48,1	52,3	0,778	48,3	46,5	52,0	0,801
Pan, cereales, granos (n=576)								
Nunca	7,7	7,1	4,6	0,873	1,7	4,7	6,0	0,624
Algunas veces	31,9	33,9	38,5		31,7	37,8	30,0	
Frecuentemente	24,2	27,9	29,2		18,3	18,1	26,0	
Siempre	36,3	31,1	27,7		48,3	39,4	38,0	
Lácteos (n=576)								
Nunca	4,4	3,3	1,5	0,809	5,0	4,7	2,0	0,866
Algunas veces	38,5	33,9	32,3		35,0	43,3	44,0	
Frecuentemente	25,3	26,8	37,8		21,7	19,7	24,0	
Siempre	31,9	36,1	32,3		38,3	32,3	30,0	
Vegetales y frutas (n=576)								
Nunca	7,7	2,7	3,1	0,478	3,3	8,7	8,0	0,796
Algunas veces	34,1	36,6	36,9		48,3	40,2	42,0	
Frecuentemente	23,1	30,1	26,2		18,3	22,8	18,0	
Siempre	32,5	30,6	33,8		30,0	28,3	32,0	
Comidas rápidas (n=576)								
Nunca	4,4	3,3	9,2	0,658	6,7	5,5	2,0	0,152
Algunas veces	56,0	53,6	50,8		45,0	57,5	42,0	
Frecuentemente	22,0	25,1	23,1		28,3	17,3	22,0	
Siempre	17,6	18,0	16,9		20,0	19,7	34,0	

Fuente: Encuesta.

vez en la vida), ($p < 0,05$). Cabe resaltar que se encuentra un aumento de consumo de tranquilizante en los adolescentes en algún

momento de su vida, sin embargo, no fueron diferenciales estas prácticas de acuerdo con el estadio (tabla 4).

Tabla 4

Conductas de riesgo y patrón de consumo de sustancias ilegales en adolescentes escolarizados.
Soledad, 2006

Característica	Estadio de adolescencia (%) (n=576)							
	Varones				Mujeres			
	Inicial (n=91)	Media (n=183)	Tardía (n=65)	P	Inicial (n=60)	Media (n=127)	Tardía (n=50)	P
Tranquilizantes (n=576)								
Alguna vez (mes)	0,0	3,8	3,1	0,090	1,7	5,5	12,0	0,183
Alguna vez (año)	0,0	2,2	4,6		1,7	0,8	0,0	
Alguna vez/vida	8,8	10,4	16,9		10,0	5,5	12,0	
Marihuana (n=576)								
Alguna vez (mes)	0,0	1,1	0,0	0,005	0,0	0,0	0,0	0,153
Alguna vez (año)	0,0	0,0	4,6		0,0	0,0	0,0	
Alguna vez/vida	0,0	0,0	1,5		0,0	0,0	2,0	
Cocaína (n=576)								
Alguna vez (mes)	0,0	0,5	0,0	0,025	0,0	0,0	0,0	0,153
Alguna vez (año)	0,0	0,5	0,0		0,0	0,0	0,0	
Alguna vez/vida	0,0	0,0	4,6		0,0	0,0	2,0	
Alcohol en los 30 últimos días (n=576)								
Ningún día	90,1	72,7	63,1	0,004	90,0	75,6	56,0	0,004
1-5 días	2,2	5,5	3,1		3,3	5,5	16,0	
6-10 días	3,3	12,6	18,5		1,7	7,9	14,0	
11-20 días	4,4	9,3	15,4		5,0	11,0	14,0	
-	-	-	-		-	-	-	
Edad inicio alcohol (n=364)	n=37	n=128	n=57		n=15	N=85	n=42	
Menor 11 años	17,6	5,5	6,2	0,000	5,0	3,9	0,0	0,000
12-15 años	22,0	56,8	49,2		20,0	53,5	42,0	
16 y más	1,1	7,7	32,3		0,0	9,4	42,0	
Tipo de bebida alcohólica (n=364)	n=37	n=128	n=57		n=15	N=85	n=42	
Ron	13,5	25,0	24,5	0,000	6,66	20	28,57	0,042
Cerveza	49,0	46,0	49,1		66,66	55,29	45,2	
Embriaguez al mes (n=576)								
Nunca	91,2	78,7	52,3	0,000	96,7	86,6	76,0	0,046
1-2 veces	8,8	18,0	40,0		3,3	11,8	20,0	

Fuente: Encuesta.

Con respecto al alcohol, aproximadamente el 60% de las adolescentes manifestó haber consumido alcohol alguna vez en su vida ($p: 0.000$); esta conducta sigue el mismo patrón de consumo que en los varones (mayor consumo) $p: 0.005$. Además se encontró que a medida que se aumenta en estadio de adolescencia admiten haber tenido mayor número de episodios de embriaguez e incremento en el consumo de alcohol en ambos géneros en la adolescencia tardía: ($p < 0,05$) para las mujeres y ($p < 0.005$) para los varones. Con respecto al rango de edad de inicio de consumo de alcohol, se ubica entre los 12-15 años en ambos sexos ($p: 0.000$). Las bebidas que más consumen varones y mujeres son la cerveza y el ron ($p: 0 < 05$); sin embargo, en los adolescentes en etapa inicial la tercera

bebida son los cócteles ($p: 0.000$), al igual que en las adolescentes en etapa media; en las adolescentes tardía es el Whisky (tabla 4).

Con respecto al patrón de la actividad sexual en las adolescentes, se observó que gran parte de éstas no han tenido su primera relación sexual, a diferencia de los varones (15,2% versus 29,8%), sin embargo, se observó un incremento entre las etapas de adolescencia y haber tenido relación sexual ($p=0,00$), al igual que en el grupo de las mujeres. La edad que refieren de inicio de relación sexual es para los adolescentes varones iniciales menor de los 14 años, mientras que en las siguientes etapas (media y tardía) se presenta entre los 15 a 16 años ($p=0,00$). La distribución fue igual en las mujeres pero con una ($p=0,004$) (tabla 5).

Tabla 5
Conductas sexuales y de riesgo en adolescentes escolarizados. Soledad, 2006

Característica	Estadio de adolescencia (%) (n=576)							
	Varones				Mujeres			
	Inicial (n=91)	Media (n=183)	Tardía (n=65)	P	Inicial (n=60)	Media (n=127)	Tardía (n=50)	P
Relación sexual (n=576)				0,000				0,000
Sí	7,7	29,5	61,5		3,3	13,4	34,0	
Edad de relación sexual (n=137)	n=7	n=54	n=40	0,000	n=2	N=17	n=17	0,004
Menor de 14	100,0	50,0	30,0		100,0	47,05	11,76	
15-16 años	0,0	50,0	52,5		0,0	52,94	47,05	
Pareja sexual estable (n=137)	n=7	n=54	n=40	0,000	n=2	n=17	n=17	0,200
Sí	28,5	22,2	42,5		50,0	64,70	88,23	
Te cuidas en la relación sexual (n=137)	n=7	n=54	n=40	0,000	n=2	n=17	n=17	0,515
Sí	86,0	70,0	65,0		100,0	58,82	64,70	
Enfermedad de transmisión sexual (n=137)	n=7	n=54	n=40	0,000	n=2	n=17	n=17	^a
No	100,0	98,0	95,0		100,0	100,0	100,0	
Embarazo (n=237)								0,352
No					100,0	98,4	96,0	

Fuente: Encuesta.

En las adolescentes que tienen vida sexual activa ($p: 0,005$) se observa el mismo fenómeno que en los varones ($p: 0,00$), que al aumentar en edad de la adolescencia se incrementa tener “una pareja estable”; sin embargo, a medida que se aumenta en edad se protegen menos, aunque esta diferencia no fue significativa, y para el grupo de las mujeres no refirieron haber padecido alguna infección de transmisión sexual, mientras que el grupo de los varones sí lo manifestó ($p=0,000$).

Con respecto al medio de transporte empleado por las adolescentes, la mayor parte utiliza el bus de servicio público y las “moto-taxi”, y el tercer medio de transporte usado es caminando, y no se observó diferencias entre los diversos estadios de los adolescentes escolarizados (tabla 6).

Cabe destacar que tanto mujeres como hombres que utilizan el “moto-taxi” como medio de transporte, a medida que aumentan en edad utilizan menos medios de protección como el uso del casco ($p=0,01$) para el grupo femenino y ($p: 0,03$) para el grupo masculino; así mismo, las adolescentes en etapa inicial utilizan en mayor proporción el puente peatonal que las adolescentes en etapa tardía ($p=0,00$) y que los varones ($p=0,001$) en esas mismas etapas. Esta misma tendencia se refleja en la participación de actos violentos, la cual es frecuente en los adolescentes en etapa tardía ($p=0,000$) (tabla 6).

DISCUSIÓN

En la población estudiada se encontraron características significativamente diferentes en cuanto al género en relación con la práctica

Tabla 6
Medios de transporte empleado y conductas de riesgo de accidentabilidad en adolescentes escolarizados. Soledad, 2006

Característica	Estadio de adolescencia (%) (n=576)							
	Varones				Mujeres			
	Inicial (n=91)	Media (n=183)	Tardía (n=65)	P	Inicial (n=60)	Media (n=127)	Tardía (n=50)	P
Medio de transporte (n=237)								
Moto-taxi	18,7	13,7	15,4	0,261	13,3	28,3	26,0	0,108
Bus	36,3	39,3	52,3		35,0	41,7	52,0	
Uso de casco en moto-taxi (n=237)								
Nunca	17,6	18,6	29,2	0,030	21,7	29,1	12,0	0,014
Uso del puente peatonal (n=237)								
No	47,3	61,7	76,9	0,001	50,0	62,2	86,0	0,000
Participación actos violencia (n=237)								
Algunas veces	7,7	21,3	36,9	0,000	5,0	3,9	2,0	0,816
Siempre	2,2	3,8	3,1		0,0	0,8	0,0	
Nunca	90,1	74,9	60,0		95,0	95,3	98,0	

Fuente: Encuesta.

de ejercicio, y este patrón coincide con el comportamiento nacional de jóvenes según la Encuesta Nacional de Jóvenes (8). Al comparar con el estudio de Ávila se observó la misma tendencia, dado que las actividades físicas deportivas extracurriculares son insuficientes tanto en intensidad y frecuencia. Además, el entorno y el mal estado de estos espacios deportivos muy probablemente inciden en la práctica de actividades deportivas (14). Se estima que la actividad física favorece una buena salud a partir de los seis años de edad y por lo menos durante media hora diaria, lo que se constituye en un estilo de vida positivo (17). No obstante estos hallazgos difieren de la encuesta sobre hábitos de salud en jóvenes de la comunidad de Madrid, en donde una gran parte de los jóvenes (77%) realiza alguna actividad física fuera o dentro del centro escolar, mientras que la frecuencia de quienes no realizan esta actividad fue del 4% en los varones y del 13% en las mujeres (4).

Con respecto al consumo de tabaco en jóvenes, los estudios muestran que el consumo se da preferencialmente mayor en varones que en mujeres y en la medida que se aumenta en edad se incrementa el consumo en varones. Sin embargo, se aprecia que en nuestro estudio el hábito de fumar en las adolescentes se reporta en estadios tempranos (adolescencia inicial). Nuestros hallazgos según género muestran similitud porcentual de diferencia entre varones y mujeres de cinco puntos porcentuales más en varones (18). De otro modo, nuestros hallazgos muestran una prevalencia en el consumo de tabaco menor que hallazgos reportados en otros estudios nacionales e internacionales en los cuales se supera el 20% (4, 18-21). De otro lado, esta actividad tiene indiscutiblemente relación con el aprendizaje social en la adolescencia y el hecho que los padres sean fumadores o

que sean permisivos (4,20-23). Sin embargo, la publicidad antitabaco ha mostrado que no es efectiva para postergar o reducir esta conducta en jóvenes, especialmente en los jóvenes, a quienes les cuesta dejar de fumar en sitios no permitidos (23).

Con relación al consumo de otras sustancias adictivas, tales como marihuana y cocaína, la prevalencia de consumo (ocasional y en el último mes) en la población estudiada es relativamente baja comparada con el reporte del programa RUMBOS, la Encuesta Nacional de Jóvenes (8, 23) y estudios de hábitos en España (4, 20). Sin embargo, en nuestro estudio el consumo de marihuana y cocaína es diferencial según género y el estadio de la adolescencia. Cabe señalar y destacar la alta prevalencia de consumo de tranquilizantes en escolares. A pesar de no tener datos para comparar con el entorno nacional o en Latinoamérica, si se contrasta con la población escolar española, esta cifra sorprende (10% vs. 4%).

En relación con el consumo de alcohol en los estudiantes encuestados, se encontró que los varones tienden a consumir con mayor frecuencia bebidas alcohólicas si los comparamos con las mujeres. La bebida de mayor consumo es cerveza en ambos grupos; estos hallazgos son similares a los publicados por otros autores, tanto nacionales (7, 23) como internacionales (4, 18, 20-21). A medida que avanza en edad se incrementa el estado de embriaguez, y especialmente en varones, debido que el inicio del consumo de alcohol se inicia entre los 12 a 15 años, y muy probablemente influenciado por determinantes en el hogar y el hábito paterno hacia el consumo de alcohol, y se observó una estrecha relación entre el consumo de éste con el hábito de fumar (24-25).

Con respecto a los hábitos nutricionales en nuestro medio no se han publicado estudios. Sin embargo, la tendencia de los escolares de esta institución refiere un bajo nivel de consumo y distan de recibir una dieta apropiada según los requerimientos internacionales. Se evidencia un bajo consumo de leche y productos lácteos, pan y cereales, frutas y verduras; muy probablemente influenciado por los anuncios que se presentan en la televisión, los cuales se asemejan a nuestros hallazgos (26-27). No obstante, otros estudios (4, 20, 28) muestran que la dieta de los escolares (específicamente de 6° a 8° de ESO) es rica en proteína animal y productos lácteos (por encima del 85% del consumo diario) y escasa en frutas, verduras y legumbres (4, 20, 28). Sin embargo, se observa un incremento en el consumo de comidas rápidas similar a nuestros resultados. Cabe señalar que con respecto a la práctica del desayuno se aprecia que las mujeres en estadios de adolescencia inicial y media refirieron que nunca desayunan. Este resultado es similar a lo reportado en la comunidad vasca (27). Probablemente este comportamiento se relacione con la actitud de los padres y cierto fenómeno cultural de preocuparse más por la alimentación del varón que la niña en nuestro entorno.

La utilización de métodos anticonceptivos se evaluó de manera indirecta al preguntarle si se cuidaba al momento de tener relación sexual. Se aprecia en los jóvenes, especialmente en los varones, que a medida que avanzan en edad asumen mayor riesgo y se protegen menos. Estudios en el entorno nacional muestran mediciones con rangos muy amplios en población joven: 15% de las adolescentes son madres y el 19% ha estado alguna vez embarazada. Además, se ha observado un aumento en la prevalencia de embarazo en

adolescentes en la última década (9, 29), mientras que en Medellín, jóvenes entre 14-19 años, el 5,5% habían estado embarazadas en algún momento de su vida; de ellas, el 86% no planearon el embarazo y 30% lo interrumpieron; esto afecta especialmente estratos medios y bajos (30). Si se relacionan estos hallazgos con el estudio de hábitos en jóvenes españoles (4), el 90,4% de los jóvenes utilizaron preservativo y se aprecian diferencias ya descritas en los varones; esta situación no óptima de uso del preservativo es similar a los países de la región Caribe (20, 30), y esto contribuye a la aparición de enfermedades de transmisión sexual y el riesgo de adquirir VIH/SIDA (8,9,21). De otro lado, la investigación sobre prácticas y actitudes sobre planificación se ha centrado en mujeres y es reducido el número de publicaciones en las que se involucra a los varones. Un aspecto que merece ser resuelto en las investigaciones es ahondar sobre factores sociales y culturales para el no uso del condón en jóvenes; dado que probablemente los jóvenes conozcan respecto a la protección y tengan cierta disponibilidad de acceso a ellos, posiblemente están influenciados por actitudes derivadas de la falta de confianza, mientras que en otros jóvenes llevar un condón consigo implica experiencia sexual. A pesar de que estos hallazgos se basan en una revisión de publicaciones en idioma anglosajón, es pertinente caracterizar la actitud de los jóvenes en Latinoamérica y el Caribe (32).

Con respecto al comportamiento violento de los jóvenes y el hecho de asumir riesgos en nuestro medio, muy probablemente sea el resultado de una sociedad tolerante y casi tácitamente permisiva frente a estas conductas, especialmente en varones. Dado que los procesos de socialización en niños y

jóvenes están marcados con fenómenos de violencia para demostrar su hombría y proteger su honra. Esta situación los sitúa para asumir toda clase de riesgos en donde se involucra el papel del consumo de sustancias ilegales y el ejercicio de una sexualidad violenta (30, 31, 33).

CONCLUSIÓN

En definitiva, después de haber analizado los datos recolectados sobre los hábitos de salud en los escolares, y asumiendo las limitaciones de este tipo de estudio y que no se puede generalizar a la población escolar, sin embargo, dada la connotación social y el área donde se encuentra dicho establecimiento educativo, se concluyó que el estadio de la adolescencia juega un papel fundamental en muchas de las variables analizadas en nuestro estudio. Se encontró que a medida que el estadio de la adolescencia aumenta, los jóvenes adquieren hábitos de salud inadecuados con respecto a la práctica de ejercicio, el hábito de fumar, el consumo de alcohol, la sexualidad no segura, el no uso de medidas de protección vial y la participación en actos de violencia. Cabe señalar que a pesar de que los hábitos alimentarios no mostraron diferencia según el género, se observa una dieta pobre relacionada con la frecuencia del consumo de lácteos, frutas, verduras y proteínas.

RECOMENDACIONES

Ajustar actuaciones dentro de los subprogramas en la estrategia de “Escuelas Saludables” en la institución educativa a partir de estos hallazgos:

- Poner en marcha la Década de la Educación para el Desarrollo Sostenible (2005-2014),

a través de esta primera campaña en las instituciones educativas-UNESCO.

- Destacar la importancia de la Calidad de Vida en relación con el entorno ambiental en la escuela (espacios deportivos, seguridad, mejoramiento locativo).
- Involucrar a las secretarías de Salud Municipal y de Educación del municipio de Soledad, al igual que al SENA, ICBF y Policía del Menor para favorecer y garantizar la sostenibilidad en la alianza y apoyo a la estrategia de “Escuelas Saludables”.
- Propiciar la participación activa de la comunidad educativa para el redireccionamiento de la educación sexual basada en necesidades sentidas y adaptadas hacia los jóvenes, en busca de favorecer la promoción, la prevención y los derechos en salud sexual y reproductiva.
- Con relación a los actos de violencia y maltrato entre iguales, se hace prioritario establecer un plan de mediación como mecanismo para la resolución de conflictos mediante capacitación teórico-práctica con casos reales y la revisión del manual de convivencia con la asesoría de las distintas dependencias de la Universidad del Norte (Hospital Universidad del Norte, Consultorio Jurídico y las diversas divisiones académicas) para brindar apoyo a la víctima y al victimario y evaluar las políticas sociales de cara de la ley de infancia (Ley 1098 de 2006).

Agradecimientos

Agradecemos a la comunidad educativa de esta institución en el municipio de Soledad (Atlántico) por su participación y colaboración en esta primera encuesta de hábitos de salud en

población escolarizada enmarcada en el proceso de diagnóstico para el ajuste de la estrategia de “Escuelas Saludables”.

REFERENCIAS

- (1) Organización Panamericana de la Salud. Salud del adolescente. OPS/OMS. Washington, 1995.
- (2) CELADE – OIJ. Centro Latinoamericano de Demografía y Organización Iberoamericana de la Juventud. Adolescencia y juventud en América Latina y el Caribe: problemas, oportunidades y desafíos en el comienzo de un nuevo siglo. Uruguay, 2003
- (3) Ulate F. Consideraciones sobre la promoción de la salud en adolescentes con un enfoque de derechos. *Adolescencia y Salud*. Costa Rica, 2000; 2(2). Disponible en: www.binasss.sa.cr/revistas/ayas/2n2/v2n2.html
- (4) Boletín epidemiológico de la comunidad de Madrid. Hábitos de salud en la población juvenil de la comunidad de Madrid. Madrid, 2005;11(12):3-39.
- (5) Loayssa JR, Echagüe I. La salud en la adolescencia y las tareas de los servicios de salud. *Anales. Navarra*, 2001;24 (Sup 2): 93-105.
- (6) Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la salud y Fundación W.K. Kellogg. Proyecto de desarrollo y salud integral de adolescentes y jóvenes en América Latina y el Caribe 1997-2000. Washington, 1998: 5-8.
- (7) Navarro E, Barceló R, Tiesca R. Características del proceso salud enfermedad. En *Análisis de Situación de Salud. Departamento del Atlántico 2004-2005*. Gobernación del Atlántico. Barranquilla: Ediciones Uninorte, 2006, p. 83-242.
- (8) Presidencia de la República de Colombia. Consejería Presidencial para la Juventud. Encuesta Nacional de Jóvenes. IAM. Colombia Joven 2000.
- (9) Profamilia. ICBF, USAID. Salud sexual y reproductiva en Colombia. Encuesta Nacional de Demografía y Salud 2005.
- (10) Salud Capital. Secretaría de Salud del Distrito de Bogotá. Disponible en: <http://www.saludcapital.gov.co/seccsalud/navleft/planesyprogramasensalud/escuelasaludable.html>
- (11) Secretaría de Salud de Cali. Disponible en: <http://www.calisaludable.gov.co/saludPublica/escuelas.php>
- (12) Secretaría de Salud del Tolima. Disponible en: http://www.saludtolima.gov.co/website/dirrecciones/salud_publica/escuelasaludable.php
- (13) Ortiz E, Pradilla A. Protocolos de Atención integral para la salud de escolares y adolescentes. Disponible en: www.col.ops-oms.org/Municipios/Cali/01Introduccion.htm. Cali.
- (14) Dulé Rodríguez S, Negrín Pérez R, López Eduardo M. Estudio de hábitos de realizar actividad físico-deportivas en escolares que cursan el último año de secundaria básica en Ciego de Ávila. *Revista Digital Buenos Aires*, 2006. Disponible en: <http://www.efdeportes.com/efd94/habitos.htm>
- (15) Consejería de Sanidad y Servicios Sociales. Sistema de vigilancia de factores de riesgo asociados a enfermedades no transmisibles (SIVFRENT). *Boletín epidemiológico de la Comunidad de Madrid*. 1996; 4(12): 3-15.
- (16) Organización Panamericana de la Salud. Disponible en: www.paho.org/spanish/DD/PUB/jovenes-lu.pdf. [1/8/2006] Jóvenes: opciones y cambios.
- (17) Ramírez-Hoffmann H. Acondicionamiento físico y estilos de vida saludable. *Coloma Med*. 2002; 33(1): 3-5.
- (18) Sanabria-Carretero M, Villanueva-Gradín C. *Creencias y convencionalismos relacionados con el consumo de tabaco en preadolescentes*. Disponible en: <http://www.aesed.com/revista/actual/3-523.html>
- (19) Navarro E, Vargas R, Martínez R, Padilla B, Ruiz D y Thorne B. Factores asociados al consumo de cigarrillo en adultos del suroccidente de Barranquilla (Colombia). *Salud Uninorte*. 2005; 21: 3-14.
- (20) Mendoza R, Blanco J, Martín de la Concha P, Morales E, Ruiz J, Reyes MR et al. Los escolares

- y la salud. Estudio de los hábitos de los escolares españoles en relación con la salud (1986). Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo. 1988.
- (21) Maddalemo M, Morello P, Infante-Espínola F. Salud y desarrollo de adolescentes y jóvenes en Latinoamérica y el Caribe: desafíos para la próxima década. *Salud Pública Mex.* 2003; 45 (Sup 1): S132-39.
- (22) Wakefield M et al. Effect of televised, tobacco company-funded smoking prevention advertising on youth smoking-related beliefs intentions, and behavior. *American Journal of Public Health.* 2006; 96(12): 2154-2160.
- (23) Presidencia de la Republica de Colombia. Programa presidencial para afrontar el consumo de drogas -RUMBOS. Disponible en: http://odc.dne.gov.co/publicaciones/PUBLICACION_90.pdf
- (24) Pons J. El modelo familiar y el papel educativo de los padres en la etiología del consumo de alcohol en los adolescentes. *Rev Esp Salud Pública.* 1998; 72(3): 251-66.
- (25) Férula L, Ruiz R, Fernández J, Herrera E, De Miguel M, Bueno J. Consumo de alcohol entre los escolares de una zona básica de salud de Córdoba. *Rev Esp Salud Pública.* 1998; 72 (4): 331-41.
- (26) Sauri M. Publicidad televisiva, hábitos alimentarios y salud en adolescentes de la ciudad de Mérida, Yucatán, México [Tesis]. Mérida, Yucatán: Centro de Investigación y de Estudios Avanzados del I.P.N. Unidad Mérida, 2003.
- (27) Pérez L, Ramos P, Liberal S, Latorre M. Educación nutricional: Una encuesta sobre hábitos en adolescentes vascos. Enseñanza de las Ciencias. 2005. VII Congreso. p. 1-5.
- (28) Perula L.A, Herrera E, De Miguel M, Lora N. Hábitos alimentarios de los escolares de una zona básica de salud de Córdoba. *Rev Esp Salud Pública.* 1998; 72(2): 147-50.
- (29) Flórez C, Vargas E, Henao J, González C, Soto V, Kassem D. Fecundidad adolescente en Colombia: Incidencia, tendencias y determinantes. Un enfoque de historia de vida. Universidad de los Andes. Bogotá, 2004. Documento Técnico CEDE 2004-31.
- (30) Alcaldía de Medellín. Secretaría de Salud. Informe sobre sexualidad, drogas y violencia en jóvenes en Medellín 2003-2005. Disponible en: http://www.medellin.gov.co/salud/3_centro_diario.jsp?idBoletin=624-2006
- (31) Ospina P, Vega A, Garzón L, Morris C, Guy S. Capacitación y servicios de salud para jóvenes desplazados en Colombia. RMF15; s/n.: 7-9.
- (32) Marston C, King E. Factor that shape young peoples's sexual behaviour: a systematic review. *Lancet.* 2006; 368 (4):1581-86.
- (33) UNFPA. Estado de la población mundial 2005. Alianza con adolescentes varones y hombres. Cap. 6. 2005. Disponible en: http://www.unfpa.org/swp/2005/espanol/ch6/chap6_page1.htm