

**VALIDACIÓN DE LA VERSIÓN EN ESPAÑOL DEL *RAPID ASSESSMENT FOR
ADOLESCENT PREVENTIVE SERVICES* EN ADOLESCENTES DE 11 – 19
AÑOS DE BUCARAMANGA**

TATIANA ALEXANDRA SUÁREZ PINTO

**UNIVERSIDAD INDUSTRIAL DE SANTANDER
FACULTAD DE SALUD - ESCUELA DE MEDICINA
DEPARTAMENTO DE PEDIATRÍA
ESPECIALIZACION EN PEDIATRIA
BUCARAMANGA**

2016

**VALIDACIÓN DE LA VERSIÓN EN ESPAÑOL DEL *RAPID ASSESSMENT FOR
ADOLESCENT PREVENTIVE SERVICES* EN ADOLESCENTES DE 11 – 19
AÑOS DE BUCARAMANGA**

TATIANA ALEXANDRA SUÁREZ PINTO

**Trabajo de Investigación para optar al título de
Especialista en Pediatría**

DIRECTOR:

ARGÉNIDA BLANCO GÓMEZ

Médica Especialista en Medicina Familiar

ASESOR EPIDEMIOLÓGICO:

LUIS ALFONSO DÍAZ MARTÍNEZ

Médico pediatra y magíster en epidemiología

**UNIVERSIDAD INDUSTRIAL DE SANTANDER
FACULTAD DE SALUD - ESCUELA DE MEDICINA
DEPARTAMENTO DE PEDIATRÍA
BUCARAMANGA**

2016

CONTENIDO

	Pág.
INTRODUCCIÓN.....	13
1 MARCO TEÓRICO	15
1.1.1 Comportamientos de riesgo para lesiones intencionales y no intencionales	17
1.1.2 Consumo de alcohol o de otro tipo de sustancias psicoactivas.....	17
1.1.3 Comportamientos sexuales que contribuyen a embarazos no planeados o enfermedades de transmisión sexual.....	19
1.1.4 Hábitos nutricionales no saludables.....	20
1.1.5 Actividad física.....	21
1.1.6 Consumo de cigarrillo	22
1.2 EL PROCESO DE VALIDACION DE ESCALA.....	22
1.2.1 La confiabilidad o fiabilidad	22
1.2.1.1 Consistencia interna.....	23
1.2.1.2 Fiabilidad prueba-reprueba	23
1.2.1.3 Fiabilidad inter-observador.....	23

1.2.2	Validez	24
1.2.2.2	La validez de constructo.....	24
1.2.2.3	Validez de criterio.....	25
1.3	RAPID ASSESSMENT FOR ADOLESCENT PREVENTIVE SERVICES	25
2	OBJETIVOS.....	28
3	METODOLOGÍA	29
3.2	POBLACIÓN.....	29
3.2.1	Población objetivo	29
3.2.2	Población de estudio	29
3.3	CRITERIOS DE INCLUSIÓN	29
3.4	CRITERIOS DE EXCLUSIÓN	30
3.5	MUESTRA	30
3.5.1	Evaluación de la comprensibilidad de la prueba	30
3.5.2	Evaluación de la validez de constructo.	30
3.5.3	Evaluación de la reproducibilidad	32
3.6	VARIABLES... ..	31

3.7	PROCEDIMIENTOS.....	32
3.7.1	Evaluación de la comprensibilidad de la prueba	33
3.7.2	Evaluación de la validez de constructo.....	33
3.7.3	Evaluación de la fiabilidad prueba-reprueba	34
4.	CONSIDERACIONES ÉTICAS	35
5.	RESULTADOS.....	37
5.1.1	Análisis de expertos.....	37
5.1.2	Reunión con estudiantes	37
6.	DISCUSIÓN.....	48
7.	CONCLUSIÓN	51
	CITAS.....	52
	BIBLIOGRAFÍA.....	58
	ANEXOS	61

LISTA DE TABLAS

	Pág.
Tabla 1. Cursos de bachillerato seleccionados en el proyecto “Prevalencia Síndrome de Asperger” en Bucaramanga y Medellín	31
Tabla 2. Variables independientes.....	32
Tabla 3. Variables sociodemográficas	40
Tabla 4. Prevalencia de respuestas positivas y factores asociados	42
Tabla 5. Análisis alfa de Cronbach del RAAPS.....	43
Tabla 6. Carga factorial encontrada.....	44
Tabla 7. Análisis de concordancia de cada pregunta.....	47

LISTA DE GRÁFICAS

	Pág.
Gráfica 1. Edad de los participantes	40
Gráfica 2. Correlación de las dos respuestas suministradas	45
Gráfica 3. Análisis de la bondad de acuerdo de Bland y Altman de los estudiantes participantes.....	46

LISTA DE ANEXOS

	Pág.
Anexo 1. Versiones en inglés y español propuestos por los autores del RAAPS ..	61
Anexo 2. Consentimiento informado a los padres o tutores Fase 1	64
Anexo 3. Asentimiento informado del estudiante Fase 1	67
Anexo 4. Consentimiento informado a padres o tutor Fase 2	70
Anexo 5. Asentimiento informado al estudiante Fase 2	73
Anexo 6. Consentimiento informado a padres o tutor Fase 3	76
Anexo 7. Asentimiento informado al estudiante Fase 3	79
Anexo 8. Validación de la versión en español	82

RESUMEN

TÍTULO: VALIDACIÓN DE LA VERSION EN ESPAÑOL DEL *RAPID ASSESSMENT FOR ADOLESCENT PREVENTIVE SERVICES* EN ADOLESCENTES DE 11 – 19 AÑOS DE BUCARAMANGA

AUTOR: TATIANA ALEXANDRA SUAREZ PINTO.**

PALABRAS CLAVE: ADOLESCENTES, VALIDEZ DE RESULTADOS, *RAPID ASSESSMENT FOR ADOLESCENT PREVENTIVE SERVICES*, CONDUCTA PELIGROSA

DESCRIPCIÓN: La morbilidad y mortalidad en adolescentes hasta en un 70% está relacionada con seis comportamientos de riesgo. Estos son las lesiones intencionales y no intencionales el consumo de alcohol y de otras sustancias, el tabaquismo, las conductas sexuales de riesgo que contribuyen a embarazos no deseados y a enfermedades de transmisión sexual; los hábitos nutricionales no saludables y la inactividad física. El *Rapid Assessment for Adolescent Preventive Services* (RAAPS) es un cuestionario de tamizaje que consta de 21 preguntas y del que existe una versión en español, no validada en Colombia. El objetivo de este trabajo es validar la versión en español RAAPS para el tamizaje de conductas de riesgo en adolescentes colombianos. Se aplicó el cuestionario a 270 adolescentes escolarizados de 11-19 años en las ciudades de Bucaramanga y Medellín (56.1% hombres, 81.1% residentes en estrato medio, edad media 13.6 [DE 1.8] años)

El alfa de Crombach alcanzado para evaluar la fiabilidad interna fue de 0.7207. En el análisis de factores se encontraron dos factores que explican el 84.53% de la varianza. Una pregunta tiene problema de dependencia a otra pregunta ocasionando que el análisis que hacen los estudiantes para contestar sea ambiguo, debido a que la opción de respuesta no aplica no fue contemplada. La validez de constructo del RAAPS para el medio colombiano es aceptable, pero limitada.

** Facultad de Salud. Escuela de Medicina. Departamento de Pediatría. Especialización en Pediatría. Directora: Árgenida Blanco Gómez

ABSTRACT

TITLE: VALIDITY OF SPANISH VERSION OF THE RAPID ASSESSMENT FOR ADOLESCENT PREVENTIVE SERVICES IN COLOMBIAN ADOLESCENTS

AUTHOR: TATIANA ALEXANDRA SUAREZ PINTO.**

KEY WORDS: ADOLESCENT, VALIDITY, RAPID ASSESSMENT FOR ADOLESCENT PREVENTIVE SERVICES, DANGEROUS BEHAVIOR

DESCRIPTION: Adolescent morbidity and mortality is related to six risk-behaviors patterns in at least 70% of the cases. These including behaviors that contribute to unintentional injuries and violence; tobacco use; alcohol and other drug use; sexual behaviors that contribute to unintended pregnancy and sexually transmitted diseases; unhealthy dietary behaviors and physical inactivity. The *Rapid Assessment for Adolescent Preventive Services* (RAAPS) is a questionnaire used as a screening tool composed of 21 questions with a well-known Spanish version that has not been validated in Colombia. The questionnaire was applied to 270 schooled adolescents between the ages 11-19 years in Bucaramanga and Medellin (56.1% males, 81.1% medium class residents, mean average age 13.6 [SD 1.8] years). The Cronbach coefficient alfa reached to assess the internal reliability was 0.7207. Within the factors analyzed two of them explained 84.53% of the variance. A question has dependency problem to another causing an ambiguous way to answer by some students because the option "no apply" was not provided. The validity of the RAAPS screening test is acceptable but limited for the Colombian.

* Postgraduate research study

** Health Faculty. Medicine School. Pediatrics department. Research director: Ágenida Blanco Gómez

INTRODUCCIÓN

La adolescencia es una edad de transición entre la infancia y la adultez. Constituye una etapa crítica debido a los múltiples cambios tanto físicos, psíquicos como sociales que culminan con el establecimiento de la personalidad y la identidad (1). En Estados Unidos donde el CDC se encarga de realizar monitoria de los comportamientos de riesgo en salud, se describió que hasta en un 70% la morbilidad y mortalidad en adolescentes está relacionada con los siguientes comportamientos (2)(3):

- Lesiones intencionales y no intencionales
- Consumo de alcohol o de otro tipo de sustancias psicoactivas
- Comportamientos sexuales que contribuyen a embarazos no planeados u enfermedades de transmisión sexual.
- Consumo de cigarrillo
- Hábitos nutricionales no saludables
- Falta de actividad física.

La identificación temprana de estos comportamientos de riesgo permite a los profesionales de la salud proporcionar el apoyo adecuado y la aplicación de estrategias de prevención, que conduzcan a menor morbilidad y mortalidad (4).

El tiempo asignado para la consulta externa con adolescentes es de 20 minutos (5), el cual no permite realizar una evaluación integral (evaluando aspectos físicos psicológicos, sociales y espirituales) del paciente adolescente. Para determinar los aspectos problemáticos en estas dimensiones del ser humano es necesario contar con una herramienta de tamización que facilite de manera eficiente y rápida detectar los comportamientos de riesgo del paciente y así realizar una intervención específica y oportuna. La falta de tiempo durante las consultas médicas es una de

las principales barreras para realizar una adecuada atención a los pacientes. Es por eso que se han desarrollado diferentes instrumentos de tamización que optimizan el tiempo durante las consultas (6), permitiendo al profesional de la salud realizar una atención integral del paciente.

El *Rapid Assessment for Adolescent Preventive Services (RAAPS)* es un cuestionario de tamización para adolescentes, desarrollado por la Escuela de Enfermería de la Universidad de Michigan (6), que consta de 21 preguntas e identifica los seis comportamientos de riesgo antes mencionados. Actualmente se encuentra disponible una única versión autorizada en español del RAAPS, no validada en nuestro medio, que puede convertirse en una herramienta útil en la atención primaria de los adolescentes en el país.

El trabajo de campo se realizará vinculado al proyecto "Síndrome de Asperger en niños y Adolescentes de Bucaramanga y Medellín Fase 1: Estudio de prevalencia y características cognitivas" (código Colciencias 12415693532; código UIS 6860-2206-34). Este proyecto tiene una fase de encuestas a estudiantes de bachillerato de Bucaramanga y Medellín captados de manera aleatoria, por lo que se consideró una oportunidad de tener acceso a la logística de captación de los estudiantes.

1 MARCO TEÓRICO

1.1 ADOLESCENCIA Y CONDUCTAS DE RIESGO

El concepto de adolescencia es producto de la construcción social, histórica, cultural y relacional de la sociedad que ha cambiado a través de las diferentes épocas y varía entre las distintas sociedades. En cuanto al desarrollo biológico se presenta la etapa final del crecimiento, el comienzo de la capacidad de reproducción hasta lograr la madurez reproductiva completa. En cuanto al desarrollo cognitivo, aparecen cambios cualitativos en la estructura del pensamiento, se configura el pensamiento abstracto y se acerca cada vez más al modelo científico-lógico. Se configura el razonamiento social, es decir se llevan a cabo procesos de identificación individual, colectiva y social, que le permite al adolescente comprenderse a sí mismo, conocer y aceptar los principios del orden social y la adquisición de su propia escala de valores

La organización de las Naciones Unidas ha establecido que los adolescentes son personas con edad comprendida entre los 10 y los 19 años; es decir, que se encuentran en la segunda década de la vida (1). La adolescencia se divide en tres grupos: adolescencia inicial entre los 10 y 13 años, adolescencia media entre los 14 y 16 años y adolescencia final o tardía entre los 17 años y los 19 años (1)(7). Durante esta etapa se asumen nuevos roles y responsabilidades, se incrementa la dependencia de los compañeros mientras que disminuye hacia los padres y cuidadores (4). La mayoría de los adolescentes logran superar con éxito los desafíos que trae el cambio en su vida; sin embargo, algunos requieren asesoría adicional para superar las dificultades que se presentan durante esta etapa. La población colombiana de 10-19 años estimada para 2013 es de 8.715.925, el 18.5% de la población total (8).

Las causas de morbilidad y mortalidad en adolescentes han cambiado en las últimas décadas (7), exigiendo modificaciones en los modelos de prestación de servicios y llevando a la creación de programas específicos para jóvenes. El objetivo de estos servicios es proporcionar apoyo continuo y apropiado para el desarrollo de los adolescentes hasta que alcanzan la edad adulta(4).

En Colombia a partir de las Guías de promoción de la salud y prevención de enfermedades en la salud pública del Ministerio de la Protección Social (5,7) se actualizó la *Guía de detección temprana de las alteraciones del joven de 10 a 29 años*, en la que se establecen la consulta y los servicios amigables para jóvenes. Esta política hace de las instituciones de salud espacios de información orientación y educación de calidad, enfocada en programas de prevención. Se reflejó la necesidad de los adolescentes de tener servicios de salud diferenciados y de fácil acceso, flexibles y que garanticen su privacidad. También se ha comprendido que es importante que se destine un tiempo adecuado a las necesidades de cada adolescente, aunque sólo se estableció un tiempo de atención que para la consulta diferenciada es de 20 minutos y en las unidades amigables y los centros amigables de 30 minutos (5).

En Norteamérica se estableció que más del 70% de la morbilidad y la mortalidad en adolescentes estaba causada por seis comportamientos de riesgo (10):

1. Lesiones intencionales y no intencionales
2. Consumo de alcohol o de otro tipo de sustancias psicoactivas
3. Comportamientos sexuales que contribuyen a embarazos no planeados u enfermedades de transmisión sexual.
4. Consumo de cigarrillo
5. Hábitos nutricionales no saludables
6. Inactividad física.

En nuestro país no existe una vigilancia gubernamental de estos factores de riesgo; sin embargo, algunos autores han hecho aproximaciones intentando documentar el impacto de estos comportamientos de riesgo en la salud de los adolescentes colombianos(11):

1.1.1 Comportamientos de riesgo para lesiones intencionales y no intencionales. De las 16.554 necropsias por homicidio realizadas en Medicina Legal (12) durante el 2011, 4.429 (26.8%) ocurrieron en adolescentes entre los 10 y 19 años. El 22.0% de un total de 155.864 valoraciones por lesiones personales fueron hechas a adolescentes. Ese año, el Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses conoció la presentación de 14.152 lesiones accidentales, de las cuales, 76.2% fueron “no fatales” y el restante 28.8% fueron fatales. La razón hombre: mujer fue 4:1. El número de muertes accidentales fue de 3.363, de las cuales 372 ocurrieron en el grupo de edad de los 10 a 17 años (7).

En cuanto al suicidio, según Medicina Legal corresponde a la cuarta forma de muerte violenta en el país, con una tasa de 4.8 por 100.000 habitantes. Durante el año 2012 se realizaron 1.901 autopsias (13) en las cuales la manera de muerte se asoció al suicidio; 323 correspondían a adolescentes con edades comprendidas entre los 10 y 19 años, siendo el 67% del género masculino y 32% del género femenino.

1.1.2 Consumo de alcohol o de otro tipo de sustancias psicoactivas. En 2003 se desarrolló el Estudio de Salud Mental, que buscaba estimar la prevalencia de trastornos mentales en adultos de 18 a 65 años en Colombia. Se encontró que la edad de aparición de los trastornos relacionados con el consumo de sustancias se encontraba a partir de los 18 años, siendo el de aparición más temprana la dependencia de drogas.

En el 2010 Colombia participó en el Estudio Mundial de Salud Mental de la OMS, realizado en adolescentes de 13 – 17 años. Uno de sus objetivos fue calcular los indicadores de prevalencia en los últimos 30 días, de los últimos 12 meses y prevalencia de vida de los trastornos mentales, su comportamiento por sexo y edad, así como la edad de inicio (14). En cuanto a los trastornos por uso de sustancias, el abuso de alcohol se presentó en el 1.1% de la población estudiada. Llamaba la atención que su prevalencia era más alta para el sexo femenino con 1.3% comparada con 0.96% en el masculino. La prevalencia de abuso de drogas de los últimos 12 meses fue de 0.78%, siendo mayor para el sexo masculino con 1.15%, con relación hombre: mujer de 3:1.

El Estudio Nacional de Consumo de Sustancias Psicoactivas en Colombia realizado en 2008 (15), en población general de 12 a 65 años, encontró que el 86% de los encuestados declaró que alguna vez en su vida había consumido alcohol y 35% había consumido en los últimos 30 días. En cuanto a los adolescentes entre 12-17 años, el 20% declaró consumo en el último mes, esta cifra se duplica (46%) en el grupo de edad de 18 a 25 años. En cuanto al consumo de sustancias ilícitas el 9.1% de los encuestados declaró haber consumido por lo menos una vez en la vida. El grupo de edad con mayor prevalencia de consumo fue entre los 18 y 24 años con un 6% y en un tercer lugar el grupo entre 12 – 17 años con un 3.4%.

En Bucaramanga, Campo-Arias y colaboradores (16) realizaron en 2005 un estudio que buscó determinar la asociación entre el consumo abusivo de alcohol y síntomas depresivos. El 58.4% de los adolescentes manifestaron consumo de alcohol durante el último año, de los cuales un 5.7% mostró un consumo abusivo de alcohol. Observaron que el consumo abusivo de alcohol se encontraba con mayor frecuencia en quienes informaron una percepción de salud regular, rendimiento académico regular o malo, consumo actual de cigarrillos, consumo de

alcohol o cigarrillos por el mejor amigo o por familiares y la presencia de síntomas depresivos con importancia clínica.

En 2004 se realizó un estudio descriptivo poblacional (17) que evaluó las prevalencias del consumo de sustancias en los estudiantes de educación media vocacional del área metropolitana de Bucaramanga. Los resultados se compararon con lo encontrado con similares instrumentos en 1996 y 1997. Se observó un incremento en la prevalencia de consumo anual de marihuana (1.5% a 4.4%), bazuco (0.4% a 1.2%), inhalantes (0.1% a 1.2%), estimulantes (0.7% a 1.9%), tranquilizantes (2.0% a 3.1%) y de consumo semanal de alcohol hasta la embriaguez (6.5% a 7.7%). La prevalencia anual de uso de éxtasis fue 2.5% (no investigada en 1996 y 1997).

1.1.3 Comportamientos sexuales que contribuyen a embarazos no planeados o enfermedades de transmisión sexual. Según la Serie de estudios a Profundidad de las Encuestas de Demografía y Salud (ENDS) de 1990/2010 (18), que buscaba identificar y analizar los factores de riesgo que incrementan la probabilidad de un embarazo en adolescentes, los factores protectores y caracterizar las mujeres adolescentes que alguna vez han estado embarazadas. Tomaron los datos de las encuestas de Demografía y Salud realizadas en Colombia durante los años 1990, 1995, 2000, 2005 y 2010. Encontraron que la proporción de adolescentes madres o embarazadas aumentó del 18.8% al 19.5%. También que el embarazo adolescente es mayor en las zonas rurales que urbanas y mayor entre las mujeres de menor nivel socioeconómico; sin embargo, encontraron una tendencia creciente del embarazo adolescente tanto en áreas rurales como urbanas y en todos los niveles socioeconómicos. El factor de riesgo principal a lo largo del tiempo, fue la condición conyugal de “alguna vez unida”, mientras que la asistencia escolar, el hogar nuclear y un adecuado clima educativo familiar (promedio de años de educación de las personas mayores de 15 años en el hogar actual) han sido consistentemente factores protectores.

En 2012 González y colaboradores de la Escuela de Medicina Juan N Corpas, realizaron un estudio sobre los factores de riesgo para embarazo adolescente. La población de estudio fueron adolescentes escolarizados de 14 colegios públicos de Bogotá (localidades Suba y Engativá) y municipios de Mosquera, Funza y Madrid (Cundinamarca) cuyos colegios estuvieran vinculados al proyecto PIPSA (Programa Integral de Promoción de Salud del Adolescente) realizado por la Facultad de Medicina. Identificaron que el 80% de los jóvenes habían recibido información sobre planificación, 20% tenían una vida sexual activa y 40% habían tenido alguna vez relaciones sexuales. La prevalencia de embarazo fue del 4% y de aborto 1%. Encontraron como factores de riesgo para embarazo haber recibido información sobre planificación pero tener dudas, tener un aborto previo y no haber planificado durante la primera relación sexual (19).

1.1.4 Hábitos nutricionales no saludables. La Encuesta Nacional de la Situación Nutricional en Colombia 2010 (ENSIN) (20), estableció que la prevalencia de sobrepeso para el grupo de edad entre los 5 – 17 años aumentó a un 25.9% en el último quinquenio. Uno de cada 6 niños y adolescentes presenta sobrepeso u obesidad. Esta relación aumenta a medida que el nivel del SISBEN sea mayor y también el nivel educativo de la madre. El exceso de peso es mayor en el área urbana que en la rural. Los adolescentes entre los 9 y 18 años fueron el grupo de edad con mayor consumo diario y semanal de embutidos (8.9% y 55.1%). Los jóvenes de 14 – 18 años tienen el mayor porcentaje de consumo de comidas rápidas a la semana (34.2%). Uno de cada 5 colombianos entre 5 y 64 años, consume gaseosas o refrescos diariamente, y 1 de cada 2 los consume semanalmente. Los mayores consumos se presentan entre los grupos de edad de 14 a 30 años (28%) y de 9 – 13 años (21.6%). Aproximadamente 1 de cada 7 colombianos consume alimentos de paquete diariamente, y 4 de cada 9 los consume semanalmente. Los grupos con mayor frecuencia de consumo diario son los niños y adolescentes en edad escolar (9 – 13 años: 21% y de 14- 18 años:

20%). Finalmente, la población de 5 a 18 años es la de mayor consumo de golosinas y dulces.

Investigadores de la Universidad Autónoma de Bucaramanga en 2005 (21), validaron una versión al español del cuestionario SCOFF, un instrumento para la tamización de trastornos de la conducta alimentaria (TCA) en adolescentes colombianas escolarizadas. Tras aplicar el cuestionario y realizar una entrevista clínica por psiquiatría, se detectó una prevalencia de trastornos de la conducta alimentaria del 29.9%, de los cuales el 75% correspondían a un trastorno de la conducta alimentaria no especificada, 19.4% a bulimia nerviosa, y 5.6% a anorexia nerviosa. No encontraron diferencias en la prevalencia global de TCA o de cualquiera de sus variantes según la edad, el curso ni el nivel socioeconómico.

1.1.5 Actividad física. En ENSIN 2010 (20) también se evaluó la prevalencia de actividad física en la población adulta, sin embargo no se estudió en los adolescentes. Evaluaron la prevalencia de actividades sedentarias, encontrando que el 62% de los niños y adolescentes ve televisión o juega con videojuegos por 2 horas o más. El tiempo excesivo en estas actividades es mayor en adolescentes. La prevalencia también es mayor en las principales ciudades del país y en los hogares con mayor nivel de SISBEN.

Por otro lado, Tovar y colaboradores publicaron en 2008 un estudio analítico de corte transversal realizado en un colegio con niños y jóvenes entre los 8 – 17 años. Establecieron una prevalencia de obesidad del 18.1% También una relación significativa entre el sobrepeso y la baja condición física(bajos resultados en la prueba de fuerza relativa, en las abdominales y en la prueba aeróbica) y entre el sobrepeso y un bajo nivel de práctica de actividad (22).

1.1.6 Consumo de cigarrillo. En cuanto a Bucaramanga, en 2005 Martínez y colaboradores (23) realizaron un estudio transversal para determinar la prevalencia y los factores asociados con el consumo diario de cigarrillo en adolescentes estudiantes de sexto a noveno grado del área metropolitana de Bucaramanga. Encontraron que el consumo diario de cigarrillo durante el mes anterior fue del 3.8%. El factor asociado más importante fue el consumo de alcohol o cigarrillo por el mejor amigo. Otros factores asociados fueron mayor edad y referir mal rendimiento escolar.

En el 2007 el mismo grupo de investigación intentó determinar la asociación existente entre el consumo de cigarrillo y síntomas depresivos en adolescentes estudiantes de décimo y undécimo grado. Se aplicaron las encuestas para depresión de Zung, la escala para alcoholismo de CAGE y el cuestionario VESPA (sistema de vigilancia epidemiológica sobre el uso indebido de sustancias psicoactivas) a una muestra aleatoria de 560 estudiantes entre 15 y 19 años de edad de cuatro colegios de la ciudad. Los resultados mostraron una prevalencia de consumo de cigarrillo del 17.3%, y una prevalencia de síntomas depresivos con importancia clínica del 39.5%. Encontraron también una asociación significativa entre el consumo de cigarrillo y síntomas depresivos (52.6% en los fumadores frente a 36.7% en los no fumadores, $p= 0.004$) (16).

1.2 EL PROCESO DE VALIDACIÓN DE ESCALAS

1.2.1 La confiabilidad o fiabilidad. Es el grado en que un instrumento es capaz de medir sin errores; es decir, la precisión con la que la prueba mide lo que mide, en una población determinada y en las condiciones normales de aplicación. Se han establecido dos tipos de error: el sistemático, que se produce cuando las mediciones que se obtienen con una escala son sistemáticamente mayores o menores de lo que realmente deben ser, y el error aleatorio o no sistemático, en el que las medidas pueden ser de forma alternante (24) mayor o menores de lo que

en realidad son. Es este tipo de errores el que afecta la fiabilidad. La fiabilidad tiene tres dimensiones que pueden ser evaluadas en los cuestionarios; estas son: 1) consistencia interna; 2) fiabilidad intraobservador o fiabilidad prueba-reprueba, y 3) fiabilidad inter-observador.

1.2.1.1 Consistencia interna. Es el grado de interrelación y coherencia de los ítems (25). Evalúa si los ítems que miden un mismo constructo presentan homogeneidad entre ellos. Para evaluarlo se considera que si un test está formado por un conjunto de ítems estos pueden ser considerados como un conjunto de pruebas paralelas (tantos como ítems tenga la prueba). Se utiliza el coeficiente alfa de Cronbach, que es la media ponderada de las correlaciones entre los ítems. Adopta valores entre 0 y 1 y se considera que con valores mayores a 0.7 se garantiza la consistencia interna de la escala (24).

1.2.1.2 Fiabilidad prueba-reprueba. Se administra el mismo instrumento a la misma población en dos momentos diferentes. El segundo momento no debe ser muy lejos en el tiempo para evitar las variaciones en el fenómeno observado ni muy cercano para evitar el fenómeno de aprendizaje. Cuando se evalúan escalas cualitativas se utiliza el índice Kappa de Cohen y cuando son cuantitativas, el análisis se realiza a través del coeficiente de correlación intraclass o el coeficiente de Lin.

1.2.1.3 Fiabilidad inter-observador. Es el grado de acuerdo que hay entre dos o más observadores cuando aplican el mismo instrumento. No se utiliza para los instrumentos autoaplicables. El análisis se realiza con los mismos recursos que la fiabilidad prueba-reprueba.

1.2.2 Validez. El concepto de validez ha evolucionado a lo largo del tiempo. Inicialmente se definió como el grado en que un instrumento de medida mide aquello que pretende medir. Sin embargo, el concepto actual la define como un juicio evaluativo global en el que la evidencia empírica y los constructos teóricos respaldan lo apropiado de las interpretaciones y acciones en base a los puntajes de las pruebas, las personas que las contestan y del contexto de la evaluación.

1.2.2.1 La validez aparente, facial o lógica. Es el grado en que un instrumento, a juicio de expertos y de las personas evaluadas, mide aquello que quiere medir. Es decir, las preguntas se correlacionan con el objetivo por el cual accedieron a contestar la prueba. Se evalúa en el momento del diseño del instrumento y en el proceso de traducción y adaptación cultural de una prueba (25).

1.2.2.2 La validez de constructo. La Real Academia Española de la Lengua (26) define constructo como una construcción teórica para resolver un problema científico determinado. La validez de constructo es el grado en que el instrumento es capaz de medir la mayoría de las dimensiones o dominios del constructo.

Se trata de una evaluación empírica que utiliza las opiniones de los autores, los resultados de las pruebas piloto y los comentarios o juicios realizados por comités de expertos. Existen herramientas estadísticas como el coeficiente V de Aiken, que permiten valorar el grado de acuerdo entre los expertos o jueces. Sin embargo los métodos más utilizados para calcular la validez de constructo son el análisis factorial y la matriz multiriesgo – multimétodo, también llamada prueba de Rasch (25).

1.2.2.3 Validez de criterio. Establece la validez de un instrumento comparándolo con una prueba de referencia, llamada usualmente gold standard (24). Se puede evaluar en dos dimensiones: Concurrente, que es la comparación del instrumento con el referente, lo que permite valorar la presencia de hechos en el presente; y validez predictiva, en la que se ve la capacidad de acertar al futuro de la prueba inicial. El análisis estadístico se realiza dependiendo del tipo de variable: para las variables cuantitativas se utiliza el coeficiente de correlación de Pearson, mientras que la sensibilidad y especificidad se usa para las variables cualitativas (25).

1.3 RAPID ASSESSMENT FOR ADOLESCENT PREVENTIVE SERVICES

En el 2012 Bradford y colaboradores realizaron una revisión sistemática de la literatura (4) en donde evaluaron las publicaciones relacionadas con instrumentos para la evaluación psicosocial de los adolescentes. Encontraron 31 instrumentos: 23 eran cuestionarios autoadministrados, 2 eran entrevistas semiestructuradas y 6 se podían realizar de las dos formas. Los instrumentos autoadministrados fueron más fácilmente aceptados por los adolescentes.

Estaban diseñados para ser aplicados en diferentes lugares como instituciones educativas o de salud. Sólo en un tercio de los instrumentos se encontraron datos sobre las características psicométricas. Los instrumentos incluyen dominios variables, pero los más frecuentes son: relaciones sociales, educación o trabajo, salud mental, salud física, trastornos emocionales, violencia hacia ellos o hacia otros y sexualidad.

El RAAPS (6), es una encuesta de tamización para comportamientos de riesgo en adolescentes. Su versión original en inglés fue desarrollada por Jennifer Salerno y colaboradores de la Universidad de Michigan. Consta de 21 preguntas, fue validado para adolescentes entre los 11 y 19 años. Fue desarrollado basándose

en el GAPS (Guidelines for Adolescent Preventive Services) de la Asociación Médica Americana (AMA) y el Youth Risk Behavior Survey (YRBS) del CDC con ayuda de un panel de expertos en atención de adolescentes (9).

El objetivo era desarrollar un instrumento para realizar una adecuada tamización para evaluar la presencia de los seis comportamientos de riesgo causantes del 70% de la morbilidad en los adolescentes. Estos factores de riesgo incluyen las lesiones intencionales y no intencionales, el consumo de alcohol o de otro tipo de sustancias psicoactivas, los comportamientos sexuales que contribuyen a embarazos no planeados u enfermedades de transmisión sexual, el consumo de cigarrillo, los hábitos nutricionales no saludables y la inactividad física.

La validez facial o aparente se estableció (27) por medio de tres grupos focales, dos conformados por adolescentes (uno por cada grupo de edad, 11-14 años y 15-20 años) y uno por profesionales de la salud. A los adolescentes se les preguntó sobre el significado y el contenido de las preguntas. Las opiniones de los adolescentes sobre el contenido, así como las sugerencias sobre la redacción, fueron discutidas y registradas. Los profesionales de la salud que hacían parte del grupo focal incluían médicos, enfermeras y trabajadores sociales. Se les pidió que discutieran el contenido y significado de cada una de las preguntas además de las sugerencias y modificaciones propuestas por los grupos focales de adolescentes. Al finalizar la evaluación por los grupos focales el RAAPS fue revisado nuevamente para mejorar la comprensión del adolescente, el producto revisado fue llevado nuevamente a los grupos focales para una evaluación final.

La validez de contenido de cada una de las preguntas se estableció a través de un grupo focal de nivel interestatal de expertos en adolescentes. Este grupo fue conformado por médicos, enfermeras, educadores, trabajadores sociales, profesionales de la salud pública e investigadores pediátricos de comportamientos de riesgo, provenientes de todo el estado de Michigan. Un subgrupo de estos

expertos (n=10) calificó cada pregunta del RAAPS utilizando un índice de validez de contenido. Cada una de las 21 preguntas se puntuó en una escala Likert de 4 puntos, que van de no ser relevante (1) a que es muy relevante (4) para la evaluación de los comportamientos de riesgo en adolescentes.

El índice de validez de contenido por pregunta se encontró en rangos entre 0.825 a 1.0. La fiabilidad inter-observador se calculó mediante la agrupación de las puntuaciones Likert de 1-2 como no relevantes (dándoles una puntuación de 0) y las puntuaciones de 3-4 como relevantes (dándoles una puntuación de 1). Los valores de 0.40 indican un pobre acuerdo, 0,41-0,60, moderado; 0,61-0,80, buen acuerdo, y 0.81 como un acuerdo casi perfecto. La fiabilidad inter-observador calculada se encontró en el rango de 0.9 a 1.0.

A los adolescentes entre 11-20 años que acudieron a los servicios de salud ubicados en las escuelas de Michigan se les pidió responder tanto el RAAPS como el GAPS. Previamente se habían pareado las preguntas en base a su contenido. Para el cuestionario de adolescentes entre los 11 y 14 años se lograron parear 15 preguntas y para los de 15 20 años se parearon 14 preguntas. La prueba de Fisher se utilizó para determinar la significancia estadística entre los pares de preguntas.

Se estableció entre RAAPS y GAPS la validez de criterio, con índice de Kappa de Cohen con rangos entre 0.44 – 0.99 indicando una consistencia interna moderada a perfecta. El porcentaje de acuerdo se encontró con rangos entre 0.71 a 0.99. El coeficiente de correlación para los adolescentes más jóvenes fue de 0.910 y para los adolescentes mayores 0.903. Los mismos investigadores desarrollaron una versión español del RAAPS, que puede ser aplicada en países de habla hispana, pero sin modificaciones al formato original; en el anexo 1 se encuentra la relación de las preguntas en inglés y su respectiva versión en español.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GENERAL

Validar la versión en español del *Rapid Assessment for Adolescent Preventive Services (RAAPS)* para la tamización de factores de riesgo en adolescentes colombianos.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Establecer la comprensión de la versión al Castellano del RAAPS.
2. Determinar la validez de constructo del RAAPS en dos poblaciones colombianas culturalmente diferentes.
3. Determinarla fiabilidad prueba-reprueba del RAAPS.

3 METODOLOGÍA

3.1 DISEÑO

Se realizó un estudio observacional de validación de instrumentos de medición (tecnología diagnóstica) en el que se desarrollaron tres componentes: evaluación de la comprensión de la versión al Castellano del RAAPS, encuesta anónima para determinar la validez de constructo del RAAPS y una evaluación prueba-reprueba del mismo.

3.2 POBLACIÓN

3.2.1 Población objetivo. Adolescentes entre los 11 y 19 años residentes en las ciudades de Bucaramanga o de Medellín.

3.2.2 Población de estudio. Adolescentes entre los 11 y 19 años residentes en Bucaramanga o Medellín que se encontraran escolarizados.

3.3 CRITERIOS DE INCLUSIÓN

Adolescentes alfabetos de 11 a 19 años residentes en Bucaramanga o Medellín sin trastornos de percepción que les impidieran leer y escribir en una prueba de lápiz y papel. También se incluyeron estudiantes seleccionados al azar que tuviesen 10 años y que se encontraran realizando sexto grado, quienes cumplirían los 11 años durante el 2015.

3.4 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

Formularios donde no estuviera diligenciada la edad del participante. En el caso de la re prueba los cuestionarios que no tuvieran el código del estudiante se excluyeron porque impedía ligar los dos resultados.

3.5 MUESTRA

3.5.1 Evaluación de la comprensibilidad de la prueba. Se escogió una muestra por conveniencia de 20 adolescentes entre los 11 y 19 años de una institución educativa (Colegio Adventista Libertad); distinta a la que fue seleccionada en el proceso de muestreo de la fase 2. Se incluyeron además 4 expertos en la atención del adolescente.

3.5.2 Evaluación de la validez de constructo. Para tener una fiabilidad del 80%, se captaron por conveniencia al menos 10 sujetos por ítem (28), más un potencial de pérdidas del 20% por no aceptación de los padres, lo que equivalía a encuestar al menos 230 adolescentes.

En el proyecto “Síndrome de Asperger en niños y Adolescentes de Bucaramanga y Medellín Fase 1” se adelantó una primera etapa de encuestas a 1.972 niños y niñas escolarizados de primaria y bachillerato de entre 4 y 16 años, El proceso de muestreo definido en dicho proyecto fue aleatorio por conglomerados, constituidos estos por los cursos registrados en las respectivas Secretarías de Educación de las dos ciudades en los niveles preescolar, primaria y bachillerato de las instituciones públicas y privadas. Así fueron escogidos las siguientes instituciones y cursos. A los adolescentes, pertenecientes a los cursos de bachillerato también se les aplico el RAAPS.

Tabla 1. Cursos de bachillerato seleccionados en el proyecto “Prevalencia Síndrome de Asperger” en Bucaramanga y Medellín

Ciudad/Institución	Curso
Bucaramanga	
Colegio Académico Nuestra Señora del Rosario	7º
Colegio Santa Ana	8-01 y 11-02
Colegio Integrado Santa Lucía	10º
Institución Educativa La Juventud	11º
Institución Educativa Maiporé	8-10
Instit Educat Esc Normal Superior de Bucaramanga	8-01 y 10-06
Institución Educativa Técnico Politécnico	11-07
Institución Educativa de Santander	2-02
Colegio Psicopedagógico Carl Rogers	6-02
Institución Educativa Medalla Milagrosa	6-01
Instituto de Educación Media Custodio García Rovira	5-03, 6-13 y 10-06
Institución Educativa Oriental Miraflores	7-03
Institución Educativa Gustavo Cote Uribe	7-03
Institución Educativa Nuestra Señora del Pilar	9-01 y 9-09
Centro Educativo Cajasán Los Tejados	9-02
Medellín	
Colegio de la Universidad Pontificia Bolivariana	6º y 8º
Colegio Santa Bertilla Boscardín	11º
Institución Educativa Alcaldía de Medellín	9º
Institución Educativa Centro Formativo de Antioquia	10º y 11º
Institución Educativa Doce de Octubre	6º
Institución Educativa Francisco Miranda	7º
Institución Educativa Juan María Céspedes	7º
Institución Educativa Yermo y Parres	8º
Instituto Jorge Robledo	9º
Liceo Rodrigo Arenas Betancur	7º

3.5.3 Evaluación de la reproducibilidad. Se estableció que para evaluar una potencial correlación de 0.7 entre los dos momentos, con una potencia de 80% y una significancia del 95%, era necesario tener un tamaño de muestra de 42 personas que contestaran la prueba dos veces. Para ello se invitaron los estudiantes de segundo semestre de medicina UIS de 2015 que tuviesen edad entre 17 y 19 años. Se aplicó la re prueba a los 15 días de haber aplicado el RAAPS por primera vez. Los cuestionarios fueron ligados entre sí con el código estudiantil.

3.6 VARIABLES

Se incluyeron en el cuestionario variables socio demográficas como la edad, el género, el estrato socioeconómico y el tipo de institución educativa, además cada una de las preguntas del RAAPS (29). Para la fase 3 se incluyó adicionalmente el código de estudiante.

Tabla 2. Variables independientes

Variable (unidad de medida)	Tipo variable	Definición para el estudio	Valores limites (códigos)
Edad(años)	Cuantitativa continua de razón	Años cumplidos	11-19 años
Sexo	Cualitativa, nominal	Informada por el adolescente	Femenino (0) Masculino (1)
Estrato socioeconómico	Cualitativa ordinal	Informada por el adolescente	Bajo (1) Medio (2) Alto (3)
Tipo de institución educativa	Cualitativa, nominal, discreta	Informado por el adolescente	Pública (0) Privada (1)
Código estudiantil	Cualitativa discreta	Numero asignado por la universidad	

3.7 PROCEDIMIENTOS

3.7.1 Evaluación de la comprensibilidad de la prueba. Está disponible una versión en español del RAAPS, elaborada por los autores de la versión original. El permiso concedido por los autores implicaba el uso del cuestionario sin modificaciones a la versión original, por lo que no se podía generar una adaptación apropiada para nuestra cultura.

Sin embargo, para estimar la potencial discordancia dada por las variaciones del castellano que se habla en diferentes regiones de América, se presentó la escala a un grupo de 12 adolescentes escolarizados entre los 11 y 19 años.

Luego de obtener el consentimiento informado de los padres y su asentimiento, se realizaron dos grupos focales en un salón de la misma institución educativa, en la que se les solicitó comentar los aspectos del cuestionario que hayan sido difíciles de entender. Se realizó el mismo procedimiento con cuatro expertos en la atención de adolescentes.

3.7.2 Evaluación de la validez de constructo El análisis de la validez de constructo se realizó por medio de dos herramientas: alfa de Cronbach global y por ítem (32), y análisis factorial (30) para verificar el comportamiento de los dominios teóricos, inicialmente de forma directa y, si el modelo no era adecuado, haciendo rotación. Se aceptaron como posibles factores aquellos que presentaban un autovalor (*Eigenvalue*) >1.0, mientras que se consideró un ítem como parte de un factor dado a aquellos con una carga factorial ≥ 0.5 (32, 30).

El proceso se realizó en Stata 12.1 (StataCorp., College Station, USA, 2014).

3.7.3 Evaluación de la fiabilidad prueba-reprueba. Previo consentimiento informado de los padres (para los menores de edad) y asentimiento de los estudiantes, el test se aplicó dos veces con un intervalo de 15 días entre estudiantes de segundo semestre de medicina de entre 17-19 años. Se evaluó la concordancia con el coeficiente de Lin y el método de Bland – Altman, así como el índice Kappa para cada pregunta (33).

4. CONSIDERACIONES ÉTICAS

Este trabajo se encuentra en el marco de las recomendaciones internacionales para la investigación biomédica de la declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial (34) y la CIOMS–OMS (35) de Ginebra, así como bajo la normatividad del Ministerio de Salud de nuestro país, establecidas en la resolución 008430 de 1993(36). La protección de datos personales y confidencialidad se realizaron siguiendo las directrices de la Ley Estatutaria 1581 de 2012 (37) y la resolución UIS 1227 de 2013.

De acuerdo a la Resolución N° 008430 de 1993, del 4 de octubre de 1993, se considera que la presente investigación es de riesgo mínimo debido a que es un estudio observacional, en el que se aplicará un cuestionario anónimo a menores de edad que trata aspectos sensitivos de la conducta. Así, teniendo en cuenta el artículo 25 del Capítulo III de la misma resolución, sobre las investigaciones en menores de edad, que indica obtenerse además del Consentimiento Informado de quienes ejerzan la patria potestad o la representación legal del menor, un asentimiento del menor participante.

La participación en cualquiera de las fases del presente estudio fue completamente voluntaria. Se obtuvo un consentimiento escrito firmado por parte del adulto responsable del menor (anexos 3 a 5), previa información de las características, riesgos y beneficios obtenidos por participar en el estudio.

Los consentimientos fueron archivados y permanecerán en custodia durante el desarrollo del estudio y se guardarán en caso de ser requeridos posteriormente; la información general obtenida, sólo fue utilizada y difundida con fines científicos. La información recolectada por la aplicación del instrumento a los adolescentes fue restringida al equipo de investigación. Los cuestionarios se marcaron a partir de números seriados para evitar la identificación de los participantes. El equipo de

investigación se comprometió a que la información obtenida y la de las bases de datos sería únicamente de uso y finalidad científica.

Las encuestas y entrevistas fueron aplicadas por personal de psicología y residente de pediatría, entrenados para manejar las situaciones y dar las recomendaciones si llegaba a presentarse un caso en que los participantes resultaran conmovidos por alguna de las preguntas del cuestionario.

El protocolo de investigación fue evaluado y aprobado por el Comité de Ética en Investigación de la Universidad Industrial de Santander como requisito para iniciar el estudio (Acta 30 de 2014).

Los autores de este trabajo no tenían conflicto de interés para su desarrollo.

5. RESULTADOS

5.1 OPINIÓN DE EXPERTOS Y ESTUDIANTES

5.1.1 Análisis de expertos. Se solicitó a cuatro expertos en la atención de adolescentes (tres pediatras y una médica familiar) que expresaran su opinión sobre el cuestionario. La información fue recolectada por la investigadora principal del proyecto. En general estuvieron de acuerdo en que el lenguaje utilizado es de fácil comprensión; sin embargo, recomendaron que algunas palabras deberían reemplazarse por su equivalente al español (ej.: *snowboarding*, *winecoolers* o *hookah*); en otras, plantean que es mejor utilizar por sinónimos más usados localmente (ej.: “vagoneta” o “ebriedad”).

También realizaron la observación sobre lo poco pertinente de preguntar en lugares como Bucaramanga o Medellín sobre accidentes al esquiar o al emplear vehículos para transportarse sobre la nieve, debido a que por la latitud y altitud de las ciudades participantes en el estudio no se presentan nevadas.

Sobre la pregunta 21 uno de los expertos considero que de la forma en la que está formulada es poco específica y no permite evaluar el tipo de problemas a los que se ven enfrentados los adolescentes cuando están enojados y no logran controlar sus impulsos.

5.1.2 Reunión con estudiantes. Se adelantaron dos grupos focales de seis estudiantes cada uno. La edad osciló entre 12 y 16 años; eran 7 mujeres y 5 hombres, todos de una institución académica mixta que no formó parte del proceso de muestreo. Ambos grupos focales fueron liderados por el tutor de este proyecto y registrado por la directora del mismo.

En general, los estudiantes se declararon cómodos con el contenido de la encuesta, aunque reconocieron que se tocan temas íntimos que en cierto momento pueden avergonzar a algunas personas. Los observadores pudieron ver que para los estudiantes más jóvenes algunos aspectos de la sexualidad no les eran familiares en términos de vivencias personales pero que si sabían todos menos uno de los puntos de qué se estaba hablando dado que en su vida familiar y de clases estos temas se habían tocado.

Detectaron dos errores de ortografía, pero manifestaron que se comprendía sin mucha dificultad a qué se refería cada pregunta. Entendieron que se les consultaba sobre mejores formas para presentar a otros estudiantes el contenido de cada ítem, a lo que manifestaron ajustes en cuanto a:

- a) Cambiar los distractores del ítem C (“¿En qué estrato socioeconómico vives?”) de tal manera que se incluyera en la clasificación cualitativa de Bajo, Medio y Alto la información sobre que el primero corresponde a los estratos I y II, el segundo a los estratos III y IV, y el último a los estratos V y VI. Esto lo plantean dado que algunas personas podrían no conocer la correspondencia entre los estratos numerados de I a VI con el puesto en el cuestionario.
- b) Para el ítem 2 proponen cambiar la palabra “vegetales” por “verduras”, pues con esto se entiende mejor el sentido de la palabra inglesa *vegetables*.
- c) Para el ítem 3 proponen cambiar la expresión “permaneces físicamente activo” por “hacer actividad física”, pues con esto se entiende mejor que lo que se busca indagar es sobre ejercicio físico lúdico, cuando es posible estar físicamente activo por razón a obligaciones caseras o laborales.
- d) En el ítem 3 por unanimidad no entienden a qué se refiere la palabra “vagoneta”. Esa expresión no es común en Colombia. Se preguntan si se refiere a los microbuses o a las llamadas vans o minivans.

- e) En el ítem 5 no les resulta familiar los términos relativos a deportes en la nieve. Sin embargo, reconocen que en lugares en donde ese tipo de actividades son comunes podrían resultar fácilmente reconocibles.
- f) En el ítem 9 manifiestan que no reconocen la palabra “*hookah*” y manifiestan que falta la palabra “pipa”, pues entienden que existe la posibilidad de fumar tabaco picado por medio de este dispositivo.
- g) En el ítem 10 manifiestan que es mejor cambiar la expresión “en estado de ebriedad” por “tomado o borracho”. Esta última se identifica como más cercana al sentido de lo que se quiere indagar.
- h) En el ítem 11 expresan que sería prudente ampliar la lista de opciones de bebidas con alcohol con “bebidas alcohólicas” y “cocteles”.
- i) En el ítem 15 manifiestan que se comprende mejor la expresión “...te has sentido atraído por alguien...” si se dice “...te ha gustado alguien...”.
- j) En ítem 15 no reconocen el concepto de “bisexual”. Solicitan que se amplíe este concepto para poder entenderlo pues les era desconocido.

5.2FASE 2: VALIDEZ DE CONSTRUCTO

De un total de 275 encuestas aplicadas en las dos ciudades, se excluyeron para el análisis 5 porque no registraban la edad. El 65.9% de las encuestas fueron aplicadas en Bucaramanga; 151 (56.1%) eran varones, 215 (81.1%) de estrato socioeconómico medio y 246 (91.1%) de institución educativa pública. La media de edad de los estudiantes fue 13.6 años (Desviación Estándar DE 1.8 años); ver gráfica 1 y tabla 4 Había mayor proporción de varones en Medellín (52.8%) que en Bucaramanga (39.9%, $p=0.036$), pero no en cuanto a la edad entre los estudiantes de las dos ciudades.

Gráfica 1. Edad de los participantes

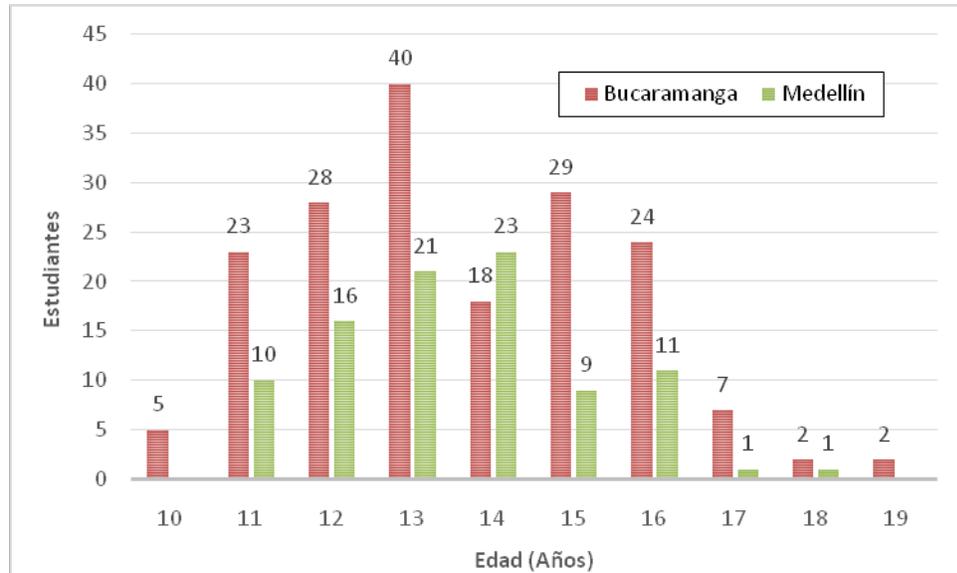


Tabla 3. Variables sociodemográficas

Variable	Bucaramanga (n=177)	Medellín (n=73)	Valor de p
Sexo masculino	69 (39.0%)	39 (53.4%)	0.036
Edad (medio y RIQ)	13 (12 a 15)	14 (12 a 15)	0.833
Estrato socioeconómico			0.283
Bajo	142 (81.6%)	57 (76.2%)	
Medio	8 (4.6%)	1 (1.4%)	
Alto			
Col privado	24 (13.6%)	1 (1.4%)	0.003

En la tabla 4 se puede apreciar la prevalencia de respuesta positiva a las 21 preguntas del RAAPS. Es más frecuente entre los estudiantes de 14 a 19 años, comparado con los de 10 a 13 años, que reportaran que han portado armas, fumado, conducido ebrio o drogado, bebido más que unos cuantos sorbos de alcohol, haber tenido sexo, haberse sentido gay/lesbiana/bisexual, usado medidas de protección para ETS/embarazo cuando han tenido sexo, sentirse deprimido,

haber tenido problemas en casa o meterse en problemas cuando se enojan. A su vez, es más frecuente entre varones que entre mujeres el permanecer activo físicamente en horas distintas a las de la escuela y el haber tenido algún tipo de sexo, mientras que es más frecuente entre las mujeres el reportar haber tratado de perder peso de una manera inadecuada, haber sido víctima de matoneo y el haber tenido pensamiento o intentos de suicidio o autolesión.

Finalmente, entre los estudiantes residentes en Bucaramanga es más frecuente comer frutas y vegetales todos los días, permanecer activo físicamente en horas distintas a las de la escuela, usar siempre cinturón de seguridad o casco, mientras que los de Medellín informan con más frecuencia haber sido víctimas de matoneo, haber conducido ebrio, drogado o chateando, tomar algo más que algunos sorbos de alcohol y haberse sentido deprimido en el último mes.

El alfa de Cronbach alcanzado para evaluar la fiabilidad interna fue de 0.7207, oscilando cada uno de los ítems entre 0.6982 y 0.7322 (tabla 5). En el análisis de factores no se incluyó el ítem 16 dado que fue contestado únicamente por los estudiantes que habían tenido sexo alguna vez. Así, se encontraron dos factores: un factor 1 que tiene un valor propio de 2.969 y explica el 61.44% de la varianza, conformado por los tres ítems relacionados con el consumo de alcohol, sustancias psicoactivas y tabaquismo. El segundo factor con un valor propio de 1.116 explica otro 23.09% de la varianza sin ningún ítem predominante. Al hacer rotaciones, la solución factorial no fue mejor (tabla 6).

Tabla 4. Prevalencia de respuestas positivas y factores asociados

Pregunta	Respuesta positiva (IC95%)	Aspectos asociados (OR, IC95%)		
		Tener 14-19 años	Ser varón	Residir en Bucaramanga
Trata perder peso de manera inadecuada (12 meses)	8.6%(5.2-12.0)	0.96 (0.38-2.44)	0.49 (0.18-1.31)	1.39 (0.51-3.80)
Come frutas y vegetales al día	74.8% (69.5-80.1)	0.63 (0.34-1.15)	1.44 (0.78-2.65)	3.12(1.68-5.79)
Permanece físicamente activo por fuera de la escuela	74.3% (69.0-79.5)	0.46(0.25-0.84)	3.88(2.01-7.47)	1.90(1.00-3.58)
Siempre usa cinturón de seguridad	61.9% (56.1-67.8)	0.56 (0.32-0.99)	1.41 (0.80-2.51)	4.29 (2.40-7.70)
Siempre usa casco	47.4% (41.4-53.4)	0.67 (0.39-1.14)	0.59 (0.36-0.99)	2.36 (1.35-4.13)
Víctima de matoneo (últimos meses)	16.7% (12.2-21.1)	1.70 (0.83-3.51)	0.37 (0.17-0.78)	0.45 (0.22-0.95)
Alguna vez abuso físico emocional o sexual	8.9% (5.5-12.3)	1.55 (0.63-3.82)	0.82 (0.34-1.97)	0.80 (0.32-2.02)
Alguna vez portó armas	10.0% (6.4-13.7)	2.23 (0.87-5.74)	2.18 (0.91-5.25)	0.41 (0.16-1.05)
Ha fumado tabaco (3 meses)	4.8% (2.2- 8.2)	Indefinido	1.35 (0.39-4.68)	0.79 (0.18-3.38)
Conducido ebrio, drogado o chateando (12 meses)	5.6% (2.8- 8.3)	3.21 (0.79-13.12)	1.35 (0.43-4.21)	0.25 (0.06-1.02)
Tomado alcohol algo más algunos sorbos (3 meses)	23.7% (18.6-28.8)	3.70 (1.89-7.24)	0.82 (0.44-1.53)	0.49 (0.25-0.95)
Abuso de psicoactivos o esteroides (3 meses)	2.4% (1.9- 2.9)	Indefinido	0.66 (0.16-2.71)	0.34 (0.06-1.97)
Abuso de medicamentos (12 meses)	3.3% (1.1- 5.5)	3.43 (0.80-14.58)	0.44 (0.11-1.84)	0.68 (0.17-2.72)
Tenido algún tipo de sexo	12.8% (8.8-16.9)	5.70 (2.03-16.00)	1.66 (0.75-3.68)	0.48 (0.19 1.17)
Atraído mismo sexo o siente ser gay/lesbiana/bisexual	4.5% (2.0- 7.0)	3.22 (0.79-13.11)	0.20 (0.04-0.99)	0.35 (0.09-1.35)
Usa siempre medidas prevención ETS/embarazo*	79.4% (62.1-91.3)	8.46 (2.38-30.06)	1.53 (0.63-3.74)	0.52 (0.19-1.38)
Sentirse deprimido (1 meses)	27.1% (21.7-32.4)	2.22 (1.20-4.11)	0.22 (0.11-0.42)	0.47 (0.25-0.90)
Tener problemas serios casa/escuela	20.0% (15.2-24.8)	1.69 (0.88-3.25)	0.60 (0.31-1.14)	0.66 (0.34-1.29)
Pensamientos/intentos suicidio/autolesión (12 meses)	10.2% (6.5-13.8)	1.40 (0.58-3.37)	0.30 (0.11-0.79)	0.55 (0.22-1.34)
Existe un adulto para compartir preocupaciones	80.5% (75.7-85.3)	0.57 (0.30-1.10)	0.83 (0.44-1.56)	1.09 (0.56-2.14)
Al enojarse hace cosas que lo meten en problemas	31.5% (25.9-37.1)	2.59 (1.46-4.61)	0.79 (0.45-1.38)	1.56 (0.85-2.85)

*Proporción calculada sobre los 34 estudiantes que afirmaron haber tenido relaciones sexuales.

El color rojo representa asociaciones estadísticamente significativas en las que los aspectos asociados representan un riesgo para una conducta dada, mientras que el color azul representa una conducta protectora.

Tabla 5. Análisis alfa de Cronbach del RAAPS

Item	Correlación inter-ítem	Correlación vít em-prueba	Alfa del ítem
Trata perder peso de manera inadecuada (12 meses)	0.3322	0.2345	0.7132
Come frutas y vegetales al día	0.2606	0.2606	0.7137
Permanece físicamente activo por fuera de la escuela	0.0828	0.0828	0.7322
Siempre usa cinturón de seguridad	0.2119	0.2119	0.7207
Siempre usa casco	0.2640	0.2640	0.7155
Víctima de matoneo (últimos meses)	0.3634	0.3634	0.7033
Alguna vez abuso físico emocional o sexual	0.2891	0.2891	0.7209
Alguna vez portó armas	0.3625	0.3625	0.7051
Ha fumado tabaco (3 meses)	0.3997	0.3997	0.7065
Conducido ebrio, drogado o chateando (12 meses)	0.0410	0.0410	0.7255
Tomado alcohol algo más algunos sorbos (3 meses)	0.3992	0.3992	0.6982
Abuso de psicoactivos o esteroides (3 meses)	0.3518	0.3518	0.7108
Abuso de medicamentos (12 meses)	0.2839	0.2839	0.7130
Tenido algún tipo de sexo	0.1990	0.1990	0.7171
Atraído mismo sexo o siente ser gay/lesbiana/bisexual	0.3839	0.3839	0.7077
Sentirse deprimido (1 meses)	0.4421	0.4421	0.6934
Tener problemas serios casa/escuela	0.3565	0.3565	0.7036
Pensamientos/intentos suicidio/autolesión (12 meses)	0.4433	0.4433	0.6992
Existe un adulto para compartir preocupaciones	0.3192	0.3192	0.7073
Al enojarse hace cosas que lo meten en problemas	0.3089	0.3089	0.7089

Tabla 6. Carga factorial encontrada

Aspecto	Factor 1	Factor 2	Factor 3
Valor propio	2.969	1.116	0.748
Varianza explicada	61.44%	23.09%	15.49%
Ítem			
Tratar de perder peso de manera inadecuada (12 meses)	0.279	-0.168	-0.092
Come frutas y vegetales al día	-0.218	0.073	0.066
Permanece físicamente activo por fuera de la escuela	-0.036	0.214	-0.043
Siempre usa cinturón de seguridad	-0.156	0.084	0.356
Siempre usa casco	-0.213	0.055	0.358
Víctima de matoneo (últimos meses)	0.463	-0.329	0.263
Alguna vez abuso físico emocional o sexual	0.320	-0.314	0.279
Alguna vez portó armas	0.412	-0.020	-0.170
Ha fumado tabaco (3 meses)	0.620	0.218	0.106
Conducido ebrio, drogado o chateando (12 meses)	0.064	0.269	-0.188
Tomado alcohol algo más algunos sorbos (3 meses)	0.498	0.063	-0.253
Abuso de psicoactivos o esteroides (3 meses)	0.652	0.469	0.158
Abuso de medicamentos (12 meses)	0.315	-0.149	-0.156
Tenido algún tipo de sexo	0.284	0.311	-0.290
Atraído mismo sexo o siente ser gay/lesbiana/bisexual	0.480	-0.128	0.071
Sentirse deprimido (1 meses)	0.455	-0.396	-0.047
Tener problemas serios casa/escuela	0.433	-0.176	0.108
Pensamientos/intentos suicidio/autolesión (12 meses)	0.461	-0.313	-0.170
Existe un adulto para compartir preocupaciones	-0.280	0.216	0.049
Al enojarse hace cosas que lo meten en problemas	0.360	-0.092	-0.092

5.3 FASE 3: REPRODUCIBILIDAD

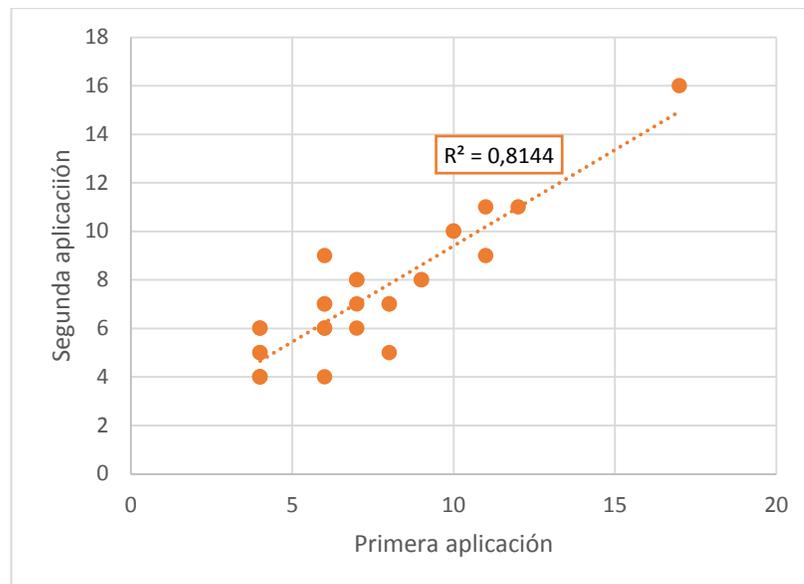
Se aplicó el RAAPS inicialmente a 31 estudiantes de segundo semestre de medicina de la UIS, y a los 15 días siguientes se aplicó nuevamente la prueba. En la segunda ocasión, 2 estudiantes no se encontraban presentes al momento de realizar la re prueba y uno más no diligenció el código, por lo que no se pudo ligar. Se incluyeron para el análisis 28 estudiantes.

Los estudiantes participantes tenían una edad entre 17 y 19 años, siendo el 50% de 19 años. El 57% eran hombres y el 43% era mujeres. No se encontraron diferencias por estrato socioeconómico ni por edad (datos no mostrados).

El coeficiente de correlación de Lin entre las dos mediciones fue de 0.895(IC 95% 0.821-0.968), lo que indica una correlación más que aceptable. En la figura 2 se observa que solo algunos datos se encuentran sobre la línea de perfecta concordancia, estando la gran mayoría dispersos alrededor de esta línea.

Se realizó análisis de concordancia de Bland y Altman (Gráfica 3) Se establecieron los límites de concordancia entre -2.621 y 2.549 puntos, encontrando el 95% de los datos entre estos valores. La distribución aleatoria a uno y otro lado de la recta del 0, sugieren que las diferencias encontradas son debidas al azar y no a la presencia de error sistemático. La media de las diferencias se encuentra sobre la línea del 0 punto.

Gráfica 2. Correlación de las dos respuestas suministradas. Algunos puntos contienen más de una persona



También se exploró la concordancia pregunta a pregunta (Tabla 7) encontrando cuatro preguntas con concordancia perfecta, 9 con índices kappa entre 0.6 y 0.9 (buena y muy buena correlación), pero 4 preguntas con pobre correlación (índices kappa entre 0.25 y 0.29).

Gráfica 3. Análisis de la bondad de acurdo de Bland y Altman de los estudiantes participantes

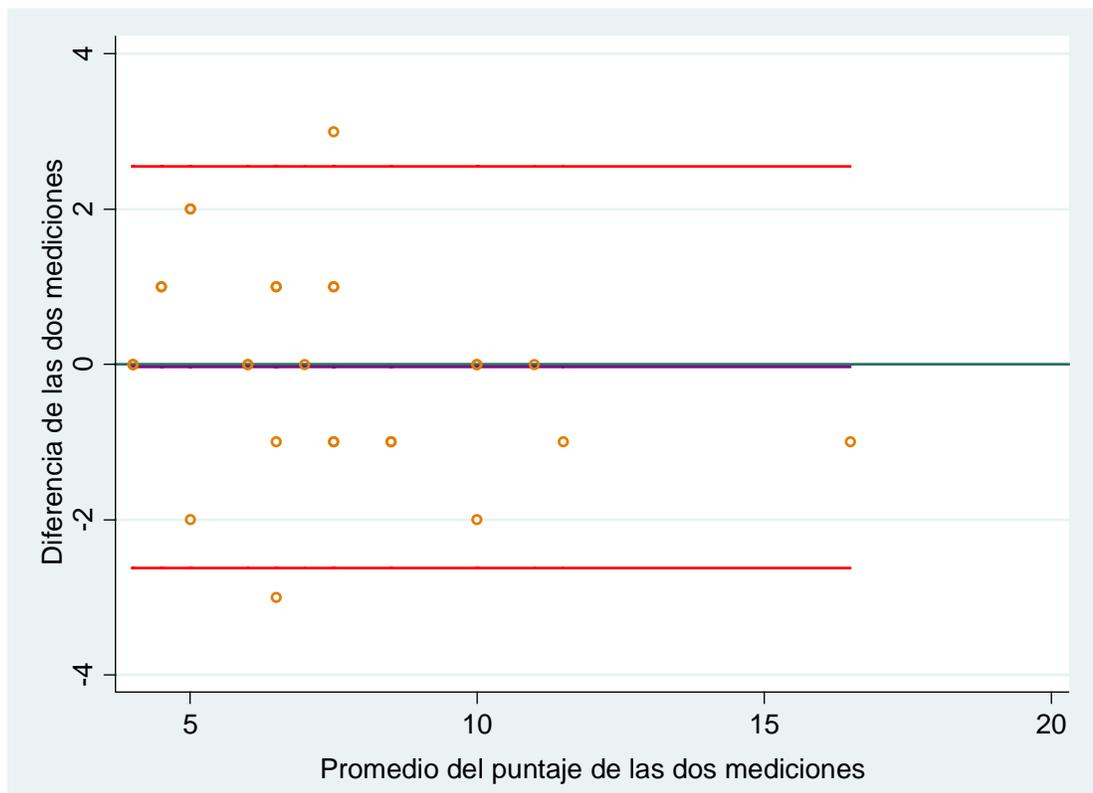


Tabla 7. Análisis de concordancia de cada pregunta

Pregunta	Acuerdo encontrado	Acuerdo esperado	Kappa
1	85.71%	70.41%	0.517
2	92.86%	80.61%	0.631
3	92.86%	54.08%	0.844
4	82.14%	66.07%	0.473
5	86.36%	51.65%	0.717
6	78.57%	59.18%	0.475
7	82.14%	64.29%	0.500
8	100%	80.87%	1.000
9	96.43%	83.67%	0.781
10	96.43%	83.67%	0.781
11	82.14%	54.59%	0.606
12	100%	93.11%	1.000
13	96.43%	78.06%	0.187
14	100%	51.02%	1.000
15	96.43%	77.68%	0.840
16	92.86%	37.12%	0.886
17	64.29 %	52.30%	0.251
18	64.29%	49.23%	0.297
19	100%	93.11%	1.000
20	96.43%	83.67%	0.781
21	89.29%	64.29%	0.700

6. DISCUSIÓN

En este trabajo se presenta la primera validación por fuera de los Estados Unidos de la versión en español del *RAAPS*, en la que se encontró una aceptable validez de constructo: el alfa de Cronbach está por arriba de 0.7, sin que al eliminar cualquiera de los ítems modifique sustancialmente este indicador (32). Sin embargo, solo se identifica con claridad un dominio conformado por los tres ítems que se relacionan con el consumo de sustancias (30), lo que indica que el *RAAPS* en Colombia sólo sería útil para evaluar estos factores de riesgo.

Una de las limitaciones de este trabajo fue la imposibilidad de realizar adaptación transcultural, debido a que los autores no permitieron practicar modificaciones a la versión en español desarrollada por ellos. Las diferencias en los dialectos y en la cultura pueden dar lugar a interpretaciones erróneas (25) de las preguntas y afectar la validez del instrumento.

En general los adolescentes comprendieron la totalidad de las preguntas; sin embargo, sugirieron modificar algunas palabras y expresiones que no aplican o no son de uso frecuente en nuestro país. Las mismas recomendaciones fueron dadas también por los expertos consultados. Esto quiere decir que es necesaria una versión del *RAAPS* con adaptación transcultural a Colombia.

La pregunta 16 tal como está construida en español tiene problemas de dependencia a la pregunta 14; es decir, solo es posible contestarla cuando la respuesta a la pregunta 14 ha sido afirmativa, pero quienes nunca las han tenido pueden contestar con un “No”, pero que en el contexto de la valoración de conductas de riesgo significaría que ante relaciones sexuales no se han usado métodos de protección, una conducta peligrosa por sí misma. Seguramente este problema se debe a que la opción de respuesta “no aplica” no fue contemplada.

La no aparición de los otros seis dominios determinados por los tipos de factores de riesgo es posible sea explicado por la población evaluada: más de la mitad tiene hasta 14 años, entre quienes se espera menor frecuencia de conductas de riesgo (ej.: actividad sexual, deportes extremos) dado que en Colombia los adolescentes culminan el bachillerato entre los 16 y 17 años de edad. Por otro lado, existe la posibilidad de que los adolescentes siquiera perciban la información necesaria para contestar sobre ciertas conductas como es el caso de utilizar ellos o los conductores cinturón de seguridad, o sobre el tipo de alimentos a los que tiene acceso, les sirven en sus casas o consumen. Sin embargo, la similitud en la prevalencia de respuestas positivas sobre ítems previamente evaluados y relacionados con consumo de alcohol, cigarrillo y sustancias ilegales (15,43), de inicio de relaciones sexuales, (38,39) de prevalencia de depresión (42), consumo de alimentos (40) o práctica de ejercicio (41); hace pensar que esta segunda explicación no sea de tanto peso como se considera. Finalmente, no es posible estimar el efecto sobre esta ausencia de detección de otros dominios a la no adecuación transcultural de la prueba, por lo que es necesario profundizar en la validez del RAAPS, explorando potenciales diferencias en el comportamiento de la prueba por elementos como grupos de edad o sexo, particularmente entre adolescentes de >18 años de edad, a más de evaluar la reproducibilidad intrasujeto y su sensibilidad al cambio.

El análisis de la re prueba mostró una correlación del RAAPS más que aceptable; sin embargo, al realizar el análisis pregunta a pregunta se encontró gran variabilidad. Las preguntas relacionadas con el porte de armas, inicio de relaciones sexuales, uso de sustancias psicoactivas e ideas o intentos suicidas o de autolesión fueron las que tuvieron una correlación perfecta. Es posible que estos hallazgos se deban a que el inicio de estas conductas de riesgo sea un evento importante en la vida de los adolescentes, por lo que son de fácil

recordación y poco variantes con el tiempo. Las preguntas con menor correlación fueron las que indagaban sobre sentirse triste o deprimido durante el último mes o presencia de problemas serios o preocupaciones en la casa o en la escuela. Es debido a la aparición de situaciones adversas inesperadas, así como a la aplicación de la reprobación en época de exámenes finales.

7. CONCLUSIÓN

La versión en español del *RAAPS* es comprendida por los adolescentes; sin embargo, es necesario realizar una adaptación transcultural al castellano hablado en Colombia antes de iniciar su aplicación para detectar conductas de riesgo en los adolescentes del país.

La validez de constructo del *RAAPS* para el medio colombiano es aceptable, pero limitada, siendo su mayor utilidad para detectar consumo de alcohol, sustancias psicoactivas y tabaquismo. El estudio de reproducibilidad muestra una correlación más que aceptable; sin embargo, existe gran variabilidad entre la correlación de cada pregunta.

CITAS

- (1) Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF). Estado Mundial de la Infancia 2011. Nueva York: División de comunicaciones; 2011.
- (2) Eaton D, Kann L, Kinchen S, Shanklin S, Ross J, Hawkins J, et al. Youth risk behavior surveillance - United States, 2009. MMWR surveill Summ. 2010 Jun;59 (5):1-142.
- (3) Shanklin S, Brener N, Kann L, Griffin S, Ussery A, Easton A, et al. Youth risk behavior surveillance--selected Steps communities, United States, 2007. MMWR Surveill Summ 2008; 57(12):1-27.
- (4) Bradford S, Rickwood D. Psychosocial assessments for young people: a systematic review examining acceptability, disclosure and engagement, and predictive utility. Adolesc Health Med Ther. 2012; 3:111–125.
- (5) Ministerio de la Protección Social. Servicios de Salud Amigables para adolescentes y jóvenes. Bogotá: Ministerio de la Protección Social; 2008.
- (6) Yi Ch, Martyn K, Salerno J, Darling C. Development and Clinical Use of Rapid Assessment for Adolescent Preventive Services (RAAPS) Questionnaire in School-based Health Centers. J Pediatr Heal Care. 2009;23(1):2–9.
- (7) Ministerio de Protección Social. Guías de promoción de la salud y prevención de enfermedades en la salud pública. Bogotá: MPS; 2007.
- (8) Departamento Administrativo Nacional de Estadística. Estimación y proyección de población nacional, departamental y municipal por sexo, grupos

quinquenales de edad y edades simples de 0 a 26 años 1985-2020. Bogotá: DANE;2005.

(9) Elster, A, Gans J, Fleming M, Levenberg P, Watson P. AMA Guidelines for Adolescent Preventive Services (GAPS): Recommendations and Rationale. American Medical Association, Chicago 1997.

(10) Centers for Disease Control and Prevention. Youth risk behavior surveillance, United States, 2005. MMWR Morb Mortal Wkly Rep. 2006;55(SS-5):1–108.

(11) Alba L. Salud de la adolescencia en Colombia: bases para una medicina de prevención. Univ. Méd. Bogotá. 2010;51(1):29–42.

(12) Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses. Forensis 2011. Bogotá: Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses; 2011.

(13) Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses. Forensis 2012. Bogotá: Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses; 2012.

(14) Ministerio de Protección Social, Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC). Situación de salud mental del adolescente. Estudio Nacional de Salud Mental Colombia. Bogotá: Ministerio de Protección Social; 2010.

(15) República de Colombia. Ministerio de Protección Social, Dirección Nacional de Estupefacientes. Estudio Nacional de Consumo de Sustancias Psicoactivas en Colombia 2008. Bogotá: Ministerio de Protección Social; 2008.

- (16) Campo A, Dallos C, Gonzalez S, Rodriguez D, Sanchez Z, Díaz L. Consumo de cigarrillo y síntomas depresivos en estudiantes de Bucaramanga, Colombia. Arch Argent Pediatr. 2007;105(1):12–16.
- (17) Martínez J, Amaya W, Campillo H, Rueda G, Campo A, Martínez L. Consumo de Sustancias Psicoactivas en Adolescentes, Bucaramanga, Colombia, 1996-2004. Rev. Salud Pública. 2007;9(2):215–229.
- (18) Asociación Probienestar de la Familia Colombiana – PROFAMILIA. Serie de Estudios a Profundidad Encuesta de Demografía y Salud ENDS 1990 – 2010. Bogotá: PROFAMILIA; 2013.
- (19) González J, Salamanca J, Quiroz R, Hernández P, Hernández A, Quesada B. Identificación de factores de riesgo de embarazo en población adolescente escolar urbana y rural colombiana. Rev. Salud Pública. 2012;14(3):402–14.
- (20) Ministerio de la Protección Social, Bienestar Familiar, Instituto Nacional de Salud, Profamilia. Encuesta Nacional de la Situación Nutricional en Colombia 2010 ENSIN. Bogotá: MPS;2010.
- (21) Rueda G, Díaz L, Ortiz D, Pinzón C, Rodríguez J, Cadena L. Validación del cuestionario SCOFF para el cribado de los trastornos del comportamiento alimentario en adolescentes escolarizadas. Atención Primaria 2005 Feb;35(2):89–94.
- (22) Mojica G, Poveda J, Pinilla M, Lobelo F, et al. Sobrepeso, inactividad física y baja condición física en un colegio de Bogotá, Colombia. Arch. Latinoam. Nutr. 2008;58(6):265–73.

- (23) Martínez J, Amaya W, Campillo H, Campo A, Díaz L. Factores asociados con el consumo diario de cigarrillo en adolescentes estudiantes de básica secundaria. *Biomédica*. 2005; 25:518–26.
- (24) Martínez C. Diseño y validación de cuestionarios. *Matronas Profesión*. 2004;5(17):23–9.
- (25) Ramada J, Serra C. Adaptación cultural y validación de cuestionarios de salud: revisión y recomendaciones metodológicas. *Salud Publica Mex*. 2013;55(1):57–66.
- (26) Real Academia Española. *Diccionario de la lengua española*. 22a ed. Madrid: RAE; 2001.
- (27) Salerno J, Marshall V, Picken E. Validity and reliability of the Rapid Assessment for Adolescent Preventive Services adolescent health risk assessment. *J. Adolesc. Health*; 2012 Jun (6):595–9.
- (28) Tinsley H, Tinsley D. Uses of factor analysis in counseling psychology research *J. Couns. Psychol*. 1987: 414–24
- (29) Castro M. Las variables en el proceso de investigación en salud: importancia, clasificación y forma de presentación en protocolos de investigación. *MedUNAB*. 2009;(51):151–6.
- (30) Campo A, Herazo E, Oviedo H. Análisis de factores: fundamentos para la evaluación de instrumentos de medición en salud mental. *Rev. Colomb. Psiquiat*. 2012;41(3):659–671.

- (31) Morales P. El Análisis Factorial en la construcción e interpretación de tests, escalas y cuestionarios. Madrid: Universidad Pontificia Comillas; 2013.
- (32) Campo A. Aproximación al uso del coeficiente alfa de Cronbach. Rev. Colomb. Psiquiatr. 2005;(4):572–580.
- (33) Campo A. Concordancia intra- e interevaluadores. Rev. Colomb. Psiquiat. 2010;39(2):424–432.
- (34) Asociación Médica Mundial. Declaración de Helsinki. Edimburgo: AMA; 2000:259–62.
- (35) Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas (CIOMS), Organización Mundial de la Salud (OMS). Pautas éticas internacionales para la investigación biomédica en seres humanos. Ginebra: CIOMS; 2002:1–119.
- (36) Ministerio de Salud. Resolución 8430 de 1993. Bogotá: Ministerio de Salud; 1993
- (37) Congreso de Colombia. Ley Estatutaria No. 1581. Disposiciones generales para la protección de datos personales. Bogotá: Congreso de Colombia; 2012
- (38) Ceballos G, Campo A. Relaciones sexuales en adolescentes estudiantes de tres colegios privados de Santa Marta, Colombia: factores asociados. MedUnab 2005; 8:171-5
- (39) Campo A, Silva J, Meneses M, Castillo M, Navarrete P. Factores asociados con el inicio temprano de relaciones sexuales en estudiantes adolescentes de un colegio de Bucaramanga, Colombia. Rev Colomb Psiquiatr.2004;32:367.

- (40) McDonald CM, Baylin A, Arsenault JE, Mora-Plazas M, Villamor E. Overweight is more prevalent than stunting and is associated with socioeconomic status, maternal obesity, and a snacking dietary pattern in school children from Bogota, Colombia. *J Nutr.* 2009;139: 370-376.
- (41) Piñeros M, Pardo C. Actividad física en adolescentes de cinco ciudades colombianas: resultados de la Encuesta Mundial de Salud a Escolares. *Rev Salud Pública (Bogotá).* 2010; 12:903-14.
- (42) Rodríguez D, Dallos C, González S, Sánchez Z, Díaz L, Rueda G, Campo A. Asociación entre consumo de alcohol y síntomas depresivos en estudiantes de Bucaramanga, Colombia. *Cad Saude Pública.* 2005; 21:109-18.
- (43) Ministerio de Salud y Protección Social, Colciencias, Pontificia Universidad Javeriana. Encuesta Nacional de Salud Mental 2015. Bogotá:2015
- (44) Darling-Fisher CS, Salerno J, Dahlem CH, Martyn KK. The Rapid Assessment for Adolescent Preventive Services (RAAPS): providers' assessment of its usefulness in their clinical practice settings. *J Pediatr Health Care.* 2014; 28:217-226.

BIBLIOGRAFÍA

ALBA, L. Salud de la adolescencia en Colombia: bases para una medicina de prevención. Univ. Méd. Bogotá [En línea] 2010, Vol. 51, N° 1 [Citado:]. pp. 29–42.

BRADFORD, S. RICKWOOD, D. Psychosocial assessments for young people: a systematic review examining acceptability, disclosure and engagement, and predictive utility. *Adolesc Health Med Ther* [Online] 2012, Vol. 3 [cited:]. pp: 111–125.

CAMPO, A. HERAZO, E. OVIEDO, H. Análisis de factores: fundamentos para la evaluación de instrumentos de medición en salud mental. *Rev. Colomb. Psiquiat.* [En línea] 2012, Vol. 41, N° 3 [Citado:]. pp: 659–671.

CAMPO, A. SILVA, J. MENESES, M. et al. Factores asociados con el inicio temprano de relaciones sexuales en estudiantes adolescentes de un colegio de Bucaramanga, Colombia. *Rev Colomb Psiquiatr* [En línea] 2004, Vol. 32 [Citado:]. pp: 367.

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION. Youth risk behavior surveillance, United States, 2005. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* [Online] 2006, Vol. 55, SS 5 [Cited:]. pp: 1–108.

DARLING-FISHER, CS. SALERNO, J. DAHLEM, CH. et al. The Rapid Assessment for Adolescent Preventive Services (RAAPS): providers' assessment of its usefulness in their clinical practice settings. *J Pediatr Health Care* [Online] 2014, Vol. 28 [Cited:]. pp: 217-226.

EATON, D. KANN, L. KINCHEN, S. et al. Youth risk behavior surveillance - United States, 2009. MMWR surveill Summ [Online] 2010, Vol. 59, N° 5, pp: 1-142.

GONZÁLEZ, J. SALAMANCA, J. QUIROZ, R. et al. Identificación de factores de riesgo de embarazo en población adolescente escolar urbana y rural colombiana. Rev. Salud Pública [En línea] 2012, Vol. 14, N° 3 [Citado:]. pp: 402–14.

MARTÍNEZ, C. Diseño y validación de cuestionarios. Matronas Profesión [En línea] 2004, Vol. 5, N° 17 [Citado:]. pp: 23–9.

MARTÍNEZ, J. AMAYA, W. CAMPILLO, H. et al. Factores asociados con el consumo diario de cigarrillo en adolescentes estudiantes de básica secundaria. Biomédica [En línea] 2005, Vol. 25 [Citado:]. pp: 518–26.

MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL. Servicios de Salud Amigables para adolescentes y jóvenes [En línea]. Colombia, Bogotá: 2008 [Citado:].

MORALES, P. El Análisis Factorial en la construcción e interpretación de tests, escalas y cuestionarios. Ed. Universidad Pontificia Comillas. Madrid: 2013.

RAMADA, J. SERRA, C. Adaptación cultural y validación de cuestionarios de salud: revisión y recomendaciones metodológicas. Salud Publica Mex [En línea] 2013, Vol. 55, N° 1 [Citado:]. pp: 57–66.

RUEDA, G. DÍAZ, L. ORTIZ, D. et al. Validación del cuestionario SCOFF para el cribado de los trastornos del comportamiento alimentario en adolescentes escolarizadas. Atención Primaria [En línea] 2005, Vol. 35, N° 2 [Citado:]. pp: 89–94.

SALERNO, J. MARSHALL, V. PICKEN, E. Validity and reliability of the Rapid Assessment for Adolescent Preventive Services adolescent health risk assessment. J. Adolesc. Health [Online] 2012, Vol. 6 [Cited:]. pp: 595–9.

SHANKLIN, S. BRENER, N. KANN, L. et al. Youth risk behavior surveillance--selected Steps communities, United States, 2007. MMWR Surveill Summ 2008; 57(12):1-27.

YI, CH. MARTYN, K. SALERNO, J. et al. Development and Clinical Use of Rapid Assessment for Adolescent Preventive Services (RAAPS) Questionnaire in School-based Health Centers. J Pediatr Heal Care [Online] 2009, Vol. 23, N° 1 [Cited:]. pp: 2–9.

ANEXOS

Anexo 1. Versiones en inglés y español propuestos por los autores del RAAPS

Ítem	Versión original	Versión en español
1	In the past 12 months, have you tried to lose weight by obsessively exercising, taking diet pills or laxatives, making yourself vomit (throw up) after eating, or starving yourself?	En los últimos 12 meses, ¿has tratado de perder peso haciendo ejercicio obsesivamente, tomando pastillas para dieta o laxantes, provocándote el vómito (vomitar) después de comer, o dejando de comer?
2	Do you eat some fruits and vegetables every day?	¿Comes algunas frutas y vegetales todos los días?
3	Are you active after school or on weekends (walking, running, dancing, swimming, biking, playing sports) for at least 1 hour, on at least 3 or more days each week?	¿Después de la escuela o los fines de semana, permaneces físicamente activo (caminar, correr, bailar, nadar, andar en bicicleta, jugar algún deporte) por lo menos 1 hora, por 3 o más días a la semana?
4	Do you always wear a lap/seat belt when you are driving or riding in a car, truck, or van?	¿Siempre utilizas el cinturón de seguridad cuando manejas o te subes a un automóvil, camioneta, o vagoneta?
5	Do you always wear a helmet when you are biking, rollerblading, skateboarding, motorcycling, snowmobiling, skiing or snowboarding?	¿Siempre usas casco cuando andas en bicicleta, andas en patines o patineta, en motocicleta, en moto nieve, esquiendo, o surfeando en nieve (snowboarding)?
6	During the past month, have you been threatened, teased, or hurt by someone (on the internet, by text, or in person) or has anyone made you feel sad, unsafe, or afraid?	¿Durante el último mes has sido amenazado, se han burlado de ti, o alguien te ha lastimado (en el internet, por mensajes de texto, o en persona) o alguien te hizo sentir triste, inseguro, o con miedo?
7	Has anyone ever abused you physically (hit, slapped, kicked), emotionally (threatened or made you feel afraid) or forced you to have sex or be involved in sexual activities when you didn't want to?	¿Alguna vez alguien ha abusado físicamente de ti (te ha pegado, cacheteado, pateado), emocionalmente (te ha amenazado, o te ha hecho sentir miedo) o te han forzado a tener sexo, o formar parte en actividades sexuales cuando tu no querías?
8	Have you ever carried a weapon (gun, knife, club, other) to protect yourself? Yes	¿Alguna vez has llevado contigo un arma (pistola, navaja, garrote, etc.) para protegerte?
9	In the past 3 months, have you	En los últimos 3 meses, ¿Has fumado

Ítem	Versión original	Versión en español
	smoked cigarettes or any other form of tobacco (cigars, black and mild, hookah, other) or chewed/used smokeless tobacco?	cigarrillos, o alguna otra forma de tabaco (puros, tabaco negro y suave, hookah, otro) o mascado/usado Tabaco en alguna otra presentación que no sea fumado?
10	In the past 12 months , have you driven a car drunk, high, or while texting or ridden in a car with a driver who was?	En los últimos 12 meses , ¿Has manejado un automóvil en estado de ebriedad, drogado, o mientras mandabas mensajes de texto?, o ¿te has subido a un automóvil manejado por una persona que si lo estaba?
11	In the past 3 months , have you drunk more than a few sips of alcohol (beer, wine coolers, liquor, other)?	En los últimos 3 meses , ¿has tomado más de algunos sorbos de alcohol (cerveza, sangrías [winecoolers], licor, etc.)?
12	In the past 3 months , have you smoked marijuana, used other street drugs, steroids, or sniffed inhalants (“huffed” household products)?	En los últimos 3 meses , ¿has fumado marihuana, usado otras drogas ilegales, esteroides, o usado inhalantes (o productos del hogar inhalables)?
13	In the past 3 months , have you used someone else’s prescription (from a doctor or other health provider) or any nonprescription (from a store) drugs to sleep, stay awake, concentrate, calm down, or get high?	En los últimos 3 meses , ¿has usado las medicinas de alguien más (recetadas por un doctor, o algún otro proveedor de cuidados de la salud) o cualquier medicamento que se vende sin receta (en una tienda) para dormirte, permanecer despierto, concentrarte, tranquilizarte o drogarte?
14	Have you ever had any type of sex (vaginal, anal or oral sex)?	¿ Alguna vez has tenido algún tipo de sexo (vaginal, anal o sexo oral)?
15	Have you ever been attracted to the same sex (girl to girl/guy to guy) or do you feel that you are gay, lesbian, or bisexual?	¿Alguna vez te has sentido atraído por alguien de tu mismo sexo (muchacha hacia muchacha/muchacho hacia muchacho) o sientes que eres gay, lesbiana, o bisexual?
16	If you have had sex, do you always use a method to prevent sexually transmitted infections and pregnancy (condoms, female barriers, other)?	Si has tenido sexo, ¿usas siempre un método para prevenir enfermedades de transmisión sexual y embarazos (como condones, barreras femeninas, otros)?
17	During the past month , did you often feel sad or down as though you had nothing to look forward to?	Durante el último mes , ¿te sentiste muy seguido triste o deprimido como que no tenías nada que esperar ya?
18	Do you have any serious problems or worries at home or at school?	¿Tienes algún problema serio o preocupaciones en casa o en la escuela?
19	In the past 12 months , have you	¿En los últimos 12 meses, has pensado

Ítem	Versión original	Versión en español
	seriously thought about killing yourself, tried to kill yourself, or have you purposely cut, burned or otherwise hurt yourself?	seriamente en matarte, has tratado de matarte, o te has cortado, quemado, o lastimado a propósito?
20	Do you have at least one adult in your life that you can talk to about any problems or worries?	¿En tu vida, hay por lo menos un adulto con el cual puedas hablar de tus problemas o preocupaciones?
21	¿When you are angry, do you do things that get you in trouble?	¿Cuándo estás enojado(a), haces cosas que te causan problemas?

Anexo 2. Consentimiento informado a los padres o tutores Fase 1

**UNIVERSIDAD INDUSTRIAL DE SANTANDER
ESCUELA DE MEDICINA
DEPARTAMENTO DE PEDIATRIA**



VALIDACIÓN DE LA VERSIÓN EN ESPAÑOL DEL *RAPID ASSESSMENT FOR ADOLESCENT PREVENTIVE SERVICES* EN ADOLESCENTES DE 11 – 19 AÑOS DE BUCARAMANGA, FASE 1

Consentimiento informado a los padres o tutores

Reciba un cordial saludo, somos integrantes del Departamento de Pediatría de la Universidad Industrial de Santander como docente y residente de la especialidad en Pediatría. De manera respetuosa nos dirigimos a Ud. con el propósito de presentarle el proyecto de investigación denominado “Validación de la versión en español del cuestionario *Rapid Assessment for Adolescent Preventive Services* (RAAPS)”, diseñado para descartar la presencia de algunos comportamientos de riesgo en adolescentes. Estos son:

- Lesiones intencionales y no intencionales
- Consumo de alcohol o de otro tipo de sustancias psicoactivas
- Comportamientos sexuales que contribuyen a embarazos no planeados u enfermedades de transmisión sexual.
- Consumo de cigarrillo
- Hábitos nutricionales no saludables
- Inactividad física.

La validación de éste formulario en nuestro medio permitirá detectar precozmente a los jóvenes que tienen conductas que los ponen en peligro de enfermar o adquirir adicciones que afecten su vida presente y futura.

El RAAPS está disponible en español, versión que fue elaborada en los Estados Unidos por los autores de la versión original. Esta versión fue hecha para los hispanohablantes de dicho país y el permiso que nos fue concedido implica el uso del cuestionario sin modificaciones a la versión original, por lo que no se puede generar una adaptación apropiada para nuestra cultura. La etapa 1 de este trabajo busca resolver que tan comprensible es el RAAPS.

La participación de su hijo/a adolescente de entre 11 y 17 años consiste en revisar en conjunto con nosotros el cuestionario de 21 preguntas que conforma el RAAPS. En esa entrevista se les solicitará comentar que entienden de cada una de las preguntas, en especial aquellos aspectos del cuestionario que hayan sido difíciles de entender. Así, realizaremos un informe en el que se identifiquen las dificultades de comprensión en las

instrucciones, las preguntas o las respuestas. Finalmente, se enviará una copia al equipo original desarrollador del cuestionario respecto a estos comentarios.

Inconvenientes, malestares y riesgos

La realización de este estudio se considera de riesgo mínimo debido a que se aplicará un cuestionario anónimo en el que tratan aspectos delicados de la conducta. El inconveniente es el tiempo que tomará la entrevista, el cual estimamos no es mayor a 30 minutos.

¿Cuántas personas participarán en este estudio?

Junto con su hijo, otros 19 adolescentes escolarizados entre los 11 y 19 años.

¿Cuánto durará la participación de mi hijo en este estudio?

El tiempo que tomará la entrevista, el cual estimamos no es mayor a 30 minutos.

¿Cuáles son sus posibles beneficios?

Es posible que usted o su hijo no reciba ningún beneficio directo por la participación en este trabajo. Sin embargo, su colaboración en la investigación puede proporcionar conocimientos que ayuden a otros adolescentes en el futuro, pues con la elaboración del proyecto pretendemos contar en el país con un instrumento que permita detectar de forma temprana los comportamientos de riesgo de los adolescentes para realizar una intervención precoz.

¿Cómo será protegida la privacidad de su hijo?

A las entrevistas sólo los investigadores tendrán acceso. Su hijo no podrá ser identificado en ningún reporte o publicación acerca de este estudio.

¿Cómo será protegido mi hijo en caso de que sea conmovido por alguna de las preguntas del cuestionario?

Las entrevistas serán realizadas, por la estudiante del programa de especialización en pediatría, su tutora o el asesor, todos médicos graduados. Estas personas cuentan con entrenamiento para manejar las situaciones y dar las recomendaciones si llega a presentarse el caso.

¿Qué acciones se realizarán en caso de identificar situaciones de riesgo?

El objetivo de esta fase es conocer la opinión de los participantes sobre las preguntas, en ningún momento se les pedirá que consten las preguntas. La única forma de saber si algún participante tiene una conducta de riesgo es porque lo expresen voluntariamente al equipo investigador. Si llega a presentarse el caso, el personal de la investigación está compuesto por psicólogas, residente de pediatría y profesional en salud familiar con entrenamiento para manejar estas situaciones.

¿Tiene que pagar algo por participar en este estudio?

Usted no tendrá que pagar nada por la evaluación que será llevado a cabo.

¿Qué debe hacer si decide que su hijo termine su participación antes de que su parte en el estudio se haya completado?

La participación en el estudio es voluntaria y usted o su hijo pueden negarse a participar, o retirar su participación en cualquier momento. Esta decisión no tendrá ninguna consecuencia respecto a la calidad de la educación que su hijo/a recibe en la institución donde está educándose, ni hará que se le reclame de ninguna forma por ello.

¿En caso de dudas donde puedo comunicarme?

Usted puede preguntarnos en cualquier momento todo lo relacionado con el estudio y su participación en él. Por favor, siéntase en la libertad de hacernos cualquier pregunta si hay algo que no haya entendido. Para ello puede contactarse con los Doctores Argénida Blanco, Luis Alfonso Díaz o Tatiana Suárez al teléfono de Bucaramanga 76+6344000 ext. 3102 o a la Carrera 33 No. 28 – 126 Departamento de Pediatría, Universidad Industrial de Santander, o al correo electrónico tatianasuarez1212@gmail.com.

Para preguntas, aclaraciones o inquietudes acerca de los aspectos éticos de esta investigación puede comunicarse con el Comité de Ética para la Investigación Científica de la UIS, en horas hábiles al teléfono: 6344000 ext. 3208, o enviar correo electrónico a: comitedetica@uis.edu.co

Declaración de consentimiento informado

Al firmar este consentimiento, usted está aceptando que entiende la información que se le ha dado con respecto a beneficios, riesgos y el manejo que se le dará a los datos obtenidos y que está de acuerdo en autorizar la participación de su hijo/hija para ingresar en este estudio. Nosotros le entregaremos una copia de este formato.

En constancia, firmo este documento de Consentimiento informado, en presencia de un testigo, en la ciudad de _____ el día ____ del mes de _____ del año_____.

Nombre del estudiante participante: _____

Nombre del acudiente: _____

Firma _____

Cédula de Ciudadanía #: de:

Nombre del testigo: _____

Firma _____

Cédula de Ciudadanía #: de:

Anexo 3. Asentimiento informado del estudiante Fase 1

**UNIVERSIDAD INDUSTRIAL DE SANTANDER
ESCUELA DE MEDICINA
DEPARTAMENTO DE PEDIATRIA**



VALIDACIÓN DE LA VERSIÓN EN ESPAÑOL DEL *RAPID ASSESSMENT FOR ADOLESCENT PREVENTIVE SERVICES* EN ADOLESCENTES DE 11 – 19 AÑOS DE BUCARAMANGA, FASE 1

Asentimiento informado del estudiante

Recibe un cordial saludo, somos integrantes del Departamento de Pediatría de la Universidad Industrial de Santander como docente y residente de la especialidad en Pediatría. Queremos invitarte a que participes en la investigación denominada “Validación de la versión en español del cuestionario *Rapid Assessment for Adolescent Preventive Services* (RAAPS)”, diseñado para descartar la presencia de algunos comportamientos de riesgo en adolescentes. Estos son:

- Lesiones intencionales y no intencionales
- Consumo de alcohol o de otro tipo de sustancias psicoactivas
- Comportamientos sexuales que contribuyen a embarazos no planeados u enfermedades de transmisión sexual.
- Consumo de cigarrillo
- Hábitos nutricionales no saludables
- Inactividad física.

La validación de éste formulario en nuestro medio permitirá detectar precozmente a los jóvenes que tienen conductas que los ponen en peligro de enfermar o adquirir adicciones que afecten su vida presente y futura.

Tu participación consiste en revisar en conjunto con nosotros el cuestionario de 21 preguntas que conforma el RAAPS. Te realizaremos una entrevista en la que podrás comentar los aspectos del cuestionario que hayan sido difíciles de entender en las instrucciones, las preguntas o las respuestas. Finalmente, con tus respuestas enviaremos una copia al equipo original desarrollador del cuestionario en los Estados Unidos.

Inconvenientes, malestares y riesgos

Un inconveniente es el tiempo que tomará la realización de la entrevista, el cual estimamos no es mayor a 30 minutos.

¿Cuántas personas participarán en este estudio?

Si decides participar, contigo estarán otros 19 adolescentes escolarizados entre los 11 y 19 años de Bucaramanga

¿Cuánto durará la participación en este estudio?

El tiempo que dure la entrevista que es de aproximadamente 30 minutos.

¿Cuáles son los beneficios por participar?

Es posible que no recibas ningún beneficio directo por la participación en este trabajo más allá de reflexionar sobre las preguntas que el cuestionario tiene. Sin embargo, tu colaboración en la investigación puede proporcionar conocimientos que ayuden a otros adolescentes en el futuro, pues con la elaboración del proyecto pretendemos que en el futuro contemos en el país con un instrumento que permita detectar de forma más temprana los comportamientos de riesgo de los adolescentes para realizar una intervención precoz y evitarles problemas.

¿Cómo será protegida mi privacidad?

A las entrevistas sólo los investigadores tendrán acceso. Tú no serás identificado en ningún reporte o publicación acerca de este estudio.

¿Qué debo hacer si me siento conmovido por alguna de las preguntas del cuestionario?

En caso de presentarse esta situación debo expresarlo a los investigadores. Ellos son personas entradas en pediatría y salud familiar y sabrán que hacer para ayudarme.

¿Qué acciones realizarán en caso de conocer un comportamiento de riesgo?

El objetivo de esta fase es conocer tu opinión sobre las preguntas, en ningún momento tendrás que responderlas. La única forma de que nosotros nos enteremos de que existe algún comportamiento de riesgo, es porque algún participante nos lo exprese voluntariamente. Si llega a presentarse el caso, el personal de la investigación está compuesto por psicólogas, residente de pediatría y profesional en salud familiar con entrenamiento para manejar estas situaciones

¿Tengo que pagar algo por participar en este estudio?

No tendrás que pagar nada por la evaluación que será llevado a cabo.

¿Qué debo hacer si decido terminarla participación en el estudio antes de que este haya completado?

La participación en el estudio es voluntaria. Puedes negarte a participar o retirar tu asentimiento para hacerlo en cualquier momento, aún si tus padres están de acuerdo en dar su permiso. Esta decisión no tendrá ninguna consecuencia respecto a la calidad de la

educación que recibes en la institución dónde estás educándote, ni hará que se te reclame de ninguna forma por ello.

¿En caso de dudas donde puedo comunicarme?

Puede preguntarnos en cualquier momento sobre todo lo relacionado con el estudio y tu participación en él. Por favor, siéntate en la libertad de hacernos cualquier pregunta si hay algo que no hayas entendido. Para ello puede contactarse con los Doctores Argénida Blanco, Luis Alfonso Díaz o Tatiana Suárez al teléfono de Bucaramanga 76+6344000 ext. 3102 o a la Carrera 33 No. 28 – 126 Departamento de Pediatría, Universidad Industrial de Santander, o al correo electrónico tatianasuarez1212@gmail.com.

Para preguntas, aclaraciones o inquietudes acerca de los aspectos éticos de esta investigación puede comunicarse con el Comité de Ética para la Investigación Científica de la UIS, en horas hábiles al teléfono: 6344000 ext. 3208, o enviar correo electrónico a: comitedetica@uis.edu.co

Declaración de asentimiento

Al firmar esta forma, está aceptando que entiendes la información que se te ha dado con respecto a beneficios, riesgos y el manejo que se le dará al material de muestra, así como que y que estás de acuerdo en participar en este estudio.

En constancia, firmo este documento de asentimiento en la ciudad de _____ el día ____ del mes de _____ del año_____.

Nombre del estudiante:

Firma _____

Documento de identidad #:

Nombre del testigo: _____

Firma _____

Cédula de Ciudadanía #: de:

Anexo 4. Consentimiento informado a padres o tutor Fase 2

UNIVERSIDAD INDUSTRIAL DE SANTANDER
ESCUELA DE MEDICINA
DEPARTAMENTO DE PEDIATRIA



VALIDACIÓN DE LA VERSIÓN EN ESPAÑOL DEL *RAPID ASSESSMENT FOR ADOLESCENT PREVENTIVE SERVICES* EN ADOLESCENTES DE 11 – 19 AÑOS DE BUCARAMANGA Y MEDELLIN, FASE 2

Consentimiento informado a padres o tutor

Reciba un cordial saludo, somos miembros de las Universidades Universidad Industrial de Santander, Autónoma de Bucaramanga y San Buenaventura de Medellín. De manera respetuosa nos dirigimos a Ud. con el propósito de presentarle el proyecto de investigación denominado “Validación de la versión en español del cuestionario *Rapid Assessment for Adolescent Preventive Services* (RAAPS)”, diseñado para descartar la presencia de algunos comportamientos de riesgo en adolescentes. Estos son:

- Lesiones intencionales y no intencionales
- Consumo de alcohol o de otro tipo de sustancias psicoactivas
- Comportamientos sexuales que contribuyen a embarazos no planeados u enfermedades de transmisión sexual.
- Consumo de cigarrillo
- Hábitos nutricionales no saludables
- Inactividad física.

La validación de éste formulario en nuestro medio permitirá detectar precozmente a los jóvenes que tienen conductas que los ponen en peligro de enfermar o adquirir adicciones que afecten su vida presente y futura.

La participación de su hijo/a adolescente de entre 11 y 17 años consistirá en responder un cuestionario anónimo de 25 preguntas.

Inconvenientes, malestares y riesgos

La realización de este estudio se considera de riesgo mínimo debido a que se aplicará un cuestionario anónimo en el que tratan aspectos delicados de la conducta. Un inconveniente es el tiempo que tomará la aplicación del instrumento, el cual estimamos no es mayor a 20 minutos.

¿Cuántas personas participarán en este estudio?

Si decide participar, con su hijo/a participaran otros 650 adolescentes de entre los 11 y 19 años. La mitad serán de Bucaramanga y la otra mitad de Medellín.

¿Cuánto durará la participación de mi hijo en este estudio?

El tiempo que dure la aplicación del cuestionario que es de aproximadamente 20 minutos.

¿Cuáles son sus posibles beneficios?

Es posible que usted o su hijo no reciba ningún beneficio directo por la participación en este trabajo. Sin embargo, su colaboración en la investigación puede proporcionar conocimientos que ayuden a otros adolescentes en el futuro, pues con la elaboración del proyecto pretendemos contar en el país con un instrumento que permita detectar de forma temprana los comportamientos de riesgo de los adolescentes para realizar una intervención precoz.

¿Cómo será protegida la privacidad de su hijo?

Nosotros realizaremos todos los esfuerzos posibles para proteger la privacidad de su hijo. El más importante es que en el cuestionario es anónimo. NO es necesario que él o ella coloquen su nombre o ningún otro elemento que permita identificarle. Al cuestionario se le asignará un número de código luego de que todos los cuestionarios de ambas ciudades sean diligenciados; este código se anotará en la base de datos que con los cuestionarios armaremos. Sólo los investigadores tendrán acceso al archivo de la base de datos. Su hijo no podrá ser identificado en ningún reporte o publicación acerca de este estudio.

En todos los casos, las respuestas dadas por los estudiantes serán enteramente confidenciales. Nadie podrá identificar una respuesta específica con un estudiante concreto: ni nosotros, ni otros estudiantes, ni los padres, ni las directivas de la institución educativa de su hijo/a podrá reconocer a ninguno de los estudiantes participantes. Esto es vital para la confiabilidad del estudio.

¿Cómo será protegido mi hijo en caso de que sea conmovido por alguna de las preguntas del cuestionario?

Las encuestas serán aplicadas por sicólogas, residente de pediatría y profesional en salud familiar con entrenamiento para manejar las situaciones y dar las recomendaciones si llega a presentarse el caso.

¿Qué acciones se realizarán en caso de identificar situaciones de riesgo?

Como hemos explicado anteriormente, esta fase será completamente anónima, de tal forma que no podremos vincular las respuestas con un estudiante concreto. La única forma de saber si algún participante tiene una conducta de riesgo es porque lo exprese voluntariamente al equipo investigador. Si llega a presentarse el caso, el personal de la investigación está compuesto por psicólogas, residente de pediatría y profesional en salud familiar con entrenamiento para manejar estas situaciones.

¿Tiene que pagar algo por participar en este estudio?

Usted no tendrá que pagar nada por la evaluación que será llevado a cabo.

¿Qué debe hacer si decide que su hijo termine su participación antes de que su parte en el estudio se haya completado?

La participación en el estudio es voluntaria y usted o su hijo pueden negarse a participar, o retirar su participación en cualquier momento. Esta decisión no tendrá ninguna consecuencia respecto a la calidad de la educación que su hijo/a recibe en la institución donde está educándose, ni hará que se le reclame de ninguna forma por ello.

¿En caso de dudas donde puedo comunicarme?

Usted puede preguntarnos en cualquier momento todo lo relacionado con el estudio y su participación en él. Por favor, siéntase en la libertad de hacernos cualquier pregunta si hay algo que no haya entendido. Para ello puede contactarse con los Doctores Argénida Blanco, Luis Alfonso Díaz o Tatiana Suárez al teléfono de Bucaramanga 76+6344000 ext. 3102 o a la Carrera 33 No. 28 – 126 Departamento de Pediatría, Universidad Industrial de Santander, o al correo electrónico tatianasuarez1212@gmail.com.

Para preguntas, aclaraciones o inquietudes acerca de los aspectos éticos de esta investigación puede comunicarse con el Comité de Ética para la Investigación Científica de la UIS, en horas hábiles al teléfono: 6344000 ext. 3208, o enviar correo electrónico a: comitedetica@uis.edu.co

Declaración de consentimiento informado

Al firmar este consentimiento, usted está aceptando que entiende la información que se le ha dado con respecto a beneficios, riesgos y el manejo que se le dará a los datos obtenidos y que está de acuerdo en autorizar la participación de su hijo/hija para ingresar en este estudio. Nosotros le entregaremos una copia de este formato.

En constancia, firmo este documento de Consentimiento informado, en presencia de un testigo, en la ciudad de _____ el día ____ del mes de _____ del año_____.

Nombre del estudiante participante: _____

Nombre del acudiente: _____

Firma _____

Cédula de Ciudadanía #: de:

Nombre del testigo:

_____ Firma _____

Cédula de Ciudadanía #: de:

Anexo 5. Asentimiento informado al estudiante Fase 2

UNIVERSIDAD INDUSTRIAL DE SANTANDER
ESCUELA DE MEDICINA
DEPARTAMENTO DE PEDIATRIA



VALIDACIÓN DE LA VERSIÓN EN ESPAÑOL DEL *RAPID ASSESSMENT FOR ADOLESCENT PREVENTIVE SERVICES* EN ADOLESCENTES DE 11 – 19 AÑOS DE BUCARAMANGA Y MEDELLIN, FASE 2

Asentimiento informado al estudiante

Recibe un cordial saludo, somos Universidades Universidad Industrial de Santander, Autónoma de Bucaramanga y San Buenaventura de Medellín. Queremos invitarte a que participes en la investigación denominada “Validación de la versión en español del cuestionario *Rapid Assessment for Adolescent Preventive Services* (RAAPS)”, diseñado para descartar la presencia de algunos comportamientos de riesgo en adolescentes. Estos son:

- Lesiones intencionales y no intencionales
- Consumo de alcohol o de otro tipo de sustancias psicoactivas
- Comportamientos sexuales que contribuyen a embarazos no planeados u enfermedades de transmisión sexual.
- Consumo de cigarrillo
- Hábitos nutricionales no saludables
- Inactividad física.

La validación de éste formulario en nuestro medio permitirá detectar precozmente a los jóvenes que tienen conductas que los ponen en peligro de enfermar o adquirir adicciones que afecten su vida presente y futura.

Tu participación consiste en responder un cuestionario anónimo de 25 preguntas.

Inconvenientes, malestares y riesgos

La realización de este estudio se considera de riesgo minino debido a que se aplicará un cuestionario anónimo en el que tratan aspectos delicados de la conducta. Un inconveniente es el tiempo que tomará la aplicación del instrumento, el cual estimamos no es mayor a 20 minutos.

¿Cuántas personas participarán en este estudio? Si decides participar, contigo participaran otros 650 adolescentes de entre los 11 y 19 años. La mitad serán de Bucaramanga y la otra mitad de Medellín.

¿Cuánto durará la participación en este estudio?

El tiempo que dure la aplicación del cuestionario que es de aproximadamente 20 minutos.

¿Cuáles son los beneficios por participar?

Es posible que no recibas ningún beneficio directo por la participación en este trabajo más allá de reflexionar sobre las preguntas que el cuestionario tiene. Sin embargo, tu colaboración en la investigación puede proporcionar conocimientos que ayuden a otros adolescentes en el futuro, pues con la elaboración del proyecto pretendemos que en el futuro contemos en el país con un instrumento que permita detectar de forma más temprana los comportamientos de riesgo de los adolescentes para realizar una intervención precoz y evitarles problemas.

¿Cómo será protegida mi privacidad?

Nosotros realizaremos todos los esfuerzos posibles para proteger tu privacidad. El más importante es que en el cuestionario es anónimo. NO es necesario que coloques tu nombre o ningún otro elemento que permita identificarte. Al cuestionario se le asignará un número de código luego de que todos los cuestionarios de ambas ciudades sean diligenciados; este código se anotará en la base de datos que con los cuestionarios armaremos. Sólo los investigadores tendrán acceso al archivo de la base de datos. Nadie podrá ser identificado en ningún reporte o publicación acerca de este estudio.

En todos los casos, las respuestas dadas serán enteramente confidenciales. Nadie podrá identificar una respuesta específica con un estudiante concreto: ni nosotros, ni otros estudiantes, ni los padres, ni las directivas de tu institución educativa podrán reconocer a ninguno de los estudiantes participantes. Esto es vital para la confiabilidad del estudio.

¿Qué debo hacer si me siento conmovido por alguna de las preguntas del cuestionario?

En caso de presentarse esta situación debo expresarlo a los investigadores. Ellos son personas entradas en psicología, pediatría y salud familiar y sabrán que hacer para ayudarme.

¿Qué acciones realizarán en caso de conocer un comportamiento de riesgo?

Esta fase del estudio es completamente anónima, es decir, no se puede ligar a un estudiante en concreto con las respuestas. La única forma de que nosotros nos enteremos de que existe algún comportamiento de riesgo, es porque algún participante nos lo exprese voluntariamente. Si llega a presentarse el caso, el personal de la investigación está compuesto por psicólogas, residente de pediatría y profesional en salud familiar con entrenamiento para manejar estas situaciones.

¿Tengo que pagar algo por participar en este estudio?

No tendrás que pagar nada por la evaluación que será llevado a cabo.

¿Qué debo hacer si decido terminarla participación en el estudio antes de que este haya completado?

La participación en el estudio es voluntaria. Puedes negarte a participar o retirar tu asentimiento para hacerlo en cualquier momento, aún si tus padres están de acuerdo en dar su permiso. Esta decisión no tendrá ninguna consecuencia respecto a la calidad de la educación que recibes en la institución donde estás educándote, ni hará que se te reclame de ninguna forma por ello.

¿En caso de dudas donde puedo comunicarme?

Puede preguntarnos en cualquier momento sobre todo lo relacionado con el estudio y tu participación en él. Por favor, siéntate en la libertad de hacernos cualquier pregunta si hay algo que no hayas entendido. Para ello puede contactarse con los Doctores Argénida Blanco, Luis Alfonso Díaz o Tatiana Suárez al teléfono de Bucaramanga 76+6344000 ext. 3102 o a la Carrera 33 No. 28 – 126 Departamento de Pediatría, Universidad Industrial de Santander, o al correo electrónico tatianasuarez1212@gmail.com.

Para preguntas, aclaraciones o inquietudes acerca de los aspectos éticos de esta investigación puede comunicarse con el Comité de Ética para la Investigación Científica de la UIS, en horas hábiles al teléfono: 6344000 ext. 3208, o enviar correo electrónico a: comitedetica@uis.edu.co

Declaración de asentimiento

Al firmar esta forma, está aceptando que entiendes la información que se te ha dado con respecto a beneficios, riesgos y el manejo que se le dará al material de muestra, así como que y que estás de acuerdo en participar en este estudio.

En constancia, firmo este documento de asentimiento en la ciudad de _____ el día ____ del mes de _____ del año _____.

Nombre del estudiante:

Firma _____

Documento de identidad #:

Nombre del testigo: _____

Firma _____

Cédula de Ciudadanía #: de:

Anexo 5. Consentimiento informado a padres o tutor Fase 3

**UNIVERSIDAD INDUSTRIAL DE SANTANDER
ESCUELA DE MEDICINA
DEPARTAMENTO DE PEDIATRIA**



VALIDACIÓN DE LA VERSIÓN EN ESPAÑOL DEL *RAPID ASSESSMENT FOR ADOLESCENT PREVENTIVE SERVICES* EN ADOLESCENTES DE 11 – 19 AÑOS DE BUCARAMANGA, FASE 3

Consentimiento informado a padres o tutor

Reciba un cordial saludo, somos integrantes del Departamento de Pediatría de la Universidad Industrial de Santander como docente y residente de la especialidad en Pediatría. De manera respetuosa nos dirigimos a Ud. con el propósito de presentarle el proyecto de investigación denominado “Validación de la versión en español del cuestionario *Rapid Assessment for Adolescent Preventive Services* (RAAPS)”, diseñado para descartar la presencia de algunos comportamientos de riesgo en adolescentes. Estos son:

- Lesiones intencionales y no intencionales
- Consumo de alcohol o de otro tipo de sustancias psicoactivas
- Comportamientos sexuales que contribuyen a embarazos no planeados u enfermedades de transmisión sexual.
- Consumo de cigarrillo
- Hábitos nutricionales no saludables
- Inactividad física.

La validación de éste formulario en nuestro medio permitirá detectar precozmente a los jóvenes que tienen conductas que los ponen en peligro de enfermar o adquirir adicciones que afecten su vida presente y futura.

La participación de su hijo/a adolescente de entre 11 y 17 años consiste en responder nuevamente el cuestionario anónimo de 25 preguntas, 2 semanas después de haberlo diligenciado por primera vez. El objetivo es evaluar la reproducibilidad de la prueba.

Inconvenientes, malestares y riesgos

La realización de este estudio se considera de riesgo mínimo debido a que se aplicará un cuestionario anónimo en el que tratan aspectos delicados de la conducta. Un inconveniente es el tiempo que tomará la aplicación del instrumento, el cual estimamos no es mayor a 20 minutos.

¿Cuántas personas participarán en este estudio?

Junto con su hijo, otros 19 a 24 adolescentes escolarizados entre los 11 y 19 años

¿Cuánto durará la participación de mi hijo en este estudio?

El tiempo que dure la aplicación del cuestionario que es de aproximadamente 20 minutos.

¿Cuáles son sus posibles beneficios?

Es posible que usted o su hijo no reciba ningún beneficio directo por la participación en este trabajo. Sin embargo, su colaboración en la investigación puede proporcionar conocimientos que ayuden a otros adolescentes en el futuro, pues con la elaboración del proyecto pretendemos contar en el país con un instrumento que permita detectar de forma temprana los comportamientos de riesgo de los adolescentes para realizar una intervención precoz.

¿Cómo será protegida la privacidad de su hijo?

Los estudiantes participantes en esta fase serán seleccionados al azar. A cada estudiante participante se le dará un código personal, privado e intransferible, el cual ha de colocar en la hoja de respuestas de ambos momentos, esto es debido a que es necesario ligar los resultados de la primera encuesta con los resultados de la segunda. Sin embargo, no podremos vincular las respuestas con un estudiante concreto, esto hace esta fase completamente anónima. Las respuestas de su hijo sólo serán conocidas por los investigadores. Ni otros estudiantes, ni los padres, ni las directivas de la institución educativa de su hijo tendrán acceso a estas respuestas. Esto es vital para mantener la confidencialidad de la investigación.

A los cuestionarios diligenciados por su hijo se les asignará un número de código; este código se anotará en la base de datos que con los cuestionarios armaremos. Sólo los investigadores tendrán acceso al archivo de la base de datos. Su hijo no podrá ser identificado en ningún reporte o publicación acerca de este estudio.

¿Cómo será protegido mi hijo en caso de que sea conmovido por alguna de las preguntas del cuestionario?

Las encuestas serán aplicadas por la estudiante del programa de especialización en pediatría, su tutora o el asesor, todos médicos graduados. Estas personas cuentan con entrenamiento para manejar las situaciones y dar las recomendaciones si llega a presentarse el caso.

¿Qué acciones realizarán en caso de conocer un comportamiento de riesgo?

Como hemos explicado anteriormente, esta fase será completamente anónima, porque a cada estudiante se le asignará un código personal, de tal forma que no podremos vincular las respuestas con un estudiante concreto. La única forma de saber si algún participante tiene una conducta de riesgo es porque lo exprese voluntariamente al equipo investigador. Si llega a presentarse el caso, el personal de la investigación está compuesto por residente de pediatría y profesional en salud familiar con entrenamiento para manejar estas situaciones

¿Tiene que pagar algo por participar en este estudio? Usted no tendrá que pagar nada por la evaluación que será llevado a cabo.

¿Qué debe hacer si decide que su hijo termine su participación antes de que su parte en el estudio se haya completado?

La participación en el estudio es voluntaria y usted o su hijo pueden negarse a participar, o retirar su participación en cualquier momento. Esta decisión no tendrá ninguna consecuencia respecto a la calidad de la educación que su hijo/a recibe en la institución donde está educándose, ni hará que se le reclame de ninguna forma por ello.

¿En caso de dudas donde puedo comunicarme?

Usted puede preguntarnos en cualquier momento todo lo relacionado con el estudio y su participación en él. Por favor, siéntase en la libertad de hacernos cualquier pregunta si hay algo que no haya entendido. Para ello puede contactarse con los Doctores Argénida Blanco, Luis Alfonso Díaz o Tatiana Suárez al teléfono de Bucaramanga 76+6344000 ext. 3102 o a la Carrera 33 No. 28 – 126 Departamento de Pediatría, Universidad Industrial de Santander, o al correo electrónico tatianasuarez1212@gmail.com.

Para preguntas, aclaraciones o inquietudes acerca de los aspectos éticos de esta investigación puede comunicarse con el Comité de Ética para la Investigación Científica de la UIS, en horas hábiles al teléfono: 6344000 ext. 3208, o enviar correo electrónico a: comitedetica@uis.edu.co

Declaración de consentimiento informado

Al firmar este consentimiento, usted está aceptando que entiende la información que se le ha dado con respecto a beneficios, riesgos y el manejo que se le dará a los datos obtenidos y que está de acuerdo en autorizar la participación de su hijo/hija para ingresar en este estudio. Nosotros le entregaremos una copia de este formato.

En constancia, firmo este documento de Consentimiento informado, en presencia de un testigo, en la ciudad de _____ el día ____ del mes de _____ del año_____.

Nombre del estudiante participante: _____

Nombre del acudiente: _____

Firma _____

Cédula de Ciudadanía #: de:

Nombre del testigo: _____

Firma _____

Cédula de Ciudadanía #: de:

Anexo 6. Asentimiento informado al estudiante Fase 3

UNIVERSIDAD INDUSTRIAL DE SANTANDER
ESCUELA DE MEDICINA
DEPARTAMENTO DE PEDIATRIA



VALIDACIÓN DE LA VERSIÓN EN ESPAÑOL DEL *RAPID ASSESSMENT FOR ADOLESCENT PREVENTIVE SERVICES* EN ADOLESCENTES DE 11 – 19 AÑOS DE BUCARAMANGA, FASE 3

Asentimiento informado al estudiante

Recibe un cordial saludo, somos integrantes del Departamento de Pediatría de la Universidad Industrial de Santander como docente y residente de la especialidad en Pediatría. Queremos invitarte a que participes en la investigación denominada “Validación de la versión en español del cuestionario *Rapid Assessment for Adolescent Preventive Services* (RAAPS)”, diseñado para descartar la presencia de algunos comportamientos de riesgo en adolescentes. Estos son:

- Lesiones intencionales y no intencionales
- Consumo de alcohol o de otro tipo de sustancias psicoactivas
- Comportamientos sexuales que contribuyen a embarazos no planeados u enfermedades de transmisión sexual.
- Consumo de cigarrillo
- Hábitos nutricionales no saludables
- Inactividad física.

La validación de éste formulario en nuestro medio permitirá detectar precozmente a los jóvenes que tienen conductas que los ponen en peligro de enfermar o adquirir adicciones que afecten su vida presente y futura.

Tu participación consiste en responder por segunda vez el cuestionario anónimo de 25 preguntas, dos semanas después de haber respondido el primero. El objetivo es evaluar la reproducibilidad del instrumento

Inconvenientes, malestares y riesgos

La realización de este estudio se considera de riesgo mínimo debido a que se aplicará un cuestionario anónimo en el que tratan aspectos delicados de la conducta. Un inconveniente es el tiempo que tomará la aplicación del instrumento, el cual estimamos no es mayor a 20 minutos.

¿Cuántas personas participarán en este estudio?

Si decides participar, contigo participaran otros 19 a 24 estudiantes de 11 y 19 años de Bucaramanga.

¿Cuánto durará la participación en este estudio?

El tiempo que dure la aplicación del cuestionario que es de aproximadamente 20 minutos.

¿Cuáles son los beneficios por participar?

Es posible que no recibas ningún beneficio directo por la participación en este trabajo más allá de reflexionar sobre las preguntas que el cuestionario tiene. Sin embargo, tu colaboración en la investigación puede proporcionar conocimientos que ayuden a otros adolescentes en el futuro, pues con la elaboración del proyecto pretendemos que en el futuro contemos en el país con un instrumento que permita detectar de forma más temprana los comportamientos de riesgo de los adolescentes para realizar una intervención precoz y evitarles problemas.

¿Cómo será protegida mi privacidad?

Los estudiantes participantes en esta fase serán seleccionados al azar. Se te asignará un código personal, privado e intransferible, el cual debes colocar en la hoja de respuestas en ambos momentos, esto es debido a que es necesario ligar los resultados de la primera encuesta con los resultados de la segunda. Tus respuestas sólo serán conocidas por los investigadores. Ni otros estudiantes, ni tus padres, ni las directivas de la institución educativa tendrán acceso a estas respuestas. Esto es vital para mantener la confidencialidad de la investigación.

A los cuestionarios que diligencias se les asignará un número de código; este código se anotará en la base de datos que con los cuestionarios armaremos. Sólo los investigadores tendrán acceso al archivo de la base de datos. Tu nombre no aparecerá en ningún reporte o publicación acerca de este estudio.

¿Qué debo hacer si me siento conmovido por alguna de las preguntas del cuestionario?

En caso de presentarse esta situación debo expresarlo a los investigadores. Ellos son personas entradas en pediatría y salud familiar y sabrán que hacer para ayudarme.

Qué acciones realizarán en caso de conocer un comportamiento de riesgo

Esta fase del estudio es completamente anónima, es decir, no se puede ligar a un estudiante en concreto con las respuestas. La única forma de que nosotros nos enteremos de que existe algún comportamiento de riesgo, es porque algún participante nos lo exprese voluntariamente. Si llega a presentarse el caso, el personal de la investigación está compuesto por psicólogas, residente de pediatría y profesional en salud familiar con entrenamiento para manejar estas situaciones.

¿Tengo que pagar algo por participar en este estudio?

No tendrás que pagar nada por la evaluación que será llevado a cabo.

¿Qué debo hacer si decido terminarla participación en el estudio antes de que este haya completado?

La participación en el estudio es voluntaria. Puedes negarte a participar o retirar tu asentimiento para hacerlo en cualquier momento, aún si tus padres están de acuerdo en dar su permiso. Esta decisión no tendrá ninguna consecuencia respecto a la calidad de la educación que recibes en la institución donde estás educándote, ni hará que se te reclame de ninguna forma por ello.

¿En caso de dudas donde puedo comunicarme?

Puede preguntarnos en cualquier momento sobre todo lo relacionado con el estudio y tu participación en él. Por favor, siéntate en la libertad de hacernos cualquier pregunta si hay algo que no hayas entendido. Para ello puede contactarse con los Doctores Argénida Blanco, Luis Alfonso Díaz o Tatiana Suárez al teléfono de Bucaramanga 76+6344000 ext. 3102 o a la Carrera 33 No. 28 – 126 Departamento de Pediatría, Universidad Industrial de Santander, o al correo electrónico tatianasuarez1212@gmail.com.

Para preguntas, aclaraciones o inquietudes acerca de los aspectos éticos de esta investigación puede comunicarse con el Comité de Ética para la Investigación Científica de la UIS, en horas hábiles al teléfono: 6344000 ext. 3208, o enviar correo electrónico a: comitedetica@uis.edu.co

Declaración de asentimiento

Al firmar esta forma, está aceptando que entiendes la información que se te ha dado con respecto a beneficios, riesgos y el manejo que se le dará al material de muestra, así como que y que estás de acuerdo en participar en este estudio.

En constancia, firmo este documento de asentimiento en la ciudad de _____ el día ____ del mes de _____ del año _____.

Nombre del estudiante:

Firma _____

Documento de identidad #:

Nombre del testigo: _____

Firma _____

Cédula de Ciudadanía #: de:

Anexo 7. Validación de la versión en español

UNIVERSIDAD INDUSTRIAL DE SANTANDER
 ESCUELA DE MEDICINA
 DEPARTAMENTO DE PEDIATRIA



VALIDACIÓN DE LA VERSIÓN EN ESPAÑOL DEL *RAPID ASSESSMENT FOR ADOLESCENT PREVENTIVE SERVICES* EN ADOLESCENTES DE 11 – 19 AÑOS DE BUCARAMANGA y MEDELLIN

Buenos días. Te invitamos a contestar el siguiente cuestionario. El diligenciamiento del mismo se tomara como asentimiento para participar en este proyecto de investigación. Tus respuestas serán vistas únicamente por los investigadores. Será imposible saber cuáles fueron tus respuestas. Una vez termines de contestar, por favor deposita el formulario en el lugar que te indique la persona que te lo entregó. Muchas gracias.

- A. ¿Cuántos años tienes? _____ Código _____
- B. ¿De qué sexo eres? _____ Hombre ___ Mujer
- C. ¿En qué estrato socioeconómico vives? ___ Bajo _____ Medio ___ Alto
- D. ¿De qué tipo es tu institución educativa? _____ Público _____ Privado

N	Pregunta	Si	No
1.	En los últimos 12 meses, ¿has tratado de perder peso haciendo ejercicio obsesivamente, tomando pastillas para dieta o laxantes, provocándote el vómito (vomitar) después de comer, o dejando de comer?		
2.	¿Comes algunas frutas y vegetales todos los días?		
3.	Después de la escuela o los fines de semana, permaneces físicamente activo (caminar, correr, bailar, nadar, andar en bicicleta, jugar algún deporte) por lo menos 1 hora, por 3 o más días a la semana?		
4.	Siempre utilizas el cinturón de seguridad cuando manejas o te subes a un automóvil, camioneta, o vagoneta?		
5.	¿Siempre usas casco cuando andas en bicicleta, andas en patines o patineta, en motocicleta, en moto nieve, esquiando, o surfeando en nieve (snowboarding)?		
6.	Durante el último mes has sido amenazado, se han burlado de ti, o alguien te ha lastimado (en el internet, por mensajes de texto, o en persona) o alguien te hizo sentir triste, inseguro, o con miedo?		
7.	Alguna vez alguien ha abusado físicamente de ti (te ha pegado, cacheteado, pateado), emocionalmente (te ha amenazado, o te ha hecho sentir miedo) o te han forzado a tener sexo, o formar parte en actividades sexuales cuando tu no querías?		
8.	¿Alguna vez has llevado contigo un arma (pistola, navaja, garrote, etc.) para protegerte?		

VALIDACIÓN DE LA VERSIÓN EN ESPAÑOL DEL *RAPID ASSESSMENT FOR ADOLESCENT PREVENTIVE SERVICES* EN ADOLESCENTES DE 11 – 19 AÑOS DE BUCARAMANGA y MEDELLIN

N	Preguntas	Si	No
9.	En los últimos 3 meses, ¿Has fumado cigarrillos, o alguna otra forma de tabaco (puros, tabaco negro y suave, hookah, otro) o mascado/usado Tabaco en alguna otra presentación que no sea fumado?		
10.	En los últimos 12 meses, ¿Has manejado un automóvil en estado de ebriedad, drogado, o mientras mandabas mensajes de texto?, o ¿te has subido a un automóvil manejado por una persona que si lo estaba?		
11.	En los últimos 3 meses, ¿has tomado más de algunos sorbos de alcohol (cerveza, sangrías [winecoolers], licor, etc.)?		
12.	1. En los últimos 3 meses, ¿has fumado marihuana, usado otras drogas ilegales, esteroides, o usado inhalantes (“inhalado/huffed” productos del hogar)?		
13.	En los últimos 3 meses, ¿has usado las medicinas de alguien más (recetadas por un doctor, o algún otro proveedor de cuidados de la salud) o cualquier medicamento que se vende sin receta (en una tienda) para dormirte, permanecer despierto, concentrarte, tranquilizarte o drogarte?		
14.	¿Alguna vez has tenido algún tipo de sexo (vaginal, anal o sexo oral)?		
15.	Alguna vez te has sentido atraído por alguien de tu mismo sexo (muchacha hacia muchacha/muchacho hacia muchacho) o sientes que eres gay, lesbiana, o bisexual?		
16.	Si has tenido sexo, ¿usas siempre un método para prevenir enfermedades de transmisión sexual y embarazos (como condones, barreras femeninas, otros)?		
17.	Durante el último mes, ¿te sentiste muy seguido triste o deprimido como que no tenías nada que esperar ya?		
18.	¿Tienes algún problema serio o preocupaciones en casa o en la escuela?		
19.	En los últimos 12 meses, has pensado seriamente en matarte, has tratado de matarte, o te has cortado, quemado, o lastimado a propósito?		
20.	¿En tu vida, hay por lo menos un adulto con el cual puedas hablar de tus problemas o preocupaciones?		
21.	¿Cuándo estás enojado(a), haces cosas que te causan problemas?		