

COMPORTAMIENTOS RELACIONADOS CON LA SALUD EN ESTUDIANTES DE SECUNDARIA

Seil Lamadrid Núñez*

RESUMEN

Los perfiles de morbilidad y mortalidad de un país se encuentran ligados a patrones de comportamientos que pueden ser modificados, y que cualquier persona puede adoptar conductas saludables para contribuir a su bienestar. Aunque sea difícil encontrar cualquier cosa que no tendría ningún impacto en salud, en el repertorio de la conducta humana hay algunos hábitos considerados como factores de riesgo. En esta revisión se han considerado el consumo legal e ilegal de sustancias, las relaciones sexuales y la orientación sexual debido al impacto de estos patrones en salud en los adolescentes. Es bien sabido que los grupos sociales, las presiones académicas, la falta de educación, entre otros aspectos, han determinado en gran medida la adopción de conductas o estilos de vida que no son saludables. Para todos los comportamientos de riesgo las estrategias de promoción y prevención son necesarias y por ello debe vincularse además de la escuela, la familia, los compañeros de los adolescentes, y el entorno socio cultural en el que estos se desenvuelven, el papel de los medios masivos de comunicación por la trascendental influencia que ejercen sobre la comunidad deben ser tenidos muy en cuenta a la hora de promover comportamientos saludables. (Duazary 2009-II 165-169)

Palabras clave: Comportamientos, salud, estudiantes de secundaria

ABSTRACT

The profiles of morbidity and mortality in a country are linked to patterns of behavior that can be modified, and that anyone can adopt healthy behaviors to contribute to their welfare. Although it is hard to find anything that would have no impact on health, into the repertoire of human behavior there are some habits considered as risk factors. In this review have been taken into account the consumption of legal and illegal substances, sexual and sexuality orientation due to the impact of these patterns in adolescent health. It is well known that social groups, academic pressures, lack of education, among others, have largely determined the adoption of behaviors or lifestyles that are not healthy. For all the risk behaviors of promotion and prevention strategies are needed and should also link up the school, family, peers of adolescents, and socio-cultural environment in which they operate, the paper of the massive means of communication by the transcendental influence that exert on the community must very be considered at the time of promoting healthful behaviors.

Key words: Behavior, health, high school students

INTRODUCCIÓN

Antes de iniciar la presente revisión, es necesario precisar la dificultad encontrada para hallar estudios que señalen los comportamientos de riesgo en adolescentes estudiantes sean de colegios públicos o privados, debido a que son muy escasos los estudios que sobre el tema se ha publicado; resumiendo lo encontrado se puede

decir de manera general que las normas de conductas de los padres para con sus hijos son más flexibles en los estratos socioeconómicos más altos;^{1,2} sin embargo, es indiscutible el rol que juega en todo el contexto sociocultural.³ Así mismo, es incuestionable que las instituciones públicas y privadas son heterogéneas en muchos aspectos, entre los cuales se puede destacar la calidad de la educación y la disciplina.⁴

*Estudiante de Grado, Programa de Psicología- Universidad del Magdalena

Los perfiles de morbimortalidad de un país se relacionan con patrones de comportamientos que pueden ser modificados, y cualquier persona puede adoptar conductas saludables para contribuir a su bienestar.⁵ Por ello los comportamientos de riesgo vienen siendo objeto de estudios en los últimos treinta años, esto aunado a la actividad sexual en los adolescentes, con sus consecuencias sociales, económicas y de la salud, como son los embarazos no planeados (ENP), infecciones de transmisión sexual (ITS), en especial el VIH-SIDA, llegando a reconocerlo como un problema de salud pública.⁶

Aunque en el repertorio de la conducta humana es difícil encontrar alguna que no tenga incidencia sobre la salud, obviamente existen algunas consideradas como factores de riesgo, entre los cuales, en la actualidad, sobresalen el consumo de alcohol, de tabaco y otras sustancias ilegales, el desequilibrio dietético en la alimentación y no practicar ejercicio físico.^{7,8} Otra conducta importante a señalar son las relaciones sexuales en adolescentes y las variables socioeconómicas de las personas, las cuales han mostrado estar relacionadas con los factores de riesgo para la salud.^{8,9} En los grupos sociales, las presiones laborales y económicas, entre otros aspectos, han determinado en gran medida la adopción de conductas o estilos de vida que no son saludables.^{8,10}

Aunque no basta tener el conocimiento de algo por sí solo para que sea garantía de cambio conductual, sí se ha demostrado que cierta cantidad de información es necesaria para iniciar el proceso que conducirá a un cambio de comportamiento.¹¹ No obstante, los jóvenes a pesar de estar informados no perciben el riesgo como algo cercano, o se perciben como sujetos invulnerables y por ende ejecutan conductas insanas que afectan su salud a mediano o largo plazo.^{8,10} Lo cual puede indicar un comportamiento deficitario en autocontrol.^{8,10} Por ello, la familia y los amigos juegan un papel importante como factores protectores en el inicio de los comportamientos de riesgo a edades tempranas.^{12,13,14} Sin embargo, un estudio indica que los patrones del comportamiento del riesgo de los adolescentes varían por la raza y el género.¹⁵

Uno de los comportamientos de riesgo entre los adolescentes que cada día va en aumento es el consumo de sustancias legales e ilegales; es así como encontramos que el alcohol, el tabaco y la marihuana son las sustancias más consumidas entre estudiantes, quienes las usan como forma de entretenimiento;¹⁶ relación esta que debe romperse a través de programas de intervención,¹⁷ entre los cuales pueden señalarse la disminución de su disponibilidad lo cual presume la

disminución de su consumo, identificarse tempranamente los casos y recibir el manejo integral adecuado; el uso del tabaco es cada vez más frecuente entre las mujeres adolescentes y el uso del alcohol comienza en la niñez y se consolida en adolescencia con una tendencia a la homogenización de estos hábitos entre los géneros,^{18,19} La utilización de otras sustancias ilegales no son consumidas actualmente en los adolescentes como las mencionadas anteriormente,^{17,20} pero se debe estar alerta porque viene incrementándose poco a poco, oscilando entre un 3 y un 18%, dependiendo del país estudiado y el tipo de sustancia ilegal consumida, así se encuentra que en Colombia la prevalencia subió del 5.9% en 1992 al 6.5% en 1996.^{21,22,23,24}

Debemos recordar que el uso de drogas legalmente aceptadas (alcohol y tabaco) puede ser el inicio al consumo de drogas ilícitas.²⁵ Un estudio señala que cuando los adolescentes consideran el tabaco y el alcohol como droga resulta ser un factor protector para su consumo,²⁴ lo cual debe ser tenido en cuenta para las campañas de prevención.

Indudablemente, otro comportamiento de riesgo para la salud lo son las Relaciones Sexuales entre los adolescentes. Al llegar a la pubertad los cambios hormonales desencadenan nuevas sensaciones sexuales que van a adquirir enorme importancia, sentirán necesidades específicamente sexuales y se encuentran en el conflicto entre lo que sienten y lo que se les prohíbe.²⁶ La prevalencia de las RS 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 por ciento.^{27, 28, 29,30,31}

Estrechamente ligado a las Relaciones Sexuales se encuentra que la orientación sexual, específicamente las relaciones no heterosexuales, es un factor de riesgo, la cual hace alusión hacia la atracción física hacia otra persona;³² su consolidación, a pesar de ser un proceso de toda la vida, se inicia en la adolescencia³³ y puede terminar en una etapa posterior en personas homosexuales y bisexuales.³⁴ El número de adolescentes bisexuales y homosexuales varía según la población estudiada; adicionalmente un grupo de adolescentes informan estar inseguros sobre la orientación sexual.^{35,36} En general, los adolescentes bisexuales y homosexuales presentan mayor número de comportamientos sexuales riesgosos: inician relaciones sexuales a edad más temprana,^{37,38} tienen mayor número de parejas sexuales^{35,39,40} y además, con menor frecuencia reciben información sobre prácticas

sexuales seguras.³⁹ En una sociedad homofóbica como la nuestra, los adolescentes que hacen parte de esta minoría sexual deben afrontar estresores adicionales como la discriminación, el maltrato por pares y profesores y la falta de apoyo de los padres.^{39,41}

Una de las secuelas de las Relaciones Sexuales no protegidas y que es una de las principales preocupaciones en el campo de la salud pública, es el VIH-SIDA. Por este motivo, es importante su información entre los adolescentes. Diversas investigaciones señalan que las conductas inseguras están presentes en todos los estratos sociales.^{20,42,43,44,45}

En Colombia, no es obligatoria la educación sexual en las instituciones educativas y se espera que los resultados de las investigaciones sean tenidas en cuenta para enfatizar en la promoción de conductas sexuales específicas de probado impacto positivo en la prevención de VIH-SIDA.⁴⁶ Los niveles del conocimiento con respecto a VIH-SIDA son bajos en la juventud mexicana,⁴⁴ lo mismo sucede en Colombia,⁴⁷ quizás ello se deba a la muy poca implementación de estos programas o también a defectos en el modo de plantearlos.^{44,47} A pesar de que muchos estudiantes han recibido en alguna ocasión información sobre el VIH/SIDA, se mantienen vacíos conceptuales o de información importante en lo que se refiere al sexo oral, al período ventana y a la diferencia entre seropositividad y SIDA.⁴⁸ El grado de percepción de los adolescentes colombianos que han recibido información en sus centros educativos tampoco es alta, ya que califican su conocimiento sobre la materia como regular o malo, además de no conocer adecuadamente las formas de prevención y transmisión de VIH/SIDA ni su manejo.^{48,49}

CONCLUSIÓN

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.⁵⁰ Es por ello que el estudio de los comportamientos de riesgo en esta población son necesarios y para implementar programas de prevención de las conductas no saludables y promoción de estilos de vida saludables debe vincularse a la familia, la escuela, los pares, el sitio de trabajo para aquellos adolescentes que lo hacen, en los medios de comunicación⁵¹ y deben empezar desde la más tierna infancia.^{17,52,53,54}

Diversos estudios señalan que la educación sexual temprana disminuye los comportamientos de riesgo en mujeres adolescentes.⁵² Sin embargo esta educación sexual no debe ser tarea exclusiva del sistema educativo.

En Colombia se ha generado un debate por la aparente ineficacia de los programas de educación sexual, no obstante, se ha encontrado que más allá de una falla en la naturaleza de los programas, existe una inadecuada manera de transmitir los contenidos deseados, la percepción del grado de información tampoco es alta, dado que un 36% de los(as) adolescentes reconocen su grado de información como regular o malo, lo que de nuevo redundaría en una necesidad percibida por parte de los(as) adolescentes de una mejor educación sexual,⁴⁸ que tenga en cuenta los conocimientos, actitudes y creencias de los(as) adolescentes antes de iniciar cualquier tipo de intervención preventiva.

Es necesario, también, que estos programas consideren las diferentes orientaciones sexuales, y se evite la homofobia con el fin de brindar elementos que permitan reducir las conductas sexuales riesgosas en sujetos homosexuales y bisexuales.

Para el caso de consumo de sustancias ilegales, a pesar de que los estudios no indican que sea elevado, resulta evidente que las cifras van en aumento y que la edad de inicio es cada vez menor, el uso de alcohol y tabaco es frecuente entre los adolescentes¹⁶ se ha dicho que el hecho de pensar en estas sustancias como drogas resulta ser un factor protector, por esto sería prudente presentar esta imagen de “drogas” y evitar asociar el alcohol y el tabaco con situaciones sociales placenteras, especialmente en campañas publicitarias para adolescentes, teniendo en cuenta que es en esta edad donde se consolida su consumo debido a la necesidad de autonomía e identidad personal propia de este estadio evolutivo.²³

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Caballero R, Villaseñor A. Socioeconomic strata as a predictor factor for consistent condom use among adolescents. *Rev Saude Publica*. 2001; 35: 531-38.
2. Tuinstra J, Groothoff JW, Van den Heuvel WJA, Post D. Socioeconomic differences in health risk behavior in adolescence: do they exist?. *Soc Sci Med* 1998; 47: 67-74.

3. Upchurch DM, Levy-Storms L, Sucoff CA, Aneshensel CS. Gender and ethnic differences in the timing of first sexual intercourse. *Fam Plann Perspect* 1998; 30: 121- 27.
4. Upchurch DM, Aneshensel CS, Sucoff CA, Levy-Storm L. Neighborhood and family contexts of adolescent sexual activity. *J Marriag Fam* 1999; 61: 920-33.
5. Ehrenzweig Y. Modelos de cognición social y adherencia terapeutica en pacientes con cáncer. *Avances en Psicología Latinoamericana* 2007; 25(1):7-21
6. Pick de Weiss S, Vargas-Trujillo E. Conducta sexual y reproductiva de los adolescentes en América Latina. *Avances en Psicología Clínica Latinoamericana* 1990; 8: 11-41
7. Adger H, DeAngelis CD. Adolescent medicine. *JAMA* 1994; 271: 1651-653
8. Arrivillaga M, Salazar I, Correa D. Creencias sobre la salud y su relación con las prácticas de riesgo o de protección en jóvenes universitarios. *Colomb Med* 2003; 34: 186-95
9. Costa M, López E. Educación para la salud: Una estrategia para cambiar los estilos de vida. Madrid 1996: Pirámide
10. Bandura A. Pensamiento y acción: Fundamentos sociales. Madrid 1987: Editorial Martínez Roca
11. Fineberg H. Education to prevent AIDS: prospects and obstacles. *Science* 1988; 239: 592-96.
12. DiLorio C, Dudley WN, Soet JE, McCarty F. Sexual possibility situations and sexual behaviors among young adolescents: the moderating role of protective factors. *J Adolesc Health* 2004; 35(6): 528.e11-20
13. Sieving RE, Eisenberg ME, Pettingell S, Skay C. Friends' influence on adolescents' first sexual intercourse. *Perspect Sex Reprod Health* 2006; 38(1):13-9
14. Villarruel AM. Cultural influences on the sexual attitudes, beliefs, and norms of young Latina adolescents. *J Soc Pediatr Nurs* 1998; 3(2): 69-79
15. Halpern CT, Hallfors D, Bauer DJ, Iritani B, Waller MW, Cho H. Implications of racial and gender differences in patterns of adolescent risk behavior for HIV and other sexually transmitted diseases. *Perspect Sex Reprod Health* 2004; 36(6): 239-47
16. Piedra KA, O'Brien B, Pillon SC. Drugs use and risk behavior in a university community. *Rev Lat Am Enfermagem* 2005; 5(13) Spec.: 1194-1200
17. López M, Santín C, Torrico E, Rodríguez J. Consumo de sustancias psicoactivas en una muestra de jóvenes universitarios. *Psicología y Salud* 2003; 13(1): 5-17
18. Mendoza R, Batista JM, Sánchez M, Carrasco AM. The consumption of tobacco, alcohol and other drugs by adolescent Spanish students. *Gac Sanit* 1998;12(6):263-71
19. Villalbi JR, Nebot M, Ballestin M. Adolescents faced with addictive substances: tobacco, alcohol and noninstitutionalized drugs. *Med Clin* 1995; 27:104(20): 784-88
20. Hidalgo I, Garrido G, Hernandez M. Health status and risk behavior of adolescents in the north of Madrid, Spain. *J Adolesc Health* 2000; 27(5):351-60
21. Espada J, Méndez F.X., Hidalgo M.D. Consumo de alcohol en escolares: descenso de la edad de inicio y cambios en los patrones de ingesta. *Adicciones* 2000; 1: 57-64
22. Gil M.D, Ballester R. Inicio temprano de consumo de alcohol entre niños de 9 a 14 años. *Análisis y Modificación de Conducta* 2002; 28 (118): 165-211
23. Luengo M.A, Otero L, Romero E, Gómez F. Efectos de la necesidad de búsqueda de sensaciones sobre la involucración en el consumo de drogas en los adolescentes. *Análisis y Modificación de Conducta* 1996; 22(86): 683-708
24. Paniagua H, Garcia S, Castellano G, Sarralle R, Redondo C. Tobacco, alcohol and illegal drug consumption among adolescents and the relationship with lifestyle and environment. *An Esp Pediatr* 2001; 55(2):121-128
25. Abdulkarim AA, Mokuolu OA, Adeniyi A. Drug use among adolescents in Ilorin, Nigeria. *Trop Doct.* 2005; 35(4):225-28
26. Brito E, Garrido E, Cruz T, Batista N, Campo J. Comportamiento de la sexualidad responsable y la prevención de las ITS / VIH / Sida en féminas adolescente 2006. En <http://www.monografias.com/trabajos17/comportamiento-sexual/comportamiento-sexual.shtml>. Accesado el 12 de enero de 2007
27. Ceballos G, Campo-Arias A. Sexual intercourse among adolescent students of Santa Marta, Colombia: a cross-sectional survey. *Colomb Med* 2007; 38: 191-96
28. Chirinos JL, Salazar VC, Brindis CD. A Profile of sexually active male adolescent high school students in Lima, Peru. *Cad Saude Publica* 2000; 16: 733-46
29. Gascón JA, Navarro B, Gascón FJ, Pérula LA, Jurado A, Montes G. Comportamiento sexual de los escolares adolescentes de Córdoba. *Aten Prim* 2003; 32: 355-60

30. Park IU, Sneed CD, Morisky DE, Alvear S, Hearst N. Correlates of HIV risk among Ecuadorian adolescent. *AIDS Educ Prev* 2002; 14: 73-83
31. Takakura M, Nagayama T, Sakihara S, Wilcox C. Pattern of health-risk behavior among Japanese high school students. *J Sch Health* 2001; 71: 23-9
32. Frankowski BL. Committee on Adolescence. Sexual orientation and adolescents. *Pediatric* 2004; 113: 1827-32
33. Friedman RC, Downey JI. Homosexuality. *N Engl J Med* 1994; 331: 923-30
34. Pinilla AP, Sánchez EW, Campo A. Evaluación clínica de la orientación sexual en adolescentes. El papel de médicos generales y pediatras. *Medunab* 2003; 6: 93-97
35. Cortés A, Pérez D, Aguilar J, Valdés MM, Tabeada B. X. Orientación sexual en estudiantes adolescentes. *Rev Cubana Med Gen Intreg* 2003; 14: 4504
36. Faulkner AH, Cranston K. Correlates of same-sex sexual behavior in a random sample of Massachusetts high school students. *Am J Public Health* 1998; 88: 262-66
37. Garofalo R, Wolf RC, Kessel S, Palfrey J, DuRant RH. The association between health risk behaviors and sexual orientation among a school-based sample of adolescents. *Pediatric* 1998; 101: 895-902
38. Russell ST, Driscoll AK, Troung N. Adolescent same-sex romantic attractions and relationships: implications for substance use and abuse. *Am J Public Health* 2002; 92: 198-202
39. Blake SM, Ledsky R, Lehman T, Goodenow C, Sawyer R, Hack T. Preventing sexual risk behavior among gay, lesbian, and bisexual adolescents: the benefits of gay-sensitive HIV instructions in schools. *Am J Public Health* 2001; 91: 940-46
40. Robin L, Brener ND, Donahue SF, Hack T, Hale K, Goodenow C. 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* 2002; 156: 349-55
41. Cochran BN, Stewart AJ, Ginzler JA, Cauce AM. Challenges faced by homeless sexual minorities: comparison of gay, lesbian, and transgender homeless adolescent with their heterosexual counterparts. *Am J Public Health* 2002;92: 773-77
42. Adu-Mireku S. Family communication about HIV/AIDS and sexual behaviour among senior secondary school students in Accra, Ghana. *Afr Health Sci* 2003; 3: 7-14
43. Ceballos, GA, Campo-Arias A. Prevalencia del uso del condón en la primera relación sexual en adolescentes de Santa Marta, Colombia: Diferencias por género. *Medunab* 2005; 8: 59-64
44. Tapia-Aguirre V, Arillo-Santillan E, Allen B, Angeles-Llerenas A, Cruz-Valdez A, Lazcano-Ponce E. Associations among condom use, sexual behavior, and knowledge about HIV/AIDS. A study of 13,293 public school students. *Arch Med Res* 2004;35:334-43
45. Trani F, Gnisci F, Nobile CG, Angelillo IF. Adolescents and sexually transmitted infections: knowledge and behaviour in Italy. *J Pediatric Child Health* 2005; 41: 260-64
46. Guerrero PG. Pasado, presente y futuro de la educación sexual en Colombia. *Rev Colomb Psiquiatr* 1998; 27: 303-14
47. Romero L. Elementos de sexualidad y educación sexual. Centro de Asesoría y Consultoría. 1999. Barranquilla – Colombia.
48. Vinaccia S, Quiceno J, Gaviria A, Soto A, Gil M, Ballester R. Conductas Sexuales de Riesgo para la Infección por Vih/Sida en Adolescentes Colombianos. *Terapia Psicológica* 2007; 25 (1): 39-50
49. Navarro E, Vargas R. Conocimientos, actitudes y prácticas sobre SIDA en adolescentes escolarizados. *Salud Uninorte* 2004;19: 14-24
50. Oliva A. La adolescencia como riesgo y oportunidad. *Infancia y Aprendizaje* 2004; 27: 115-22
51. Wu LT, Schlenger WE, Galvin DM. The relationship between employment and substance use among students aged 12 to 17. 2003; 32(1):5-15
52. Ancheta R, Hynes C, Shrier LA. Reproductive health education and sexual risk among high-risk female adolescents and young adults. 2005;18(2):105-11
53. Bachanas PJ, Morris MK, Lewis-Gess JK, Sarett-Cuasay EJ, Flores AL, Sirl KS, Sawyer MK. Psychological adjustment, substance use, HIV knowledge, and risky sexual behavior in at-risk minority females: developmental differences during adolescence. *J Pediatr Psychol* 2002; 27(4):373-84
54. Mohler-Kuo M, Lee JE, Wechsler H. Trends in marijuana and other illicit drug use among college students: results from 4 Harvard School of Public Health College Alcohol Study surveys: 1993-2001. *J Am Coll Health* 2003; 52(1):17-24