

**TABLA DE CONTENIDO**

<b>ÍNDICE DE TABLAS.....</b>	<b>2</b>
<b>RESUMEN.....</b>	<b>3</b>
<b>ABSTRACT.....</b>	<b>5</b>
<b>INTRODUCCIÓN.....</b>	<b>7</b>
<b>OBJETIVOS.....</b>	<b>21</b>
OBJETIVO GENERAL.....	21
OBJETIVOS ESPECIFICOS.....	21
<b>METODOLOGÍA.....</b>	<b>22</b>
TIPO DE ESTUDIO.....	22
POBLACIÓN Y MUESTRA.....	22
<b>INSTRUMENTO.....</b>	<b>23</b>
<b>PROCEDIMIENTO.....</b>	<b>27</b>
<b>CONSIDERACIONES ETICAS.....</b>	<b>27</b>
<b>RESULTADOS.....</b>	<b>28</b>
<b>DISCUSIÓN.....</b>	<b>35</b>
<b>REFERENCIAS.....</b>	<b>40</b>
<b>ANEXOS.....</b>	<b>55</b>

## ÍNDICE DE TABLAS

**TABLA 1. Edad Promedio De La Muestra**

**TABLA 2. Porcentajes De Acuerdo Al Género**

**TABLA 3. Promedio General De La Relación Sexual Coital**

**TABLA 4. Edad De La Primera Relación Sexual Coital**

**TABLA 5. Uso Del Condón**

**TABLA 6. Orientación Sexual**

**TABLA 7. Orientación Sexual, Edad De La Primera Relación Sexual Coital**

**TABLA 8. Orientación Sexual, Promedio Del Uso Del Condón**

**TABLA 9. Actividad Físico**

**TABLA 10. Consumo De Cigarrillo**

**TABLA 11. Edad Del Primer Consumo**

**TABLA 12. Consumo De Otras Sustancias**

**TABLA 13. Síntomas Depresivos Con Importancia Clínica**

**COMPORTAMIENTOS DE RIESGOS PARA LA SALUD, EN ADOLESCENTES ESTUDIANTES DE LA FACULTAD DE INGENIERIA DE UNA UNIVERSIDAD PÚBLICA DE SANTA MARTA, COLOMBIA.**

**RESUMEN**

**Antecedentes:** El conjunto de comportamientos de compromiso con la salud, o de riesgo, en los adolescentes son; la conducta sexual, el consumo de sustancia que pueden ser abusadas o causar dependencia, la actividad física, la conducta alimentaria y síntomas depresivos con importancia clínica.

**Objetivo:** Describir los patrones de comportamiento de riesgo para la salud en una población de adolescentes estudiantes de la Facultad de Ingeniería de una Universidad Pública de Santa Marta, Colombia, 2008 I.

**Método:** El tipo de estudio de esta investigación es cuantitativo y con un diseño transversal descriptivo. La población estuvo conformada por los 1998 estudiantes de la Facultad de Ingeniería; de los cuales 385 alumnos, mediante el método de muestreo probabilístico estratificado, conformaron la muestra, quienes diligenciaron en forma anónima, una serie de escalas y cuestionarios para conocer los comportamientos de riesgo para la salud. Para establecer la validez y confiabilidad de los instrumentos se utilizó el Alfa de Cronbach.

El procesamiento estadístico se realizó mediante el programa SPSS versión 15 a través del cual se determinaron promedios, porcentajes y desviaciones estándar.

**Resultados:** La edad de la muestra en general osciló entre los 15 y los 24 años, con una edad promedio de 19.8 años cumplidos (DE 2.0). El género de los participantes estuvo compuesto por 265 (68.8%) del género masculino y 120 (31.2%) del género femenino.

El estrato socioeconómico estuvo conformado desde el 0 hasta el 6.

Se realizó un primer análisis de las variables comportamiento y orientación sexual, conducta alimentaria, actividad física, consumo de sustancias y síntomas depresivos con importancia clínica. Sin embargo, las variables conducta alimentaria y consumo de alcohol, las cuales se pretendían medir con los instrumentos SCOFF y CAGE, respectivamente, se retiraron de los análisis debido a que el instrumento resultó no fiable para la población en donde se efectuó la presente investigación.

**Conclusiones:** De acuerdo a los resultados de la muestra en general un 78.7% manifiesta haber tenido relaciones sexuales coitales. La edad promedio de la primera relación sexual cóital en el presente estudio fue de 15.88 años de edad (DE 2.2). El 59.4% de la muestra no utiliza condón; respecto a la orientación sexual el 95.3% de jóvenes manifiestan ser heterosexuales. Un 18.4% de la muestra realiza actividad física que los hace respirar y sudar rápidamente durante los últimos 7 días. Un 95.1% de la muestra no fuma.

**Palabras clave:** comportamientos de riesgo para la salud, adolescentes, estudiantes universitarios.

(BEHAVIOR OF RISKS TO HEALTH IN ADOLESCENT STUDENTS OF THE  
FACULTY OF ENGINEERING OF A PUBLIC UNIVERSITY OF SANTA  
MARTA, COLOMBIA)

**ABSTRACT**

**Background:** The set of behaviors of commitment with the health, or risk, the adolescents is the sexual conduct, the substance consumption who can be abused or to cause dependency, the physical activity, the nourishing conduct, depressive symptoms with clinical importance.

**Objective:** To describe the landlords of behavior of risk for the health in a population of adolescent students of the Faculty of Engineering of a Public University of Santa Marta, Colombia, 2008 I.

**Method:** The type of study of this investigation was quantitative and with a descriptive cross-sectional design. The population was conformed by 1998 students of the Faculty of Engineering; of which 385 students, by means of the stratified method of probabilistic sampling, conformed the sample, that hastened in anonymous form, a series of scales and questionnaires to know the behaviors risk for the health. In order to establish the validity and trustworthiness of the instruments I am used the Alpha of Cronbach. The statistical processing I am realised by means of program SPSS version 15 through what averages, percentage and standard deviations settled down.

**Results:** The age of the group oscillated between the 15 and 24 years, with an age average of 19,8 years fulfilled (OF 2,0). The sort of the participants was made up of 265 (68,8%) of masculine and 120 (31,2%) of the femenine. The socioeconomic layer was conformed from the 0 to the 6. A first analysis of the variables was realised behavior and sexual direction, nourishing conduct,

physical activity, depressive consumption of substances and symptoms with clinical importance. Nevertheless, the variables nourishing conduct and consumption of substances, which were tried to measure with instruments SCOFF and CAGE, respectively, retired of the analyses because the instrument was nontrustworthy for the population where the present investigation took place.

**Conclusions:** According to the results of the sample generally 78,7% declare to have had coitales sexual relations. The age average of the first cóital sexual relation in the present study was of 15,88 years of age (OF 2,2). The 59,4% of the sample do not use condón; with respect to the sexual direction the 95,3% of young people declare to be heterosexual. 18.4% of the sample realise physical activity that makes breathe and sweat quickly. 95,1% of the sample do not smoke.

**Key words:** university behaviors of risk for the health, adolescents, students.

## INTRODUCCIÓN

La presente investigación pretende establecer y describir, comportamientos de riesgo de compromiso con la salud en estudiantes Universitarios entre 15 hasta los 24 años, teniendo en cuenta que estos llamados comportamientos riesgosos se inician en la adolescencia, durante el proceso de consolidación de la identidad global del individuo, de la personalidad, que se establece en esta etapa crucial del ciclo vital de las personas. (Adger & DeAngelis, 1994).

Alonso Palacio, Miguel Pérez, Gabriel Alcalá, Ayleen Lobo y Adriana Consuegra en su estudio "*Comportamientos de riesgo para la salud en estudiantes colombianos recién ingresados a una universidad privada en Barranquilla*" señala y exponen un conjunto de comportamientos relacionados con la salud global de los adolescentes, esto sirvió de base para el desarrollo del presente estudio, donde las variables objeto de estudio son: la conducta sexual, el consumo de sustancia que pueden ser abusadas o causar dependencia, la actividad física, la conducta alimentaría y síntomas depresivos con importancia clínica.

Estos comportamientos llamados de riesgo de ser adoptados en el estilo de vida de los individuos traen consigo una serie de consecuencias que afectarían la salud física y psicológica de estos, es decir su bienestar integral:

La conducta sexual inapropiada incrementa en forma importante la frecuencia de embarazos no planeados, con las consecuencias psicosociales negativas asociadas como son los embarazos no deseados y enfermedades de transmisión sexual, en particular la infección del virus de la inmunodeficiencia humana (VIH).

El consumo de sustancias legales e ilegales aumenta significativamente el número de casos de enfermedades como cirrosis hepática y enfermedades pulmonares neoplásicas y no neoplásicas.

La inactividad física o la vida sedentaria se asocian con enfermedades cardiovasculares que afectan el bienestar psicológico de los individuos, los adolescentes inactivos manifiestan un mayor número de veces malestar con la apariencia física, sobrepeso y obesidad.

La conducta alimentaría inapropiada implica o es un factor de un número importante de enfermedades físicas como la diabetes y la hipertensión arterial, y se observa que los adolescentes con un patrón desadaptativo de alimentación, lo presentan con más frecuencia cuando existe inconformidad con la figura o apariencia corporal.

También es común encontrar síntomas depresivos con importancia clínica en esta etapa encauzando problemas de autoestima y en casos graves llevando al suicidio.

En forma general, la información científica disponible muestra, que generalmente esta constelación de comportamientos de riesgo para la salud, se pueden observar en un mismo grupo de adolescentes, se encuentran agregados, es decir, en el adolescente que se identifica un comportamiento de riesgo es frecuente encontrar otra conducta riesgosa para su integridad física y mental.

Todas estas conductas riesgosas deterioran el funcionamiento global de los adolescentes: con poca adaptación al contexto familiar, dificultades en el entorno estudiantil y pobre rendimiento académico. Teniendo en cuenta lo



anterior se considero la relevancia en la realización de este estudio es por ello que el objetivo capital es:

***Establecer los patrones de comportamiento de riesgo para la salud en una población de adolescentes estudiantes de la Facultad de Ingeniería de una Universidad Pública de Santa Marta, Colombia, 2008 I.***

### **Marco Teórico y Estado del Arte**

La adolescencia es un período del ciclo vital de transición de la niñez a la adultez caracterizado por la consolidación de la personalidad que se refleja en una serie de hábitos y costumbres, muchas veces difíciles de modificar en estadios posteriores de la vida (Calzada, 2001; Oliva, 2004).

A su vez a esta etapa se consolida la juventud que comprende el periodo entre 15 y 24 años de edad, es una categoría psicológica que coincide con la etapa post-puberal de la adolescencia, ligada a los procesos de interacción social, de definición de identidad y a la toma de responsabilidad, es por ello que la condición de juventud no es uniforme, varía de acuerdo al grupo social que se considere (Organización Panamericana de la Salud 1999).

Por lo anterior, al hablar del conjunto de comportamientos de compromiso con la salud, o de riesgo, de los adolescentes se encuentra la conducta sexual, el consumo de sustancia que pueden ser abusadas o causar dependencia, la actividad física y la conducta alimentaria (Adger & DeAngelis, 1994). Es decir, las conductas que pueden poner en peligro la integridad suelen agregarse en un grupo de adolescentes, en lo que se ha denominado comportamientos riesgosos para la salud (Irwin & Millstein, 1986). Cada una de las conductas que componen este patrón de comportamiento se relaciona en forma independiente con síntomas depresivos con importancia clínica (O'Sullivan & Krisman, 1993).

#### *Comportamiento sexual*

Es considerado en este estudio, como el acto de relaciones sexuales coitales. Se dice que la tendencia de relaciones sexuales en adolescentes escolarizados cambia según el contexto social cultural de la población, depende del país, de la ciudad, el lugar de residencia urbana o rural y el rango de edad de la población estudiada, las prevalencias informadas se encuentran entre el 7.0% y 63.5%

(Ceballos & Campo-Arias, 2007; Chirinos, Salazar & Brindis, 2000; Gascón, Navarro, Gastón, Pérula, Jurado y Montes, 2003; Harvey & Spigne, 1995; Moreau, Ferron, Jeannin & Dubois, 1996; O'Sullivan & Krisman, 1993; Park, Sneed, Morisky, Alvear & Hearst, 2002; Resnick, Bearmen, Blum, Harris, Jones, et al. 1997; Small & Luster, 1994; Takakura, Nagayama, Sakihara & Wilcox, 2001; Træen & Kvalen, 1996; Youn, 1996).

En Colombia, los estudios publicados informan prevalencia entre el 18.9% y el 58% (Castillo, Meneses, Silva, Navarrete y Campo, 2003; Ceballos & Campo-Arias, 2007; Vera, López, Orozco y Caicedo, 2001).

El informe por parte de un adolescente de haber tenido al momento de la evaluación la primera relación sexual está significativamente relacionado con los años de edad (Castillo et al 2003; Ceballos & Campo-Arias, 2007; Resnick et al 1997; Santelli, Brener, Lowry, Bhatt & Zabin, 1998), ser varón (Castillo et al 2003; Ceballos & Campo-Arias, 2007; Gascón et al 2003; Harvey, Spigner, 1995; O'Sullivan et al 1993; Santelli et al 1998; Small & Luster, 1994; Youn, 1996).

Los embarazos no planeados o no deseados son una consecuencia del comportamiento sexual de riesgo en adolescente con un impacto psicosocial negativo importante (Narring, Michaud, Sharma, 1996; Stock, Bell, Boyer & Connell, 1997; Szigethy & Ruiz, 2001). De la misma forma, la conducta sexual riesgosa aumenta la frecuencia de casos de infecciones de transmisión sexual (ITS), en particular, por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) (Gómez-Lázaro, Del Romero, Castilla, Rodríguez, García, Clavo, et al 2001; Mesa, Barella & Cobeña, 2004).

El comportamiento epidemiológico de la infección por VIH indica que muchos adultos Cero-positivos para VIH o que presenta el estadio final de la infección,

el síndrome de inmunodeficiencia humana adquirida (SIDA), contrajeron esta infección durante los años de la adolescencia (Burke, Brundage, Goldenbaum, Gardner, Peterson, Visintine, et al.1990).

### *Orientación sexual*

Entiéndase esto como la atracción física hacia otra persona de acuerdo al género, la edad de la primera relación sexual y el uso de preservativo en cada uno de los grupos sexuales que existen en la muestra.

Al hablar de orientación sexual, hace alusión al patrón individual de atracción física y emocional hacia otra persona (Frankowski, 2004), Las personas heterosexuales se sienten atraídas hacia personas del sexo opuesto, las homosexuales por personas del mismo sexo, y las bisexuales por personas de ambos sexos (Friedman & Downey, 1994). Los hombres homosexuales se conocen comúnmente como gays y las mujeres homosexuales como lesbianas (Frankowski, 2004; Friedman & Downey, 1994).

La consolidación de la orientación sexual es un proceso que involucra toda la vida, sin embargo, las fases iniciales del afianzamiento empiezan en la adolescencia y generalmente finalizan en la adultez temprana, en la mayoría de los individuos (Friedman et al 1994). Sin embargo, este proceso puede terminar en una etapa posterior en personas homosexuales y bisexuales (Martin 1991; Pinilla, Sánchez y Campo, 2003), muchos individuos mantienen un patrón de comportamiento homosexual o bisexual sin que se consideren a sí mismos homosexuales o bisexuales, debido a las connotaciones negativas que tienen dentro del contexto social (Green 1998; Harrison, 2003; Martín, 1991; Pinilla, et al 2003; Savin-Williams & Diamond, 2000).

Las proporciones de la bisexualidad, heterosexualidad y homosexualidad no se conoce con precisión, tanto en adolescentes como en personas adultas, debido

a las limitaciones que implica la determinación de un rasgo comportamental tan difuso, y con las implicaciones sociales desfavorables antes anotadas (Byne & Parsons, 1993). El número de adolescentes bisexuales y homosexuales varía según la población estudiada; adicionalmente un grupo de adolescentes informan estar inseguros sobre la orientación sexual. Los estudios informan que el promedio de adolescentes bisexuales oscila entre un 0.5% y 2.5%, la de homosexuales oscila entre un 0.5% y 4.0% y entre 1.0% y 5.0%, se encuentran inseguros (Cortés, Pérez, Aguilar, Valdés y Tabeada, 1998; Faulkner & Cranston, 1998; Garofalo, Wolf, Wissow, Woods & Goodman, 1999; Remafedi, Resnick, Blue & Harris, 1992).

En general, los adolescentes bisexuales y homosexuales presentan mayor número de comportamientos sexuales riesgosos: inician relaciones sexuales a edad más temprana (Garofalo, Wolf, Kessel, Palfrey & DuRant, 1998; Russell, Driscoll & Troung, 2002) y tienen mayor número de parejas sexuales (Blake, Ledsky, Lehman, Goodenow, Sawyer & Hack, 2001; Cortés, et al 1998; Robin, Brener, Donahue, Hack, Hale & Goodenow, 2002); además, con menor frecuencia reciben información sobre prácticas sexuales seguras (Blake et al 2001). Igualmente se ha observado que la orientación bisexual u homosexual adolescente se asocia con mayor frecuencia con el consumo de cigarrillo o dependencia de nicotina (Austin, Ziyadeh, Fisher, Kahn, Colditz & Frazier, 2004; Cortés, et al 1998; Fergusson, Horwood & Beautrais, 1999; Russell, Driscoll & Troung, 2002), se evidencia uso frecuente de alcohol (Blake et al 2001; Cortés et al 1998; Garofalo et al 1998; Russell et al 2002), de igual modo mayor frecuencia de consumo de otras sustancias que pueden causar dependencia (Austin et al 2004; Blake et al 2001; Fergusson et al 1999; Garofalo et al 1998; Hawkins et al 1999; McNall et al 1999; Russell et al 2002, más frecuencia de abandono o expulsión del hogar (Rosario & Rotheram-Borus, 1996; Russell et al 2002), y episodios de peleas fuera y dentro del colegio (Garofalo et al 1998;

Russell, Fmaz & Driscoll 2001; Russell et al 2002), presentan un pobre rendimiento académico o de deserción escolar (Remafedi, 1987; Russell et al 2002).

Aunque la orientación homosexual o bisexual no se consideran que predispongan o en sí misma un trastorno mental (Elze, 2002; Lamberg, 1998), los adolescentes que hacen parte de esta minoría sexual deben afrontar estresores adicionales como la discriminación y el maltrato por pares y profesores y la falta de apoyo de los padres (Blake et al 2001; Cochran, Stewart, Ginzler & Cauce, 2002; Elze, 2003; Faulkner et al 1998; Garofalo et al 1998; Russell et al 2002). Los datos disponibles sugieren que esto es más en aquellos adolescentes que manifiestan malestar o inconformidad con la propia orientación sexual (Remafedi, 1987). Haciendo de este sector de la población adolescente un grupo vulnerable de alto riesgo, como observamos, de comportamientos que afectan la salud física y mental (Johnson & Johnson, 2000; Rosario et al 1996; Sell & Blake, 2001).

### *Conducta alimentaria*

Interpretado como el resultado de trastornos existentes en la conducta alimentaria de la muestra, como vómitos y pérdida del control sobre la ingesta de alimentos en los últimos tres meses.

Por lo anterior, los trastornos de la conducta alimentaria son más frecuentes en la adolescencia que durante cualquier otra etapa del ciclo vital (Garfinkel, Lin, Goering, Spegg, Goldbloom, Kennedy, et al 1995). Los adolescentes muestran un hábito alimentario poco saludable, sólo el 20% consume cinco raciones de frutas o vegetales a la semana (Grunbaum, Kann, Kinchen, Williams, Ross, Lowry, et al 2002). Varios estudios informan las conductas alimentarias inapropiadas como un aumento de la ingesta se presenta en el 17.3% de las mujeres y en el 7.8% de los varones adolescentes (Grunbaum et al 2002), de tal

suerte que uno de cada diez, a uno de cada cuatro presenta sobrepeso (Neumark-Sztainer & Hannan, 2000) y aproximadamente el 45% de las mujeres y el 20% de los varones ha hecho dieta en algún momento (Neumark-Sztainer et al 2000).

Las mujeres generalmente están más preocupadas por la figura corporal, por lo cual no es extraño que los varones tengan más sobrepeso. Y generalmente los adolescentes que hacen atracones informan mayor insatisfacción con la figura corporal (Ackard, Neumark-Sztainer, Story & Perry, 2003; Erickson, Robinson, Haydel & Pillen, 2000), y refieren un pobre nivel de autoestima, ideación o intentos suicidas y otros síntomas depresivos o un trastorno depresivo propiamente dicho (Ackard et al 2003; Erickson, Robinson, Haydel & Pillen, 2000; Neumark-Sztainer et al 2000).

### *Actividad física*

Comprendida como la realización de ejercicio físico con duración de 20 minutos que haga sudar y respirar rápidamente durante los últimos siete días.

La actividad física regular, se relaciona con una mayor sensación de bienestar y menor morbilidad física y mental, la vida sedentaria explica un número significativo de casos de sobrepeso y de obesidad (Paluska & Schwenk, 2000; Patrick, Norman, Calfas, Sallis, Zabinski, Rupp et al 2004). No obstante, el nivel de actividad física en adolescentes es menor a lo esperado, sólo entre un 30% y 40% practica una actividad física diariamente (Grunbaum, Kann, Kinchen, Williams, Ross, Lowry, et al 2002; Kulig, Brener & McManus, 2003).

La actividad física diaria es más frecuente observarla en los varones (Brisnahan, Steffen, Lytle, Patterson & Boostrom, 2004) y quienes hacen ejercicio en forma regular consumen cigarrillo con menor frecuencia (Pesa, 1998; Simantov, Schoen & Klein, 2000), tienden a ser más resistente al

consumo de alcohol y otras sustancias, y menor informe de síntomas depresivos, de deseos o planes suicidas y trastornos depresivos (Brisnahan et al 2004; Kulig et al 2003).

### *Consumo de sustancias*

#### *Alcohol*

Identificar el riesgo de alcoholismo. Se establece que la aceptación social hace del consumo de alcohol un comportamiento muy frecuente en los adolescentes (Villatoro, Medina-Mora, Cardiel, Fleiz, Alcántar, Hernández, Parra, et al 1999). Sin embargo, se informa que un 20% de los adolescentes lo consumen en forma regular o al menos en el último mes (Simantov et al 2000; Villatoro et al 1999).

El consumo de alcohol es tan frecuente en los varones adolescentes como en mujeres (Bailey, 1992; Bobo & Husten, 2000; Sutherland & Willner 1998; Torikka, Kaltiala-Heino, Rimpelä A, Rimpelä M, Rantanen, 2001; Villatoro et al 1999). Los consumidores de alcohol ocasional o regular se involucran con más frecuencia en relaciones coitales (Ramisetty-Mickler, Caetana, Goebert & Nishimura, 2004), muchos adolescentes que tienen relaciones sexuales bajo el efecto del alcohol se arrepienten posteriormente (Bonono, Coffey, Wolfe, Lynskey, Bowes & Patton, 2001).

De la misma forma, los adolescentes con consumo semanal de alcohol informan más síntomas o trastornos depresivos. (Kelder, Murria, Orpinas, Prokhorov, McReynolds, Zhang et al 2001; Pullen, Modrcin-McCarthy & Graf, 2000; Torikka et al 2001)



### *Cigarrillo*

Como el resultado de la dependencia hacia el cigarrillo o nicotina (fumador o no fumador) y la edad de la primera vez que fumo cigarrillo.

Se menciona que la tendencia mundial de consumo de cigarrillo en adolescentes varía ampliamente de una nación a otra, dependiendo de la forma como se categorizó el consumo, encontrándose frecuencias tan altas como el 65% (Arenas-Monreal, Jasso-Victoria, Bonilla-Fernández, et al 2004; Caris, Varas, Anthony, Anthony, 2003; Malcon, Menezes, Maia, Chatkin & Victora, 2003; Simantov et al 2000; Pesa, 1998; Vittetoe, Lopez, Delva, Wagner & Anthony, 2002). En Bogotá los porcentajes puede alcanzar el 30%, (Weisner & Peñaranda, 2002) mientras que en Bucaramanga se encuentra en el 17%.

En Santa Marta, en una muestra de estudiantes de Medicina de una universidad pública la tendencia fue del 6.0% (Ceballos, Del Gordo y Campo-Arias, 2006).

Con respecto a la edad promedio de consumo en varones es de 18,05 años, ligeramente superior en las mujeres (18,05 años, 18, 23 años); sin embargo, esta diferencia no es significativa (Alonso, Pérez, Alcalá, Lobo y Consuegra, 2008). Mientras que otros informan que es más frecuente en varones en algunos estudios (Pesa, 1998; Malcon et al 2003), otros no informan diferencias por género (Weisner y Peñaranda, 2002).

Estudios manifiestan problemas conductuales (Caris et al 2003; Upadhyaya, Deas, Brady & Kruesi, 2002; Vittetoe et al 2002) y refieren más síntomas depresivos, incluyendo ideación e intentos de suicidio (Kelder et al 2001; Patton, Carlin, Coffey, Wolfe, Hibbert & Bowes, 1998; Pullen et al 2000; Simantov et al 2000; Vogel, Hurford, Smith & Cole, 2003) o reúnen criterios para trastornos depresivos (Brown, Lewinsohn, Seeley & Wagner, 1996; Upadhyaya et al 2002).

### *Otras sustancias*

Se considera consumo de sustancias ilegales aquellas que están prohibidas por la ley colombiana. Por lo anterior, se identifica que el consumo de otras sustancias ilegales que pueden causar dependencia es muy frecuente en la población adolescente y entre el 1% y el 7% de las jóvenes informa consumo durante el último mes (Brown et al 1996; Everett, Malarcher, Sharp, Husten & Giovino, 2000; Grunbaum et al 2002; Pérez y Pinzón-Pérez, 2000; Sutherland et al 1998; Torres, Y, Muñoz, A y Ramirez, H. 1994).

Los adolescentes con consumo de sustancias informan mayor prevalencia de relaciones sexuales y conductas sexuales riesgosas como número de compañeros sexuales, mayor frecuencia de relaciones sexuales no protegidas y experiencias tempranas de embarazo (Brook, D, Brook, W, Pahl, T & Montoya, I 2002; Castillo et al 2003; Grunbaum et al 2002; McNall et al 1999). De la misma forma, se ha observado una asociación con orientación homosexual o bisexual (Austin et al 2004; Blake et al 2001; Cortés et al 1998; Fergusson et al 1999; Garofalo et al 1998; Hawkins et al 1999; McNall et al 1999; Robin et al 2002; Russell et al 2002).

El consumo de sustancias ilegales en adolescentes se relaciona con menor compromiso con actividades físicas (Brisnahan et al 2004; Kulig et al 2003), mayor consumo de alcohol (Brisnahan et al 2004; Sutherland et al 1998), mayor frecuencia de consumo de cigarrillo (Grunbaum et al 2001; Pesa, 1998; Sutherland et al 1998). y mayor informe de síntomas depresivos (incluyendo baja autoestima, ideación e intentos de suicidio) y trastornos depresivos (Field, Diego & Sanders, 2001; Kubik, Lytle, Birnbaum, Murray & Perry, 2003; Saluja, Lachan, Scheidt, Overpeck, Sun & Giedd, 2004; Torikka et al 2001; Villatoro, Medina-Mora, Juárez, Rojas, Carreño y Berenzon, 1998).

*Síntomas depresivos con importancia clínica*

Se denota como el hallazgo de síntomas depresivo con importancia clínica en los últimos quince días.

La prevalencia de síntomas depresivos es elevada en adolescentes (Field et al 2001; Kubik et al 2003; Saluja et al 2004); sin embargo la presencia de trastornos depresivos es mucho menor, similar a la población adulta, la presencia de trastorno depresivo mayor a lo largo de la vida puede encontrarse en un 15% a 20%, (Costello, Mustillo, Erkanli, Keeler & Angold, 2003; Lewinsohn, Hops, Roberts, et al 1999; Spady, Schopflocher, Swenson & Thompson, 2001) y la del trastorno distímico en un 2% y un 8% (Kashani, Beck, Hooper, et al 1987; Lewinsohn et al 1999).

Los adolescentes deprimidos muestran un mayor número de comportamientos sexuales de riesgo, con un aumento de los casos ITS durante los episodios depresivos (Shrier, L, Harris, S & Beardslee, W, 2002; Spencer, J, Zimet, G, Aalsma, M & Orr, D, 2002). Igualmente, los adolescentes gays y lesbianas informan más síntomas y trastornos depresivos que los adolescentes heterosexuales (Blake et al 2001; Cortés et al 1998; Feldman, M, Bird, HR, Hoven, C, Moore, R & Bin, F, 2000; Fergusson et al 1999; Garofalo et al 1999; Remafedi et al 1998; Robin et al 2002; Russell et al 2002). Se ha hallado menor autoestima y otros síntomas depresivos y mayor riesgo de intento de suicidio en los adolescentes que hacen atracones y otras conductas desadaptativas (Ackard et al 2003; Ericsson et al 2000; Neumark-Sztainer et al 2000).

El informe de síntomas depresivos, de deseos o planes suicidas y trastornos depresivos es más común en los adolescentes sedentarios (Brisnahan et al 2004; Field et al 2001; Kulig et al 2003). Los síntomas o trastornos depresivos son más prevalentes en los adolescentes que consumen alcohol semanalmente (Pullen et al 2000; Torikka et al 2001), que consumen cigarrillo en forma regular

(Brown et al 1996; Kelder et al 2001; Ojembarrena, E, Fenandez, R, Gorotiza, E, Lafuente, P y Lizarraga, M 2002; Patton et al 1998; Pullen et al 2000; Simantov et al 2000; Upadhyaya et al 2002; Vogel et al 2003) y en aquellos que usan sustancias que causan dependencia (Kubik et al 2003; Field et al 2001; Saluja et al 2004; Torikka et al 2001; Villatoro et al 1998).

## OBJETIVOS

### *Objetivo General*

Establecer los patrones de comportamiento de riesgo para la salud en una población de adolescentes estudiantes de la Facultad de Ingeniería de una Universidad Pública de Santa Marta, Colombia, 2008 I.

### *Objetivos específicos*

1. Determinar la edad de la primera relación sexual coital, el uso del condón y la orientación sexual.
2. Establecer el porcentaje de los adolescentes que realizan actividad física que los haga sudar y respirar rápidamente en periodos de tiempo de 20 minutos durante los últimos siete días.
3. Conocer el inicio y la frecuencia del consumo de cigarrillo, consumo de Alcohol y otras sustancias ilegales.
4. Indicar características de comportamientos alimentarios.
5. Señalar la presencia de síntomas depresivos con importancia clínica.

## METODOLOGÍA

**Tipo de Estudio:** Descriptivo, Con un diseño transversal, se describen cinco (5) variables, en un tiempo único.

**Población:** La población objeto de estudio fueron los 1.998 estudiantes matriculados en el periodo 2008-I de una Universidad Pública de Santa Marta, Colombia, pertenecientes de la Facultad de Ingeniería.

**Muestra:** Estuvo conformada por 385 estudiantes, seleccionados de manera aleatoria simple, estratificado de la población objeto.

## INSTRUMENTOS

Se suministraron 8 formatos y previo consentimiento informado, los cuales fueron diligenciados de manera anónima luego de las instrucciones pertinentes.

### *Información sociodemográfica*

Este cuestionario anónimo incluyó la solicitud de los siguientes datos sociodemográficos: edad en años cumplidos a la fecha de la evaluación, sexo y estrato económico de residencia. (Ver anexo 1)

### *Escala de Zung para Depresión*

Este es un instrumento ampliamente utilizado en la cuantificación de síntomas depresivos en diferentes poblaciones nacionales e internacionales. Esta escala consta de 20 ítems que evalúan diferentes manifestaciones clínicas de un episodio depresivo mayor. Se responde si el síntoma ha estado presente la mayoría de los días durante los últimos 15 días o dos semanas (Zung, 1965). Se implementó la versión utilizada en el Estudio Nacional de Salud Mental de 1993 con una modificación en el ítem que evalúa deseo sexual (Posada y Torres, 1993), siguiendo una mejor traducción lingüística de la versión original, lo cual permite una mejor comprensión. La escala da puntuaciones entre 20 y 80 puntos, se consideran síntomas depresivos con importancia clínica puntuaciones mayores de 51, que ha mostrado ser el más apropiado para identificar posibles casos de episodios depresivos mayores, en un estudio de tamizaje en estudiantes universitarios colombianos. La versión utilizada obtuvo para la presente investigación un alfa de Cronbach de 0.78, lo cual lo hizo fiable para utilizar y se presenta en el anexo 2 (tanto la escala como los resultados de fiabilidad obtenidos). (Ver anexo 2)

### *Encuesta SCOFF para Comportamiento alimentario*

Este instrumento de autoinforme de conductas relacionados con la alimentación durante los tres últimos meses que consta de cinco ítems de respuesta dicotómica, sí o no; se da un punto por cada respuesta afirmativa y se considera sugestivo de un posible trastorno relacionado con la conducta alimentaria (anorexia, bulimia o trastorno de la conducta alimentaria no especificado) puntuaciones de tres o más puntos (Morgan, Reid & Lacey, 1999). Este formulario fue validado en estudiantes mujeres de bachillerato de la ciudad de Bucaramanga (Rueda, Díaz, Ortiz, Pinzón, Rodríguez y Cadena, en prensa). Para el presente estudio se obtuvo una alfa de cronbach de 0.34, motivo por el cual sus resultados no se consideran fiables y por tanto, no se tuvieron en cuenta sus resultados. La versión colombiana utilizada y los datos de fiabilidad se encuentran en el anexo 3.

### *Actividad física*

Para evaluar el patrón de actividad física de los estudiantes, se utilizaron los ítems respectivos de la Encuesta de Comportamiento de Riesgo (Risk Behavior Survey) del Centro de Control de Enfermedades de los Estados Unidos (Center for Disease Control and Prevention)(YOUTH'97, 1999). El cuestionario sobre actividad física aparece en el anexo 4, al cual no se le efectuó validez interna por ser un cuestionario.

### *Consumo de cigarrillo*

Se evaluó el consumo de cigarrillo mediante un cuestionario de diez preguntas que abordan el consumo en el encuestado y en padres y el mejor amigo. Se considerarán fumadores los adolescentes que informen consumo diario de cigarrillo durante el último mes, tomando las pautas propuestas por la



Asociación Psiquiátrica Norteamericana en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, cuarta edición revisada (DSM-IV-TR) (American Psychiatric Association, 2000) y la Organización Mundial de la Salud en la Clasificación Internacional de Enfermedades, Trastornos del Comportamiento, décima edición (CIE-10)(Organización Mundial de la Salud, 1993). Esta encuesta se presenta en el anexo 5.

#### *CAGE para consumo de alcohol*

Para identificar algo más que el consumo de alcohol se utilizó la escala CAGE que investiga el patrón de consumo alcohólico, es decir, los posibles casos de alcoholismo. Este instrumento incluye cuatro preguntas relacionadas con la culpabilidad individual, la crítica social, la necesidad de disminuir el consumo y la ingestión matutina. A cada respuesta afirmativa se da un punto. Puntuaciones de tres o cuatro sugieren un patrón de consumo alcohólico (Ewing, 1984).

La escala CAGE no ha sido validada de manera formal en Colombia, sin embargo, es la escala más ampliamente utilizada por su brevedad y por mostrar una aceptable sensibilidad y especificidad (0.86-0.90 y 0.78-0.81) cuando se toman dos o más como punto de corte se sugiere problemas con el consumo de alcohol ( Ewing. CAGE questionnaire. In: Rush, Pincus, First , et al, 2002). Para obviar esta pequeña limitación se determino la consistencia interna del instrumento en la población estudiada, obteniendo un alfa de Cronbach de 0.51, lo cual no hace confiable los resultados para la presente investigación, razón para no tener en cuenta. Este instrumento se muestra en el anexo 6.

#### *VESPA para consumo de sustancia ilegal*

Para investigar consumo de sustancias se utilizó una versión modificada del formulario 1 del Sistema de Vigilancia Epidemiológica para el Uso Indebido de Sustancias Psicoactivas (VESPA) de amplio uso en Colombia. Esto es un formulario autodiligenciado. Se usará la parte de formulario que indaga sobre

consumo de Marihuana "*cannabis sativa*", bazuco, cocaína y otras sustancias, en el encuestado y en amigos cercanos y familiares. Además, investiga sobre la percepción subjetiva de salud y de rendimiento académico durante el mes anterior (Alcaldía de Medellín, VESPA, 1993). Detalles del formulario se presentan en el anexo 7. Por ser un formulario no se le efectuó índice de confiabilidad y validez.

#### *Comportamiento y orientación sexual*

El comportamiento y la orientación sexual, investiga conductas muy íntimas. Esta breve encuesta pregunta básicamente si el adolescente ha tenido relaciones sexuales coitales con otra persona y la edad que tenía cuando tuvo esta primera relación.

Para evaluar la orientación sexual se inicia con una pregunta indirecta, con el ánimo de lograr una mejor aproximación debido al malestar que pueda generar reconocer que se hace parte de un grupo de personas habitualmente estigmatizadas, como las minorías sexuales, como lo sugirió y empleó Feldman et al, 2000 en un estudio ya citado (Feldman et al, 2000). Y dos últimas preguntas adicionales directas exclusivamente para aquellos que informaron haber tenido relaciones sexuales. La primera de estas preguntas inquiriere género de las parejas y la segunda la autoevaluación de su orientación. Esta encuesta aparece en el anexo 8. Por ser una encuesta breve de sólo cinco (5) ítems no se le efectuó validez ni confiabilidad.

## **PROCEDIMIENTO**

Los estudiantes diligenciaron los instrumentos que evalúan los comportamientos estudiados bajo la supervisión de una persona adscrita a la investigación quién previamente explicó los objetivos del estudio, pidió la participación completamente voluntaria, la mejor participación diligenciando todas las encuestas y respondiendo todas las preguntas y dando toda la información solicitada de la manera más sincera y honesta, se garantizó la confidencialidad (se insistió que no deben colocar su nombre, ni otra señal que pueda sugerir su identificación).

A cada estudiante se le entregaron en un sobre los formularios a diligenciar y un lapicero negro y se pidió que una vez terminaran todos los cuestionarios lo introdujeran en el mismo y lo entregaran al supervisor quien los codificó.

## **CONSIDERACIONES ÉTICAS**

Para la presente investigación se tuvieron en cuenta la Resolución 008430 de 1993, por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud y la Ley 1090 de 2006, por la cual se reglamenta el ejercicio de la profesión de psicología, se dicta el código Deontológico y Bioético y otras disposiciones.

**RESULTADOS**

Partiendo del interés y la disposición de conocer si existían en los estudiantes de la Facultad de Ingeniería de una Universidad Publica en Santa Marta, Colombia comportamiento de compromiso con la salud y, de riesgo en los adolescentes en edades de 15 hasta 24 años, se hallaron los siguientes resultados.

El promedio aproximado de edad de la muestra fue de 19.86 (D.E 2.09), la mayoría de los jóvenes encuestados fueron hombres con 257 integrantes (68.8%) y 120 mujeres (31.2%).

**TABLA 1**

Edad Promedio de la muestra

	Cantidad	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
EDADES	385	15	24	19,86	2,091

Un total de 385 estudiantes diligenciaron los cuestionarios y las escalas utilizadas. No se excluyó ninguna, por haber sido diligenciadas correctamente. La edad del grupo osciló entre los 15 y los 24 años, con una edad promedio de 19.86 años cumplidos (DE 2.0).

**TABLA 2**

Porcentajes de acuerdo al género

	Frecuencia	Porcentaje
GENEROS MUJER	120	31,2
HOMBRE	265	68,8
Total	385	100,0

El género de los participantes estuvo compuesto por 265 (68.8%) del género masculino y 120 (31.2%), del género femenino.

**COMPORTAMIENTOS DE RIEGOS PARA LA SALUD  
EN ADOLESCENTES ESTUDIANTES**

**TABLA 3**

Promedio general de la relación sexual coital.

	Frecuencia	Porcentaje
SI	303	78,7
NO	82	21,3
Total	385	100,0

**TABLA 4**

Comportamiento sexual  
Edad de la primera relación sexual coital general.

	N(a)	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
Relaciones sexuales coitales	303	10	24	15,88	2,220

a cantidad de personas en la muestra que admiten haber tenido relaciones sexuales coitales

**TABLA 5**

Uso del condón

	Frecuencia	Porcentaje(a)	Porcentaje válido(b)
Válidos SI	93	24,2	30,7
NO	180	46,8	59,4
NO SEGURO	30	7,8	9,9
Total	303	78,7	100,0
Perdidos Sistema(c)	82	21,3	
Total	385	100,0	

a Total de la Población

b quienes admiten haber tenido relaciones sexuales coitales

c quienes no han tenido relaciones sexuales coitales

**COMPORTAMIENTOS DE RIEGOS PARA LA SALUD  
EN ADOLESCENTES ESTUDIANTES**

**TABLA 6**

Orientación sexual

		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	HETEROSEXUAL	367	95,3
	HOMOSEXUAL	2	,5
	BISEXUAL	4	1,0
	NO SEGURO	12	3,1
	Total	385	100,0

**TABLA 7**

Orientación sexual, edad de la primera relación sexual coital.

			Edad promedio	Desviación típica
Orientación Sexual	1	HETEROSEXUAL	15,9	2,2
	2	HOMOSEXUAL	13,5	2,1
	3	BISEXUAL	15,0	,0
	4	NO SEGURO	13,8	1,3

**TABLA 8**

Orientación sexual, Promedio del uso del condón.

		USO DEL CONDÓN		
		SI	NO	NO SEGURO
ORIENTACION SEXUAL	HETEROSEXUAL	30,1%	60,3%	9,6%
	HOMOSEXUAL	50,0%	50,0%	,0%
	BISEXUAL	50,0%	,0%	50,0%
	NO SEGURO	40,0%	60,0%	,0%

El 78.7% de la muestra reportó haber tenido relaciones sexuales coitales (Tabla 3); su promedio de edad de inicio fue de 15.8 años (Tabla 4); donde el 59.4% no usa condón (D.E 2.2) y solo un 30.7% lo utilizan y el 9.9% restante no

están seguros de utilizarlo (Tabla 5); se identifico que la mayor parte de los participantes son Heterosexuales 95.3% se evidenció que no existe un promedio significativo de jóvenes que se identifiquen como Homosexuales, Bisexuales o que no se encuentren seguros de pertenecer a los antes mencionados (Tabla 6), y su edad promedio de inicio de relaciones sexuales coitales es de 15.9 con una. (D.E 2.2), (Tabla 7), de igual manera se estableció que el 60.3% de los heterosexuales no hacen uso del condón, un 9.6 no están seguros y, solo un 30.1% lo utilizan, representando esta cifra la minoría (Tabla 8)

**TABLA 9**

Actividad física

Ejercicio que los hiciera sudar o respirar rápidamente en los últimos 7 días

	Frecuencia	Porcentaje
DIAS 7,00	71	18,4
6,00	15	3,9
5,00	34	8,8
4,00	36	9,4
3,00	45	11,7
1,00	97	25,2
,00	87	22,6(a)
Total	385	100,0

a El 22,6% de la muestra se abstuvo de hacer ejercicio en los últimos 7 días antes de aplicada la prueba

En cuanto a la actividad física, se hallo que solo un 18.4% realizo actividad física que los hiciera sudar y respirar rápidamente durante los últimos 7 días de la semana durante 20 minutos y, un 59% realizo ejercicio en menor cantidad de días, el 22.6% restante no realizo actividad física alguna. (Tabla 9)

**COMPORTAMIENTOS DE RIEGOS PARA LA SALUD  
EN ADOLESCENTES ESTUDIANTES**

**TABLA 10**  
Consumo de Cigarrillo

		Frecuencia	Porcentaje
Consumo de cigarrillo en los últimos 30 días	NO	366	95,1
	SI	19	4,9
	Total	385	100,0

**TABLA 11**  
Edad del primer consumo de cigarrillo.

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
Consumo de cigarrillo	154	7	23	15,75	2,516

**Discriminado por edad**

		Frecuencia	Porcentaje
Edad	7	3	1,9%
	10	1	,6%
	11	4	2,6%
	12	4	2,6%
	13	6	3,9%
	14	15	9,7%
	15	42	27,3%
	16	26	16,9%
	17	18	11,7%
	18	19	12,3%
	19	6	3,9%
	20	6	3,9%
	21	2	1,3%
	22	1	,6%
	23	1	,6%
Total	154	100,0%	

De acuerdo al consumo de cigarrillo un 95.1% se manifiestan no fumadores, siendo esto un porcentaje representativo y solo el 4.9% respondieron ser



fumadores activos durante los últimos 30 días (Tabla 10), la edad promedio de inicio del consumo de cigarrillo es del 15.7 años (D.E 2.5). (Tabla 11).

**TABLA 12**

Consumo de otras sustancias  
Consumo total de la muestra

CONSUMO	
NO	96,88%
SI	3,12%

TIPO DE SUSTANCIA	
NINGUNO	96,88%
COCAINA	0,52%
MARIHUANA	1,30%
OTROS	0,26%
PASTILLAS SUENIO	0,52%
PASTILLAS NERVIOS	0,52%

Los participantes mostraron un bajo consumo de sustancias que pueden ser abusadas y causar dependencia durante los 30 días antes del diligenciamiento del formulario con un porcentaje de 96.88%, solo el 1.30% reporto haber consumido marihuana en los últimos 30 días y el 1.04% restante menciona otros (pastillas para los nervios o para dormir). (Tabla 12)

**TABLA 13**

Síntomas depresivos con importancia clínica.  
Escala ZUNG para la depresión

	N	Mínimo	Máximo	Media(a)	Desv. tít.
Escala	385	21	63	38,57	7,375

a El promedio de la población no indica un caso de importancia clínica

**Casos encontrados con importancia clínica en la escala de ZUNG**

		Frecuencia	Porcentaje
Escala > 51	Casos no clínicos	366	95,1
	Casos clínicos	19	4,9
	Total	385	100,0

De acuerdo a los resultados mediante la utilización de la escala Zung para la Depresión se halló que un 4.9% reportó casos clínicos de acuerdo a los síntomas durante los últimos dos semanas y, el 95.1% de la muestra que representa la mayoría no evidenciaron casos de importancia clínica. (Tabla 13)

La conducta alimentaria y el consumo de alcohol, las cuales se pretendían medir con los instrumentos SCOFF y CAGE, respectivamente, se retiraron de los análisis debido a que los instrumentos resultaron no fiables con Alfas de Cronbach (0.34 y 0.57) para la población en donde se efectuó la investigación. (Anexo 3; scoff y anexo 6; cage).

## DISCUSION

La prevalencia de las relaciones sexuales cóitales (RSC) en el presente estudio fue de 78.7% (aproximadamente 8 de cada 10 estudiantes han tenido RSC), la edad promedio de inicio de RSC fue de 15.8 años de edad, con una desviación estándar de 2.2; en la muestra es mayor la tendencia a la heterosexualidad. En cuanto a la manifestación del uso de condón, la mayoría (59.4%), manifiesta no utilizarlo.

En lo concerniente a las RSC, la prevalencia de las relaciones sexuales en adolescentes escolarizados que se halló en Colombia oscila entre el 18.9% y 58% (Castillo, Meneses, Silva, Navarrete y Campo, 2003; Ceballos & Campo-Arias, 2007; Vera, López, Orozco y Caicedo, 2001). En esta investigación se encontró un porcentaje de 78.7%, mostrándose más alto que los estudios señalados previamente; lo cual puede deberse a que la muestra seleccionada era de estudiantes universitarios con edad promedio por encima de los 18 años, e investigaciones señalan que el haber tenido RSC está relacionado con los años de edad y se incrementa con la misma (Castillo et al 2003; Ceballos & Campo-Arias, 2007; Resnick et al 1997; Santelli, Brener, Lowry, Bhatt & Zabin, 1998).

De acuerdo con la orientación sexual, los estudios informan que la prevalencia de adolescentes bisexuales oscila entre un 0.5% y 2.5%, la de homosexuales oscila entre un 0.5% y 4.0% (Cortés, Pérez, Aguilar, Valdés y Tabeada, 1998; Faulkner & Cranston, 1998; Garofalo, Wolf, Wissow, Woods & Goodman, 1999; Remafedi, Resnick, Blue & Harris, 1992). En este estudio el porcentaje de prevalencia de adolescentes bisexuales es de 1.0% y el de adolescentes homosexuales de 0.5%, estos valores están dentro del rango de acuerdo a las investigaciones precedentes; en general, los adolescentes bisexuales y

homosexuales presentan mayor número de comportamientos sexuales riesgosos: inician relaciones sexuales a edad más temprana (Garofalo, Wolf, Kessel, Palfrey & DuRant, 1998; Russell, Driscoll & Troung, 2002), a pesar que no existe una proporción significativa de adolescentes Homosexuales y bisexuales, en este estudio se puede corroborar lo anteriormente dicho, debido a que los adolescentes que pertenecen a una minoría sexual empezaron entre los 13 a 15 años de edad; además, se dice que los que pertenecen a estas minorías sexuales reciben información con menor frecuencia sobre prácticas sexuales seguras (Blake et al 2001). lo que sustenta lo hallado en la presente investigación, en la cual no es utilizado el condón como una práctica sexual segura, tanto en heterosexuales y homosexuales, incitando este comportamiento de riesgo a embarazos no planeados e infecciones de transmisión sexual (ITS). Lo antes mencionado es consecuencia del comportamiento sexual de riesgo en adolescente con un impacto psicosocial negativo importante (Narring, Michaud, Sharma, 1996; Stock, Bell, Boyer & Connell, 1997; Szigethy & Ruiz, 2001). De la misma forma, se menciona que ese tipo de conducta sexual riesgosa aumenta la frecuencia de casos de infecciones de transmisión sexual (ITS), en particular, por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) (Gómez-Lázaro, Del Romero, Castilla, Rodríguez, García, Clavo, et al 2001; Mesa, Barella & Cobeña, 2004). Y que el comportamiento epidemiológico de la infección por VIH indica que muchos adultos Cero-positivos para VIH o que presenta el estadio final de la infección, el síndrome de inmunodeficiencia humana adquirida (SIDA), contrajeron esta infección durante los años de la adolescencia (Burke, Brundage, Goldenbaum, Gardner, Peterson, Visintine, et al.1990).

Con respecto a la actividad física, en adolescentes se dice que es menor a lo esperado, sólo entre un 30 y 40% práctica una actividad física diariamente (Grunbaum, Kann, Kinchen, Williams, Ross, Lowry, et al 2002; Kulig, Brener &

McManus, 2003). En esta investigación el porcentaje de Actividad Física global es del 77.9% por intervalos de días a la semana, solo el 18.4% de los participantes realizo por lo menos una actividad física diaria durante los últimos 7 días con una duración de tiempo de 20 minutos, arrojando un porcentaje por debajo de las investigaciones anteriormente mencionadas en este aspecto. Significando una conducta riesgosa para la salud, teniendo en cuenta que para estudios realizados la actividad física regular, se relaciona con una mayor sensación de bienestar y menor morbimortalidad física y mental, la vida sedentaria explica un número significativo de casos de sobrepeso y de obesidad (Paluska & Schwenk, 2000; Patrick, Norman, Calfas, Sallis, Zabinski, Rupp et al 2004).

Se hallo que el porcentaje en el consumo de cigarrillo es de 4.9%, que es similar a lo informado en la literatura referente a la ciudad de Santa Marta, en estudiante universitarios (Ceballos, Del Gordo y Campo-Arias, 2006). Con respecto a la edad promedio de inicio del consumo de cigarrillos, en la presente investigación fue de 15.7 años. Esto es inferior a lo hallado por Alonso, Pérez, Alcalá, Lobo y Consuegra (2008), quienes encuentran como edad promedio 18,05 años. (Weisner y Peñaranda en el 2002).

El consumo de otras sustancias ilegales que pueden causar dependencia es muy frecuente en la población adolescente, entre el 1% y el 7% de los jóvenes que informó consumo durante el último mes, (Brown et al 1996; Everett et al 2000; Grunbaum et al 2002; Pérez et al 2000; Sutherland et al 1998; Torres et al 1994), lo anterior concuerda con el porcentaje obtenido en la muestra estudiada de la presente investigación, ya que el 96.8% de la muestra no manifiesta consumo de otras sustancias durante el mes antes de la aplicación de la prueba.

Para finalizar, como dato importante la conducta alimentaria, inicialmente proyectada para estudiarse, se acordó no hacerlo, dado que el instrumento no superó la prueba de confiabilidad y validez en la prueba piloto, con un Alpha de Cronbach de 0.34% el instrumento recopilaría información defectuosa y por tanto nos llevaría a conclusiones equivocadas. Igualmente sucedió con la prueba para medir el riesgo de alcoholismo, al obtener en el pilotaje un Alpha de Cronbach de 0.57.

Se concluye que en este estudio se han descrito algunas de las principales conductas de riesgo en adolescentes, entre las cuales se destaca que el 78.7% de los participantes han tenido RSC, es decir, aproximadamente 8 de cada 10 estudiantes han tenido RSC, la edad de inicio fue de 15.9 años, donde el 59.4% no utiliza condón, aumentando los índices de embarazos no deseados, contraer posibles enfermedades de transmisión sexual. Se destaca el hecho de haber encontrado bajos porcentajes en cuanto al consumo de cigarrillo y otras sustancias, las cuales están asociadas con el surgimiento de síntomas depresivos (Reinherz, Giaconia, Pakis, Silverman, Frost & Lefkowitz, 1993). Esto puede estar relacionado con los bajos porcentajes encontrados en este estudio de casos de importancia clínica de Depresión 4.9%.

No obstante, es necesario implementar programas de alto impacto (P&P) para los adolescentes en cuanto a la calidad de educación sexual, diseñar estrategias preventivas en el contexto universitario, con respecto a los comportamientos de riesgo para con la salud e incentivar a una próxima investigación en la búsqueda de información sistematizada que permita la planeación de intervenciones efectivas considerando las características sociales y culturales de esta región, las cuales ayudarían a la promoción de conductas saludables y la prevención de comportamientos de riesgo para con la salud.

Esto debería trabajarse conjuntamente con el área de Bienestar Universitario y estudiantes del programa de Ciencias de la Salud, algunos programas de ciencias Humanas y educativas, entre otros, con el fin de ampliar más la participación interdisciplinaria de estudiantes. De existir estos programas se debe hacer un mejor uso mediante la difusión a través de las herramientas de comunicación que existen en el Campus Universitarias (carteleras de cada programa, boletín universitario, emisora), para garantizar una mayor participación de la comunidad universitaria, teniendo en cuenta que existen asignaturas que comprometen e incitan a los estudiantes de la facultad de ciencias de la salud a desarrollar programas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad en barrios de comunas vulnerables en la ciudad de Santa Marta, se plantea que se debe realizar una ampliación de estos programas e implementar su uso en las instalaciones de la Universidad hacia el cuerpo de estudiantes, en pro de la prevención de conductas de riesgos.

## REFERENCIAS

Ackard, D; Neumark-Sztainer, D; Story, M & Perry, C. (2003). Overeating among adolescents: prevalence and associations with weight-related characteristics and psychological health. *Pediatrics*, 111: 67-74.

Adger H & DeAngelis; CD. (1994). Adolescent medicine. *JAMA*, 271: 1651-3.

Alcaldía de Medellín. (1993). Sistema de vigilancia epidemiológica sobre el uso indebido de sustancias Psicoactivas, *VESPA*. Medellín. *Alcaldía de Medellín*.

DSM IV. (1995). Psychological distress and alcohol use in Hispanic adolescents. *J Youth Adolesc*, 24: 481-497.

Alonso, L; Pérez, M; Alcala, G; Lubo, A y Consuegra A. (2008). Comportamientos de riesgos para la salud en estudiantes colombianos recién ingresados a una universidad privada en Barranquilla. Colombia

Arenas-Monreal, L; Jasso-Victoria, R; Bonilla-Fernández, P; Hernández-Tezoquipa, I; Caudillo-Rojo, I; Sotres-Vega, A; et al. (2004). Prevalencia de tabaquismo en adolescentes de un colegio de bachilleres del Estado de Morelos, México. *Rev Inst Nal Enf Resp Mex*, 17: 22-6.

Austin, SB; Ziyadeh, N; Fisher, LB; Kahn, JA; Colditz, GA & Frazier, L. (2004). Sexual orientation and tobacco use in a cohort study of US adolescent girls and boys. *Arch Pediatr Adolesc Med*, 158: 317-22.

Bailey, SL. (1992). Adolescent's multisubstance use pattern: the role of heavy alcohol and cigarette use. *Am J Public Health*, 82: 1220-4.



Blak, SM; Ledsky, R; Lehman, T; Goodenow, C; Sawyer, R & Hack, T. (2001). Preventing sexual risk behavior among gay, lesbian, and bisexual adolescents: the benefits of gay-sensitive HIV instructions in schools. *Am J Public Health, 91: 940-6.*

Bobo, JK & Husten, C. (2000). Sociocultural influences on smoking and drinking. *Alcohol Res Health, 24. 225-32.*

Bonono, Y; Coffey, C; Wolfe, R; Lynskey, M; Bowes, G & Patton, G. (2001). *Adverse outcomes of alcohol use in adolescents, 96: 1485-96.*

Brisnahan, J; Steffen, LM; Lytle, L; patterson, J & Boostrom, A. (2004). The relation between physical activity and mental health among Hispanic and non-Hispanic white adolescents. *Arch Pediatr Adolesc Med, 158: 818-23.*

Brook, DW; Brook, JS; Pahl, T & Montoya, I. (2002). The longitudinal relationship between drug use and risky sexual behavior among Colombian adolescent. *Arch Pediatr Adolesc Med, 156: 1101-7.*

Brown, RA; Lewinsohn, PM; Seeley, JR & Wagner, EF. (1996). Cigarette smoking, major depression, and other psychiatric disorders among adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry, 35: 1602-10.*

Burke, DS; Brundage, JF; Goldenbaum, M; Gardner, LI; Peterson, M ; Visintine R, et al. (1990) Human immunodeficiency virus infections in teenagers. Seroprevalence among applicants for US military service. *JAMA, 263:20747.*

Burns, M & Gall, G. (2002). Risk and resilience in school-based health care. *Pediatr An, 31: 585-90.*

Byne, W & Parsons, B. (1993). Human sexual orientation. The biologic theories reappraised. *Arch Gen Psychiatry*, 50: 228-39.

Calzada, R; Altamirano, N & Ruiz, M. (2001). *La adolescencia*, 22: 288-91.

Caris, L ; Varas, M ; Anthony, CB & Anthony, JC. (2003). Behavioral problems and tobacco use among adolescents in Chile. *Rev Panam Salud Publica*, 13: 84-90.

Castillo, M; Meneses, M; Silva, J; Navarrete, P y Campo, A. (2003). Prevalencia de relaciones sexuales en adolescentes estudiantes de un colegio de Bucaramanga, Colombia. *Medunab*, 6: 137-43.

Ceballos, G & Campo-Arias, A. (2007). Sexual intercourse among adolescent students of Santa Marta, Colombia: a cross-sectional survey, *Colomb Med*; 38: 191-196.

Ceballos, G., Del Gordo, R. y Campo-Arias, A. (2006). Factores asociados con el consumo diario de cigarrillos en estudiantes de medicina de Santa Marta. *Rev Fac Nac Salud Pública*, 24, 1, 79-83

Cochran, B; Stewart, A; Ginzler, J & Cauce, A. (2002). Challenges faced by homeless sexual minorities: comparison of gay, lesbian, and transgender homeless adolescent with their heterosexual counterparts. *Am J Public Health*, 92: 773-7.

Cortés, A; Pérez, D; Aguilar, J; Valdés, M y Tabeada, B. (1998). Orientación sexual en estudiantes adolescentes. *Rev Cubana Med Gen Intreg*, 14: 4504.

Cronbach, L. (1951). Coefficient alpha and the internal structure of test. *Psychometrika*, 16: 297-334.

Costello, AJ; Mustillo, S; Erkanli, A; Keeler, G & Angold, A. (2003). Prevalence and development of psychiatric disorders in childhood and adolescence. *Arch Gen Psychiatry*, 60: 837-44.

Elze, D. (2002) Risk factors for internalizing and externalizing problems among gay, lesbian, and bisexual adolescents. *Social Work Res*, 26: 89-99.

Elze, D. (2003). Gay, lesbian, and bisexual youths' perceptions of their high school environment and comfort in school. *Child Sch*, 25: 225-39.

Erickson, S; Robinson, T; Haydel, F & Killen, J. (2000) Are overweight children unhappy? *Arch Pediatr Adolesc Med*, 154: 931-5.

Everett, SA; Malarcher, AM; Sharp, D; Husten, C & Giovino, G. (2000). Relationship between cigarette, smokeless tobacco, and cigar use, and other health risk behaviors among U.S. high school students. *J Sch Health* 70: 234-240.

Ewing, J. (1984). Detecting alcoholism – The CAGE questionnaire. *JAMA*, 252: 1905-7.

Ewing, J. (2002). CAGE questionnaire. In: Rush AJ, Pincus HA, First MB, et al. Handbook of psychiatric measures. Washington: *American Psychiatric Association*, (CD-ROM).

Faulkner, A & Cranston, K. (1998). Correlates of same-sex sexual behavior in a random sample of Massachusetts high school students. *Am J Public Health, 88*: 262-6.

Feldman, M; Bird, HR; Hoven, C; Moore, R & Bin, F. (2000). Sexual attitudes and associates psychiatric features among youth in a community sample. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry, 39*: 1047-54

Fergusson, D; Horwood, L & Beautrais, A. (1999). Is sexual orientation related to mental health problems and suicidality in young people? *Arch Gen Psychiatry, 56*: 876-80.

Field, T; Diego, M & Sanders, C. (2001). Adolescent depression and risk factors. *Adolescence, 36*: 491-8.

Frankowski, B. (2004). Committee on Adolescence. Sexual orientation and adolescents. *Pediatric, 113*: 1827-32.

Friedman, R & Downey, J. (1994). Homosexuality. *N Engl J Med, 331*: 92330.

Garfinkel, P; Lin, B; Goering. P; Spegg, C; Goldbloom, D; Kennedy, D, et al. (1995). Bulimia nervosa in a Canadian community sample: prevalence and co-morbidity. *Am J Psychiatry, 152*:1052-58.

Garofalo, R; Wolf, R; Kessel, S; Palfrey, J & DuRant, R. (1998). The association between health risk behaviors and sexual orientation among a school-based sample of adolescents. *Pediatric, 101*: 895-902.

Garofalo, R; Wolf, C; Wissow, L; Woods, E & Goodman, E. (1999). Sexual orientation and risk of suicide attempts among a representative sample of youth. *Arch Pediatr Adolesc Med*, 153: 487-93.

Gascón, J; Navarro, B; Gascón, F; Férula, L; Jurado, A y Montes, G. (2003). Comportamiento sexual de los escolares adolescentes de Córdoba. *Aten Prim*, 32: 355-60.

Gómez-Lázaro, R; del Romero, J; Castilla, J; Rodríguez, C; García, S; Clavo P, et al. (2001). Categorías de exposición y seroprevalencia del VIH en adolescentes que se realizaron voluntariamente la prueba. *Madrid, 1986-2000. Gac Sanit*, 15: 202-8.

Graber, J & Brooks-Gunn, J. (1995). Model of development: understanding risk in adolescence. *Suicide Life Threat Behav*, 25: 18-26.

Green, B. (1998). Thinking about students who do not identify as gay, lesbian, or bisexual, but... *J Am Coll Health*, 47: 89-91.

Grunbaum, J; Kann, L; Kinchen, S; Williams, B; Ross, J; Lowry, R, et al. (2002). Youth risk behavior surveillance –United States, 2001. *J Sch Health*, 72: 313-28.

Harrison, TW. (2003) Adolescent homosexuality and concerns regarding disclosure. *J Sch Health*, 73: 107-12.

Harvey, S & Spigner, C.(1995). Factors associated with sexual behavior among adolescents: a multivariate analysis. *Adolescence*, 30: 253-264.

Hawkins, J; Catalano, R; Kosterman, R; Abbott, R & Hill, KG. (1999). Preventing adolescent health-risk behaviors by strengthening protection during childhood. *Arch Child Adolesc Med*, 153: 226-34.

Irwin, C & Millstein, S. (1986). Biopsychosocial correlates of risk-taking behaviors during adolescence. *J Adolesc Health*, 7 (Suppl): 82S-96S.

Johnson, C & Johnson, K. (2000). High-risk behavior among gay adolescents: implications for treatment and support. *Adolescence*, 35:619-37.

Kashani, J; Beck, NC; Hooper, EW, et al. (1987). Depression, depressive symptoms and depressed mood a community sample of adolescents. *Am J Psychiatry*, 144: 931-4.

Kelder, SH; Murria, N; Orpinas, P; Prokhorov, A; McReynolds, L; Zhang, Q, et al. (2001). Depression and substance use in minority middle-school students. *Am J Public Health*, 91: 761-6.

Kubik, M; Lytle, L; Birnbaum, A; Murray, DM & Perry, CL. (2003). Prevalence and correlate of depressive symptoms in young adolescents. *Am J Health Behav*, 27: 546-53.

Kulig, K; Brener, ND & McManus, T. (2003). Sexual activity and substance use among adolescents by category of physical activity plus team sports participation. *Arch Pediatr Adolesc Med*, 157: 905-12.

Lamberg, L. (1998). Gay is okay with APA—forum honors landmark 1973 events. *JAMA*, 280: 497-9.

Ley 1090 de 2006, por la cual se reglamenta el ejercicio de la profesión de psicología, se dicta el código deontológico y bioético y otras disposiciones. Colombia. Diario Oficial Edición N° 46383.

Lewinsohn, P; Hops, H; Roberts, R, et al. (1999). Adolescents psychopathology: prevalence and incidence of depression and other DSM-III-R disorders in high school students. *J Abnorm Psychiatry*, 40: 227-37.

Malcon, M; Menezes, AMB; Maia, M; Chatkin, M y Victora, C. (2003). Prevalencia en factores de riesgo para tabagismo em adolescentes na América do Sul: uma revisao sistemática da literatura. *Rev Panam Salud Publica* 13: 76-82.

Martin, H. (1991). The coming-out process for homosexuals. *Hosp Com Psychiatry*, 42: 158-62.

McNall, M & Remafedi, G. (1999). Relationship of amphetamine and other substance use to unprotected intercourse among young men who have sex with men. *Arch Pediatr Adolesc Med*, 153: 1130-5.

Mesa, M; Barella, J y Cobeña, M. (2004). Comportamientos sexuales y uso de preservativos en adolescentes de nuestro entorno. *Aten Primaria*, 33: 374-80.

Moreau-Gruet, F; Ferron, C; Jeannin, A & Dubois-Arber, F. (1996) Adolescent sexuality: the gender gap. *AIDS Care*, 8: 641-53.

Morgan, F; Reid, F & Lacey, JH. (1999). The SCOFF questionnaire: assessment of a new screening tool for eating disorder. *Br Med J*, 319:1467-8.

Narring, F; Michaud, P & Sharma, V.(1996). Demographic and behavioral factor associated with adolescent pregnancy in Switzerland. *Fam Plan Perspect*, 28: 232-6.

Neumark-Sztainer, D & Hannan, P. (2000).Weight-related behaviors among adolescent girls and boys. *Arch Pediatr Adolesc Med*, 154: 569-77.

Ojembarrena, E; Fenández, R; Gorostiza, E; Lafuente, P y Lizarraga, M. (2002). Fracaso escolar en adolescentes y factores sociosanitarios asociados. *An Esp Padiatr*, 56: 416-24.

Oliva, A. (2004). La adolescencia como riesgo y oportunidad. *Infancia y Aprendizaje*, 27, 115-22.

Organización Mundial de la Salud. (1993). Clasificación Internacional de las Enfermedades (CIE). Trastornos mentales y del comportamiento. Criterios diagnósticos de investigación. 10 Edición, Madrid, Meditor: 71-89.

Organización Panamericana de la Salud OPS/OMS. (1995) .Salud del Adolescente. Washington.

Organización Panamericana de la Salud. Manual de Salud para la atención del adolescente. Serie Paltex. 199 p.

O'Sullivan, A & Krisman-Scott, M. (1993). working with adolescents: a time of opportunity. *Am Nurse*, 31: 2-6.

Paluska, S & Schwenk, T. (2000). Physical activity and mental health. *Sports Med*, 29: 167-80.



Park, I; Sneed, C; Morisky, D; Alvear, S & Hearst, N. (2002). Correlates of HIV risk among Ecuadorian adolescent. *AIDS Educ Prev*, 14: 73-83.

Patrick, K; Norman, G; Calfas, K; Sallis, J; Zabinski, M; Rupp, J, et al. (2004). Diet, physical activity and sedentary behaviors as risk factor for overweight in adolescence. *Arch Pediatr Adolesc Med*, 158: 385-90.

Patton, G; Carlin, J; Coffey, C; Wolfe, R; Hibbert, M & Bowes, G. (1998). Depression, anxiety, and smoking initiation: a prospective study over 3 years. *J Am Public Health*, 88: 1518-22.

Pesa, J. (1998). The association between smoking and unhealthy behaviors among a national sample of Mexican-American adolescents. *J Sch Health*, 68: 376-80.

Pinilla, A; Sánchez, E y Campo, A. (2003). Evaluación clínica de la orientación sexual en adolescentes. El papel de médicos generales y pediatras. *Medunab*, 6: 93-7.

Posada, J y Torres, Y. (1995). Estudio nacional de salud mental y consumo de sustancias psicoactivas, Colombia, (1993). Bogotá: *Ministerio de Salud*.

Powell, R. (2000). Assessment and treatment of adolescent depression and suicidality. *J Mental health Counsel*, 22: 204-17.

Pullen, L; Modrcin-McCarthy, M & Graf, E. (2000). Adolescent depression: important facts that matter. *J Child Adolesc Psychiatr Nurs*, 13: 69-75.

Ramisetty-Mickler, S.; Caetana, R; Goebert, D & Nishimura, S. (2004). Ethnic variation in drinking, drug use, and sexual behavior among adolescents in Hawaii. *J Sch Health, 74: 16-22.*

Remafedi, G; Resnick, M; Blum, R & Harris, L. (1992). Demography of sexual orientation in adolescents. *Pediatric, 89: 714-21.*

Remafedi, G; French, S; Story, M; Resnick, M & Blum, R. (1998). The relationship between suicide risk and sexual orientation: results of a population-based study. *Am J Public Health, 88: 57-60.*

Remafedi, G. (1987). Adolescent homosexuality: psychosocial and medical implications. *Pediatrics, 79: 331-7.*

Remafedi, G. (1987). Male homosexuality: the adolescent's perspective. *Pediatrics, 79: 326-30.*

Resnick, M; Bearmen, P; Blum, R; Bauman, K; Harris, K; Jones, J, et al. (1997). Protecting adolescents from harm. Findings from the National Longitudinal Study on Adolescent Health. *JAMA, 278: 823-32.*

Resolución 008430 de 1993, por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud. Santafé de Bogotá: Ministerio de Salud.

Robin, L; Brener, N; Donahue, S; Hack, T; Hale, K & Goodenow, C. (2002). Associations between health risk behaviors and opposite-, same-, and both-sex sexual partners in representative samples of Vermont and Massachusetts high school students. *Arch Pediatr Adolesc Med, 156: 349-55.*

Romer, D; Stanton, B; Galbraith, J; Feigelman, S; Black, M & Li, X. (1999). Parental influence on adolescent sexual behavior in high-poverty setting. *Arch Child Adolesc Med*, 153: 1055-62.

Rosario, M & Rotheram-Borus, M. (1996). Gay-related stress and its correlates among gay and bisexual male adolescents of predominantly black and Hispanic background. *J Com Psychol*, 24: 136-59.

Rueda, G; Díaz, L; Ortiz, D; Pinzón, C; Rodríguez, J y Cadena, LP. Validación del cuestionario SCOFF para tamizaje de trastornos del comportamiento alimentario en adolescentes escolarizadas. *Aten Primaria* (en prensa).

Russell, S; Frnaz, B & Driscoll, A. (2001). Same-sex romantic attraction and experiences of violence in adolescence. *Am J Public Health*, 91: 903-6.

Russell, S; Driscoll, A & Troung, N. (2002). Adolescent same-sex romantic attractions and relationships: implications for substance use and abuse. *Am J Public Health*, 92: 198-202.

Russell, C & Keel, P. (2002). Homosexuality as a specific risk factor for eating disorders in men. *Int J Eat Disorders*, 31: 300-6.

Saluja, G; Iachan, R; Scheidt, P; Overpeck, M; Sun, W & Giedd, J. (2004). Prevalence of and risk factors for depressive symptoms among young adolescents. *Arch Pediatr Adolesc Med*, 158: 760-5.

Santelli, J; Brener, N; Lowry, R; Bhatt, A & Zabin, LS.(1998). Multiple sexual partners among US adolescents and young adults. *Fam Plann Perspectiv*, 30: 271-5.

Savin-Williams, R & Diamond, L. (2000). Sexual identity trajectories among sexual-minority youths: gender comparison. *Arch Sex Behav*, 29: 607-27.

Sell, R & Blake, J. (2001). Sexual orientation data collection and progress toward healthy people 2010. *Am J Public Health*, 91: 876-82.

Shrier, L; Harris, S & Beardslee, W. (2002). Temporal associations between depressive symptoms and self-reported sexually transmitted disease among adolescents. *Arch Pediatr Adolesc Med*, 156: 599-606.

Simantov, E; Schoen, C & Klein, J. (2000). Health-compromising behaviors: why do adolescents smoke or drink? *Arch Pediatr Adolesc Med*, 154: 1025-33.

Small, S & Luster, T. (1994) Adolescent sexual activity: an ecological, risk-factor approach. *J Marriag Fam*, 56: 181-92.

Spady, D, Schopflocher, D; Swenson, L & Thompson, A. (2001). Prevalence of mental disorders in children living in Alberta, Canada, as determined from physician billing data. *Arch Pediatr Adolesc Med*, 155; 1153-9.

Soldz, S & Cui, X. (2002). Pathways through adolescent smoking: a 7-year longitudinal grouping analysis. *Health Psychol*, 21. 495-504.

Spencer, J; Zimet, G; Aalsma, M & Orr, D. (2002). Self-esteem as a predictor of initiation of coitus in early adolescents. *Pediatrics*, 109; 581-4.

SPSS for windows 11.0. Chicago: *SPSS Inc*, 2001.

Stock, J; Bell, M; Boyer, D & Connell, F. (1997). Adolescent pregnancy and sexual risk-taking among sexually abused girls. *Fam Plan Perspect*, 29: 200-3.

Sutherland, I & Willner, P. (1998). Patterns of alcohol, cigarette and illicit drug use in English adolescents. *Addiction*, 93: 1199-1208.

Szigethy, E & Ruiz, P. (2001). Depression among pregnant adolescents: an integrated treatment approach. *Am J Psychiatry*, 158: 22-7.

Takakura, M; Nagayama, T; Sakihara, S & Wilcox, C. (2001). Pattern of health-risk behavior among Japanese high school students. *J Sch Health*, 71: 23-9.

Torikka, A; Kaltiala-Heino, R; Rimpelä, A; Rimpelä, M & Rantanen, P. (2001). Depression, drinking, and substance use among 14- to 16-year-old Finnish adolescents. *Nord J Psychiatry*, 55: 351-7.

Upadhyaya, H; Deas, D; Brady, K & Kruesi, M. (2002). Cigarette smoking and psychiatric comorbidity in children and adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 41: 1294-305.

Vera, L; López, N; Orozco, L y Caicedo, P.(2001). Conocimientos, actitudes y prácticas sexuales de riesgo para adquirir infección por VIH en jóvenes. *Acta Med Coloma*, 26: 16-23.

Villatoro, J; Medina-Mora, M; Juárez, F; Rojas, E; Carreño, S & Berenzon, S.(1998). Drug use pathway among high school students of Mexico. *Addiction*, 1577-88.

Villatoro, J; Medina-Mora, M; Cardiel, H; Fleiz, C; Alcántar, E; Hernández, S; Parra, J, et al. (1999). La situación del consumo de sustancias entre estudiantes de la ciudad de México. *Salud Mental*.22: 18-30.

Vittetoe, K; Lopez, M; Delva, J; Wagner, F & Anthony, J. (2002). Pacardo research group. Behavioral problems and tobacco use among adolescents in Central America and the Dominican Republic. *Rev Panam Salud Publica*, 12: 76-82.

Vogel, J; Hurford, D; Smith, J & Cole, A. (2003). The relationship between depression and smoking in adolescents. *Adolescence*. 38: 57-74.

Weisner, C y Peñaranda, D. (2002). Encuesta mundial de tabaquismo en jóvenes: reporte de Bogotá, Colombia. *Revista Colombiana de Cancerología*, 6: 5-14.

Youn, G. (1996). Sexual activity and attitudes of adolescent Koreans. *Arch Sex Behavior*, 25: 629-43.

YOUTH'97. Risk Behavior Survey. U.S. Department of Health and Human Services, Center for Disease Control and Prevention. *Atlanta*, 1999. Zung, WWK. (1965). Self-report depression scale. *Arch Gen Psychiatry*, 12: 63-70

# ANEXOS

**ANEXO 1.**

**Datos sociodemográficos**

La siguiente encuesta es totalmente anónima, no escriba su nombre, esto será utilizado como parte de un proyecto de investigación para obtener título de pregrado. Agradecemos que responda con la mayor sinceridad. Si tiene alguna duda mientras llena las encuestas puede preguntar a la persona encarga, esta persona con gusto resolverá todas sus inquietudes. Agradecemos su colaboración.

1	¿Cuántos años cumplidos tiene? Escribe el número _____		
2	Usted es: marca la casilla	Hombre	Mujer
3	¿En qué barrio vive? Escribe el nombre _____ Si sabe el estrato, por favor anótalo _____		



**ANEXO 2.**

**Escala de Zung para depresión**

Por favor complete el cuestionario considerando sólo cómo te has sentido durante las dos últimas semanas. Marque con una equis (x) la que se aproxime a su situación, si se equivoca encierre la respuesta en un círculo.

		Nunca	A veces	Muchas veces	Siempre
1	Se siente triste y decaído				
2	Se siente mejor en las mañanas				
3	Ha tenido ganas de llorar o ha llorado				
4	Ha dormido mal, se despierta más temprano de lo habitual				
5	Está comiendo como siempre				
6	Ha notado que ha perdido peso				
7	Ha tenido estreñimiento				
8	Ha tenido palpitaciones				
9	Se ha sentido cansado sin razón aparente				
10	Ha tenido su mente tan despejada como siempre				
11	Se le hace fácil hacer las cosas como antes				
12	Se ha sentido inquieto, intranquilo				
13	Se ha sentido más irritable que de costumbre				
14	Le ha sido fácil tomar decisiones				
15	Se ha sentido útil y necesario				
16	Ha disfrutado con sus actividades cotidianas				
17	Ha mantenido el deseo sexual o el interés en el sexo				
18	Tiene confianza en el futuro				
19	Encuentra agradable vivir				
20	Cree que los demás descansarían con su muerte				

**COMPORTAMIENTOS DE RIEGOS PARA LA SALUD  
EN ADOLESCENTES ESTUDIANTES**

**Estadísticas de Fiabilidad Escala de Zung  
para depresión**

<b>Cronbach's Alpha</b>	<b>ITEMS</b>	<b>NRO ENCUESTAS</b>
<b>0,783</b>	20	385

**Estadísticas Descriptivas de la Prueba (Cada respuesta se puntúa entre 1 y 4)**

<b>PREGUNTA</b>	<b>PROMEDIO</b>	<b>DESVIACION ESTANDAR</b>	<b>MAXIMO</b>	<b>MINIMO</b>
Se siente triste y decaído	1,927	0,554	4	1
Se siente mejor en las mañanas	2,166	0,844	4	1
Ha tenido ganas de llorar o ha llorado	2,039	0,719	4	1
Ha dormido mal, se despierta más temprano de lo habitual	2,049	0,804	4	1
Está comiendo como siempre	1,771	0,924	4	1
Ha notado que ha perdido peso	1,917	0,877	4	1
Ha tenido estreñimiento	1,478	0,800	4	1
Ha tenido palpitaciones	1,616	0,720	4	1
Se ha sentido cansado sin razón aparente	1,904	0,749	4	1
Ha tenido su mente tan despejada como siempre	2,387	0,831	4	1
Se le hace fácil hacer las cosas como antes	2,114	0,891	4	1
Se ha sentido inquieto, intranquilo	2,182	0,766	4	1
Se ha sentido más irritable que de costumbre	1,943	0,818	4	1
Le ha sido fácil tomar decisiones	2,257	0,871	4	1
Se ha sentido útil y necesario	1,992	0,953	4	1
Ha disfrutado con sus actividades cotidianas	2,106	0,914	4	1
Ha mantenido el deseo sexual o el interés en el sexo	1,966	1,021	4	1
Tiene confianza en el futuro	1,740	0,947	4	1
Encuentra agradable vivir	1,527	0,860	4	1
Cree que los demás descansarían con su muerte	1,486	0,704	4	1

**ANEXO 3.**

**Encuesta SCOFF para Comportamiento alimentario**

Considere para sus respuestas sólo los tres últimos meses.

		Sí	No
1	¿Usted se provoca vómitos porque se siente muy lleno o llena?		
2	¿Le preocupa que ha perdido el control sobre la cantidad de comida de ingiere?		
3	¿Ha perdido recientemente más de siete kilos en un período de tres meses?		
4	¿Cree que está gordo o gorda aunque los demás digan que está demasiado delgado o delgada?		
5	¿Usted diría que la comida domina su vida?		

**Estadísticas de Fiabilidad Encuesta SCOFF  
Para Comportamiento Alimentario**

Cronbach's Alpha	ITEMS	NRO ENCUESTAS
<b>0,345</b>	5	385

**Estadísticas Descriptivas de la Prueba (Cada respuesta se puntúa entre 0 y 1)**

PREGUNTAS	PROMEDIO	DESVIACION ESTANDAR	MAXIMO	MINIMO
¿Usted se provoca vómitos porque se siente muy lleno o llena?	0,031	0,174	1	0
¿Le preocupa que ha perdido el control sobre la cantidad de comida de ingiere?	0,262	0,440	1	0
¿Ha perdido recientemente más de siete kilos en un período de tres meses?	0,088	0,284	1	0
¿Cree que está gordo o gorda aunque los demás digan que está demasiado delgado o delgada?	0,132	0,339	1	0
¿Usted diría que la comida domina su vida?	0,148	0,356	1	0

**ANEXO 4.**  
**Actividad física**

1	<p>¿En cuantos de los últimos siete (7) días hizo ejercicio o participó en alguna actividad física de por lo menos 20 minutos que le hiciera sudar y respirar rápidamente, tales como baloncesto, fútbol, carreras, natación, aeróbicos o ciclismo?</p> <p>A. <input type="checkbox"/> Ningún día          B. <input type="checkbox"/> 1 día          C. <input type="checkbox"/> 2 días          D. <input type="checkbox"/> 3 días          E. <input type="checkbox"/> 4 días          F. <input type="checkbox"/> 5 días          G. <input type="checkbox"/> 6 días          H. <input type="checkbox"/> 7 días</p>
2	<p>¿En cuantos de los últimos siete (7) días hizo ejercicio o participó en alguna actividad física de por lo menos 30 minutos pero que no le hizo sudar o respirar rápidamente, tales como caminatas, ciclopaseo, patinar o hacer aseo?</p> <p>A. Ningún día          B. <input type="checkbox"/> 1 día          C. <input type="checkbox"/> 2 días          D. <input type="checkbox"/> 3 días          E. <input type="checkbox"/> 4 días          F. <input type="checkbox"/> 5 días          G. <input type="checkbox"/> 6 días          H. <input type="checkbox"/> 7 días</p>
3	<p>¿En cuantos de los últimos siete (7) días hizo ejercicio para fortalecer o tonificar sus músculos, tales como sentadillas, lagartijas, levantar pesas u otra actividad de gimnasio?</p> <p>A. Ningún día          B. <input type="checkbox"/> 1 día          C. <input type="checkbox"/> 2 días          D. <input type="checkbox"/> 3 días          E. <input type="checkbox"/> 4 días          F. <input type="checkbox"/> 5 días          G. <input type="checkbox"/> 6 días          H. <input type="checkbox"/> 7 días</p>
4	<p>Durante un día normal de colegio entre semana, ¿durante cuantas horas ve televisión?</p> <p>A. <input type="checkbox"/> No veo televisión en los días de clase          B. <input type="checkbox"/> Menos de una hora al día          C. <input type="checkbox"/> 1 hora diaria</p>

	<p>D. <input type="checkbox"/> 2 horas diarias  E. <input type="checkbox"/> 3 horas diarias  F. <input type="checkbox"/> 4 horas diarias  G. <input type="checkbox"/> 5 o más horas al día</p>
5	<p>Durante una semana normal de clases, ¿cuántas veces al día tiene clase de educación física o deportes?  A. <input type="checkbox"/> No tengo de esas clases  B. <input type="checkbox"/> 1 día  C. <input type="checkbox"/> 2 días  D. <input type="checkbox"/> 3 días  E. <input type="checkbox"/> 4 días  F. <input type="checkbox"/> 5 días</p>
6	<p>Durante una hora de clase normal de clase de deportes o educación física, cuántos minutos le dedica al ejercicio o a practicar deporte?  A. <input type="checkbox"/> No tengo clases de educación física o deportes  B. <input type="checkbox"/> Menos de 10 minutos  C. <input type="checkbox"/> Entre 10 y 20 minutos  D. <input type="checkbox"/> Entre 21 y 30 minutos  E. <input type="checkbox"/> Más de 30 minutos</p>
7	<p>Durante los últimos 12 meses, en cuántos equipos deportivos estuvo? (Incluya todos los equipos donde participa, como los del colegio, barrio o club, así como los de cualquier deporte individual)  A. <input type="checkbox"/> Ninguno  B. <input type="checkbox"/> 1 equipo  C. <input type="checkbox"/> 2 equipos  D. <input type="checkbox"/> 3 o más equipos</p>
8	<p>Durante los últimos 12 meses, ¿cuántas veces tuvo cualquier tipo de trauma mientras hacía ejercicio, practicaba deporte o estaba siendo físicamente activo y tuvo que ser visto por médico o ser llevado a la enfermería?  A. <input type="checkbox"/> Ninguna vez  B. <input type="checkbox"/> 1 vez  C. <input type="checkbox"/> 2 veces  D. <input type="checkbox"/> 3 veces  E. <input type="checkbox"/> 4 veces  F. <input type="checkbox"/> 5 o más veces</p>

**ANEXO 5.**  
**Consumo de cigarrillo**

		Sí	No
1	¿Ha fumado usted alguna vez cigarrillo? Si su respuesta es no pase a la siguiente hoja		
2	¿Cuántos años tenía la primera vez que fumó cigarrillo? Escriba la edad _____		
3	¿Ha fumado durante el último mes?		
4	¿Ha fumado todos los días durante el último mes?		
5	¿El día que más ha fumado cuántos cigarrillos se fumó? Escriba el número _____		
6	¿El día que menos ha fumado cuántos cigarrillos se fumó? Escriba el número _____		
7	¿Su papá fuma?		
8	¿Su mamá fuma?		
9	¿Su mejor amigo o amiga fuma?		
10	¿Ha pensado dejar de fumar cigarrillo?		

**ANEXO 6.**

**CAGE para identificar riesgo de alcoholismo**

		Sí	No
1	¿Ha consumido usted algún tipo de bebidas alcohólicas (aguardiente, cerveza, ron, vino u otro tipo de licor)? Si su respuesta es sí anote la edad en la que tomó por primera vez _____ Y responda las cuatro preguntas siguientes. <b>Si su respuesta es No pase a la siguiente hoja.</b>		
2	¿Usted ha sentido alguna vez la necesidad de disminuir la cantidad de alcohol que toma?		
3	¿Se ha sentido molesto porque le critican su maneta de beber?		
4	¿Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su manera de beber?		
5	¿Ha tomado alguna vez un trago en la mañana para calmar los nervios o quitar el guayabo?		

**Estadísticas De Fiabilidad CAGE Para  
Identificar Riesgo De Alcoholismo**

Cronbach's Alpha	ITEMS	NRO ENCUESTAS
<b>0,572</b>	4	385

**Estadísticas Descriptivas de la Prueba (Cada respuesta se puntua entre 0 y 1)**

PREGUNTAS	PROMEDIO	DESVIACION ESTANDAR	MAXIMO	MINIMO
¿Usted ha sentido alguna vez la necesidad de disminuir la cantidad de alcohol que toma?	0,347	0,477	1	0
¿Se ha sentido molesto porque le critican su maneta de beber?	0,119	0,324	1	0
¿Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su manera de beber?	0,169	0,375	1	0
¿Ha tomado alguna vez un trago en la mañana para calmar los nervios o quitar el guayabo?	0,172	0,378	1	0



**ANEXO 7.**

**VESPA modificado para consumo de sustancias ilegales**

1	<p>Durante el último mes mi salud fue:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. <input type="checkbox"/> Excelente</li> <li>2. <input type="checkbox"/> Buena</li> <li>3. <input type="checkbox"/> Regular</li> <li>4. <input type="checkbox"/> Mala</li> </ol>
2	<p>Durante el último mes mi rendimiento académico fue:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. <input type="checkbox"/> Excelente</li> <li>2. <input type="checkbox"/> Bueno</li> <li>3. <input type="checkbox"/> Regular</li> <li>4. <input type="checkbox"/> Malo</li> </ol>
3	<p>Durante este año mi rendimiento académico ha sido:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. <input type="checkbox"/> Excelente</li> <li>2. <input type="checkbox"/> Bueno</li> <li>3. <input type="checkbox"/> Regular</li> <li>4. <input type="checkbox"/> Malo</li> </ol>
4	<p>En relación con la marihuana</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. <input type="checkbox"/> Nunca la he probado</li> <li>2. <input type="checkbox"/> La probé sola una vez</li> <li>3. <input type="checkbox"/> Hace un año o más que la fumo</li> <li>4. <input type="checkbox"/> La fumé durante el último año</li> <li>5. <input type="checkbox"/> La fumé el último mes</li> <li>6. <input type="checkbox"/> La fumé la última semana</li> </ol>
5	<p>En relación con el bazuco</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. <input type="checkbox"/> Nunca lo he probado</li> <li>2. <input type="checkbox"/> Lo probé sola una vez</li> <li>3. <input type="checkbox"/> Hace un año o más que lo fumo</li> <li>4. <input type="checkbox"/> Lo fumé durante el último año</li> <li>5. <input type="checkbox"/> Lo fumé el último mes</li> <li>6. <input type="checkbox"/> Lo fumé la última semana</li> </ol>
6	<p>En relación con la cocaína o perico</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. <input type="checkbox"/> Nunca la he probado</li> <li>2. <input type="checkbox"/> La probé sola una vez</li> <li>3. <input type="checkbox"/> Hace un año o más que la uso</li> <li>4. <input type="checkbox"/> La usé durante el último año</li> <li>5. <input type="checkbox"/> La usé el último mes</li> <li>6. <input type="checkbox"/> La usé la última semana</li> </ol>
7	<p>En relación con el uso de inhalantes como el bórax</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. <input type="checkbox"/> Nunca los he probado</li> <li>2. <input type="checkbox"/> Los probé sola una vez</li> <li>3. <input type="checkbox"/> Hace un año o más que la fumo</li> <li>4. <input type="checkbox"/> Los usé durante el último año</li> </ol>

	<p>5. <input type="checkbox"/> Los usé el último mes</p> <p>6. <input type="checkbox"/> Los usé la última semana</p>
8	<p>En relación con el uso de pastillas para quitar el sueño</p> <p>1. <input type="checkbox"/> Nunca las he probado</p> <p>2. <input type="checkbox"/> Las probé sola una vez</p> <p>3. <input type="checkbox"/> Hace un año o más que las uso</p> <p>4. <input type="checkbox"/> Las usé durante el último año</p> <p>5. <input type="checkbox"/> Las usé el último mes</p> <p>6. <input type="checkbox"/> Las usé la última semana</p>
9	<p>En relación con el uso de pastillas para quitar los nervios</p> <p>1. <input type="checkbox"/> Nunca las he probado</p> <p>2. <input type="checkbox"/> Las probé sola una vez</p> <p>3. <input type="checkbox"/> Hace un año o más que las uso</p> <p>4. <input type="checkbox"/> Las usé durante el último año</p> <p>5. <input type="checkbox"/> Las usé el último mes</p> <p>6. <input type="checkbox"/> Las usé la última semana</p>
10	<p>En relación con el uso de _____ (mencione otra sustancia adictiva que fume o use)</p> <p>1. <input type="checkbox"/> Nunca las he probado</p> <p>2. <input type="checkbox"/> Las probé sola una vez</p> <p>3. <input type="checkbox"/> Hace un año o más que las uso</p> <p>4. <input type="checkbox"/> Las usé durante el último año</p> <p>5. <input type="checkbox"/> Las usé el último mes</p> <p>6. <input type="checkbox"/> Las usé la última semana</p>

**ANEXO 8.**  
**Comportamiento y orientación sexual**

1	<p>Los amigos de su misma edad y sexo consideran aceptable tener relaciones sexuales con:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. <input type="checkbox"/> Personas del sexo opuesto</li> <li>2. <input type="checkbox"/> Personas del mismo opuesto</li> <li>3. <input type="checkbox"/> Personas de ambos sexos</li> <li>4. <input type="checkbox"/> Ninguna persona</li> </ol>
2	<p>¿Has tenido relaciones sexuales con?</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. <input type="checkbox"/> Ninguna persona (nunca he tenido) <b>Si marcas esta respuesta pasa a la pregunta 5.</b></li> <li>2. <input type="checkbox"/> Hombres</li> <li>3. <input type="checkbox"/> Mujeres</li> <li>4. <input type="checkbox"/> Hombres y mujeres</li> </ol>
3	<p>¿Cuánto años cumplidos tenías cuando tuvo su primera relación sexual?</p> <p>_____</p>
4	<p>¿Todas las veces que ha tenido relaciones sexuales con otra persona ha usado condón?</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. <input type="checkbox"/> Sí</li> <li>2. <input type="checkbox"/> No</li> <li>3. <input type="checkbox"/> No estoy seguro</li> </ol>
5	<p>Te consideras a ti mismo:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. <input type="checkbox"/> Heterosexual (persona que le gustan las personas del sexo opuesto)</li> <li>2. <input type="checkbox"/> Homosexual (persona que le gustan las personas del mismo sexo)</li> <li>3. <input type="checkbox"/> Bisexual (persona que le gustan las personas de ambos sexos)</li> <li>4. <input type="checkbox"/> Estoy inseguro</li> </ol>

**COMPORTAMIENTOS DE RIESGOS PARA LA SALUD EN ADOLESCENTES  
ESTUDIANTES DE LA FACULTAD DE INGENIERÍA DE UNA UNIVERSIDAD  
PÚBLICA DE SANTA MARTA, COLOMBIA.**

**BEHAVIOR OF RISKS TO HEALTH IN ADOLESCENT STUDENTS OF THE  
FACULTY OF ENGINEERING OF A PUBLIC UNIVERSITY OF SANTA MARTA,  
COLOMBIA**

**UNIVERSIDAD DEL MAGDALENA  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
PROGRAMA DE PSICOLOGÍA  
SANTA MARTA  
OCTUBRE 2009**

**COMPORTAMIENTOS DE RIESGOS PARA LA SALUD EN ADOLESCENTES  
ESTUDIANTES DE LA FACULTAD DE INGENIERÍA DE UNA UNIVERSIDAD  
PÚBLICA DE SANTA MARTA, COLOMBIA.**

**BEHAVIOR OF RISKS TO HEALTH IN ADOLESCENT STUDENTS OF THE  
FACULTY OF ENGINEERING OF A PUBLIC UNIVERSITY OF SANTA MARTA,  
COLOMBIA**

**PROYECTO DE INVESTIGACIÓN PARA OPTAR POR EL TÍTULO DE  
PSICÓLOGAS**

**DIANA ARIAS PANCHO  
MARGARETH JIMÉNEZ VARELA  
URALDY PAYARES VILLAR**

**PS. GUILLERMO AUGUSTO CEBALLOS OSPINO  
DIRECTOR**

**UNIVERSIDAD DEL MAGDALENA  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
PROGRAMA DE PSICOLOGÍA  
SANTA MARTA  
ENERO 2009**

**COMPORTAMIENTOS DE RIESGOS PARA LA SALUD EN  
ADOLESCENTES ESTUDIANTES DE LA FACULTAD DE INGENIERÍA DE  
UNA UNIVERSIDAD PÚBLICA DE SANTA MARTA, COLOMBIA.**

**PROYECTO DE INVESTIGACIÓN PARA OPTAR POR EL TÍTULO DE  
PSICÓLOGAS**

**DIANA ARIAS PANCHO  
MARGARETH JIMÉNEZ VARELA  
URALDY PAYARES VILLAR**

**PS. GUILLERMO AUGUSTO CEBALLOS OSPINO  
DIRECTOR**

**UNIVERSIDAD DEL MAGDALENA  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
PROGRAMA DE PSICOLOGÍA  
SANTA MARTA  
ENERO 2009**

**RESUMEN**

**Antecedentes:** El conjunto de comportamientos de compromiso con la salud, o de riesgo, en los adolescentes son; la conducta sexual, el consumo de sustancia que pueden ser abusadas o causar dependencia, la actividad física, la conducta alimentaria y síntomas depresivos con importancia clínica.

**Objetivo:** Describir los patrones de comportamiento de riesgo para la salud en una población de adolescentes estudiantes de la Facultad de Ingeniería de una Universidad Pública de Santa Marta, Colombia, 2008 I.

**Método:** El tipo de estudio de esta investigación es cuantitativo y con un diseño transversal descriptivo. La población estuvo conformada por los 1998 estudiantes de la Facultad de Ingeniería; de los cuales 385 alumnos, mediante el método de muestreo probabilístico estratificado, conformaron la muestra, quienes diligenciaron en forma anónima, una serie de escalas y cuestionarios para conocer los comportamientos de riesgo para la salud. Para establecer la validez y confiabilidad de los instrumentos se utilizó el Alfa de Cronbach.

El procesamiento estadístico se realizó mediante el programa SPSS versión 15 a través del cual se determinaron promedios, porcentajes y desviaciones estándar.

**Resultados:** La edad de la muestra en general osciló entre los 15 y los 24 años, con una edad promedio de 19.8 años cumplidos (DE 2.0). El género de los participantes estuvo compuesto por 265 (68.8%) del género masculino y 120 (31.2%) del género femenino.

El estrato socioeconómico estuvo conformado desde el 0 hasta el 6.

Se realizó un primer análisis de las variables comportamiento y orientación sexual, conducta alimentaria, actividad física, consumo de sustancias y síntomas depresivos con importancia clínica. Sin embargo, las variables conducta alimentaria y consumo de alcohol, las cuales se pretendían medir con los instrumentos SCOFF y CAGE, respectivamente, se retiraron de los análisis debido a que el instrumento resultó no fiable para la población en donde se efectuó la presente investigación.

**Conclusiones:** De acuerdo a los resultados de la muestra en general un 78.7% manifiesta haber tenido relaciones sexuales coitales. La edad promedio de la primera relación sexual coital en el presente estudio fue de 15.88 años de edad (DE 2.2). El 59.4% de la muestra no utiliza condón; respecto a la orientación sexual el 95.3% de jóvenes manifiestan ser heterosexuales. Un 18.4% de la muestra realiza actividad física que los hace respirar y sudar rápidamente durante los últimos 7 días. Un 95.1% de la muestra no fuma.

**Palabras clave:** comportamientos de riesgo para la salud, adolescentes, estudiantes universitarios.