

## Comportamientos de riesgo para la salud en estudiantes colombianos recién ingresados a una universidad privada en Barranquilla (Colombia)

An assessment of health risk behaviors among first college students at a private university in Barranquilla (Colombia)

Luz Marina Alonso Palacio<sup>1</sup>, Miguel Ángel Pérez<sup>2</sup>, Gabriel Alcalá<sup>3</sup>, Ayleen Lubo Gálvez<sup>4</sup>, Adriana Consuegra<sup>5</sup>

### Resumen

**Objetivo:** Determinar los comportamientos de riesgo para la salud en estudiantes recién ingresados a una universidad privada durante el segundo semestre del 2006 y el primer semestre del 2007.

**Materiales y métodos:** Estudio descriptivo; muestra: 540 estudiantes de un total esperado de estudiantes al momento de realizar el cálculo de 2500 jóvenes. Se suministró un cuestionario modificado del Youth Risk Behavior Survey, desarrollado y validado por los Centros de Control y Prevención de Enfermedades. Se utilizó SPSS v13.

**Resultados:** Promedio de edad: 18 años; mujeres: 52,7%. El 13,5% presentó sobrepeso y 2,6% obesos, 1 de 5 camina más de 10 minutos al día y 1 de 5 camina todos los días menos de media hora. Para el control del estrés: 43,3% escucha música; el 67,2% ha consumido alcohol; 35,2% ha fumado. El 51,5% inició vida sexual; 56,6% utiliza método para planificación familiar. Prevalencia de enfermedades de transmisión sexual: 1,1%. En el último año el 4,3% ha considerado el suicidio; de éstos 65,2% han realizado intentos.

**Conclusiones:** Las conductas de riesgo son prevalentes por lo que se hacen imprescindibles estrategias para modular su influencia sobre la salud a corto y largo plazo.

**Palabras claves:** Universitarios, adolescentes, tabaquismo, sida, VIH, sexualidad, alcohol, abuso de drogas.

Fecha de recepción: 15 de enero de 2008  
Fecha de aceptación: 16 de mayo de 2008

<sup>1</sup> Eco., MSP, MPH. Profesora del Departamento de Salud Pública. Universidad del Norte, Barranquilla (Colombia). lmalonso@uninorte.edu.co

Correspondencia: Universidad del Norte, Km. 5 vía a Puerto Colombia, Barraquilla (Colombia). A.A. 1569.

<sup>2</sup> Ph.D. "Professor and chair" Department of Public Health. California State University, Fresno (Estados Unidos). mperez@csufresno.edu

<sup>3</sup> Médico.Unidad de Cuidados Intensivos Polivalente, Clínica de la Costa. alcalagabriel@gmail.com

<sup>4</sup> Médico. Universidad del Norte. alubo@uninorte.edu.co

<sup>5</sup> Médico.Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales y Pediátricos, Clínica Campbell. consuegra.adriana@gmail.com

## Abstract

**Objective:** To investigate the health knowledge and behaviors of first year college students attending a private university in Colombia.

**Materials and methods:** This descriptive study had a sample population of 540 students randomly selected from 2500 eligible students in the population. Data were collected using a modified version of the Youth Risk Behavior Survey developed by the Centers for Disease Control and Prevention in the US. Data were analyzed using SPSS v. 13.

**Findings.** The average age in the sample was 18 years of age, 52.7% of the sample population were women, 13.5% were considered overweight and 2.6% were obese. 20% of the sample walks more than 10 minutes per day, and an additional 20% walks less than 30 minutes on a daily basis. Forty three percent listens to music as a stress management technique. Over two thirds of the study participants have consumed alcohol at least once in their lifestyle, 35.2% have smoked, 56% use some form of contraceptive methods, and 51.1% reported being sexually active. Only 1.1% of study participants reported an STI, 4.3% had considered suicide in the last year, and 65,2% had actually tried to commit suicide.

**Conclusions:** Risk behaviors are prevalent among first year collage students making important to design strategies designed to ameliorate their influence in the health status of adolescents.

**Key words:** University students, adolescents, tobacco use, HIV / AIDS, sexuality, alcohol, drug abuse.

## INTRODUCCIÓN

En 2007 la Organización Mundial de la Salud (1) diseñó una lista de las principales causas de mortalidad y morbilidad en la población mundial. Esta lista es encabezada por la cardiopatía isquémica; seguida por la enfermedad vascular cerebral, las infecciones de las vías respiratorias inferiores, la infección por VIH, la tuberculosis y el carcinoma de tráquea, bronquios o pulmón. Todas estas enfermedades han sido asociadas con ciertos factores de riesgo, tales como el sedentarismo, los desórdenes del peso corporal (2, 3), los hábitos nutricionales, el estrés, el uso de sustancias psico-activas (4, 5), entre otros, las cuales generalmente son conductas aprendidas desde la niñez y consolidadas posteriormente durante la adolescencia y la adultez (6).

La OMS, por intermedio de su oficina regional europea, ha patrocinado varios estudios, entre

otros *Adolescent Health Risk Behavior Study*, en el cual se encontró que los adolescentes tienden a enfrentar una serie de factores que incrementan su riesgo de morbilidad y mortalidad. Factores del medioambiente (ej., falta de leyes) y factores sociales, carencia de modelos institucionales que den una respuesta a sus necesidades sentidas (7). Los factores de riesgo pueden ser modificados mediante estrategias específicas, lo cual justifica la adopción de hábitos de vida saludable desde las primeras etapas de la vida. Es por esto que la OMS ha retado a las escuelas a ser líderes en el movimiento de mantener a los estudiantes saludables, por lo que no es sorprendente que en la última década en las escuelas secundarias y universitarias los jóvenes hayan recibido un sinnúmero de atenciones con respecto a la salud y prevención de enfermedades e igualmente se han desarrollado estudios que posibilitan herramientas para la educación en salud de jóvenes (8).

Tanto en países desarrollados (9, 10) como en vías de desarrollo (11,12) ha sido caracterizado el comportamiento de varios de los principales factores de riesgo, lo cual ha permitido identificar los problemas prioritarios en la salud de la población adolescente e implementar programas para hacerlos menos frecuentes.

Desafortunadamente, la mayoría de países latinoamericanos no mantiene un sistema epidemiológico que colecte sistemáticamente datos de factores de riesgo entre adolescentes. Aunque la necesidad de conducir estudios sobre la salud de los jóvenes en Colombia ha sido documentada, se requieren aún más trabajos (13-15).

En Colombia, el conocimiento acerca de la prevalencia de estos determinantes y su influencia sobre la salud de los adolescentes deriva de estudios que evalúan cada factor de riesgo por separado (4, 16-22); si bien éstos han sido importantes, se requiere aún sentar datos que permitan establecer posibles análisis de tendencias en estas poblaciones, incluidos varios factores. Es por esto que la evaluación de las principales conductas de riesgo de jóvenes colombianos recién ingresados a la universidad puede ofrecer una visión más general acerca de los problemas de mayor impacto durante esta etapa de la vida, tales como el alcoholismo, el tabaquismo, las enfermedades de transmisión sexual, los embarazos no deseados, el comportamiento suicida, el sedentarismo, la malnutrición, el estrés y el consumo de sustancias psicoactivas, lo cual permite a su vez, la implementación de estrategias de promoción de la salud y prevención de enfermedades que posibilite a este grupo etario vivir una vida sana y feliz.

## Comportamientos de riesgo

Brehmer (23) ha identificado dos tipos de riesgos de salud. La primera categoría, llamada *riesgos objetivos*, incluye eventos que se pueden medir y pueden ser evaluados. La segunda categoría es conocida como *riesgos psicológicos* e incluye las emociones y la motivación, al igual que las decisiones tomadas por las personas. Desde el punto de vista de Brehmer, los riesgos objetivos y psicológicos no siempre coinciden, ya que las personas constantemente evalúan sus acciones y el medioambiente y toman decisiones con base en la información, y además de lo que señala este autor, agregamos también que se basan en las oportunidades. Este proceso ha sido llamado *percepción de riesgo* por Fitchen, Heath y Fressebdeb Raden (24).

Los estudios demuestran que la percepción de riesgo está estrechamente relacionada con factores culturales, tales como la familia y el significado e importancia asociado a la salud impuesto por la sociedad. De hecho, Covello y Jonson determinaron que "*lo que las sociedades llaman riesgo es determinado por factores sociales y culturales*" (25). Con base en esta comprensión del problema, las universidades deben trabajar sus programas de salud para disminuir riesgos, pero indiscutiblemente esto requiere la continua sistematización de los comportamientos de salud de sus estudiantes.

Por lo expuesto antes, y para aproximarnos a una visión de los comportamientos de salud de los estudiantes de primer año de ingreso a la universidad, nos proponemos caracterizar a esta población por algunas variables relacionadas con los mismos.

## MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó un estudio descriptivo. La muestra se calculó con población estimada de 1434 estudiantes, con precisión del 3%, un efecto del diseño de 1,5, para un total calculado de 540 estudiantes (incluyendo un incremento de más de un 10% por pérdidas u otros factores). Se suministró un cuestionario modificado del *Youth Risk Behavior Survey* (26), que utiliza el *Center for Disease Control* (CDC) de Atlanta (Estados Unidos), previo consentimiento informado. El cuestionario incluye las siguientes macro-variables: nutrición y control del peso, actividad física, manejo del estrés, depresión y suicidio, uso de alcohol, tabaco y otras drogas psico-activas, sexualidad y enfermedades de transmisión sexual, el cual fue diligenciado luego de las instrucciones de un supervisor, que además veló por la privacidad. Los datos fueron tabulados y analizados en SPSS v13, previo control de entrada por el grupo investigador. Se emplearon técnicas de análisis descriptivo, tales como cálculo de frecuencias, razones, tasas, promedios, diferencias de promedios, calculadas con la t de Student y evaluación del p valor, bajo el criterio de corte  $\leq 0,05$  para considerar significancia estadística.

## RESULTADOS

Fueron recolectadas 540 encuestas adecuadamente diligenciadas. El promedio aproximado de edad fue 18 años, DE=1.8 años, IC (17,60–18,0). La mayoría de los jóvenes encuestados fueron mujeres (54.6% Vs 45.3%;  $p = 0,002$ ).

### Control del peso corporal

El 83,9% de los encuestados tiene un Índice de Masa Corporal (IMC) dentro de rangos normales. La prevalencia de sobrepeso (IMC entre 25 y 29,9) fue de 13,52% y 2,6% de

obesidad (IMC entre 30 y 39,9). El 49,4% de los estudiantes ha intentado perder peso o evitado ganarlo durante los 12 meses previos; los métodos utilizados con más frecuencia son: ejercicio físico (32,78%), adopción de una dieta (11,30%), adoptar una dieta y abstenerse de comer (2,59%), abstenerse de comer durante 12 horas o más (2,04%), ingerir medicamentos (2,04%) y el consumo de laxantes o inducción del vómito (1,11%).

### Actividad física

El 22,8% de los encuestados usualmente no camina al menos 10 minutos de forma continua; el 18,70 % respondió que en la última semana caminó todos los días al menos durante 10 minutos consecutivos; el 3.3% lo hizo por 6 días; el 13,8 % lo hizo por 5 días; el 13% por 2 días; el 12,2% por 3 días; el 9,6% caminó por lo menos 10 minutos de forma continua al día durante la última semana. De aquellos estudiantes que caminan al menos 10 minutos de forma continua, no lo hacen por más de 1 hora; sólo el 3.7% lo hace pasando la hora (Tabla 1).

El 46% informó haber realizado actividades físicas moderadas, con baja frecuencia. Todos informaron haber realizado actividades físicas vigorosas, para ambos tipos de actividades menos del 15% lo hacia la semana completa (Tabla 1).

El promedio de días a la semana dedicados a las actividades físicas moderadas por los hombres fue significativamente superior (3,53 días) al de las mujeres (2,9 días),  $p=0.004$ . Hallazgos similares se encontraron en el tiempo dispensado en actividades físicas vigorosas, con un promedio semanal de 2,15 días para los hombres y un solo día por parte de las mujeres,  $p < 0.0001$ .

**Tabla 1**  
Patrones de actividad física desarrollada por los estudiantes recién ingresados a la Universidad

Días/semana	Caminar	Moderadas +	Vigorosas *
Ninguna	22,8%	54,1%	0%
1 día	9,6%	9,1%	24%
2 días	13%	10,6%	21,6%
3 días	12,2%	8,1%	16,5%
4 días	6,3%	4,8%	10,2%
5 días	13,8%	5,9%	12,2%
6 días	3,3%	1,7%	3,1%
7 días	18,7%	5,7%	12,2%

**Fuente:** Base de datos del grupo de investigación.

+: "Que hacen respirar algo más fuerte que lo normal; incluyendo cargar cosas ligeras, montar en bicicleta a paso regular, bailar, entre otras".

\*: "Que hacen respirar mucho más fuerte de lo normal, incluyendo levantamiento de objetos pesados, excavar, hacer aeróbicos, jugar fútbol o pedalear rápido en bicicleta y no incluye caminar".

**Nota:** El patrón para decidir por la categoría "ninguna" es cuando el estudiante hacía la actividad de caminar dedicada como ejercicio, por menos de 10 minutos o no hacía ninguna.

## Nutrición

Las grasas, azúcares, cereales y tubérculos, así como legumbres y alimentos de origen animal son los más consumidos.

El 20,2% no consume ensaladas o vegetales sin cocinar. El comportamiento alimentario se condensa en la Tabla 2.

## Manejo del estrés y las relaciones interpersonales

La mayoría de estudiantes (43,3%) reportaron dedicarse a escuchar música cuando perciben sentirse "ansiosos" o "estresados" y solo la minoría, cuando está ansioso, consume sustancias como alcohol (0,37%), tabaco (5%) sustancias psico-activas de abuso (0,6%). Un 10,2% de los jóvenes no hace nada al sentirse

**Tabla 2**  
Hábitos alimentarios reportados por los jóvenes

Alimento	No consume	1	2 a 4	5 a 7	Varias al día
Grasas y azúcares	2,96%	11,1%	25,2%	28,5%	32%
Leguminosas y alimentos de origen animal	0,37%	2,4%	16,9%	44,1%	36,3%
Ensaladas o vegetales sin cocinar	20,2%	13%	26,7%	28,1%	12%
Ensaladas o vegetales cocidos	17,2%	23,1%	26,3%	21,9%	11,5%
Frutas	5,2%	20,6%	33%	23,1%	18,1%
Cereales y tubérculos	2,2%	5,5%	18,9%	38%	35,4%

La frecuencia está reportada en número de veces que se consume el alimento por día.

**Fuente:** Base de datos del grupo de investigación.

ansioso, y aproximadamente 1 de cada 11 manifiesta realizar otras actividades.

En respuesta a un problema, las reacciones más frecuentes en su orden son: tratar de manejarlo por sí mismo (52%), hablar con amigos al respecto (23,7%), hablar con familiares (15,7%), rezar o visitar la iglesia (4,8%), hablar con los profesores (0,3%), visitar a un especialista: psicólogo, psiquiatra, trabajador social, etc. (0,93%), o ninguna de las anteriores acciones (2,4%).

En caso de enojarse con alguna persona expresan calmadamente a la otra persona el motivo de su enojo (41,7%), mantienen el enojo para sí mismo (35,6%), insultan (11,5%), atacan físicamente (1,1%) u otras (13,1%).

### Comportamiento suicida

En los 12 meses previos, el 4,3% ha considerado suicidarse, de los cuales 78,3% planeó hacerlo y el 65,2% realizó intentos. El 30,4% de los que habían planeado el suicidio sufrieron lesiones corporales, envenenamiento o sobredosis.

### Tabaquismo

El 48,7% reportó haber fumado alguna vez en su vida, de los cuales 82,1% lo hizo antes de su

ingreso a la Universidad, lo cual se determinó por el tiempo que llevan consumiendo en el momento de la encuesta; edad promedio actual de consumo en varones de 18,05 años, ligeramente superior en las mujeres (18,05 años, 18,23 años); sin embargo, esta diferencia no es significativa, valor de  $p > 0,05$ . De los jóvenes que han fumado, 35,2% reportó ser fumadores activos, considerando para este caso que fumaron al menos un cigarrillo en los últimos treinta días. En la Tabla 3 se detallan los patrones de consumo de cigarrillos.

Los jóvenes fumadores lo han hecho en promedio durante 2,8 años; sin embargo, este dato es significativamente superior en los varones (3,2 años) que en las mujeres (2,4 años),  $p = 0,025$ . Asimismo, el promedio de días dentro de los últimos 30 días en que los jóvenes han fumado es superior en varones (12,25 vs 6,72) con un valor de  $p = 0,005$ .

Con respecto a la forma de adquisición, el 33,5% los compra dentro de la Universidad, 33,5% fuera de ella y 32,9% los consigue gratuitamente con algún compañero. El 21,5% de los fumadores había intentado dejar su hábito en los 6 meses previos a la encuesta.

Tabla 3

Patrones de hábito tabáquico en jóvenes recién ingresados a la Universidad

Número de días que fumaron reportados en referencia a los últimos 30 días	Frecuencia	Porcentaje
1-7 días	87	45,7
7-14 días	22	11,57
15-21 días	26	13,68
22-28 días	5	2,63
29 -30 días	25	13,15
No responde	25	13,15
<b>Total</b>	<b>190</b>	<b>100%</b>

Continúa...

Años de tabaquismo		
Menos de un año	26	13,8%
Uno a tres	88	51%
Cuatro años	25	13,2%
Cinco años	14	7,4%
Más de seis años	13	14,1%
<b>Total</b>	<b>190</b>	<b>100%</b>

Fuente: Base de datos del grupo de investigación.

### Consumo de bebidas alcohólicas

El 80,08% de los estudiantes había consumido al menos un trago de alcohol completo. Las edades de consumo de alcohol por primera vez con mayor frecuencia reportadas por los estudiantes se distribuyen: 15 años (20,19%), 14 años (17,22%), 16 años (10,50%), 12 años (7,59%), 13 años (7,22%), 17 años (4,44%), 10 años (2,04%), 18 años (1,30%), 19 años (1,30%); las demás edades reportaron porcentajes menores al 1%. El promedio de edad en la cual se inició el hábito es significativamente inferior en varones que en mujeres (13,75 vs 14,59), con un valor de  $p=0,001$ . El promedio de años consecutivos que se ha consumido alcohol es significativamente superior en varones (4,38 años) que en mujeres (2,91 años), con un valor de  $p<0,0001$ . De los 432 estudiantes que reportaron haber consumido alcohol, el 84,02% ha persistido en el hábito.

### Drogas de abuso

Las drogas de abuso han sido utilizadas por el 6,6% de los encuestados con edad promedio de inicio de consumo de las distintas drogas entre 15 y 16 años. Los esteroides anabólicos son usados por menos del 1% (0,76%) en todos los varones. En la Tabla 4 se condensan los patrones de utilización.

### Factores relacionados con la salud reproductiva

El 51,5% reportó haber tenido relaciones sexuales. El promedio de edad de inicio fue de 15,8 años. En la Tabla 5 se resumen algunas de las características de la sexualidad de los jóvenes encuestados.

**Tabla 4**  
Patrones de utilización de las sustancias de abuso

Sustancia	Prevalencia	Promedio de edad a su inicio reportada por la persona	Días que se ha usado en los últimos 30 días reportados por la persona
Marihuana	10 (1,85%)	16 años	2,3
Cocaína y derivados	7 (1,3%)	15,3 años	2,8
Anfetaminas	10 (1,85%)	16 años	3,4
Otras sustancias (nocivas)	9(1,66%)	---	---

Fuente: Base de datos del Grupo de Investigación.

**Tabla 5**  
Características acerca de la sexualidad de los jóvenes encuestados

Preferencias sexuales		Método de planificación familiar utilizado	
Heterosexual	534 (99,6%)	Ninguno	31 (11,2%)
Homosexual	2 (<1%)	Píldora "del día siguiente"	21 (7,6%)
Bisexual	6 (0,37%)	Píldoras anticonceptivas	39 (14%)
No sabe	0 (0%)	Condón	170 (61,2%)
<b>Personas con las que ha tenido relaciones sexuales</b>		<i>Coitus interruptus</i>	8 (2,9%)
1 persona	103 (37,05%)	Otro	4 (1,4%)
2 personas	158 (56,83%)	No sabe	5 (1,4%)
3 o más personas	17 (6,12%)	<b>Haber estado en embarazo/haber embarazado</b>	
<b>Sustancias usadas antes de tener relaciones sexuales</b>		Si	12 (4,3%)
Ninguna	208 (74,28%)	No	267 (95,7%)
Drogas de abuso	5 (1,79%)	<b>Antecedente de violación</b>	
Alcohol	65 (23,38%)	Si	8 (7,2%)
Estimulantes sexuales	1 (0,49%)	No	252 (92,8%)
		<b>Embarazos no deseados</b>	
<b>Número de relaciones sexuales por dinero</b>		Si	5 (1,9%)
Ninguna	250 (96,15%)	No	271 (98,1%)
Una vez	3 (1,15%)	-	
Dos veces	3 (1,15%)	-	
Tres veces	1 (0,38%)	-	
Cuatro o más veces	4 (1,15%)	-	

Fuente: Base de datos del grupo de investigación.

En cuanto a las enfermedades de transmisión sexual (ETS), el 1,12% de los estudiantes reportó haber sido diagnosticado con alguna de ellas. La educación acerca de la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana ha sido recibida por el 85,2% de los estudiantes, de los cuales el 30,9% la recibió en la Universidad; 15,7% a través de sus padres; 3,9% por internet; 0,7% a través de los amigos; 37,8% por medio de otras fuentes y 0,7% no respondió.

## DISCUSIÓN

La identificación de comportamientos de riesgo y sus resultados negativos en la salud de los jóvenes universitarios es un

paso importante en el desarrollo de programas diseñados con el fin de reducir su incidencia e implicaciones negativas en su salud. El YRBS está diseñado para identificar comportamientos de riesgos en siete áreas distintas entre jóvenes universitarios y ha sido utilizado en varios países.

En este estudio se encontró que el 16,12% de los encuestados tiene un índice de masa corporal por encima del límite normal, lo cual también se ha descrito en estudios realizados en otras universidades de Colombia donde se ha encontrado un 75% de estudiantes con peso normal (27) y en otros países de Latinoamérica, como Brasil (28) y en poblaciones hispanas de Estados Unidos (29). Los trastornos del

peso han sido asociados con la presencia de hipertensión, enfermedades osteoarticulares, enfermedades bronquiales y pulmonares, escoliosis y desórdenes psiquiátricos, en particular las neurosis (30). La tendencia creciente del sobrepeso en Latinoamérica debe alertar a los estamentos de salud acerca del incremento paralelo de las enfermedades con las que está relacionado y conductas que llevan a trastornos de la alimentación, lo cual agrava el problema de la salud integral del adolescente; asociaciones entre sobrepeso y malas conductas alimentarias han sido encontradas en estudios realizados en las universidades (27, 31).

Si bien el peso corporal es resultante de múltiples factores genotípicos y ambientales, la actividad física y los comportamientos alimentarios juegan un papel preponderante. Entre los participantes de este estudio, solo un bajo porcentaje realiza actividades físicas moderadas y vigorosas; además, se invierte poco tiempo en la ejecución de las mismas. Asimismo, encontramos que el promedio de días a la semana invertido en actividades físicas moderadas y vigorosas, y el tiempo que se le dispensa, son significativamente superiores en los varones. En la ciudad de Bogotá, Mantilla-Toloza (17) también había descrito pobre adherencia al ejercicio físico, lo cual estuvo asociado a poca disponibilidad de tiempo y voluntad. Otras conductas aprendidas durante la infancia, como el uso prolongado de la televisión, los video-juegos y el computador también han aumentado la prevalencia de sobrepeso en niños colombianos entre los 5 y 12 años, lo cual compromete aún más la salud del futuro adolescente (32).

Aunque cerca de la mitad de los estudiantes ha intentado perder peso o ha evitado ganarlo

durante los 12 meses previos, por fortuna la mayoría opta por el ejercicio físico y los cambios en los hábitos nutricionales, y menos del 10% utiliza medios insalubres para la reducción del peso.

En la muestra de este estudio se encontró que la dieta de los adolescentes es pobre en frutas y vegetales, aún más que en países desarrollados como Estados Unidos. Asimismo, es abundante en carbohidratos y lípidos, lo cual demanda estrategias dirigidas al aumento de la ingesta de ensaladas y vegetales cocidos y sin cocinar, así como una disminución paralela en el consumo de grasas y azúcares, en vista de que las conductas alimentarias de la niñez y la adolescencia se perpetuarán en la vida adulta (33-36).

Ante situaciones estresantes, la mayoría de estudiantes se dedica a escuchar música o compartir sus opiniones con familiares, amigos o personas que brindan asesoría psicológica. Estas situaciones, en una minoría, desencadenan el consumo de sustancias psico-activas, tales como alcohol, tabaco, marihuana o cocaína.

Una de las principales causas de morbi-mortalidad en adolescentes la constituyen las lesiones personales y los homicidios derivadas del mal manejo de las relaciones interpersonales (37). En esta encuesta encontramos que el 12,6% de los estudiantes desarrolla una respuesta inadecuada para resolver un conflicto, acudiendo a manifestaciones de violencia, tales como insultos o agresiones físicas. En otros estudios realizados con estudiantes de primer año de universidad se encontró un porcentaje mayor (38%) de estudiantes que no resolvían sus conflictos (38).

Otra de las circunstancias que ponen en riesgo la vida de los adolescentes son las

ideaciones suicidas. El 4,3% de los estudiantes reportó haber considerado suicidarse, lo cual es muy similar a lo descrito en dos estudios realizados en estudiantes universitarios de la ciudad de Bogotá (39, 40). Al momento de la encuesta, la mayoría de ellos ya había realizado al menos un intento, lo cual evidencia que la morbi-mortalidad derivada de estas prácticas es un problema latente.

En cuanto al hábito tabáquico, su prevalencia es de 35,2%, superior a la de tres de las series (13, 41, 42, 43) estudiadas en Bogotá, Cali y Magdalena (Colombia). Existe una predilección de los varones a consumir más cigarrillos y por mayor tiempo. Cabe resaltar que más el 25% de los fumadores activos ha intentado dejar de fumar, por lo que deben implementarse programas de educación para el abandono definitivo del hábito.

Adicionalmente, limitar la venta de cigarrillos dentro de los campus universitarios bajaría su disponibilidad y probablemente su consumo.

El consumo alcohol también es prevalente entre los universitarios. El promedio de edad de inicio reportado por los estudiantes, tanto en varones como en mujeres, es inferior a 15 años, lo que sugiere que comienza el consumo antes del ingreso a la Universidad. Entre los factores de riesgo para la iniciación del consumo están la edad, baja autoestima, convivencia con adultos alcohólicos y fácil disponibilidad de las bebidas (44, 45). Por ello, sencillas intervenciones, como limitar su disponibilidad, pueden disminuir la adicción de los jóvenes. Algo similar ocurre con el uso de sustancias psico-activas, aunque son un problema de menor magnitud que en otras Universidades de Colombia, donde llegan a afectar hasta el 20% de los estudiantes

(46), esto tal vez se explica debido a que son estudiantes de primer semestre.

En cuanto a la sexualidad, encontramos que a pesar de las campañas de sexualidad segura, persisten indicadores inaceptables de embarazos no deseados, promiscuidad y prostitución. El alcohol es frecuentemente utilizado antes de tener relaciones sexuales, lo cual podría explicar los errores de planificación familiar. A pesar de que la frecuencia de embarazos no deseados es menor que las reportadas en Cali (15,5%), no deja de ser un problema de cuidado (47). Asimismo, como consecuencia de los malos hábitos sexuales pueden sobrevenir infecciones transmitidas por esta vía. Si bien la mayoría de los estudiantes ha recibido información acerca del VIH, la baja aplicación de los métodos preventivos pone en manifiesto su poca influencia sobre la actitud de los adolescentes. Es pertinente instaurar las medidas que han demostrado la reducción de la transmisión de las ETS, entre otras, educación en el uso del condón, comunicación con la pareja y la frecuencia de las relaciones (48).

## CONCLUSIONES

En este estudio se han descrito las principales conductas de riesgo en adolescentes, entre las cuales destacamos una prevalencia de sobrepeso similar al de países desarrollados, probablemente como consecuencia de una dieta rica en lípidos y carbohidratos, así como el poco tiempo destinado a la realización de actividades físicas moderadas y vigorosas, especialmente por las mujeres. El manejo de las situaciones estresantes y las relaciones interpersonales requieren orientación profesional, dada la alta frecuencia de conductas violentas y reprimidas en los estudiantes.

Se resalta el problema del alcohol y el tabaco, los cuales sobrepasan la frecuencia observada en otras universidades de Colombia, además, que la mayoría que se inicia persiste con el hábito. Recomendamos limitar la venta de cigarrillos dentro de las instalaciones de las universidades, con el fin de disminuir su disponibilidad y probablemente su consumo.

De conformidad con los resultados de esta investigación, podemos inferir que la calidad de la educación sexual en los adolescentes es deficitaria, ya que aunque la mayoría la han recibido, las prácticas sexuales revelan una pobre aplicación de las medidas de seguridad.

**Conflicto de intereses:** Ninguno.

**Financiación:** DIP, Uninorte.

## REFERENCIAS

1. Organización Mundial de la Salud. [Página principal en Internet]. Génova: World Health Organization, c2007. ¿Cuál es la enfermedad que causa más muertes en el mundo? [citado el 21 de marzo de 2007]. Disponible en: <http://www.who.int/features/qa/18/es/index.html>
2. Must A, Jacques PF, Dallal GE, Bajema CJ, Dietz WH. Long-term morbidity and mortality of overweight adolescents. A follow-up of the Harvard Growth Study of 1922 to 1935. *N Engl J Med* 1992; 327:1350-1355.
3. Baker J, Olsen L, Sorensen LW. Childhood body-mass index and the risk of coronary heart disease in adulthood. *N Engl J Med* 2007; 357: 2329-2337.
4. Navarro E, Vargas R, Martínez R, Padilla B, Ruiz D, Thorne B. Factores asociados al consumo de cigarrillo en adultos del sur-occidente de Barranquilla (Colombia). *Salud Uninorte* 2005; 21: 3-14.
5. Pérez MA, Pinzón-Pérez H. Uso del tabaco entre los jóvenes colombianos. Retos para los profesionales en salud pública. *Salud Uninorte* 2005; 21: 66-75.
6. Brener ND, Kann L, Garcia D, MacDonald G, Ramsey F, Honeycutt S, et al. Youth risk behavior surveillance - selected steps communities, 2005. *MMWR* 2007; 56: 1-16.
7. Mendoza R, Segrera M. Los escolares y la salud. [School youth and health]. Working document, Ministry of Education and Sciences. Madrid, Spain: Marín Álvarez Hnos; 2006: 1-18.
8. Estrada J. La educación destinada a jóvenes como herramienta de prevención en VIH/SIDA. *Rev Fac Nac Salud Pública* 2007; 25(1): 60-68.
9. Kann L, Warren C, Harris WA, Collins J, Douglas K, Collins ME, et al. Youth risk behavior surveillance - United States, 1993. *MMWR* 1995; 44: 1-54.
10. IARD – Istituto di Ricerca S.c.r.l; European commission D.G. for Education and Culture. Study on state of young people and youth policy in Europe, 1999. Milano (Italy): IARD – Istituto di Ricerca S.c.r.l; 2001.
11. Blue RW, Ireland M. Reducing risk, increasing protective factors: findings from the Caribbean youth health survey. *J Adolesc Health* 2004; 35: 493-500.
12. Blum RW, Halcón L, Beuhring T, Pate E, Campbell-Forrester S, Venema A. Adolescent health in the Caribbean: risk and protective factors. *Am J Public Health* 2003; 93: 456-460.
13. Pérez M, Pinzón H. Risk behaviors related to safety and violence among Colombian high school students. *Journal of the International Council for Health Physical Education, Precreations, Sport and Dance* 2005; 38 (1):50-54.
14. Pérez, M.A, Pinzón Pérez H. Alcohol, tobacco, and other psychoactive drugs use among high school students in Bogotá, Colombia. *Journal of School Health* 2000, 70(9):377-380.
15. Pinzón-Pérez H.L, Pérez, M.A. A study of suicide related behaviors among Colombian youth: reflections and implications for health education. *American Journal of Health Education* 2001; 32(5): 288-292.

16. Franco S. A social-medical approach to violence in Colombia. *Am J Public Health* 2003; 93: 2032-2036.
17. Mantilla-Tolosa SC. Physical activity in people aged 15 to 49 living in a particular locality in Bogotá, Colombia, 2004. *Rev Salud Pública* 2006; 8: (Suppl. 2): 69-80.
18. Wiesner C, Peñaranda D. Encuesta mundial de tabaquismo en jóvenes. Reporte de Bogotá, Colombia. *Rev Col Cancerol* 2002; 6: 5-14.
19. Tafur LA, Ordoñez GA, Millán JC, Varela JM, Rebellón P. Smoking in the Universidad Santiago de Cali. *Colomb Med* 2005; 36: 194-198.
20. Londoño C, García W, Valencia SC, Vinaccia S. Expectativas frente al consumo de alcohol en jóvenes universitarios colombianos. *An Psicol* 2005; 21: 259-267.
21. Ministerio de Justicia y del Derecho, Dirección Nacional de Estupefacientes, Fundación Santa Fe de Bogotá, Embajada de los Estados Unidos de América. Consumo de sustancias psicoactivas, Colombia, 1996. Bogotá (Colombia): Editorial Carrera 7ª; 1997.
22. Bonivento I, Carreño J, Peña S. Conocimiento, actitudes y prácticas sobre uso del condón como método para prevenir el embarazo y las infecciones de transmisión sexual en los estudiantes de pregrado de la Universidad del Norte [Tesis]. Barranquilla: Universidad del Norte; 2005.
23. Brehmer B. The psychology of risk. In W.T. Jingleton, editor. *Risk and decision* (pp 25-39). New York: John Wiley & Sons.
24. Fitchen J, Health J, Fressebdeb-Raden J. Risk perception in community contexts: a case study. In B. Johnson and V. Covello, editors. *The social and cultural construction of risk* (pp 31-51). Lancaster, PA: D. Reidel Publishing.
25. Covello V, Johnson B. The social and cultural construction of risk: issues, methods, and case studies. In B Johnson and V. Covello, editors. *The social and cultural construction of risk* (pp. viii, 3-23). Lancaster, Pa: D Reidel Publishing.
26. Kann L, Warren CW, Harris W, Collins J, Douglas KA, Collins ME. Youth risk behavior surveillance —United States, 1993. *MMWR* 1995; 44: 1-56.
27. Cano A, Castaño, J, Corredor, D, García, A, González M, Lloreda O, Angulo K. Factores de riesgo para trastornos de la alimentación en los alumnos de la Universidad de Manizales. *Med Unab* 2007; 10 (3): 187-193.
28. Da Veiga GV, Da Cunha AS, Sichieri R. Trends in overweight among adolescents living in the poorest and richest regions of Brazil. *Am J Public Health* 2004; 94: 1544-1548.
29. Hoelscher DM, Day S, Sul Lee E, Frankowski RF, Kelder SH, Ward JL, et al. Measuring the prevalence of overweight in Texas schoolchildren. *Am J Public Health* 2004; 94: 1002-1008.
30. Lusky A, Barell V, Lubin F, Kaplan G, Layani V, Shohat Z, et al. Relationship between morbidity and extreme values of body mass index in adolescents. *Intern J Epidemiol* 1996; 25: 829-834.
31. Wang Y, Monteiro C, Popkin BM. Trends of obesity and underweight in older children and adolescents in the United States, Brazil, China, and Russia. *Am J Clin Nutr* 2002; 75: 971-977.
32. Gómez LF, Parra DC, Lobelo F, Samper B, Moreno J, Jacoby E, et al. Television viewing and its association with overweight in Colombian children: results from the 2005 National Nutrition Survey: A cross sectional study. *Intern J Behavior Nutr Phys Activ* 2007; 4: 41.
33. Tamim H, Dumit N, Terro A, Al-Hourany R, Sinno D, Seif F, et al. Weight control measures among university students in a developing country: a cultural association or a risk behavior. *J Am Coll Nutr* 2004; 23: 391-396.
34. Radecki C, Berenson AB. Correlates of weight loss behaviors among low-income African-American, Caucasian, and Latina women. *Obstet Gynecol* 2004; 103: 231-239.
35. Neumark-Stainer D, Hannan PJ. Weight-related behaviors among adolescent girls and boys. Results from a national survey. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2000; 154:569-577.
36. Mikkilä V, Räsänen L, Raitakari OT, Pietinen P, Viikari J. Longitudinal changes in diet

- from childhood into adulthood with respect to risk for cardiovascular diseases: The Cardiovascular Risk in Young Finns Study. *Eur J Clin Nutr* 2004, 58: 1038-1045.
37. Centers for Disease Control and Prevention. [Página principal en Internet]. Atlanta: Centers for Disease Control and Prevention, c2007. Ten Leading Causes of Death, United States. [citado el 21 de mayo de 2008]. Disponible en: <http://www.cdc.gov/ncipc/wisqars>
  38. Alonso L, Murcia G, María J. Autoestima y relaciones interpersonales en jóvenes estudiantes de primer semestre de la División Salud (Colombia). *Salud Uninorte* 2007; 23 (1), 32-42.
  39. Sánchez R, Cáceres H, Gómez D. Ideación suicida en adolescentes universitarios: prevalencia y factores asociados. *Biomédica* 2002; 22:407-16.
  40. Calvo JM, Sánchez R, Tejada PA. Prevalence and factors associated with suicidal ideation among university students. *Rev Salud Pública* 2003; 5: 123-143.
  41. Solarte I, González M, Aristizábal MP. Tabaquismo entre estudiantes de Medicina. *Rev Col Neumol* 1997; 9: 7-9.
  42. Tafur LA, Ordóñez G, Millán JC, Varela JM, Rebellón P. Prevalencia de tabaquismo en estudiantes recién ingresados a la Universidad Santiago de Cali. *Colomb Med* 2006; 37: 126-132.
  43. Ceballos, G, Del Gordo R, Campo-Arias, A. Factores asociados con el consumo diario de cigarrillo en estudiantes de Medicina de Santa Marta, Colombia. *Rev Fac Nac Salud Pública* 2006; 24(1).
  44. Fisher LB, Miles I, Austin B, Camargo CA, Colditz GA. Predictors of initiation of alcohol use among US adolescents. Findings from a prospective cohort study. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2007; 161: 959-966.
  45. Rodríguez DC, Dallos CM, González SJ, Sánchez ZM, Díaz-Martínez LA, Rueda-Jaimes G, et al. Association between depressive symptoms and alcohol abuse among students from Bucaramanga, Colombia. *Cad Saúde Pública* 2005; 21: 1402-1407.
  46. Téllez J, Cote M, Savogal F, Martínez E, Cruz U. Identificación de factores protectores en el uso de sustancias psicoactivas en estudiantes universitarios. *Rev Fac Med Univ Nac Colomb* 2003; 51: 15-24.
  47. Ortiz C, Viáfara G, Caba F, Molina T, Gómez M, Molina R, et al. Prevalence of pregnancy unwanted and resolution way in university students: adolescents and young adult in Cali, Colombia, with relation to perception of the quality of sexual education. *Rev Soc Chil Obstet Ginecol Infant Adolesc* 2003; 10: 13-18.
  48. Johnson BT, Carey MP, Marsh KL, Levin KD, Scott-Sheldon LA. Interventions to reduce sexual risk for the human immunodeficiency virus in adolescents, 1985-2000. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2003; 157: 381-388.