

ENCUESTA NACIONAL DE SALUD EN ESCOLARES (ENSE)

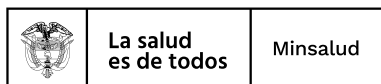


La salud
es de todos

Minsalud

ENCUESTA NACIONAL

DE SALUD EN ESCOLARES (ENSE)



Ministro de Salud y Protección Social

Alejandro Gaviria Uribe

Viceministro de Salud Pública y

Prestación de Servicios

Fernando Ruiz Gómez

Viceministra de Protección Social

Diana Isabel Cárdenas Gamboa

Secretario General

Gerardo Burgos Bernal

Directora de Epidemiología y Demografía

Sandra Lorena Girón Vargas

Directora de Promoción y Prevención

Aida Milena Gutiérrez Alvarez

Subdirector de Enfermedades no

Transmisibles

Harold Mauricio Casas Cruz

Jefe de Oficina de Promoción Social

Oscar Javier Siza Moreno

SUPERVISOR CONVENIO

INTERADMINISTRATIVO 567 DE 2013 –

ENSE – ENTJ (FASE I)

Ministerio de Salud y Protección Social

Fernando Ramirez campos

Andrea Yanira Rodríguez Rodríguez

COMITÉ TÉCNICO FASE I

Ministerio de Salud y Protección Social

Andrea Yanira Rodríguez Rodríguez

Claudia Milena Cuellar Segura

Herney Alonso Rengifo Reina

Universidad del Valle

SUPERVISOR CONTRATO

INTERADMINISTRATIVO 254 DE 2016 –

ENSE – ENTJ (FASE II)

Fabián Méndez Paz

Ministerio de Salud y Protección Social

Angelica Nohelia Molina Rivera

Andrea Yanira Rodríguez Rodríguez

COMITÉ TÉCNICO FASE II

Ministerio de Salud y Protección Social

Angelica Nohelia Molina Rivera

Andrea Yanira Rodríguez Rodríguez

Herney Alonso Rengifo Reina

Universidad del Valle

Adolfo contreras

SUPERVISOR CONTRATO

INTERADMINISTRATIVO 229 DE 2018 –

ENSE – ENTJ (FASE III)

Ministerio de Salud y Protección Social

Sonia Liliana Guzmán Rodríguez

COMITÉ TÉCNICO FASE III

Ministerio de Salud y Protección Social

Andrea Yanira Rodríguez Rodríguez

Sonia Liliana Guzmán Rodríguez

Universidad del Valle

Fabián Méndez Paz

Sandra Valencia

Delia Ortega

Equipo técnico Ministerio de Salud y

Protección Social

Dirección de Epidemiología y Demografía

Alejandra Castillo

Alejandro Marín

Ana María Peñuela

Andrea Lara

Blanca Cecilia Hernández

Gustavo Tovar

Lía Marcela Guiza Castillo

Lorena Viviana Calderón Pinzón

Nidia Molano

Rodrigo Lopera

Sandra Tovar

Yolanda Inés Sandoval Gil

Dirección de Promoción y Prevención

Lorena Calderón

Andrea Lara

Asesor Internacional

Organización Panamericana de la Salud –

Washington

Alfonso Contreras

Roberta Caixeta



Enlace para descarga

url.minsalud.gov.co/publicacion-ense-entj

ISBN: 978-958-5144-23-1

ISBN PDF: 978-958-5144-24-8

Julio de 2020



Universidad
del Valle

Universidad del Valle

Rector de la Universidad del Valle

Édgar Varela Barrios

Vicerrector de Investigaciones

Héctor Cadavid Ramírez

Director del Programa Editorial

Omar Javier Díaz Saldaña

Recolección de Información

Directores

Fabián Mendez

Adolfo Contreras

Coordinador Técnico

Luis Alberto Tafur

Rene Alejandro Casas

Epidemiologa

Diana María Caicedo

Asesora

Olga Lucía Gómez

Abogada

Arianna González Ortega

Coordinadora Trabajo de Campo

Rocío Carvajal Barona

Analista de Base de Datos

Bruno Gutierrez Quiceno

Coordinadora de Comunicaciones

Monica Andrea Rojas Nuñez

Diseño y diagramación

Hugo H. Ordóñez Nievas

Corrección de estilo

Luz Stella Grisales Herrera

Coordinador Logístico

Aicardo Solis

Digitador

Juan David Sanclemente

Ingeniero de Sistemas

Daniel Casas

Estadística

Diana Martínez

Sandra Lizeth Valencia Almonacid

Asistentes de Investigación

William Díaz

Luisa Arias

Adriana Orejuela

Julián Pelaez

Personal administrativo

Coordinadores administrativos

Juan Sebastian Parrado Muñoz

Nathalie Abrahams

Asistentes administrativos

Adriana Salgado

Leidy Tatiana Prieto Padilla

Asistente Logística

Deici Narvaez

Supervisores de Campo

Elsie Amelia Lopez

Adriana de los Angeles Yepes

Mayra Lizeth Escolar

Carla Alexandra Paredes

Angela María Carrascal

Anabel Castiblanco Celis

Julia Isabel Rodríguez

María Fernanda Olaya

Chrystian Mauricio Rincón

Ruby Alejandra Herrera

Daniel Barrera Camacho

Yuri Paola Piraquive

Diego Oliveros

Wilson Gil

Yenny Sandoval

Dayron Maturana

Ilse Atencia Montero

Ana Lucia Gutierrez

José Nieves Diaz

Luis Eduardo Quiza Perdomo

Stefany Varón

Alfredo Peña

Luz Andrea Rincón

Viviana Andrea Buriticá

Mary Márquez Lugo

Diana del Carmen Maturana Rentería

Hugo Eujenin

Julián Alberto Zapata Sánchez

Kiara Del Carmen Quiñonez Márquez

Miryam Suco Valencia

Jacobo Murillo González

Gabriel Eduardo Luna

Wilson Hernandez

Yenny Isley Velez

Claudia Lorena García

Yesica Leandra Uribe

Valeria Quiroz

Sandra Peñaranda

Cesar Augusto Gutiérrez

Rafael Cuastimal

Yenifer Torres

Encuestadores

Angelica Patricia Muñoz Otero
Angelica Yepes Galeano
Arelis Martínez Cantillo
Cristian Camilo Puello Santis
Diana Patricia Rincón
Elizabeht Sandoval Rodríguez
José Gregorio Otos
Ulpiano Cerquera
Angela María Carrascal
Eliana Carolina Rincón Yepes
Liliana Ribon
Ana Josefa Parada
Jefferson Bernardo Leal Gómez
Maryely Díaz Salcedo
Yuberney Peñaranda
Danny Antonio Villadiego
Leidy Alejandra Eljach Vacca
Luisa Fernanda Ochoa
Magdeley Arvelaez
Orlys Faryd Hurtado Córdoba
Yeimi Paola Mendez Paternina
Ana Milena Cáceres Ortiz
Carmenza Ayaso Martínez
Leidy Carmenza Klinger Palacios
Yennifer Diaz
Rocío Niño
Cesar Enrique Nogales Mesías
José Oliver Carabali
Lady Yurany Martínez Palacios
Andrés Gabriel Ramos
Angela Ginneth Arévalo
Lina Ximena Betancourth
Lizeth Andrea Córdoba Castañeda
Edith Johana Monrroy
Jhohan Camilo Montoya
Julieth Cerquera
Michael Vivas
Diego Fernando Peña
Frank Snider Riveros
Gabriel Jesús Peña
Sergio Andrés Sandoval
Ana Milena Cáceres
Jackeline González Urrutia
María Helena Vivas
Adriana Patricia Villalobos Méndez
Andrés Mauricio Fajardo
Claudia Paola Pérez Murillo
Lusgeivis Ruiz Mendoza
Ruby Alejandra Herrera Díaz
Uriel Fuentes
Yuldana Duarte
Beatriz Eugenia Vargas Vargas
Diana Milena Montenegro
Juan José Alban
Blanca Pulido
Cesar Duque
Diego Alejandro Peláez Páez

Lina Maryuri Orozco
Andrés Felipe Londoño Cardozo
Edinson Arciniegas
Sonia Nataly Córdoba Portillo
Wilson Pinilla
Andrea Patricia Díaz Pérez
Breiner Gustavo Sandoval Martínez
Cenaida Cancino
Ingrit Farit Ospina
Beninson Lozano
Dylan Ramírez
Jairo González
José Gregorio Martínez
Alma Álvarez
Luis Martínez
Luzgeivis Ruiz
Rubi Herrera

Encuestadores

Argenis Díaz
José Oliver Carabali
María Antonia Torres
Yeltsin Adrián Pineda
Luz Nilda Valenzuela
Viviana Piraquive
Jeferson Florez Rincón
Yenni Granados
Yuri Paola Piraquive
Iris Liseth Perilla
Frank Sebastián García
Erika Landinez
Ana Lucia Gutiérrez
Jessica Reales
Karen Salgado
Diana Marcela Mora
Mayra Alejandra Criollo
Yuli Arias
Blanca Ibel Gallego
Carlos Arturo Álvarez
Kelly Melisa López
Sandra Hernández
Cesar García
Luz Adriana Álzate
Carlos Andres Waltero
Karen Lizeth Londoño
Janeth Leidy Roa Waltero
Jhonathan Arévalo
Ana Milena Cáceres
Aura Quiñonez
Esperanza Pereira
José Nieves

Digitadores

David Alejandro Acosta
Juan Manuel Cahavez Gil
Ku Intika Patricio Garavito
Maria Fernanda Ramirez

Análisis de información y presentación de resultados**Director y Coordinador técnico**

Fabian Méndez

Coordinadora Estadística

Delia Ortega

Estadística

Erika Cantor
Sandra Valencia

Luis Becerra

Sección

Alimentación y Prácticas Alimentarias

Stephanie Tonguino

Secciones

“Actividad Física” y “Salud Bucal, Visual y Auditiva”

Victor Muñoz

Sección

“Sustancias Psicoactivas”

Jaime Collazos

Sección

“Lesiones e Intimidación”

CONTENIDO

1. PRESENTACIÓN	7
2. INTRODUCCIÓN	13
3. METODOLOGÍA	17
3.1 Tipo de estudio	18
3.2 Diseño muestral.	18
3.2.1 <i>Tipo de muestra y tamaño</i>	18
3.2.2 <i>Marco muestral</i>	19
3.3 Prueba piloto	19
3.4 Entrenamiento del personal de campo	21
3.5 Recolección de la información	21
3.5.1 <i>Formatos de control.</i>	24
3.5.2 <i>Sistemas de recolección</i>	24
3.6 Estructura del cuestionario	25
3.7 Aseguramiento de la calidad de la información.	26
3.8 Análisis de datos	26
4. DESCRIPCIÓN DE LA POBLACIÓN INCLUIDA EN LA MUESTRA	29
5. ALIMENTACIÓN Y PRÁCTICAS ALIMENTARIAS	31
5.1 Introducción	32
5.2 Acceso y disponibilidad de alimentos	33
5.3 Consumo de frutas y verduras	34
<i>Consumo de frutas</i>	36
<i>Consumo de verduras</i>	37
5.4 Consumo de lácteos	37
5.5 Consumo y adición de sal	38
5.6 Consumo de bebidas azucaradas incluyendo gaseosas, refrescos y jugos de caja	39
<i>Consumo de gaseosas</i>	40
5.7 Consumo de alimentos identificados por los escolares como comida rápida, empaquetados y fritos.	41
<i>Consumo de comidas rápidas</i>	41
<i>Consumo de alimentos fritos.</i>	43
<i>Consumo de productos en bolsa o paquetes</i>	43
5.8 Discusión	44
6. ACTIVIDAD FÍSICA	47
6.1 Introducción	48
6.2 Cumplimiento de las recomendaciones de actividad física	49
6.3 Transporte escolar activo	50
6.4 Actividades sedentarias	52

6.5	Clases de educación física	53
6.6	Discusión	53
7.	CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS	65
7.1	Introducción	66
7.2	Consumo de alcohol	67
7.2.1	<i>Edad de inicio, consumo y hábitos</i>	67
7.2.2	<i>Acceso a alcohol</i>	73
7.2.3	<i>Consecuencias del consumo de alcohol</i>	75
7.2.4	<i>Bebidas alcohólicas de consumo habitual</i>	76
7.2.5	<i>Lugar y compañía para consumo de alcohol</i>	78
7.2.6	<i>Barreras y facilitadores para el consumo de alcohol</i>	78
7.2.7	<i>Consumo de alcohol, familia y amigos</i>	82
7.2.8	<i>Visualización de anuncios sobre alcohol en medios de comunicación</i>	88
7.3	Consumo de drogas ilegales	89
7.3.1	<i>Edad de inicio y consumo de drogas ilegales alguna vez en la vida</i>	89
7.3.2	<i>Dificultad para conseguir drogas ilegales o de uso indebido</i>	91
7.3.3	<i>Prevalencia y frecuencia de consumo de marihuana a lo largo de la vida</i>	93
7.3.4	Consumo de marihuana en el último mes	94
7.5	Discusión	95
8.	LESIONES E INTIMIDACIÓN	101
8.1	Introducción	102
8.2	Agresión física y participación en peleas	104
8.3	Lesiones	107
8.4	Intimidación, rechazo y agresión verbal	112
8.5	Uso del cinturón de seguridad	116
8.6	Discusión	118
9.	SALUD BUCAL, VISUAL Y AUDITIVA	125
9.1	Introducción	126
9.2	Percepción e impacto del estado de la salud bucal	127
9.3	Percepción de problemas visuales	129
9.4	Visitas a optometría u oftalmología para revisión de ojos	130
9.5	Problemas auditivos	131
9.6	Visitas al profesional experto para revisión de oídos	133
9.7	Discusión	134
10.	CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	143
10.1	Alimentación y prácticas alimentarias	144
10.2	Actividad física	146
10.3	Sustancias psicoactivas	147
10.4	Lesiones e intimidación	148
10.5	Salud bucal visual y auditiva	150

PRESENTACIÓN

PRESENTACIÓN

Las enfermedades no transmisibles, como el infarto de miocardio, el accidente cerebral vascular, el cáncer, la diabetes y la enfermedad pulmonar obstructiva crónica, causan alrededor del 70 % de las defunciones en el mundo⁴. En Colombia, el 19,3 % y el 6,3 % de las enfermedades isquémicas del corazón se atribuyen al consumo de dietas bajas en vegetales y en frutas. De igual manera, el 26,5 % de los casos de cáncer de hígado y el 19,7 % de las enfermedades hipertensivas son atribuidos al uso de drogas y de alcohol, respectivamente². Estos comportamientos negativos en su gran mayoría se adquieren en la infancia o en la adolescencia. De ahí la importancia de lograr hábitos saludables y estilos de vida para reducir factores de riesgo que afecten la calidad de vida en los diferentes entornos, como son hogar, colegio y trabajo.

En el mundo la comprensión de los factores de riesgo y protectores que concurren en el entorno escolar se han venido captando a través de la información arrojada por las encuestas poblacionales. Es así que, durante el año 2001, la Organización Mundial de la Salud y los Centros para el Control de Enfermedades, empezaron a desarrollar la Encuesta Mundial de Salud a Escolares, como instrumento para obtener datos sobre la salud de los jóvenes y el comportamiento de los factores de protección en relación con las causas principales de la morbilidad y mortalidad entre los escolares de 13 a 17 años⁴.

Colombia inició este proceso con la Encuesta Nacional de Salud Escolar (ENSE), la cual mide el comportamiento de los factores relacionados con la salud de los adolescentes que cursan educación básica secundaria y media. La encuesta recabó información acerca de los comportamientos alimentarios, actividad física, consumo de alcohol y drogas, lesiones e intimidación y salud bucal, visual y auditiva en personas de 13 a 17 años. Por lo anterior, se configura en una herramienta indispensable para el seguimiento del estado de salud y sus determinantes relacionados estrechamente con las enfermedades crónicas no transmisibles.

El consumo de al menos tres porciones de lácteos por día en tan solo 23,5 % de los jóvenes y adolescentes, la disminución de frecuencia de consumo de frutas y verduras en la región Central comparada con las otras regiones, el mayor consumo de bebidas azucaradas en escolares del área urbana y en la región Atlántica, son algunos de los resultados relevantes que aporta la encuesta sobre los comportamientos alimentarios.

Con respecto a las recomendaciones de actividad física, 15,2 % practican durante 60 minutos o más todos los días alguna actividad física moderada o vigorosa apropiada para el desarrollo, es decir, cumplen con las recomendaciones. Este comportamiento se reduce aún más en niñas, en la zona rural y en Medellín. Ahora bien, tres de cada cinco escolares dedicó al menos un día a la semana para viajar entre el hogar y el colegio caminando, en bicicleta o en otros medios de transporte no motorizados.

Este trabajo presenta además una caracterización del consumo de sustancias psicoactivas en escolares, exhibiendo que 68 menores de cada 100 escolarizados han consumido alcohol alguna vez en la vida, siendo Medellín la ciudad principal con mayores prevalencias en el país. Revela además que dos de cada cinco

menores tuvieron el primer consumo de alcohol antes de cumplir los 14 años de edad, especialmente en el área urbana, en los hombres y en Medellín.

El consumo de alcohol seis días o más en el último mes en personas de 13 a 17 años, obedece a comportamientos que preocupan a los padres, cuidadores y en general a la sociedad. No obstante, en Colombia este consumo alcanzó el 8,5 %, con mayores prevalencias en la región Central, en los hombres y en el área urbana.

Los resultados arrojados en este estudio exigen el reforzamiento de las acciones de promoción de la salud en el entorno escolar por parte de la institucionalidad, los padres de familia, los cuidadores y la comunidad en general. Estas acciones tienen como finalidad crear entornos propicios e impulsar estilos de vida saludables, fortaleciendo los factores protectores, de tal manera que los escolares cuenten con condiciones óptimas para el desarrollo emocional, intelectual, físico y social¹⁻². Al mismo tiempo, permitir el desarrollo de habilidades personales y sociales que creen valores positivos hacia la salud, desde la capacidad de la toma de decisiones hasta la participación y la igualdad, acorde con el desarrollo del escolar¹.

Referencias

1. García, I. Promoción de la salud en el medio escolar. *Revista Española de Salud Pública*. 1998 jul; 72(4):285-87. doi: 10.1590/S1135-57271998000400001
2. Instituto de Medición y Evaluación de la Salud (IHME). GBD Compare–Viz Hub [Internet]. 2020 [consulta: 23 sep 2018]. Disponible en: <https://vizhub.healthdata.org/gbd-compare>
3. OPS. Enfermedades no transmisibles y sus factores de riesgo [Internet]. 2020 [consulta: 5 sep 2018]. Disponible en: <https://www.who.int/ncds/surveillance/gshs/es>

**ENCUESTA NACIONAL
DE SALUD ESCOLAR COLOMBIA (ENSE)**

2.

INTRODUCCIÓN



Los niños y adolescentes pasan una parte determinante de su vida en la escuela, y es por ello que la población en edad escolar representa un grupo particularmente importante respecto a la promoción de la salud. En particular, se ha llamado la atención sobre el papel que los programas de salud escolar deberían tener en favorecer una alimentación saludable y actividad física para combatir la epidemia de obesidad infantil que, de acuerdo a la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Comisión para acabar con la obesidad infantil, va en aumento en todo el mundo y podría anular muchos de los beneficios sanitarios que han contribuido a la mejora en la esperanza de vida.

Los fundamentos de los comportamientos saludables de la vida adulta se establecen en la edad temprana y la escuela tiene en ellos una gran influencia. Diversas enfermedades crónicas, como las cardiovasculares y varios tipos de cáncer, las consecuencias de las lesiones y el estrés, entre otras condiciones de salud, tienen relación directa con los inadecuados hábitos alimentarios, la baja actividad física, el tabaquismo, la falta de habilidades personales para enfrentarse a situaciones conflictivas o de presión social, el alcoholismo y otros tipos de adicción. Adicionalmente, la salud está estrechamente ligada con el desempeño escolar y la calidad de vida, por lo que salud y educación deben ser parte de un proceso integrado para disminuir inequidades y lograr el bienestar integral de la población.

La Encuesta Mundial de Salud Escolar (EMSE) fue originalmente diseñada por el CDC y la

OMS, y ha sido aplicada en más de 100 países con el propósito de ayudar a establecer prioridades, elaborar programas y abogar por recursos para promover la salud en las escuelas. La EMSE vigila los factores de riesgo y los factores protectores en áreas clave de la salud en jóvenes entre los 13 y 17 años, y es considerada como una encuesta de relativo bajo costo, pues es basada en la escuela y utiliza un cuestionario autoadministrado. Las diferentes encuestas desarrolladas a nivel mundial son además base para la comparación entre países y pueden ayudar a evaluar las políticas y programas de promoción de la salud en escolares y jóvenes.

En el marco del Sistema Nacional de Encuestas y Estudios Poblacionales para la Salud, del MSPS, esta encuesta busca contribuir al seguimiento y evaluación del Plan Decenal de Salud Pública. En ese sentido, esta Encuesta de Salud Escolar sigue los estándares y prácticas para asegurar la calidad, trazabilidad y comparabilidad de los resultados obtenidos. Siendo parte del diseño mundial de estas encuestas, sigue sus lineamientos y el marco conceptual original.

La presente Encuesta Nacional de Salud Escolar de Colombia (ENSE) 2017 es la primera vez que es aplicada en todo el territorio nacional. En particular, la ENSE 2017, en acuerdo con los propósitos de la Encuesta Mundial de Salud Escolar plantea como objetivo: Conocer el comportamiento de los factores relacionados con la salud de los adolescentes que cursan educación básica secundaria y media en Colombia.

Siendo su interés específico la población escolar en las edades entre 13 y 17 años, la ENSE 2017 da información complementaria con otros estudios del Sistema Nacional de Encuestas mencionado anteriormente. En particular, el desarrollo del trabajo campo se hace articulado y de forma paralela con la Encuesta Nacional de Tabaquismo en Jóvenes (ENTJ) que tiene una metodología de campo similar, pero cuyos resultados se presentan de manera independiente.

En el presente libro se describen en primera instancia los aspectos fundamentales del diseño y de los procedimientos del trabajo de campo, luego se resumen la características de la población de la muestra y finalmente se presentan los resultados por capítulos de acuerdo a cinco temas de interés principal en la encuesta: 1) alimentación y prácticas alimentarias; 2) actividad física; 3) consumo de sustancias psicoactivas; 4) lesiones e intimidación, y 5) salud bucal, visual y auditiva.

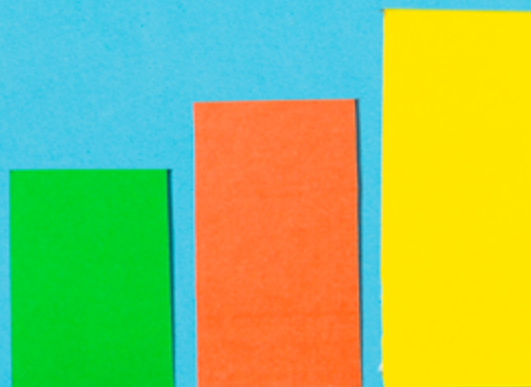
Referencia

1. Organización Mundial de la Salud (OMS). Informe de la Comisión para acabar con la obesidad infantil. Geneva, Switzerland: OMS; 2016. ISBN: 9789243510064

**ENCUESTA NACIONAL
DE SALUD ESCOLAR COLOMBIA (ENSE)**

3.

METODOLOGÍA



3.1 Tipo de estudio

La Encuesta Nacional de Salud Escolar (ENSE) 2017 es un estudio de corte transversal, con un enfoque metodológico cuantitativo representativo de la población de escolares de ambos sexos entre 13 y 17 años en grados de educación básica secundaria y media.

El objetivo de la encuesta fue determinar el comportamiento de los factores relacionados con la salud de los adolescentes que cursan educación básica secundaria y media en Colombia, para esto la ENSE registró información general de los escolares como: sexo, edad, grado y autorreconocimiento étnico, además de preguntas autodilenciadas en aspectos como prácticas alimentarias, actividad física, consumo de alcohol y drogas, lesiones e intimidación, salud bucal, visual y auditiva.

La información relacionada con las características sociodemográficas corresponde a la registrada en la Encuesta Mundial de Salud Escolar (EMSE). Dentro de esta, y reconociendo el carácter multicultural de Colombia se indagó por el autorreconocimiento étnico de cada escolar entre los 13 y 17 años (indígena, gitano/rom, raizal, palequero, negro/mulato/afro, y otro grupo étnico). Sin embargo, la muestra no fue diseñada para obtener generalizaciones por esta variable, aun así, todos los resultados se presentan desagregados para las etnias en las que fue posible obtener un tamaño de muestra suficiente (indígenas y negro/mulato/afro). Los tamaños de muestra para las etnias gitano/rom y raizal fueron muy pequeños y no se presentan desagregados en los análisis, ya que esto podría afectar las estimaciones. De

manera complementaria, se creó una categoría agregada de las etnia negro/mulato/afro y palenquero que en adelante se refiere de manera breve como “etnia negra”, sin detrimento de las diferencias reconocidas y de las particularidades propias de cada uno de los grupos étnicos aquí incluidos.

3.2 Diseño muestral

El diseño y estimación de la muestra se basó en los lineamientos dispuestos por el Sistema Nacional de Estudios y Encuestas Poblacionales en Salud del Ministerio de Salud y Protección Social. Las principales características técnicas del esquema de la muestra empleada fueron:

- Representativa de seis grandes regiones: Atlántica, Oriental, Bogotá, Central, Pacífica y Orinoquía-Amazonía.
- Representatividad de departamentos.
- Representatividad de ciudades capitales y Bogotá.
- Estratificación urbano-rural de la muestra.
- Estratificación por sector (institución oficial y no oficial).

Selección por etapas: municipios, institución y salón de clase.

3.2.1 Tipo de muestra y tamaño

El diseño de la muestra es probabilístico, de conglomerados, estratificada y polietápico (41). Probabilístico debido a que cada estudiante del universo estudiado tuvo una probabilidad de selección conocida y superior a cero; de conglomerados, porque la selección

de estudiantes se dio bajo la agrupación de estos en los diferentes salones de las instituciones educativas; estratificada porque se tuvo en cuenta la distribución por zona (urbano/rural) y sector (oficial/no oficial). Polietápica, porque la selección de estudiantes se realizó en diferentes etapas: la primera, municipios (UPM) con todas las capitales (32) de departamento con inclusión forzosa, los demás 266 municipios con probabilidad proporcional al número de estudiantes matriculados; en la segunda, instituciones educativas (USM), también con probabilidad proporcional al número de estudiantes matriculados; en la tercera, salones (UTM), se realizó la selección aleatoria de los cursos según el tamaño del colegio con igual probabilidad de selección, teniendo en cuenta los grados 7.º a 11.º para ENSE.

Los parámetros para el cálculo del tamaño de muestra fueron:

- Proporción (P): 9,78 %
- Efecto de diseño (Deff): 1,3
- Error estándar relativo (Esrel): 5 %
- Porcentaje de no respuesta: 20 %

Se estimó una muestra de aproximadamente 88.629 escolares en 1.190 instituciones educativas localizadas en 298 municipios.

3.2.2 Marco muestral

El marco muestral que se tuvo en cuenta para la selección de la muestra corresponde al entregado por el Ministerio de Educación del año 2012 con la siguiente información: código de las sedes educativas, nombre de las sedes educativas, nombre del municipio, nombre del departamento, zona (urbana-rural) donde se ubica la

sede, sector (oficial-no oficial) de la sede y total de estudiantes matriculados por sexo y grado en el rango de edad de 13 a 17 años; no obstante, este marco fue actualizado con información de la página del Ministerio de Educación del 2016 (algunas instituciones cerraron y otras eran nuevas) y la información del total de matriculados en la sede educativa; sin embargo, no fue posible obtener las desagregaciones por sexo, edad ni grado que se tenían en 2012.

Un aspecto importante del marco de muestreo utilizado es que solo se tuvieron en cuenta aquellas sedes educativas con 40 matriculados o más, decisión que fue tomada desde la primera fase del estudio desarrollada en 2014, atendiendo las sugerencias del CDC, lo cual reduce el número de municipios en el marco a 1.105.

Una vez seleccionados los municipios y las instituciones, para construir el marco de los salones, se realizó la búsqueda de los salones de séptimo a once y la cantidad de estudiantes matriculados por salón en cada institución a partir de la información reportada por el Ministerio de Educación en la aplicación en línea Buscando Colegio (<http://sineb.mineducacion.gov.co/bcol/app>).

3.3 Prueba piloto

La prueba piloto se realizó en la ciudad de Cali, ciudad donde las instituciones educativas tienen implementado el calendario escolar A y B. Se contactaron por conveniencia y se visitaron tres instituciones educativas con características similares a las seleccionadas en la mues-

tra, una de carácter público y dos privadas, teniendo en cuenta que el ingreso a instituciones privadas podría haber generado mayores limitaciones.

El equipo de investigación realizó la capacitación para el desarrollo de la prueba piloto, para lo cual se tenían como insumos los cuestionarios finales remitidos por el Ministerio de Salud y Protección Social, los documentos de presentación de la encuesta, los formatos e instructivos de los mismos y las hojas de respuesta construidas por el grupo investigador de la Universidad del Valle.

Para este proceso se estableció un esquema de capacitación basado en los siguientes temas:

1. Revisión y ajuste de manuales operativos de supervisor, administrador de encuesta y crítica de Información.
2. Revisión y ajuste de formatos complementarios para el reporte de trabajo de campo.
3. Revisión y ajuste de encuestas enviadas por el Ministerio de Salud y Protección Social.
4. Realización de formato de hoja de respuesta.
5. Distribución de funciones y capacitación de los supervisores, críticos y administradores de encuestas.
6. Definición del plan de trabajo de campo, incluyendo cronograma.
7. Prueba de trabajo de campo.

Dentro de los objetivos de la prueba piloto se planteó identificar los tiempos de respuesta de cada institución (oficial y no oficial), establecer

la cantidad de consentimientos recolectados en cada visita programada por salón, medir los tiempos entre el contacto de instituciones y aplicación de encuestas, medir el tiempo de aplicación, identificar los posibles errores en los instrumentos y en la aplicación, y revisar los términos empleados y claridad de las preguntas.

Para la aplicación de la encuesta, el supervisor y el administrador de la misma visitaron las instituciones de acuerdo con los horarios por estas establecidos. Se recordaba el motivo de visita, se recogían los consentimientos informados solicitados a los padres y se revisaba que estuvieran firmados. Posteriormente se levantaba un censo de estudiantes para identificar las edades, y se informaba la necesidad de obtener la autorización por parte del estudiante de su participación en la encuesta, para lo cual se entregaban los asentimientos informados a los estudiantes que, previamente, tenían debidamente diligenciado el consentimiento y cumplían el criterio de la edad.

Después de la firma de los asentimientos se entregaron los formularios correspondientes para ser diligenciados por el estudiante y se explicaron las instrucciones de diligenciamiento por parte del administrador de la encuesta; se recalcó la importancia del diligenciamiento individual, se explicó que la encuesta era anónima, que la información era confidencial, se informó que no se realizarían reportes individuales ni institucionales y que podrían realizar preguntas en cualquier momento. Una vez diligenciada la encuesta por los estudiantes, estas se depositaron en sobre de manila sellado.

Durante el desarrollo de la prueba, se observó además que la recolección de consentimientos individuales de los padres en cada institución era un proceso poco eficiente y que requería demasiado tiempo por la baja cantidad recolectada en cada visita. En consecuencia, se resolvió junto con el Ministerio de Educación obtener la autorización de aplicación de la encuesta a través de los rectores de cada institución. Se realizaron reuniones con los padres para informar sobre la encuesta, pero la firma del consentimiento se realizó a través de los rectores. Este cambio fue actualizado en el Comité de Ética Humana de la Universidad del Valle, por tanto se llevó a cabo la firma de asentimientos de estudiantes y consentimiento del rector.

3.4 Entrenamiento del personal de campo

Previo a la salida del trabajo de campo, se realizó un proceso de selección del recurso humano siguiendo las especificaciones técnicas acordes a lineamientos del Ministerio de Salud y Protección Social, donde se consideraron como ejes fundamentales para dicho proceso los siguientes aspectos: contenidos de la capacitación, horas efectivas de la capacitación y análisis de las dificultades presentadas durante el ejercicio de aplicación de la encuesta y propuestas de solución.

El Instituto de Prospectiva de la Universidad del Valle en un primer momento del operativo realizó las siguientes actividades: capacitación a supervisores, ajustes a formatos y materiales de trabajo, revisión a la muestra suministrada

por el Ministerio de Salud y Protección Social, confirmación de datos de las instituciones educativas seleccionadas en la muestra, capacitación a administradores de encuesta, ajuste a rutas operativas de campo y logística para aplicación de las encuestas en establecimientos educativos. La capacitación duró cuatro días y estuvo dirigida a supervisores, a cargo de funcionarios del Ministerio de Salud y Protección Social, equipo de la Universidad del Valle y la empresa encargada de la recolección de datos CEGES. En esta se explicaron los siguientes temas: generalidades del estudio, organización administrativa y organigrama de la encuesta, generalidades logísticas, desarrollo del trabajo de campo de la encuesta y aplicativo de captura (digitación de hojas de respuesta) en línea para la conformación de la base de datos de la encuesta.

En un segundo momento de la recolección se realizaron otras actividades como contacto y conformación de los equipos de trabajo, ajustes a formatos y materiales de campo, revisión de la muestra suministrada por el Ministerio de Salud y Protección Social, confirmación de datos de las Instituciones educativas incluidas en la muestra, re-capacitación a supervisores, capacitación y re-capacitación a administradores de encuesta, ajuste a rutas operativas de campo para la posterior aplicación de las encuestas en las instituciones.

3.5 Recolección de la información

El trabajo de campo para la recolección de la información de la ENSE fue llevado a cabo entre los años 2016 y 2017 por el Instituto de Pros-

pectiva de la Universidad del Valle bajo los lineamientos y supervisión del Ministerio de Salud y Protección Social. La recolección de encuestas contó con 153 personas debidamente capacitadas y entrenadas para aplicar las encuestas, las cuales se distribuyeron en 26 equipos. Cada uno de los equipos estuvo conformado por un supervisor y cinco encuestadores. Los supervisores desarrollaron las labores de:

- Asignación diaria a cada uno de los encuestadores de las instituciones educativas y escolares para entrevistar.
- Seguimiento al trabajo de los encuestadores y acompañamiento durante sus recorridos.
- Verificación de todos los aspectos del desarrollo del trabajo de campo con criterios de precisión, veracidad y calidad de la información.
- Elaboración de informes semanales en los formatos aprobados para tal fin sobre el control del recorrido, del avance del trabajo de campo y del desempeño del equipo (crítica en campo) e informes de cobertura, rendimiento y novedades.
- Mantenimiento de una comunicación eficaz y oportuna con el equipo del nivel central de la encuesta.
- A lo largo del trabajo de campo, a medida que se terminaban instituciones, los supervisores enviaban la información consolidada al equipo central de la encuesta.

El equipo central estuvo conformado por la Dirección de la encuesta y la Dirección Logística y Operativa, garantizando el apoyo a los equipos de campo, supervisando el proceso global del trabajo de campo, coordinando los equipos, di-

rigiendo la programación del trabajo de campo en todo el país, recibiendo y consolidando la información que fue levantada en los diferentes equipos de campo.

La organización del trabajo de campo para la aplicación de la encuesta incluyó las siguientes fases:

1. Planeación del proyecto, con énfasis en el trabajo de campo: Esta fase se centró en el establecimiento del cronograma de actividades, contratación del personal operativo, rutas operativas y logísticas en las regiones y la preparación de noticias y mensajes para informar al público en general sobre la realización de la encuesta solicitando el apoyo de los rectores, coordinadores académicos y zonales. Adicionalmente se elaboraron los manuales para estandarización de los procesos, el reconocimiento y asignación de zonas, la organización de la logística, y planificación del tiempo para la aplicación de la encuesta.
2. Capacitación: En esta etapa del proceso se centró en la necesidad de velar por la mejor calidad de los datos recolectados y disminuir la tasa de no participación por parte de los escolares; también sobre la forma de presentarse en las Instituciones Educativas y los cuidados a tener por situaciones de inseguridad en algunas zonas del país. Se les informó a los encuestadores sobre la dotación para cumplir con los objetivos de la encuesta y se les entregó una identificación y distintivo para ser reconocidos fácilmente como miembros de la encuesta.
3. Cartografía: Se actualizaron los mapas y direcciones de las Instituciones Educativas,

con el propósito de identificar fácilmente, en terreno, las sedes a encuestar.

4. Muestreo: Se identificó en el terreno las instituciones educativas, las sedes educativas y finalmente los individuos a quienes se aplicó el cuestionario. Igualmente se enunciaron las alternativas a tener en cuenta cuando no se encontró la sede educativa o cuando ya no existía, o cuando en una edificación existían más de una sede educativa. Este proceso fue oportunamente informado, discutido y acordado con el equipo estadístico del Ministerio de Salud y Protección Social.
5. Documentación de resultados del trabajo de campo: Durante el desarrollo del trabajo de campo se registraron los aspectos relacionados con el cumplimiento de lo programado y las fortalezas y limitaciones previstas, así como las que surgieron al momento de aplicar los diferentes instrumentos técnicos para obtener, analizar y comunicar la información. Al finalizar el trabajo diario de campo y usando los reportes, el supervisor de grupo revisó las encuestas y aquellas que estaban correctamente diligenciadas fueron pasadas al analista que fungió como coordinador de los digitadores; una vez revisadas por el analista, se trasladaban a los digitadores para iniciar el proceso de digitación de los datos contenidos en las encuestas. Los mismos digitadores podrían regresar las encuestas al analista en caso de encontrar alguna inconsistencia o ausencia, para que el analista, a su vez, las remitiera al supervisor de campo correspondiente; se recomendó que el supervisor al realizar estas correcciones informara a los encuestadores para que conocieran las soluciones adoptadas en el resto de sedes o instituciones educativas y resolver los problemas más comunes durante la visita.
6. Digitación de los datos recolectados: Las actividades de captura electrónica y digitación de los datos incluyeron los siguientes procesos:
 - Conformación del equipo de digitación electrónica y asignación de responsabilidades en secuencia para evitar reprocesos.
 - La capacitación del equipo responsable de la digitación y procesamiento incluyó el manejo del directorio de las variables, sus escalas de medición, el reconocimiento de la estructura de la base de datos, actividades de supervisión con el objetivo de reconocer la importancia de la calidad de los datos en todas las etapas del proceso, la depuración y elaboración de reportes de información según plan de análisis.
 - El proceso de captura de los datos se desarrolló en paralelo con la aplicación de la encuesta, con el objetivo de facilitar la devolución oportuna al campo para corrección de información en caso de ser necesario; este se llevó a cabo en un aplicativo web.
 - Se implementaron diferentes mallas de validación en el aplicativo para garantizar la calidad de la información, dentro de estas se encuentra la creación de un código único de encuesta, la vinculación de subregiones a departamentos, municipios e instituciones educativas y restricciones para la selección de respuestas de cada pregunta.

- La depuración y verificación de la calidad de la base de datos se realizó mediante la comparación visual de los registros, la doble entrada y la verificación aleatoria.
- La calidad de los registros ingresados a la base de datos se garantizó mediante la revisión diaria de las encuestas antes de su digitación; la revisión del trabajo de los digitadores, el punteo de los datos a partir de la elaboración diaria de listas de datos digitados para comparar el tipo y rango de datos esperados y la elaboración de las copias diarias de seguridad.

3.5.1 Formatos de control

Se diseñó un formato de registro para el seguimiento y verificación de protocolos en campo, este formato lo diligenció cada supervisor y debía ser entregado a la coordinación de campo una vez terminara la visita. En este se indagaba sobre el levantamiento de información en las instituciones educativas, descripción de los rechazos, novedades o situaciones inesperadas en campo, los logros y las dificultades. También se contó con un formato de reporte de encuestas aplicadas por institución educativa, este contenía los siguientes campos:

- Salón o clase seleccionado.
- Número total de alumnos matriculados en el grado.
- Número total de alumnos que asistieron a clase reportados por el docente o maestro.
- Total de estudiantes que se encontraban en el salón al momento de la encuesta.
- Total de estudiantes que no asistieron a clase el día de la aplicación de la encuesta.
- Número de jóvenes de 13 a 17 años en el salón/clase al momento de la aplicación de la encuesta.
- Número de jóvenes menores de 13 años en el salón/clase al momento de la aplicación de la encuesta.
- Número de jóvenes mayores de 17 años en el salón/clase al momento de la aplicación de la encuesta.
- Número de jóvenes que diligenciaron asentimiento y aceptaron realizar la encuesta.
- Número de jóvenes que NO diligenciaron asentimiento y no aceptaron realizar la encuesta.
- Total de encuestas diligenciadas en salón/clase.
- Observaciones.

3.5.2 Sistemas de recolección

Se desarrolló e implementó un sistema de información web para la digitación, almacenamiento, depuración, visualización geográfica y generación de reporte a través de formularios digitales. El sistema contó con las siguientes funcionalidades:

- Aplicación multiplataforma en este caso una app web responsive para la captura de los datos de la encuesta.
- Alojamiento del sistema en servidores dedicados.
- Consulta de información sobre encuestas, reportes de trabajo de campo y control de seguimiento a encuestadores en tiempo real.
- Distintos niveles de acceso y seguridad para todos los implicados en el proyecto.

El sistema permite crear perfiles dependiendo de la necesidad.

- Visualización del porcentaje de preguntas diligenciado por cada encuesta.
- Ambiente offline donde se permite la digitación de datos sin necesidad de una conexión a internet.
- Generación en tiempo real de reportes estadísticos.
- Exportación de datos de encuestas en archivos planos (TXT-CSV-XLS).
- Visualización del último acceso de cada uno de los encuestadores.

El sistema contó con los siguientes módulos:

- **Módulo de login:** Permitía autenticarse dentro de la aplicación. Existían diferentes niveles de acceso según el perfil (encuestador, líder, coordinador, administrador, administrador solo lectura, gerente, etc.). Las contraseñas son almacenadas usando el algoritmo de encriptación MD5, imposible de descifrar.
- **Módulo estadístico-Encuestas por encuestador:** Permitía visualizar el número de encuestas digitadas por cada encuestador, su estado (iniciada-en proceso-finalizada) y comparar con el resto de encuestadores. Además, tenía la opción de exportar esta información en forma de gráfica en formato PNG, JPG, PDF y SVG.
- **Módulo estadístico-Encuestas por departamento:** Permitía visualizar el número de encuestas digitadas en cada departamento.

- **Módulo estadístico-Encuestas por municipio:** Permitía visualizar el número de encuestas digitadas en cada ciudad.
- **Módulo digitación de encuestas:** Era el módulo principal del sistema donde se realizaba la digitación de las encuestas; contaba con chequeos de seguridad que exigían la digitación completa de datos por cada encuesta.

3.6 Estructura del cuestionario

En Colombia se planeó la realización de la ENSE a partir del enfoque desarrollado por la OMS y CDC (EMSE/Global School-based Student Health Survey, GSHS) e incorporando los aspectos particulares para el país relacionado con las necesidades en este grupo poblacional, con el propósito de profundizar en el conocimiento de los comportamientos de riesgo en la población escolar, su salud visual y auditiva y las acciones de promoción en las escuelas. Y bajo ese contexto poder plantear estrategias acordes para la población con base en los hallazgos encontrados.

La encuesta aplicada a escolares entre 13 y 17 años se basó en un cuestionario estructurado de 63 preguntas organizado en 5 secciones de acuerdo con la Encuesta Mundial de Salud Escolar. A continuación, se presentan los temas de cada sección en el orden en que están en el cuestionario, sin embargo, en el análisis se reorganizó teniendo en cuenta comportamientos relacionados. Se anexa el instrumento aplicado.

- Sección 0. Variables sociodemográficas: preguntas 1 a 5
- Sección 1. Comportamientos alimentarios: preguntas 6 a 17
- Sección 2. Lesiones e intimidación: preguntas 18 a 28
- Sección 3. Consumo de alcohol y drogas: preguntas 29 a 49.
- Sección 4. Salud bucal, visual y auditiva: preguntas 50 a 58.
- Sección 5. Actividad física: preguntas 59 a 63.

3.7 Aseguramiento de la calidad de la información

Para el aseguramiento de la calidad de la información se llevaron a cabo capacitaciones y re-capacitaciones cuando se reportaba la necesidad a través de la supervisión, protocolos estandarizados de recolección, formatos de supervisión y de control de encuestas aplicadas, además del acompañamiento de la Dirección de la encuesta y la Dirección Logística y Operativa, y el equipo del Ministerio de Salud y Protección Social.

Estos procesos exigieron un sistema de información capaz de almacenar las bases de datos de las encuestas recolectadas a nivel nacional, a través de una aplicación web que podía ser utilizada desde cualquier lugar y usando cualquier dispositivo; además de contar con mallas de validación de datos que garantizaron la calidad de la información digitada, los cuales permitían la generación de informes gerenciales que permitieron la toma de decisiones, junto a los formatos de seguimiento y control a todos

los implicados en el proyecto desde los supervisores zonales hasta los administradores de encuestas.

Para este fin se implementaron los algoritmos necesarios para la sistematización de cada uno de los procesos mencionados con anterioridad a través de perfiles con diferentes alcances y controles de acceso para llevar a cabo la realización de las actividades.

Con el objetivo de analizar la calidad de la base de datos a través de los valores reportados por cada una de las variables, se realizó un análisis de frecuencias univariado para establecer su comportamiento, estimando el porcentaje con marcación incorrecta y sin dato. Posteriormente, se realizó un análisis bivariado a través de tablas de contingencia, seleccionando preguntas relacionadas para detectar posibles inconsistencias en las respuestas. Se encontró que los porcentajes sin dato se encontraban entre 0,1 % y 3,8 %, la marcación incorrecta osciló entre 0,1 % y 3,3 %, y las inconsistencias en el análisis bivariado entre 0,07 % y 8 %.

3.8 Análisis de datos

Se realizó análisis descriptivo y cálculo de prevalencias teniendo en cuenta los siguientes aspectos:

- Desagregación: La encuesta está en capacidad de generar estimaciones para las regiones establecidas en el diseño muestral. Las desagregaciones son: regional, urbano-rural, instituciones educativas oficial-no oficial, cuatro ciudades capitales y 32 departamentos.

- **Expansión de cifras y ajuste de información:** De acuerdo con los tamaños de población para escolares desagregados por sexo, ubicación urbano-rural, seis regiones del país, ciudades capitales, departamentos y sector (oficial y no oficial), los factores de expansión fueron calibrados para totalizar en cada caso y con el propósito de ajustar las diferencias de distribución observadas entre la muestra planeada y la muestra finalmente recolectada.
- **Cifras y estimaciones:** Se realizaron estimaciones de proporciones en cada una de las variables teniendo en cuenta el diseño muestral a través de la ponderación del factor de expansión, todas las prevalencias se acompañaron de la medida de incertidumbre como el intervalo de confianza al 95 %. Los coeficientes de variación para las diferentes variables de la encuesta oscilaron entre 0,5 % y 14 %.
- **Desagregaciones y estratificaciones:** El análisis de la encuesta se realizó teniendo en cuenta los diferentes temas que aborda, se clasificaron en capítulos sobre alimentación y prácticas alimentarias; actividad física; consumo de alcohol y drogas; lesiones e intimidación, y salud bucal, visual y auditiva. Por cada capítulo se presenta una tabla general de las principales variables cruzando con las variables definidas como estratificadoras fundamentales en filas (sexo, etnia/raza, región, principales ciudades, zona y tipo de institución). Además, se realizaron otras estratificaciones teniendo en cuenta la revisión bibliográfica y el poder estadístico de la muestra.

**ENCUESTA NACIONAL
DE SALUD ESCOLAR COLOMBIA (ENSE)**

4.

**DESCRIPCIÓN DE LA
POBLACIÓN INCLUIDA EN
LA MUESTRA**



La ENSE incluyó un total de 79.640 estudiantes. En esa muestra, el grupo de edad con mayor frecuencia fue el de 15 a 16 años y la proporción de estudiantes de sexo femenino fue similar a la de estudiantes de sexo masculino. El 22,8 % se identificó con un algún grupo étnico.

La mayor cantidad de población se ubicó en las regiones Atlántica 24,0 % y Central 24,1 %, seguidas de la región Oriental con 19,1 %. A su vez, la mayor proporción de los escolares pertenecía a colegios oficiales (86,4 %). Y la mayor proporción se encontraba cursando los grados séptimo (21,7 %) y décimo (22,2 %). Del total de escolares, uno de cada diez reportó tener un trabajo por el cual le pagan.

Tabla 1. Características de los escolares, Colombia ENSE 2017.

Característica	%	IC 95 %
Sexo		
Masculino	46,5	(45,4-47,7)
Femenino	53,5	(52,3-54,6)
Grado escolar		
Séptimo	21,7	(19,3-24,4)
Octavo	21,4	(19,1-23,9)
Noveno	16,9	(15,2-18,7)
Décimo	22,2	(20,1-24,4)
Once	17,8	(15,7-20,1)
Región		
Atlántica	24,0	(14,9-36,2)
Oriental	19,1	(11,6-29,8)
Bogotá	14,1	(2,2-54,0)
Central	24,1	(14,8-36,6)
Pacífica	15,8	(8,5-27,6)
Orinoquía-Amazonía	2,9	(1,6-5,4)
Zona		
Urbano	83,6	(77,2-88,4)
Rural	16,4	(11,6-22,8)
Sector		
Oficial	86,4	(80,3-90,8)
No oficial	13,6	(9,2-19,7)
Etnia		
Indígena	8,9	(7,0-11,3)
Negro/Mulato/Afro/ Palenquero	13,9	(10,6-18,0)
Sin pertenencia étnica	77,2	(72,2-81,6)
Trabajo por el cual se le paga		
Sí	11,8	(11,0-12,6)
No	88,2	(87,4-89,0)

ALIMENTACIÓN Y PRÁCTICAS ALIMENTARIAS

5.1 Introducción

La alimentación es el proceso totalmente voluntario que comprende los hábitos de ingesta de un individuo y que está condicionado por numerosos factores, entre ellos, económicos, sociales, culturales y geográficos (1). No obstante, más allá de esta definición, la alimentación debe ser entendida como parte de un proceso dentro de un sistema alimentario en el que intervienen diferentes componentes de una cadena de producción, distribución y consumo que influyen en la seguridad alimentaria. Esta última a su vez es determinada por la disponibilidad, el acceso, el aprovechamiento biológico y el consumo, convirtiendo al proceso de alimentación en el resultado de una red de condiciones culturales, biológicas, conductuales, económicas y sociales que no se limitan al acto de ingerir los alimentos (2).

Complementariamente, la alimentación cumple funciones adicionales al simple hecho de proveer nutrientes al organismo mediante la ingesta: es un vehículo social que facilita la interacción, fomentando las relaciones humanas y el desarrollo de sociedades estructuradas (3). En este sentido, ninguna época de la vida es considerada como más o menos importante en el proceso de alimentación, aunque la etapa escolar y de la pubertad son aceptadas por la OMS como periodos críticos en la creación de hábitos y conductas nutricionales directamente relacionados con enfermedades asociadas a la alimentación y el estado nutricional en la población adulta.

Durante la etapa escolar se presentan diferentes cambios físicos, psicológicos y sociales que determinan condiciones y conductas relevantes

para el estado de salud. Así mismo, con la llegada de la pubertad se dan cambios de tipo hormonal. Estas transformaciones físicas en general van acompañadas de cambios en requerimientos de energía, macronutrientes, micronutrientes y, por consiguiente, cambios en el depósito de tejido adiposo, así como de masa muscular. Durante esta etapa la alimentación se ve condicionada por factores internos y externos, entre los que se cuentan con especial importancia la relación con los pares, los medios de información, los hábitos alimentarios aprendidos en su contexto familiar, así como el desarrollo de sus propios gustos y preferencias (4-5).

Estos factores externos antes mencionados constituyen el pilar de lo que se denomina la “seguridad alimentaria y nutricional” o SAN por sus siglas en español. La alimentación como derecho del ciudadano está enmarcado en los artículos 44, 64, 65 y 66 de la Constitución Política de 1991, y se consolida en el documento de Consejo Nacional de Política Económica Social 113 del 2008 o CONPES Social 113, donde se instituye la línea de acción de la seguridad alimentaria, así como sus componentes primarios. Este documento sienta las bases para la construcción de lo que se denominaría el Plan Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional (PNSAN) 2012-2019 (6), en donde se establecen las directrices técnicas para el diseño e implementación de políticas de seguridad alimentaria en la República de Colombia. En este sentido, en Colombia se determinó que la seguridad alimentaria y nutricional está compuesta por cinco ejes fundamentales: disponibilidad, acceso, consumo, aprovechamiento biológico e inocuidad (7).

5.2 Acceso y disponibilidad de alimentos

La disponibilidad y el acceso a los alimentos son dos de los ejes de la seguridad alimentaria definida por el CONPES 113 que tienen especial importancia en el desarrollo humano y social. La inseguridad alimentaria en el hogar puede tener manifestaciones como el hambre, la depleción de los depósitos corporales, la ocurrencia de enfermedad o el bajo rendimiento laboral o escolar. Esta encuesta no midió la inseguridad alimentaria, pero incluyó una pregunta sobre la percepción de hambre por insuficiencia de comida en el hogar en los últimos 30 días, que es una de las variables estandarizadas para la evaluación de los ejes antes mencionados.

El 78,3 % (IC 95 %: 77,0-79,6) de los escolares refirieron según su percepción que “nunca” tuvieron hambre por insuficiencia de alimentos en el hogar durante los últimos 30 días. Por otra parte, el 14,2 % (IC 95 %: 13,3-15,2) indicó que “rara vez” se presentó esta condición en sus hogares. Los escolares hombres (0,8 %;

IC 95 % 0,6-1,1) contestaron con el doble de frecuencia la pregunta “Durante los últimos 30 días ¿con qué frecuencia se quedó con hambre porque no había suficiente comida en su hogar?”, en comparación con lo contestado por las escolares mujeres (0,4 % IC 95 %: 0,3-0,6), y la región donde se reportó mayor frecuencia en los últimos 30 días fue la Atlántica (1,1 % IC 95 %: 0,8-1,4).

En particular, al agrupar las opciones de respuesta “algunas veces”, “casi siempre” y “siempre”, el 16,6 % de los escolares que se reconocen como indígenas han percibido hambre por lo menos “alguna vez” durante los últimos 30 días, lo que es mayor al 9,4 % reportado por los escolares negros y al 6 % de aquellos sin pertenencia étnica. En cuanto a las regiones, se encuentra que en el Atlántico (13 %) se presenta la mayor frecuencia de percepción de hambre entre las categorías de respuesta desde “algunas veces” a “siempre”. Por otra parte, no se evidenciaron diferencias estadísticamente significativas entre sectores oficiales y no oficiales.

Tabla 2. Proporción de escolares que refieren que quedaron con hambre por que no había suficiente comida en su hogar en los últimos 30 días.

Variable	Nunca		Rara vez		Algunas veces		Casi siempre		Siempre	
	%	IC 95 %	%	IC 95 %	%	IC 95 %	%	IC 95 %	%	IC 95 %
Sexo										
Masculino	78,0	76,6-79,4	14,7	13,7-15,7	5,8	5,0-6,7	0,7	0,6-0,9	0,8	0,6-1,1
Femenino	78,7	77,3-80,1	13,8	12,8-14,8	6,4	5,6-7,2	0,8	0,6-0,9	0,4	0,3-0,6
Etnia										
Indígena	67,7	62,8-72,1	15,8	14,1-17,6	13,4	9,8-18,0	1,5	0,9-2,7	1,7	0,9-2,9
Negro/Mulato/Afro/ Palenquero	73,4	71,3-75,4	17,2	15,7-18,8	7,7	6,7-8,9	1,0	0,8-1,3	0,7	0,5-0,9
Sin pertenencia étnica	80,7	79,3-82,0	13,4	12,3-14,5	5,0	4,4-5,6	0,6	0,5-0,7	0,4	0,3-0,6

Cont.

Variable	Nunca		Rara vez		Algunas veces		Casi siempre		Siempre	
	%	IC 95 %	%	IC 95 %	%	IC 95 %	%	IC 95 %	%	IC 95 %
Región										
Atlántica	69,3	66,5-72,0	17,7	16,1-19,5	10,8	9,0-12,8	1,1	0,8-1,6	1,1	0,8-1,4
Oriental	81,7	78,9-84,1	12,5	11,2-14,0	4,5	3,5-5,8	0,6	0,3-1,1	0,7	0,3-1,5
Bogotá	78,1	77,8-78,4	16,2	15,9-16,4	4,5	4,5-4,6	0,9	0,8-0,9	0,3	0,3-0,3
Central	84,0	81,6-86,2	10,9	9,4-12,7	4,2	3,5-5,1	0,4	0,3-0,6	0,4	0,2-0,5
Pacífica	79,7	77,5-81,7	13,9	12,5-15,4	5,2	4,4-6,1	0,8	0,7-1,0	0,5	0,3-0,6
Orinoquía-Amazonía	76,6	73,4-79,6	15,0	13,0-17,2	7,5	6,1-9,1	0,7	0,4-1,1	0,3	0,1-0,7
Principales ciudades										
Cali	77,9	76,2-79,6	15,7	14,6-16,9	5,1	4,8-5,5	0,8	0,7-1,0	0,4	0,4-0,4
Medellín	78,8	77,4-80,2	14,4	13,7-15,2	5,9	4,6-7,3	0,5	0,3-0,9	0,3	0,1-0,8
Barranquilla	70,3	67,0-73,4	19,3	17,6-21,0	8,6	7,5-9,9	1,0	1,0-1,0	0,8	0,6-1,1
Zona										
Urbana	78,1	76,6-79,5	14,6	13,6-15,6	6,0	5,2-6,9	0,8	0,6-0,9	0,6	0,4-0,8
Rural	79,2	76,1-82,0	12,2	11,0-13,4	7,0	5,3-9,2	0,8	0,5-1,4	0,8	0,5-1,2
Sector										
Oficial	77,9	76,4-79,4	14,2	13,3-15,3	6,5	5,7-7,4	0,8	0,6-0,9	0,6	0,4-0,8
No oficial	80,9	78,8-82,8	13,9	12,7-15,2	3,9	3,4-4,6	0,7	0,4-1,2	0,6	0,3-1,1
Total	78,3	77,0-79,6	14,2	13,3-15,2	6,1	5,4-7,0	0,8	0,6-0,9	0,6	0,5-0,8

5.3 Consumo de frutas y verduras

El consumo de frutas y verduras en Colombia es uno de los temas que presenta mayor relevancia en las políticas de consumo de alimentos. Diferentes documentos han establecido la necesidad de fomentar su consumo en la población con el fin de disminuir el riesgo de enfermedades crónicas no transmisibles, así como para garantizar el adecuado acceso, consumo y biodisponibilidad de los alimentos en el marco de la Política Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional (6-7).

El documento *Perfil nacional de consumo de frutas y verduras* del Ministerio de Salud y Protección Social en convenio con la FAO, esta-

blece la necesidad de mejorar el consumo de frutas y verduras en toda la población con énfasis en grupos de edad como los preescolares y escolares (8).

Este indicador se construyó al integrar las preguntas sobre frutas y verduras con el fin de permitir la comparación de datos conjuntos con otras encuestas de orden nacional e internacional. Específicamente, está establecido que el consumo de frutas y verduras es determinante para el mantenimiento del estado de salud de los seres humanos, lo que cobra valor especial durante la época escolar, en donde el proceso de maduración, crecimiento y desarrollo se ve más beneficiado del aporte de fibra,

antioxidantes y carbohidratos de las frutas, así como del agua, minerales y vitaminas de las verduras. La recomendación de frecuencia de consumo de frutas y verduras de la Organización Mundial de la Salud y las Guías Alimentarias Basadas en Alimentos (GABA) para la población colombiana mayor de 2 años es de cinco porciones al día (9).

En general el 86,9 % (IC 95 %: 86,2-87,6) de los escolares no cumplen con el requerimiento de frecuencia de consumo de frutas y verduras recomendado por la OMS, así como por las GABA. La población indígena, en particular, presenta la más baja frecuencia de consumo, con un incumplimiento del 87,9 % de los escolares (IC 95 %: 85,9-89,6).

La región con mayor grado de cumplimiento en cuanto a las recomendaciones de frecuencia de consumo de frutas y verduras es la

Orinoquía-Amazonía (15 %; IC 95 %: 13,0-17,1), en comparación con la región Central (11,9 %), con la menor tasa. Por otra parte, para las regiones Atlántica y Pacífica el cumplimiento promedio de las recomendaciones es del 13,7 % (IC 95 %: 13,1-14,8).

De las ciudades estudiadas, la ciudad con mayor prevalencia en el consumo frecuente de frutas y verduras es Cali (14,0 %; IC 95 %: 13,5-14,4), mientras que la ciudad con menos prevalencia en el consumo frecuente es Medellín (8,8 %; IC 95 %: 8,0-9,7). El área rural reportó un 15,4 % (IC 95 %: 13,9-17,0) de frecuencia de consumo adecuado a las recomendaciones, mayor a la zona urbana (12,6 %; IC 95 %: 11,9-13,4). Hubo mayor prevalencia del consumo frecuente de frutas y verduras en los escolares del sector oficial (13,3 %; IC 95 %: 12,5-14,1), en comparación con el sector no oficial (11,9 %; IC 95 %: 10,7-13,2).

Tabla 3. Prevalencia de consumo de frutas y verduras en el día.

Variable	Consumo de fruta al menos 3 veces por día				Consumo de verdura al menos 3 veces por día				Consumo de frutas y verduras al menos 5 veces por día			
	No		Sí		No		Sí		No		Sí	
	%	IC 95 %	%	IC 95 %	%	IC 95 %	%	IC 95 %	%	IC 95 %	%	IC 95 %
Sexo												
Masculino	81,0	79,9-82,0	19,0	18,0-20,1	79,6	78,2-81,0	20,4	19,0-21,8	86,3	85,4-87,1	13,7	12,9-14,6
Femenino	82,5	81,4-83,6	17,5	16,4-18,6	80,9	79,3-82,4	19,1	17,6-20,7	87,5	86,7-88,2	12,5	11,8-13,3
Etnia												
Indígena	81,9	79,5-84,1	18,1	15,9-20,5	79,4	77,4-81,3	20,6	18,7-22,6	87,9	85,9-89,6	12,1	10,4-14,1
Negro/Mulato/ Afro/Palenquero	80,9	79,2-82,5	19,1	17,5-20,8	78,4	77,0-79,8	21,6	20,2-23,0	86,4	85,2-87,6	13,6	12,4-14,8
Sin pertenencia étnica	82,0	80,9-83,0	18,0	17,0-19,1	80,7	79,1-82,2	19,3	17,8-20,9	87,0	86,2-87,7	13,0	12,3-13,8

Cont.

Variable	Consumo de fruta al menos 3 veces por día				Consumo de verdura al menos 3 veces por día				Consumo de frutas y verduras al menos 5 veces por día			
	No		Sí		No		Sí		No		Sí	
	%	IC 95 %	%	IC 95 %	%	IC 95 %	%	IC 95 %	%	IC 95 %	%	IC 95 %
Región												
Atlántica	81,4	79,5-83,0	18,6	17,0-20,5	77,5	76,3-78,6	22,5	21,4-23,7	86,5	85,0-87,9	13,5	12,1-15,0
Oriental	81,0	78,1-83,7	19,1	16,3-21,9	83,6	81,2-85,8	16,4	14,2-18,8	86,7	84,4-88,8	13,3	11,2-15,6
Bogotá	81,6	81,6-81,6	18,4	18,4-18,4	84,7	84,6-84,8	15,3	15,2-15,4	87,1	87,0-87,1	12,9	12,9-13,0
Central	84,2	82,1-86,2	15,8	13,8-17,9	78,6	76,9-80,3	21,4	19,7-23,1	88,1	86,6-89,6	11,9	10,4-13,4
Pacífica	80,6	79,5-81,7	19,4	18,3-20,5	79,3	78,1-80,5	20,7	19,5-21,9	86,1	85,2-86,9	13,9	13,1-14,8
Orinoquía-Amazonía	77,6	74,6-80,4	22,4	19,6-25,4	78,9	77,5-80,2	21,1	19,8-22,5	85,0	82,9-87,0	15,0	13,0-17,1
Principales ciudades												
Cali	80,9	80,0-81,8	19,1	18,2-20,0	79,7	79,4-79,9	20,3	20,1-20,6	86,0	85,6-86,5	14,0	13,5-14,4
Medellín	88,5	88,0-89,1	11,5	10,9-12,0	81,9	80,1-83,5	18,1	16,5-19,9	91,2	90,3-92,0	8,8	8,0-9,7
Barranquilla	84,9	84,5-85,2	15,1	14,8-15,5	77,2	76,7-77,7	22,8	22,3-23,3	88,5	88,3-88,6	11,5	11,4-11,7
Zona												
Urbana	82,4	81,3-83,4	17,6	16,6-18,7	80,5	78,9-82,1	19,5	17,9-21,1	87,4	86,6-88,1	12,6	11,9-13,4
Rural	78,8	76,8-80,7	21,2	19,3-23,2	79,0	77,1-80,8	21,0	19,2-22,9	84,6	83,0-86,1	15,4	13,9-17,0
Sector												
Oficial	81,6	80,5-82,6	18,4	17,4-19,5	79,6	78,2-80,9	20,4	19,1-21,8	86,7	85,9-87,5	13,3	12,5-14,1
No oficial	83,0	81,1-84,7	17,0	15,3-18,9	84,8	83,5-86,0	15,2	14,0-16,5	88,1	86,8-89,3	11,9	10,7-13,2
Total	81,8	80,8-82,7	18,2	17,3-19,2	80,3	78,8-81,7	19,7	18,3-21,2	86,9	86,2-87,6	13,1	12,4-13,8

Consumo de frutas

La prevalencia de consumo de frutas de 3 veces o más por día fue solo del 18,2 % (IC 95 %: 17,3-19,2). En particular, se evidencia aún más bajo porcentaje de frecuencia en el consumo de frutas en las mujeres, en la región Central, en Medellín, en las zonas urbanas y en las escuelas del sector no oficial.

Los escolares hombres (19,0 %; IC 95 %: 18,0-20,1) presentan una prevalencia del consumo frecuente de frutas mayor que las mujeres (17,5 %; IC 95 %: 16,4-18,6). Por otra parte,

no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre las etnias en las que se autorreconocieron los escolares .

Por regiones, los escolares de la Orinoquía son los que presentaron la mayor prevalencia en el consumo frecuente de frutas por día (22,4 %; IC 95 %: 19,6-25,4), mientras que los de la región Central tuvieron la menor prevalencia de consumo (15,8 %; IC 95 %: 13,8-17,9)

Por ciudades, Cali presenta la mayor prevalencia en el consumo de frutas, con un 19,1 %

(IC 95 %: 18,2-20,2), mientras que Medellín es la ciudad con menor consumo, con un 11,5 % (IC 95 %: 10,9-12,0) de adecuación a la recomendación. Hubo además mayor adecuación a la frecuencia de consumo de frutas en las escuelas del sector oficial (18,4 %; IC 95 %: 17,4-19,5).

Consumo de verduras

Las verduras son para la Organización Mundial de la Salud uno de los pilares principales de la educación alimentaria en el mundo, no solo por su relación comprobada con la disminución del riesgo cardiovascular, el sobrepeso y las enfermedades crónicas no transmisibles, sino por su relación con el cambio climático, el desarrollo rural y la cultura alimentaria autóctona (8).

Entre todos los escolares la frecuencia de consumo de verduras según la recomendación de la OMS fue del 19,7 % (IC 95 %: 18,3-21,2). En particular, los escolares del género femenino, sin pertenencia étnica, de la ciudad de Bogotá y de las escuelas del sector no oficial, fueron quienes tuvieron una menor prevalencia en la frecuencia de consumo de verduras de acuerdo con la recomendación internacional.

Los escolares de Medellín presentaron la menor prevalencia de frecuencia de consumo de verduras en comparación con las otras ciudades (18,1 %; IC 95 %: 16,5-19,9). Adicionalmente, los escolares de la región Atlántica (22,5 %; IC 95 %: 21,4-23,7) reportaron un consumo superior a los de Bogotá (15,3 %; IC 95 %: 15,2-15,4) y al de los niños de la región Oriental (16,4 %; IC 95 %: 14,2-18,8). Los escolares

de la zona urbana (19,0 %; IC 95 %: 17,9-21,1) presentaron menor prevalencia en el consumo de verduras en comparación con los del área rural (21,0 %; IC 95 %: 19,2-22,9), pero estas diferencias no fueron significantes. Hubo además menor prevalencia de consumo en el sector no oficial (20,4 %; IC 95 %: 19,1-21,8) comparado con el oficial.

5.4 Consumo de lácteos

Se evidencia que el 76,5 % (IC 95 %: 74,9-77,9) de los escolares no consumen lácteos con la frecuencia recomendada por las Guías Alimentarias Basadas en Alimentos (GABA) para la población colombiana mayor de 2 años, estimada en mínimo tres porciones al día en este rango de edad.

Con respecto a lo encontrado por etnia, la población escolar indígena es la que tiene menor prevalencia de frecuencia de consumo de lácteos en comparación con las otras etnias (18,3 %; IC 95 %: 15,9-20,9). La región con mayor prevalencia de consumo de lácteos es Bogotá (27,7 %; IC 95 %: 27,5-27,9) y la de menor prevalencia es la Orinoquía (17,1 %; IC 95 %: 14,7-19,9). Con respecto a las ciudades, Medellín (31,5 %; IC 95 %: 27,6-35,7) presenta la mayor prevalencia de frecuencia de consumo de lácteos de acuerdo con la recomendación de la OMS. Las zonas urbanas (24,3 %) consumen con mayor frecuencia lácteos por día que las zonas rurales (19,5 %), y las instituciones del sector no oficial (28,9 %; IC 95 %: 26,5-31,5) tienen mayor prevalencia en frecuencia de consumo de lácteos que las del oficial (22,7 %).

Tabla 4. Prevalencia de escolares que refieren consumir al menos 3 porciones de lácteos o derivados por día.

Variable	No		Sí	
	%	IC 95 %	%	IC 95 %
Sexo				
Masculino	76,0	73,8-78,0	24,0	22,0-26,2
Femenino	76,8	75,6-78,0	23,2	22,0-24,4
Etnia				
Indígena	81,7	79,1-84,1	18,3	15,9-20,9
Negro/Mulato/ Afro/Palenquero	77,1	75,5-78,6	22,9	21,4-24,5
Sin pertenencia étnica	75,7	74,3-77,1	24,3	22,9-25,7
Región				
Atlántica	78,0	76,4-79,5	22,0	20,5-23,6
Oriental	76,7	74,5-78,8	23,3	21,2-25,5
Bogotá	72,3	72,1-72,5	27,7	27,5-27,9
Central	74,5	72,0-76,8	25,5	23,2-28,0
Pacífica	79,3	77,7-80,8	20,7	19,2-22,3
Orinoquía- Amazonía	82,9	80,1-85,3	17,1	14,7-19,9
Principales municipios				
Cali	77,6	77,2-77,9	22,4	22,1-22,8
Medellín	68,5	64,3-72,4	31,5	27,6-35,7
Barranquilla	76,7	76,2-77,3	23,3	22,7-23,8
Zona				
Urbana	75,7	74,1-77,2	24,3	22,8-25,9
Rural	80,5	79,0-81,9	19,5	18,1-21,0
Sector				
Oficial	77,3	75,9-78,6	22,7	21,4-24,1
No oficial	71,1	68,5-73,5	28,9	26,5-31,5
Total	76,5	74,9-77,9	23,5	22,1-25,1

5.5 Consumo y adición de sal

La Estrategia nacional para la reducción del consumo de sal/sodio en Colombia 2012-2021 está orientada a controlar y mitigar el impacto del consumo alto de sodio y sal en los alimentos debido a su relación directa con la presencia de enfermedades crónicas como la hipertensión arterial y los accidentes cerebrovasculares.

Alrededor del año 2013, según cifras de la OMS, mil millones de personas en el mundo sufrían de hipertensión arterial (10), siendo una de las principales causas de mortalidad por accidentes vasculares. Por su parte, en Colombia se estima, según el informe de cuentas de alto costo del Ministerio de Salud, que para el año 2017 se presentaron 3.776.893 personas con hipertensión arterial (11). En referencia a los datos reportados se encuentra que la tendencia al consumo de sal añadida es alta en escolares. El 43 % de los escolares añaden sal a sus comidas en la mesa, y esto lo hacen entre una y hasta más de cinco veces al día.

Por región, se encontró que el 48,6 % de los escolares bogotanos consultados añaden sal en la mesa a sus comidas por lo menos una vez al día, constituyéndose en el grupo de mayor prevalencia por regiones; seguido por la región Oriental con un 46,0 % de prevalencia; mientras que la región de Colombia con menor tendencia a adicionar sal fue la Atlántica (37,4 %). Adicionalmente, se encontró que los escolares hombres añaden sal con más frecuencia (45,3 %) que las mujeres (41,4 %).

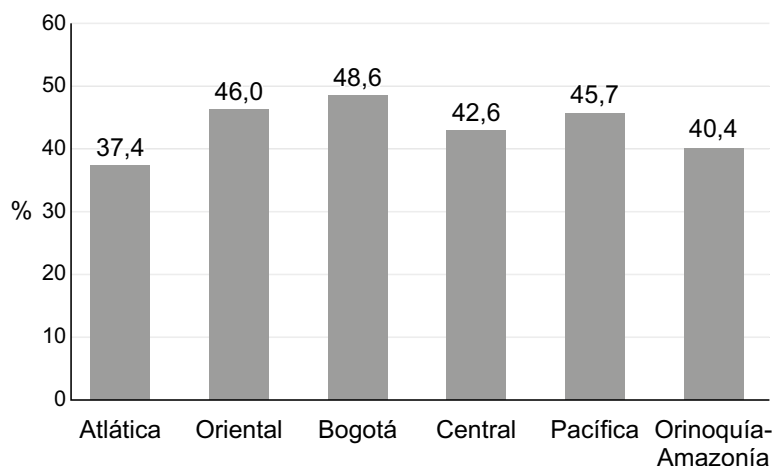


Figura 1. Porcentaje de escolares que adicionan sal a los alimentos en la mesa por lo menos una vez al día.

5.6 Consumo de bebidas azucaradas incluyendo gaseosas, refrescos y jugos de caja

El consumo de bebidas azucaradas ha sido identificado de manera directa por diferentes organizaciones de la salud como uno de los factores desencadenantes de enfermedades crónicas no transmisibles como la diabetes y la obesidad (12). En Colombia el consumo de bebidas azucaradas está determinado por diferentes políticas públicas que buscan el consumo prudente y la divulgación de los efectos que estas pueden tener sobre la salud. Específicamente, el Estado colombiano ha determinado acciones en este aspecto dentro del Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021 (13), así como en el documento técnico “Azúcares adicionados” del MSPS (14), y en la Estrategia de salud pública propuesta por la cuenta de alto costo en el marco de la cobertura sanitaria universal (11).

En la ENSE se indagó de manera general por el consumo habitual en los últimos siete días

de bebidas azucaradas, que incluyen productos como refrescos en caja, comerciales líquidos, en polvo, néctar o bebidas rehidratantes y energizantes, y de manera particular se indagó por el consumo de gaseosas o bebidas carbonatadas.

Una mayor prevalencia de consumo frecuente de bebidas azucaradas se observó en escolares de la zona urbana, de los colegios del sector oficial, de la región Atlántica, en los escolares de etnia negra y de género masculino.

Los escolares hombres consumen con mayor frecuencia bebidas azucaradas (75,4 %; IC 95 %: 73,9-77,0) en comparación con las mujeres (72,7 %). Con respecto a lo reportado por región, la región Pacífica (68,6 %; IC 95 %: 64,9-72,2) tiene la menor prevalencia en el consumo frecuente de este tipo de bebidas, comparado con el total nacional (74,0 %; IC 95 %: 72,9-75,0) y con la región Atlántica (76,4 %; IC 95 %: 74,9-77,8).

Finalmente, los escolares del sector no oficial (77,3 %; IC 95 %: 75,6-78,9) reportan una mayor frecuencia de consumo de bebidas azucaradas, en comparación con los escolares del sector oficial (73,5; IC 95 %: 72,3-74,6).

Consumo de gaseosas

Con respecto al consumo específico de gaseosas, el 63,6 % (IC 95 %: 61,1-66,0) de los esco-

lares las consumen por lo menos una vez al día. En particular, los escolares de la región Atlántica son los que mayor frecuencia de consumo reportan, con un 71,2 % (IC 95 %: 68,9-73,4), esto es, por lo menos una vez al día en la última semana. También el sector oficial (64,6 %; IC 95 %: 63,0-66,2) presenta mayor prevalencia en el consumo frecuente de gaseosas comparado con el sector no oficial (57,0 % IC 95 % 48,8-64,8).

Tabla 5. Prevalencia de escolares que refieren consumir al menos una vez al día gaseosas y bebidas azucaradas, en los últimos 30 y 7 días respectivamente.

Variable	Específicamente consumo de gaseosas (últimos 30 días)				Consumo de bebidas azucaradas como jugos de caja y productos en polvo (últimos 7 días)			
	1 o más veces al día		Ninguna		1 o más veces al día		Ninguna	
	%	IC 95 %	%	IC 95 %	%	IC 95 %	%	IC 95 %
Sexo								
Masculino	63,6	61,8-65,5	36,4	34,5-38,2	75,4	73,9-77,0	24,6	23,0-26,1
Femenino	63,7	60,5-66,7	36,3	33,3-39,5	72,7	71,8-73,7	27,3	26,3-28,2
Etnia								
Indígena	60,2	56,5-63,8	39,8	36,2-43,5	72,8	69,5-75,8	27,2	24,2-30,5
Negro/Mulato/Afro/Palenuero	69,6	67,0-72,0	30,4	28,0-33,0	76,4	74,7-78,1	23,6	21,9-25,3
Sin pertenencia étnica	62,9	60,2-65,6	37,1	34,4-39,8	73,8	72,6-74,9	26,2	25,1-27,4
Región								
Atlántica	71,2	68,9-73,4	28,8	26,6-31,1	76,4	74,9-77,8	23,6	22,2-25,1
Oriental	65,1	62,8-67,3	34,9	32,7-37,2	73,1	71,5-74,7	26,9	25,3-28,5
Bogotá	56,4	56,2-56,5	43,6	43,5-43,8	76,5	76,5-76,5	23,5	23,5-23,5
Central	62,5	60,6-64,4	37,5	35,6-39,4	74,1	72,4-75,8	25,9	24,2-27,6
Pacífica	57,7	53,6-61,6	42,3	38,4-46,4	68,6	64,9-72,2	31,4	27,8-35,1
Orinoquía-Amazonía	67,1	62,8-71,1	32,9	28,9-37,2	75,9	72,6-79,0	24,1	21,0-27,4
Principales ciudades								
Cali	60,8	60,2-61,4	39,2	38,6-39,8	74,3	73,3-75,2	25,7	24,8-26,7
Medellín	64,5	61,6-67,4	35,5	32,6-38,4	76,9	75,1-78,6	23,1	21,4-24,9
Barranquilla	71,1	70,4-71,8	28,9	28,2-29,6	75,7	74,0-77,2	24,3	22,8-26,0

Cont.

Variable	Específicamente consumo de gaseosas (últimos 30 días)				Consumo de bebidas azucaradas como jugos de caja y productos en polvo (últimos 7 días)			
	1 o más veces al día		Ninguna		1 o más veces al día		Ninguna	
	%	IC 95 %	%	IC 95 %	%	IC 95 %	%	IC 95 %
Zona								
Urbana	64,0	61,0-67,0	36,0	33,0-39,0	74,5	73,4-75,6	25,5	24,4-26,6
Rural	61,3	58,8-63,7	38,7	36,3-41,2	71,3	69,7-72,9	28,7	27,1-30,3
Sector								
Oficial	64,6	63,0-66,2	35,4	33,8-37,0	73,5	72,3-74,6	26,5	25,4-27,7
No oficial	57	48,8-64,8	43	35,2-51,2	77,3	75,6-78,9	22,7	21,1-24,4
Total	63,6	61,1-66,0	36,4	34,0-38,9	74,0	72,9-75,0	26,0	25,0-27,1

5.7 Consumo de alimentos identificados por los escolares como comida rápida, empaquetados y fritos

De la misma manera en que es importante evaluar la frecuencia de consumo de alimentos con alto contenido de azúcar; el contenido de grasas saturadas, procesados, conservantes y alimentos densamente calóricos también es de interés en la salud pública, por su relación directa con el aumento del riesgo cardiovascular, la malnutrición por exceso, la diabetes y el cáncer. Se entiende por “comidas rápidas” todas aquellas preparaciones como las hamburguesas, perros calientes, pizzas, entre otras, que como parte de la cultura popular se consumen en establecimientos callejeros o fuera de su lugar de residencia.

Consumo de comidas rápidas

La frecuencia de consumo de alimentos considerados como comidas rápidas por los escolares al menos 1 vez a la semana es mayor en mujeres (15,6 %; IC 95 %: 14,7-16,6) que en hombres (13,9 %). Por ciudades, Medellín

es la ciudad en donde mayor frecuencia de consumo de comidas rápidas por semana (al menos 1 vez por semana) se reporta (20,0 %; IC 95 %: 17,5-22,8), con 6 puntos porcentuales, más alto que la ciudad de Barranquilla (14,2 %; IC 95 %: 13,8-14,6). Adicionalmente, los escolares del sector no oficial (19,3 %; IC 95 %: 16,5-22,5) reportan mayor prevalencia de consumo de comidas rápidas que los del sector oficial (14,1 %; IC 95 %: 13,4-14,9).

El 41,5 % de los escolares reportó no haber consumido alimentos que consideran como comida rápida en los últimos 7 días, mientras que otro 14,8 % (IC 95 %: 14,1-15,6) reportó haberlos consumido tres o más veces por semana.

Los escolares de etnia afrodescendiente reportaron el mayor número de días de consumo de comidas rápidas por semana (15,2 %; IC 95 %: 13,7-16,7), seguidos por las personas sin pertenencia étnica (15,0 %; IC 95 %: 14,2-15,8), los cuales superan en 3,9 puntos porcentuales a la etnia indígena (11,1 %; IC 95 %: 9,2-13,3).

Tabla 6. Prevalencia de escolares que refieren consumir diariamente alimentos fritos, empaquetados y comida rápida en los últimos 7 días.

Variable	Consumo de comidas rápidas				Consumo de fritos				Consumo de productos de bolsa o paquete					
	0 días		1-2 días		3 o más días		Más de una vez al día		1 o menos veces al día		1 o más días		Ninguno	
	%	IC 95 %	%	IC 95 %	%	IC 95 %	%	IC 95 %	%	IC 95 %	%	IC 95 %	%	IC 95 %
Sexo														
Masculino	43,0	40,7-45,3	43,1	41,1-45,2	13,9	13,1-14,7	45,8	44,4-47,2	54,2	52,8-55,6	80,0	78,3-81,6	20,0	18,4-21,7
Femenino	40,3	38,1-42,6	44,1	42,1-46,1	15,6	14,7-16,6	48,7	46,8-50,5	51,3	49,5-53,2	84,4	83,5-85,3	15,6	14,7-16,5
Etnia														
Indígena	52,2	48,5-55,8	36,7	33,6-40,0	11,1	9,2-13,3	43,2	40,4-46,0	56,8	54,0-59,6	76,4	73,0-79,6	23,6	20,4-27,0
Negro/Mulato/Afro/Palenquero	43,6	40,8-46,4	41,2	38,8-43,7	15,2	13,7-16,7	50,7	48,9-52,6	49,3	47,4-51,1	80,8	79,4-82,2	19,2	17,8-20,6
Sin pertenencia étnica	40,1	38,0-42,2	44,9	43,1-46,8	15	14,2-15,8	47,2	45,6-48,8	52,8	51,2-54,4	83,6	82,3-84,7	16,4	15,3-17,7
Región														
Atlántica	47,6	43,9-51,3	39,3	36,2-42,4	13,1	11,8-14,6	45,1	42,7-47,5	54,9	52,5-57,3	79,3	77,2-81,1	20,7	18,9-22,8
Oriental	41,0	39,0-42,9	44,2	42,7-45,8	14,8	13,5-16,1	46,2	43,3-49,1	53,8	50,9-56,7	81,8	79,2-84,1	18,2	15,9-20,8
Bogotá	35,9	35,8-35,9	49,7	49,5-49,9	14,4	14,3-14,6	43,9	43,8-43,9	56,1	56,1-56,2	84,2	84,1-84,4	15,8	15,6-15,9
Central	37,3	33,8-41,0	46,3	44,0-48,6	16,4	14,9-18,1	53,1	51,4-54,8	46,9	45,2-48,6	85,5	84,5-86,4	14,5	13,6-15,5
Pacífica	43,1	38,7-47,6	41,4	38,7-44,1	15,6	13,6-17,7	46,8	45,1-48,4	53,2	51,6-54,9	82,2	80,4-83,8	17,8	16,2-19,6
Orinoquía-Amazonia	47,7	42,1-53,4	38	34,1-42,1	14,3	12,2-16,6	45,7	41,6-49,9	54,3	50,1-58,4	77,4	74,3-80,2	22,6	19,8-25,7
Principales ciudades														
Calli	36,9	34,6-39,2	44,5	43,6-45,5	18,6	17,3-19,9	48,3	47,3-49,3	51,7	50,7-52,7	80,6	80,3-81,0	19,4	19,0-19,7
Medellín	29,9	25,6-34,7	50,1	47,1-53,1	20,0	17,5-22,8	52,0	49,7-54,3	48,0	45,7-50,3	86,4	85,6-87,1	13,6	12,9-14,4
Barranquilla	38,9	38,1-39,7	46,9	46,6-47,3	14,2	13,8-14,6	39,7	39,1-40,4	60,3	59,6-60,9	75,4	73,9-76,9	24,6	23,1-26,1
Zona														
Urbana	39,1	37,3-40,9	45,2	43,4-47,0	15,7	14,9-16,6	47,5	45,7-49,2	52,5	50,8-54,3	82,7	81,5-83,9	17,3	16,1-18,5
Rural	53,8	50,7-56,8	35,9	33,5-38,4	10,3	9,1-11,6	46,8	44,7-49,0	53,2	51,0-55,3	80,6	78,9-82,2	19,4	17,8-21,1
Sector														
Oficial	43,4	41,2-45,5	42,5	40,8-44,3	14,1	13,4-14,9	48,4	47,2-49,7	51,6	50,3-52,8	82,2	81,1-83,2	17,8	16,8-18,9
No oficial	29,8	27,3-32,4	50,9	49,5-52,3	19,3	16,5-22,5	40,4	38,1-42,7	59,6	57,3-61,9	83,5	82,2-84,8	16,5	15,2-17,8
Total	41,5	39,3-43,7	43,7	41,7-45,6	14,8	14,1-15,6	47,3	45,9-48,8	52,6	51,2-54,1	82,4	81,2-83,4	17,6	16,6-18,7

Consumo de alimentos fritos

Respecto al consumo de fritos, se encuentra que el 47,3 % (IC 95 %: 45,9-48,8) de los escolares consume más de un alimento frito por día. Los escolares hombres (54,2 %; IC 95 %: 52,8-55,6) presentan una mayor prevalencia de consumo de estos alimentos por día comparado con las mujeres (51,3 %). Por otro lado, los escolares que se reconocen en la etnia negra tienen mayor prevalencia de consumo de fritos por día (50,7 %; IC 95 %: 48,9-52,6) que aquellos sin pertenencia étnica (47,2 %; IC 95 %: 45,6-48,8), y que los indígenas (43,2 %; IC 95 %: 40,4-46,0).

De las ciudades estudiadas, la que presenta mayor porcentaje de consumo de fritos al día es Medellín (52,0 %; IC 95 %: 49,7-54,3), superando por más de 12 puntos porcentuales a Barranquilla (39,7 %; IC 95 %: 39,1-40,4), que se reporta como la ciudad con menor porcentaje de consumo de fritos por día en los escolares.

No hubo diferencias estadísticamente significativas en la prevalencia de consumo de fritos entre la zona urbana (47,5 %; IC 95 %: 45,7-49,2) y la rural (46,8 % 44,7-49,0). Por otra parte, se evidenció que entre los escolares de la región Central (53,1 %; IC 95 %: 51,4-54,8) hay una mayor prevalencia de consumo de fritos por semana, en comparación con Bogotá (43,9 %; IC 95 %: 43,8-43,9), que presentó la prevalencia de consumo más bajo.

Por último, se encuentra que el 48,4 % (IC 95 %: 47,2-49,7) de los escolares del sector oficial consumen más de un alimento frito por día, mientras que el 40,4 % (IC 95 %: 38,1-42,7) del sector no oficial presenta la misma práctica alimentaria.

Consumo de productos en bolsa o paquetes

El 82,4 % (IC 95 %: 81,2-83,4) de los escolares refiere haber consumido productos de bolsa o paquete por lo menos una vez en los últimos 7 días. En lo reportado por etnias, la población sin pertenencia étnica (83,6 %; IC 95 %: 82,3-84,7) presenta la mayor prevalencia de consumo de productos de bolsa o paquete, comparado con los escolares de etnia negra o mulata (80,8 %; IC 95 %: 79,4-82,2) y con la población indígena (76,4 %; IC 95 %: 73,0-79,6), que presenta la menor prevalencia de consumo de 1 o más alimentos de paquete por día.

La mayoría de los escolares en Bogotá (84,2 %; IC 95 %: 84,1-84,4) y la región Central (85,5 %; IC 95 %: 84,5-86,4) refieren consumir productos de bolsa uno o más días a la semana. En la Orinoquía-Amazonía el consumo de productos de bolsa al menos una vez al día es más bajo, pero sigue siendo mayoritario entre los escolares (77,4 %; IC 95 %: 74,3-80,2).

Medellín (86,0 %; IC 95 %: 85,6-87,1) es la ciudad con mayor prevalencia de consumo de estos alimentos comparado con Cali (80,6 %; IC 95 %: 80,3-81,0) y Barranquilla (75,4 %; IC 95 %: 73,9-76,9). Adicionalmente, aunque las prevalencias de consumo de productos de paquete fueron similares, se encontró una diferencia estadísticamente significativa entre la zona urbana (82,7 %; IC 95 %: 81,5-83,9) y la rural (80,6 %; IC 95 %: 78,9-82,2). De acuerdo al tipo de institución, el sector no oficial (83,5 %; IC 95 %: 82,2-84,8) presentó una mayor prevalencia de consumo de productos de paquete que el sector oficial (82,2 %; IC 95 %: 82,2-84,8).

5.8 Discusión

El consumo de alimentos de los escolares aparentemente no se ve afectado de manera mayoritaria por falta de disponibilidad o acceso a los alimentos; se encuentran diferencias significativas entre regiones, entre las zonas urbana y rural en la situación alimentaria de grupos de población que históricamente han tenido mayor riesgo de inseguridad alimentaria, como las poblaciones rurales y también las etnias indígenas y afro.

Adicionalmente, el consumo declarado de frutas y verduras es bajo, a pesar de que Colombia es un país productor de estos alimentos y presenta todos los pisos térmicos que favorece la producción de los mismos. Es importante aclarar que aunque en esta encuesta no se midieron porciones ni se aplicaron métodos especializados para establecer el consumo de alimentos como la frecuencia de consumo o el recordatorio de 24 horas, los datos sugieren que solo 1 de cada 10 escolares (13,1 %; IC 95 %: 12,4-13,8) consume frutas y verduras con la frecuencia de recomendación de 5 al día establecida por la Organización Mundial de la Salud (9).

Las regiones Atlántica y Pacífica presentan la menor prevalencia de consumo de frutas y verduras, no obstante, sus territorios tienen un alto potencial productor de estos alimentos. Esto podría explicarse, al menos en parte, a situaciones de índole diferencial y estructural que no es posible determinar en esta encuesta, como la capacidad económica, la cultura alimentaria y la educación nutricional, entre otras. Cabe resaltar que en comparación con otras regiones del país existen brechas considerables.

Por otra parte, se encontró que las mujeres presentan una menor prevalencia de consumo de frutas y verduras en comparación con los hombres, y que aunque la diferencia es pequeña, junto con otros hallazgos diferenciales por sexo, se constituye en una importante manifestación de las inequidades de género que se expresan en la población de escolares respecto al consumo de una alimentación saludable.

Aunque se podría asumir que puede haber un mayor acceso directo a fuentes de alimentos lácteos y de verduras frescas entre los escolares de las zonas rurales, se observó entre ellos un consumo de frutas, verduras y lácteos tan bajo como en los escolares de la zona urbana. Nuevamente, es necesario considerar las diferencias estructurales económicas y sociales entre el campo y la ciudad, con peores condiciones de vida en las zonas rurales para entender esta situación. La ruptura en los sistemas alimentarios, con reglas de mercado que prevalecen sobre las necesidades de las sociedades, deben también entrar en consideración.

De otra parte, se presenta una muy alta tendencia a consumir de alimentos de paquete, gaseosas y bebidas azucaradas en la población escolar, lo que implica alto riesgo de prevalencia de inadecuadas prácticas de alimentación. En particular, llama la atención que los escolares consumen más alimentos procesados que alimentos frescos como frutas, verduras y lácteos. Por otra parte, la ingesta de comida rápida se presenta mayoritariamente en escolares mujeres y en la zona urbana, lo que conlleva mayores riesgos de obesidad y malnutrición por exceso. Estos datos son consistentes con los

datos de la Encuesta Nacional de la Situación Alimentaria y Nutricional en Colombia (ENSIN) 2010 y con los datos preliminares de esa misma encuesta del año 2015 (15). Cabe resaltar que el consumo de comidas rápidas depende en gran medida de los hábitos y conductas de consumo de alimentos del núcleo familiar del escolar, puesto que el escolar depende económica y socialmente de sus figuras de autoridad para acceder a estos alimentos.

Por otra parte, la adición de sal a los alimentos en la mesa con una prevalencia entre 43 y 50 % de los escolares en los últimos siete días constituye un factor de riesgo para patologías como la hipertensión arterial. Cabe aclarar que esta encuesta tiene limitaciones por no indagar la cantidad de sal añadida a los alimentos.

Referencias

1. Londoño-Londoño J, Gil Garzón A. La formación en alimentación y nutrición: una necesidad de la industria de alimentos, una respuesta de la academia. *Rev. Lasallista Investig [Internet]*. 2012 dic [consulta: 18 abr 2019];9(2):7-8. Disponible en: <https://bit.ly/2U0ft5d>
2. Aguirre P. Alimentación humana: el estudio científico de lo obvio. *Salud Colect.* 2016 dic;12(4):463-72. doi: 10.18294/sc.2016.1266
3. Zafra-Aparici E. Educación alimentaria: salud y cohesión social. *Salud Colectiva.* 2017;13(2): 295-306. doi: 10.18294/sc.2017.1191
4. Cossio Bolaños W, Gómez Campos R, Araya Menacho A, Yáñez Silva A, de Arruda M, Cossio Bolaños MA. Crecimiento físico y estado nutricional de adolescentes escolares. *An Fac Med. [Internet]*. 2014 ene [consulta: 3 nov 2018];75(1):19-23. doi: 10.15381/anales.v75i1.6942
5. Vega-Rodríguez P, Álvarez-Aguirre A, Bañuelos-Barrera Y, Reyes-Rocha B, Hernández Castañón MA. Estilo de vida y estado de nutrición en niños escolares. *Enferm Univ [Internet]*. 2015 dic [consulta: 1 nov 2018];12(4): 182-7. doi: 10.1016/j.reu.2015.08.003
6. Colombia. Departamento Nacional de Planeación. Plan nacional de seguridad alimentaria y nutricional (PNSAN): 2012-2019. Bogotá: DNP; 2013.
7. Colombia. Departamento Nacional de Planeación. Consejo Nacional de Política Económica Social (CONPES). Política Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional (PSAN), Documento CONPES 113. Bogotá: DNP; 2007.
8. Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social. Perfil nutricional de consumo de frutas y verduras. Bogotá; 2013.
9. Jacoby E, Keller I. La promoción del consumo de frutas y verduras en América Latina: buena oportunidad de acción intersectorial por una alimentación saludable. *Rev Chi Nut.* 2006 oct;33(1). doi: 10.4067/S0717-75182006000300003
10. Organización Mundial de la Salud (OMS). Informe sobre la situación mundial de las enfermedades no transmisibles 2010. Ginebra: OMS; 2011.
11. Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social. Boletín de información técnica especializada de la Cuenta de Alto Costo. 2018;4(8). Bogotá.
12. Rivera JÁ, de Cossío TG, Pedraza LS, Aburto TC, Sánchez TG, Martorell R. Childhood and adolescent overweight and obesity in Latin America: a systematic review. *Lancet Diabetes Endocrinol.* 2014 abr;2(4):321-32. doi: 10.1016/S2213-8587(13)70173-6
13. Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social. Plan Decenal de Salud Pública PDSP, 2012-2021: La salud en Colombia la construyes tú. Bogotá: Grupo de Comunicaciones del Ministerio; 2013.

14. Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social. Documento técnico azúcares adicionados del MSPS. Bogotá; 2013.
15. Profamilia, Instituto Nacional de Salud, Instituto Colombiano de Bienestar Familiar. Encuesta Na-

cional de la Situación Nutricional en Colombia, ENSIN-2010. Fecha de consulta: 1 de noviembre de 2018. Disponible en: <http://www.icbf.gov.co/portal/page/portal/PortalICBF/Normatividad-Gestion/ENSIN1/ENSIN2010>.

**ENCUESTA NACIONAL
DE SALUD ESCOLAR COLOMBIA (ENSE)**

6.

ACTIVIDAD FÍSICA



6.1 Introducción

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el American College of Sports Medicine (ACSM), se considera actividad física (AF) a cualquier movimiento corporal producido por los músculos esqueléticos que exija gasto de energía. La AF abarca el ejercicio, pero también otras actividades que entrañan movimiento corporal y se realizan como parte de los momentos del juego, del trabajo, de formas de transporte activas, de las tareas domésticas y de actividades recreativas (1-2).

La AF ha sido reconocida mundialmente por ser un determinante fundamental en la prevención de enfermedades crónicas, inclusive desde edades tempranas (3), adicionalmente, en relación a los niños, niñas y adolescentes se identifican numerosas ventajas psicosociales tales como la reducción en los casos de depresión, estrés, ansiedad y mejoras en la autoconfianza y autoestima (4). En las edades entre los 5 y 17 años en relación con los beneficios para la salud ya mencionados y para el desarrollo de las habilidades físicas propias de esta etapa de la vida, las recomendaciones son como mínimo 60 minutos diarios de AF de intensidad moderada a vigorosa (5).

Sin embargo, aproximadamente el 80 % de los adolescentes en todo el mundo no cumplen con el nivel diario recomendado (6), lo que es similar al 87 % reportado en 2015 para Colombia (7). Así mismo, en el país el 76 % de los adolescentes dedican 2 horas o más a ver televisión o jugar videojuegos (7) y el 13,2 % de los adolescentes de 10 a 17 años presenta sobrepeso (8).

De esta manera se puede observar como los niveles actuales de AF continúan en descenso y las conductas sedentarias se presentan a edades progresivamente más jóvenes, dando lugar en este grupo poblacional a la presencia de enfermedades metabólicas y cardiovasculares que anteriormente eran limitadas a los adultos (4).

Los jóvenes escolares representan un grupo particularmente importante respecto a la promoción de la AF debido a varias razones; primero, porque los fundamentos de los comportamientos saludables de la vida adulta se establecen en edad temprana (10) y la escuela tiene una gran influencia en este aspecto debido a la importante cantidad de tiempo que los niños pasan en ella (11). Adicionalmente, porque se ha demostrado que la AF durante la infancia y la adolescencia reduce el riesgo de obesidad en la edad adulta (12-13).

En consecuencia, y teniendo en cuenta las metas esperadas en la “Dimensión Vida Saludable” del Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021 respecto al aumento del tiempo dedicado para la AF en todo el sistema educativo (13), resulta necesario conocer datos de referencia en población escolar.

A continuación se presenta la situación actual de la AF en los escolares colombianos entre 13 y 17 años, en cuanto al cumplimiento de las recomendaciones para este grupo de edad, al transporte escolar activo (TEA), a las actividades sedentarias y la intensidad de días a la semana de clases de educación física de acuerdo a las respuestas dadas a las preguntas de

la encuesta y considerando la limitación metodológica de no contar con un cuestionario validado para determinar el nivel de actividad física, como lo es el Cuestionario Internacional de Actividad Física (IPAQ, por sus siglas en inglés).

6.2 Cumplimiento de las recomendaciones de actividad física

De acuerdo con las características propias de la edad, las recomendaciones de AF son distintas. Para niños y adolescentes en edad escolar la recomendación es participar todos los días durante 60 minutos o más de una AF moderada a vigorosa que sea agradable y apropiada para el desarrollo. Estudios previos indican que estas cantidades específicas de AF son necesarias para lograr beneficios en la salud, mejorías en la aptitud aeróbica, la fuerza, la resistencia muscular y disminución del tejido adiposo en los jóvenes con sobrepeso. Los 60 minutos o más recomendados de AF se pueden lograr de manera acumulativa en la escuela durante la educación física, el recreo, mediante el juego, el aprovechamiento del tiempo libre, el transporte escolar activo y los programas deportivos antes y después de la escuela (3, 5).

En este estudio los escolares se clasificaron de acuerdo al cumplimiento de estas recomendaciones de AF para la edad. Como se observa en la Tabla 7 los resultados muestran patrones de AF inadecuados: solo el 15,2 % (IC 95 %: 14,7-15,8) de los escolares cumplieron con 60 minutos diarios de AF.

Adicionalmente, se observan diferencias significativas en el análisis por sexo y distribución geográfica. Los niños tienen un mayor porcentaje de cumplimiento (19,5 %; IC 95 %: 18,6-20,4) en comparación con las niñas (11,5 %; IC 95 %: 10,9-12,1). En cuanto a la distribución geográfica los escolares de la zona rural tienen un menor cumplimiento en comparación con la zona urbana (13,9 %; IC 95 %: 12,6-15,2 vs. 15,5 %; IC 95 %: 14,9-16,1).

En el análisis por regiones el mayor porcentaje de cumplimiento fue para Orinoquía-Amazonía con un 16,7 % (IC 95 %: 14,7-18,9). Las regiones restantes no mostraron diferencias significativas entre ellas y al compararlas con el porcentaje total. Por su parte, la ciudad de Medellín reportó un menor cumplimiento (13,7 %; IC 95 %: 12,2-15,3) en comparación con las otras ciudades principales analizadas.

De acuerdo al número de días de AF se pudo observar que la mitad de los escolares fueron activos solo dos o menos días durante al menos 60 minutos/día. En el análisis por grupos se observaron diferencias por sexo, las niñas registraron menos días que los niños (niñas 2 días, niños 3 días). Así mismo, existen diferencias por tipo de institución educativa, con menos días de AF en el sector oficial en comparación con el no oficial (oficial 2 días, no oficial 3 días). Por su parte, los escolares indígenas de la zona rural y de la región Atlántica, pese a que reportan la misma mediana total, mostraron un percentil 75, menor en el rango de días de AF que los de sus grupos de comparación (mediana 2,0; P25-P75 1,0-4,0) (Tabla 7).

Tabla 7. Porcentaje cumplimiento de las recomendaciones (60 minutos diarios) y mediana con percentiles 25 y 75 de días por semana de actividad física y en escolares colombianos.

Variable	Cumple 60 minutos diarios de AF		Días de actividad física por semana	
	%	IC 95 %	Mediana	p25-p75
Sexo				
Masculino	19,5	18,6-20,4	3,0	1,0-5,0
Femenino	11,5	10,9-12,1	2,0	1,0-4,0
Etnia				
Indígena	13,8	12,2-15,6	2,0	1,0-4,0
Negro/Mulato/Afro/Palenquero	15,4	14,2-16,7	2,0	1,0-5,0
Sin pertenencia étnica	15,4	14,9-16,0	2,0	1,0-5,0
Región				
Atlántica	14,4	13,4-15,5	2,0	1,0-4,0
Oriental	15,6	14,1-17,1	2,0	1,0-5,0
Bogotá	16,3	16,3-16,3	3,0	1,0-5,0
Central	14,9	13,8-16,0	2,0	1,0-5,0
Pacífica	15,3	14,6-16,0	2,0	1,0-5,0
Orinoquía-Amazonía	16,7	14,7-18,9	2,0	1,0-5,0
Principales municipios				
Cali	15,9	15,7-16,2	2,0	1,0-5,0
Medellín	13,7	12,2-15,3	2,0	1,0-5,0
Barranquilla	14,6	14,4-14,9	2,0	1,0-5,0
Zona				
Urbana	15,5	14,9-16,1	2,0	1,0-5,0
Rural	13,9	12,6-15,2	2,0	1,0-4,0
Sector				
Oficial	15,0	14,3-15,8	2,0	1,0-5,0
No oficial	16,3	14,5-18,2	3,0	1,0-5,0
Total	15,2	14,7-15,8	2,0	1,0-5,0

6.3 Transporte escolar activo

El transporte escolar activo (TEA) es un término utilizado para describir el viaje entre el hogar y el colegio caminando, en bicicleta o en otros medios de transporte no motorizados (15). Se considera que los escolares son activos en este dominio cuando dedican a esta actividad al menos 1 día de la semana (16).

Como se muestra en la Tabla 8, el 62,9 % (IC 95 %: 61,5-64,2) de los escolares colombia-

nos caminan o se desplazan en bicicleta o en otros medios de transporte no motorizados para llegar al colegio al menos un día de la semana, con diferencias significativas por sexo, zona geográfica, tipo de institución, región y principales municipios. Específicamente, un menor porcentaje de cumplimiento de TEA se observó en las niñas (61,8 %; IC 95 %: 60,2-63,4), en los escolares de la zona rural (58,1 %; IC 95 %: 55,8-60,3) en el sector no oficial (48,4 %; IC 95 %: 44,9-51,9), en la región Atlántica

(60,1 %; IC 95 %: 57,3-62,9) y en Barranquilla (55,9 %; IC 95 %: 54,0-57,8). Entre tanto, al comparar con el porcentaje total, la región Central (66,9 %; IC 95 %: 64,8-69,0) y la ciudad de Medellín (68,0 %; IC 95 %: 64,9-70,9) mostraron el mayor porcentaje de cumplimiento.

Complementariamente, entre los estudiantes que cumplieron con el TEA, se encontró que la mitad de ellos se transportaron de la casa al

colegio caminando o en bicicleta durante por lo menos cinco días (mediana 5,0; p25-p75 3,0-7,0), y que la mayoría (44,7 %) gastan menos de 19 minutos por día en el TEA (Figura 2). Para analizar si los escolares cumplen las recomendaciones de AF a través del dominio de transporte, se encontró que un 2,8 % (IC 95 %: 2,5-3,1) se desplaza al colegio caminando o en bicicleta diariamente durante al menos 60 minutos.

Tabla 8. Porcentaje de transporte escolar activo (TEA).

Variable	Cumple TEA (al menos 1 día a la semana)		Días de transporte escolar activo por semana	
	%	IC 95 %	Mediana	p50-p75
Sexo				
Masculino	64,1	62,7-65,5	2,0	0,0-7,0
Femenino	61,8	60,2-63,4	2,0	0,0-6,0
Etnia				
Indígena	61,0	58,4-63,6	1,0	0,0-5,0
Negro/Mulato/Afro/Palenquero	63,8	61,0-66,4	2,0	0,0-6,0
Sin pertenencia étnica	63,0	61,4-64,5	2,0	0,0-7,0
Región				
Atlántica	60,1	57,3-62,9	1,0	0,0-5,0
Oriental	60,9	56,6-65,0	2,0	0,0-6,0
Bogotá	62,7	62,5-62,8	3,0	0,0-7,0
Central	66,9	64,8-69,0	4,0	0,0-7,0
Pacífica	63,2	61,3-65,1	2,0	0,0-6,0
Orinoquía-Amazonía	63,3	57,4-68,8	2,0	0,0-6,0
Principales municipios				
Cali	61,8	59,7-63,9	3,0	0,0-7,0
Medellín	68,0	64,9-70,9	4,0	0,0-7,0
Barranquilla	55,9	54,0-57,8	1,0	0,0-6,0
Zona				
Urbana	63,8	62,2-65,4	3,0	0,0-7,0
Rural	58,1	55,8-60,3	1,0	0,0-5,0
Sector				
Oficial	65,2	63,6-66,7	3,0	0,0-7,0
No oficial	48,4	44,9-51,9	0,0	0,0-5,0
Total	62,9	61,5-64,2	2,0	0,0-6,0

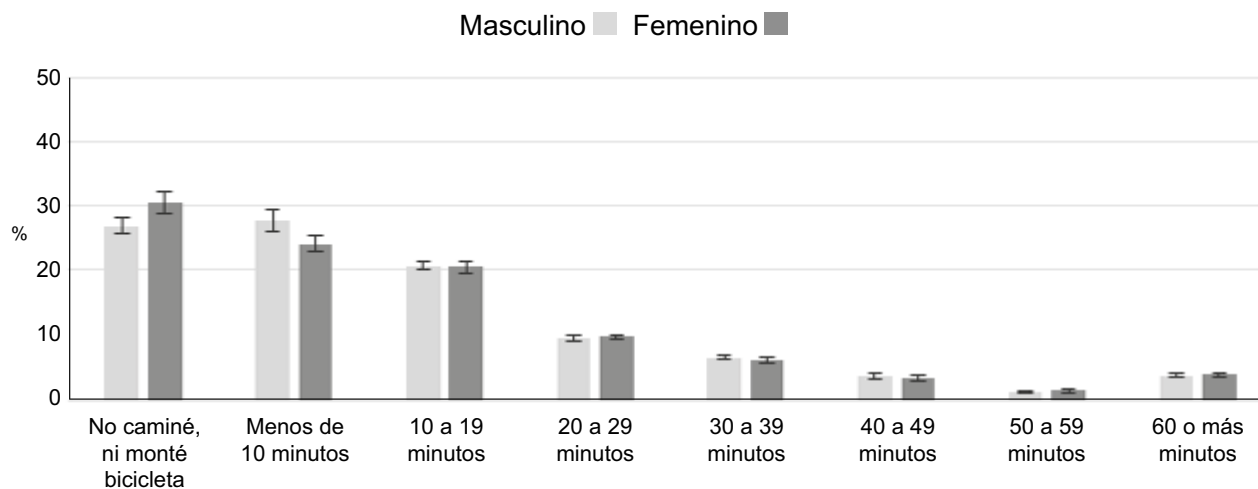


Figura 2. Distribución del tiempo diario dedicado al “transporte escolar activo” según sexo.

6.4 Actividades sedentarias

Son aquellas en las que se requiere poco gasto energético, por tanto se relacionan con una cantidad insuficiente de AF. En los niños, niñas y jóvenes entre los 5 a 17 años las actividades sedentarias más comunes son ver televisión, jugar videojuegos, navegar en internet o hablar por teléfono (3). La recomendación para este grupo de edad es pasar un máximo de dos horas sentados dedicados a estas actividades (17).

Como se observa en la Tabla 9. aproximadamente uno de cada dos escolares colombianos dedica más de dos horas diarias a estar sentado viendo televisión, jugando videojuegos o navegando en internet (46,3 %; IC 95 %: 43,0-49,6). De acuerdo al sexo, las niñas reportan mayor proporción de actividades sedentarias en comparación con los niños (49,4 %; IC 95 %: 46,3-52,6 vs. 42,8 %; IC 95 %: 39,2-46,6).

Así mismo, altos porcentajes de actividades sedentarias se presentaron en las principales ciudades, encabezando la lista Medellín con 60,6 % (IC 95 %: 57,9-63,2), seguida de Bogotá con 55,5 % (IC 95 %: 54,9-56,1), Barranquilla con 55,7 % (IC 95 %: 55,5-55,9) y Cali con 53,8 % (IC 95 %: 53,4-54,1). Por regiones, la región Central presentó la prevalencia más alta, con 48,5 % (IC 95 %: 43,1-54,0), y por etnia, los escolares que se consideraron sin pertenencia étnica (48,3 %: IC 95 % 44,9-51,7).

De otro lado, se observa que los escolares del sector no oficial tienen mayores conductas sedentarias (59,3 %; IC 95 %: 57,3-61,3) que los del sector oficial. Al igual que los escolares de las zonas urbanas (48,8 %; IC 95 %: 45,6-51,9) en comparación con la zona rural (33,9 %; IC 95 %: 31,4-36,5).

Tabla 9. Distribución de escolares que dedican más de 2 horas por día a ver televisión, jugar videojuegos, navegar en internet u otras actividades que exigen permanecer sentado.

Variable	>2 horas	
	%	IC 95 %
Sexo		
Masculino	42,8	39,2-46,6
Femenino	49,4	46,3-52,6
Etnia		
Indígena	34,2	31,1-37,4
Negro/Mulato/Afro/Palenquero	44,5	41,5-47,5
Sin pertenencia étnica	48,3	44,9-51,7
Región		
Atlántica	42,8	37,6-48,1
Oriental	44,0	40,7-47,4
Bogotá	55,5	54,9-56,1
Central	48,5	43,1-54,0
Pacífica	44,7	39,5-50,1
Orinoquía-Amazonía	35,2	31,4-39,2
Principales municipios		
Cali	53,8	53,4-54,1
Medellín	60,6	57,9-63,2
Barranquilla	55,7	55,5-55,9
Zona		
Urbano	48,8	45,6-51,9
Rural	33,9	31,4-36,5
Sector		
Oficial	44,2	41,1-47,4
No oficial	59,3	57,3-61,3
Total	46,3	43,0-49,6

6.5 Clases de educación física

La educación física escolar se considera un momento ideal para la promoción de la AF regular en los niños, niñas y adolescentes (11). Los principales objetivos de la educación física relacionados con la salud son preparar a los jóvenes para una vida físicamente activa y proporcionar AF durante estas clases (18). Se espera que los escolares de 13 a 17 años reciban clases de educación física por lo menos 3 días por semana con un acumulado de tiempo de 225 minutos/semana (11, 19).

Como se observa en la Tabla 10, aproximadamente dos de cada tres escolares colombianos (62,8 %) no reciben el número de clases de educación física recomendadas. En particular, el 40,2 % (IC 95 %: 38,0-42,3) recibe clases de educación física solo un día de la semana, el 14,3 % (IC 95 %: 12,7-16,1) dos días de la semana y el 8,3 % (IC 95 %: 7,5-9,1) no recibe clases ningún día de la semana.

Por ciudades principales, Bogotá reportó el mayor porcentaje de incumplimiento (67,9 %). Así mismo, de acuerdo al tipo de institución, en el sector no oficial (69,8 %) se encuentra la mayor proporción de escolares que recibe menos de tres clases de educación física a la semana.

6.6 Discusión

Pese a que es clara la evidencia acerca de que la AF regular en los adolescentes disminuye la probabilidad de desarrollar enfermedades crónicas no transmisibles (13, 20-21) y el riesgo de muerte por las mismas (22), las prácticas actuales de AF en este grupo poblacional son bajas y de manera preocupante continúan en descenso (23), contribuyendo a configurar problemas de sedentarismo en la infancia y la adolescencia.

Como se mencionó previamente, aproximadamente el 80 % de los adolescentes en todo el mundo no cumplen con las recomendaciones de AF para la edad (3, 10). De igual manera, según el más reciente estudio de AF que recopila el comportamiento de cinco regiones de la OMS, solo el 23,8 % de los niños y el 15,4 % de las niñas cumplen con las recomendaciones de AF (16).

Tabla 10. Distribución del número de días a la semana en que se reciben clases de educación física los escolares colombianos.

Variable	Ningún día		1 día		2 días		3 o más días	
	%	IC 95 %	%	IC 95 %	%	IC 95 %	%	IC 95 %
Sexo								
Masculino	9,4	8,4-10,5	40,2	38,1-42,4	13,8	12,2-15,6	36,6	35,1-38,1
Femenino	7,2	6,6-7,9	40,1	37,7-42,6	14,8	13,0-16,8	37,8	35,8-39,9
Etnia								
Indígena	12,6	10,8-14,6	38,5	35,6-41,4	11,9	9,4-15,1	37,0	34,2-39,9
Negro/Mulato/Afro/Palenquero	8,8	7,9-9,8	36,7	33,1-40,5	13,4	10,3-17,4	41,0	37,8-44,4
Sin pertenencia étnica	7,5	6,7-8,3	41,0	38,7-43,3	14,7	13,0-16,5	36,8	35,3-38,4
Región								
Atlántica	11,0	9,9-12,3	38,1	34,7-41,7	12,1	8,9-16,2	38,8	37,0-40,7
Oriental	9,4	7,9-11,1	39,8	36,1-43,5	14,8	10,7-20,0	36,1	34,5-37,7
Bogotá	6,7	6,7-6,8	46,1	45,4-46,9	15,1	14,9-15,3	32,1	31,5-32,7
Central	6,0	5,4-6,7	38,6	35,0-42,3	18,3	15,0-22,1	37,1	35,7-38,5
Pacífica	7,7	7,2-8,2	40,6	37,3-44,0	10,7	8,3-13,6	41,1	37,9-44,3
Orinoquía-Amazonía	8,0	7,0-9,2	41,1	35,8-46,6	13,2	9,1-18,8	37,7	34,6-40,9
Principales ciudades								
Cali	7,7	7,4-7,9	43,7	41,8-45,6	8,2	6,6-10,1	40,4	40,0-40,8
Medellín	4,7	3,8-5,8	42,5	35,2-50,2	16,2	10,4-24,3	36,5	34,4-38,8
Barranquilla	12,2	10,5-14,2	42,3	40,9-43,7	7,6	6,6-8,7	37,9	35,8-40,1
Zona								
Urbana	8,1	7,3-9,0	40,8	38,5-43,1	13,9	12,2-15,9	37,1	35,3-39,0
Rural	8,9	7,7-10,3	37,0	33,6-40,5	16,3	12,5-20,9	37,9	35,8-40,0
Sector								
Oficial	8,3	7,6-9,1	39,1	37,4-40,8	14,2	12,5-16,1	38,4	37,1-39,7
No oficial	7,9	6,4-9,8	46,7	40,9-52,6	15,2	11,8-19,3	30,1	27,5-32,9
Total	8,3	7,5-9,1	40,2	38,0-42,3	14,3	12,7-16,1	37,3	35,6-38,9

Esta conducta prevalente en el mundo no es ajena a nuestro país, según los reportes previos a partir de la Encuesta Mundial de Salud de Escolares realizada en cinco ciudades de Colombia (Bogotá, Bucaramanga, Cali, Manizales y Valledupar) en 2007, el cumplimiento de las recomendaciones varió entre 9 % y 19,8 %, siendo más alto en el sexo masculino (24).

De acuerdo a los reportes de la ENSIN en 2005, el cumplimiento para los niños, niñas y adolescentes entre 13 y 17 años fue de 26 % (niños: 27,6 % y niñas: 24,2 %) (25), y descendieron

aún más en 2015, cuando solo el 13,4 % de esta población cumplió con las recomendaciones, persistiendo las grandes diferencias por sexo, niños 18 % y niñas 7,6 % (7).

Consistente con esos hallazgos, según los resultados de la actual encuesta ENSE, se puede observar que el comportamiento de la AF en los escolares se mantiene en el país, ya que el porcentaje de cumplimiento de las recomendaciones no superó el 15 %, con prevalencias más bajas para las niñas.

De acuerdo a las desagregaciones geográficas, Medellín reportó el menor cumplimiento (13,7 %) y en cuanto a días dedicados a la AF la región Atlántica y Barranquilla tuvieron el número de días más bajo, así como también un menor tiempo dedicado a TEA, similar a lo encontrado por ENSIN en 2005, donde la región Atlántica tuvo las prevalencias más bajas.

Los 60 minutos o más de AF diarios recomendados se pueden lograr de manera acumulativa en el transcurso del día, sin embargo, varios factores pueden estar relacionados con las bajas prevalencias de cumplimiento. Entre ellos, dedicar el tiempo de ocio al uso de tecnología en pantallas (26), lo cual desalienta a los niños, niñas y adolescentes a mantenerse más activos; la baja estimulación que proveen los padres y los colegios, la falta de infraestructuras deportivas, la inseguridad del entorno, así como la falta de una política que permita contar con los medios, recursos y espacios para promover y practicar el TEA de manera segura (27-28).

Esta última actividad, que se refiere al desplazamiento hacia el colegio caminando, en bicicleta o en cualquier otro medio de transporte no motorizado (29), ha demostrado ser una estrategia que permite promover la AF en los escolares y lograr el cumplimiento de las recomendaciones que se requieren para la edad (30). En esta población el TEA se relaciona con una mejor condición cardiovascular (31) y una menor probabilidad de obesidad (32). Pese a lo anterior, en la actualidad factores como la urbanización, los hábitos de transporte de los padres, las distancias largas hasta el colegio,

la inseguridad del entorno y la falta de entornos físicos adecuados han contribuido a que aumente la proporción de niños que viajan al colegio en un vehículo motorizado (32-34).

Según investigaciones previas realizadas en el país, a principios de la década de 2010, la prevalencia de TEA en algunas ciudades de Colombia oscilaba entre 47 % y 66 %, con diferencias significativas por sexo a favor de los niños (15-16, 24). Por otro lado, al analizar si los adolescentes colombianos cumplían con las recomendaciones de AF (60 minutos diarios) a través del dominio de transporte activo, la ENSIN en el año 2005 mostró que el 7,8 % de los adolescentes cumplían con las recomendaciones de AF a través de la caminata al colegio y el 3,3 % a través del desplazamiento en bicicleta (25).

De manera similar fue el comportamiento respecto al TEA en la ENSE, donde pese a que más de la mitad (62,9 %) de los escolares caminan o se desplazan en bicicleta para llegar al colegio al menos un día de la semana, el tiempo diario dedicado al TEA es bajo (menos de 20 minutos por día), así mismo, un 2,8 % de ellos cumplieron las recomendaciones de AF a través de este dominio.

Por otro parte, en lo que respecta a las conductas sedentarias llama la atención una tendencia mundial hacia el aumento, especialmente en los adolescentes. Las conductas sedentarias parecen tener una asociación positiva con el nivel de urbanización, partiendo del hecho de que áreas más urbanizadas aumentan la disponibilidad de televisores, computadores y

videojuegos en el hogar (28). Específicamente, en la región latinoamericana el nivel de urbanización está alrededor del 76 % y ya coincide con el de Norteamérica y con el de muchos países europeos (35).

Frente a esta situación la Academia Americana de Pediatría recomienda que los niños, niñas y adolescentes pasen sentados viendo televisión o jugando videojuegos un máximo de dos horas al día (17), basados en la evidencia que demuestra la asociación directa del tiempo que se pasa sentado viendo televisión con el exceso de peso y con la inactividad física en este grupo poblacional. Lo anterior se ha demostrado tanto en países desarrollados como en países en desarrollo, así como en diferentes grupos sociodemográficos (28, 36-38).

En el mundo la prevalencia de conductas sedentarias varía entre 12,7 % hasta 57,5 % en niños, y entre 8,2 % hasta 63,9 % en niñas. Específicamente en los países de América Latina la prevalencia es mayor del 50 %, sin diferencias entre niños y niñas (16).

En Colombia según ENSIN, en el año 2010 el 67 % de los adolescentes dedicaban dos horas o más a ver televisión o jugar videojuegos (8), en 2015 este porcentaje se incrementó hasta 76,6 % siendo mayor en la zona urbana (81,2 %) vs. la rural (63,3 %) (7). En 2010 las prevalencias más altas se encontraron en los departamentos del Vaupés, Risaralda, Quindío, San Andrés, Valle del Cauca, Caldas, Tolima, Cundinamarca y Meta; y en las ciudades de Bogotá, Bucaramanga, Cali, Manizales, Va-

lledupar, con prevalencias que oscilaron entre 46,9 %-52,5 % (8).

Ahora bien, los hallazgos de la ENSE muestran que la prevalencia de conductas sedentarias en los escolares colombianos continúa siendo alta. Aproximadamente uno de cada dos niños, niñas o adolescentes pasa más de dos horas al día sentados viendo televisión, jugando videojuegos o hablando con sus amigos. Así mismo, los más altos porcentajes están en las ciudades del país estudiadas, en donde más del 54 % de los escolares sobrepasan las recomendaciones del tiempo dedicado a actividades sedentarias.

Es importante mencionar que en la población en general se han observado características diferenciales entre quienes cumplen con los niveles de AF esperados y los que no. En particular, se han documentado diferencias por características sociodemográficas y socioeconómicas, donde las personas más desfavorecidas de la sociedad (entre ellas mujeres), económicamente inactivas, con mala salud o que viven en áreas vulnerables, suelen tener una probabilidad más alta de no hacer la cantidad suficiente de AF y en consecuencia de no obtener beneficios en su salud (39).

En relación con los resultados de la ENSE, se pudo observar que en la población de escolares colombianos los grupos que reportaron menor porcentaje de cumplimiento de las recomendaciones de AF, menor número de días dedicados a la AF y menor participación en TEA fueron las niñas, los escolares de la zona rural y los escolares indígenas.

Las diferencias observadas por sexo han sido reportadas previamente en varias regiones del mundo. Es común encontrar que las niñas y las adolescentes tienen mayor probabilidad de reportar actividades sedentarias y AF insuficiente en comparación con el sexo masculino (40-41). Estas diferencias pueden estar explicadas por varias razones. Una de ellas está relacionada con la percepción de los roles sociales de género y las diferencias en los intereses entre niños y niñas, donde los niños prefieren el deporte y las competiciones que involucran AF vigorosa, al contrario que las niñas (42); al mismo tiempo que la familia, en especial los padres, refuerzan los roles de género socialmente esperados (43). Así mismo, los estudios han indicado que las niñas reportan una menor autoeficacia para la AF, menos beneficios y más barreras percibidas para ser físicamente activas (44-45).

Por otro lado, al analizar el comportamiento de los escolares de la zona rural, se observa que en algunos estudios los adolescentes de estas áreas suelen ser físicamente más activos, probablemente por las ventajas propias de los ambientes de esta zona (15, 46). En otros, por el contrario, se observa que los escolares más activos están en la zona urbana, las posibles razones tienen que ver con que las distancias entre el hogar y el colegio pueden ser demasiado grandes para andar en bicicleta o caminar en la zona rural (41, 47-48).

En el país, según la ENSIN del año 2005, se observaban diferencias significativas del nivel de AF y el cumplimiento de TEA entre la zona rural y urbana a favor de la zona rural, similar a lo reportado para el caso de los escolares de

Montería en 2008 (15). Esas tendencias cambiaron en 2015, según lo reportado en la ENSIN 2015, donde no se observaron diferencias claras entre las zonas geográficas (urbana 13 % vs. rural 14,3 %) (7).

Por su parte, los resultados de la encuesta ENSE sugieren un menor cumplimiento de las recomendaciones en los escolares de la zona rural, así como un menor número de días a la semana dedicados a la AF y al TEA en comparación con la zona urbana; estos hallazgos podrían explicarse por las diferencias metodológicas de las encuestas, ENSIN usó el cuestionario IPAQ y ENSE preguntas que difieren en rangos de días y tiempos de dedicación a la AF. Pese a lo anterior, las razones de estos cambios merecen ser estudiadas, con el propósito de establecer de manera clara las barreras que perciben los escolares de estas regiones geográficas para realizar AF.

Varias hipótesis al respecto pueden dejarse sobre la mesa partiendo de la premisa de que la AF es un comportamiento multifactorial influenciado por variables psicológicas, sociales, ambientales y demográficas (49). Entre ellas están la falta de infraestructura adecuada en los colegios rurales para realizar AF, las largas distancias que pueden existir de la casa al colegio; el uso de transporte motorizado, en especial la motocicleta que se ha incrementado sustancialmente en los últimos años por la versatilidad que ofrece para la movilización y por el bajo precio para su adquisición (50); condiciones socioeconómicas más desfavorables en esta población, e inclusive la exposición al conflicto armado, el cual previo a los acuerdos

de paz celebrados en el país, se había incrementado en las dos últimas décadas y extendido en gran parte del territorio, afectando de manera más cercana a la población de la zona rural (51), lo anterior teniendo en cuenta que el acceso a entornos seguros también afecta la probabilidad de hacer AF.

Por otro lado, en cuanto a la etnia, según los resultados de la ENSE, el número de días dedicados a la AF es menor en los escolares colombianos que pertenecen a grupos indígenas. Pese a que en la revisión de la literatura se encuentra un número limitado de estudios que incluyen adolescentes de minorías étnicas, se observa que las poblaciones minoritarias suelen ser más inactivas físicamente (27, 42, 52).

Estudios en población indígena colombiana revelan prevalencias de sedentarismo de 42 %, así como prevalencias altas en factores de riesgo cardiovascular (53). Estas problemáticas son consecuencia de patrones de comportamiento propios de Occidente y por ello se catalogan como condiciones foráneas en esta población (54-55). En relación con los hallazgos de la ENSE, se podría sugerir que los estilos de vida occidental están permeando cada vez más a las comunidades indígenas colombianas, lo cual, además de alterar su cultura, afecta sus condiciones de salud.

En último término, y como se ha dicho desde el principio, el colegio es un entorno ideal para promover la AF en niños, niñas y adolescentes. Para el logro de dicho objetivo se reconocen diferentes estrategias, en primera medida, el

involucramiento parenteral, teniendo en cuenta que los niños aprenden sus comportamientos sociales por imitación; se ha demostrado que pueden adquirir hábitos saludables de los padres, que son los adultos con los que más comparten (56).

Segundo, de acuerdo las recomendaciones de la OMS, se alienta a las escuelas a incluir políticas para favorecer comportamientos saludables que involucren la participación conjunta de toda la comunidad educativa, docentes, padres y estudiantes en la construcción de acciones hacia la promoción de la AF en este entorno (1).

Y tercero, el aseguramiento de programas escolares de educación física, los cuales propician los conocimientos, habilidades y confianza para fomentar hábitos de AF regular en esta población y que podrían mantenerse de por vida (18).

En este sentido, se han desarrollado hace más de dos décadas estrategias para fomentar la “Educación física que optimiza la salud”, o HOPE por su sigla en inglés, donde se espera que la educación física no solo proporcione a los estudiantes clases físicamente activas, sino que asuma un enfoque integral que incluya el aprendizaje de habilidades sociales, cognitivas y físicas a través del movimiento, con el propósito de que este comportamiento se perpetúe en el tiempo y que se transfiera a su entorno inmediato, como lo es la familia (57). Al respecto se espera que las escuelas no solo aseguren la intensidad semanal recomendada de educación física, sino que ésta constituya un eje transversal a todo el currículo escolar (58).

La AF en el colegio tiene una relación positiva con el rendimiento académico. Así mismo, a pesar de que los estudiantes pasen menos tiempo en el resto de clases regulares, el aumento en el tiempo de educación física no tiene efectos negativos en los resultados académicos (57, 59). Pese a lo anterior, en varias regiones del mundo el currículo escolar suele tener pocas o ninguna hora dedicada a clases de educación física (11).

Respecto al cumplimiento de las recomendaciones, los estudios son escasos; en países latinoamericanos como Perú, aproximadamente la mitad de los escolares (49,8 %) reciben clases de educación física durante cinco días a la semana (40).

De acuerdo a los resultados de la ENSE, al 62,8 % de los escolares colombianos no se les brinda el número de clases de educación física recomendadas (al menos tres días de la semana), incluyendo el 8,3 % que no lo hace ningún día, lo que es aún más preocupante, teniendo en cuenta los beneficios ya mencionados previamente. La menor prevalencia del cumpli-

miento fue para la ciudad capital Bogotá y en los colegios del sector oficial. En este aspecto, la legislación colombiana (Ley 181 de 1995 y Ley 115 de 1994) estipula que los escolares deben contener dentro de su malla curricular clases de educación física, a pesar de que no estén claras las recomendaciones del mínimo de días en la semana.

Para concluir, se recalca que los fundamentos de los comportamientos en cuanto a AF, se establecen temprano en la vida, y teniendo en cuenta la cantidad significativa de tiempo que los niños pasan en colegio, este tiene una gran influencia en la promoción y mejora de la AF en los escolares. Pese a lo anterior no se debe desconocer que los patrones de AF están influenciados por otros entornos y sectores de la sociedad, incluidas las familias, las entidades de salud, los medios de comunicación, entre otros, que también deben involucrarse en el objetivo de promover AF regular en esta población. Así mismo, reconociendo las diferencias en los comportamientos de AF, se deben continuar propiciando estrategias diferenciales que involucren de manera prioritaria a los grupos sociales más vulnerables.

Referencias

- Organización Mundial de la Salud (OMS). Estrategia mundial sobre régimen alimentario, actividad física y salud [Internet]. Ginebra: OMS; 2014 [consulta: 21 sep 2018]. 24 p. Disponible en: <https://bit.ly/39M9hnZ>
- Riebe D, Ehrman JK, Liguori G, Magal M, American College of Sports Medicine. ACSM's guidelines for exercise testing and prescription. 10th ed. Philadelphia: Wolters Kluwer; 2018.
- Strong WB, Malina RM, Blimkie CJ, Daniels SR, Dishman RK, Gutin B, et al. Evidence based physical activity for school-age youth. *J Pediatr*. 2005;146(6):732-7. doi: 10.1016/j.jpeds.2005.01.055
- Morgan P, Saunders K, Lubans D. Improving physical self-perception in adolescent boys from disadvantaged schools: psychological outcomes from the Physical Activity Leaders randomized controlled trial. *Pediatr Obes*. 2012;7(3):e27-32. doi: 10.1111/j.2047-6310.2012.00050.x
- Organización Mundial de la Salud (OMS). Recomendaciones mundiales sobre actividad física para la salud [Internet]. Ginebra; 2010. [consulta: 5 oct 2018]. 58 p. Disponible en: <https://bit.ly/2lJAlmu>
- Hallal PC, Andersen LB, Bull FC, Guthold R, Haskell W, Ekelund U, et al. Global physical activity levels: surveillance progress, pitfalls, and prospects. *Lancet*. 2012;380(9838):247-57. doi: 10.1016/S0140-6736(12)60646-1
- Instituto Colombiano de Bienestar Familiar. Encuesta Nacional de la Situación Nutricional: ENSIN 2015. Informe Preliminar [Internet]. 2017 [consulta: 21 sep 2018]. 56 p. Disponible en: <https://bit.ly/38NgLG5>
- Instituto Colombiano de Bienestar Familiar. Encuesta Nacional de la Situación Nutricional en Colombia 2010: ENSIN. Resumen Ejecutivo [Internet]. 2010 [consulta: 21 sep 2018]. 26 p. Disponible en: <https://bit.ly/2Qa3sZS>
- Lindsay AR, Hongu N, Spears K, Idris R, Dyrek A, Manore MM. Field assessments for obesity prevention in children and adults: physical activity, fitness, and body composition. *J Nutr Educ Behav*. 2014;46(1):43-53. doi: 10.1016/j.jneb.2013.03.013
- Hallal PC, Victora CG, Azevedo MR, Wells JC. Adolescent physical activity and health. *Sports Med*. 2006;36(12):1019-30. doi: 10.2165/00007256-200636120-00003
- Hills AP, Dengel DR, Lubans DR. Supporting public health priorities: recommendations for physical education and physical activity promotion in schools. *Prog Cardiovasc Dis*. 2015;57(4):368-74. doi: 10.1016/j.pcad.2014.09.010
- Whitaker R, Wright J, Pepe M, Seidel K, Dietz W. Predicting obesity in young adulthood from childhood and parental obesity. *N Engl J Med*. 1997;337(13):869-73. doi: 10.1056/NEJM199709253371301
- Kimm SY, Glynn NW, Obarzanek E, Kriska AM, Daniels SR, Barton BA, et al. Relation between the changes in physical activity and body-mass index during adolescence: a multicentre longitudinal study. *Lancet*. 2005;366(9482):301-7. doi: 10.1016/S0140-6736(05)66837-7
- Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social. Plan Decenal de Salud Pública PDSP, 2012-2021: La salud en Colombia la construyes tú. Bogotá: Grupo de Comunicaciones del Ministerio; 2013.
- Arango CM, Parra DC, Eyler A, Sarmiento O, Mantilla SC, Gomez LF, et al. Walking or bicycling to school and weight status among adolescents from Montería, Colombia. *J Phys Act Health*. 2011;8(s2):S171-7. doi: 10.1123/jpah.8.s2.s171
- Guthold R, Cowan MJ, Autenrieth CS, Kann L, Riley LM. Physical activity and sedentary behavior among schoolchildren: a 34-country comparison. *J Pediatr*. 2010;157(1):43-9. doi: 10.1016/j.jpeds.2010.01.019
- Lloyd-Jones DM, Hong Y, Labarthe D, Mozaffarian D, Appel LJ, Van Horn L, et al. Defining and setting national goals for cardiovascular health promotion and disease reduction: the American Heart Association's strategic impact Goal through 2020 and beyond. *Circulation*. 2010

- feb;121(4):586-613. doi: 10.1161/CIRCULATIONAHA.109.192703
18. Sallis JF, McKenzie TL. Physical education's role in public health. *Res Q Exerc Sport*. 1991;62(2):124-37. doi: 10.1080/02701367.1991.10608701
 19. Butte NF, Watson KB, Ridley K, Zakeri IF, McMurray RG, Pfeiffer KA, et al. A youth compendium of physical activities: Activity codes and metabolic intensities. *Med Sci Sports Exerc*. 2018;50(2):246-56. doi: 10.1249/MSS.0000000000001430
 20. Cordova A, Villa G, Sureda A, Rodríguez-Marroyo JA, Sánchez-Collado MP. Actividad física y factores de riesgo cardiovascular de niños españoles de 11-13 años. *Rev Esp Cardiol*. 2012;65(7):620-6. doi: 10.1016/j.recesp.2012.01.026
 21. Myers J, McAuley P, Lavie CJ, Despres J-P, Arena R, Kokkinos P. Physical activity and cardiorespiratory fitness as major markers of cardiovascular risk: their independent and interwoven importance to health status. *Prog Cardiovasc Dis*. 2015;57(4):306-14. doi: 10.1016/j.pcad.2014.09.011
 22. Moore SC, Patel AV, Matthews CE, Berrington de Gonzalez A, Park Y, Katki HA, et al. Leisure time physical activity of moderate to vigorous intensity and mortality: a large pooled cohort analysis. *PLoS Med*. 2012;9(11):e1001335.
 23. Eaton SB, Eaton III SB. An evolutionary perspective on human physical activity: implications for health. *Comp Biochem Physiol A Mol Integr Physiol*. 2003;136(1):153-9. doi: 10.1016/s1095-6433(03)00208-3
 24. Piñeros M, Pardo C. Actividad física en adolescentes de cinco ciudades colombianas: resultados de la Encuesta Mundial de Salud a Escolares. *Rev Salud Pública*. 2010;12(6):903-14. doi: 10.1590/S0124-00642010000600003
 25. Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF). Encuesta Nacional de la Situación Nutricional en Colombia (ENSIN), 2005 [Internet]. Bogotá: ICBF; 2005 [consulta: 21 sep 2018]. 466 p. Disponible en: <https://bit.ly/39LmihP>
 26. Dumith SC, Domingues MR, Gigante DP, Hallal PC, Menezes A, Kohl HW. Prevalence and correlates of physical activity among adolescents from Southern Brazil. *Rev Saude Publica*. 2010 jun;44(3):457-67. doi: 10.1590/S0034-89102010000300009
 27. Van KDH, Paw MJ, Twisk JW, Van WM. A brief review on correlates of physical activity and sedentariness in youth. *Med Sci Sports Exerc*. 2007 ago;39(8):1241-50. doi: 10.1249/mss.0b013e318059bf35
 28. Gomez LF, Parra DC, Lobelo F, Samper B, Moreno J, Jacoby E, et al. Television viewing and its association with overweight in Colombian children: results from the 2005 National Nutrition Survey: a cross sectional study. *Int J Behav Nutr Phys Act*. 2007;4(1):41. doi: 10.1186/1479-5868-4-41
 29. Cooper AR, Wedderkopp N, Wang H, Andersen LB, Froberg K, Page AS. Active travel to school and cardiovascular fitness in Danish children and adolescents. *Med Sci Sports Exerc*. 2006 oct;38(10):1724-31. doi: 10.1249/01.mss.0000229570.02037.1d
 30. Kearns RA, Collins DC, Neuwelt PM. The walking school bus: extending children's geographies? *Area*. 2003 ago;35(3):285-92. doi: 10.1111/1475-4762.00177
 31. Faulkner GE, Buliung RN, Flora PK, Fusco C. Active school transport, physical activity levels and body weight of children and youth: a systematic review. *Prev Med*. 2009 ene;48(1):3-8. doi: 10.1016/j.ypmed.2008.10.017
 32. Fulton JE, Shisler JL, Yore MM, Caspersen CJ. Active transportation to school: findings from a national survey. *Res Q Exerc Sport*. 2005;76(3):352-7. doi: 10.1080/02701367.2005.10599306
 33. Lubans DR, Boreham CA, Kelly P, Foster CE. The relationship between active travel to school and health-related fitness in children and adolescents: a systematic review. *Int J Behav Nutr Phys Act*. 2011;8(1):5. doi: 10.1186/1479-5868-8-5
 34. Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social. Orientación Técnica para la promoción del transporte activo [Internet]. 2014 [consulta: 15 abr 2019]. 18 p. Disponible en: <https://bit.ly/2U4O95K>
 35. Cohen B. Urbanization in developing countries: Current trends, future projections, and key chal-

- lenges for sustainability. *Technol Soc.* 2006;28(1-2):63-80. doi: 10.1016/j.techsoc.2005.10.005
36. Dutra GF, Kaufmann CC, Pretto AD, Albernaz EP. Television viewing habits and their influence on physical activity and childhood overweight. *J Pediatr (Rio J)*. 2015;91(4):346-51. doi: 10.1016/j.jpmed.2014.11.002
37. Andersen RE, Crespo C, Bartlett S, Cheskin L, Pratt M. Relationship of physical activity and television watching with body weight and level of fatness among children. *JAMA*. 1998;279(12):938-42. doi: 10.1001/jama.279.12.938
38. Ghavamzadeh S, Khalkhali HR, Alizadeh M. TV viewing, independent of physical activity and obesogenic foods, increases overweight and obesity in adolescents. *J Health Popul Nutr*. 2013;31(3):334-42. doi: 10.3329/jhpn.v31i3.16825
39. Hunter RF, Boeri M, Tully MA, Donnelly P, Kee F. Addressing inequalities in physical activity participation: Implications for public health policy and practice. *Prev Med*. 2015;72:64-9. doi: 10.1016/j.ypmed.2014.12.040
40. Sharma B, Chavez RC, Nam EW. Prevalence and correlates of insufficient physical activity in school adolescents in Peru. *Rev Saude Publica*. 2018;52:51. doi: 10.11606/s1518-8787.2018052000202
41. Langlois J, Omorou AY, Vuillemin A, Brianchon S, Lecomte E. Association of socioeconomic, school-related and family factors and physical activity and sedentary behaviour among adolescents: multilevel analysis of the PRALIMAP trial inclusion data. *BMC Public Health*. 2017;17(1):175. doi: 10.1186/s12889-017-4070-9
42. Sallis JF, Zakarian JM, Hovell MF, Hofstetter CR. Ethnic, socioeconomic, and sex differences in physical activity among adolescents. *J Clin Epidemiol*. 1996;49(2):125-34. doi: 10.1016/0895-4356(95)00514-5
43. Monge-Rojas R, Garita-Arce C, Sánchez-López M, Colón-Ramos U. Barriers to and suggestions for a healthful, active lifestyle as perceived by rural and urban Costa Rican adolescents. *J Nutr Educ Behav*. 2009;41(3):152-60. doi: 10.1016/j.jneb.2008.03.002
44. Wu T-Y, Pender N, Noureddine S. Gender differences in the psychosocial and cognitive correlates of physical activity among Taiwanese adolescents: a structural equation modeling approach. *Int J Behav Med*. 2003;10(2):93-105. doi: 10.1207/S15327558IJBM1002_01
45. Li M, Dibley MJ, Sibbritt D, Yan H. Factors associated with adolescents' physical inactivity in Xi'an City, China. *Med Sci Sports Exerc*. 2006 dic;38(12):2075-85. doi:10.1249/01.mss.0000233802.54529.87
46. Yamamoto-Kimura L, Posadas-Romero C, Posadas-Sánchez R, Zamora-González J, Cardoso-Saldaña G, Méndez Ramírez I. Prevalence and interrelations of cardiovascular risk factors in urban and rural Mexican adolescents. *J Adolesc Health*. 2006;38(5):591-8. doi: 10.1016/j.jadohealth.2005.04.004
47. Lämmle L, Woll A, Mensink G, Bös K. Distal and proximal factors of health behaviors and their associations with health in children and adolescents. *Int J Environ Res Public Health*. 2013;10(7):2944-78. doi: 10.3390/ijerph10072944
48. Reimers AK, Jekauc D, Peterhans E, Wagner MO, Woll A. Prevalence and socio-demographic correlates of active commuting to school in a nationwide representative sample of German adolescents. *Prev Med*. 2013;56(1):64-9. doi: 10.1016/j.ypmed.2012.11.011
49. Loucaides CA, Chedzoy SM, Bennett N. Differences in physical activity levels between urban and rural school children in Cyprus. *Health Educ Res*. 2004;19(2):138-47. doi: 10.1093/her/cyg014
50. León ME, Hernández JA. Uso de un casco adecuado y su relación con fracturas craneofaciales en motociclistas de Cali. *Colomb Médica*. 2004;35(3 Supl 1):10-5.
51. Hewitt Ramírez N, Gantiva Díaz CA, Vera Maldonado A, Cuervo Rodríguez MP, Hernández Olaya N, Juárez F, et al. Afectaciones psicológicas de niños y adolescentes expuestos al conflicto armado en una zona rural de Colom-

- bia. *Act Colomb Psicol.* 2014;17(1):79-89. doi: 10.14718/ACP.2014.17.1.9
52. Wolf AM, Gortmaker SL, Cheung L, Gray HM, Herzog DB, Colditz GA. Activity, inactivity, and obesity: racial, ethnic, and age differences among schoolgirls. *Am J Public Health.* 1993;83(11):1625-7. doi: 10.2105/ajph.83.11.1625
53. Cardona J, Llanes O. Hipertensión arterial y sus factores de riesgo en indígenas Emberá-Chamí. *CES Med.* 2013; 27 (1):31-43.
54. Simmons D, Thompson CF. Prevalence of the metabolic syndrome among adult New Zealanders of Polynesian and European descent. *Diabetes Care.* 2004;27(12):3002-4. doi: 10.2337/diacare.27.12.3002
55. Meigs JB, Wilson PW, Nathan DM, D'Agostino RB, Williams K, Haffner SM. Prevalence and characteristics of the metabolic syndrome in the San Antonio Heart and Framingham Offspring Studies. *Diabetes.* 2003 ago;52(8):2160-7. doi: 10.2337/diabetes.52.8.2160
56. Coldeportes. Ampliación de oportunidades de actividad física para los niños y niñas de la primera infancia en Colombia [Internet]. 2014 [consulta: 24 abr 2019]. 94 p. Disponible en: <https://bit.ly/2w1OPku>
57. Sallis JF, McKenzie TL, Beets MW, Beighle A, Erwin H, Lee S. Physical education's role in public health: Steps forward and backward over 20 years and HOPE for the future. *Res Q Exerc Sport.* 2012 jun;83(2):125-35. doi: 10.1080/02701367.2012.10599842
58. González SA, Castiblanco MA, Arias-Gómez LF, Martínez-Ospina A, Cohen DD, Holguin GA, et al. Results from Colombia's 2016 report card on physical activity for children and youth. *J Phys Act Health.* 2016;13(11 Suppl 2):S129-36. doi: 10.1123/jpah.2016-0369
59. Rasberry CN, Lee SM, Robin L, Laris B, Russell LA, Coyle KK, et al. The association between school-based physical activity, including physical education, and academic performance: a systematic review of the literature. *Prev Med.* 2011;52:S10-20. doi: 10.1016/j.yjmed.2011.01.027

**ENCUESTA NACIONAL
DE SALUD ESCOLAR COLOMBIA (ENSE)**

7.

**CONSUMO DE
SUSTANCIAS
PSICOACTIVAS**



7.1 Introducción

El consumo de sustancias psicoactivas y sus repercusiones son reconocidos como asuntos importantes de salud pública. Aproximadamente 275 millones de personas en todo el mundo consumieron drogas ilegales en al menos una ocasión en 2016. Se estima que un total de 31 millones padecen trastornos como consecuencia de esto, es decir que necesitan tratamiento. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), en 2015 fallecieron aproximadamente 450.000 personas debido al consumo de drogas ilegales y en 2016, 3,3 millones perdieron la vida a causa del consumo de alcohol; de estas, una de cada 20 muertes fue por siniestros de tránsito, violencia interpersonal, suicidios y otros actos violentos; 21 % debido a problemas digestivos, y 19 % por enfermedades cardiovasculares. Las otras muertes se atribuyeron a enfermedades infecciosas, cánceres, enfermedades mentales y otros problemas de salud. Así mismo, más de 200 enfermedades están vinculadas al consumo de alcohol (1-5).

En Colombia, el Estudio Nacional de Consumo de Sustancias Psicoactivas en escolares del año 2016 estimó que hay cerca de 520.000 estudiantes entre 12 y 18 años (15,6 % o uno de cada seis) que han consumido alguna droga ilegal a lo largo de la vida (16,9 % entre los hombres y 15,1 % entre las mujeres). Un 11 % de los escolares declara haber usado este tipo de drogas en el último año, 11,9 % de los hombres y 10,2 % de las mujeres. Con respecto al consumo de alcohol, el 37 % de los estudiantes (1.200.622) dijeron haberlo consumido en el último mes, encontrándose que las mujeres pre-

sentan mayor proporción de consumo (37,9 %) en comparación con los hombres (36,1 %). La bebida de mayor consumo fue la cerveza, consumida semanalmente por un tercio de esta población (al menos 1 o 2 veces por semana). Así mismo, aunque la prevalencia en escolares disminuyó en relación con la medición del año 2011, el consumo de esta sustancia es mucho más extendido que el de las drogas ilícitas, por lo tanto, los daños en la población pueden ser mayores (6).

En el mismo estudio se encontró que el consumo de sustancias psicoactivas se ha incrementado en la población escolar, observándose que en el año 2011 el 9,7 % de las mujeres había consumido cualquier sustancia ilícita alguna vez en la vida, pero para el año 2016 esta prevalencia aumentó a 13,6 %; de la misma forma, en los hombres se incrementó de 14,4 % a 15,0 %. También el consumo actual (en los últimos 30 días) aumentó en los dos sexos, alcanzando un 4,4 % en las mujeres, que en el año 2011 registró un 3,6 %, mientras que en los hombres se incrementó de 5,9 % a 6,1 %.

Cabe mencionar que las edades de los estudiantes encuestados son diferentes, pues en el presente estudio el rango de edad abarca de los 13 a los 17 años y en la encuesta mencionada las edades están comprendidas entre 12 y 18 años, por lo que no se pueden hacer comparaciones directas entre las estimaciones. Adicionalmente, en el tema de sustancias ilícitas la forma de preguntar acerca de este tópico es diferente entre una y otra encuesta, lo cual puede introducir diferencias en las respuestas.

Un aspecto que hace priorizar al grupo de escolares es el hecho de que las oportunidades de prevención pueden ser potencialmente mayores en esta población que en la de adultos, pues, de un lado, se tiene una población cautiva para ser intervenida y, de otro, se sabe que las estrategias de prevención en edades tempranas pueden generar mejores resultados que las intervenciones en edades mayores.

7.2 Consumo de alcohol

Esta categoría de análisis permite establecer la práctica en el consumo de vino, cerveza, vodka, whisky, ron, brandy, aguardiente, chirrinchi, guarapo o chicha. Se entiende que el consumo de alcohol no incluye beber unos pocos sorbos de vino en actividades religiosas. Específicamente, se entiende por consumo la ingesta de una “bebida estándar”, es decir, un vaso de vino, una botella o lata de cerveza, o un vaso de alguna bebida destilada.

7.2.1 Edad de inicio, consumo y hábitos

Las edades tempranas de inicio del consumo de alcohol se constituyen en importante factor de riesgo para desarrollar mayor dependencia a esta sustancia. Igualmente, una mayor frecuencia y cantidad de consumo está asociada con el desarrollo de enfermedades físicas y mentales, cuestión ampliamente documentada (7-9).

El 40,9 % de los escolares encuestados consumió la primera vez antes de los 14 años (IC 95 %: 38,6-43,3). Dicha proporción fue mayor en los hombres (43,7 %; IC 95 %: 41,5-45,9) que en las mujeres (38,5 %; IC 95 %:

35,8-41,2). En particular, en la región Central, con una estimación de 47,5 %, se encontró la mayor prevalencia de inicio, antes de los 14 años de edad (IC 95 %: 44,7-50,4), así como en la ciudad de Medellín (52,1 %; IC 95 %: 46,0-58,2). Se tomó el corte de 14 años para tener prevalencias más consistentes y sólidas, pues los consumos anteriores a dicha edad presentaban valores muy bajos e irregulares.

En la zona urbana se estimó una mayor prevalencia de escolares con inicio de consumo antes de los 14 años (42 %; IC 95 %: 39,6-44,5), en comparación con la zona rural. Finalmente, en los escolares sin pertenencia étnica se encontraron mayores prevalencias (41,8 %; IC 95 %: 39,5-44,2), en comparación con los de etnia indígena, como se observa en la Tabla 11.

El 68,2 % de los encuestados refirió haber tomado al menos un trago en su vida (IC 95 %: 66,1-70,2), siendo mayor esta prevalencia entre los estudiantes sin pertenencia étnica, cuya estimación alcanzó un 69,8 % (IC 95 %: 67,6-72,0), en comparación con los escolares afrodescendientes y con los de etnia indígena.

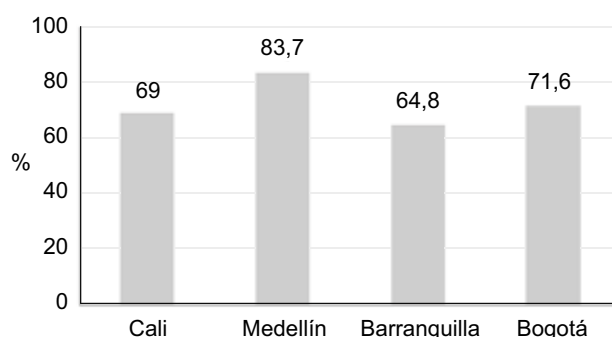
La región Central presentó la mayor prevalencia de consumo alguna vez en la vida con un 74,8 % (IC 95 %: 70,4-78,7), mientras que entre las ciudades fue Medellín la de mayor ocurrencia (83,7 %; IC 95 %: 82,1-85,2). Igualmente, en la zona urbana fue mayor (69,1 %; IC 95 %: 66,9-71,3); y en los colegios no oficiales las prevalencias son más elevadas (70,8 %; IC 95 %: 68,2-73,3) que en los colegios oficiales (ver Tabla 12 y Figura 3).

Tabla 11. Edad de inicio de consumo de alcohol en escolares.

Variable	Nunca he tomado		Menos de 14 años		14 años o más	
	%	IC 95 %	%	IC 95 %	%	IC 95 %
Sexo						
Masculino	33,0	31,2-34,8	43,7	41,5-45,9	23,3	21,9-24,7
Femenino	35,0	32,4-37,7	38,5	35,8-41,2	26,6	24,9-28,3
Etnia						
Indígena	42,1	37,6-46,8	34,3	29,5-39,4	23,6	20,8-26,6
Negro/Mulato/Afro/Palenquero	34,5	32,4-36,7	39,1	36,5-41,8	26,4	24,3-28,5
Sin pertenencia étnica	32,8	30,5-35,2	41,8	39,5-44,2	25,4	24,0-26,8
Región						
Atlántica	41,8	38,2-45,5	31,5	28,8-34,3	26,7	24,1-29,4
Oriental	34,6	32,0-37,3	43,9	41,6-46,3	21,5	19,4-23,7
Bogotá	30,3	30,1-30,4	47,2	47,2-47,3	22,5	22,3-22,7
Central	27,6	23,8-31,8	47,5	44,7-50,4	24,8	22,1-27,8
Pacífica	34,6	32,3-37,1	35,7	32,7-38,9	29,7	27,3-32,1
Orinoquía-Amazonía	36,0	31,4-41,0	41,3	38,7-43,8	22,7	18,4-27,7
Zona						
Urbana	33,2	30,9-35,5	42,0	39,6-44,5	24,8	23,2-26,4
Rural	38,6	36,3-41,0	35,2	32,9-37,6	26,2	24,3-28,1
Sector						
Oficial	34,5	32,3-36,8	40,6	38,0-43,1	24,9	23,3-26,6
No oficial	31,3	28,8-33,9	43,2	39,4-47,2	25,5	23,2-27,9
Ciudades principales						
Cali	32,2	31,4-33,0	40,5	39,9-41,1	27,3	26,6-28,0
Medellín	18,7	17,2-20,4	52,1	46,0-58,2	29,2	23,0-36,2
Barranquilla	37,0	36,7-37,3	36,8	36,1-37,5	26,2	25,2-27,2
Total	34,1	32,0-36,2	40,9	38,6-43,3	25	23,6-26,4

Tabla 12. Prevalencia de consumo alguna vez en la vida.

Variable	%	IC 95 %
Sexo		
Masculino	67,1	65,2- 68,9
Femenino	69,2	66,7- 71,6
Etnia		
Indígena	56,8	52,0- 61,5
Negro/Mulato/Afro/ Palenquero	66,9	64,8- 68,9
Sin pertenencia étnica	69,8	67,6- 72,0
Región		
Atlántica	59,9	56,4- 63,4
Oriental	68,4	66,5- 70,2
Bogotá	71,6	71,5-71,8
Central	74,8	70,4-78,7
Pacífica	67,5	65,5-69,5
Orinoquía-Amazonía	66,9	62,5-71,0
Zona		
Urbana	69,1	66,9-71,3
Rural	63,4	60,8-66,0
Sector		
Oficial	67,8	65,6-69,9
No oficial	70,8	68,2-73,3
Ciudades principales		
Cali	69,0	68,0-70,0
Medellín	83,7	82,1-85,2
Barranquilla	64,8	64,4-65,2
Total	68,2	66,1-70,2

**Figura 3.** Prevalencia de consumo de alcohol alguna vez en la vida según ciudades principales.

El 44,7 % de los escolares encuestados consumió alcohol en el último mes (IC 95 %: 42,7-46,7), y en concordancia con lo encontrado en la prevalencia de vida, en la región Central se encontró el mayor porcentaje (52,4 %; IC 95 %: 48,0-56,6); entre las ciudades principales también es Medellín la de mayor ocurrencia (61,7 %; IC 95 %: 59,8-63,6). Los escolares sin pertenencia étnica presentan una mayor prevalencia (45,4 %; IC 95 %: 43,1-47,8) que los indígenas. Finalmente, en la zona urbana se presenta una mayor prevalencia (45,3 %; IC 95 %: 43,0-47,6) que en la zona rural (ver Tabla 13).

El 8,5 % de los escolares encuestados manifestó haber consumido alcohol por más de cinco días durante el último mes (IC 95 %: 7,7-9,3). Esta prevalencia fue mayor en la ciudad de Medellín (14,9 %; IC 95 %: 12,9-17,2), y entre las regiones fue la Central en la que se estimó un mayor valor (10,5 %; IC 95 %: 8,7-12,5). De la misma forma, los hombres, con un 9,3 % (IC 95 %: 8,5-10,1), presentaron una mayor estimación que las mujeres (7,7 %; IC 95 %: 7,0-8,6). También los escolares sin pertenencia étnica, con 8,7 % (IC 95 %: 7,9-9,5), tuvieron una mayor proporción que los indígenas.

En las zonas urbanas se encontró la prevalencia más alta de escolares que consumieron alcohol en más de cinco días durante el último mes (8,8 %; IC 95 %: 8,0-9,7), mientras en la zona rural se estimó en 6,9 % (IC 95 %: 6,2-7,8); la Tabla 14 presenta los días de consumo en el último mes.

Tabla 13. Consumo de alcohol en el último mes.

Variable	No		Sí	
	%	IC 95 %	%	IC 95 %
Sexo				
Masculino	55,8	53,9-57,8	44,2	42,2-46,1
Femenino	54,9	52,5-57,3	45,1	42,7-47,5
Etnia				
Indígena	59,1	55,2-62,8	40,9	37,2-44,8
Negro/Mulato/Afro/Palenquero	56	53,8-58,1	44,0	41,9-46,2
Sin pertenencia étnica	54,6	52,2-56,9	45,4	43,1-47,8
Región				
Atlántica	61,5	58,8-64,0	38,5	36,0-41,2
Oriental	56,3	53,9-58,6	43,7	41,4-46,1
Bogotá	53,1	53,0-53,2	46,9	46,8-47,0
Central	47,6	43,4-52,0	52,4	48,0-56,6
Pacífica	58,5	56,6-60,4	41,5	39,6-43,4
Orinoquía-Amazonía	54,8	50,0-59,5	45,2	40,5-50,0
Zona				
Urbana	54,7	52,4-57,0	45,3	43,0-47,6
Rural	58,2	56,1-60,2	41,8	39,8-43,9
Sector				
Oficial	55,6	53,5-57,7	44,4	42,3-46,5
No oficial	53,2	50,0-56,3	46,8	43,7-50,0
Ciudades principales				
Cali	57,1	56,8-57,5	42,9	42,5-43,2
Medellín	38,3	36,4-40,2	61,7	59,8-63,6
Barranquilla	61,6	61,3-61,9	38,4	38,1-38,7
Total	55,3	53,3-57,3	44,7	42,7-46,7

Tabla 14. Número de días de consumo en el último mes.

Variable	0 días		1 o 2 días		3 a 5 días		6 o más días	
	%	IC 95 %	%	IC 95 %	%	IC 95 %	%	IC 95 %
Sexo								
Masculino	55,7	53,8-57,6	27,0	26,0-28,1	8,0	7,3-8,8	9,3	8,5-10,1
Femenino	55	52,6-57,4	29,7	28,5-30,8	7,6	6,7-8,5	7,7	7,0-8,6
Etnia								
Indígena	61,8	58,4-65,1	25,9	23,4-28,5	6,2	5,0-7,6	6,2	5,1-7,4
Negro/Mulato/Afro/Palenquero	55,3	53,2-57,5	29,2	27,5-30,9	7,0	6,2-7,8	8,5	7,6-9,6
Sin pertenencia étnica	54,3	51,9-56,6	28,9	27,9-29,9	8,2	7,3-9,1	8,7	7,9-9,5

Cont.

Variable	0 días		1 o 2 días		3 a 5 días		6 o más días	
	%	IC 95 %	%	IC 95 %	%	IC 95 %	%	IC 95 %
Región								
Atlántica	62,0	59,5-64,3	25,3	23,8-26,9	5,8	5,1-6,5	7,0	6,1-7,9
Oriental	55,3	52,4-58,1	27,7	26,4-28,9	8,1	7,1-9,2	9,0	7,3-10,9
Bogotá	53,4	53,3-53,5	28,2	28,2-28,3	9,5	9,4-9,5	8,9	8,8-9,0
Central	47,9	43,4-52,5	31,8	30,3-33,3	9,8	8,3-11,6	10,5	8,7-12,5
Pacífica	58,1	56,2-60,1	28,5	26,9-30,2	6,4	5,9-7,0	6,9	6,2-7,7
Orinoquía-Amazonía	54,8	50,6-58,9	31,6	28,7-34,7	6,2	5,0-7,7	7,4	6,0-9,0
Zona								
Urbana	54,7	52,3-56,9	28,5	27,5-29,5	8,1	7,3-9,0	8,8	8,0-9,7
Rural	58,5	56,6-60,4	28,1	26,7-29,6	6,4	5,7-7,3	6,9	6,2-7,8
Sector								
Oficial	55,6	53,4-57,7	28,6	27,7-29,5	7,6	6,8-8,4	8,3	7,5-9,2
No oficial	53,6	50,6-56,6	27,6	25,9-29,3	9,3	8,3-10,5	9,5	8,4-10,6
Ciudades principales								
Cali	56,9	56,4-57,4	28,1	27,5-28,8	7,0	6,8-7,3	7,9	7,8-8,1
Medellín	38,1	35,8-40,5	33,6	32,1-35,2	13,4	12,2-14,6	14,9	12,9-17,2
Barranquilla	60,4	60,0-60,8	24,5	24,2-24,8	6,6	6,5-6,8	8,5	8,2-8,7
Total	55,3	53,3-57,3	28,4	27,6-29,3	7,8	7,1-8,6	8,5	7,7-9,3

Durante los días de consumo de alcohol el 11,1 % de los escolares encuestados bebieron cinco tragos o más (IC 95 %: 10,1-12,2); sin embargo, en la región Central, con un 14,5 % (IC 95 %: 12,6-16,7), y en la ciudad de Medellín, con 13,1 % (IC 95 %: 12,8-13,5), se observaron prevalencias mayores respecto al total general de Colombia.

Igualmente, en los escolares afrodescendientes, con 11,5 % (IC 95 %: 10,1-13,0), se encontró una prevalencia mayor que en la etnia indígena, en la cual fue de 8,9 % (IC 95 %: 7,4-10,7). En la zona urbana la prevalencia de

consumo fue de 11,4 % (IC 95 %: 10,2-12,7), mayor que en la zona rural (ver Tabla 15).

El alto porcentaje observado en la categoría “5 tragos o más”, en comparación con las otras opciones (1 trago, 2 tragos, etc.), puede obedecer a que un porcentaje alto, aproximadamente 20 % de los adolescentes, son “bebedores problema”, definidos como aquellos adolescentes que toman en los colegios o escuelas, o antes de asistir a las instituciones educativas; pueden beber varios días seguidos, tener problemas con la policía, amigos o personas cercanas debido al consumo (10-11).

Tabla 15. Número de tragos bebidos en el último mes.

Variable	No tomé alcohol durante los últimos 30 días		Menos de un trago		1 trago		2 tragos		3 tragos		4 tragos		5 tragos o más	
	%	IC 95 %	%	IC 95 %	%	IC 95 %	%	IC 95 %	%	IC 95 %	%	IC 95 %	%	IC 95 %
Sexo														
Masculino	54,2	52,3-56,1	11,4	10,8-12,0	8,8	8,2-9,4	6,8	6,2-7,4	4,3	3,9-4,7	3,0	2,7-3,3	11,6	10,5-12,9
Femenino	53,6	51,4-55,9	11,0	10,4-11,7	8,9	8,3-9,6	7,0	6,5-7,6	5,3	4,8-5,9	3,4	3,0-3,9	10,6	9,5-11,8
Etnia														
Indígena	57,0	53,3-60,7	14,0	11,7-16,7	8,0	6,9-9,4	5,9	4,9-7,0	3,8	3,1-4,7	2,4	1,7-3,2	8,9	7,4-10,7
Negro/Mulato/Afro/Palenquero	54,4	52,3-56,5	11,4	10,4-12,4	8,3	7,2-9,6	6,8	5,9-7,8	4,7	4,1-5,3	2,9	2,5-3,4	11,5	10,1-13,0
Sin pertenencia étnica	53,3	51,0-55,5	10,7	10,2-11,3	9,0	8,5-9,5	7,2	6,7-7,8	5,0	4,6-5,5	3,3	3,0-3,7	11,4	10,3-12,7
Región														
Atlántica	60,0	57,7-62,2	9,5	8,7-10,3	7,2	6,4-8,1	5,6	5,1-6,2	3,4	2,9-4,0	2,7	2,2-3,2	11,5	9,9-13,4
Oriental	53,8	51,1-56,6	13,4	12,0-14,8	9,7	8,8-10,7	7,0	6,1-8,0	4,5	3,8-5,3	3,0	2,5-3,5	8,6	7,1-10,4
Bogotá	53,0	53,0-53,0	11,3	11,2-11,4	9,3	9,2-9,4	7,8	7,8-7,9	5,5	5,4-5,5	3,6	3,6-3,7	9,4	9,3-9,5
Central	46,4	42,3-50,4	11,1	10,4-11,8	9,9	9,1-10,8	8,0	7,2-8,9	6,1	5,5-6,9	4,0	3,3-4,8	14,5	12,6-16,7
Pacífica	56,9	54,9-59,0	11,0	10,3-11,8	8,0	7,3-8,8	6,3	5,6-7,0	4,8	4,3-5,3	3,0	2,6-3,5	9,9	9,1-10,8
Orinoquía-Amazonía	53,1	48,8-57,4	12,1	10,5-14,0	10,8	8,7-13,4	7,0	5,8-8,4	5,3	4,3-6,6	2,5	2,0-3,1	9,2	7,2-11,6
Zona														
Urbana	53,5	51,3-55,7	11,0	10,4-11,6	8,9	8,4-9,4	7,0	6,5-7,6	4,9	4,4-5,3	3,3	3,0-3,7	11,4	10,2-12,7
Rural	55,7	53,7-57,7	12,2	11,3-13,2	8,6	7,8-9,5	6,4	5,7-7,2	4,8	4,0-5,7	2,6	2,2-3,0	9,6	8,6-10,7
Sector														
Oficial	54,0	52,0-56,0	11,2	10,7-11,8	8,8	8,4-9,2	6,9	6,4-7,4	4,7	4,3-5,2	3,2	2,9-3,6	11,2	10,1-12,3
No oficial	53,1	50,0-56,2	11,1	10,1-12,2	9,4	8,1-10,9	7,2	6,7-7,8	5,5	4,8-6,4	3,2	2,7-3,8	10,4	8,7-12,3
Ciudades principales														
Cali	55,8	55,6-56,0	11,0	10,8-11,1	8,7	8,3-9,2	6,8	6,7-7,0	5,3	5,0-5,5	2,7	2,7-2,7	9,6	9,1-10,2
Medellín	58,9	58,8-59,1	8,1	8,0-8,1	6,7	6,4-6,9	5,8	5,5-6,1	4,5	4,4-4,7	2,9	2,8-2,9	13,1	12,8-13,5
Barranquilla	48,1	37,6-58,7	10,7	9,1-12,4	9,2	7,4-11,5	7,8	6,1-9,9	5,8	4,6-7,2	3,8	2,6-5,6	14,5	10,6-19,6
Total	53,9	52,0-55,7	11,2	10,7-11,7	8,9	8,4-9,3	6,9	6,5-7,4	4,8	4,5-5,2	3,2	2,9-3,5	11,1	10,1-12,2

7.2.2 Acceso a alcohol

La venta de alcohol a menores de edad está prohibida por la normatividad en Colombia, por lo cual es importante conocer la magnitud de dicha problemática. De la misma forma, la crianza es un proceso que incluye la obligación de los padres de proporcionar pautas adecuadas de aprendizaje y condiciones positivas de estímulo a los hijos.

El 14,7 % de los hombres informaron que consiguieron el alcohol comprándolo de manera directa (IC 95 %: 13,4-16,0), siendo esta prevalencia menor en las mujeres. En contraste, una mayor proporción de las estudiantes mujeres manifestaron haber conseguido el alcohol con la familia (11,5 %; IC 95 %: 9,6-13,6); esta prevalencia fue menor en los hombres, en los cuales se estimó en 7,4 % (IC 95 %: 6,3-8,8). Entre las ciudades principales, fue Bogotá, con un 15 % (IC 95 %: 15,0-15,1), donde los escolares consiguieron el alcohol

en una mayor frecuencia con la familia. En la región Central se observó la mayor prevalencia de estudiantes que consiguieron el alcohol comprándolo directamente, alcanzando un 14,3 % (IC 95 %: 11,4-17,8).

Con relación al área de residencia, el 10 % de los estudiantes de las zonas urbanas consiguen el alcohol más frecuentemente con la familia (IC 95 %: 8,4-11,9), siendo dicha prevalencia mayor que la observada en los escolares de la zona rural. También los de la zona urbana lo compran de manera directa con mayor frecuencia (11,5 %; IC 95 %: 10,3-12,9) que en la zona rural. Finalmente, con relación a las ciudades principales estudiadas, en Medellín la prevalencia de estudiantes que lo compran directamente es del 20,9 % (IC 95 %: 18,5-23,6), duplicando, y más, la ocurrencia de Cali (10,6 %) y de Barranquilla (8,1 %) (ver Figura 4 y Tabla 16).

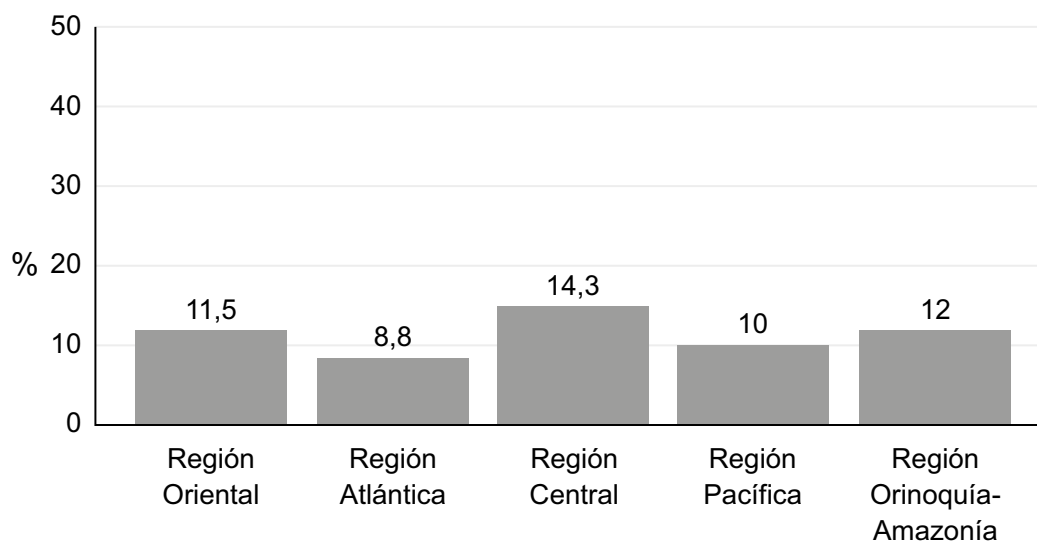


Figura 4. Consigue el alcohol comprándolo directamente en establecimientos de comercio.

Tabla 16 Acceso a alcohol en escolares

Variable	No tomé alcohol durante los últimos 30 días		Lo compré en una tienda, un mercado o en la calle		Le di dinero a otra persona para que lo comprara por mí		Lo conseguí de mis amigos		Lo conseguí de mi familia		Lo robé o lo tomé sin pedir permiso		Lo conseguí de otra manera	
	%	IC 95 %	%	IC 95 %	%	IC 95 %	%	IC 95 %	%	IC 95 %	%	IC 95 %	%	IC 95 %
Sexo														
Masculino	55,8	53,9-57,8	14,7	13,4-16,0	3,7	3,2-4,2	11,8	10,7-12,9	7,4	6,3-8,8	1,2	1,0-1,5	5,4	5,0-5,8
Femenino	54,9	52,5-57,3	8,2	7,1-9,4	2,2	1,9-2,6	15,6	14,3-16,9	11,5	9,6-13,6	1,2	1,0-1,4	6,4	5,9-7,0
Etnia														
Indígena	59,1	55,2-62,8	12,4	10,1-15,1	2,8	2,1-3,7	14,2	11,7-17,2	6,3	5,0-7,8	1,1	0,7-1,8	4,1	3,1-5,4
Negro/Mulato/Afro/Palenquero	56,0	53,8-58,1	10,8	9,4-12,5	3,0	2,3-4,0	15,7	14,4-17,0	7,9	6,8-9,1	1,2	0,9-1,6	5,4	4,7-6,0
Sin pertenencia étnica	54,6	52,2-56,9	11,2	9,9-12,6	2,9	2,6-3,2	13,6	12,5-14,9	10,2	8,7-12,1	1,2	1,0-1,3	6,4	6,0-6,8
Región														
Atlántica	61,5	58,8-64,0	8,8	7,6-10,2	2,7	2,2-3,3	14,6	13,6-15,7	6,8	5,9-7,8	1,2	1,0-1,6	4,5	3,8-5,2
Oriental	56,3	53,9-58,6	11,5	10,1-13,1	3,1	2,4-4,0	10,2	9,4-10,9	11,0	10,0-12,1	1,2	0,9-1,4	6,8	5,9-7,7
Bogotá	53,1	53,0-53,2	11,0	10,9-11,0	3,3	3,3-3,4	10,6	10,5-10,6	15,0	15,0-15,1	1,2	1,2-1,2	5,8	5,7-5,9
Central	47,6	43,4-52,0	14,3	11,4-17,8	3,2	2,8-3,6	16,8	15,6-18,1	9,8	9,1-10,5	1,3	1,1-1,6	6,9	6,3-7,6
Pacífica	58,5	56,6-60,4	10,0	9,4-10,7	2,5	2,1-3,1	15,2	13,5-17,0	6,9	5,5-8,5	1,0	0,7-1,4	5,9	5,3-6,4
Orinoquía-Amazonía	54,8	50,0-59,5	12,0	9,8-14,6	2,7	2,0-3,7	13,9	12,1-16,1	9,7	7,9-12,0	0,9	0,4-1,7	6,0	5,1-7,0
Zona														
Urbana	54,7	52,4-57,0	11,5	10,3-12,9	2,9	2,6-3,2	13,6	12,4-14,9	10,0	8,4-11,9	1,3	1,1-1,4	6,0	5,7-6,4
Rural	58,2	56,1-60,2	9,7	8,8-10,7	3,3	2,8-3,9	14,8	13,6-16,1	7,6	6,6-8,7	1,0	0,7-1,3	5,5	4,8-6,3
Sector														
Oficial	55,6	53,5-57,7	11,1	9,9-12,5	3,0	2,7-3,3	13,9	12,8-15,1	9,3	8,0-10,7	1,2	1,1-1,3	5,8	5,5-6,2
No oficial	53,2	50,0-56,3	11,9	10,1-13,8	2,5	2,1-3,0	13,0	11,7-14,4	11,5	9,3-14,1	1,3	1,1-1,5	6,7	5,5-8,0
Ciudades principales														
Cali	57,1	56,8-57,5	10,6	10,6-10,7	2,3	2,0-2,5	12,8	12,5-13,1	9,2	8,7-9,7	1,6	1,5-1,6	6,4	6,2-6,5
Medellín	38,3	36,4-40,2	20,9	18,5-23,6	3,5	2,5-4,9	17,8	16,4-19,4	11,2	9,9-12,6	1,3	0,9-1,9	7,0	5,2-9,3
Barranquilla	61,6	61,3-61,9	8,1	7,9-8,4	2,5	2,2-2,9	13,7	13,2-14,3	6,9	6,8-7,0	1,0	0,9-1,1	6,1	5,2-7,0
Total	55,3	53,3-57,3	11,2	10,1-12,4	3,0	2,7-3,2	13,8	12,7-14,9	9,6	8,1-11,3	1,2	1,1-1,3	5,9	5,6-6,3

7.2.3 Consecuencias del consumo de alcohol

Algunas de las consecuencias negativas del consumo de alcohol están relacionadas con peleas y otras situaciones que comprometen la seguridad personal y la armonía en los ambientes escolares y familiares.

Con respecto a los problemas que les ha generado el consumo de alcohol, el 13,3 % de los escolares ha tenido problemas con su familia o amigos, faltado a la escuela o se ha mezclado en peleas una o más veces como resultado del consumo (IC 95 %: 12,7-14,0), en los hombres esta prevalencia es mayor, alcanzando un 14,0 % (IC 95 %: 13,2-14,8); también presentan mayores prevalencias los estudiantes indígenas (17,8 %; IC 95 %: 15,7-20,0), los de colegios oficiales (13,7 %; IC 95 %: 13,0-14,4) y los escolares de Medellín (12,7 %; IC 95 %: 10,6-15,1), como se observa en la Figura 5 y Tabla 17.

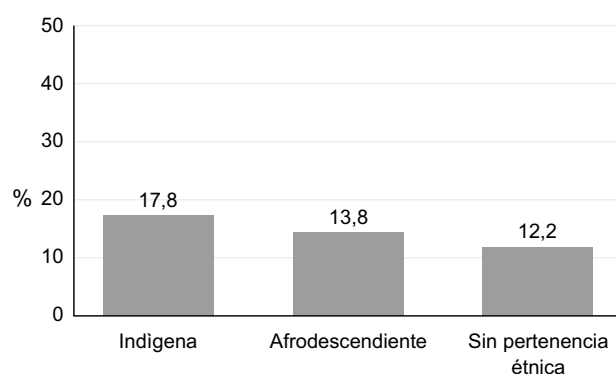


Figura 5. Durante la vida ha tenido problemas al menos una vez con la familia o amigos, ha faltado a la escuela o se ha metido en peleas como resultado de tomar alcohol.

Tabla 17. Ocurrencia de problemas debido al consumo de alcohol en la población escolar.

Variable	0 veces		1 y más veces	
	%	IC 95 %	%	IC 95 %
Sexo				
Masculino	86,0	85,2-86,8	14,0	13,2-14,8
Femenino	87,5	86,8-88,2	12,5	11,8-13,2
Etnia				
Indígena	82,2	80,0-84,3	17,8	15,7-20,0
Negro/Mulato/Afro/Palenero	86,2	84,9-87,4	13,8	12,6-15,1
Sin pertenencia étnica	87,8	87,1-88,4	12,2	11,6-12,9
Región				
Atlántica	86,9	85,2-88,4	13,1	11,6-14,8
Oriental	86,1	84,2-87,8	13,9	12,2-15,8
Bogotá	87,1	87,1-87,1	12,9	12,9-12,9
Central	86,6	85,8-87,5	13,4	12,5-14,2
Pacífica	86,9	84,9-88,7	13,1	11,3-15,1
Orinoquía-Amazonía	86,2	84,8-87,6	13,8	12,4-15,2
Zona				
Urbana	86,7	85,9-87,4	13,3	12,6-14,1
Rural	86,8	85,6-87,9	13,2	12,1-14,4
Sector				
Oficial	86,3	85,6-87,0	13,7	13,0-14,4
No oficial	89,4	87,5-91,0	10,6	9,0-12,5
Ciudades principales				
Cali	89,6	89,2-89,9	10,4	10,1-10,8
Medellín	87,3	84,9-89,4	12,7	10,6-15,1
Barranquilla	89,8	89,7-89,9	10,2	10,1-10,3
Total	86,7	86,0-87,3	13,3	12,7-14,0

El 33,1 % de los escolares encuestados se ha embriagado al menos una vez (IC 95 %: 31,0-35,3). Este porcentaje fue mayor en los estudiantes de sexo masculino, alcanzando un 35,4 % (IC 95 %: 33,5-37,3). Igualmente, las prevalencias fueron mayores en Bogotá, con un 36,1 % (IC 95 %: 35,8-36,3); en Medellín, con 50,4 % (IC 95 %: 46,4-54,3), y en la región Central, en la cual fue de 39,0 % (IC 95 %: 33,9-44,4), como se observa en la Tabla 18.

7.2.4 Bebidas alcohólicas de consumo habitual

Respecto a las bebidas que una mayor proporción de escolares reportaron consumir de manera habitual, en general todos los subgrupos estudiados tomaron cerveza en mayor proporción que otras bebidas alcohólicas. Un análisis comparativo permitió observar que el porcentaje de hombres que tomaron cerveza es del 28,3 % (IC 95 %: 27,4-29,1), siendo mayor que el observado en las mujeres. Igualmente, los hombres tomaron con mayor proporción chicha, guarapo o chirrinchi, reportando un 1,3 % (IC 95 %: 1,1-1,6).

De acuerdo a la etnia, fueron los estudiantes sin pertenencia étnica los que tomaron cerveza de manera habitual con una mayor prevalencia (27,2 %; IC 95 %: 26,1-28,3), mientras que los afrodescendientes tomaron de manera habitual vino (11,1 %; IC 95 %: 9,2-13,3). El análisis según regiones permitió observar que fue en la región Atlántica donde más estudiantes tomaron cerveza (29,5 %; IC 95 %: 27,7-31,3) y que es Medellín la ciudad en que

los escolares tomaron en mayor proporción licores fuertes —i.e., que contienen más grados de alcohol— (35,3 %; IC 95 %: 29,1-42,0), como se observa en la Tabla 19.

Tabla 18. Ocurrencia de embriagamiento en escolares por alcohol 1 o más veces en la vida.

Variable	No		Sí	
	%	IC 95 %	%	IC 95 %
Sexo				
Masculino	64,6	62,7-66,5	35,4	33,5-37,3
Femenino	69,0	66,1-71,8	31,0	28,2-33,9
Etnia				
Indígena	71,6	68,0-75,1	28,4	24,9-32,0
Negro/Mulato/Afro/ Palenquero	68,7	66,4-71,0	31,3	29,0-33,6
Sin pertenencia étnica	66,1	63,7-68,4	33,9	31,6-36,3
Región				
Atlántica	73,3	70,2-76,1	26,7	23,9-29,8
Oriental	65,8	63,2-68,3	34,2	31,7-36,8
Bogotá	63,9	63,7-64,2	36,1	35,8-36,3
Central	61	55,6-66,1	39	33,9-44,4
Pacífica	69,5	67,5-71,5	30,5	28,5-32,5
Orinoquía-Amazonía	70,3	66,6-73,8	29,7	26,2-33,4
Zona				
Urbana	66,1	63,7-68,5	33,9	31,5-36,3
Rural	70,9	69,0-72,7	29,1	27,3-31,0
Sector				
Oficial	66,6	64,2-69,0	33,4	31,0-35,8
No oficial	68,7	66,1-71,1	31,3	28,9-33,9
Ciudades principales				
Cali	71,0	70,6-71,5	29	28,5-29,4
Medellín	49,6	45,7-53,6	50,4	46,4-54,3
Barranquilla	70,7	70,2-71,1	29,3	28,9-29,8
Total	66,9	64,7-69,0	33,1	31,0-35,3

Tabla 19. Prevalencia de consumo de alcohol según tipo de bebida alcohólica que consumen habitualmente los escolares.

Variable	Yo no tomo alcohol		Cerveza		Vino		Licores como aguardiente, ron, vodka, brandy, tequila o whisky		Crema de brandy, crema de ron o crema de whisky		Chicha, guarapo o chirrinchi		Otro tipo de bebida alcohólica	
	%	IC 95 %	%	IC 95 %	%	IC 95 %	%	IC 95 %	%	IC 95 %	%	IC 95 %	%	IC 95 %
Sexo														
Masculino	40,3	38,7-42,0	28,3	27,4-29,1	8,0	7,5-8,6	18,7	17,0-20,5	1,6	1,4-1,9	1,3	1,1-1,6	1,7	1,5-2,0
Femenino	39,1	37,2-40,9	25,8	24,5-27,2	9,2	8,4-10,1	20,9	18,7-23,3	2,4	1,8-3,1	0,8	0,7-1,0	1,8	1,5-2,2
Etnia														
Indígena	46,7	42,7-50,6	27,7	25,2-30,3	7,1	6,0-8,5	14,3	12,4-16,4	1,2	0,8-1,9	1,8	1,3-2,6	1,2	0,8-1,7
Negro/Mulato/Afro/Palenquero	38,3	36,1-40,5	25,9	24,0-28,0	11,1	9,2-13,3	19,5	17,3-22,0	2,3	1,7-3,0	1,3	1,0-1,7	1,6	1,3-2,0
Sin pertenencia étnica	39,0	37,2-40,9	27,2	26,1-28,3	8,3	7,6-9,0	20,6	18,6-22,8	2,0	1,7-2,5	0,9	0,8-1,1	1,9	1,6-2,2
Región														
Atlántica	45,5	42,6-48,4	29,5	27,7-31,3	8,1	7,1-9,3	13,1	11,3-15,2	0,7	0,5-0,9	1,1	0,8-1,4	2,1	1,5-2,8
Oriental	40,3	38,0-42,5	26,8	24,8-29,0	10,4	9,1-11,8	17,4	15,1-20,0	2,4	1,9-3,0	1,3	1,0-1,8	1,4	1,2-1,7
Bogotá	39,1	39,1-39,2	25,4	25,4-25,4	8,9	8,9-9,0	20,5	20,5-20,6	3,3	3,3-3,3	0,8	0,8-0,8	1,9	1,9-1,9
Central	33,2	30,1-36,4	27,4	26,0-28,9	6,8	5,8-8,1	27,4	23,2-32,0	2,4	2,0-2,9	0,9	0,6-1,2	1,9	1,3-2,7
Pacífica	40,5	38,4-42,6	23,4	21,9-24,9	10,0	8,2-12,1	21,7	20,1-23,5	1,9	1,4-2,6	0,9	0,7-1,2	1,5	1,3-1,8
Orinoquía-Amazonía	39,8	36,8-42,8	28,4	25,1-31,9	8,6	6,5-11,4	16,3	13,9-19,0	2,0	1,5-2,8	2,8	1,8-4,2	2,1	1,5-3,0
Zona														
Urbana	39,3	37,5-41,2	26,4	25,4-27,4	8,7	8,0-9,4	20,6	18,6-22,8	2,1	1,7-2,7	1,0	0,9-1,2	1,8	1,6-2,2
Rural	41,4	39,2-43,7	29,3	27,7-31,0	8,6	7,6-9,8	16,2	14,2-18,4	1,4	1,1-1,8	1,5	1,1-2,0	1,5	1,2-1,8
Sector														
Oficial	39,3	37,7-41,1	27,6	26,7-28,6	8,8	8,1-9,6	19,5	17,5-21,7	1,9	1,6-2,2	1,1	1,0-1,3	1,7	1,5-2,0
No oficial	41,6	38,8-44,5	22,5	19,8-25,5	7,5	6,5-8,7	22,4	21,0-23,8	3,0	2,2-3,9	0,7	0,6-0,9	2,3	1,9-2,7
Ciudades principales														
Cali	41,6	41,3-41,9	24,6	24,3-24,9	8,0	7,8-8,3	20,2	19,8-20,7	2,7	2,4-2,9	1,2	1,1-1,3	1,7	1,6-1,8
Medellín	26,9	25,1-28,8	26,7	23,3-30,5	4,4	3,6-5,5	35,3	29,1-42,0	2,8	2,2-3,6	0,6	0,4-1,0	3,2	2,1-5,1
Barranquilla	43,1	42,9-43,4	31,6	30,9-32,3	7,6	7,5-7,7	13,9	13,5-14,4	0,7	0,7-0,7	0,7	0,6-0,9	2,2	2,0-2,5
Total	39,7	38,1-41,3	26,9	26,0-27,8	8,7	8,0-9,3	19,9	18,1-21,8	2,0	1,6-2,5	1,1	0,9-1,2	1,8	1,6-2,1

7.2.5 Lugar y compañía para consumo de alcohol

La permisividad de ingreso a los hombres y mujeres a sitios de consumo de alcohol constituye, de un lado, una violación a la normatividad y, de otro, es un aliciente que favorece el consumo, por lo cual es importante identificar la magnitud de esta problemática.

Se indagó acerca del lugar en el que se encontraba el estudiante la última vez que consumió alcohol. En el caso de las mujeres, el lugar más frecuente fue la propia casa, con un 21,1 % (IC 95 %: 19,7-22,5), mientras en los hombres fue la casa de otra persona, con un 18,9 % (IC 95 %: 17,7-20,2). En general, el 19,5 % respondió que el lugar donde tomaron la última vez fue la propia casa (IC 95 %: 18,1-21,0), dicha prevalencia fue mayor en la región Oriental, con un 23,7 % (IC 95 %: 22,4-25,2), y en Bogotá, con 24,1 % (IC 95 %: 24,0-24,1) (ver Tabla 20).

De otro lado, el 8,1 % manifestó que el último lugar donde consumieron alcohol fueron bares o discotecas (IC 95 %: 6,9-9,4), esta prevalencia es mayor en la región Central, alcanzando un 11,9 % (IC 95 %: 10,1-13,9); en Medellín, con un 14,6 % (IC 95 %: 13,5-15,8), y en las zonas rurales, con 9,9 % (IC 95 %: 8,4-11,6). Es importante recordar que los centros poblados están incluidos en las zonas rurales y muy posiblemente en estos lugares hay un menor control de las autoridades.

7.2.6 Barreras y facilitadores para el consumo de alcohol

Se indagó entre los estudiantes si alguien se había negado a venderles alcohol a causa de la edad en los últimos 30 días. El 14,8 % de los escolares en Colombia manifestó que su edad no le impidió comprar alcohol (IC 95 %: 13,2-16,6). Esta prevalencia fue mayor en la región Central, con un 19,5 % (IC 95 %: 16,0-23,6), y en Medellín, con una estimación de 27,5 % (IC 95 %: 25,2-30,0). De la misma forma, los hombres, con un 16,4 % (IC 95 %: 14,8-18,2), presentaron una mayor prevalencia que las mujeres; mientras que los escolares afrodescendientes, con 16,1 % (IC 95 %: 14,3-18,1), tuvieron una mayor prevalencia que los escolares que se reconocen como indígenas (ver Tabla 21).

Con respecto al nivel de dificultad para conseguir alcohol, el 19,5 % del total de los escolares en Colombia manifestó que es muy fácil para ellos conseguir alcohol (IC 95 %: 18,0-21,0), aunque entre los hombres esta prevalencia es aún mayor, alcanzando un 21,2 % (IC 95 %: 19,7-22,9). También fue superior en la región Central (23,3 %; IC 95 %: 20,9-26,0) y en Medellín, donde se estimó en un 27,6 % (IC 95 %: 23,2-32,4).

De la misma forma, los estudiantes afrodescendientes reportaron mayor facilidad para conseguir el alcohol (21,3 %; IC 95 %: 19,3-23,3), en comparación con los indígenas, como se observa en la Tabla 22.

Tabla 20. Prevalencia de consumo de bebidas alcohólicas en escolares según lugar de consumo.

Variable	Nunca he tomado una bebida alcohólica		En mi casa		En casa de otra persona		En la escuela		En la calle, un parque o en alguna otra área abierta		En un bar, o discoteca		En un restaurante		En otro lugar no mencionado	
	%	IC 95 %	%	IC 95 %	%	IC 95 %	%	IC 95 %	%	IC 95 %	%	IC 95 %	%	IC 95 %	%	IC 95 %
Sexo																
Masculino	32,9	31,1-34,8	17,8	16,2-19,6	18,9	17,7-20,2	1,4	1,1-1,8	9,9	8,6-11,3	7,2	6,1-8,5	1,4	1,3-1,7	10,4	9,7-11,1
Femenino	30,8	28,4-33,3	21,1	19,7-22,5	17,6	16,4-18,9	1,0	0,9-1,2	7,7	6,6-8,8	8,8	7,5-10,3	1,5	1,4-1,6	11,5	10,4-12,8
Etnia																
Indígena	43,2	38,5-48,0	16,0	14,0-18,2	15,5	13,8-17,4	1,2	0,8-1,7	7,4	6,3-8,8	7,9	6,5-9,6	0,9	0,6-1,5	7,9	6,7-9,2
Negro/Mulato/Afro/Palenquero	33,1	31,1-35,2	17,7	16,4-19,2	18,6	16,5-20,8	1,0	0,8-1,3	10,1	8,8-11,6	9,0	7,7-10,4	1,1	0,8-1,3	9,5	8,4-10,7
Sin pertenencia étnica	30,2	28,0-32,4	20,1	18,7-21,6	18,4	17,3-19,6	1,2	1,1-1,4	8,7	7,5-10,1	8,0	6,7-9,5	1,6	1,5-1,8	11,8	10,9-12,7
Región																
Atlántica	40,1	36,6-43,6	15,9	14,5-17,4	18,0	15,3-21,1	1,1	0,9-1,5	7,1	6,2-8,0	7,0	5,6-8,7	1,2	0,9-1,5	9,6	8,4-11,0
Oriental	31,6	29,8-33,5	23,7	22,4-25,2	17,1	14,8-19,8	1,7	1,2-2,4	8,1	6,4-10,0	5,8	5,0-6,8	1,7	1,3-2,2	10,2	9,2-11,4
Bogotá	28,4	28,2-28,5	24,1	24,0-24,1	20,2	20,1-20,4	1,4	1,4-1,4	6,0	6,0-6,0	4,9	4,9-5,0	1,7	1,6-1,7	13,3	13,3-13,3
Central	25,2	21,3-29,6	18,9	17,9-19,9	18,1	16,8-19,5	1,2	0,9-1,5	12,5	10,7-14,5	11,9	10,1-13,9	1,5	1,3-1,7	10,8	9,5-12,2
Pacífica	32,5	30,5-34,5	17,2	15,6-18,8	18,9	17,4-20,5	1,0	0,9-1,2	8,4	7,3-9,6	9,2	7,1-11,8	1,5	1,3-1,7	11,4	9,6-13,6
Orinoquía-Amazonía	33,1	29,0-37,5	17,7	15,6-20,0	15,1	12,5-18,2	1,0	0,6-1,7	10,0	6,5-15,2	8,2	6,3-10,7	1,4	0,9-2,1	13,5	12,1-15,1
Zona																
Urbana	30,9	28,7-33,1	20,2	18,8-21,7	18,9	17,7-20,0	1,3	1,1-1,5	8,5	7,3-9,9	7,7	6,4-9,2	1,5	1,4-1,7	11,1	10,1-12,1
Rural	36,6	34,0-39,2	16,0	14,2-18,0	15,0	14,0-16,0	1,2	0,9-1,5	9,9	8,6-11,3	9,9	8,4-11,6	1,2	0,9-1,5	10,3	9,3-11,4
Sector																
Oficial	32,2	30,1-34,4	19,7	18,3-21,1	17,9	16,8-19,1	1,3	1,1-1,5	9,1	8,1-10,2	8,2	7,2-9,5	1,3	1,1-1,4	10,3	9,6-11,1
No oficial	29,2	26,7-31,8	18,5	16,4-20,8	20,3	18,8-21,8	1,2	0,9-1,6	6,3	4,7-8,3	6,8	5,0-9,2	2,8	2,4-3,3	14,9	13,3-16,8
Ciudades principales																
Cali	31,0	30,0-32,0	19,0	18,0-20,2	19,5	19,1-19,8	1,0	0,9-1,1	7,0	6,3-7,8	6,2	5,9-6,6	1,6	1,5-1,7	14,7	14,3-15,1
Medellín	16,3	14,8-17,9	17,8	16,6-19,1	19,8	18,1-21,6	1,2	0,9-1,6	15,2	13,6-17,0	14,6	13,5-15,8	1,6	1,3-1,9	13,4	12,0-15,1
Barranquilla	35,2	34,8-35,6	18,3	17,2-19,5	22,2	20,3-24,2	0,7	0,6-0,8	5,6	5,3-5,8	4,0	3,9-4,1	1,8	1,7-1,9	12,2	12,2-12,2
Total	31,8	29,8-33,9	19,5	18,1-21,0	18,2	17,2-19,3	1,3	1,1-1,5	8,7	7,6-9,9	8,1	6,9-9,4	1,5	1,3-1,6	10,9	10,1-11,9

Tabla 21 Prevalencia de compra de alcohol de manera directa por el escolar.

Variable	No he intentado comprar alcohol en los últimos 30 días		Sí, hubo alguien que no me vendió alcohol a causa de mi edad		No, mi edad no impidió que me vendieran alcohol	
	%	IC 95 %	%	IC 95 %	%	IC 95 %
Sexo						
Masculino	71,8	70,1-73,4	11,8	11,1-12,5	16,4	14,8-18,2
Femenino	77,9	76,3-79,5	8,7	7,8-9,6	13,4	11,7-15,3
Etnia						
Indígena	76,9	74,6-79,1	9,8	8,7-11,0	13,3	11,5-15,2
Negro/Mulato/Afro/Palenquero	73,5	71,4-75,5	10,4	9,4-11,5	16,1	14,3-18,1
Sin pertenencia étnica	75,3	73,5-77,0	10,0	9,2-10,8	14,8	12,9-16,8
Región						
Atlántica	78,1	76,2-79,9	8,3	7,4-9,3	13,6	11,9-15,4
Oriental	76	73,5-78,4	10,7	9,7-11,9	13,2	11,7-14,9
Bogotá	76,7	76,5-76,8	11,9	11,9-11,9	11,4	11,3-11,6
Central	69,4	66,1-72,5	11,1	10,2-12,1	19,5	16,0-23,6
Pacífica	76,3	75,0-77,6	9,2	8,4-10,2	14,5	13,6-15,4
Orinoquía-Amazonía	74,8	71,0-78,3	10,0	8,7-11,4	15,2	12,6-18,2
Zona						
Urbana	74,7	72,9-76,4	10,3	9,5-11,1	15,1	13,1-17,2
Rural	76,7	74,9-78,4	9,6	8,8-10,5	13,7	12,3-15,2
Sector						
Oficial	74,7	73,1-76,2	10,4	9,6-11,3	14,9	13,3-16,7
No oficial	77,2	74,1-80,0	8,4	7,6-9,2	14,5	12,1-17,3
Ciudades principales						
Cali	77,2	77,0-77,4	8,5	8,2-8,9	14,3	14,1-14,4
Medellín	62,8	60,5-65,0	9,7	8,6-10,8	27,5	25,2-30,0
Barranquilla	77,8	77,2-78,4	6,5	6,3-6,7	15,7	15,4-16,1
Total	75,0	73,5-76,5	10,2	9,5-10,9	14,8	13,2-16,6

Tabla 22. Percepción de los escolares sobre el grado de dificultad para conseguir alcohol.

Variable	Imposible		Muy difícil		Relativamente difícil		Relativamente fácil		Muy fácil		No lo sé	
	%	IC 95 %	%	IC 95 %	%	IC 95 %	%	IC 95 %	%	IC 95 %	%	IC 95 %
Sexo												
Masculino	15,9	14,6-17,3	11,2	10,4-12,2	7,2	6,0-8,5	19,0	17,1-21,1	21,2	19,7-22,9	25,5	23,9-27,1
Femenino	13,9	12,5-15,4	12,3	11,6-13,1	6,8	5,0-9,2	17,6	15,6-19,7	17,9	16,3-19,6	31,5	29,5-33,6
Etnia												
Indígena	21,5	19,3-23,9	14,3	12,5-16,3	4,5	3,6-5,6	12,2	10,5-14,2	16,3	14,7-18,0	31,2	28,4-34,2
Negro/Mulato/Afro/Palenquero	16,6	15,0-18,4	12,9	11,3-14,7	5,5	4,6-6,6	15,3	13,5-17,4	21,3	19,3-23,3	28,4	26,8-29,9
Sin pertenencia étnica	13,2	11,9-14,5	11,2	10,5-11,9	7,5	5,9-9,5	19,6	17,7-21,7	19,7	18,0-21,6	28,8	26,9-30,8
Región												
Atlántica	19,1	16,6-21,9	12,6	11,1-14,2	5,2	4,5-6,0	14,2	12,6-16,0	18,3	16,6-20,1	30,6	28,6-32,6
Oriental	16,2	14,8-17,7	12,2	10,8-13,7	7,4	6,4-8,5	17,2	15,2-19,4	18,2	16,4-20,2	28,8	25,9-31,8
Bogotá	12,8	12,5-13,0	11,6	11,6-11,7	12,9	12,8-13,0	23,5	23,3-23,6	15,7	15,6-15,7	23,6	23,4-23,7
Central	11,2	8,9-14,0	10,5	8,9-12,5	6,0	5,4-6,6	21,0	17,4-25,1	23,3	20,9-26,0	27,9	25,6-30,5
Pacífica	14,0	12,6-15,6	12,3	11,2-13,6	5,7	4,9-6,5	16,9	15,1-18,9	20,3	19,3-21,3	30,8	29,6-32,0
Orinoquía-Amazonía	15,6	13,2-18,2	13,3	11,3-15,6	6,0	5,2-6,9	14,7	12,6-17,0	18,8	16,6-21,3	31,6	29,2-32,8
Zona												
Urbana	14,3	13,0-15,7	11,6	10,9-12,5	7,4	5,8-9,5	19,1	17,1-21,2	19,5	17,8-21,4	28,1	26,2-30,0
Rural	17,8	15,8-19,9	13,1	12,0-14,2	4,7	4,0-5,6	13,8	12,4-15,2	19,0	17,4-20,6	31,7	30,2-33,2
Sector												
Oficial	15,6	14,3-17,0	12,2	11,4-13,0	6,3	5,1-7,8	16,9	15,2-18,8	19,5	18,1-21,0	29,4	27,9-30,9
No oficial	9,8	8,6-11,2	10,1	8,7-11,6	11,1	8,7-14,0	26,1	24,1-28,3	18,9	16,3-21,8	24	21,0-27,3
Ciudades principales												
Cali	12,6	12,6-12,7	10,7	10,4-11,0	6,4	6,0-6,8	19,9	19,5-20,4	20,2	20,0-20,5	30,1	30,0-30,2
Medellín	5,8	4,5-7,3	6,7	5,9-7,6	6,4	5,5-7,5	29,8	27,1-32,6	27,6	23,2-32,4	23,8	19,1-29,3
Barranquilla	12,9	12,5-13,3	10,3	9,5-11,1	6,5	6,2-6,8	17,2	16,5-17,9	20,9	20,2-21,7	32,3	31,5-33,1
Total	14,8	13,6-16,2	11,9	11,2-12,6	7,0	5,5-8,9	18,2	16,3-20,2	19,5	18,0-21,0	28,7	27,0-30,4

7.2.7 Consumo de alcohol, familia y amigos

Los comportamientos de consumo de alcohol están influenciados por la aceptación y el consumo en la familia y en el círculo de amigos. De la misma forma, los padres o familiares permisivos con el consumo, son facilitadores para desarrollar en los hombres y mujeres consumos perjudiciales.

El 8,6 % manifestó que todos sus amigos consumen (IC 95 %: 7,8-9,5), esta prevalencia fue mayor en los estudiantes afrodescendientes, con un 9,9 % (IC 95 %: 8,8-11,1); en los estudiantes de Medellín, para los que el estudio arrojó una estimación del 14,1 % (IC 95 %: 11,3-17,4), y también fue más alta en Barranquilla, donde se estimó en un 10,7 % (IC 95 %: 10,4-10,9).

Adicionalmente, el 23,4 % de los escolares manifestó que la mayoría de sus amigos consumen alcohol (IC 95 %: 22,3-24,6), y esta frecuencia fue más elevada en las mujeres, con un 25,0 % (IC 95 %: 23,7-26,4); en las instituciones no oficiales, con 28,2 % (IC 95 %: 25,9-30,5); en Medellín, con una prevalencia del 31,7 % (IC 95 %: 30,6-32,7), y en Barranquilla, donde fue del 26,0 % (IC 95 %: 23,7-28,5) (ver Tabla 23).

El 8,3 % de los escolares de 13 a 17 años manifestó que si alguno de los amigos o amigas le ofreciera bebidas alcohólicas definitivamente sí aceptaría tomarlas (IC 95 %: 7,6-9,0); no obstante, en Bogotá esta actitud fue más eleva-

da (9,7 %; IC 95 %: 9,7-9,7); lo mismo que en Medellín, con un 12,7 % (IC 95 %: 12,0-13,4). Igualmente, los escolares sin pertenencia étnica, con un 8,5 % (IC 95 %: 7,7-9,3), presentan un mayor porcentaje de aceptación a recibir bebidas alcohólicas que los escolares que se reconocen como indígenas.

También en las zonas urbanas, con un 8,5 % (IC 95 %: 7,7-9,3), la proporción de aquellos que dicen que definitivamente sí aceptarían es más elevada que en las zonas rurales. Lo mismo ocurre en los colegios no oficiales, en los cuales la estimación fue del 9,4 % (IC 95 %: 8,4-10,4), siendo mayor que en los oficiales (ver Tabla 24).

El 38,7 % de los escolares manifestó que los padres saben que ellos consumen alcohol (IC 95 %: 36,6-40,8). Se observaron prevalencias superiores en la región Central, donde se encontró un 44,9 % (IC 95 %: 40,7-49,1); en Bogotá, con 42,6 % (IC 95 %: 42,4-42,7), y en Medellín, con un 53,7 % (IC 95 %: 50,2-57,1). Igualmente, los hombres con un 39,9 % (IC 95 %: 37,5-42,4) presentaron mayores proporciones que las mujeres.

Los estudiantes sin pertenencia étnica, con un 40,1 % (IC 95 %: 38,0-42,3), tuvieron una mayor prevalencia de padres conocedores de su consumo, en comparación con los indígenas y los afrodescendientes, como se observa en la Tabla 25.

Tabla 23. Prevalencia de amigos que consumen alcohol según los escolares.

Variable	Ninguno		Pocos		Algunos		La mayoría		Todos	
	%	IC 95 %	%	IC 95 %	%	IC 95 %	%	IC 95 %	%	IC 95 %
Sexo										
Masculino	18,8	17,4-20,4	26,4	25,3-27,5	24,9	24,1-25,7	21,7	20,5-22,8	8,3	7,4-9,3
Femenino	14,9	13,7-16,1	24,7	23,7-25,8	26,6	25,6-27,5	25,0	23,7-26,4	8,8	8,0-9,8
Etnia										
Indígena	22,2	19,0-25,7	24,6	22,2-27,2	27,4	25,1-29,8	18,9	16,3-21,8	7,0	5,8-8,3
Negro/Mulato/Afro/ Palenquero	15,1	13,7-16,6	23,6	21,9-25,3	27,5	25,4-29,6	24,0	22,4-25,7	9,9	8,8-11,1
Sin pertenencia étnica	16,1	14,8-17,5	25,9	24,7-27,1	25,5	24,8-26,2	23,9	22,6-25,3	8,6	7,7-9,6
Región										
Atlántica	17,3	15,5-19,2	21,2	19,7-22,7	28,0	26,2-29,8	24,2	21,8-26,8	9,4	8,2-10,8
Oriental	20,1	17,9-22,4	28,1	26,3-30,0	23,3	21,4-25,2	20,7	18,8-22,7	7,9	6,2-10,1
Bogotá	18,8	18,8-18,9	25,5	25,5-25,5	24,7	24,5-24,9	22,4	22,3-22,5	8,6	8,3-8,8
Central	13,0	10,8-15,7	25,9	23,3-28,6	25,9	24,9-26,8	25,5	22,8-28,4	9,7	7,6-12,3
Pacífica	15,6	14,0-17,3	27,3	26,3-28,4	26,8	25,9-27,7	23,3	21,8-24,9	7,1	6,4-7,8
Orinoquía-Amazonía	17,2	14,4-20,4	30,1	27,9-32,5	24,2	21,8-26,7	22,9	19,1-27,3	5,6	4,5-6,8
Zona										
Urbana	17,0	15,6-18,5	25,4	24,3-26,5	25,2	24,5-26,0	23,6	22,3-25,0	8,8	7,9-9,8
Rural	15,4	13,6-17,3	25,9	24,4-27,5	28,8	27,5-30,1	22,3	20,4-24,4	7,6	6,7-8,7
Sector										
Oficial	16,9	15,6-18,3	26,1	25,0-27,3	25,8	25,0-26,6	22,7	21,3-24,0	8,5	7,6-9,5
No oficial	15,4	13,2-17,9	21,3	19,3-23,5	25,8	24,5-27,1	28,2	25,9-30,5	9,3	7,7-11,2
Ciudades principales										
Cali	17,6	17,0-18,2	27,2	27,0-27,4	26,0	25,6-26,3	22,1	21,9-22,4	7,2	6,6-7,7
Medellín	8,4	7,3-9,5	20,6	17,7-23,8	25,3	23,9-26,8	31,7	30,6-32,7	14,1	11,3-17,4
Barranquilla	17,3	16,0-18,7	20,5	20,1-20,8	25,6	24,7-26,5	26,0	23,7-28,5	10,7	10,4-10,9
Total	16,7	15,5-18,0	25,5	24,5-26,5	25,8	25,1-26,6	23,4	22,3-24,6	8,6	7,8-9,5

Tabla 24. Proporción de escolares que aceptaría bebidas si un amigo le ofreciera.

Variable	Definitivamente no		Probablemente no		Probablemente sí		Definitivamente sí	
	%	IC 95 %	%	IC 95 %	%	IC 95 %	%	IC 95 %
Sexo								
Masculino	36,3	34,5-38,1	18,7	18,1-19,4	36,4	34,8-37,9	8,6	8,0-9,4
Femenino	33,1	30,7-35,6	20,0	19,3-20,8	38,9	37,2-40,7	7,9	7,1-8,8
Etnia								
Indígena	42,5	39,5-45,5	18,1	16,4-20,0	32,4	29,9-35,0	7,0	5,9-8,3
Negro/Mulato/Afro/Palenquero	36,3	34,1-38,6	19,3	17,9-20,8	36,9	34,5-39,4	7,5	6,8-8,2
Sin pertenencia étnica	33,1	31,1-35,3	19,7	19,0-20,4	38,7	37,1-40,3	8,5	7,7-9,3
Región								
Atlántica	40,7	38,1-43,4	18,0	17,0-19,0	34	31,6-36,5	7,3	6,7-7,9
Oriental	36,8	34,0-39,7	18,4	17,2-19,8	36,2	34,1-38,3	8,5	6,9-10,5
Bogotá	31,7	31,6-31,8	20,1	20,0-20,2	38,5	38,5-38,6	9,7	9,7-9,7
Central	27,7	23,8-31,9	20,3	19,1-21,6	42,5	39,1-46,1	9,4	8,1-11,0
Pacífica	35,2	33,6-36,9	20,6	19,6-21,6	37,3	35,6-39,1	6,9	6,4-7,4
Orinoquía-Amazonía	38,4	34,8-42,1	19,9	18,4-21,6	35,1	32,1-38,2	6,6	6,0-7,2
Zona								
Urbana	34,0	31,8-36,3	19,4	18,8-20,1	38,1	36,4-39,7	8,5	7,7-9,3
Rural	37,7	35,7-39,8	19,3	18,0-20,6	35,7	33,6-37,9	7,3	6,6-8,0
Sector								
Oficial	35,3	33,2-37,5	19,2	18,7-19,8	37,3	35,7-38,9	8,1	7,4-8,9
No oficial	30,0	28,2-31,9	20,4	18,8-22,1	40,2	38,2-42,3	9,4	8,4-10,4
Ciudades principales								
Cali	35,2	34,8-35,5	20,3	19,1-21,4	37,4	36,5-38,3	7,1	7,1-7,2
Medellín	19,1	17,0-21,5	18,4	17,6-19,3	49,8	47,6-51,9	12,7	12,0-13,4
Barranquilla	37,7	36,4-39,0	17,1	17,0-17,2	37,9	37,0-38,8	7,2	6,8-7,7
Total	34,6	32,6-36,6	19,4	18,8-20,0	37,7	36,2-39,2	8,3	7,6-9,0

Tabla 25. Prevalencia de conocimiento de los padres sobre la práctica de consumo de alcohol por parte del escolar.

Variable	No tomo alcohol		Sí		No		No lo sé	
	%	IC 95 %	%	IC 95 %	%	IC 95 %	%	IC 95 %
Sexo								
Masculino	38,3	36,8-39,8	37,3	35,5-39,1	9,8	9,2-10,4	14,6	13,8-15,5
Femenino	35,1	33,4-36,9	39,9	37,5-42,4	10,9	10,2-11,6	14,1	13,4-14,9
Etnia								
Indígena	42,4	39,2-45,6	30,7	27,3-34,3	12,1	10,4-14,0	14,8	12,8-17,1
Negro/Mulato/Afro/Palenquero	35,0	33,4-36,7	37,1	35,0-39,2	11,7	10,7-12,7	16,2	15,0-17,5
Sin pertenencia étnica	35,9	34,2-37,7	40,1	38,0-42,3	9,8	9,3-10,3	14,1	13,4-14,9
Región								
Atlántica	40,9	38,4-43,4	31,8	29,8-33,9	11,8	10,5-13,2	15,5	14,3-16,7
Oriental	37,2	34,9-39,7	41,1	38,4-43,8	9,3	8,0-10,7	12,4	11,0-14,0
Bogotá	35,4	35,4-35,4	42,6	42,4-42,7	9,6	9,6-9,6	12,4	12,3-12,6
Central	31,2	28,0-34,5	44,9	40,7-49,1	9,3	8,6-10,1	14,6	13,7-15,5
Pacífica	38,2	36,3-40,1	33,8	31,6-36,2	11,8	10,7-13,0	16,1	15,0-17,3
Orinoquía-Amazonía	37,4	33,7-41,1	36	33,2-38,9	11,1	10,0-12,2	15,6	13,3-18,2
Zona								
Urbana	36,2	34,5-38,0	38,9	36,6-41,4	10,5	9,8-11,1	14,4	13,6-15,3
Rural	38,3	36,5-40,2	37,4	35,1-39,7	10,0	9,1-11,0	14,3	13,2-15,4
Sector								
Oficial	36,3	34,7-38,0	38,9	36,6-41,1	10,4	9,7-11,0	14,5	13,8-15,1
No oficial	38,1	35,7-40,5	37,6	35,1-40,3	10,5	9,8-11,3	13,8	12,1-15,6
Ciudades principales								
Cali	38,8	38,2-39,4	36,0	35,4-36,7	10,6	10,1-11,1	14,6	14,2-15,0
Medellín	24,8	22,2-27,5	53,7	50,2-57,1	8,4	7,0-10,2	13,1	12,8-13,4
Barranquilla	39,5	38,8-40,2	34,8	34,8-34,8	10,4	9,6-11,2	15,3	15,2-15,4
Total	36,5	35,0-38,1	38,7	36,6-40,8	10,4	9,8-11,0	14,4	13,7-15,1

Con relación a la frecuencia en que padres u otros familiares cercanos consumen alcohol, el 3,1 % manifestó que estos toman alcohol diariamente (IC 95 %: 2,7-3,5), siendo mayor la prevalencia en los escolares que se reconocen como indígenas, en los cuales la estimación alcanzó el 4,4 % (IC 95 %: 3,2-6,0); en los de Bogotá, un 4,1 % (IC 95 %: 4,0-4,1), y en los estudiantes de la región Amazonía-Orinoquía, 4,0 % (IC 95 %: 3,2-4,9).

Los estudiantes de colegios no oficiales presentaron mayores proporciones, con una estimación del 4,2 % (IC 95 %: 3,3-5,4), que los de colegios oficiales. Igualmente, los residentes en zona urbana, con un 3,3 % (IC 95 %: 2,8-3,7), tienen una mayor proporción de familiares cercanos que toman diariamente, en comparación con los de zona rural, como se observa en la Tabla 26.

Tabla 26. Hábito de consumo de alcohol de los padres o familiares de acuerdo a reporte de los escolares.

Variable	Nunca toman alcohol en mi casa		Solo en ocasiones especiales		Solo en fines de semana, pero nunca en día entre semana		Toman alcohol diariamente		No lo sé	
	%	IC 95 %	%	IC 95 %	%	IC 95 %	%	IC 95 %	%	IC 95 %
Sexo										
Masculino	21,6	19,8-23,5	60,4	59,1-61,6	11,6	10,7-12,6	3,0	2,6-3,5	3,4	3,1-3,7
Femenino	15,9	14,4-17,4	65,7	64,7-66,7	12,4	11,4-13,4	3,1	2,7-3,5	3,0	2,6-3,4
Etnia										
Indígena	22,8	20,3-25,5	57,4	54,7-60,1	11,9	10,2-13,8	4,4	3,2-6,0	3,6	2,7-4,7
Negro/Mulato/Afro/Palenquero	19,8	17,9-21,9	62	60,2-63,9	12,2	11,0-13,5	2,6	2,2-3,1	3,4	2,8-4,1
Sin pertenencia étnica	17,7	16,2-19,4	64,5	63,5-65,4	11,8	10,8-12,8	2,9	2,6-3,3	3,0	2,8-3,3
Región										
Atlántica	20,6	18,1-23,2	60,7	58,4-63,0	12,8	11,2-14,5	2,6	2,1-3,1	3,4	2,9-3,9
Oriental	17,4	16,3-18,6	63,1	60,9-65,2	12,4	10,9-14,0	3,9	3,0-4,9	3,3	2,6-4,2
Bogotá	13,8	13,7-13,8	65,2	65,1-65,3	14,3	14,2-14,4	4,1	4,0-4,1	2,7	2,6-2,7
Central	18,3	16,1-20,7	64,6	63,2-66,0	11,1	9,9-12,4	2,9	2,3-3,7	3,1	2,7-3,4
Pacífica	21,1	18,5-23,9	63,6	61,8-65,4	10,2	8,7-11,9	2,2	1,7-2,8	2,9	2,6-3,2
Orinoquía-Amazonía	20	16,9-23,6	60,3	57,2-63,4	10,4	8,9-12,2	4,0	3,2-4,9	5,2	4,3-6,3
Zona										
Urbana	17,5	16,1-19,1	63,8	62,8-64,8	12,3	11,4-13,3	3,3	2,8-3,7	3,1	2,8-3,3
Rural	23,5	21,5-25,6	59,9	57,9-62,0	10,6	9,5-11,8	2,3	1,9-2,8	3,7	3,1-4,4

Cont.

Variable	Nunca toman alcohol en mi casa		Solo en ocasiones especiales		Solo en fines de semana, pero nunca en día entre semana		Toman alcohol diariamente		No lo sé	
	%	IC 95 %	%	IC 95 %	%	IC 95 %	%	IC 95 %	%	IC 95 %
Sector										
Oficial	19,4	18,0-20,8	62,7	61,7-63,8	11,8	11,0-12,6	2,9	2,5-3,4	3,2	2,9-3,5
No oficial	13,2	11,4-15,2	66	64,5-67,5	13,6	12,0-15,4	4,2	3,3-5,4	2,9	2,4-3,5
Ciudades principales										
Cali	16,8	16,1-17,4	64,8	64,6-65,1	12,8	12,5-13,1	2,7	2,3-3,0	3,0	2,7-3,2
Medellín	13,1	10,0-16,9	66,3	64,6-68,0	14	13,2-14,8	4,0	2,3-7,0	2,7	2,5-2,9
Barranquilla	14,7	14,5-14,8	65	64,4-65,7	14,7	14,2-15,3	2,6	2,5-2,7	3,0	2,7-3,3
Total	18,5	17,0-20,1	63,2	62,2-64,2	12	11,2-12,9	3,1	2,7-3,5	3,2	2,9-3,4

El 20,7 % de los escolares manifestó que consume alcohol habitualmente con la familia (IC 95 %: 18,4-23,2); sin embargo, en la región Oriental, con una estimación de 24,9 % (IC 95 %: 23,0-26,9), y en Bogotá, con 28,8 % (IC 95 %: 28,6-28,9), esta prevalencia fue más elevada. Las mujeres tomaron con mayor frecuencia en presencia de su familia (23,1 %; IC 95 %: 20,7-25,7), en comparación con los hombres.

Los estudiantes que no refieren pertenencia étnica tuvieron mayores prevalencias de consumo de alcohol con su familia, alcanzando un 22,0 % (IC 95 %: 19,9-24,6), que los escolares que se reconocen como indígenas y afrodescendientes. Igualmente, en Medellín, con un 21,0 % (IC 95 %: 17,0-25,5), estimador mayor que el de Barranquilla (15,5 %; IC 95 %: 15,4-15,6) (ver la Tabla 27).

Tabla 27. Prevalencia de consumo de alcohol con la familia.

Variable	No tomo alcohol		Con mis amigos		Con mi familia		Con gente que recién conocí		Usualmente tomo solo/a	
	%	IC 95 %	%	IC 95 %	%	IC 95 %	%	IC 95 %	%	IC 95 %
Sexo										
Masculino	40,7	39,0-42,3	37,1	34,5-39,7	18,0	15,7-20,6	1,2	1,0-1,4	3,1	2,8-3,4
Femenino	39,0	36,8-41,2	35,1	32,8-37,5	23,1	20,7-25,7	0,8	0,6-0,9	2,0	1,8-2,2
Etnia										
Indígena	48,2	44,6-51,9	34,1	31,3-37,0	14,8	12,7-17,3	0,9	0,6-1,3	2,0	1,3-2,9
Negro/Mulato/Afro/Palencuero	39,7	37,8-41,7	39,7	37,5-42,0	16,6	15,0-18,3	1,1	0,9-1,5	2,8	2,4-3,4
Sin pertenencia étnica	38,7	36,7-40,7	35,8	33,1-38,5	22,2	19,9-24,6	0,9	0,8-1,0	2,5	2,3-2,7

Cont.

Variable	No tomo alcohol		Con mis amigos		Con mi familia		Con gente que recién conocí		Usualmente tomo solo/a	
	%	IC 95 %	%	IC 95 %	%	IC 95 %	%	IC 95 %	%	IC 95 %
Región										
Atlántica	47,1	44,2-50,0	35,6	33,3-38,0	14,5	13,3-15,8	0,9	0,7-1,1	1,9	1,6-2,3
Oriental	39,9	37,8-42,0	31,3	28,6-34,0	24,9	23,0-26,9	1,3	1,0-1,7	2,6	2,3-3,0
Bogotá	37,4	37,2-37,5	30,1	29,9-30,4	28,8	28,6-28,9	0,9	0,9-1,0	2,8	2,8-2,9
Central	33,0	29,5-36,6	42,2	38,2-46,4	21,2	19,8-22,6	1,0	0,8-1,3	2,7	2,3-3,1
Pacífica	41,1	39,0-43,1	38,6	35,6-41,7	16,8	14,7-19,1	0,8	0,6-1,0	2,7	2,4-3,1
Orinoquía-Amazonía	40,3	36,6-44,2	33,7	30,3-37,3	21,8	19,5-24,3	0,8	0,5-1,3	3,4	2,8-4,1
Zona										
Urbana	39,3	37,3-41,5	36,1	33,4-38,9	21,0	18,4-23,9	1,0	0,9-1,1	2,6	2,4-2,8
Rural	42,0	39,9-44,2	35,8	33,3-38,3	19,0	17,0-21,2	0,9	0,7-1,2	2,3	2,0-2,7
Sector										
Oficial	39,7	37,8-41,7	35,9	33,5-38,3	20,7	18,5-23,2	1,0	0,9-1,2	2,6	2,4-2,9
No oficial	40,1	37,2-43,1	37,1	33,7-40,6	20,3	17,1-23,9	0,6	0,5-0,8	1,9	1,6-2,2
Ciudades principales										
Cali	41,7	41,1-42,3	34,3	34,0-34,6	20,2	19,6-20,7	0,7	0,7-0,8	3,1	3,0-3,2
Medellín	25,6	23,9-27,4	50,1	45,9-54,4	21,0	17,0-25,5	1,2	0,8-2,0	2,1	1,7-2,6
Barranquilla	43,9	43,0-44,8	37,9	36,9-38,8	15,5	15,4-15,6	1,0	1,0-1,1	1,7	1,5-1,9
Total	39,8	38,0-41,6	36,0	33,7-38,4	20,7	18,4-23,2	1,0	0,9-1,1	2,5	2,4-2,7

7.2.8 Visualización de anuncios sobre alcohol en medios de comunicación

La publicidad sobre bebidas alcohólicas tiene un impacto no solo conductual sobre el posterior consumo en los hombres y mujeres, sino también a un nivel apreciativo y cognitivo.

Se indagó si los estudiantes en los últimos 30 días habían visto anuncios de alcohol en videos, revistas, internet o en cines; eventos deportivos o conciertos. Casi 1 de cada 10 escolares (9,7 %; IC 95 %: 8,3-11,4) en Colombia vio a diario estos anuncios; y se observaron

prevalencias aún superiores en los colegios no oficiales (14,5 %; IC 95 %: 12,9-16,3) y en Barranquilla (12,0 %; IC 95 %: 11,0-13,1).

Con relación a la publicidad vista a diario, se observó que los escolares que no refieren pertenencia étnica, con 10,2 % (IC 95 %: 8,7-11,9), tienen mayor exposición que los de etnia indígena. Adicionalmente, los escolares de la zona urbana, con 10,4 % (IC 95 %: 8,8-12,2), tienen mayores prevalencias que aquellos que residen en zonas rurales, la Tabla 28 permite observar lo planteado anteriormente.

Tabla 28. Prevalencia de recordación de anuncios sobre alcohol por los escolares.

Variable	Nunca		Rara vez		Algunas veces		Casi a diario		A diario	
	%	IC 95 %	%	IC 95 %	%	IC 95 %	%	IC 95 %	%	IC 95 %
Sexo										
Masculino	18,4	16,7-20,4	27,0	25,0-29,1	27,3	26,3-28,4	17,1	15,4-18,9	10,1	8,4-12,1
Femenino	15,1	13,4-17,1	27,3	25,9-28,7	30,2	29,3-31,2	17,9	16,1-19,9	9,4	8,1-10,9
Etnia										
Indígena	25,8	22,9-29,0	27,1	24,8-29,6	28,1	26,4-29,8	13,0	11,0-15,3	6,1	5,0-7,4
Negro/Mulato/Afro/Palenquero	17,6	15,6-19,8	27,5	25,8-29,2	29,5	27,8-31,2	15,9	14,5-17,4	9,5	8,3-10,9
Sin pertenencia étnica	15,0	13,4-16,8	27,1	25,2-29,0	29,1	28,1-30,1	18,5	16,6-20,6	10,2	8,7-11,9
Región										
Atlántica	20,4	17,3-23,8	24,6	23,0-26,3	30,2	28,5-31,9	15,7	13,9-17,7	9,1	7,7-10,7
Oriental	17,6	16,0-19,4	28,0	26,6-29,5	27,0	25,7-28,3	17,4	16,0-19,0	9,9	9,0-10,9
Bogotá	11,6	11,4-11,8	22,0	22,0-22,0	27,9	27,7-28,1	23,4	23,0-23,8	15,1	15,1-15,2
Central	15,1	13,1-17,3	29,5	27,4-31,8	29,0	27,3-30,8	17,4	15,5-19,4	9,0	8,0-10,0
Pacífica	16,8	14,0-20,1	30,3	28,0-32,7	29,8	27,8-31,9	16,0	14,0-18,3	7,1	6,1-8,2
Orinoquía-Amazonía	17,9	15,3-20,7	31,0	29,0-33,0	28,9	26,1-31,9	14,2	12,7-16,0	8,0	6,0-10,7
Zona										
Urbana	15,4	13,8-17,1	26,6	24,9-28,4	29,2	28,2-30,2	18,4	16,6-20,3	10,4	8,8-12,2
Rural	23,4	21,1-25,8	29,8	28,3-31,4	27,3	26,0-28,7	13,1	11,7-14,6	6,4	5,6-7,3
Sector										
Oficial	18,0	16,5-19,6	28,3	27,1-29,6	28,3	27,4-29,2	16,4	15,1-17,8	9,0	7,7-10,4
No oficial	8,6	7,2-10,3	19,7	17,6-22,0	32,6	30,9-34,4	24,5	21,6-27,6	14,5	12,9-16,3
Ciudades principales										
Cali	12,0	11,7-12,3	26,6	26,2-26,9	33,0	32,5-33,5	19,6	19,5-19,8	8,8	8,7-8,9
Medellín	10,4	9,6-11,2	25,3	23,9-26,8	32,3	30,8-33,7	21,3	19,1-23,5	10,8	8,8-13,1
Barranquilla	12,7	12,1-13,4	22,2	20,9-23,4	34,4	33,8-35,1	18,7	18,4-19,0	12,0	11,0-13,1
Total	16,7	15,0-18,5	27,2	25,6-28,8	28,9	28,0-29,8	17,5	15,8-19,4	9,7	8,3-11,4

7.3 Consumo de drogas ilegales

Esta categoría de análisis permite establecer la práctica de consumo en la denominación drogas ilegales, que incluyen: marihuana, anfetaminas, cocaína, inhaladores, perico-perica, bazuco, pepas, popper, dick, pegantes, solventes, heroína, alucinógenos, ácido, LSD, yagé, cacao sabanero, o éxtasis.

7.3.1 Edad de inicio y consumo de drogas ilegales alguna vez en la vida

De la misma forma que en el consumo de alcohol, un inicio de consumo más temprano a las drogas ilegales está asociado a un peor pronóstico en cuanto a la cesación del consumo, además de aumentar la probabilidad de desarrollar dependencia (1, 12-13).

Con respecto a las edades de primer consumo de drogas ilegales, el 8,5 % de los escolares señalaron que las consumieron por primera vez antes de los 14 años (IC 95 %: 7,4-9,8). Se tomó el corte de 14 años para tener prevalencias más consistentes y sólidas, pues los consumos anteriores a dicha edad presentaban valores muy bajos e inestables.

Con relación a las estimaciones regionales, fue la región Central en la que se observó la proporción más elevada, con un 11,2 % (IC 95 %: 9,1-13,9), y entre las ciudades principales fue Medellín donde se encontró la proporción más alta, alcanzando un 16,6 % (IC 95 %: 15,5-17,8). En la zona urbana se encontró una mayor proporción (9,1 %; IC 95 %: 7,9-10,5) en comparación con la zona rural (ver Tabla 29).

Tabla 29. Edad de inicio de consumo de sustancias ilegales en escolares.

Variable	Nunca usé drogas		Menos de 14 años		14 años y más	
	%	IC 95 %	%	IC 95 %	%	IC 95 %
Sexo						
Masculino	85,0	82,8-86,9	8,8	7,8-9,9	6,3	5,1-7,6
Femenino	85,6	82,8-88,1	8,1	6,7-9,7	6,3	5,0-7,8
Etnia						
Indígena	87,3	83,7-90,2	8,7	6,2-12,1	4,0	3,3-4,8
Negro/Mulato/Afro/Palenquero	87,3	84,7-89,5	7,5	6,2-8,9	5,2	4,0-6,8
Sin pertenencia étnica	84,9	82,2-87,2	8,3	7,2-9,6	6,8	5,5-8,3
Región						
Atlántica	93	91,6-94,1	4,4	3,8-5,2	2,6	2,1-3,4
Oriental	86,3	83,0-89,0	8,9	6,8-11,6	4,8	3,7-6,2
Bogotá	81,6	81,4-81,8	10,8	10,7-10,9	7,6	7,5-7,7
Central	78,5	72,4-83,5	11,2	9,1-13,9	10,3	7,4-14,1
Pacífica	85,3	83,7-86,7	8,2	7,1-9,3	6,6	5,9-7,4
Orinoquía-Amazonía	89	86,8-90,8	7,3	6,1-8,8	3,7	2,9-4,7
Zona						
Urbana	84,2	81,4-86,6	9,1	7,9-10,5	6,7	5,4-8,3
Rural	90,8	89,5-91,9	5,3	4,7-6,0	3,9	3,2-4,9
Sector						
Oficial	85,2	82,5-87,6	8,6	7,3-10,0	6,2	5,0-7,7
No oficial	85,4	82,7-87,9	8,1	6,4-10,2	6,5	5,5-7,7
Ciudades principales						
Cali	83,2	82,1-84,3	9,6	9,2-9,9	7,2	6,5-8,0
Medellín	65,7	61,5-69,7	16,6	15,5-17,8	17,7	13,6-22,6
Barranquilla	91	90,6-91,5	5,6	5,5-5,8	3,3	3,0-3,7
Total	85,3	82,8-87,4	8,5	7,4-9,8	6,2	5,1-7,6

El 14,7 % de los escolares consumió alguna sustancia ilegal a lo largo de la vida (IC 95 %: 12,6-17,2), encontrándose que la región Central, con 21,5 % (IC 95 %: 16,5-27,6), fue la de más alto consumo. Entre las ciudades principales fue Medellín la de mayor frecuencia de consumo de estas sustancias, alcanzando un 34,3 % (IC 95 %: 30,3-38,5); seguida de Bogotá, con una estimación de 18,4 % (IC 95 %: 18,2-18,6). De la misma forma, en las zonas rurales las prevalencias de consumo fueron menores (9,2 %; IC 95 %: 8,1-10,5) que en las zonas urbanas (ver Tabla 30 y Figura 6).

Tabla 30. Prevalencia de consumo de alguna sustancia ilegal en la vida en los escolares.

Variable	%	IC 95 %
Sexo		
Masculino	15,0	13,1-17,2
Femenino	14,4	11,9-17,2
Etnia		
Indígena	12,7	9,8-16,3
Negro/Mulato/Afro/Palenquero	12,7	10,5-15,3
Sin pertenencia étnica	15,1	12,8-17,8
Región		
Atlántica	7,0	5,9-8,4
Oriental	13,7	11,0-17,0
Bogotá	18,4	18,2-18,6
Central	21,5	16,5-27,6
Pacífica	14,7	13,3-16,3
Orinoquía-Amazonía	11,0	9,2-13,2
Zona		
Urbana	15,8	13,4-18,6
Rural	9,2	8,1-10,5
Sector		
Oficial	14,8	12,4-17,5
No oficial	14,6	12,1-17,3

Cont.

Variable	%	IC 95 %
Ciudades principales		
Cali	16,8	15,7-17,9
Medellín	34,3	30,3-38,5
Barranquilla	9,0	8,5-9,4
Total	14,7	12,6-17,2

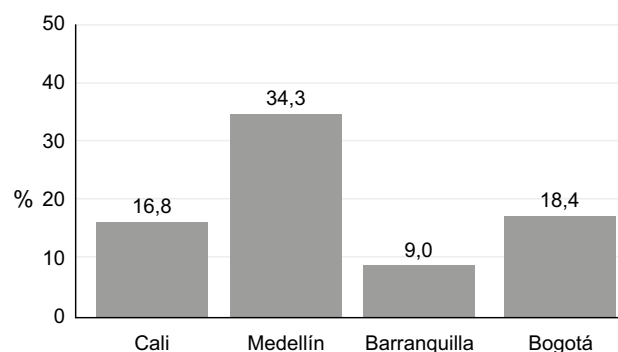


Figura 6. Prevalencia de consumo de drogas ilegales alguna vez en la vida.

7.3.2 Dificultad para conseguir drogas ilegales o de uso indebido

El fácil acceso a la consecución de las drogas es un factor de riesgo que incrementa la probabilidad de iniciar y continuar el consumo.

Con respecto a la dificultad para conseguir drogas ilegales, el 8,4 % de los escolares manifestó que era muy fácil para ellos conseguirlas (IC 95 %: 7,3-9,5). Casi el doble de los escolares de las zonas urbanas percibe que es “muy fácil” conseguir drogas (9,1 %; IC 95 %: 8,0-10,2) en comparación con los escolares de las zonas rurales (4,8 %; IC 95 %: 4,0-5,7). Entre las cuatro ciudades principales, fue Medellín donde se percibió mayor facilidad para conseguir drogas, con un 14,5 % (IC 95 %: 12,1-17,2) (ver Tabla 31).

Tabla 31. Dificultad percibida por los escolares en la consecución de drogas.

Variable	Imposible		Muy difícil		Difícil		Fácil		Muy fácil		No lo sé	
	%	IC 95 %	%	IC 95 %	%	IC 95 %	%	IC 95 %	%	IC 95 %	%	IC 95 %
Sexo												
Masculino	32,7	30,1-35,4	10,8	10,1-11,5	7,9	7,1-8,7	14,3	12,5-16,2	7,9	6,9-9,1	26,4	25,1-27,9
Femenino	27,6	25,4-30,0	10,8	10,2-11,3	7,3	6,3-8,4	15,0	13,0-17,3	8,7	7,6-10,0	30,5	28,3-32,9
Etnia												
Indígena	34,3	31,7-37,0	11,5	9,9-13,4	6,5	5,4-7,7	10,5	8,4-13,1	5,7	4,6-7,0	31,5	29,0-34,1
Negro/Mulato/Afro/Palenquero	33,4	30,7-36,3	11,0	10,0-12,1	6,8	5,4-8,6	12,2	10,3-14,4	8,0	6,5-9,8	28,5	26,7-30,3
Sin pertenencia étnica	28,6	26,3-31,1	10,6	10,0-11,2	7,7	6,9-8,6	15,7	13,6-18,0	8,7	7,6-9,8	28,7	26,8-30,8
Región												
Atlántica	38,3	35,8-40,9	11,8	11,1-12,5	5,8	4,9-7,0	8,4	7,1-9,9	5	4,2-6,1	30,7	29,0-32,4
Oriental	32,6	31,1-34,2	10,2	9,4-11,1	8,5	7,7-9,3	12,8	11,1-14,6	8,3	6,4-10,8	27,6	24,1-31,3
Bogotá	23,9	23,5-24,3	12,3	12,3-12,3	10,4	10,3-10,5	19,6	19,4-19,8	10,6	10,5-10,6	23,3	23,2-23,3
Central	24,4	20,9-28,3	10,1	9,5-10,8	7,1	6,5-7,8	19,4	16,4-22,9	10,5	8,6-12,7	28,4	26,2-30,8
Pacífica	27,6	25,5-29,8	10,1	9,4-10,9	7,4	6,4-8,5	15,4	13,6-17,4	8,7	7,0-10,6	30,9	28,3-33,6
Orinoquía-Amazonía	32,6	29,4-36,0	10,5	9,2-12,0	6,7	5,0-8,9	11,2	9,2-13,5	5,6	4,5-7,0	33,3	29,5-37,4
Zona												
Urbana	29,1	26,6-31,8	10,9	10,3-11,5	7,9	7,0-8,9	15,4	13,4-17,7	9,1	8,0-10,2	27,5	25,7-29,4
Rural	34,2	31,7-36,8	10,5	9,7-11,3	5,7	5,1-6,5	10,8	9,5-12,3	4,8	4,0-5,7	34,0	32,4-35,6
Sector												
Oficial	30,5	28,1-33,0	10,6	10,1-11,0	7,0	6,4-7,7	14,4	12,5-16,5	8,4	7,2-9,7	29,1	27,5-30,8
No oficial	26,6	24,4-28,9	12,6	11,3-14,1	10,7	9,1-12,6	16,5	14,6-18,6	8,4	7,4-9,4	25,2	22,1-28,5
Ciudades principales												
Cali	25,4	25,1-25,8	9,6	9,3-9,9	8,6	8,1-9,1	18,2	17,3-19,2	11,5	11,0-12,0	26,7	26,0-27,4
Medellín	16,2	15,4-16,9	10,0	8,5-11,7	7,8	6,9-8,8	26,4	23,3-29,9	14,5	12,1-17,2	25,2	21,0-29,8
Barranquilla	32,4	31,4-33,4	11,4	11,3-11,6	6,4	6,2-6,5	10,9	10,5-11,2	6,6	6,4-6,7	32,4	31,9-32,9
Total	30,0	27,6-32,4	10,9	10,3-11,4	7,5	6,7-8,5	14,7	12,8-16,8	8,4	7,3-9,5	28,6	26,8-30,5

7.3.3 Prevalencia y frecuencia de consumo de marihuana a lo largo de la vida

La marihuana es la sustancia ilegal de mayor consumo a nivel mundial y también en Colombia. Además se sabe que es la puerta de entrada a otras drogas. En la denominación marihuana se incluyen las siguientes expresiones: baretta, hierba, porro, mariajuana y pucho.

Con respecto a la pregunta acerca del número de veces que consumieron marihuana a lo largo de la vida, el 12,9 % de los encuestados refirió haberlo hecho al menos una vez (IC 95 %: 11,0-15,1), encontrándose que los escolares que no refirieron pertenencia étnica alcanzaron las mayores proporciones, con un 13,0 % (IC 95 %: 10,9-15,4), y la región Central, con 18,5 % (IC 95 %: 14,3-23,5), tuvo la mayor prevalencia.

Entre las ciudades principales fue Medellín la de más alta prevalencia de consumo alguna vez en la vida, alcanzando un 28,7 % (IC 95 %: 24,2-33,6). Igualmente, en las zonas rurales las proporciones de consumo fueron menores, con 7,9 % (IC 95 %: 6,8-9,1), que en las zonas urbanas (ver Tabla 32).

El 2,5 % de los hombres manifestaron haber consumido marihuana 20 veces o más en toda la vida (IC 95 %: 2,0-3,1), siendo dicha prevalencia menor en las mujeres (1,7 %; IC 95 %: 1,4-2,1). En el total de los escolares dicha proporción fue del 2,1 % (IC 95 %: 1,7-2,5).

Los escolares sin pertenencia étnica presentaron la proporción más elevada de haber consumido marihuana 20 veces o más en toda la

vida, con una estimación del 2,1 % (IC 95 %: 1,7-2,6), siendo mayor que en los escolares que se reconocieron como indígenas. En Medellín también se encontró la proporción más elevada de haber consumido marihuana 20 veces o más en la vida, con 5,4 % (IC 95 %: 3,9-7,4) (ver Tabla 33).

Tabla 32. Prevalencia de consumo de la marihuana a lo largo de vida.

Variable	%	IC 95 %
Sexo		
Masculino	13,4	11,7-15,3
Femenino	12,3	10,2-14,8
Etnia		
Indígena	12,5	9,9-15,7
Negro/Mulato/Afro/Palenquero	10,5	8,6-12,8
Sin pertenencia étnica	13,0	11,0-15,4
Región		
Atlántica	6,0	5,1-7,0
Oriental	12,4	9,6-15,9
Bogotá	16,2	16,1-16,4
Central	18,5	14,3-23,5
Pacífica	13,1	11,5-14,8
Orinoquía-Amazonía	9,4	7,8-11,2
Zona		
Urbana	13,9	11,8-16,2
Rural	7,9	6,8-9,1
Sector		
Oficial	13,0	10,9-15,4
No oficial	12,4	10,5-14,5
Ciudades principales		
Cali	14,9	13,9-16,0
Medellín	28,7	24,2-33,6
Barranquilla	6,6	6,0-7,2
Total	12,9	11,0-15,1

Tabla 33. Número de veces de consumo de marihuana en la vida.

Variable	0 veces		1 o 2 veces		3 a 9 veces		10 a 19 veces		20 veces o más	
	%	IC 95 %	%	IC 95 %	%	IC 95 %	%	IC 95 %	%	IC 95 %
Sexo										
Masculino	86,6	84,7-88,3	5,9	5,2-6,7	3,4	2,8-4,0	1,6	1,3-2,0	2,5	2,0-3,1
Femenino	87,7	85,2-89,8	6,4	5,4-7,5	3,0	2,4-3,8	1,3	1,0-1,7	1,7	1,4-2,1
Etnia										
Indígena	87,5	84,3-90,1	7,2	5,6-9,2	2,6	1,8-3,6	1,1	0,7-1,8	1,6	1,1-2,3
Negro/Mulato/Afro/Palenquero	89,5	87,2-91,4	5,0	4,2-6,0	2,5	1,8-3,4	1,3	0,9-1,7	1,8	1,3-2,4
Sin pertenencia étnica	87,0	84,6-89,0	6,1	5,2-7,1	3,4	2,8-4,1	1,5	1,2-1,8	2,1	1,7-2,6
Región										
Atlántica	94,0	93,0-94,9	3,4	2,8-4,1	1,3	1,1-1,5	0,7	0,5-0,9	0,6	0,4-0,9
Oriental	87,6	84,1-90,4	5,9	4,7-7,3	3,1	2,2-4,2	1,3	0,8-2,2	2,1	1,5-3,0
Bogotá	83,8	83,6-83,9	7,5	7,5-7,6	4,1	4,1-4,2	2,1	2,1-2,1	2,4	2,4-2,5
Central	81,5	76,5-85,7	8,4	6,7-10,5	4,8	3,5-6,5	1,8	1,4-2,4	3,5	2,6-4,6
Pacífica	86,9	85,2-88,5	6,3	5,6-7,1	3,3	2,8-4,0	1,6	1,2-2,0	1,9	1,5-2,6
Orinoquía-Amazonía	90,6	88,8-92,2	5,0	4,2-6,1	2,2	1,6-2,9	1,0	0,7-1,5	1,1	0,7-1,8
Zona										
Urbana	86,1	83,8-88,2	6,5	5,7-7,5	3,5	2,9-4,3	1,6	1,3-1,9	2,2	1,8-2,8
Rural	92,1	90,9-93,2	4,2	3,6-4,8	1,7	1,4-2,1	0,7	0,5-1,0	1,3	1,0-1,7
Sector										
Oficial	87,0	84,6-89,1	6,2	5,4-7,1	3,2	2,6-3,9	1,5	1,2-1,8	2,1	1,7-2,7
No oficial	87,6	85,5-89,5	5,9	5,0-7,0	3,5	2,7-4,6	1,3	1,0-1,8	1,6	1,3-2,1
Ciudades principales										
Cali	85,1	84,0-86,1	6,5	5,9-7,2	3,9	3,7-4,0	1,7	1,5-2,0	2,8	2,6-3,0
Medellín	71,3	66,4-75,8	12,3	9,9-15,1	8,2	7,6-8,8	2,9	2,7-3,1	5,4	3,9-7,4
Barranquilla	93,4	92,8-94,0	3,4	3,3-3,6	1,6	1,3-2,0	0,8	0,7-1,1	0,7	0,6-0,8
Total	87,1	84,9-89,0	6,2	5,4-7,0	3,2	2,7-3,9	1,4	1,2-1,8	2,1	1,7-2,5

7.3.4. Consumo de marihuana en el último mes

Con respecto a la pregunta acerca del número de veces que consumieron marihuana en los últimos 30 días, el 7,9 % de los escolares refirió haber consumido al menos una vez (IC 95 %: 6,8-9,1), siendo mayor la proporción en los hombres (8,6 %; IC 95 %: 7,6-9,8) en comparación con las mujeres. Los estudiantes que se

autorreconocieron como indígenas, con 9,7 % (IC 95 %: 7,4-12,8), presentaron mayores prevalencias de consumo que los afrodescendientes y aquellos sin pertenencia étnica.

Las regiones Atlántica, con 4,2 % (IC 95 %: 3,6-5,0), y Orinoquía-Amazonía, con un 5,7 % (IC 95 %: 4,4-7,4), presentaron valores inferiores de consumo de marihuana en el último mes;

mientras que Bogotá, con una estimación del 10,1 % (IC 95 %: 10,0-10,2), y la región Central, con 10,0 % (IC 95 %: 8,1-12,3), tuvieron las mayores proporciones. Entre las ciudades principales estudiadas fue Medellín la de más alto consumo, alcanzando un 14,4 % (13,1-15,9). En las zonas urbanas, con 8,5 % (IC 95 %: 7,3-9,8), la proporción de consumo del mes fue mayor que en las zonas rurales (ver Tabla 34).

Tabla 34. Prevalencia de consumo de marihuana en el último mes.

Variable	%	IC 95 %
Sexo		
Masculino	8,6	7,6-9,8
Femenino	7,2	6,0-8,5
Etnia		
Indígena	9,7	7,4-12,8
Negro/Mulato/Afro/Palenquero	7,1	5,9-8,6
Sin pertenencia étnica	7,5	6,4-8,7
Región		
Atlántica	4,2	3,6-5,0
Oriental	8,6	6,3-11,7
Bogotá	10,1	10,0-10,2
Central	10,0	8,1-12,3
Pacífica	7,8	6,9-8,8
Orinoquía-Amazonía	5,7	4,4-7,4
Zona		
Urbana	8,5	7,3-9,8
Rural	5,0	4,2-5,9
Sector		
Oficial	8,0	6,8-9,4
No oficial	7,3	5,8-9,2
Ciudades principales		
Cali	8,9	8,1-9,8
Medellín	14,4	13,1-15,9
Barranquilla	4,1	3,7-4,6
Total	7,9	6,8-9,1

7.5 Discusión

A nivel mundial el consumo de sustancias psicoactivas es un problema que preocupa a los gobiernos del mundo, por lo cual se llevan a cabo estudios para estimar su magnitud. Los problemas de salud física y mental son algunas de las consecuencias más reconocidas, sin embargo, también se deben reconocer otro tipo de problemas como la violencia asociada al tráfico de drogas ilícitas, las lesiones y muertes en accidentes de transporte, los accidentes de trabajo y la disminución de la capacidad laboral, entre otras (1-3, 5-8).

La Encuesta Mundial de Salud Adolescente en Uruguay del año 2012 estimó una prevalencia de consumo de alcohol alguna vez en la vida del 68,5 % (14), una prevalencia un poco mayor se encontró en la misma encuesta aplicada en Brasil en el año 2015 (71,4 %), con una mayor prevalencia en el sexo femenino (73,1 %) en comparación con el sexo masculino (69,5 %). Adicionalmente, la encuesta de Brasil encontró prevalencias significativamente mayores en los colegios no oficiales (75,7 %) que en los oficiales, en los cuales la estimación fue del 70,3 % (15).

En Colombia el Estudio Nacional de Consumo de Sustancias Psicoactivas en Población Escolar 2016 determinó que la prevalencia de consumo de alcohol alguna vez en la vida fue 69,2 %; en las mujeres alcanzó un 70,4 % y en los hombres 68,1 %. Los departamentos de Caldas (46,1 %) y Antioquia (44,2 %) tuvieron las mayores prevalencias de consumo en el último mes. De la misma forma, esta encuesta arrojó mayores prevalencias de

consumo actual en los colegios no oficiales (39,4 %) en comparación con los oficiales (36,5 %) (6).

La presente investigación arrojó una prevalencia de vida de consumo de alcohol de 68,2 % (IC 95 %: 66,1-70,2) y, corroborando los hallazgos de las encuestas mencionadas anteriormente, la prevalencia es superior en las mujeres (69,2 %; IC 95 %: 66,7-71,6) y menor en los hombres (67,1 %; IC 95 %: 65,2-68,9), aunque dicha diferencia no es estadísticamente significativa.

Adicionalmente, los lugares donde se encontraron las prevalencias de vida de consumo más altas fueron en la ciudad de Medellín (83,7 %; IC 95 %: 82,1-85,2) y en la región Central (74,8 %; IC 95 %: 70,4-78,7), en esta última se encuentran ubicados los dos departamentos con mayor prevalencia de consumo de alcohol en el último mes (Caldas y Antioquia), según el Estudio Nacional de Consumo de Sustancias Psicoactivas en Población Escolar 2016 (6), lo cual estaría corroborando dichos resultados.

En la presente investigación también se encontraron estimaciones estadísticamente más elevadas de consumo de alcohol alguna vez en la vida en los colegios no oficiales (70,8 %; IC 95 %: 68,2-73,3), en comparación con los colegios oficiales (67,8 %; IC 95 %: 65,6-69,9), en concordancia con el Estudio Nacional de Consumo de Sustancias Psicoactivas en Población Escolar, Colombia 2016 (6), y con los resultados de la misma encuesta aplicada en Brasil en 2015 (15). Estas diferencias podrían explicarse parcialmente por el mayor poder

adquisitivo de los estudiantes de colegios no oficiales; también, los padres y familiares cercanos de los estudiantes de colegios no oficiales tienen prevalencias significativamente mayores de tomar alcohol diariamente (4,2 %; IC 95 %: 3,3-5,4), en comparación con los de los estudiantes de colegios oficiales (2,9 %; IC 95 %: 2,5-3,4).

Con respecto al consumo de alcohol en el último mes, la encuesta EMSE internacional aplicada entre los años 2012 y 2017 arrojó resultados diferenciales en los países, pues mientras en Uruguay se estimó en un 48,6 % (14), en Paraguay el porcentaje fue de 35,3 % (16) y en Chile de 36 % (17). Con relación al sexo no se encontraron diferencias.

En la Encuesta Nacional de Consumo de Sustancias Psicoactivas en Población Escolar, Colombia (6), la prevalencia de consumo de alcohol en el último mes se estimó en un 37,0 %, con un estimador mayor en las mujeres (37,9) en comparación con los hombres (36,1 %); y también los escolares de la zona urbana tienen una mayor proporción de consumo en el último mes (37,8 %; IC 95 %: 36,8-38,8) que los de la zona rural (32,6 %; IC 95 %: 29,4-35,7). Además, de forma coherente con la prevalencia de vida, los departamentos de Caldas (46,1 %) y Antioquia (44,2 %) alcanzan la mayor prevalencia.

En la presente investigación la prevalencia estimada de consumo de alcohol en el último mes fue del 44,7 %, siendo menor a la prevalencia encontrada en Uruguay (9), pero mayor a las estimaciones de Paraguay (16) y Chile (17). Este porcentaje es 7,7 puntos más alto que el de la

encuesta de consumo de sustancias psicoactivas en Colombia aplicada en el mismo año (6). Esta diferencia puede obedecer a la forma en la que se hizo la pregunta en una y otra encuesta, pues mientras en la encuesta de psicoactivos se pregunta directamente si consumió o no el alcohol, en el instrumento utilizado en esta investigación se infiere a partir de la opción: “No tomé alcohol durante los últimos 30 días”, de la pregunta “Durante los últimos 30 días ¿cómo consiguió normalmente el alcohol que tomó?”.

Con relación al consumo excesivo y perjudicial, en la encuesta se indagaron diferentes situaciones relacionadas, como son cantidad, frecuencia, embriaguez y problemas causados por el consumo.

En la encuesta EMSE Internacional el porcentaje de escolares que informó haberse embriagado alguna vez en la vida varió entre un máximo de 28,9 % en Uruguay (14) y un mínimo de 13,0 % en Guatemala (18), pasando por 15,8 % en Perú (19), 22,0 % en Paraguay (16) y 27,3 % en Chile (18). Con relación al comportamiento por sexo, en Perú se encontró que el porcentaje de hombres que se embriagó alguna vez (19,7 %) fue significativamente mayor al encontrado en las mujeres (11,8 %) (14), mientras en Chile (17) y Paraguay (16) no hubo diferencias por sexo.

En la ENSE Colombia se encontró que el porcentaje de escolares que se embriagó alguna vez en la vida fue de 33,1 % (IC 95 %: 31,0-35,3), siendo superior al encontrado en todas las encuestas mencionadas anteriormente. Ahora bien, tal como en Chile (17), los hombres

presentan los mayores porcentajes (35,4 %; IC 95 %: 33,5-37,3) y, de la misma forma que en el consumo alguna vez en la vida, la región Central y Medellín presentaron los valores más elevados, seguidos de cerca por Bogotá.

Con relación a tener problemas con su familia o amigos, faltar a la escuela o mezclarse en peleas una o más veces como resultado del consumo, la encuesta EMSE internacional arrojó una prevalencia del 21,8 % en Uruguay (14), mientras en Paraguay (16) y Chile (17) los estimadores fueron 8,1 % y 8,9 %, respectivamente, y en Perú con un 14 % (19) y en Guatemala con 10,7 % (18), se tuvieron valores intermedios. Con relación a las diferencias por sexo, en Perú (19) se encontró un mayor porcentaje de hombres con este tipo de problemas, alcanzando un 17,0 % en comparación con las mujeres (11,0 %); en Paraguay no hubo diferencias por sexo (16).

En Colombia la presente investigación arrojó una prevalencia del 11,4 % de escolares que han tenido los problemas mencionados, siendo más baja dicha estimación que la encontrada en Uruguay (14) y Perú (19), pero más alta que la de Guatemala (18), Paraguay (16) y Chile (17). De la misma forma que lo encontrado en Perú (19), en Colombia también los hombres presentan una prevalencia más elevada. Llama la atención el alto porcentaje encontrado en los estudiantes que se autorreconocieron como indígenas (17,8 %), pues en estos las prevalencias de consumo de alcohol fueron bajas en comparación con las otras categorías de análisis. Por el contrario en Medellín se observó una prevalencia superior a las de otras ciudades, lo cual concuerda con las altas prevalencias de

consumo y embriaguez alguna vez en la vida, pues entre más altas sean estas últimas estimaciones, la probabilidad de tener problemas también debería ser mayor.

En la EMSE Uruguay (14), el 11,1 % tomó en seis o más días del último mes, con una prevalencia en los hombres mayor que en las mujeres (13,6 % y 9,2 % respectivamente), el estimador encontrado en la presente investigación fue más bajo (8,5 %), no obstante, también fue mayor el porcentaje encontrado en el caso de los hombres que en el de las mujeres.

En cuanto a consumo de drogas ilegales alguna vez en la vida, en la ENSE Colombia se indagó en general por medio de una pregunta acerca de 18 tipos de sustancias: marihuana, anfetaminas, cocaína, inhaladores, perico-perica, bazuco, pepas, popper, dick, pegantes, solventes, heroína, alucinógenos, ácido, LSD, yagé, cacao sabanero, o éxtasis.

La encuesta EMSE Internacional aplicada entre los años 2012 y 2015 arrojó prevalencias de consumo de drogas ilegales alguna vez en la vida que varían entre un 9,0 % en Guatemala (18), 11,1 % en El Salvador (20) y 11,7 % en Argentina con más alto porcentaje en los hombres (21), aunque en estos dos últimos países la encuesta se aplicó a escolares entre 13 y 15 años.

En la encuesta de sustancias psicoactivas en escolares de Colombia se encontró una prevalencia de 15,9 % con diferencias significativas entre hombres (16,9 %) y mujeres (15,1 %); aunque es importante recordar que esta encuesta se aplicó a estudiantes entre 12 y 18 años (6).

La ENSE Colombia arrojó una proporción de 14,7 %, estimación cercana a la encontrada en el Estudio Nacional de Consumo de Sustancias Psicoactivas en nuestro país, pero más alta que la prevalencia encontrada en los países mencionados anteriormente.

Con respecto al consumo de marihuana, las estimaciones de la EMSE internacional permitieron identificar prevalencia de consumo alguna vez en la vida que varía entre un 25,4 % en Chile (17) y 5,0 % en Guatemala (18), con una estimación intermedia en Uruguay (13,3 %) (14). En Argentina un estudio específico sobre consumo de marihuana arrojó una prevalencia de 18,3 % para estudiantes de 15 a 16 años (22). Otro estudio llevado a cabo en Chile para escolares de secundaria corrobora las altas estimaciones de ese país, arrojando una prevalencia de 25,2 % (23). En España un estudio en escolares de 14 a 18 años encontró una prevalencia del 36,2 %, mientras otro desarrollado en población de 14 a 18 años encontró una prevalencia similar (34,5 %) (24).

De la misma forma, un estudio de psicoactivos llevado a cabo para población de 13 a 17 años en El Salvador determinó una prevalencia del 15,4 % (25). Finalmente, en un estudio llevado a cabo en escolares de secundaria en Perú con edad promedio de 15 años, se encontró que la prevalencia de vida de consumo de marihuana fue del 5,9 %, siendo más frecuente en hombres (7,6 %) que en mujeres (2,7 %) sin diferencias por otras variables (26).

Las prevalencias de consumo de marihuana alguna vez en la vida encontradas en el presente

estudio (12,9 %) son similares a las reportadas en Uruguay (14), pero más bajas que las encontradas en los estudios de Argentina (21), El Salvador (25) y España (24); sin embargo, son más elevadas que las del estudio de Perú (26). Con relación al sexo de los encuestados, tal como en la EMSE Chile (17) y Uruguay (14) no se encontraron diferencias significativas entre los dos sexos.

La encuesta ENSE 2007 no tuvo representación nacional y tuvo un diseño diferente, por lo tanto no aplica la comparación con la presente investigación para establecer si subieron o bajaron las prevalencias. Hay un documento (ficha técnica) donde está el glosario y las de-

finiciones conceptuales, este libro tiene como propósito la difusión de resultados, por lo tanto no aplica incluir las definiciones.

Finalmente, debe mencionarse que las preguntas sobre anfetaminas y metanfetaminas no se presentan debido a inconsistencias de este análisis en comparación con el Estudio Nacional de Consumo de Sustancias Psicoactivas en Población Escolar del año 2016. Incluir estos resultados podría confundir su interpretación a partir de datos potencialmente sesgados. Una hipótesis es que los escolares interpretaron mal la pregunta y confundieron la palabra “anfetamina” con algún otro término, como por ejemplo “vitamina”.

Referencias

1. Muñoz, V. Factores asociados a la dependencia de la marihuana en personas de 12 a 65 años en Colombia [tesis de maestría en línea]. Cali: Universidad del Valle; 2015 [consulta: 2 jul 2018]. 86 p. Disponible en: <https://bit.ly/3aSdLtl>
2. Scoppetta O, Pérez A y Muños V. Sobre la supuesta inocuidad del consumo de marihuana: diferencia entre consumidores y no consumidores en encuestas nacionales en Colombia. *Liber* [Internet]. 2013 ene-jun [consulta: 2 jul 2018];19(1):55-66. Disponible en: <https://bit.ly/2vfN7vk>
3. Ahumada, J, Gámez-Medina, M y Valdez-Montero, C. El consumo de alcohol como problema de salud pública. *Ra Ximhai*. 2017 jul-dic;13(2); 13-24. doi: 10.35197/rx.13.02.2017.01.ja
4. Oficina de las Naciones Unidas (ONU). Informe Mundial de Drogas 2018: Crisis de opioides, abuso de medicamentos y niveles récord de opio y cocaína [Internet]. 2018 [consulta: 19 jul 2018]. Disponible en: <https://bit.ly/3cTht7T>
5. Organización Mundial de la Salud (OMS). Alcohol: Datos y cifras [Internet]. 2018 [consulta: 2 jul 2018]. Disponible en: <https://bit.ly/33gpz65>
6. Observatorio de Drogas de Colombia, Ministerio de Justicia y del Derecho, Ministerio de Educación Nacional, Ministerio de Salud y Protección Social, CICAD/OEA. Estudio Nacional de Consumo de Sustancias Psicoactivas en población escolar Colombia, 2016: Informe final. [Internet]. 2016 [consulta: 11 jul 2018]. Disponible en: <https://bit.ly/2ILRscM>
7. Pons Diez J, Berjano Peirats E. El Consumo Abusivo de Alcohol en la Adolescencia: un modelo explicativo desde la psicología social. [Internet]. 1999 [consulta: 20 ago 2018]. Disponible en: <http://www.cedro.sld.cu/bibli/a/a4.pdf>
8. Pautassi RM. Consumo de alcohol durante la adolescencia y el desarrollo temprano, causas y consecuencias: Año 2013. *Ciencia e Investigación* [Internet]. 2013 nov [consulta: 20 ago 2018];63(4):25-38. Disponible en: <https://bit.ly/3cVMjNh>

9. Rodríguez García FD, Sanchiz Ruiz ML, Bisquerra R. Consumo de alcohol en la adolescencia. Consideraciones médicas y orientaciones educativas. *Salud Ment.* 2014 may-jun;37(3):255-60. doi: 10.17711/SM.0185-3325.2014.030
10. De la Villa Moral M, Ovejero Bernal A. Consumo abusivo de alcohol en adolescentes españoles: tendencias emergentes y percepciones de riesgo. *Univ Psychol.* 2010 jun;10(1):71-88. doi: 10.11144/Javeriana.upsy10-1.caaa
11. Pérez-Gómez A, Lanziano C, Reyes-Rodríguez MF, Mejía-Trujillo J, Cardozo-Macías F. Perfiles asociados al consumo de alcohol en adolescentes colombianos. *Acta Colomb Psicol.* 2018;21(2): 258-69. doi: 10.14718/ACP.2018.21.2.12
12. Hernández López T, Roldán Fernández J, Jiménez Frutos A, Mora Rodríguez C, Escarpa D, Pérez Álvarez MT. La edad de inicio en el consumo de drogas, un indicador de consumo problemático. *Psychosocial Intervention [Internet].* 2009 [consulta: 20 jul 2018];18(3)199-212. Disponible en: <https://bit.ly/2QglFoK>
13. Saravia JC, Gutiérrez C, Frech H. Factores asociados al inicio de consumo de drogas ilícitas en adolescentes de educación secundaria. *Rev Peru Epidemiol.* 2014;18(1):1-7. Disponible en: <https://bit.ly/2LlIFsw>
14. Uruguay. Ministerio de Salud Pública. Adolescencias: un mundo de preguntas: II Encuesta Mundial de Salud Adolescente; GSHS, 2012: Uruguay [Internet]. 2013 [consulta: 3 ago 2018]. Disponible en: <https://bit.ly/38Hv5jq>
15. Brasil. Ministério do Planejamento, Desenvolvimento e Gestão, IBGE. Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar 2015 [Internet]. 2016 [consulta: 14 jun 2018]. Disponible en: <https://bit.ly/2U-8jGnk>
16. OPS/OMS; Paraguay, Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, Ministerio de Educación y Ciencias. Encuesta Global de Salud Escolar (GSHS): Paraguay 2017 [Internet]. 2018 [consulta: 14 jun 2018]. Disponible en: <https://bit.ly/2U7u3YA>
17. Chile. Ministerio de Salud. Informe de la Encuesta Mundial de Salud Escolar Chile 2013 [Internet]. 2016 [consulta: 20 jul 2018]. Disponible en: <https://bit.ly/2QcNy0C>
18. Guatemala. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, Ministerio de Educación, OPS/OMS. Encuesta Mundial de Salud a Escolares Guatemala 2015 [Internet]. 2016 [consulta: 13 ago 2018]. Disponible en: <https://bit.ly/2wXRqfa>
19. Perú. Ministerio de Salud. Encuesta Global de Salud Escolar: Resultados-Perú 2010. [Internet]. 2011 [consulta: 5 jul 2018]. 92 p. Disponible en: <https://bit.ly/2TWTKLi>
20. OPS/OMS; El Salvador, Ministerio de Salud. Encuesta Mundial de Salud Escolar: Resultados, El Salvador, 2013 [Internet]. 2011 [consulta: 5 jul 2018]. 48 p. Disponible en: <https://bit.ly/2W9Y4tB>
21. OPS/OMS; Argentina, Ministerio de Salud. Segunda encuesta mundial de salud escolar. Argentina 2012 [Internet]. 2013 [consulta: 5 jul 2018]. 108 p. Disponible en: <https://bit.ly/33hDZD8>
22. Argentina. Presidencia de la Nación, Sedronar. Análisis del consumo de marihuana en población escolar: Sexta Encuesta Nacional a Estudiantes de Enseñanza Media Argentina: 2014. [Internet]. 2016 [consulta: 5 jul 2018]. 21 p. Disponible en: <https://bit.ly/2wWqpc4>
23. Rubio, MG. Consumo de drogas en población escolar de 8° básico a 4° medio de la comuna de Caldera, región de Atacama [trabajo de grado en línea]. Santiago de Chile: Universidad de Chile; 2009 [consulta: 10 jul 2018]. 81 p. Disponible en: <https://bit.ly/33ePuuW>
24. Consejería de Salud y Servicios Sanitarios del Principado de Asturias. Consumo de cannabis en estudiantes de enseñanzas secundarias de Asturias. [Internet]. 2008 [consulta: 3 mar 2018]. Disponible en: <https://bit.ly/39MYH0c>
25. Escobar de Mena AC. Tercer estudio nacional sobre consumo de sustancias psicoactivas en población escolar de El Salvador, 2016. [Internet]. 2018 [consulta: 2 ago 2018]. Disponible en: <https://bit.ly/3cT5Q0Z>
26. Gutiérrez C, Contreras H, Trujillo D, Haro E, Ramos-Castillo J. Drogas ilegales en escolares de Lima y Callao: factores familiares asociados a su consumo. *An Fac Med.* 2009;70(4):247-54. doi: 10.15381/anales.v70i4.924

**ENCUESTA NACIONAL
DE SALUD ESCOLAR COLOMBIA (ENSE)**

8.

**LESIONES E
INTIMIDACIÓN**



8.1 Introducción

Los hechos de agresión, intimidación y violencia a niños, niñas y adolescentes vulneran sus derechos e impiden su desarrollo pleno, por lo que es importante considerar los mandatos constitucionales que reconocen estos derechos. En particular, los artículos de la Constitución Política de Colombia que hacen referencia a la protección y formación integral de los adolescentes, señalan la importancia de la integralidad física de los niños, así como la protección “contra toda forma de abandono, violencia física o moral, secuestro, venta, abuso sexual, explotación laboral o económica y trabajos riesgosos”, y hacen referencia a la participación “activa de los jóvenes en los organismos públicos y privados que tengan a cargo la protección, educación y progreso de la juventud” (1).

También es importante tener en cuenta la Convención sobre los Derechos del Niño, donde se menciona que los Estados “tomarán todas las medidas apropiadas para garantizar que el niño sea protegido contra toda forma de discriminación o castigo por causa de la condición, las actividades, las opiniones expresadas o las creencias de sus padres, sus tutores o sus familiares”. Así mismo, en esta Convención se plantea el compromiso de asegurar a los niños la protección y el cuidado que sean necesarios para su bienestar (artículo 3), y también se menciona la protección a la tortura, así como a tratos crueles o degradantes (artículo 37) (2).

Es importante, además, recordar que en el año 2015 Colombia se vinculó a la Agenda Mundial

de Desarrollo Sostenible —Agenda 2030— con acuerdos para la implementación de los objetivos de desarrollo sostenible (ODS), haciendo énfasis en el desarrollo pleno del país y sus ciudadanos. En lo que corresponde a infancia y adolescencia, dichos objetivos establecieron prioridades con metas e indicadores consignados en el CONPES 3918 de 2018 (3), el bienestar de las personas y la conservación del ambiente. La Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible y sus ODS integran en sus tres dimensiones, social, económica y ambiental, importantes retos a nivel global y nacional. Entre ellos se encuentra la necesidad de fortalecer la coordinación interinstitucional para promover acciones transversales, la capacidad del Gobierno para cuantificar los avances de las metas propuestas, la alineación de la agenda con los instrumentos de política territoriales, la coordinación de acciones con diferentes actores sociales, así como la movilización de recursos en todos los niveles. Colombia se ha destacado por liderar la implementación de agendas como la de los ODS, las alianzas por el cambio climático y la adopción de estándares mundiales como los desarrollados por la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE), al plantear la superación de la pobreza que afecta a esta población, así como al poner fin a la desnutrición, la exclusión escolar, todas las formas de violencia, incluyendo la explotación sexual y la adopción de medidas que pongan fin al maltrato.

En este contexto se señala que entre 2014 y 2017, en Colombia se registraron 125.400 niños, niñas y adolescentes ingresados al

Proceso Administrativo de Restablecimiento de Derechos (PARD) ante diferentes tipos de vulneraciones de derechos (4). Al revisar de manera específica algunos datos sobre lesiones y violencia dirigida a menores de edad en el contexto nacional, se puede citar al Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses, que en el año 2017 reportó 10.113 casos de víctimas, de los cuales el 6,2 % eran niños y el 11,4 % niñas que asistían a educación básica secundaria (5). Esta situación llama la atención para prevenir situaciones de violencia en los contextos escolares del país, así como para fortalecer la atención con propuestas educativas.

Otros datos a tener en cuenta sobre la violencia escolar se presentan en la Encuesta Nacional de Salud Mental del año 2015, donde se reportó que, de las personas consultadas, cuyas edades estaban entre los 18 y 44 años, el 21,0 % había experimentado algún tipo de violencia en el ámbito escolar; esta cifra fue mayor en hombres que en mujeres (26,7 % frente a 17,0 %), lo que refleja diferentes dinámicas por género. En términos específicos, el 18,1 % reportó haber sido víctima de agresión física por otros compañeros de la escuela y el 6,8 % mencionó haber experimentado agresión física por parte de sus profesores (6).

Al respecto, la Unesco en el Informe de Seguimiento de la Educación en el Mundo (7), citando el Informe mundial sobre la violencia y la salud que la OMS publicó en 2002, presenta las siguientes definiciones sobre violencia en el ámbito escolar:

Violencia: “El uso deliberado de la fuerza física o el poder, ya sea en grado de amenaza o efectivo, contra uno mismo, otra persona o un grupo o comunidad, que cause o tenga muchas probabilidades de causar lesiones, muertes, daños psicológicos, trastornos del desarrollo o privaciones” (p. 1).

Violencia sexual: “Todo acto sexual, la tentativa de consumar un acto sexual, los comentarios o insinuaciones sexuales no deseados, o las acciones para comercializar o utilizar de cualquier otro modo la sexualidad de una persona mediante coacción por otra persona, independientemente de la relación de esta con la víctima, en cualquier ámbito, incluidos el hogar y el lugar de trabajo” (p. 1).

Acoso: “Es la exposición repetida a un comportamiento agresivo de homólogos con el propósito de infligir lesiones o malestar. Puede consistir en violencia física, en insultos y en procurar causar daños psicológicos mediante la humillación o la exclusión” (p. 1).

Violencia fundada en el género relacionada con la escuela: “Los actos o amenazas de violencia sexual, física o psicológica que acontecen en las escuelas y sus alrededores, perpetrados como resultado de normas y estereotipos de género, y debidos a una dinámica de desigualdad en el poder” (p. 1).

De otra parte, Dan Olweus unos de los principales investigadores sobre esta problemática, definió el “matoneo” (término empleado en la lengua inglesa) como las acciones intencionales negativas que incluyen violencia

física, el abuso verbal o el intento de causar daño psicológico a través de la humillación o la exclusión (8). Posteriormente, la definición se amplió con la perspectiva desarrollada por Craig y Pepler (9), quienes señalaron la intimidación como un problema de relaciones destructivas entre pares, en las que se adoptan la fuerza y el temor para ejercer control sobre pares vulnerables, basada en el uso del poder y la dominancia, aceptada en el grupo de pares. Desde esta visión se hace un reconocimiento explícito al rol protagónico de los pares no involucrados directamente en la situación de intimidación como observadores, ampliando el rango de actores generalmente restringido a la díada intimidador-víctima. Así mismo, Olweus (10) define la intimidación como “la agresión repetida y sistemática que ejerce una o varias personas contra alguien que usualmente está en una posición de menos poder que sus agresores” (p. 126). Este último investigador diferencia cuatro tipos de intimidación a saber: la intimidación física, la verbal, la relacional o indirecta y la intimidación virtual o *ciberbullying*. Así mismo, señala los riesgos que tiene la intimidación en un futuro próximo para el intimidador como para las víctimas.

Las situaciones de violencia e intimidación escolar en Colombia descritas por varios investigadores han sido importantes para impulsar algunas normativas, las cuales contienen conceptualizaciones y lineamientos para la protección de los escolares. Por ejemplo, en el artículo 2 de la Ley 1620 de 2013, el acoso escolar (*bullying*) ha sido definido como la “Conducta negativa, intencional metódica y

sistemática de agresión, intimidación, humillación, ridiculización, difamación, coacción, aislamiento deliberado, amenaza o incitación a la violencia o cualquier forma de maltrato psicológico, verbal, físico o por medios electrónicos contra un niño, niña o adolescente, por parte de un estudiante o varios de sus pares con quienes mantiene una relación de poder asimétrica, que se presenta de forma reiterada o a lo largo de un tiempo determinado. También puede ocurrir por parte de docentes contra estudiantes, o por parte de estudiantes contra docentes, ante la indiferencia o complicidad de su entorno” (11, pp. 1-2).

En cuanto a la reglamentación de la anterior ley, el Estado colombiano expidió el Decreto 1965 de 2013, especificando la agresión escolar como “toda acción realizada por uno o varios integrantes de la comunidad educativa que busca afectar negativamente a otros miembros de la comunidad educativa, de los cuales por lo menos uno es estudiante. La agresión escolar puede ser física, verbal, gestual, relacional y electrónica” (12, pp. 14-15).

8.2 Agresión física y participación en peleas

Los resultados de la Encuesta Nacional de Salud Escolar (ENSE) muestran que el 20,5 % (IC 95 %: 19,4-21,7) de los escolares refirió haber sido víctima de agresión física al menos una vez en los últimos 12 meses, siendo esta ocurrencia mayor en los niños, con un 23,1 % (IC 95 %: 21,9-24,4), que en las niñas, con un 18,0 % (IC 95 %: 16,8-19,3). Así mismo,

la participación en una pelea física fue mayor en los niños, con un 32,6 % (IC 95 %: 30,8-34,4), que en las niñas, con un 17,1 % (IC 95 %: 16,1-17,9).

En el caso de los escolares que han sido víctimas de agresión escolar, se pueden identificar diferencias en el número de veces que han sido agredidos durante los últimos 12 meses. El 12,3 % (IC 95 % 11,6-13,1) de los niños reportan haber sido agredidos una vez, el 6,5 % (IC 95 % 6,0-6,9) reportan haber sido agredidos dos o tres veces, y el 1,7 % (IC 95 % 1,5-2,0) reportan haber sido agredidos cuatro veces. En el caso de las niñas se identifica una frecuencia menor, ya que el 9,7 % (IC 95 % 9,0-10,4) de ellas dicen haber sido agredidas una vez en los últimos 12 meses, el 5,0 % (IC 95 % 4,5-5,6) reportan haber sido agredidas dos a tres veces, y el 1,3 % (IC 95 % 1,1-1,5) dicen haber sido agredidas cuatro veces en los últimos doce meses. Las frecuencias para niños y niñas disminuyen por debajo del 1 % en más de 5 agresiones en los últimos 12 meses.

En el caso de los escolares que han participado en una pelea física durante los últimos 12 meses, se identificó que el 17,1 % (IC 95 % 16,2-18,1) participaron una vez, el 9,8 % (IC 95 % 9,0-10,7) participaron dos o tres veces, y el 2,4 % (IC 95 % 2,1-2,8) participaron en peleas cuatro o cinco veces. Para el caso de las niñas, el 10,6 % (IC 95 % 10,0-11,2) participó una vez, el 4,2 % (IC 95 % 3,9-4,5) participó en peleas dos o tres veces, y el 1,1 % de las niñas (IC 95 % 0, 9-1,3) participó en peleas físicas cuatro o cinco veces.

Los escolares indígenas reportan una mayor prevalencia como víctimas de agresión física y en la participación en peleas que la población afrocolombiana y aquella que no reconoce ninguna pertenencia étnica. Así, la población indígena reporta en un 23,8 % (IC 95 %: 20,9-27,0) haber sido víctima de agresión física, mientras que en la población sin pertenencia étnica esto corresponde a un 19,7 % (IC 95 %: 18,5 %-20,9 %). De igual manera, en lo referente a la participación en peleas, la población indígena reporta un 26,7 % (IC 95 %: 23,8-29,8), mientras que la población sin pertenencia étnica refiere un 23,4 % (IC 95 %: 22,0-24,9). Más allá de las diferencias entre los grupos, es importante tener presente que la ocurrencia de agresión física en general entre los escolares es muy alta (1 de cada 5 escolares; i.e., 20,5 %), así como la participación en peleas (1 de cada 4; i.e., 24,4 %) (Tabla 35).

En lo correspondiente a regiones, los estudiantes de Bogotá reportan haber sido víctimas de agresión física y haber participado en peleas con mayor frecuencia que los estudiantes de las otras regiones del país. Así, mientras el 22,9 % (IC 95 %: 22,8-23,1) de los estudiantes de Bogotá reportaron haber sido víctimas de agresión física al menos una vez en los últimos 12 meses, los de la región Pacífica reportaron un 17,2 % (IC 95 %: 15,6-19,0), siendo éste último el menor porcentaje de las regiones. En lo que respecta a la participación en peleas físicas en los últimos 12 meses, también los estudiantes de Bogotá reportaron el mayor porcentaje, con un 28,0 % (IC 95 %: 27,7-28,2 %), frente a los de la

región Pacífica, donde reportaron un 22,2 % (IC 95 %: 20,3-24,2).

Por otro lado, los niños de Barranquilla reportaron un mayor porcentaje como víctimas de agresión física (23,2 %; IC 95 %: 22,6-23,8) que los de Medellín (19,8 %; IC 95 %: 17,9-21,8) y los de Cali (18,3 %; IC 95 %: 17,7-18,9). Así mismo, los niños encuestados de Barranquilla dijeron haber participado, en mayor porcentaje, en peleas físicas (27,4 %; IC 95 %: 25,7-29,2) que los de Cali (25,1 %; IC 95 %: 24,7-25,5) y los de Medellín (24,9 %; IC 95 %: 23,9-25,9).

Adicionalmente, los estudiantes de la zona urbana presentan mayor proporción como víctimas de una agresión física (21,0 %; IC 95 %: 19,8-22,3) que aquellos de la zona rural. Así mismo, los estudiantes de la zona urbana han

participado más en peleas físicas (25,1 %; IC 95 %: 23,9-26,3) que los estudiantes de la zona rural (20,7 %; IC 95 %: 19,2-22,2).

Finalmente, no se encontraron diferencias significativas en las agresiones físicas entre los escolares de colegios no oficiales (20,3 %; IC 95 %: 19,0-21,8) frente a los colegios oficiales (20,6 %; IC 95 %: 19,3-21,8) ni tampoco hubo diferencias en la participación en peleas físicas entre los estudiantes de colegios no oficiales, que reportaron un 24,9 % de participación en peleas (IC 95 %: 23,3-26,6), frente a un 24,3 % (IC 95 %: 22,8-25,8) de los estudiantes de colegios oficiales.

En resumen, los encuestados que dijeron ser víctimas de una agresión física o han participado en una pelea, corresponden con mayor frecuencia a escolares hombres e indígenas.

Tabla 35. Porcentaje de escolares que han sido víctimas de una agresión física o han participado en una pelea física en los últimos 12 meses.

Variable	Ha sido víctima de agresión física al menos una vez en los últimos 12 meses		Ha participado en una pelea física al menos una vez en los últimos 12 meses	
	%	IC 95 %	%	IC 95 %
Sexo				
Masculino	23,1	21,9-24,4	32,6	30,8-34,4
Femenino	18,0	16,8-19,3	17,0	16,1-17,9
Etnia				
Indígena	23,8	20,9-27,0	26,7	23,8-29,8
Negro/Mulato/Afro/Palenquero	21,2	19,5-22,9	24,8	23,1-26,6
Sin pertenencia étnica	19,7	18,5-20,9	23,4	22,0-24,9

Cont.

Variable	Ha sido víctima de agresión física al menos una vez en los últimos 12 meses		Ha participado en una pelea física al menos una vez en los últimos 12 meses	
	%	IC 95 %	%	IC 95 %
Región				
Atlántica	22,1	20,2-24,0	23,9	22,1-25,8
Oriental	21,8	18,9-25,0	25,1	22,9-27,5
Bogotá	22,9	22,8-23,1	28,0	27,7-28,2
Central	18,8	17,7-19,9	23,9	22,8-25,1
Pacífica	17,2	15,6-19,0	22,2	20,3-24,2
Orinoquía-Amazonía	20,3	17,4-23,4	21,9	19,4-24,7
Principales municipios				
Cali	18,3	17,7-18,9	25,1	24,7-25,5
Medellín	19,8	17,9-21,8	24,9	23,9-25,9
Barranquilla	23,2	22,6-23,8	27,4	25,7-29,2
Zona				
Urbana	21,0	19,8-22,3	25,1	23,9-26,3
Rural	18,1	16,4-19,9	20,7	19,2-22,2
Sector				
Oficial	20,6	19,3-21,8	24,3	22,8-25,8
No oficial	20,3	19,0-21,8	24,9	23,3-26,6
Total	20,5	19,4-21,7	24,4	23,1-25,6

8.3 Lesiones

Las lesiones serias se definen como todas aquellas que necesitaron atención por un profesional de la salud o que obligaron a faltar al colegio. En particular, el 30,5 % (IC 95 %: 29,5-31,5) de los escolares hombres reportaron haber tenido lesiones serias al menos una vez en los 12 últimos meses, mientras que el 21,2 % de las mujeres (IC 95 %: 20,3-22,1) reportaron haber sufrido estas lesiones en el mismo periodo de tiempo (Tabla 36).

Los escolares que tuvieron mayor ocurrencia de lesiones serias al menos una vez en los últimos 12 meses fueron los de Bogotá y Medellín, de las zonas urbanas y de colegios no oficiales. No se encontraron diferencias significativas entre escolares que se reconocen como indígenas, afrocolombianos y los estudiantes sin pertenencia étnica. Según el municipio del país, se observa que los estudiantes que reportaron haber tenido lesiones serias, al menos una vez, en los último 12 meses, fueron más frecuentes en

Tabla 36. Porcentaje de escolares que han tenido una lesión seria en los últimos 12 meses.

Variable	No ha sufrido lesiones serias en los últimos 12 meses		Ha sufrido lesiones serias al menos una vez en los últimos 12 meses	
	%	IC 95 %	%	IC 95 %
Sexo				
Masculino	69,5	68,5-70,5	30,5	29,5-31,5
Femenino	78,8	77,9-79,7	21,2	20,3-22,1
Etnia				
Indígena	74,1	71,9-76,1	25,9	23,9-28,1
Negro/Mulato/Afro/Palenquero	73,9	72,4-75,4	26,1	24,6-27,6
Sin pertenencia étnica	74,6	73,7-75,4	25,4	24,6-26,3
Región				
Atlántica	75,1	73,8-76,4	24,9	23,6-26,2
Oriental	75,6	72,5-78,4	24,4	21,6-27,5
Bogotá	73,4	73,2-73,6	26,6	26,4-26,8
Central	73,6	72,1-75,0	26,4	25,0-27,9
Pacífica	73,9	72,4-75,3	26,1	24,7-27,6
Orinoquía-Amazonía	74,1	71,5-76,6	25,9	23,4-28,5
Principales municipios				
Cali	72,3	72,0-72,5	27,7	27,5-28,0
Medellín	71,4	69,8-72,9	28,6	27,1-30,2
Barranquilla	75,4	74,8-75,9	24,6	24,1-25,2
Zona				
Urbana	74,1	73,2-75,0	25,9	25,0-26,8
Rural	75,8	74,3-77,2	24,2	22,8-25,7
Sector				
Oficial	75,3	74,5-76,1	24,7	23,9-25,5
No oficial	68,3	66,7-69,8	31,7	30,2-33,3
Total	74,4	73,5-75,2	25,6	24,8-26,5

Medellín, con 28,6 % (IC 95 %: 27,1-30,2); y menos frecuentes en Cali, con 27,7 % (IC 95 %: 27,5-28,0); y en Barranquilla, con 24,6 % (IC 95 %: 24,1-25,2).

Finalmente, es de señalar que los niños y niñas que reportaron haber tenido al menos una vez una lesión seria en los últimos 12 meses, en los

colegios no oficiales fueron el 31,7 % (IC 95 %: 30,2-33,3), mientras que en los colegios oficiales fueron el 24,7 % (IC 95 %: 23,9-25,5).

Por otra parte, al caracterizar el tipo de lesiones entre aquellos escolares que dijeron haberlas sufrido en los últimos 12 meses, se hacen notorios dos asuntos. El primero es que la

lesión más frecuente es de tipo desconocida, en la medida que el 47,0 % de los niños y el 50,1 % de las niñas respondieron: “me sucedió otra cosa” diferente a las opciones de caracterización de la encuesta. El segundo aspecto es que el 31,9 % de los niños (IC 95 %: 30,2-33,7) y el 26,4 % de las niñas (IC 95 %: 24,2-28,8) reportaron como lesión más seria (después de causa no identificada), “un hueso roto o una articulación dislocada”; el 9,9 % de los niños (IC 95 %: 9,0-10,8) reportó “recibí un corte, una punzada o puñalada”; mientras que el 10,7 % de las niñas (IC 95 %: 9,8-11,8) reportó: “Sufrí un golpe u otra lesión en la cabeza o el cuello; me desmayé o no podía respirar” (Tabla 37).

Atendiendo a las lesiones caracterizadas y de acuerdo con la distribución geográfica por regiones, en Bogotá el 33,0 % (IC 95 %: 32,9-33,0) de los escolares reportaron haber tenido una fractura o dislocación de una articulación, mientras que en Orinoquía-Amazonía este tipo de lesión la tuvo el 22,8 % (IC 95 %: 19,4-26,7). Respecto al tipo de institución educativa, los estudiantes que dijeron haber sufrido una fractura o dislocación en colegio no oficial sumaron el 35,8 % (IC 95 %: 32,9-38,8), mientras en colegio oficial sumaron el 28,1 % (IC 95 %: 26,5-29,9).

En lo referente a la caracterización de la causa de la lesión más seria en los últimos 12 meses, de acuerdo al sexo entre los escolares, los resultados muestran que las tres primeras

causas son las caídas, como la principal causa, con un 37,4 % (IC 95 %: 35,7-39,1) para los escolares hombres y 37,6 % (IC 95 %: 35,8-39,5) para las mujeres; en segundo lugar, “algo distinto que causó la lesión”, sin especificación con un 34,2 % (IC 95 %: 33,1-36,9) para los hombres y 35,0 % (IC 95 %: 33,1-36,9) para las mujeres, y en tercer lugar, las causas asociadas con los accidentes automovilísticos y/o lesiones por vehículo, correspondientes a un 11,3 % para los hombres (IC 95 %: 9,5-13,4) y un 9,9 % para las mujeres (IC 95 %: 8,4-11,6) (Tabla 38).

Las caídas, que corresponden a la causa más común de las lesiones en los escolares en los últimos 12 meses, tienen mayor reporte en instituciones educativas no oficiales, con un 41,3 % (IC 95 %: 38,5-44,1), que en instituciones oficiales, con un 36,6 % (IC 95 %: 35,1-38,1); por otra parte, respecto a los accidentes automovilísticos o los casos en que han sido atropellados por un vehículo a motor, los estudiantes de colegio no oficial reportan menor porcentaje (6,4 %; IC 95 %: 5,0-8,1) que los de institución educativa oficial (11,8 %; IC 95 %: 10,1-13,7).

Otras causas de lesiones serias con un porcentaje menor son las agresiones, asaltos o abusos, o tener una pelea con alguien, con un 1,5 % en hombres y 1,0 % en mujeres, notándose un leve incremento en las ciudades capitales como Bogotá y Medellín con un 1,6 %, Cali con 1,7 % y Barranquilla con 1,8 %.

Tabla 37. Caracterización de la lesión más seria entre los escolares que sufrieron una lesión seria.

Variable	Hueso roto o una articulación dislocada	Punzada o puñalada	Golpe u otra lesión en la cabeza o el cuello; me desmayé o no podía respirar	Herida con arma de fuego	Quemadura grave	Me envenené o me intoxicqué tomando demasiados medicamentos o drogas	Me sucedió otra cosa
	% IC 95 %	% IC 95 %	% IC 95 %	% IC 95 %	% IC 95 %	% IC 95 %	% IC 95 %
Sexo							
Masculino	31,9 30,2-33,7	9,9 9,0-10,8	6,5 5,8-7,3	0,9 0,6-1,2	2,6 1,9-3,6	1,2 0,9-1,6	47,0 45,2-48,7
Femenino	26,4 24,2-28,8	6,1 5,3-7,0	10,7 9,8-11,8	0,7 0,5-1,0	3,3 2,8-3,9	2,6 2,0-3,4	50,1 47,6-52,7
Etnia							
Indígena	27,7 22,8-33,3	11,1 7,9-15,4	8,9 6,7-11,8	1,9 0,7-4,9	4,2 2,8-6,4	1,5 0,8-2,8	44,7 39,3-50,1
Negro/Mulato/Afro/Palenquero	29,3 26,0-32,8	8,8 7,1-10,8	9,8 7,8-12,1	0,8 0,5-1,4	3,7 2,9-4,8	1,3 0,9-1,9	46,3 42,6-50,0
Sin pertenencia étnica	29,1 27,4-30,9	7,4 6,9-8,0	8,3 7,6-9,1	0,6 0,4-0,7	2,6 2,0-3,2	1,9 1,6-2,3	50,1 48,6-51,7
Región							
Atlántica	23,7 21,2-26,3	8,7 7,3-10,3	9,6 8,3-11,2	1,6 0,9-2,7	3,8 2,8-5,2	1,2 0,8-1,9	51,3 48,5-54,1
Oriental	31,6 28,6-34,8	9,7 7,9-11,9	8,4 7,0-10,1	0,6 0,3-1,0	2,5 1,2-5,1	1,3 0,9-1,8	45,9 41,4-50,5
Bogotá	33,0 32,9-33,0	8,5 8,5-8,5	8,0 8,0-8,1	0,6 0,6-0,6	1,7 1,7-1,8	2,5 2,5-2,5	45,7 45,6-45,8
Central	30,8 28,2-33,4	7,6 6,8-8,6	7,8 6,7-9,1	0,8 0,5-1,3	2,8 2,1-3,6	2,5 1,8-3,4	47,8 45,2-50,4
Pacífica	31,2 28,3-34,2	7,4 6,6-8,3	8,4 6,5-10,8	0,7 0,4-1,2	3,2 2,5-4,2	1,9 1,5-2,4	47,1 44,9-49,4
Orinoquia-Amazonia	22,8 19,4-26,7	7,7 5,6-10,7	6,7 4,7-9,4	0,7 0,2-2,7	3,7 2,0-6,8	1,8 1,1-2,8	56,6 50,2-62,8
Principales municipios							
Cali	34,6 33,8-35,4	7,4 6,8-8,0	6,7 6,2-7,2	0,6 0,5-0,7	3,1 2,9-3,2	2,1 1,7-2,5	45,6 44,8-46,5
Medellín	34,0 28,9-39,5	7,7 6,7-8,8	7 6,4-7,7	0,5 0,2-1,2	1,9 1,2-2,8	3,6 2,5-5,2	45,3 40,1-50,6
Barranquilla	23,5 23,3-23,6	8,6 7,6-9,6	9,1 8,1-10,2	0,6 0,5-0,8	3,2 2,9-3,6	2,5 1,9-3,2	52,5 51,8-53,2
Zona							
Urbana	29,7 27,8-31,7	8,6 7,9-9,3	8,4 7,8-9,2	0,8 0,6-1,1	2,8 2,2-3,5	2,0 1,7-2,4	47,6 45,8-49,4
Rural	28,2 25,6-31,0	6,9 5,7-8,3	8,3 6,9-10,1	1,1 0,6-2,1	3,6 2,5-5,1	1,0 0,7-1,5	50,8 48,2-53,4
Sector							
Oficial	28,1 26,5-29,9	8,8 8,0-9,6	8,7 8,0-9,6	0,9 0,7-1,3	3,3 2,7-4,0	1,8 1,5-2,3	48,3 46,4-50,3
No oficial	35,8 32,9-38,8	6,4 5,5-7,4	6,9 6,2-7,7	0,8 0,4-1,3	1,3 0,9-1,7	1,9 1,5-2,6	47 44,8-49,2
Total	29,5 27,8-31,2	8,3 7,7-9,0	8,4 7,8-9,1	0,9 0,7-1,2	2,9 2,4-3,6	1,9 1,5-2,2	48,1 46,5-49,7

Tabla 38. Caracterización de la causa de la lesión más seria que sufrieron los escolares durante los últimos 12 meses.

Variable	Accidente automovilístico o atropellado por un vehículo a motor		Caída		Algo le cayó encima o lo golpeó		Agredido(a), asaltado(a) o abusado(a) por alguien; o estaba peleando con alguien		Incendio o muy cerca de una llama o algo caliente		Inhaló o ingirió algo que le causó daño		Algo distinto	
	%	IC 95 %	%	IC 95 %	%	IC 95 %	%	IC 95 %	%	IC 95 %	%	IC 95 %	%	IC 95 %
Sexo														
Masculino	11,3	9,5-13,4	37,4	35,7-39,1	8,5	7,7-9,4	5,0	4,3-5,8	1,7	1,3-2,3	2,0	1,6-2,4	34,2	32,2-36,3
Femenino	9,9	8,4-11,6	37,6	35,8-39,5	7,7	6,8-8,8	4,3	3,7-5,0	1,9	1,6-2,3	3,5	2,8-4,5	35	33,1-36,9
Etnia														
Indígena	17,2	12,8-22,8	40,1	36,3-44,0	6,8	4,9-9,4	4,9	3,3-7,2	2,8	1,7-4,5	2,3	1,4-3,7	25,8	21,6-30,6
Negro/Mulato/Afro/Palenquero	9,8	8,2-11,6	37,3	34,9-39,7	10,2	8,6-12,1	5	4,0-6,1	1,7	1,1-2,5	2,6	1,8-3,9	33,5	30,5-36,7
Sin pertenencia étnica	9,3	8,1-10,7	37,7	36,0-39,3	8,0	7,2-8,9	4,5	3,8-5,1	1,7	1,3-2,2	2,7	2,2-3,4	36,2	34,7-37,7
Región														
Atlántica	12,0	9,9-14,4	35,6	33,7-37,6	9,1	7,8-10,7	3,8	3,0-4,9	2,1	1,5-3,0	2,5	1,6-3,7	34,9	32,0-37,8
Oriental	12,4	7,8-19,3	41,2	37,3-45,3	8,7	6,9-11,0	4,9	3,3-7,3	1,9	1,1-3,2	1,8	1,2-2,9	29,1	25,8-32,6
Bogotá	7,0	6,7-7,2	37,4	37,4-37,4	8,6	8,5-8,6	5,3	5,2-5,3	1,7	1,7-1,7	3,7	3,7-3,8	36,4	36,2-36,7
Central	10,7	9,0-12,7	36,1	32,5-40,0	7,1	6,2-8,1	4,8	3,8-6,0	1,7	1,3-2,4	2,7	2,0-3,7	36,8	33,3-40,5
Pacífica	11,5	10,2-13,1	37,6	35,9-39,3	7,7	6,9-8,6	5,0	4,3-5,9	1,6	1,1-2,4	3,1	2,5-3,7	33,5	31,9-35,1
Orinoquia-Amazonia	10,2	7,5-13,8	36,8	32,4-41,4	6,9	5,3-8,8	3,8	2,6-5,5	2,3	1,3-4,1	1,7	1,0-2,7	38,4	34,4-42,6
Principales municipios														
Cali	11,5	10,6-12,3	37,0	36,8-37,2	7,4	7,1-7,7	5,8	5,6-6,0	1,0	0,9-1,2	2,5	2,2-2,9	34,8	33,2-36,4
Medellín	7,2	6,4-8,2	34,3	25,7-44,1	6,2	4,6-8,4	5,2	3,5-7,7	1,6	1,1-2,3	2,7	1,5-4,7	42,7	38,3-47,2
Barranquilla	6,9	6,3-7,6	33,4	33,3-33,5	10,3	9,9-10,8	5,8	5,8-5,9	1,3	0,9-2,1	2,5	2,1-3,0	39,7	39,5-39,8
Zona														
Urbana	10,8	8,9-13,0	36,6	35,1-38,0	8,2	7,5-8,9	4,9	4,3-5,5	1,8	1,5-2,2	2,8	2,3-3,4	35,0	33,1-36,9
Rural	11,5	9,6-13,6	42,0	39,4-44,6	7,9	6,6-9,3	3,4	2,7-4,2	1,9	1,2-2,9	2,2	1,6-3,0	31,3	29,1-33,5
Sector														
Oficial	11,8	10,1-13,7	36,6	35,1-38,1	7,9	7,2-8,7	5,0	4,4-5,6	1,9	1,6-2,3	2,6	2,2-3,2	34,1	32,3-36,0
No oficial	6,4	5,0-8,1	41,3	38,5-44,1	9,3	8,2-10,5	3,1	2,2-4,3	1,3	0,9-2,0	2,9	2,1-3,9	35,8	33,5-38,2
Total	10,9	9,2-12,8	37,4	36,1-38,7	8,2	7,5-8,8	4,7	4,1-5,2	1,8	1,5-2,2	2,7	2,2-3,2	34,4	32,7-36,1

Las actividades que estaban realizando los escolares al momento de sufrir la lesión varían según el sexo. Se puede observar que el 52,1 % de los hombres (IC 95 %: 49,6-54,6) dijeron que estaban jugando un deporte, el 16,6 % (IC 95 %: 15,5-17,8) reportaron “algo distinto” a las diferentes opciones de respuesta que presenta la encuesta, y el 11,4 % (IC 95 %: 9,8-13,2) dijeron que se lesionaron “montando una bicicleta/patineta/moto/monopatín/patines/‘zorra’” (carros artesanales de balineras). Por su parte, el 30,1 % de las mujeres (IC 95 %: 28,6-31,5) respondieron “algo distinto” a las opciones de pregunta de la encuesta, el 30,0 % (IC 95 %: 28,2-31,9) dijo que estaba practicando un deporte cuando tuvo la lesión, y el 14,8 % (IC 95 %: 13,2-16,5) estaba caminando o corriendo, pero no durante la práctica de un deporte (Tabla 39).

En relación con los escolares que tuvieron alguna lesión seria en los últimos 12 meses mientras jugaban un deporte, en los colegios oficiales le ocurrió al 40,5 % de ellos (IC 95 %: 39,1-42,0), mientras que en los no oficiales el porcentaje fue mayor, con 50,2 % (IC 95 %: 46,5-53,9).

8.4 Intimidación, rechazo y agresión verbal

La encuesta abordó la ocurrencia de intimidación, rechazo y agresión verbal, al menos una vez en el último mes, con los resultados que se describen a continuación.

Las agresiones verbales entre estudiantes o grupos de estudiantes (según indicación de

la encuesta) fueron reportadas con mayor frecuencia que las conductas de intimidación y las de rechazo; en general, el 42,7 % de los escolares (IC 95 %: 41,9-43,6) reportaron haber sido agredidos verbalmente al menos una vez en el último mes, siendo este porcentaje muy cercano para ambos sexos. Al respecto se puede especificar que en el caso de los escolares hombres, el 25,9 % (IC 95 % 25,0-26,9) reportaron haber sido agredidos verbalmente uno o dos días en los últimos 30 días, el 6,62 % (IC 95 % 6,1-7,2) dijeron haber sido agredidos verbalmente entre tres y cinco días en los últimos 30 días, y el 3,2 % (IC 95 % 2,7-3,8), haber sido agredidos verbalmente durante seis a nueve días en los últimos 30 días, y el 2,1 % (IC 1,8-2,5), haber sido agredidos verbalmente diez a diecinueve días en el último mes. Estos datos son similares para el caso de las mujeres; el 27,8 % (IC 95 % 26,9-28,7) dijeron haber sido agredidas verbalmente uno o dos días en los últimos 30 días; el 6,9 % (IC 95 % 6,5-7,4) dijeron haber sido agredidas entre tres y cinco días en los últimos 30 días; el 2,5 % (IC 95 % 2,3-2,8) informaron haber sido objeto de agresión verbal entre seis a nueve días en el último mes, y el 1,8 % (IC 95 % 1,6-2,0) reportaron haber sido agredidas durante diez a diecinueve días durante el último mes.

Al estratificar estos resultados por región, se observa que este tipo de agresiones son más frecuentes entre los escolares de la región Orinoquía-Amazonía (45,0 %; IC 95 %: 41,7-48,3), y menos frecuente en los escolares de la región Pacífica (38,7 %; IC 95 %: 36,5-41,0). (Tabla 40).

Tabla 39. Actividad realizada por el escolar cuando le ocurrió una lesión más grave, entre los escolares que sufrieron una lesión seria

Variable	Jugando un deporte		Caminando o corriendo, pero no durante la práctica de un deporte		Montando una bicicleta/patineta/moto/monopatín/patines/“zorras”		Montando o conduciendo un carro u otro vehículo a motor		Realizando cualquier trabajo pagado o no pagado incluyendo labores del hogar/jardin o cocinando		Nada		Algo distinto	
	%	IC 95 %	%	IC 95 %	%	IC 95 %	%	IC 95 %	%	IC 95 %	%	IC 95 %	%	IC 95 %
Sexo														
Masculino	52,1	49,6-54,6	9,5	8,7-10,4	11,4	9,8-13,2	3,2	2,5-4,0	3,8	3,2-4,5	3,4	2,9-4,0	16,6	15,5-17,8
Femenino	30,0	28,2-31,9	14,8	13,2-16,5	10,6	8,7-12,8	3,4	2,6-4,5	4,1	3,5-4,7	7,0	6,3-7,8	30,1	28,6-31,5
Etnia														
Indígena	42,8	38,4-47,4	11,9	8,9-15,9	11,4	8,2-15,8	4,4	2,6-7,4	5,7	3,8-8,3	4,6	3,1-6,8	19,1	15,2-23,7
Negro/Mulato/Afro/Palenquero	41,3	37,9-44,7	12,9	11,1-15,0	11,5	9,9-13,3	3	2,0-4,4	4,3	3,3-5,6	5,3	4,3-6,5	21,7	19,3-24,3
Sin pertenencia étnica	42,2	40,2-44,2	11,8	11,0-12,8	11,0	9,2-13,1	3,2	2,4-4,1	3,8	3,3-4,3	5,1	4,6-5,6	23,0	22,0-24,1
Región														
Atlántica	39,9	37,6-42,3	11,3	9,4-13,5	12,3	10,5-14,4	4,3	3,1-5,9	4,5	3,5-5,8	5,2	4,2-6,5	22,4	20,3-24,6
Oriental	44,5	41,0-48,1	12,4	10,3-14,9	9,6	7,4-12,4	2,9	1,9-4,4	4,2	3,2-5,4	5,3	4,3-6,5	21,1	18,6-23,9
Bogotá	46,2	46,1-46,2	13,9	13,7-14,0	6,3	6,0-6,5	1,5	1,5-1,6	3,4	3,3-3,5	5,7	5,6-5,7	23,1	22,9-23,3
Central	42,0	38,7-45,4	11,5	10,4-12,6	12,4	10,3-14,8	3,2	2,4-4,3	3,5	2,8-4,2	4,6	4,0-5,4	22,8	20,7-25,1
Pacífica	39,8	37,4-42,3	11,9	10,8-13,1	13,5	11,3-16,1	3,6	2,9-4,3	3,9	2,9-5,2	4,5	3,6-5,5	22,9	21,4-24,5
Orinoquia-Amazonía	39,5	35,8-43,3	9,7	7,3-12,9	10,2	7,5-13,7	4,8	3,3-6,9	6,9	4,5-10,6	4,8	3,5-6,6	24,1	20,8-27,7
Principales municipios														
Cali	42,1	40,5-43,8	11,7	11,2-12,1	11	10,4-11,7	3,2	3,0-3,5	2,6	2,3-3,0	5,9	5,6-6,2	23,4	22,1-24,7
Medellín	48,1	43,4-52,8	10,4	9,2-11,8	9,2	7,3-11,4	1,8	1,5-2,2	3,8	3,5-4,1	5,4	4,4-6,6	21,3	17,3-26,0
Barranquilla	43,3	42,7-43,9	11,8	11,7-12,0	9,5	8,7-10,4	2,2	1,9-2,5	3,4	2,4-4,8	7,2	6,8-7,6	22,6	22,0-23,2
Zona														
Urbana	42,1	40,1-44,1	12,1	11,1-13,1	10,7	9,0-12,7	3,1	2,4-3,9	3,8	3,4-4,2	5,3	4,8-5,7	23	22,0-24,0
Rural	42,8	40,2-45,4	11,2	9,3-13,4	12,9	11,1-14,9	4,1	3,1-5,5	5,3	4,0-6,9	3,7	2,9-4,8	20	18,0-22,1
Sector														
Oficial	40,5	39,1-42,0	11,7	10,8-12,7	12	10,5-13,7	3,5	2,9-4,3	4,3	3,8-4,8	4,9	4,4-5,4	23,1	22,0-24,2
No oficial	50,2	46,5-53,9	13,1	10,7-15,9	6,7	5,2-8,5	1,9	1,3-2,8	2,8	2,2-3,5	5,7	5,1-6,3	19,7	17,4-22,3
Total	42,2	40,5-43,9	12,0	11,1-12,9	11,1	9,5-12,9	3,3	2,6-4,0	4,0	3,6-4,5	5,0	4,6-5,5	22,5	21,6-23,5

Tabla 40. Porcentaje de escolares que han sido intimidados, rechazados o agredidos verbalmente en los últimos 30 días.

Variable	Ha sido intimidado al menos un día en el último mes		Ha sido rechazado al menos un día en el último mes		Ha sido agredido verbalmente al menos un día en el último mes	
	%	IC 95 %	%	IC 95 %	%	IC 95 %
Sexo						
Masculino	14,8	13,9-15,6	8,6	8,1-9,2	42,6	41,4-43,7
Femenino	15,9	15,1-16,7	7,7	7,1-8,3	42,8	41,7-43,8
Etnia						
Indígena	18,3	16,1-20,7	13,7	11,5-16,2	40,5	38,1-43,0
Negro/Mulato/Afro/Palenquero	16,3	14,7-18,1	10,7	9,7-11,8	46,2	44,0-48,3
Sin pertenencia étnica	14,7	14,0-15,4	6,9	6,5-7,3	42,5	41,6-43,4
Región						
Atlántica	14,7	13,6-15,8	9,8	8,7-11,1	44,5	42,7-46,3
Oriental	15,5	13,6-17,6	7,5	6,0-9,2	42,8	40,8-44,8
Bogotá	16,3	16,1-16,5	8	7,9-8,2	42,8	42,2-43,3
Central	16,1	14,8-17,5	7,7	7,0-8,3	43,3	41,8-44,7
Pacífica	14,6	13,0-16,4	7,6	6,6-8,9	38,7	36,5-41,0
Orinoquía-Amazonía	16,5	14,2-19,1	9,0	7,0-11,4	45,0	41,7-48,3
Principales municipios						
Cali	14,8	14,2-15,4	6,7	6,5-6,9	41,0	40,0-41,9
Medellín	18,0	16,0-20,3	7,2	6,4-8,0	45,3	43,7-47,0
Barranquilla	14,2	14,0-14,4	7,4	7,0-7,9	43,9	42,2-45,7
Zona						
Urbana	15,8	15,0-16,6	8,1	7,6-8,6	42,9	42,1-43,8
Rural	13,7	12,5-15,0	9,0	8,0-10,1	41,7	39,5-44,0
Sector						
Oficial	15,1	14,4-15,9	8,4	7,8-9,0	42,4	41,5-43,3
No oficial	17,4	16,5-18,4	7,2	6,4-8,1	44,7	42,8-46,7
Total	15,4	14,8-16,2	8,2	7,8-8,7	42,7	41,9-43,6

Adicionalmente, un 44,7 % (IC 95 %: 42,8-46,7) de los estudiantes de colegios no oficiales reportaron haber sido agredidos de manera verbal al menos un día en el último mes; esta proporción fue mayor que la de los estudiantes de las instituciones oficiales, que alcanzó un 42,4 % (IC 95 %: 41,5-43,3). Es importante señalar que, si bien la encuesta no especifica dónde puede ocurrir la intimidación escolar (en la institución educativa, en el espacio público u otro espacio), sí se especi-

ca que dicha intimidación ocurre entre estudiantes o grupos de estudiantes, lo cual hace suponer que la agresión verbal ocurre fundamentalmente en la institución educativa y en otros espacios compartidos entre estudiantes.

En lo que corresponde a intimidación, de la totalidad de los escolares, el 15,4 % (IC 95 %: 14,8-16,2) reportaron haber sido intimidados al menos un día en el último mes, con porcentajes algo menores para escolares

hombres (14,8 %; IC 95 %: 13,9-15,6) que para mujeres (15,9 %; IC 95 %: 15,1-16,7). Adicionalmente, se identificó un mayor porcentaje de reporte de intimidación de los escolares que se reconocen como indígenas (18,3 %; IC 95 %: 16,1-20,7) (Tabla 40).

Al observar de manera específica los reportes de intimidación, el 9,9 % (IC 95 % 9,3-10,6) de los escolares hombres dijeron haber sido intimidados de uno a dos días en el último mes, el 2,3 % (IC 95 % 2,1-2,6) reportaron haber sido intimidados de tres a cinco días en el mismo lapso de tiempo, el 0,9 % (IC 95 % 0,8-1,2) dijeron haber sido intimidados entre seis a nueve días, y el 0,6 % (IC 95 % 0,5-0,8) informan que fueron intimidados entre diez a diecinueve días en los últimos 30 días. Para el caso de las mujeres, el 10,4 % (IC 95 % 9,8-11,1) dijeron haber sido intimidadas uno a dos días en el último mes; el 2,7 % (IC 95 % 2,5-3,0) reportaron haber sido víctimas de intimidación

entre tres a cinco días durante los últimos 30 días; el 0,9 % (IC 95 % 0,8-1,1) de las mujeres informaron que habían sido intimidadas entre seis a nueve días, y el 0,7 % (IC 95 % 0,5-0,8) de las estudiantes mujeres dijeron haber sido intimidadas de diez a diecinueve días en los últimos 30 días. En lo que corresponde al tipo de intimidación, entre los hombres intimidados el 17,2 % dijo haber sido golpeado, pateado, empujado o encerrado al menos una vez al mes, y el 16,0 % reportó haber sido objeto de burlas, chistes, comentarios o gestos de índole sexual; en contraste, el 15,9 % de las escolares mujeres reportaron haber sido intimidadas a través de la burla debido al aspecto del cuerpo o la cara, y el 11,5 % mencionó haber sido objeto de intimidación a través de burlas, chistes, comentarios o gestos de índole sexual. No obstante, lo más frecuentemente reportado fue el ser víctima de formas de intimidación diferentes a las incluidas en la encuesta (i.e., “de otra manera”) (Figura 7).

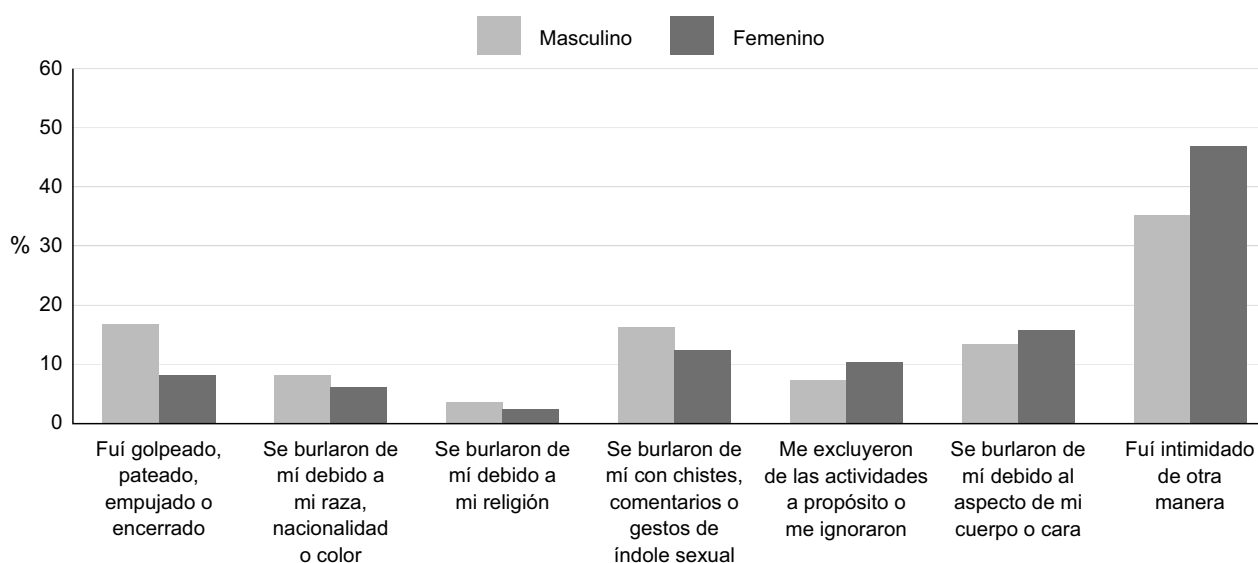


Figura 7. Forma de intimidación más frecuente de acuerdo al sexo, entre los escolares que sufrieron intimidación en los últimos 30 días.

En lo que concierne a los municipios, los escolares de Medellín reportaron la mayor frecuencia de intimidación en el periodo de tiempo señalado anteriormente, con un 18,0 % (IC 95 %: 16,0-20,3), frente a la más baja, correspondiente a los estudiantes de Barranquilla, con 14,2 % (IC 95 %: 14,0-14,4) (Tabla 40).

Finalmente, los escolares de las instituciones educativas oficiales reportaron haber sido intimidados al menos un día del último mes en un 15,1 % (IC 95 %: 14,4-15,9), lo que es menor que lo reportado entre los estudiantes de las instituciones educativas no oficiales, donde se reportó un 17,4 % de intimidación (IC 95 %: 16,5-18,4) (Tabla 40).

El rechazo está relacionado con la ocurrencia de intimidación, pero no alcanza los mismos porcentajes de esta última. Así, el 8,2 % (IC 95 %: 7,8-8,7) de los escolares manifiestan haber sido rechazados al menos una vez en el último mes. En lo que corresponde a diferencias por sexo, los hombres indicaron haber sido rechazados más frecuentemente (8,6 %; IC 95 %: 8,1-9,2) que las mujeres (7,7 %; IC 95 %: 7,1-8,3).

Al especificar esta información por números de días en los cuales los escolares fueron rechazados por su condición social, pertenecer a un grupo étnico, o tener algún tipo de discapacidad, el 5,5 % (IC 95 % 5,1-5,9) de los hombres dijeron haber sido rechazados uno o dos días en el último mes, el 1,3 % dijeron haber sido rechazados entre tres a cinco días, y el 0,8 % (IC 95 % 0,6-1,1) informaron haber sido rechazados entre seis a nueve días en los

últimos 30 días. Por su parte el 5,4 % (IC 95 % 4,9-5,9) de las mujeres informaron haber sido rechazadas uno o dos días en el último mes, el 1,0 % (IC 95 % 0,8-1,2) reportaron haber sido rechazadas entre tres a cinco días, y el 0,4 % (IC 95 % 0,3-0,5) informaron haber sido rechazadas entre seis a nueve días en los últimos 30 días. En cuanto a la región geográfica, los datos sobre rechazo al menos un día en el último mes, dan cuenta de una más alta ocurrencia entre los estudiantes de la región Atlántica, con un 9,8 % (IC 95 %: 8,7-11,1), y más baja en los escolares de la región Oriental, quienes reportan haber sido rechazados en un 7,5 % (IC 95 %: 6,0-9,2).

En las tres ciudades más grandes del país, excluyendo Bogotá, la situación es similar a la de sus regiones, ya que en Cali reportan que han sido rechazados al menos una vez en el último mes un 6,7 % (IC 95 %: 6,5-6,9); en Medellín, un 7,2 % (IC 95 %: 6,4-8,0); y en Barranquilla, un 7,4 % (IC 95 %: 7,0-7,9).

Adicionalmente, el reporte de rechazo fue más frecuente en las instituciones educativas oficiales, con un porcentaje de 8,4 % (IC 95 %: 7,8-9,0), frente a un porcentaje de 7,2 % (IC 95 %: 6,4-8,1) en las instituciones educativas no oficiales.

8.5 Uso del cinturón de seguridad

Finalmente, otro asunto evaluado en la encuesta y relacionado con la prevención de lesiones de los escolares corresponde al uso del cinturón de seguridad en los últimos 30 días, estando en un carro o vehículo motorizado conduci-

do por otra persona. Al respecto, el 19,7 % de los escolares (IC 95 %: 16,5-23,3) dijeron que siempre usaron el cinturón de seguridad, mientras el 22,5 % (IC 95 %: 19,9-25,3) dijeron que nunca lo usan (Tabla 41). Al identificar el uso del cinturón de seguridad en las ciudades más grandes del país, el 30,5 % (IC 95 %: 29,9-31,1) de los escolares de Bogotá, el 29,7 % (IC 95 %: 23,4-36,8) de Medellín, igualmente el 29,7 % (IC 95 %: 28,2-31,3) de Barranquilla

y el 22,5 % (IC 95 %: 21,6-23,3) de Cali, dicen haber usado el cinturón siempre durante el último mes. Por regiones, se observa una prevalencia menor de usar siempre el cinturón en los escolares de la región Orinoquía-Amazonía (10,2 %; IC 95 %: 8,1-12,9), la región Atlántica (14,6 %; IC 95 %: 10,2-20,4) y la región Pacífica (15,6 %; IC 95 %: 11,8-20,5), que en la región Oriental (20,0 %; IC 95 %: 17,3-23,1), y la región Central (21,3 %; IC 95 %: 18,3-24,6).

Tabla 41. Frecuencia del uso del cinturón de seguridad en los últimos 30 días.

Durante los últimos 30 días ¿con qué frecuencia usó el cinturón de seguridad estando en un carro u otro vehículo motorizado conducido por otra persona?										
Variable	Nunca		Rara vez		Algunas veces		La mayoría del tiempo		Siempre	
	%	IC 95 %	%	IC 95 %	%	IC 95 %	%	IC 95 %	%	IC 95 %
Sexo										
Masculino	20,9	18,2-23,9	22,9	21,0-24,9	20,3	18,6-22,2	14,6	12,9-16,6	21,2	17,3-25,7
Femenino	23,6	21,1-26,4	24,5	22,9-26,1	20,4	19,4-21,4	13,2	11,4-15,2	18,3	15,7-21,4
Etnia										
Indígena	28,7	26,0-31,6	25,8	22,7-29,2	23,7	20,6-27,2	8,8	7,2-10,7	13,0	9,2-17,9
Negro/Mulato/Afro/ Palenquero	28,6	25,5-32,0	25,2	23,4-27,2	20,6	19,0-22,3	11,8	10,2-13,6	13,7	11,4-16,4
Sin pertenencia étnica	20,5	18,2-23,0	23,4	21,6-25,2	19,9	18,7-21,1	14,7	13,0-16,6	21,5	18,4-25,0
Región										
Atlántica	27,5	23,3-32,1	24,7	22,0-27,6	22,9	20,8-25,0	10,4	8,1-13,2	14,6	10,2-20,4
Oriental	20,8	18,0-23,9	24,0	21,9-26,1	20,7	18,8-22,6	14,5	12,7-16,5	20,0	17,3-23,1
Bogotá	14,3	14,2-14,4	18,8	18,6-19,1	17,0	17,0-17,0	19,4	19,1-19,6	30,5	29,9-31,1
Central	21,5	19,2-23,9	23,5	21,7-25,4	19,6	18,4-20,8	14,2	12,8-15,6	21,3	18,3-24,6
Pacífica	24,7	20,2-29,7	26,5	24,9-28,1	20,4	19,0-21,9	12,8	10,4-15,7	15,6	11,8-20,5
Orinoquía-Amazonía	31,1	25,3-37,6	26,3	23,7-29,1	21,7	19,8-23,8	10,6	8,2-13,6	10,2	8,1-12,9
Principales municipios										
Cali	18,1	16,8-19,5	24,2	24,0-24,5	18,5	18,3-18,6	16,8	15,9-17,6	22,5	21,6-23,3
Medellín	16,6	14,5-19,0	19,0	16,2-22,1	18,2	15,7-21,0	16,5	15,8-17,3	29,7	23,4-36,8
Barranquilla	15,2	15,2-15,3	18,4	17,5-19,3	19,7	19,5-20,0	16,9	16,4-17,5	29,7	28,2-31,3

Cont.

Durante los últimos 30 días ¿con qué frecuencia usó el cinturón de seguridad estando en un carro u otro vehículo motorizado conducido por otra persona?										
Variable	Nunca		Rara vez		Algunas veces		La mayoría del tiempo		Siempre	
	%	IC 95 %	%	IC 95 %	%	IC 95 %	%	IC 95 %	%	IC 95 %
Zona										
Urbana	21,1	18,5-23,9	23,3	21,6-25,2	20,2	18,9-21,5	14,5	12,7-16,5	21,0	17,6-24,8
Rural	30,0	27,1-33,0	25,9	24,3-27,6	21,4	19,6-23,4	10,3	9,0-11,7	12,5	10,5-14,7
Sector										
Oficial	24,7	22,5-27,1	25,2	24,0-26,5	21,0	19,7-22,2	12,2	10,9-13,6	16,9	14,2-20,0
No oficial	10,7	9,2-12,5	15,8	14,1-17,7	17,2	15,8-18,7	22,4	20,8-24,0	33,9	31,5-36,5
Total	22,5	19,9-25,3	23,7	22,1-25,4	20,3	19,2-21,6	13,8	12,1-15,7	19,7	16,5-23,3

8.6 Discusión

A nivel global, la violencia es un problema con graves consecuencias sociales por los efectos negativos en la salud de la población y el alto costo económico para los países, sobre todo para aquellos de menos recursos. Algunos de los costos directos asociados a la violencia son atribuibles a los cuidados de emergencia, los tratamientos, los servicios de salud física y mental y la atención jurídica. Los costos indirectos están asociados a los problemas de desempeño social de las víctimas, como la baja productividad laboral de las víctimas, las incapacidades a largo plazo, los trastornos emocionales, los temores por la seguridad personal y la muerte prematura (13).

Los resultados de esta Encuesta Nacional de Salud Escolar 2017 muestran que uno de cada cinco escolares (20,5 %) dijo haber sido víctima de agresión al menos una vez durante los últimos 12 meses, con una mayor ocurrencia en los hombres (23,1 %) que en las mujeres (18,0 %). En lo que respecta a la participación

en peleas físicas en ese mismo periodo de 12 meses, los porcentajes son también mayores en los escolares hombres (32,0 %) que en las mujeres (17,1 %). Estas cifras son similares y en otras ocasiones inferiores a las que se reportan en algunos países de América del Sur donde también se aplicó la Encuesta Nacional de Salud Escolar. En el caso de Chile en 2013 (14), el 17,7 % de los escolares dijo haber recibido algún tipo de agresión en los últimos 12 meses, correspondiendo al 21,6 % para los hombres y 13,9 % para las mujeres. En contraste, en Perú (15) se reportaron cifras superiores a las de Chile y Colombia, pues 38,0 % de los escolares dijo haber sido agredido físicamente al menos una vez en los últimos 12 meses, siendo esto aún mayor entre los hombres (43,4 %) que en las mujeres (32,4 %).

En el caso de la participación en peleas físicas en los últimos 12 meses, al comparar los escolares de Colombia con los de Chile y Perú, los escolares de Colombia presentan un porcen-

taje cercano al de Chile, donde el 26,6 % dijo haber participado en al menos una pelea física (37,2 % de los hombres y 15,5 % de las mujeres), y significativamente inferior al de Perú, donde el 37,8 % de los escolares afirmaron haber participado al menos en una pelea física en los 12 últimos meses (52,9 % de los hombres y 22,2 % de las mujeres).

Las diferencias que se identifican en la participación en peleas entre mujeres y hombres pueden comprenderse desde diferentes dimensiones. Desde una perspectiva biológica, se ha planteado que las mujeres por tener menor fuerza física, confían más en medios indirectos de agresión en un conflicto; desde otros enfoques se sugiere que ellas construyen relaciones de amistad en grupos más pequeños y cohesionados que los hombres, donde se facilita la agresión enfocada en las relaciones. Adicionalmente, por diferencias en los patrones de socialización, los padres de familia y otros adultos desalientan el comportamiento agresivo de las mujeres en comparación con el de los hombres, determinando que las niñas utilicen formas de agresión indirectas, como parte de la construcción cultural en las relaciones entre lo femenino y lo masculino (16).

Tal como lo muestran los resultados de la presente encuesta, los escolares indígenas reportan que durante el último año habían sido agredidos (23,8 %) y habían participado en peleas (26,7 %) en porcentajes mayores que aquellos sin pertenencia étnica (19,7 % fueron agredidos y 23,4 % participaron en peleas físicas). La existencia de estereotipos

o prejuicios sobre grupos o minorías étnicas por su apariencia u origen, generalmente tiene un efecto discriminatorio que trae como consecuencia reacciones que pueden ser agresivas, pasivas o de evasión, entre otras. Colombia es un país segregado por razones de etnia/raza, donde una mayoría poblacional autorreconocida como blanca o mestiza ha discriminado a otras poblaciones autorreconocidas como indígenas o negras (17). En este contexto es posible, al menos en parte, que los conflictos escolares en población indígena puedan ser explicados por fenómenos de exclusión, tal como lo señala Guido (2015), al hacer referencia a dos tipos de discriminación hacia los indígenas en el ámbito escolar: la cultural y la académica. En el primer caso se señala la discriminación por tener costumbres diferentes en relación a la manera de vestir, hablar —uso de otra lengua—, alimentarse, etc.; y en el segundo caso, teniendo en cuenta que históricamente no han tenido participación en la escuela, el desempeño escolar y las formas de convivencia escolar los ponen en desventaja frente a sus compañeros que no se autorreconocen dentro de ningún grupo étnico (18).

Al analizar la violencia escolar en las instituciones educativas oficiales y no oficiales, la ENSE mostró que el porcentaje de escolares agredidos y que participan en peleas físicas tanto de unas y otras instituciones es similar; es decir, que no hay diferencias significativas en la agresión y participación en peleas físicas en los estudiantes de colegios oficiales y no oficiales. Este asunto podría sugerir que la resolución de conflictos a través de la agresión

física puede ser generalizada para todas las categorías sociales, pero también da cuenta de la fragilidad institucional de la escuela. Duschatzky (19) ya había hecho mención de este asunto, al referir que la violencia también se puede entender como la otra cara de vivir en sociedad; pero de manera específica en el ámbito escolar, considera que mientras las instituciones educativas fracasen en la comprensión de sus estudiantes, y dejen de ser ordenadoras y reguladoras en el orden social, posibilitarán que la violencia se haga presente en las escuelas (19). Así, estos resultados de la encuesta son un llamado al papel regulador de la escuela frente a los conflictos de sus estudiantes.

Adicionalmente, uno de cada cuatro escolares (25,6 %; IC 95 %: 24,8-26,5 %) reportaron haber sufrido lesiones serias durante los últimos 12 meses, con una mayor ocurrencia en los hombres (30,5 %) que en las mujeres (21,2 %). Este patrón de comportamiento se afirma en lo masculino posiblemente por las mismas razones antes mencionadas con relación a los factores culturales y sociales, asociados a favorecer que generalmente los niños y adolescentes de sexo masculino realicen actividades de mayor riesgo y exigencia física que las mujeres.

En relación a los estudiantes de colegios oficiales y no oficiales que han tenido una lesión seria en los últimos 12 meses, se encontraron diferencias significativas: el 31,7 % de los escolares de colegios no oficiales y el 24,7 % de los escolares de los colegios oficiales hicieron referencia a esta situación. El entendimiento de

las causas de esta diferencia requiere información adicional sobre condiciones socioeconómicas, de seguridad institucional, comunitaria y territorial, entre otras.

Desde otro punto de vista, no se pudo tener un conocimiento preciso sobre cuál fue el tipo de lesión seria más frecuente que tuvieron los escolares, ya que la respuesta más reportada fue: “me sucedió otra cosa”, y no alguna de las opciones específicas determinadas en la encuesta. Es necesario entonces hacer una revisión en el diseño de esta pregunta para futuras aplicaciones. No obstante, entre las lesiones reportadas por los escolares se pueden identificar dos tipos predominantes: las fracturas de huesos y articulaciones dislocadas, posiblemente relacionadas con caídas practicando algún deporte (o por otras causas no mencionadas por no hacer parte de las respuestas de la encuesta); y aquellas lesiones relacionadas con un corte, una “chuzada” o una puñalada que, si bien son menos frecuente que las caídas, son importantes por su ocurrencia en el contexto de la violencia escolar. Según los autores de la investigación sobre “violencia escolar en Bogotá, desde la mirada de las familias” (20), en las instituciones educativas las armas más utilizadas que generan lesiones personales son las cortopunzantes. Este aspecto es importante porque, si bien no son las lesiones más frecuentes en el contexto de la violencia, sí constituyen un factor de riesgo que debe vigilarse por su severidad e implicaciones sociales dentro de las comunidades escolares.

Por otra parte, la agresión verbal tiene alta ocurrencia en la vida escolar para ambos

sexos, pues en total casi la mitad de los escolares (42,7 %) dijeron haber sido agredidos verbalmente al menos un día en el último mes. Ejemplificado de otra forma, en un aula promedio de 30 estudiantes, se puede estimar que 13 de ellos son objeto de agresión verbal una o más veces al mes, lo que supone un gran reto para alcanzar el buen trato y la convivencia pacífica.

En particular, el concepto de violencia verbal se define como el cometer actos comunicativos que intentan hacer daño a una persona en su imagen social y que aumentan cuando el agresor cree tener el poder sobre la persona agredida (21). Este tipo de violencia se incrementa por varios factores tales como la construcción de formas de relación verbal inadecuadas (marcos de descortesía), un ejercicio de poder aniquilante que puede ocurrir entre estudiantes, y entre profesores-estudiantes; en este último caso, se puede dar la réplica de un modelo a seguir por parte de los escolares (21).

Teniendo en cuenta los resultados de la encuesta, se puede identificar además que 44,5 % de los escolares de la región Atlántica reportaron haber sido agredidos verbalmente al menos una vez al mes, siendo este el porcentaje más elevado por región, frente al 38,7 % de los escolares de la región Pacífica, con el porcentaje más bajo. Esta información sugiere la necesidad de indagar aspectos de la cultura regional y su posible incidencia en las formas de relación verbal entre los escolares, además de indagar qué otros factores tienen relación con las formas de agresión verbal.

Uno de los asuntos más notorios en el marco de las problemáticas escolares en los últimos 25 años ha sido el matoneo, denominado también como intimidación o *bullying*, el cual ha sido estudiado por varios autores, para identificar sus causas y consecuencias tanto en el caso de los agresores como en el de las víctimas. Los estudios sobre matoneo han mostrado que traen consecuencias en la salud mental y el comportamiento de quien lo realiza como quien lo recibe, expresado a través de ansiedad, depresión, suicidio, masacres escolares, actos criminales, violencia sexual y de pareja, entre otros riesgos (22).

Tal como se mostró en los resultados, el 15,4 % de los escolares dijo haber sido intimidado al menos un día en el último mes, sin diferencias significativas entre hombres y mujeres. Estos resultados son acordes con los de Chaux, Molano y Podlesky en el 2009 en Colombia, quienes señalaron que, en un estudio con más de cincuenta mil estudiantes de todos los departamentos de Colombia, el 15 % de los escolares de noveno grado habían sido intimidados por algún compañero en los últimos dos meses. Otros estudios en el país reportaron resultados similares, mostrando además que la intimidación es más frecuente en los grados de primaria que en el bachillerato (22).

Por otro lado, es importante señalar que al igual que en la agresión física, los escolares indígenas reportan mayor intimidación que los afrocolombianos y aquellos que no tienen pertenencia étnica. El 18,3 % de los escolares indígenas dijo haber sido intimidado al menos una vez durante los últimos 30 días, mientras

que el 14,7 % de los escolares sin pertenencia étnica dijo haber sido intimidados en este mismo periodo de tiempo. Es probable que la intimidación, así como la agresión escolar hacia los indígenas, responda a la permanencia de ciertas representaciones sociales y culturales negativas sobre una población percibida como diferente, que ha estado excluida de la participación ciudadana, en contextos históricos y sociales que han permanecido desde épocas coloniales (23).

En cuanto al rechazo, la encuesta también mostró una diferencia entre los escolares indígenas y aquellos que no tienen pertenencia étnica; el 13,7 % de los escolares indígenas dijo haber sido rechazado al menos una vez durante los últimos 30 días, mientras el 6,9 % de los escolares sin pertenencia étnica dieron la misma respuesta. Este aspecto es importante, ya que la discriminación por razones étnicas o raciales puede estar presente de manera latente, con una determinación histórica que muchas veces debe ser identificada en actitudes y acciones arraigadas en la cultura dominante (17).

En Colombia y particularmente en ciudades grandes como Bogotá, se han establecido políticas de inclusión de las comunidades indígenas tales como el Acuerdo 359 de 2009, donde se define la educación como un proceso intercultural que debe superar las barreras y la discriminación hacia los estudiantes indígenas (18). Este tipo de reglamentación ha generado la tensión entre el deber ser de la inclusión y la realidad de las instituciones educativas en cuanto a la formación de docentes

y estudiantes que no pertenecen a ninguna etnia, la planeación curricular y la implementación de propuestas pedagógicas incluyentes. Será necesario revisar si las actitudes y comportamientos agresivos hacia estudiantes indígenas hacen parte del proceso de reacción a la inclusión, como respuestas excluyentes de las mayorías que han prevalecido en la historia de la educación en Colombia. Este asunto amerita futuras investigaciones.

Según la encuesta, la intimidación ocurre de manera diferente para los escolares hombres y para las mujeres, ya que en el caso de los primeros es más común el uso de la fuerza, golpeando, pateando o empujando, mientras para las niñas se da a través de la burla por las características del cuerpo o la cara. Estos resultados tienen correspondencia con las diferentes formas de agresión mencionadas antes, donde las expresiones de violencia de lo masculino están más relacionadas con la fuerza física, teniendo en cuenta, además, que la intimidación ha cambiado a través del tiempo (24).

Finalmente, como se dijo antes, la encuesta incluyó una pregunta sobre la frecuencia de uso del cinturón de seguridad estando en un carro u otro vehículo motorizado. La pregunta es muy general y no posibilita realizar un análisis específico más allá del uso del cinturón, independientemente si los escolares utilizaron un bus, ocupaban el puesto trasero de un carro, etc. Tampoco se indagó por el transporte en motocicleta y el uso de casco.

En Colombia existe reglamentación sobre el uso del cinturón de seguridad por parte de escolares, pero según los resultados de la encuesta, parece que la aplicación de la reglamentación no ocurre en todo el territorio nacional. El Decreto 348 de 2015 en el artículo 58, numeral 2, que hace referencia a la verificación técnica y operativa aplicable al transporte escolar, menciona que: “Las sillas deben contar con cinturones de seguridad cumpliendo con la Norma Técnica Colombiana adoptada por el Ministerio de Transporte” (25).

Otro aspecto relacionado con el poco uso del cinturón de seguridad por los escolares, aunque no se tienen datos al respecto, es que no todos los escolares utilizan transporte escolar, sino otros vehículos (públicos y privados), los cuales no disponen de cinturones de seguridad en todas las sillas (como los buses de servicio público). Esta situación, sumada a la falta de

conciencia ciudadana sobre la seguridad en el transporte, hace que la pregunta en la encuesta sea insuficiente para establecer factores de riesgo o prácticas de seguridad.

Teniendo en cuenta las anteriores consideraciones, se puede decir que el 19,7 % de los escolares dijeron que “siempre” habían usado el cinturón de seguridad durante el último mes, los escolares de las ciudades más grandes del país reportan mayor uso, mientras en regiones como Orinoquía-Amazonía, Atlántica y Pacífica el uso disminuye, lo cual da cuenta de la ausencia de obligatoriedad y de la promoción del uso del cinturón de seguridad. Esto convoca a procesos educativos para el uso del cinturón de seguridad en todo el país. Finalmente, habría que decir que aunque estos datos son relativamente nuevos en el país, sirven para establecer una línea de base en futuras encuestas.

Referencias

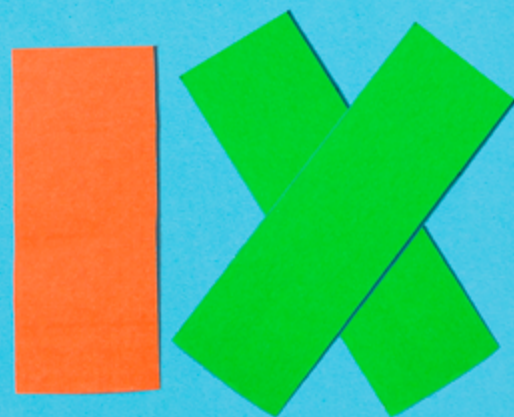
1. Colombia. Asamblea Nacional Constituyente. Constitución Política de Colombia. Bogotá; 1991.
2. Unicef Comité Español. Convención sobre los Derechos del Niño [Internet]. 2006 [consulta: 1 nov 2018]. Disponible en: <http://www2.ohchr.org/spanish/law/crc.htm>
3. Colombia. Departamento Nacional de Planeación. Consejo Nacional de Política Económica y Social (CONPES). Estrategia para la implementación de los objetivos de desarrollo sostenible (ODS) en Colombia, Documento CONPES 3918. Bogotá: DNP; 2018.
4. Gobierno de Colombia. Política nacional de infancia y adolescencia 2018-2030. Bogotá; 2018.
5. Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses. Boletín Estadístico Mensual. 2018 May;19(1).
6. Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social. Encuesta Nacional de Salud Mental: Tomo I. Bogotá; 2015. 384 p.
7. Unesco. Documento de política, 29: Decidamos como medir la violencia en las escuelas [Internet]. 2017 [consulta: 4 nov 2018]. Disponible en: <https://bit.ly/36KA83d>
8. Dan O. Bullying at school: What we know and what we can do. Somerset: John Wiley & Sons; 2013. 140 p.
9. Cuevas MC, Marmolejo Medina MA. Observadores: un rol determinante en el acoso escolar. Pensam Psicol [Internet]. 2015 [consulta: 2 sep

- 2018];14(1):89-102. doi: 10.11144/Javerianacali.PPSI14-1.orda
10. Dan O. Conductas de acoso y amenaza entre escolares. Madrid: Morata; 2004. 170 p.
 11. Colombia. Congreso de la República. Ley 1620 de 2013 (marzo 15): Por la cual se crea el Sistema Nacional de Convivencia Escolar y Formación para el Ejercicio de los Derechos Humanos, la Educación para la Sexualidad y la Prevención y Mitigación de la Violencia Escolar. Bogotá: Diario Oficial 48.733.
 12. Colombia. Ministerio de Educación Nacional. Decreto 1965 de 2013 (septiembre 11): Por el cual se reglamenta la Ley 1620 de 2013, que crea el Sistema Nacional de Convivencia Escolar y Formación para el Ejercicio de los Derechos Humanos, la Educación para la Sexualidad y la Prevención y Mitigación de la Violencia Escolar. Bogotá: Diario Oficial 48.910.
 13. Bennett DM. Global status report on violence. Br J Psychiatry [Internet]. 2014 [consulta: 9 nov 2018];205(01):76-7. doi: 10.1192/bjp.205.1.76a
 14. Chile. Ministerio de Salud. Informe de la Encuesta Mundial de Salud Escolar Chile 2013 [Internet]. 2016 [consulta: 20 jul 2018]. Disponible en: <https://bit.ly/2QcNy0C>
 15. Perú. Ministerio de Salud. Encuesta Global de Salud Escolar: Resultados-Perú 2010. [Internet]. 2011 [consulta: 5 jul 2018]. 92 p. Disponible en: <https://bit.ly/2TWTKLi>
 16. Card NA, Stucky BD, Sawalani GM, Little TD. Direct and indirect aggression during childhood and adolescence: a meta-analytic review of gender differences, intercorrelations, and relations to maladjustment. Child Dev [Internet]. 2008 [consulta: 15 jul 2018];79(5):1185-229. doi: 10.1111/j.1467-8624.2008.01184.x
 17. Restrepo E. Racismo y discriminación [Internet]. Pontificia Universidad Javeriana, Instituto Pensar; 2008 [consulta: 20 jul 2018]. Disponible en: <https://bit.ly/2YbajFt>
 18. Guido S. Interculturalidad y educación en la ciudad de Bogotá. Jiménez M., ed. Bogotá, Colombia: Universidad Pedagógica Nacional; 2015. 257 p.
 19. Duschatzky S. La escuela como frontera. Buenos Aires: Paidós; 1999. 135 p.
 20. García BY, Guerrero J y Ortiz BI. La violencia escolar en Bogotá desde la mirada de las familias. Bogotá, Colombia: Universidad Distrital Francisco José de Caldas; 2012. 132 p.
 21. Castañeda Rojas G. La violencia verbal en el aula: análisis del macroacto de amenaza Verbal. Enunciación. 2011;16(1):58-69.
 22. Chaux E. Educación, convivencia y agresión escolar. Bogotá, Colombia: Taurus; 2012. 249 p.
 23. Viveros Vigoya M. Racial discrimination, social intervention and subjectivity: reflections on a case study from Bogotá. Rev Estud Soc. 2007;(27):106-21.
 24. Lugones Botell M, Ramírez Bermúdez M, King ML. Bullying: aspectos históricos, culturales y sus consecuencias para la salud. Rev Cuba Med Gen Integr [Internet]. 2017 [consulta: 23 jul 2018];33(1):154-62. Disponible en: <https://bit.ly/3h4bXSc>
 25. Colombia. Presidencia de la República. Decreto 348 de 2015 (febrero 25): Por el cual se reglamenta el servicio público de transporte terrestre automotor especial y se adoptan otras disposiciones. Bogotá: Diario Oficial 49.436. Disponible en: <https://bit.ly/377IT7u>

**ENCUESTA NACIONAL
DE SALUD ESCOLAR COLOMBIA (ENSE)**

9.

**SALUD BUCAL,
VISUAL Y AUDITIVA**



9.1 Introducción

La salud bucal, visual y auditiva constituyen componentes de la salud de una población que contribuyen con el desempeño y la autonomía en la vida cotidiana. La salud bucal se define como la ausencia de enfermedades o trastornos que limiten la capacidad de morder, masticar, sonreír y hablar (30). Por otra parte, la salud visual hace referencia a la ausencia de aquellas limitaciones visuales que impiden conseguir un estado de bienestar físico, estructural, funcional y cultural en la sociedad (31). A su vez, la salud auditiva es la capacidad efectiva que posee el ser humano para oír y por tanto se relaciona con la función de la comunicación y con el desarrollo de cada individuo como ser social (31).

Según la OMS entre el 60 % y el 90 % de los escolares en todo el mundo tienen caries dental (30). Similares son los datos en Colombia; según el Estudio Nacional de Salud Bucal (ENSAB IV) la población de 12, 15 y 18 años presenta una prevalencia de caries de 54 %, 66 % y 75 %, respectivamente (32). La salud bucal en esta etapa de la vida requiere de atención particular debido a que en estas edades los avances en el cuidado de la salud bucal alcanzados en la infancia se ven afectados por el incremento en las enfermedades bucales (32). Además, los trastornos de la salud bucal pueden afectar la función física al hablar, masticar o saborear alimentos, así como la interacción social y la percepción de bienestar, lo que finalmente conlleva a un compromiso de la calidad de vida (33).

Por otro lado la pérdida de la visión, incluida la ceguera, se considera un fuente significa-

tiva de discapacidad a nivel mundial (34). Se estima que 285 millones de personas tienen algún grado de impedimento visual, de ellas 39 millones están ciegas (35). La población infantil también constituye en este caso un grupo prioritario en la prevención, detección y manejo de los trastornos visuales, dado que en ellos, estos defectos conllevan a dificultades en el desempeño escolar y retraso en su desarrollo psicosocial (36).

En cuanto a la salud auditiva, se sabe que en el mundo 466 millones de personas padecen pérdida de la audición; de ellas, 34 millones son niños y niñas. En general, los trastornos del oído, la audición y comunicación han sido reconocidos como comorbilidades intermedias dentro del grupo de enfermedades crónicas, debido a su larga duración y lenta evolución (37). La salud auditiva tiene una influencia directa en el desarrollo cognitivo, emocional, psicosocial y del lenguaje, razón por la cual durante la etapa escolar es fundamental para el adecuado proceso de aprendizaje (38).

Por lo mencionado anteriormente la promoción de la salud bucal, visual, auditiva en esta etapa de la vida es una prioridad en la dimensión Vida Saludable del Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021 (39). Para reconocer el panorama actual de estos componentes en la población escolar colombiana, se presenta a continuación la percepción e impacto de la salud bucal, la prevalencia de problemas visuales y auditivos, así como la proporción de cumplimiento en las consultas a los especialistas en cada una de estas áreas.

9.2 Percepción e impacto del estado de la salud bucal

Los problemas de la salud bucal conllevan no solo a afecciones físicas, también pueden generar consecuencias económicas, sociales, funcionales y psicológicas a quienes los padecen (40). Por esta razón la medición de la percepción del estado de la salud bucal y el impacto de la misma en aspectos como las funciones propias de la boca, la apariencia personal y en las relaciones interpersonales, permite reconocer en cierta medida los efectos de estos trastornos en la calidad de vida relacionada con la salud (41).

Como se puede observar en la Tabla 42, el 80,7 % (IC 95 %: 79,9-81,4) de los escolares

colombianos perciben que su salud bucal es excelente o buena, sin diferencias significativas por sexo. En relación a dicha percepción los escolares de la región Orinoquía-Amazonía (76,1 %; IC 95 %: 72,9-79,1), los que se autorreconocen indígenas (77,4 %; IC 95 %: 75,2-79,5) y los del sector rural (78,4 %; IC 95 %: 76,6-80,2) reportaron los porcentajes más bajos.

Así mismo, se observaron diferencias entre las principales ciudades estudiadas y de acuerdo al tipo de sector educativo, en particular con una menor percepción positiva del estado de salud bucal en los escolares de Barranquilla (80,2 %) y del sector oficial (79,8 %).

Tabla 42. Distribución de la percepción del estado de salud bucal en escolares colombianos.

Variable	Excelente o buena		Regular		Pobre		Muy pobre		No sabe	
	%	IC 95 %	%	IC 95 %	%	IC 95 %	%	IC 95 %	%	IC 95 %
Sexo										
Masculino	80,4	79,4-81,4	13,7	12,8-14,7	1,4	1,2-1,6	0,8	0,7-1,0	3,7	3,1-4,3
Femenino	81,0	80,0-82,0	12,7	12,1-13,4	1,0	0,8-1,2	0,6	0,5-0,8	4,7	4,0-5,5
Etnia										
Indígena	77,4	75,2-79,5	14,1	12,4-16,1	1,1	0,8-1,4	0,9	0,6-1,5	6,5	4,9-8,6
Negro/Mulato/Afro/Palenquero	79,0	77,5-80,4	13,7	12,7-14,7	1,4	1,0-1,9	0,9	0,5-1,7	5,0	4,1-6,0
Sin pertenencia étnica	81,6	80,8-82,4	12,9	12,3-13,6	1,1	0,9-1,2	0,6	0,5-0,8	3,8	3,3-4,3
Región										
Atlántica	78,9	77,4-80,2	13,4	12,3-14,7	1,3	1,1-1,7	0,7	0,5-0,9	5,7	4,7-6,9
Oriental	80,6	79,4-81,8	13,9	12,9-14,9	1,3	0,8-1,9	1,1	0,7-1,7	3,1	2,6-3,7
Bogotá	81,3	81,3-81,3	14,1	14,1-14,1	1,3	1,3-1,4	0,6	0,6-0,6	2,7	2,6-2,7
Central	82,6	81,0-84,2	11,8	11,0-12,7	1,0	0,8-1,2	0,7	0,5-0,9	3,9	3,0-5,1
Pacífica	80,9	79,0-82,7	12,8	11,8-13,9	1,0	0,9-1,3	0,6	0,4-0,9	4,6	3,9-5,5
Orinoquía-Amazonía	76,1	72,9-79,1	15,5	13,4-17,9	0,7	0,4-1,3	0,6	0,3-1,1	7,0	5,3-9,3
Principales municipios										
Cali	83,5	83,1-83,9	11,4	11,3-11,6	1,0	0,9-1,1	0,5	0,4-0,6	3,6	3,5-3,7
Medellín	85,6	84,2-86,9	10,4	9,6-11,2	0,9	0,6-1,3	0,9	0,7-1,3	2,2	1,2-4,0
Barranquilla	80,2	79,0-81,3	13,5	12,5-14,5	1,2	1,0-1,5	0,6	0,5-0,6	4,6	4,4-4,7

Cont.

Variable	Excelente o buena		Regular		Pobre		Muy pobre		No sabe	
	%	IC 95 %	%	IC 95 %	%	IC 95 %	%	IC 95 %	%	IC 95 %
Zona										
Urbana	81,1	80,4-81,9	13,1	12,5-13,8	1,2	1,1-1,4	0,8	0,6-0,9	3,8	3,3-4,3
Rural	78,4	76,6-80,2	13,6	12,6-14,7	0,9	0,7-1,1	0,6	0,5-0,9	6,5	5,3-7,9
Sector										
Oficial	79,8	78,9-80,6	13,7	13,0-14,4	1,2	1,0-1,4	0,8	0,6-0,9	4,6	4,0-5,2
No oficial	86,6	85,1-88,0	9,9	8,9-11,1	1,0	0,7-1,5	0,5	0,4-0,7	1,9	1,4-2,4
Total	80,7	79,9-81,4	13,2	12,6-13,8	1,2	1,0-1,3	0,7	0,6-0,9	4,2	3,6-4,9

El 31,0 % de los escolares refirieron que al menos un aspecto de la vida se afectó a causa de su salud bucal. La mayor afectación se dio con respecto a la función de masticar alimentos (12,4 %; IC 95 %: 11,9-12,9) y de sonreír por la apariencia de los dientes (7,2 %;

IC 95 %: 6,7-7,8). Estos dos aspectos mostraron diferencias por sexos, pues los niños perciben mayor impacto para masticar alimentos (13,0 %; IC 95 %: 12,2-13,8) y las niñas perciben mayor impacto para sonreír (7,9 %; IC 95 %: 7,2-8,8) (Figura 8).

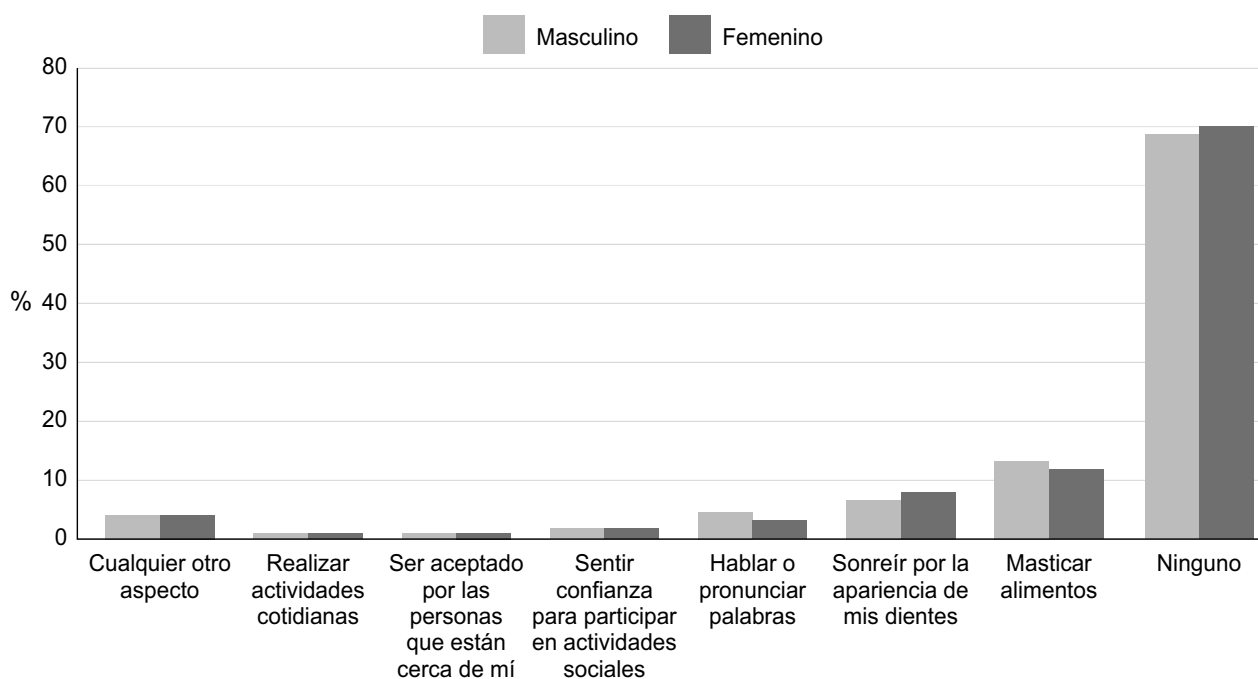


Figura 8. Percepción del impacto de la salud bucal en aspectos de la vida de acuerdo al sexo en escolares colombianos.

9.3 Percepción de problemas visuales

En la edad escolar la reducción de la agudeza visual suele indicar la presencia de problemas como los errores refractivos (42). Pese a que es necesario un examen confirmatorio como la agudeza visual, retinoscopia o examen subjetivo para obtener el diagnóstico definitivo, en función de la información sobre síntomas se puede determinar “una sospecha de problemas en la visión” (43).

Entre los síntomas más comunes descritos para escolares están: sensación de picazón o de ojos llorosos, dolor de cabeza, escribir por encima o por debajo del renglón, invertir números o letras, dificultad para copiar lo que está en el tablero, entrecerrar los ojos durante la lectura, problemas para mantener la atención, saltar o repetir líneas, entre otros (44,45). Como se observa en la Tabla 43, el 46,3 % (IC 95 %: 44,3-48,3) de los escolares refirió percibir algún tipo de problema visual, ya fuera para ver o leer al tablero o para ver o leer de cerca. Al comparar por sexo, las niñas mostraron una prevalencia más alta que los niños (niñas 52,8 %; IC 95 %: 50,2-55,4 vs. niños 38,6 %; IC 95 %: 37,1-40,2).

Al analizar las principales ciudades estudiadas, Bogotá (52,4 %; IC 95 %: 52,2-52,6), Cali (50,8 %; IC 95 %: 49,6-51,9) y Medellín (53,1 %; IC 95 %: 50,4-55,8) muestran las prevalencias más altas en comparación con la prevalencia total de Colombia.

Por otro lado, los escolares que viven en la zona urbana (47,7 %; IC 95 %: 45,8-49,6) perciben

más problemas visuales en comparación con los que viven en la zona rural (39,0 %; IC 95 %: 37,6-40,4). Así mismo, esta prevalencia es mayor en los escolares del sector no oficial (49,3; IC 95 %: 46,4-52,2).

Tabla 43. Porcentaje de escolares que perciben problemas visuales.

Variable	Percibe problemas visuales	
	%	IC 95 %
Sexo		
Masculino	38,6	37,1-40,2
Femenino	52,8	50,2-55,4
Etnia		
Indígena	46,1	42,5-49,7
Negro/Mulato/Afro/Palenquero	46,2	43,6-48,9
Sin pertenencia étnica	46,1	44,1-48,1
Región		
Atlántica	44,7	42,8-46,7
Oriental	45,3	42,3-48,4
Bogotá	52,4	52,2-52,6
Central	45,9	42,9-49,0
Pacífica	45,7	42,4-49,0
Orinoquía-Amazonía	41,7	38,9-44,5
Principales municipios		
Cali	50,8	49,6-51,9
Medellín	53,1	50,4-55,8
Barranquilla	48,2	47,7-48,7
Zona		
Urbana	47,7	45,8-49,6
Rural	39,0	37,6-40,4
Sector		
Oficial	45,8	44,0-47,6
No oficial	49,3	46,4-52,2
Total	46,3	44,3-48,3

9.4 Visitas a optometría u oftalmología para revisión de ojos

El examen de la vista para niños, niñas y adolescentes permite detectar la disminución de la agudeza visual o los factores de riesgo que amenazan el crecimiento y desarrollo saludable del sistema ocular y visual. Teniendo en cuenta que los problemas oculares pueden presentarse en diferentes etapas durante la infancia, la Academia Americana de Oftalmología recomienda el tamizaje y el control desde edad temprana y en intervalos regulares durante la infancia de la siguiente manera: en los primeros seis meses de vida, al año, luego cada año hasta los cinco años y después de esa edad cada dos años (46).

Como lo muestra la Tabla 44, de acuerdo a estas recomendaciones, más de una tercera parte (36,9 %) de los escolares no cumplen con las visitas a optometría u oftalmología esperadas. El 13,4 % (IC 95 %: 12,5-14,5) realizó la visita

en un periodo mayor a 24 meses y el 23,5 % (IC 95 %: 19,5-27,9) reportó nunca haberlo hecho. No se observaron diferencias en las visitas por sexo. La mayor proporción de incumplimiento en visitas fue para las minorías étnicas, indígenas (40,7 %) y negros/mulato/afro o palenquero (42,5 %), así mismo, para los escolares de la zona rural (43,8 %) y, por regiones, para la región Atlántica (43,9 %), Orinoquía-Amazonía (45,8 %) y Pacífica (39,1 %). De acuerdo al tipo de colegio, los escolares del sector oficial tienen mayor porcentaje de incumplimiento de visitas (38,7 %) en comparación al sector no oficial (25,3 %).

Finalmente, llama la atención que entre los escolares que reportaron algún problema visual, el 17,4 % (IC 95 %: 14,4-20,8) nunca ha visitado al optómetra u oftalmólogo y el 13,5 % (IC 95 %: 12,7-14,3) no lo visita hace más de 24 meses (Figura 9).

Tabla 44. Distribución de visitas a optometría u oftalmología para revisión de ojos en la población de escolares colombianos de 13 a 18 años.

Variable	Última vez que asistió a una valoración visual (optometría u oftalmología)							
	<24 meses		>24 meses		Nunca		No lo sé	
	%	IC 95 %	%	IC 95 %	%	IC 95 %	%	IC 95 %
Sexo								
Masculino	45,2	40,4-50,1	13,4	12,4-14,5	24,2	20,1-28,9	17,2	15,8-18,6
Femenino	46,6	42,0-51,3	13,4	12,4-14,6	22,8	19,0-27,1	17,1	15,6-18,8
Etnia								
Indígena	42,2	37,8-46,7	9,9	8,6-11,3	30,8	26,5-35,4	17,2	15,4-19,1
Negro/Mulato/Afro/Palenquero	40,0	36,3-43,7	12,0	10,5-13,5	30,5	26,9-34,4	17,5	15,9-19,3
Sin pertenencia étnica	47,4	42,5-52,4	14,2	13,2-15,2	21,4	17,6-25,9	17	15,4-18,7
Región								
Atlántica	37,0	34,1-40,1	11,1	9,9-12,5	32,8	29,1-36,7	19,0	17,8-20,4
Oriental	50,1	47,0-53,2	14,8	13,5-16,1	19,4	16,2-23,1	15,7	14,3-17,2
Bogotá	62,1	61,8-62,4	16,0	16,0-16,1	9,5	9,3-9,7	12,4	12,3-12,5
Central	45,5	42,3-48,8	13,7	11,9-15,8	22,5	19,5-25,9	18,3	16,6-20,1
Pacífica	42,9	38,8-47,1	13,2	11,8-14,6	25,9	21,3-31,1	18,0	17,0-19,1
Orinoquía-Amazonía	35,6	30,3-41,4	10,9	9,7-12,1	34,9	29,4-40,8	18,6	16,5-20,9

Cont.

Variable	Última vez que asistió a una valoración visual (optometría u oftalmología)							
	<24 meses		>24 meses		Nunca		No lo sé	
	%	IC 95 %	%	IC 95 %	%	IC 95 %	%	IC 95 %
Principales municipios								
Cali	47,6	46,8-48,4	14,9	14,4-15,3	19,0	18,6-19,4	18,6	17,8-19,4
Medellín	53,6	47,9-59,3	17,5	14,9-20,4	14,5	11,0-18,8	14,4	13,6-15,4
Barranquilla	45,0	44,8-45,2	12,4	11,1-13,8	23,3	21,8-24,8	19,4	19,4-19,4
Zona								
Urbana	47,5	42,5-52,6	14,0	13,0-15,0	21,6	17,5-26,2	16,9	15,3-18,7
Rural	38,1	35,7-40,5	10,8	9,6-12,2	33,0	30,2-35,9	18,2	17,0-19,5
Sector								
Oficial	43,4	39,6-47,3	13	12,1-14,1	25,7	22,2-29,5	17,9	16,7-19,1
No oficial	62,3	57,2-67,1	16	15,0-17,0	9,3	6,5-13,3	12,4	10,4-14,8
Total	46,0	41,3-50,7	13,4	12,5-14,5	23,5	19,5-27,9	17,1	15,7-18,6

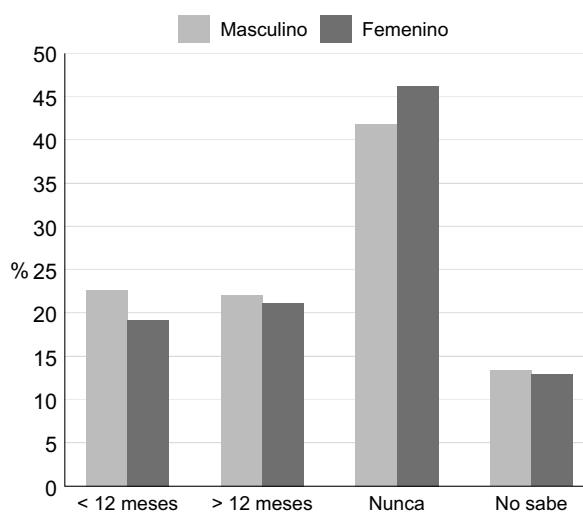


Figura 9. Porcentaje de consulta al optómetra u oftalmólogo por parte de los escolares con algún problema visual según sexo.

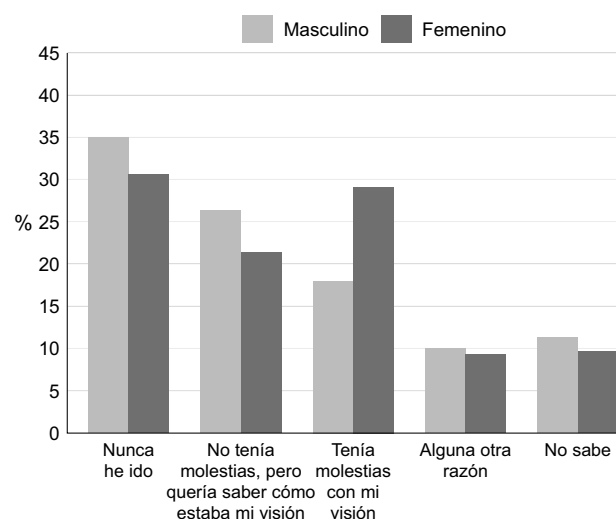


Figura 10. Distribución por sexo de la razón por la cual ha visitado al oftalmólogo en la población de escolares colombianos de 13 a 18 años.

Al analizar las razones de la visita al oftalmólogo se puede observar que la mayoría de los escolares consultan por tamizaje (23,8 %; IC 95 %: 21,9-25,8) o por molestias con su visión (23,7 %; IC 95 %: 21,1-26,6), con diferencias por sexo. La mayor razón por la que consultan los niños es por tamizaje (niños 26,0 %; IC 95 %: 23,9-28,3), mientras que las niñas consultan más por percibir molestias (niñas 28,8 %; IC 95 %: 25,9-31,8) (Figura 10).

9.5 Problemas auditivos

Respecto a la salud auditiva, la ENSE indagó acerca de la percepción de problemas en la audición o del oído en los últimos 30 días y si el escolar ha sido diagnosticado con dichos problemas por un audiólogo o profesional de la salud. Con el propósito de reconocer la prevalencia total de problemas auditivos, se tuvieron en cuenta las respuestas positivas a las preguntas ya mencionadas.

El 25,8 % (IC 95 %: 24,9-26,7) de los escolares mencionan tener problemas en la audición o en el oído. De ellos el 18,1 % (IC 95 %: 17,5-18,7) los han percibido en los últimos 30 días y al 10,4 % (IC 95 %: 9,9-10,9) se los han diagnosticado, sin diferencias por sexo (Tabla 45).

La prevalencia de problemas auditivos es mayor en los indígenas (30,9 %; IC 95 %: 28,5-33,4) y en aquellos que se reconocen como negro/mulato/afro o palenquero (29,5 %; IC 95 %: 27,9-31,2) (Tabla 45).

Tabla 45. Distribución de la percepción y diagnóstico de problemas auditivos en escolares colombianos.

Variable	Percepción de problemas auditivos		Diagnóstico de problemas auditivos		Prevalencia de problemas auditivos	
	%	IC 95 %	%	IC 95 %	%	IC 95 %
Sexo						
Masculino	17,2	16,4-18,0	10,7	10,0-11,4	25,2	24,1-26,2
Femenino	18,8	18,1-19,6	10	9,5-10,6	26,1	25,1-27,1
Etnia						
Indígena	21,6	19,8-23,5	12,2	10,6-13,9	30,9	28,5-33,4
Negro/Mulato/Afro/Palenquero	21,0	19,5-22,5	11,7	10,9-12,6	29,5	27,9-31,2
Sin pertenencia étnica	16,7	16,1-17,4	9,7	9,3-10,2	23,9	23,1-24,8
Región						
Atlántica	19,3	18,0-20,7	11,6	10,5-12,7	27,9	26,1-29,8
Oriental	16,9	14,5-19,5	10,8	9,0-12,8	24,6	21,0-28,5
Bogotá	17,8	17,6-17,9	10,2	10,2-10,3	25,5	25,3-25,7
Central	18,0	17,0-19,1	9,6	8,9-10,3	24,9	23,8-26,0
Pacífica	18,1	16,9-19,4	9,6	8,7-10,6	25,6	24,0-27,2
Orinoquía-Amazonía	18,5	17,1-20,0	10,2	9,1-11,4	26,0	24,5-27,5
Principales municipios						
Cali	18,4	18,1-18,8	10,8	10,5-11,0	26,6	26,2-27,0
Medellín	18,2	16,2-20,4	10,4	8,8-12,3	25,2	23,2-27,3
Barranquilla	17,6	17,5-17,6	11,7	11,4-12,1	26,2	26,0-26,4
Zona						
Urbana	18,1	17,5-18,8	10,5	9,9-11,0	25,8	24,9-26,8
Rural	17,9	16,3-19,7	10,1	8,8-11,4	25,6	23,5-27,7
Sector						
Oficial	18,3	17,6-19,0	10,2	9,7-10,8	25,9	24,9-26,9
No oficial	17,0	15,8-18,3	11,3	10,4-12,4	24,9	23,5-26,4
Total	18,1	17,5-18,7	10,4	9,9-10,9	25,8	24,9-26,7

9.6 Visitas al profesional experto para revisión de oídos

La importancia de la inclusión de los exámenes de audición de manera rutinaria y sistemática en los programas de vigilancia de la salud infantil está bien establecida (47). En Colombia según los lineamientos para el abordaje integral de la salud auditiva y comunicativa se debe realizar un tamizaje auditivo anual a los niños, niñas y adolescentes en las escuelas o colegios (48). Como se presenta en la Tabla 46, solo uno de cada cinco escolares (19,0 %; IC 95 %: 18,2-19,8) cumple con estas recomendaciones. El cumplimiento es

menor en las niñas (18,0 %; IC 95 %: 16,9-19,1) en comparación con los niños (19,9 %; IC 95 %: 19,0-20,9).

Así mismo, la proporción de visitas de tamizaje fue menor en los escolares que se reconocen como negros/mulatos/afro o palenqueros (19,2 %; IC 95 %: 17,9-20,6) y sin pertenencia étnica (18,2 %; IC 95 %: 17,3-19,1). Según las ciudades estudiadas, fue menor en los escolares de Barranquilla (17,2 %; IC 95 %: 17,1-17,4) y de Medellín (15,8 %; IC 95 %: 14,5-17,1), este último con tres puntos porcentuales menos que el general.

Tabla 46. Distribución de visita médica o audiológica para revisión de oídos en escolares colombianos.

Variable	¿Cuándo fue la última vez que fue al médico-audiólogo u otro profesional de la salud para una revisión de sus oídos?							
	<12 Meses		>12 Meses		Nunca		No lo sé	
	%	IC 95 %	%	IC 95 %	%	IC 95 %	%	IC 95 %
Sexo								
Masculino	19,9	19,0-20,9	25,6	23,0-28,4	36,0	32,7-39,4	18,5	17,6-19,5
Femenino	18,0	16,9-19,1	22,9	20,9-25,1	39,3	36,4-42,3	19,7	19,0-20,4
Etnia								
Indígena	21,9	19,4-24,6	21,0	19,1-23,0	39,1	35,1-43,3	18,1	16,2-20,0
Negro/Mulato/Afro/Palenquero	19,2	17,9-20,6	22,1	19,7-24,7	41,0	38,5-43,5	17,7	16,6-18,9
Sin pertenencia étnica	18,2	17,3-19,1	25,0	22,6-27,6	37,2	34,1-40,4	19,7	18,9-20,4
Región								
Atlántica	19,2	17,8-20,7	20,7	19,1-22,3	41,4	39,2-43,6	18,7	16,8-20,8
Oriental	20,3	18,8-21,8	25,7	23,7-27,9	35,5	32,5-38,7	18,5	17,3-19,8
Bogotá	20,9	20,8-20,9	32,2	32,0-32,4	27,2	27,1-27,3	19,8	19,7-19,8
Central	17,8	16,5-19,2	23,5	22,0-25,1	39	37,5-40,6	19,6	18,3-21,0
Pacífica	17,3	16,3-18,3	21,9	20,2-23,7	41,2	37,9-44,5	19,6	18,5-20,8
Orinoquía-Amazonía	18,2	16,2-20,5	22,4	20,9-24,0	42,6	37,4-47,9	16,8	13,6-20,5
Principales municipios								
Cali	18,6	18,3-18,9	24,2	23,4-24,9	35,8	35,0-36,6	21,4	21,2-21,7
Medellín	15,8	14,5-17,1	26,5	24,0-29,2	37,0	34,6-39,5	20,7	18,5-23,0
Barranquilla	17,2	17,1-17,4	22,8	22,5-23,1	37,4	37,3-37,5	22,6	22,4-22,8

Cont.

Variable	¿Cuándo fue la última vez que fue al médico-audiólogo u otro profesional de la salud para una revisión de sus oídos?							
	<12 Meses		>12 Meses		Nunca		No lo sé	
	%	IC 95 %	%	IC 95 %	%	IC 95 %	%	IC 95 %
Zona								
Urbana	19,0	18,1-20,0	24,9	22,4-27,6	36,7	33,5-40,2	19,3	18,6-20,1
Rural	18,8	17,3-20,3	20,6	19,2-22,1	42,6	40,4-44,8	18,1	16,7-19,6
Sector								
Oficial	18,7	18,0-19,5	22,7	21,0-24,5	39,4	36,9-41,9	19,2	18,4-20,0
No oficial	20,6	18,6-22,7	33,3	29,8-37,0	27,2	23,4-31,5	18,9	17,3-20,6
Total	19,0	18,2-19,8	24,2	21,9-26,6	37,7	34,7-40,8	19,1	18,4-19,8

Llama la atención que entre los escolares que perciben problemas auditivos y que aún no han sido diagnosticados, el 44,3 % (IC 95 %: 44,3-40,8) nunca ha consultado a profesionales expertos para revisión de sus oídos y que esto fue más frecuente en las niñas (46,5 %; IC 95 %: 42,4-50,5) que en los niños (41,6 %; IC 95 %: 37,6-45,8) (Figura 11).

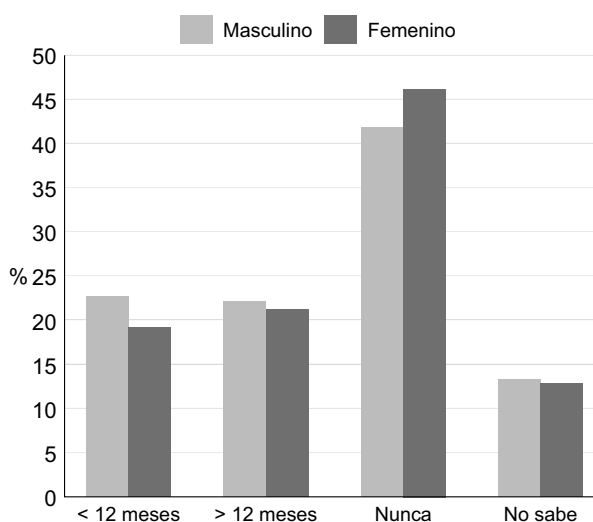


Figura 11. Porcentaje de consulta al médico o audiólogo entre los escolares que perciben problemas auditivos y no han sido diagnosticados según sexo.

9.7 Discusión

La salud bucal, visual y auditiva hacen parte integral del bienestar, de la calidad de vida relacionada con la salud y el desempeño escolar de los niños, niñas y adolescentes.

La carga más importante para la salud bucal a nivel mundial ha sido históricamente la caries dental y la enfermedad periodontal (49). Como se mencionó previamente, a nivel mundial la prevalencia de caries dental en escolares varía entre 60 % y 90 % (30), y en Colombia se han determinado prevalencias similares (54 %-75 %) (32). Así mismo, la condición bucal que más frecuentemente causa impacto en esta población es el dolor dentario (49-51).

Entre los problemas más frecuentes que acausan los trastornos bucales están la incomodidad, la limitación funcional, la insatisfacción en la apariencia y dificultades para las relaciones sociales, lo cual finalmente involucra el desempeño en las actividades de la vida diaria (40-41, 49, 52). Sumado a lo anterior, en los escolares puede comprometer el desarrollo social y psicológico, así como las habilidades sociales y educativas (49, 53).

Los estudios de calidad de vida relacionada con la salud bucal revelan que en la población escolar las actividades que con mayor frecuencia se ven afectadas son el comer y disfrutar de la comida, como también el socializar y disfrutar de relacionarse con otros (41, 50, 54-55).

La percepción del impacto de la salud bucal en escolares colombianos encontrada en esta encuesta es similar a los resultados de los estudios ya mencionados. Según los resultados de la ENSE, la mayoría de los estudiantes perciben su salud bucal como buena o excelente; siendo el aspecto de la vida que con mayor frecuencia los niños perciben, declaran que el mayor impacto se da en masticar los alimentos, mientras que para las niñas se da en el sonreír. Estas diferencias observadas por sexo pueden explicarse porque las niñas en general son más sensibles a la percepción de su propia apariencia personal en comparación con los niños (49).

Vale la pena mencionar que la naturaleza y la magnitud de los impactos de la salud bucal pueden variar entre poblaciones por las diferencias culturales propias de cada región geográfica (56). Así por ejemplo, se ha observado un mayor impacto de los trastornos bucales en escolares de la zona rural y en poblaciones marginales de la zona urbana (41). En particular, según los datos de la ENSE, los escolares de las comunidades indígenas, del sector rural y de colegios oficiales mostraron una menor percepción positiva del estado de la salud bucal.

Con relación a la salud visual, se ha identificado en todo el mundo que los errores de refracción constituyen la causa más común de la disminu-

ción de la agudeza visual y de la discapacidad visual (57), y en los escolares dichos errores pueden influir en el aprendizaje y en el adecuado desarrollo psicosocial (45, 58). Específicamente, la prevalencia de las ametropías, en especial la miopía, ha aumentado durante las últimas tres décadas en el mundo y las proyecciones indican que para 2050 afectará aproximadamente al 50 % de la población, principalmente por los cambios en el estilo de vida, en cuanto al tiempo reducido al aire libre y al uso excesivo de dispositivos electrónicos cercanos (59). En escolares de 5 a 17 años la prevalencia de miopía oscila entre 0,7 % y 9,0 %; la hipermetropía, entre 4,0 % y 9,0 %; y el astigmatismo, entre 0,5 % y 3,0 % (46). En América Latina, la prevalencia de errores refractivos en los niños varía mucho entre los países, en Brasil está entre 4 % y 6 %, en Chile entre 3 % y 9 %, y en México entre 10 % y 14 % (60-61).

En los escolares colombianos de acuerdo al área de residencia, la miopía tiene una prevalencia de 15,7 % en áreas urbanas y 9,2 % en rurales, y la hipermetropía, de 29,4 % en la región urbana y de 36,1 % en la rural (57).

Pese a que no es posible establecer las prevalencias de los errores refractivos a partir de los reportes de los síntomas de problemas visuales de la ENSE, la información obtenida es relevante en salud pública, puesto que aproximadamente uno de cada dos escolares refiere percibir algún tipo síntoma que podría sugerir problemas de la visión. Estos reportes son mayores en la zona urbana (similar al comportamiento de la miopía en el país), en el sector no oficial y en las ciudades de Bogotá, Cali y Medellín.

Con relación a estas diferencias por zonas, se ha planteado que los factores ambientales desempeñan un papel importante en la determinación del error refractivo. Específicamente, se ha demostrado que a mayor tiempo libre (actividades de ocio sin pantallas, participar en actividad física o en deportes) hay menor prevalencia de miopía, y por tanto es probable que los escolares de las zonas urbanas pueden estar expuestos a mayor riesgo por su mayor sedentarismo y tiempo frente a pantallas (62).

Los problemas oculares pueden presentarse en diferentes etapas durante la infancia, en muchos casos son prevenibles y en otros se pueden manejar fácilmente con lentes correctivos o cirugía refractiva (62). Por esta razón es indispensable contar con una evaluación oportuna de la visión (46).

Según la ENSE uno de cada tres escolares no cumple con las recomendaciones de visitas a optometría u oftalmología; el mayor porcentaje de incumplimiento se presenta en las poblaciones más vulnerables como minorías étnicas (indígenas y negros/mulatos/afro o palenqueros), zona rural, colegios del sector oficial y en las regiones Pacífica, Atlántica y Orinoquía-Amazonía.

De otro lado, en relación con los trastornos auditivos, se estima que la prevalencia de pérdida auditiva incapacitante en niños, niñas y adolescentes es de 1,7 % a nivel mundial, similar a la de la región de América Latina y el Caribe, con 1,6 %. Dicha prevalencia triplica la de regiones de altos ingresos, que presentan una prevalencia de 0,5 % (63).

En escolares la hipoacusia reportada en varios países de bajos y medianos recursos oscila entre 11 % y 15 % (64-66). En Colombia, los estudios son escasos; no obstante, la prevalencia de hipoacusia encontrada en un estudio en escolares bogotanos de 10 y 17 años realizado en 2010 fue similar (14,8 %) (67). En el país, del total de consultas por enfermedades del oído y alteraciones de la audición, el 8,8 % fueron para el grupo etario de 10 a 18 años (68).

De acuerdo a los resultados de la ENSE, el 25,8 % de los escolares colombianos perciben o les han diagnosticado algún problema auditivo o del oído. Pese a que no se conoce el diagnóstico preciso, se pudo observar que ese porcentaje fue mayor en las minorías étnicas (indígenas y negros/mulatos/afro o palenqueros).

El examen auditivo es de gran importancia para detectar trastornos de manera temprana (65, 69-70), sin embargo, de acuerdo a los resultados de la ENSE solo uno de cada cinco escolares colombianos cumple con las recomendaciones de al menos una consulta de tamizaje de salud auditiva al año. Ese cumplimiento es menor en las niñas, en negros/mulatos/afro o palenqueros y en los escolares de Barranquilla y de Medellín.

Vale la pena mencionar que la integridad de los sistemas sensoriales visual y auditivo en la población escolar son determinantes para los procesos de aprendizaje (71), sin desconocer por supuesto que el bajo rendimiento escolar es una problemática multifactorial (factores sociales, familiares, trastornos psicológicos o biológicos) (72). Varias investigaciones demues-

tran que la salud visual se asocia claramente con los logros académicos (36, 45, 73-74), así como la salud auditiva, por ser parte fundamental para el desarrollo del pensamiento y del conocimiento (38, 65-66, 72).

Finalmente, como se pudo observar en los resultados de la ENSE, las poblaciones de escolares colombianos mayormente afectadas por los trastornos bucales, visuales y auditivos fueron grupos vulnerables como las niñas, las minorías étnicas y los escolares del sector rural. Estos determinantes de inequidades sociales también se reflejan en la prevalencia de estas afecciones a nivel mundial.

Por ejemplo la mayor carga de enfermedad bucal recae en los grupos de población más pobres y desfavorecidos (33, 49). Así mismo, la mayor prevalencia de ceguera y discapacidad visual se presenta en las zonas rurales y marginales (75); por otra parte, el acceso a los servicios de salud para el manejo de esta

problemática es más desfavorable para la zona rural, para las mujeres y para quienes tienen menor nivel económico y educativo (76).

También se conoce que la discapacidad auditiva infantil es más común en las clases socioeconómicas bajas, asociada a las malas condiciones higiénicas y baja tasa de inmunización (65). Además, asisten menos a consulta y presentan mayor retraso diagnóstico los niños con padres de estrato socioeconómico y nivel educativo bajos, al igual que en el área rural y en minorías étnicas (64, 77).

En resumen, la prevención, la identificación y el tratamiento oportuno de la pérdida de la salud bucal, visual y auditiva en la población escolar colombiana es fundamental para asegurar un adecuado desarrollo psicosocial y desempeño escolar. Los niños, niñas y adolescentes de poblaciones vulnerables que enfrentan mayor número de inequidades constituyen un grupo de atención prioritaria.

Referencias

1. Cochran WG. Técnicas de muestreo. México: Compañía Editorial Continental; 1980.
2. Fulton JE, Shisler JL, Yore MM, Caspersen CJ. Active transportation to school: findings from a national survey. *Res Q Exerc Sport*. 2005;76(3):352-7. doi: 10.1080/02701367.2005.10599306
3. Lubans DR, Boreham CA, Kelly P, Foster CE. The relationship between active travel to school and health-related fitness in children and adolescents: a systematic review. *Int J Behav Nutr Phys Act*. 2011;8(1):5. doi: 10.1186/1479-5868-8-5
4. Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social. Orientación Técnica para la promoción del transporte activo [Internet]. 2014 [consulta: 15 abr 2019]. 18 p. Disponible en: <https://bit.ly/2U4O95K>
5. Colombia. Asamblea Nacional Constituyente. Constitución Política de Colombia. Bogotá; 1991.
6. Unicef Comité Español. Convención sobre los Derechos del Niño [Internet]. 2006 [consulta: 1 nov 2018]. Disponible en: <http://www2.ohchr.org/spanish/law/crc.htm>
7. Colombia. Departamento Nacional de Planeación. Consejo Nacional de Política Económica

- y Social (CONPES). Estrategia para la implementación de los objetivos de desarrollo sostenible (ODS) en Colombia, Documento CONPES 3918. Bogotá: DNP; 2018.
8. Gobierno de Colombia. Política nacional de infancia y adolescencia 2018-2030. Bogotá; 2018.
 9. Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses. Boletín Estadístico Mensual. 2018 May;19(1).
 10. Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social. Encuesta Nacional de Salud Mental: Tomo I. Bogotá; 2015. 384 p.
 11. Unesco. Documento de política, 29: Decidamos como medir la violencia en las escuelas [Internet]. 2017 [consulta: 4 nov 2018]. Disponible en: <https://bit.ly/36KA83d>
 12. Dan O. Bullying at school: What we know and what we can do. Somerset: John Wiley & Sons; 2013. 140 p.
 13. Cuevas MC, Marmolejo Medina MA. Observadores: un rol determinante en el acoso escolar. Pensam Psicol [Internet]. 2015 [consulta: 2 sep 2018];14(1):89-102. doi: 10.11144/Javerianacali.PPSI14-1.orda
 14. Dan O. Conductas de acoso y amenaza entre escolares. Madrid: Morata; 2004. 170 p.
 15. Colombia. Congreso de la República. Ley 1620 de 2013 (marzo 15): Por la cual se crea el Sistema Nacional de Convivencia Escolar y Formación para el Ejercicio de los Derechos Humanos, la Educación para la Sexualidad y la Prevención y Mitigación de la Violencia Escolar. Bogotá: Diario Oficial 48.733.
 16. Colombia. Ministerio de Educación Nacional. Decreto 1965 de 2013 (septiembre 11): Por el cual se reglamenta la Ley 1620 de 2013, que crea el Sistema Nacional de Convivencia Escolar y Formación para el Ejercicio de los Derechos Humanos, la Educación para la Sexualidad y la Prevención y Mitigación de la Violencia Escolar. Bogotá: Diario Oficial 48.910.
 17. Bennett DM. Global status report on violence. Br J Psychiatry [Internet]. 2014 [consulta: 9 nov 2018];205(01):76-7. doi: 10.1192/bjp.205.1.76a
 18. Chile. Ministerio de Salud. Informe de la Encuesta Mundial de Salud Escolar Chile 2013 [Internet]. 2016 [consulta: 20 jul 2018]. Disponible en: <https://bit.ly/2QcNy0C>
 19. Perú. Ministerio de Salud. Encuesta Global de Salud Escolar: Resultados-Perú 2010. [Internet]. 2011 [consulta: 11 ago 2018]. 92 p. Disponible en: <https://bit.ly/2TWTKLi>
 20. Card NA, Stucky BD, Sawalani GM, Little TD. Direct and indirect aggression during childhood and adolescence: a meta-analytic review of gender differences, intercorrelations, and relations to maladjustment. Child Dev [Internet]. 2008 [consulta: 11 ago 2018];79(5):1185-229. doi: 10.1111/j.1467-8624.2008.01184.x
 21. Restrepo E. Racismo y discriminación [Internet]. Pontificia Universidad Javeriana, Instituto Pensar; 2008 [consulta: 20 jul 2018]. Disponible en: <https://bit.ly/2zhO0FW>
 22. Guido S. Interculturalidad y educación en la ciudad de Bogotá. Jiménez M., ed. Bogotá, Colombia: Universidad Pedagógica Nacional; 2015. 257 p.
 23. Duschatzky S. La escuela como frontera. Buenos Aires: Paidós; 1999. 135 p.
 24. García BY, Guerrero J y Ortiz BI. La violencia escolar en Bogotá desde la mirada de las familias. Bogotá, Colombia: Universidad Distrital Francisco José de Caldas; 2012. 132 p.
 25. Castañeda Rojas G. La violencia verbal en el aula: análisis del macroacto de amenaza Verbal. Enunciación. 2011;16(1):58-69.
 26. Chau E. Educación, convivencia y agresión escolar. Bogotá, Colombia: Taurus; 2012. 249 p.
 27. Viveros Vigoya M. Racial discrimination, social intervention and subjectivity: reflections on a case study from Bogotá. Rev Estud Soc. 2007;(27):106-21.
 28. Lugones Botell M, Ramírez Bermúdez M, King ML. Bullying: aspectos históricos, culturales y sus consecuencias para la salud. Rev Cuba Med Gen Integr [Internet]. 2017 [consulta: 23 jul 2018];33(1):154-62. Disponible en: <https://bit.ly/37b6555>

29. Colombia. Presidencia de la República. Decreto 348 de 2015 (febrero 25): Por el cual se reglamenta el servicio público de transporte terrestre automotor especial y se adoptan otras disposiciones. Bogotá: Diario Oficial 49.436. Disponible en: <https://bit.ly/377IT7u>
30. Organización Mundial de la Salud. Salud bucodental [Internet]. Ginebra: OMS; 2012. [consulta: 28 sep 2018]. Disponible en: <https://bit.ly/30iqBz7>
31. Organización Panamericana de la Salud. Salud ambiental y entornos saludables. Reunión nacional de salud bucal, visual y auditivas [Internet]. Colombia: OPS; 2012. [consulta: 28 sep 2018]. Disponible en: <https://bit.ly/2XGAKE9>
32. Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social; SEI; Pontificia Universidad Javeriana. IV Estudio Nacional de Salud Bucal, ENSAB IV: Situación en Salud Bucal [Internet]. 2012 [consulta: 22 oct 2018]. 381 p. Disponible en: <https://bit.ly/2UkNH4x>
33. Petersen PE, Bourgeois D, Ogawa H, Estupinan-Day S, Ndiaye C. The global burden of oral diseases and risks to oral health. *Bull World Health Organ.* 2005;83(9):661-9.
34. Bourne RR, Flaxman SR, Braithwaite T, Cicinelli MV, Das A, Jonas JB, et al. Magnitude, temporal trends, and projections of the global prevalence of blindness and distance and near vision impairment: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Glob Health.* 2017;5(9):e888-97. doi: 10.1016/S2214-109X(17)30293-0
35. Organización Mundial de la Salud. Ceguera y discapacidad visual. Ginebra: OMS; 2018.
36. Maples W. A comparison of visual abilities, race and socio-economic factors as predictors of academic achievement. *J Behav Optom.* 2001;12(3):60-5.
37. Organización Mundial de la Salud. Sordera y pérdida de la audición. Datos y cifras [Internet]. Ginebra: OMS; 2018 mar. Ginebra [consulta: 22 oct 2018]. Disponible en: <https://bit.ly/377GABY>
38. Sarant JZ, Harris DC, Bennet LA. Academic outcomes for school-aged children with severe-profound hearing loss and early unilateral and bilateral cochlear implants. *J Speech Lang Hear Res.* 2015;58(3):1017-32. doi: 10.1044/2015_JSLHR-H-14-0075
39. Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social. Plan Decenal de Salud Pública PDSP, 2012-2021: La salud en Colombia la construyes tú. Bogotá: Grupo de Comunicaciones del Ministerio; 2013.
40. Naito M, Yuasa H, Nomura Y, Nakayama T, Hamajima N, Hanada N. Oral health status and health-related quality of life: a systematic review. *J Oral Sci.* 2006;48(1):1-7. doi: 10.2334/josnusd.48.1
41. Marcelo-Ingunza J, Castillo-López C del, Evangelista-Alva A, Sánchez-Borjas P. Calidad de vida relacionada a la salud bucal en escolares de ámbito urbano-marginal. *Rev Estomatológica Hered.* 2015;25(3):194-204.
42. Taylor HR, Livingston PM, Stanislavsky YL, McCarty CA. Visual impairment in Australia: distance visual acuity, near vision, and visual field findings of the Melbourne Visual Impairment Project. *Am J Ophthalmol.* 1997;123(3):328-37. doi: 10.1016/s0002-9394(14)70128-x
43. Borrás García MR; Ondategui Parra JC; Pacheco Cutillas M. *Visión binocular: Diagnóstico y tratamiento.* Barcelona: Ediciones UPC; 1996. 290 p.
44. Maples W, Hoenes R. The College of Optometrists in Vision Development checklist related to vision function: Expert opinions. *Optometry.* 2009;80(12):688-94. doi: 10.1016/j.optm.2009.06.003
45. Vaughn W, Maples WC, Hoenes R. The association between vision quality of life and academics as measured by the College of Optometrists in Vision Development quality of life questionnaire. *Optometry.* 2006;77(3):116-23. doi: 10.1016/j.optm.2006.01.004
46. Wallace DK, Morse CL, Melia M, Sprunger DT, Repka MX, Lee KA, et al. Pediatric Eye Evaluations Preferred Practice Pattern®: I. Vision Screening in the Primary Care and Community Setting; II. Comprehensive Ophthalmic Examination.

- Ophthalmology. 2018;125(1):P184-P227. doi: 10.1016/j.ophtha.2017.09.032
47. Olusanya BO, Okolo A, Adeosun A. Predictors of hearing loss in school entrants in a developing country. *J Postgrad Med.* 2004;50(3):173-9.
48. Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social. Lineamientos para la promoción y gestión integral de la salud auditiva y comunicativa: "Somos todo oídos" [Internet]. Bogotá; 2014 [consulta: 22 oct 2018]. 135 p. Disponible en: <https://bit.ly/2zbxrez>
49. Bianco A, Fortunato L, Nobile CGA, Pavia M. Prevalence and determinants of oral impacts on daily performance: results from a survey among school children in Italy. *Eur J Public Health.* 2009;20(5):595-600. doi: 10.1093/eurpub/ckp179
50. Gherunpong S, Tsakos G, Sheiham A. The prevalence and severity of oral impacts on daily performances in Thai primary school children. *Health Qual Life Outcomes.* 2004;2(1):57. doi: 10.1186/1477-7525-2-57
51. Nurelhuda NM, Ahmed MF, Trovik TA, Åström AN. Evaluation of oral health-related quality of life among Sudanese schoolchildren using Child-OIDP inventory. *Health Qual Life Outcomes.* 2010;8(1):152. doi: 10.1186/1477-7525-8-152
52. Broder HL. Children's oral health-related quality of life. *Community Dent Oral Epidemiol.* 2007;35 Suppl 1:5-7. doi: 10.1111/j.1600-0528.2007.00400.x
53. Yusuf H, Gherunpong S, Sheiham A, Tsakos G. Validation of an English version of the Child-OIDP index, an oral health-related quality of life measure for children. *Health Qual Life Outcomes.* 2006;4(1):38. doi: 10.1186/1477-7525-4-38
54. Åström AN, Okullo I. Validity and reliability of the Oral Impacts on Daily Performance (OIDP) frequency scale: a cross-sectional study of adolescents in Uganda. *BMC Oral Health.* 2003;3(1):5. doi: 10.1186/1472-6831-3-5
55. Adulyanon S, Vourapukjaru J, Sheiham A. Oral impacts affecting daily performance in a low dental disease Thai population. *Community Dent Oral Epidemiol.* 1996;24(6):385-9. doi: 10.1111/j.1600-0528.1996.tb00884.x
56. Allison P, Locker D, Jokovic A, Slade G. A cross-cultural study of oral health values. *J Dent Res.* 1999;78(2):643-9. doi: 10.1177/00220345990780020301
57. Galvis V, Tello A, Otero J, Serrano AA, Gómez LM, Camacho PA, et al. Prevalence of refractive errors in Colombia: MIOPUR study. *Br J Ophthalmol.* 2018;102(10):1320-3. doi: 10.1136/bjophthalmol-2018-312149
58. Curbelo Cunill L, Hernández Silva JR, Machado Fernández EJ, Padilla González CM, Ramos López M, Río Torres M, et al. Frecuencia de ametropías. *Rev Cuba Oftalmol.* 2005;18(1).
59. Holden BA, Fricke TR, Wilson DA, Jong M, Naidoo KS, Sankaridurg P, et al. Global prevalence of myopia and high myopia and temporal trends from 2000 through 2050. *Ophthalmology.* 2016;123(5):1036-42. doi: 10.1016/j.ophtha.2016.01.006
60. Batlle JF. Errores refractivos en los niños: Un problema global. *Visión 2020: Latinoamérica Boletín Trimestral* [Internet]. 2014 [consulta: 21 nov 2018]. Disponible en: <https://bit.ly/3f4PRgf>
61. Instituto Nacional de Salud Pública de México. Encuesta Nacional de Salud en Escolares 2008 [Internet]. Cuernavaca, Morelos, México; 2016 [consulta: 14 nov 2018]. 231 p. Disponible en: <https://bit.ly/2zbv7UU>
62. Sherwin JC, Reacher MH, Keogh RH, Khawaja AP, Mackey DA, Foster PJ. The association between time spent outdoors and myopia in children and adolescents: a systematic review and meta-analysis. *Ophthalmology.* 2012;119(10):2141-51. doi: 10.1016/j.ophtha.2012.04.020
63. World Health Organization. WHO global estimates on prevalence of hearing loss: Prevention of Deafness. Geneva; 2018.
64. Rao RS, Subramanyam MA, Nair NS, Rajashekar B. Hearing impairment and ear diseases among children of school entry age in rural South India.

- Int J Pediatr Otorhinolaryngol. 2002;64(2):105-10. doi: 10.1016/s0165-5876(02)00032-0
65. Olusanya BO, Okolo A, Adeosun A. Predictors of hearing loss in school entrants in a developing country. *J Postgrad Med.* 2004;50(3):173-9.
66. Olusanya B, Okolo A, Ijaduola G. The hearing profile of Nigerian school children. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol.* 2000;55(3):173-9. doi: 10.1016/S0165-5876(00)00393-1
67. Quiroz Arcentales L, Hernández Flórez LJ, Corredor Gutiérrez JC, Rico Castañeda VA, Rugeles Forero C, Medina Palacios K. Efectos auditivos y neuropsicológicos por exposición a ruido ambiental en escolares, en una localidad de Bogotá, 2010. *Rev Salud Pública.* 2013;15(1):116-28.
68. Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social; OPS/OMS. Análisis de situación de la salud auditiva y comunicativa en Colombia: Convenio 519 de 2015: Promoción y Prevención, Subdirección de Enfermedades No Transmisibles 2016 [Internet]. Bogotá; 2016 [consulta: 21 nov 2018] 274 p. Disponible en: <https://bit.ly/3dG18ne>
69. Gell F, White E, Newell K, Mackenzie I, Smith A, Thompson S, et al. Practical screening priorities for hearing impairment among children in developing countries. *Bull World Health Organ.* 1992;70(5):645-55.
70. García Pedroza F, Peñaloza López Y, Poblano A. Los trastornos auditivos como problema de salud pública en México. *Anales de Otorrinolaringología Mexicana.* 2003;48(1):20-9.
71. Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social. Lineamiento para la implementación de actividades de promoción de la salud visual, control de alteraciones visuales y discapacidad visual evitable (Estrategia Visión 2020) [Internet]. Bogotá; 2017 [consulta: 22 oct 2018] 49 p. Disponible en: <https://bit.ly/2zdn9uD>
72. Erazo Santander OA. Caracterización psicológica del estudiante y su rendimiento académico. *Rev Colomb Cienc Soc.* 2013;4(1):23-41.
73. Maples W. Visual factors that significantly impact academic performance. *Optometry.* 2003;74(1):35-49.
74. Kulp MT, Edwards KE, Mitchell GL. Is visual memory predictive of below-average academic achievement in second through fourth graders? *Optom Vis Sci.* 2002;79(7):431-4. doi: 10.1097/00006324-200207000-00011
75. Organización Panamericana de la Salud, Oficina Regional para las Américas de la Organización Mundial de la Salud. Salud ocular [Internet]. Washington, D.C. [consulta: 2 nov 2018]. Disponible en: <https://bit.ly/2BCQzma>
76. Olusanya BA, Ashaye AO, Owoaje ET, Baiyeroju AM, Ajayi BG. Determinants of utilization of eye care services in a rural adult population of a developing country. *Middle East Afr J Ophthalmol.* 2016;23(1):96-103. doi: 10.4103/0974-9233.164621
77. Bush ML, Kaufman MR, McNulty BN. Disparities in access to pediatric hearing health care. *Curr Opin Otolaryngol Head Neck Surg.* 2017;25(5):359-64. doi: 10.1097/MOO.0000000000000388

**ENCUESTA NACIONAL
DE SALUD ESCOLAR COLOMBIA (ENSE)**

10.

**CONCLUSIONES Y
RECOMENDACIONES**



10.1 Alimentación y prácticas alimentarias

La alimentación y las prácticas alimentarias de los escolares en Colombia en apariencia no dependen mayormente de factores determinantes de la seguridad alimentaria como la baja disponibilidad o el bajo acceso, dos indicadores que podríamos llegar a valorar de manera diferencial con la información reportada. No obstante, persisten desigualdades que afectan algunos territorios (i.e., región Atlántica) y grupos más vulnerables (i.e., indígenas) y que son el reflejo de fenómenos históricos persistentes de inequidad.

De otra parte, las prácticas muestran prevalencias altas de consumo de alimentos procesados y con alto contenido de azúcar y sodio, además de una baja proporción de escolares que consumen regularmente frutas, verduras y lácteos.

Con respecto al consumo de alimentos como frutas y verduras, se evidencia que en general el 86,9 % de los escolares no cumplen con el requerimiento de consumo según las Guías Alimentarias Basadas en Alimentos (GABA), que va en sintonía con la recomendación de la OMS de consumir con una frecuencia diaria mínimo 5 porciones entre frutas y verduras. Hablando específicamente del consumo de frutas, el 81,8 % de los escolares en Colombia no consume frutas en la frecuencia recomendada internacionalmente por la OMS (mínimo 3 al día). Por otra parte, respecto al consumo de verduras se encontró que las escolares mujeres, sin pertenencia étnica, en la ciudad de Bogotá y del sector no oficial son la pobla-

ción con menor adecuación a la frecuencia de consumo recomendada a nivel internacional por la OMS.

La frecuencia de consumo de lácteos puede considerarse como relativamente baja, comparada con la recomendación de consumo de las GABA, el 76,5 % de los escolares no consumen lácteos con la frecuencia recomendada por la OMS y el Ministerio de Salud y Protección Social (3 porciones/día) para estos rangos de edad. Al respecto, la encuesta evidencia que la población indígena es la que presenta menor frecuencia de consumo de lácteos en comparación con las otras etnias; en la zona urbana se tiene mayor frecuencia en el consumo de lácteos que en la rural, indicando que en Colombia no necesariamente la mayor disponibilidad de un producto como la leche en el área rural, que es donde se produce, se traduce en un mayor consumo.

Con respecto a la ingesta de sal, cerca del 50 % de los escolares en Colombia adicionan sal rutinariamente a sus alimentos después de ser preparados. Por otra parte, se evidenció una mayor frecuencia de consumo de bebidas azucaradas por parte de las escolares mujeres que de los hombres; aunque, de manera interesante, en el caso particular de las gaseosas, las prevalencias de consumo se invierten, y son mayores en los hombres.

De otro lado, se encuentra que el 47,3 % de los escolares consume habitualmente más de un alimento frito por día, lo que puede estar asociado en parte con la frecuencia de consumo de comidas rápidas fuera del hogar. De

acuerdo al autorreconocimiento étnico, los escolares que con mayor frecuencia consumen uno o más fritos por día son los que se reconocen en la etnia negra, mientras que la población indígena tiene la menor frecuencia de consumo de fritos. En las ciudades la frecuencia de consumo de fritos se observó especialmente alta, y en particular la ciudad con mayor frecuencia de consumo es Medellín.

Adicionalmente, se encontró una alta frecuencia de consumo de productos de paquete en los últimos 7 días (82,4 %), que son fuente de alimentos ultraprocesados, generalmente altos en grasas, azúcares, sal y preservantes.

En particular se especifican a continuación algunas recomendaciones:

Los hallazgos de la encuesta revelan una importante brecha entre los “buenos” y los “malos” hábitos de consumo de alimentos, esto es, el consumo bajo de frutas, lácteos y verduras, contrastado con el alto consumo de bebidas azucaradas, fritos y productos de paquete; así como las prácticas de consumo de alimentos fuera del hogar se constituyen en un problema de salud pública por su relación directa con el riesgo de condiciones de salud y enfermedades crónicas no transmisibles como la obesidad, la diabetes, la hipertensión y las enfermedades cerebrovasculares, entre otras.

La reducción y eliminación del consumo adicional de sodio en los escolares requiere campañas de educación alimentaria y nutricional tanto en los ambientes escolares como familiares, fomentando el empoderamiento de

conductas protectoras del sobreconsumo no solo de sal, sino de sodio, en los alimentos, que desestimen las prácticas de consumo de productos de paquete y la adición de sal. Adicionalmente, es determinante evaluar el consumo de lácteos en el área rural, puesto que es uno de los factores protectores que puede considerarse como relevantes para contribuir a evitar la presencia de enfermedades como la diabetes y la obesidad (1).

Los planes y programas actuales tanto del Ministerio de Salud como de Educación pueden enfocarse, según lo encontrado en la encuesta, en el fortalecimiento de conductas desde temprana edad encaminadas al consumo preferente de frutas y verduras especialmente en el área urbana en etnias como la afro, lo que permitiría obtener frecuencias de consumo más cercanas a la recomendación.

Los proyectos de educación alimentaria deberán esquematizar directrices de educación nutricional que desestimen el uso adicional de sal de mesa y productos altos en sodio y azúcar como mecanismo de protección a futuro contra la presentación de enfermedades crónicas no transmisibles. De la misma manera, se hace prioritario articular los entes gubernamentales con los entes territoriales en el fortalecimiento de políticas de vigilancia de alimentación y quioscos saludables en las instituciones educativas, permitiendo tener una oferta de alimentos más acorde con los hallazgos de esta encuesta, delimitando los espacios de consumo de alimentos dentro de parámetros saludables encaminados a la concientización de la alimentación sana.

Es por demás necesario reconocer que además de los determinantes individuales o proximales, existen procesos estructurales que responden usualmente a dimensiones económicas y sociales relacionadas con la forma como se han configurado los sistemas alimentarios en nuestra sociedad. En particular, en esas dimensiones debería prevalecer el interés por el bienestar y la salud integral de los niños y adolescentes sobre el interés de producción, comercialización, compra y consumo de alimentos de baja calidad nutricional, y privilegiar la definición e implementación de políticas que promuevan y garanticen una alimentación saludable en las escuelas.

10.2 Actividad física

Las prácticas actuales de AF en escolares colombianos están lejos de alcanzar las recomendaciones internacionales. Solo el 15,2 % de los escolares cumplen con los 60 minutos diarios recomendados y este cumplimiento es menor en las niñas, en la zona rural y en la ciudad de Medellín.

Entre tanto, pese a que más de la mitad de los escolares (62,9 %) se desplaza en bicicleta o camina para llegar al colegio al menos un día de la semana, el tiempo diario dedicado al tiempo escolar activo (TEA) es bajo (menos de 20 minutos por día), y los escolares que reportan menor TEA son las niñas, los estudiantes de la zona rural, de los colegios no oficiales, de la región Atlántica y de la ciudad de Barranquilla.

Además, casi dos de cada tres de los escolares colombianos (62,8 %) no reciben el nú-

mero de clases de educación física recomendadas (al menos tres clases por semana) y la proporción de cumplimiento de estas recomendaciones es menor en la ciudad de Bogotá y en el sector no oficial.

Respecto a las actividades sedentarias, uno de cada dos escolares dedica tres o más horas diarias a estar sentado viendo televisión, jugando videojuegos o navegando en internet. Dichas actividades las realizan con mayor frecuencia las niñas, los escolares de todas las principales ciudades, de la región Central, y los estudiantes que se reconocen sin pertenencia étnica.

Como se puede ver, los resultados de la ENSE reflejan que el nivel de AF en los escolares colombianos es insuficiente y a la vez la cantidad de tiempo que dedican a actividades sedentarias es alto. Esta situación llama la atención, teniendo en cuenta que la inactividad física es uno de los principales factores de riesgo de mortalidad a nivel mundial por su estrecha relación con las enfermedades crónicas no transmisibles como las enfermedades cardiovasculares, el cáncer y la diabetes.

La promoción de la AF regular en este grupo de edad debe ser una prioridad desde la salud pública y los colegios se convierten en los espacios propicios para facilitar este objetivo, debido a que los fundamentos de los comportamientos saludables se establecen en edades tempranas y en los colegios los niños, niñas y adolescentes pasan una cantidad significativa de tiempo. En consecuencia, estos espacios

deben contar con instalaciones que permitan a los estudiantes pasar su tiempo libre de forma activa y no sentados frente a pantallas, además de brindar educación física suficiente y de calidad que ayude a los escolares a desarrollar comportamientos saludables que los mantenga físicamente activos a lo largo de la vida.

Así mismo, otros entornos y sectores de la sociedad están también llamados a fomentar la AF regular en este grupo de edad, entre ellos las familias, en especial los padres y madres, de quienes se espera sean físicamente activos para que estimulen a sus hijos con el ejemplo. Complementariamente, las entidades de salud, los medios de comunicación y los entes gubernamentales deben propiciar espacios seguros para fomentar la AF en el tiempo libre y vías adecuadas y seguras para facilitar el transporte escolar activo.

10.3 Sustancias psicoactivas

En la ciudad de Medellín y en la región Central (Antioquia, Caldas, Quindío, Risaralda, Cauca, Huila y Tolima), se encontraron las mayores prevalencias de vida de consumo tanto de alcohol (83,7 % y 74,8 % respectivamente) como de drogas ilegales (34,3 % y 21,5 % respectivamente). De ahí que las mayores frecuencias en términos de días y veces de consumo, así como las menores edades de inicio del consumo se encuentran en estos lugares.

Con relación a las prevalencias de vida y del último mes tanto de alcohol como de drogas ilegales, no se encontraron diferencias entre los dos sexos. De la misma forma, no se en-

contraron diferencias con relación a los que iniciaron el consumo de drogas ilegales antes de los 14 años, sin embargo, los escolares de sexo masculino sí tuvieron menores edades de inicio de consumo de alcohol.

Específicamente con relación al consumo de marihuana, en Medellín la prevalencia de consumo alguna vez en la vida es más de tres veces la observada en Barranquilla, casi duplica el valor de Cali y duplica ampliamente la prevalencia de toda Colombia. Así mismo, la estimación en las zonas urbanas es 76 %, mayor que la observada en las zonas rurales. No se observaron diferencias por sexo y tipo de colegio.

Con relación al tipo de institución educativa, los colegios no oficiales presentaron mayores prevalencias de vida (70,8 %; IC 95 %: 68,2-73,3) y frecuencias de consumo de alcohol, ratificando la información de la Encuesta de Psicoactivos del año 2016 y también los resultados de la misma encuesta en otros países. No obstante, con relación al consumo de sustancias ilegales alguna vez en la vida no se encontraron diferencias significativas entre colegios oficiales y no oficiales.

Las prevalencias más altas de haber tenido problemas debido al consumo de alcohol son presentadas por los escolares de sexo masculino, los que se reconocen como indígenas, los estudiantes de colegios oficiales y los de la ciudad de Medellín.

Bogotá es el lugar donde los escolares observan con mayor frecuencia (casi a diario) avisos relacionados con el consumo de alco-

hol (23,4 %; IC 95 %: 23,0-23,8) y también es donde los estudiantes toman alcohol con mayor frecuencia en compañía de la familia (28,8 %; IC 95 %: 28,6-28,9). Igualmente, es en esta ciudad donde los padres o familiares cercanos toman a diario alcohol en la casa; sin embargo, en esta ciudad se encontró el mayor porcentaje de estudiantes que dijeron que era relativamente difícil conseguir dicha sustancia (12,9 %; IC 95 %: 12,8-13,0).

En particular se especifican a continuación algunas recomendaciones:

Los programas y planes de prevención del consumo de psicoactivos deberían ser generales para los dos sexos, con fuerte énfasis en la región Central y específicamente en la ciudad de Medellín. Con especial énfasis en la prevención de consumo de alcohol en los colegios no oficiales. De la misma forma, se debe trabajar en los factores culturales que influyen en el inicio del consumo a muy tempranas edades en ambos sexos, con el objetivo de incrementar dicha edad de inicio o de no iniciar el consumo. Adicional a ello, es importante un enfoque diferencial en el que los escolares de sexo masculino, los indígenas y los de colegios oficiales puedan trabajar aspectos relacionados con el autocontrol y el autocuidado con el fin de minimizar los riesgos asociados al consumo excesivo de alcohol.

En la ciudad de Bogotá es fundamental trabajar aspectos relacionados con la exposición excesiva de los escolares a los anuncios publicitarios que promocionan el consumo de alcohol. Este trabajo no solo debe hacerse para

disminuir la exposición en sí misma, sino también para fortalecer en los hombres y mujeres la capacidad de resistirse al consumo.

10.4 Lesiones e intimidación

La violencia escolar en sus diferentes expresiones tiene un impacto negativo en la salud de la población escolar y es actualmente un problema prioritario de salud pública, razón por la cual es importante identificar sus formas de manifestación, particularidades y prevalencias, para diseñar e implementar nuevos planes, programas y políticas que posibiliten prevenirla e intervenirla. Los programas existentes deben ser revisados y mejorados, ya que las cifras de matoneo, violencia escolar, rechazo y agresión, siguen siendo preocupantemente elevadas.

La encuesta mostró que aproximadamente el 25 % de los escolares han estado relacionados con peleas físicas, agresión verbal y otras situaciones de violencia, lo cual sigue siendo un asunto a tener en cuenta para trabajar en el manejo de conflictos a través de medios y procesos diferentes a los de la violencia.

Por otra parte, se pudieron identificar diferencias entre hombres y mujeres frente a la expresión de la violencia y la intimidación, lo cual también invita a investigar con mayor profundidad y desde enfoques diferenciales en contextos escolares. En este sentido, se nota que los niños y adolescentes presentan mayor porcentaje de lesiones serias que las mujeres.

Otro aspecto que vale la pena resaltar es que la violencia, intimidación y rechazo en el con-

texto escolar presentó mayor prevalencia en los escolares indígenas, siendo este un asunto poco expresado, pero que debe ser analizado en el marco de la inclusión educativa de los últimos años, donde los indígenas, en muchos contextos escolares, no alcanzan el reconocimiento y el ejercicio de sus derechos como cualquier ciudadano. Esta situación le plantea un reto importante al sistema educativo colombiano en su intento por proponer e implementar programas educativos inclusivos.

La Encuesta Nacional de Salud Escolar también deja trazado el camino para analizar en detalle las diferencias entre las instituciones educativas oficiales y no oficiales en asuntos de violencia, y para ello es necesario correlacionar la información obtenida con otras variables tales como las de tipo socioeconómico, especificar las regiones geográficas y establecer algunas características básicas de las instituciones educativas. Esta ampliación de información podrá favorecer la comprensión sobre las modalidades educativas, modelos pedagógicos y propuestas curriculares en relación con la violencia escolar.

La encuesta también muestra las consecuencias que traen las lesiones por violencia y por otras actividades en el ámbito escolar, que incrementan costos al sistema de salud y debilitan las redes de convivencia, entre otros.

Para un país que requiere nuevas formas de convivencia pacífica, el escenario educativo es uno de los más apropiados para aprender a debatir sin eliminar al oponente, por eso los resultados de la presente encuesta sirven como

referente para revisar los programas escolares de salud escolar, así como los de sociales y convivencia en los colegios del país.

El Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021 plantea en los componentes de: “convivencia y salud mental”, así como en el de “prevención y atención integral a problemas y trastornos mentales y a diferentes formas de violencia”, la prevención e intervención en entornos familiares, escolares, comunitarios y laborales para contribuir al bienestar y el desarrollo humano. De manera específica, uno de los objetivos del componente hace referencia al “fortalecimiento de la gestión institucional y comunitaria, para garantizar la atención integral de los problemas y trastornos mentales y los eventos asociados, incluyendo el consumo de sustancias psicoactivas, epilepsia, violencia escolar entre pares, suicidio y otros eventos emergentes, en población general y poblaciones e individuos en riesgos específicos” (2). Este propósito se debe materializar en los planes y programas de convivencia escolar para reducir y mitigar los riesgos y efectos de la violencia identificados en la Encuesta Nacional de Salud Escolar 2017.

Finalmente y en el marco de la Política Nacional de Infancia y Adolescencia 2018-2030, es importante tener en cuenta que para el cumplimiento de sus objetivos, sobre la promoción de “las condiciones de bienestar, acceso a oportunidades con equidad e incidencia de las niñas, niños y adolescentes en la transformación del país” (3, p. 23), es necesario reducir la violencia infantil y transformar los espacios de formación, para fomentar la convivencia pacífica y dialógica en el país.

10.5 Salud bucal visual y auditiva

La mayoría de los escolares colombianos (80,7 %) percibe que su salud bucal es excelente o buena con diferencias entre algunos grupos poblacionales, específicamente una menor percepción positiva del estado de la salud bucal se presenta en los escolares de la región de Orinoquía-Amazonía, de la ciudad de Barranquilla, de las minorías étnicas, del sector rural y del sector oficial. En esta misma línea, el 31 % de los escolares refieren que al menos un aspecto de la vida se afectó a causa de su salud bucal y los aspectos en los que reconocen un mayor impacto son: en los niños, masticar alimentos, y en las niñas, sonreír.

En cuanto a la salud visual, aproximadamente uno de cada dos escolares percibe algún tipo de problema visual y esta prevalencia es mayor en la zona urbana, en el sector no oficial y en las ciudades de Bogotá, Cali y Medellín. Así mismo, uno de cada tres escolares no cumple con las recomendaciones de visitas a optometría u oftalmología (una visita cada dos años), con una menor proporción de cumplimiento en las minorías étnicas, en la zona rural, en el sector oficial y en las regiones Atlántica, Orinoquía-Amazonía y Pacífica.

Finalmente, respecto a la salud auditiva el 25,8 % de los escolares refieren problemas auditivos con mayor prevalencia en las minorías étnicas. Igualmente, solo uno de cada cinco escolares cumple con las recomendaciones de al menos una consulta de tamizaje de salud auditiva al año, ese cumplimiento es menor en las niñas, en los escolares de Medellín y Barranquilla, y en aquellos que se reconocen

como negros/mulatos/afro o palenqueros y sin pertenencia étnica.

La prevención, la identificación y el tratamiento oportuno de la pérdida de la salud bucal, visual y auditiva en los escolares colombianos es fundamental para asegurar en esta población un adecuado desarrollo psicosocial y desempeño escolar.

Como lo menciona la OMS, las patologías bucales no deben entenderse como eventos clínicos aislados, la presencia de dichas afectaciones en los niños pueden repercutir en sus hermanos y padres. Por tanto, medir la percepción del estado de la salud bucal y su impacto en la vida diaria resulta relevante para identificar necesidades, priorizar la atención y evaluar los resultados de los programas preventivos y terapéuticos.

Por otro lado, teniendo en cuenta que los colegios son entornos visuales, auditivos y verbales y que las deficiencias en estos sistemas sensoriales a menudo pueden pasar desapercibidas por maestros y familiares, es indispensable asegurar la implementación de políticas en pro de la realización oportuna de las pruebas de tamizaje desde los colegios. Lo anterior permitirá prevenir las complicaciones de estos trastornos y además favorecerá un aprendizaje propicio en la etapa escolar. En este punto vale la pena resaltar que el bajo rendimiento escolar puede llevar sentimientos de frustración, aislamiento y baja autoestima.

Finalmente, los niños, niñas y adolescentes de poblaciones vulnerables que enfrentan

importantes disparidades en la prevalencia y en la atención de estos trastornos en la salud, constituyen un grupo de atención prioritaria. Por tanto, se recomienda la evaluación cuidadosa de los determinantes sociales estructurales, factores económicos, políticos y sociales que puedan afectar directamente la prevalencia de dichos trastornos.

Referencias

1. Duran Agüero S, Torres García J, Sanhueza Catalán J. Consumo de queso y lácteos y enfermedades crónicas asociadas a obesidad: ¿amigo o enemigo? *Nutr Hosp.* 2015;32(1):61-8. doi: 10.3305/nh.2015.32.1.8982
2. Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social. Plan decenal de salud pública 2012-2021 [Internet]. Bogotá; 2013 [consulta: 21 sep 2018]. Disponible en: <https://bit.ly/36KLAMo>
3. Gobierno de Colombia. Política nacional de infancia y adolescencia 2018-2030. Bogotá; 2018.



La salud
es de todos

Minsalud