



Fomento de estilos de vida saludable en una institución educativa del municipio de Cereté – Colombia

*Enalbis Espitia–Cabralez**
*Martha Elena Montoya–Vega***
*Ledis Edith Burgos–Rodríguez****



Recibido en marzo 23 de 2023, aceptado en agosto 14 de 2024



Citar este artículo así:



Espitia-Cabralez E, Montoya-Vega ME, Burgos-Rodríguez LE. Fomento de estilos de vida saludable en una institución educativa del municipio de Cereté-Colombia. *Hacia Promoc. Salud.* 2024; 29(2): 66-78. DOI: 10.17151/hpsal.2024.29.2.5

Resumen

Objetivo: identificar factores de riesgo en los estudiantes matriculados en grado noveno de una institución educativa del municipio de Cereté- Córdoba y realizar con ellos intervención de educación para la salud. **Metodología:** estudio desarrollado bajo la metodología Intervención Acción, Participativa (IAP) en una población de 81 estudiantes que contó con la participación de sus padres de familia y docentes. Para la recolección de información se diligenció la historia clínica nutricional a través de entrevistas individualizadas. El análisis descriptivo se centró en calcular las frecuencias y porcentajes para cada variable del cuestionario. Se elaboraron tablas de frecuencia para visualizar la distribución de las respuestas y se calcularon estadísticos descriptivos para cada una de las variables de interés, incluyendo los valores de la media, la desviación estándar y los intervalos de confianza al 95%. **Resultados:** un 59,8% de adolescentes con presencia de hábitos protectores y antecedentes familiares que fomentan la vida saludable; y un 40,12% relacionado con factores de riesgo que se considera un porcentaje significativo que requiere intervención en educación para la salud sobre estilos de vida saludable. **Conclusiones:** los estilos de vida saludable son hábitos que deben consolidarse a lo largo del desarrollo de un individuo y son concebidos en la familia; de aquí la importancia de la implementación de programas escolares que fomenten buenas prácticas de salud los cuales deben estar integrados por padres de familia, directivos y docentes para garantizar una mayor efectividad.

* Enfermera, especialista en Gerencia de la Salud. CES. Antioquia: Especialista en Educación Superior a Distancia. Universidad Nacional Abierta y a Distancia. Ciudad Bogotá. Magíster en Administración de Organizaciones. Universidad Nacional Abierta y a Distancia. Ciudad Bogotá. Facultad Ciencias de la Salud. Departamento de Salud Pública Universidad de Córdoba. Montería, Colombia. Autor para correspondencia. Correo electrónico: enalbisespitia@correo.unicordoba.edu.co.  orcid.org/0000-0003-3684-8081.  (autor de correspondencia).

** Odontóloga, especialista en Gerencia Administrativa en Salud. Universidad del Córdoba. Montería. Especialista en Auditoría Corporativa de la Calidad en Salud. Universidad de Córdoba. Montería. Magíster en Salud Pública. Universidad de Córdoba. Montería. Facultad Ciencias de la Salud. Departamento de Salud Pública. Universidad de Córdoba. Montería, Colombia. Correo electrónico: marthamontoya@correo.unicordoba.edu.co. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-0525-649X>.  orcid.org/0000-0002-0525-649X.  (autor de correspondencia).

*** Instrumentadora Quirúrgica, especialista en Auditoría Corporativa de la Calidad de la Salud. Universidad de Córdoba. Magister en Educación (c) Universidad de Córdoba. Facultad Ciencias de la Salud. Departamento de Salud pública Universidad de Córdoba. Montería. Correo electrónico: Ledysburgos@correo.unicordoba.edu.co.  orcid.org/0000-0001-6484-004X. 



Palabras clave

Adolescente, promoción de la salud, índice de masa corporal, salud escolar, autocuidado. (*Fuente: DeCS*)

Promotion of healthy lifestyles in an educational institution of the municipality of Cereté – Colombia

Abstract

Objective: to identify risk factors in students enrolled in the ninth grade of an educational institution in the municipality of Cerete-Cordoba and to carry out a health education intervention with them. **Methodology:** The study was developed under the methodology of Participatory Action Intervention (PAR) in a population of 81 students with the participation of their parents and teachers. For the collection of information, the nutritional clinical history was filled out through individualized interviews. The descriptive analysis focused on calculating the frequencies and percentages for each variable of the questionnaire. Frequency tables were prepared to visualize the distribution of responses and descriptive statistics were calculated for each of the variables of interest, including mean values, standard deviation and 95% confidence intervals. **Results:** 59.8% of adolescents with presence of protective habits and family history that promote healthy living; and 40.12% related to risk factors which is considered a significant percentage that requires intervention in health education on healthy lifestyles. **Conclusions:** Healthy Lifestyles are those habits that should be consolidated throughout the development of an individual and are conceived in the family; hence the importance of the implementation of school programs that promote good health practices which should be integrated by parents, managers and teachers to ensure greater effectiveness.

Key words

Adolescent, health promotion, body mass index, school health, self-care. (*Source: MeSH*)

Promoção de estilos de vida saudáveis em uma instituição de ensino do município de Cereté – Colômbia

Resumo

Objetivo: identificar factores de risco em alunos matriculados no nono ano de uma instituição de ensino do concelho de Cerete-Córdoba e realizar uma intervenção de educação para a saúde junto dos mesmos. **Metodologia:** O estudo foi desenvolvido sob a metodologia de Intervenção Ação Participativa (PAR) numa população de 81 alunos com a participação dos seus pais e professores. Para a recolha de informação, foi efectuada a história clínica nutricional através de entrevistas individualizadas. A análise descritiva centrou-se no cálculo de frequências e percentagens para cada variável do questionário. Foram elaboradas tabelas de frequência para visualizar a distribuição das respostas e calculadas estatísticas descritivas para cada uma das variáveis de interesse, incluindo valores médios, desvio padrão e intervalos de confiança a 95%. **Resultados:** 59,8% dos adolescentes com presença de hábitos protectores e antecedentes familiares que promovem uma vida saudável; e 40,12% relacionados com factores de risco, o que se considera uma percentagem significativa que requer intervenção em educação para a saúde sobre estilos de vida saudáveis. **Conclusões:** Os Estilos de Vida Saudáveis são aqueles hábitos que devem ser consolidados ao longo do desenvolvimento de um indivíduo e são concebidos na família; daí a importância da implementação de programas escolares que promovam boas práticas de saúde que devem ser integrados pelos pais, gestores e professores para garantir maior eficácia.

Palavras chave:

Adolescente, promoção da saúde, índice de massa corporal, saúde escolar, autocuidado. (Fonte: DeCS)

Introducción

Los estilos de vida saludable (EVS) son considerados como un conjunto de hábitos, comportamientos y conductas que permiten en los individuos alcanzar un nivel de bienestar y satisfacción plena de sus necesidades (1); no se refieren exclusivamente a la salud física, incluyen la salud mental mediante el fomento de relaciones humanas satisfactorias y convivencia pacífica; fortaleciendo así la integridad física y psicológica, la autoestima y la autonomía, la singularidad y el respeto del otro y la validación de los derechos humanos (2).

Para Rodríguez *et al.* (3), la educación para la salud adquiere un papel importante en el desarrollo de hábitos de vida saludables y de actitudes positivas, e indican que esta debe ser planteada desde el entorno escolar, considerando la etapa de escolarización como un periodo prioritario para la implantación y el desarrollo de intervenciones relacionadas con la salud.

Al respecto, el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) especifica claramente la importancia de adoptar un enfoque de intervención basado en el ciclo de vida de niños, niñas y adolescentes debido a que poseen características, capacidades y necesidades concretas cambiantes enfatizando que, mediante intervenciones positivas durante la adolescencia temprana, se pueden evitar consecuencias negativas en la edad adulta (4).

La adolescencia es un periodo crítico para el desarrollo del comportamiento en salud y del estilo de vida (EV) asociado a los diversos cambios biológicos, sociales, cognitivos y

psicológicos que se experimentan en esta etapa (5); es así que identificar las particularidades de los adolescentes y el oportuno reconocimiento de sus EV permitirán potenciar las medidas de prevención en esta población (6). La intención de trabajar con y para los adolescentes surge de comprender a estos como sujetos activos, históricos y socialmente determinados. De tal manera que, al aprovechar su idealismo, energía y potencial, será posible alcanzar los compromisos existentes que configuran los grandes retos de las sociedades, centrando en ellos la esperanza de un mundo mejor (7).

Al respecto, es en la adolescencia cuando se demanda mayor consumo de alimentos ricos en energía, proteínas y micronutrientes. Según la Encuesta Nacional de Situación Nutricional (ENSIN, 2015), la desnutrición crónica afecta a 1 de cada 10 adolescentes en Colombia, concentrándose en indígenas (36,5%), los más pobres de la población (14,9%) y aquellos que viven en zonas rurales (15,7%). Además, uno de cada cinco adolescentes (17,9%) presenta exceso de peso. 8 de cada 10 permanecen más de dos horas frente a una pantalla, en especial aquellos que viven en áreas urbanas y con ingresos medios y altos (8).

Las cifras anteriores demuestran que en el país a pesar de la existencia de estrategias encaminadas a la adopción de EVS, en esta población aún no se ve reflejada su implementación. De seguir aumentando progresivamente este problema, en un mediano y largo plazo se tendría mayor número de adultos enfermos, lo que incrementaría la morbimortalidad ocasionando un menor desarrollo social y productivo por regiones.

Por esta razón, es urgente y prioritario intervenir los factores comunes de riesgo de padecer enfermedades no transmisibles (ENT) como el consumo de tabaco, exceso de alcohol, inactividad física y alimentación poco saludable. Estas ENT ponen en peligro el avance hacia la consecución de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS); de aquí la importancia que las acciones esenciales de gran impacto contra las ENT se lleven a cabo en la atención primaria para reforzar su detección temprana y el tratamiento a tiempo, además deben enfocarse de manera integral involucrando varios sectores como la salud, las finanzas, el transporte, la educación, la agricultura y así reducir los riesgos inherentes a este tipo de enfermedades (9).

En este grupo de ENT se incluyen las afecciones cardiovasculares, la diabetes, el cáncer y las enfermedades respiratorias crónicas que son las principales causas de mala salud, muerte y discapacidad y que están experimentando un rápido aumento en la población; por lo cual se prevé que para el año 2030 superarán a las enfermedades transmisibles, maternas, perinatales y nutricionales como principal causa de defunción (10).

Teniendo en cuenta el contexto anterior, y la preocupación abordada, se crean acciones como la estrategia de escuela saludable en las Instituciones Educativas (IE), la cual inició en Colombia con un trabajo coordinado con el Ministerio de Educación Nacional (MEN) y articulada a nivel intersectorial con Secretarías de Educación, IE y Universidades. Estrategia que está inmersa en el marco de los proyectos pedagógicos transversales que obligatoriamente las IE deben desarrollar (11); como lo son la educación ambiental, EVS, educación para el ejercicio de los derechos humanos, sexualidad y construcción de ciudadanía (12).

Ahora bien, considerando la adolescencia como un periodo vital en el crecimiento, desarrollo y formación de una persona; este proyecto de extensión apuntó a trabajar didácticas pedagógicas en una IE del municipio de Cereté (departamento de Córdoba) direccionadas a sensibilizar y motivar un aprendizaje significativo que genere cambios de patrones de conducta para lograr hábitos de vida saludable, tales como: el consumo de verduras, frutas, actividad física en todos los entornos, consumo de agua potable, y la reducción del consumo de azúcar, sal y grasa.

Este proyecto se basó en el enfoque de inclusión educativa, ya que contó con la participación activa del 100% de los estudiantes que cursan noveno grado, los docentes y padres de familia formando alianzas como parte de un proceso de mejora educativa e interviniendo en áreas como la promoción de la salud (13); entendiendo que mediante los programas educativos se pretende no sólo la transmisión de conocimiento, sino la modificación de creencias inadecuadas sobre la salud para generar verdaderos cambios de conductas en el momento más oportuno de la etapa evolutiva de los estudiantes quienes en un momento dado pudieran tomar decisiones que afecten negativamente su vida de adultos (14). Por lo anterior, se planteó identificar factores de riesgo en los estudiantes matriculados en grado noveno de una institución educativa del municipio de Cerete- Córdoba y realizar con ellos intervención de educación para la salud.

Materiales y métodos

Este estudio es producto del proyecto de extensión aprobado en la convocatoria interna de la Universidad de Córdoba en el año 2019 “Córdoba transformada”, el cual

fue ejecutado en una IE del municipio de Cereté, departamento de Córdoba, Montería - Colombia. La población beneficiaria directamente del proyecto se tomó aplicando muestreo no probabilístico por conveniencia, teniendo en cuenta un grado intermedio, de tal forma que se les pudiese realizar seguimiento de impacto de las acciones antes de egresar, en total fueron 81 estudiantes de grado noveno con base en la información de matrícula formal de la oficina de registro de la IE. Teniendo en cuenta la normativa señalada en la Resolución 8430 de 1993, expedida por el Ministerio de Salud Colombiano, para la investigación en el área de la salud, este estudio es considerado sin riesgo, donde se empleó una lista de chequeo sin intervención o modificación biológica de los participantes en el estudio, para lo cual se solicitó la autorización del rector de la institución, consentimiento y asentimiento de los participantes. A los resultados y datos obtenidos en este estudio se les aplicó el principio de confidencialidad y anonimidad de los nombres de los encuestados y se trataron conforme establece la Ley 1581 de 2012 de Protección de Datos Personales en Colombia.

Además, se usó la herramienta “conoce tu riesgo” diseñada y validada por el Ministerio de Salud y Protección Social, la cual fue creada con el propósito que las personas logren identificar el riesgo potencial de enfermedades crónicas no transmisibles.

Su funcionamiento es como una calculadora que procesa las respuestas del usuario a 17 preguntas sencillas. Una vez identificadas, el sistema permite establecer la probabilidad de que se presenten dichas condiciones en los siguientes 10 años. Con los datos peso y talla calcula el IMC e identifica el riesgo cardiovascular medio, alto, muy alto y extremadamente alto (tabla de estratificación de riesgo cardiovascular de la OMS). La encuesta fue aplicada por una profesional de nutrición

y dietética con experticia en la aplicación del instrumento para interpretar la información y dar recomendaciones específicas para cada nivel de riesgo detectado.

Este proyecto se desarrolló basado en la metodología Intervención y Acción Participativa (IAP) en cuatro fases:

I. Diagnóstico

La observación participante a través de talleres de socialización del proyecto a los beneficiarios (directivos, docentes y padres de familia), así como también a los estudiantes a intervenir.

Trabajo colectivo en el que se utilizaron los elementos de la cultura popular y la recuperación histórica de buenos hábitos en la comunidad. En esta fase el equipo extensionista, conformado por profesionales de la salud entre ellos, enfermera, nutricionista, odontólogo, psicóloga y un docente de educación física, previa capacitación con respecto a los instrumentos presenta al grupo (directivos, padres de familia y docentes) las estrategias disponibles en el Ministerio de Salud, explicándoles su lógica, eficacia y limitaciones en la adopción de hábitos saludables.

II. Planificación

Para la recolección de información se unificaron los criterios para la aplicación de la Matriz de Identificación del Riesgo Cardiovascular y Metabólico de la comunidad educativa a través de la estrategia “Conoce tu riesgo peso saludable”, se establecieron fechas y recursos con las directivas durante el período de duración del proyecto.

III. Acción

Se aplicó la Matriz de Identificación del Riesgo Cardiovascular y Metabólico de la comunidad educativa a través de la estrategia “Conoce tu riesgo peso saludable” y se diligenció la historia clínica nutricional a los 81 adolescentes. La información obtenida fue transcrita, sistematizada, y analizada mediante estadística descriptiva buscando dar respuesta a los criterios evaluativos. Igualmente se diseñaron talleres, para el afrontamiento de la convivencia pacífica, con respecto a las respuestas obtenidas en consulta individual por la sicóloga del equipo. Entre ellas, la percepción del deseo de irse de la casa, el ser tenido en cuenta por la familia, manifestaciones de cariño en la vida cotidiana y la capacidad de sostener conversaciones sin discutir.

IV. Intervención

La intervención, se llevó de acuerdo con los resultados obtenidos con respecto a la valoración diagnóstica que tuvieron los estudiantes sobre los alimentos, higiene, hábitos y estilos de vida saludables; demás, se desarrollaron talleres relacionados con la construcción de una cultura alimentaria sana y saludable.

El presente estudio fue sometido a aval por parte del Comité de Acreditación y Currículo del programa Administración en Salud de la Universidad de Córdoba, el cual determinó la viabilidad ética, en concordancia con la línea de investigación y pertinencia de la temática de estudio en los entornos saludables.

Resultados

La caracterización por grupo etéreo ubicó el 80,2% en las edades de 13 a 16 y un 16,7% entre 16 a 18 años, el promedio de estas fue de 14,8 años (DE: 1,04). El 58% pertenecía al género femenino y el 80% residen en un corregimiento de municipio objeto de estudio, mientras que el 20% restante proceden de corregimientos aledaños. Además, se encuentra un 59,8% con presencia de hábitos protectores y antecedentes familiares que fomentan la vida saludable de los adolescentes, mientras el 40,12% está relacionado con factores de riesgo (Tabla 1).

Tabla 1. Factores protectores y factores de riesgo

Variable	Factor protector %	Factor de riesgo %
EVS		
Consumo frutas y verduras	32,1	67,9
Actividad física diaria	32	67,9
Hábitos insanos		
Fuma cigarrillos, tabaco u otros	98,7	1,23
Condición de salud		
Valores de glicemia altos	96,2	3,7
Antecedentes familiares		
Antecedentes de HTA en padres	88,8	11,1
Antecedentes de HTA en abuelos y tíos	11,1	88,8
Convivencia pacífica		
Deseos de irse de la casa para siempre	72,8	27,1
Siente que cuando da una opinión en casa nunca es tenida en cuenta	90,1	9,87
Las manifestaciones de cariño hacen parte de su vida cotidiana	82,7	17,2
Puedes conversar y sostener una conversación sin discutir	82,7	17,2
Promedio	59,8	40,1

Fuente: datos obtenidos del proyecto de extensión, 2019.

Considerando el comportamiento alimentario, a lo manifestado con respecto al consumo de frutas y verduras el 67,9% de los adolescentes manifiestan no consumirlas diariamente, este mismo porcentaje no realizan ningún tipo de actividad física (por lo menos 20 minutos diarios). Al respecto, algunos de los entrevistados indicaron que caminaban por más de 40 minutos a diario desde la casa hasta la escuela. Con relación al consumo de algún producto derivado del tabaco (cigarrillo,

tabaco en polvo o de mascar) se obtuvo un 98,7%; sin embargo, solo un adolescente reconoció que algunas veces lo hace.

Al indagar por la condición de si es diabético o realización de exámenes de glicemia previos, el 96,2% señalaron sus resultados entre valores de referencia normales mientras que un 3,7% reconocieron haber obtenido cifras altas. Según, los antecedentes familiares el 88,11% (abuelos, tíos y primos) y el 11,11%

(padres) padecen Diabetes. Con respecto a padecer de hipertensión el 100% manifestaron no ser hipertensos.

Sobre los hábitos relacionados con la convivencia pacífica el 80.2% refiere que las manifestaciones de cariño, el poder conversar y sostener una conversación sin discutir hacen parte de su vida cotidiana, permitiendo un ambiente favorable en el que se desenvuelve el adolescente. Sin embargo, un 27,1%, señala haber sentido deseos de irse de su casa; al

respecto uno de los participantes hizo efectiva esa acción. Mientras que el 9,87% siente que cuando da una opinión en casa nunca es tenida en cuenta.

Adicional a lo anterior, se realizó medición del Índice de Masa Corporal para la Edad (IMC/E) que es un indicador que correlaciona de acuerdo con la edad, el peso corporal total con relación a la talla. Se obtiene al dividir el peso expresado en kilogramos entre la talla expresada en metros al cuadrado (15). (Tabla 2).

Tabla 2. Medición del IMC

Variable		N°	%	Media (DE)	Intervalo de confianza
IMC- Clasificación					
<18,5	Bajo peso	18	22,8	17,46 (0,92)	17,00 - 17,91
18,5-24,9	Peso normal	54	68,4	20,89 (1,66)	20,44 - 21,34
25-29,9	Sobrepeso	5	6,3	26,17 (1,10)	25,00 - 27,43
>30-34,9	Obesidad Clase I	2	2,5	30,65 (0,75)	30,00 - 32,09
>35-39,9	Obesidad Clase II	0	0	N/A	N/A
>40	Obesidad Clase III	0	0	N/A	N/A
Cuenta de Denominación indicador T/E		N°	%		
Adecuado		61	77,2	20,81 (3,07)	19,97 - 21,65
Riesgo de retraso en talla		18	22,7	20,27 (2,80)	19,47 - 21,07
Total		79	100	20,68 (3,01)	20,01 - 21,36

Fuente: datos obtenidos del proyecto de extensión, 2019.

Se evidencia, un IMC promedio de 20.93 (Kg/m²) y con una desviación estándar de 3.38 (IC95%: 20.18 – 21.69), de acuerdo con la clasificación de normalidad propuesta por la OMS (16). Además de estudiantes con sobrepeso (6,3%) y obesidad clase I (2,5%). De igual forma, se observan las variables numéricas de IMC con relación a la estatura,

destacándose, que el 77,2 % presentan un adecuado indicador, mientras que el 22,78% presentan riesgo de retraso en la talla.

Consolidando los resultados expresados en el capítulo anterior, el equipo de intervención conformado por profesionales de la salud, realizaron las siguientes actividades:

- La profesional en nutrición identificó el riesgo cardiovascular y metabólico de la comunidad educativa con la estrategia “Conoce tu riesgo peso saludable,” a través de la valoración del IMC. Igualmente, realizó retroalimentación de acuerdo con el riesgo clasificado en forma individual entregándole las historias nutricionales con las recomendaciones de los alimentos para una dieta equilibrada y saludable a cada uno de los estudiantes participantes.
- De acuerdo con los resultados expresados, la inactividad física alcanzó valores de 67.9%, por lo que se sensibilizó a la comunidad académica sobre los efectos negativos para la salud de esta socializando la estrategia los “once para la salud” y los alimentos no saludables a través de la gamificación.
- Además, se promovió el consumo diario de frutas y verduras en la comunidad estudiantil con la socialización del juego la ruta alimenticia.
- Conforme a las consultas personalizadas con la psicóloga del equipo de Bienestar Universitario de la Universidad de Córdoba, en general, se realizó actividad educativa a través de charlas para fortalecer el desarrollo de la autoconfianza con la estrategia me conozco, me amo y me respeto.

Para finalizar, se hizo entrega a los 81 estudiantes de un kit con material educativo, frutas, verduras y botellas con agua, (Tabla 3).

Tabla 3. Actividades desarrolladas con los estudiantes

Actividad	Evidencia fotográfica
<p>Actividad: charla y apoyo psicológico para fortalecer autoestima y sana convivencia.</p>	
<p>Actividad: estrategia los “once para la salud” y los alimentos saludables.</p>	

Integración final con retroalimentación de los resultados del proyecto.



Fuente: datos obtenidos del proyecto de extensión, 2019.

Discusión

En Colombia, específicamente en la región Atlántica sólo 14 de cada 100 adolescentes atienden las recomendaciones de actividades físicas (AF): 150 minutos semanales de AF moderada o 75 minutos semanales de AF vigorosa o fuerte como lo recomienda la OMS (17). Al respecto, otro estudio reportó un 32% de adolescentes que no practicaban AF al menos 60 minutos por día y un 17% que se desplaza a pie para ir a la escuela y volver a casa. Es así que al considerarse el ejercicio como un factor protector que hace parte de un estilo de vida saludable, el hecho de encontrar un déficit en esta práctica se convierte en un riesgo para desarrollar a futuro enfermedades cardiovasculares (18); la anterior reflexión es compartida por las autoras quienes a su vez reiteran la necesidad de realizar intervenciones no sólo a la población adolescente, ya que es fundamental incluir la infancia temprana con el fin de consolidar hábitos para el disfrute del deporte y uso adecuado del tiempo libre y tomando en consideración lo expuesto por Rojo y Merino (19) que relacionan la inactividad física como uno de los principales factores de riesgo que tienen las personas de padecer ENT.

En forma similar, en otra investigación Díaz *et al.* (20) reportaron un 25% de adolescentes que caminaban de su casa al colegio y viceversa; lo anterior indica que las cifras bajas en la realización de AF continúan siendo una constante que se ratifica en este proyecto con una minoría que manifestó caminar por más de 40 minutos diariamente. Por otra parte, Vidarte Claro *et al.* (21) señalan que la AF posibilita la adquisición de valores, razón por la cual debe ser retomada desde la promoción de la salud mediante la intervención de profesionales e instituciones de salud y educativas como una sinergia vital que contribuya al mejoramiento de la calidad de vida; lo anterior se logró validar con la realización de esta IAP que integró directivos, docentes, y profesionales de la salud con la aplicación de estrategias desarrolladas por el Minsalud como los “once para la salud” que permitió mayor receptividad en los conceptos impartidos.

Para otros autores, la importancia de la AF se demuestra en la reducción del sedentarismo, entendiendo que la AF controla el sobre peso y la obesidad, fortalece los músculos, mejora el estado de ánimo, impulsa al desarrollo social en la calidad y la esperanza de vida de la población (22, 23). Mientras que para Litano (24) la práctica de una AF de manera

regular trae efectos psicológicos beneficiosos al permitir un mejor control de la ansiedad y la depresión, contribuyendo al desarrollo social facilitándoles la oportunidad de expresarse, fomentando la autoconfianza, la interacción social y la integración. Coincidiendo con Díaz *et al.* (25) quienes indican que la mejoría de la condición física de una población mediante la promoción del ejercicio es la segunda forma más eficaz de reducir las enfermedades futuras.

Con relación al no consumo de algún producto derivado del tabaco (cigarrillo, tabaco en polvo o de mascar) los resultados obtenidos en este estudio corresponden a que no consumen en un 98,7%. Lo cual es favorable al comprender que este es un factor protector que estaría garantizando un EVS en los adolescentes intervenidos (18). De acuerdo a la Encuesta Mundial de Tabaco en Jóvenes (EMTJ) en escolares de 13 a 15 años para el año 2016 se observó una reducción estadísticamente significativa en la prevalencia del consumo asociando este logro a una mayor conciencia en los hogares como respuesta a las estrategias de promoción de la salud implementados en Chile (26).

De igual manera, este estudio evidenció que el 67.9% de los adolescentes no consumen frutas y verduras diariamente, lo cual guarda similitud con Aguilar (18) donde el 33 % de los estudiantes expresaron comer por lo menos una vez al día en 30 días, una fruta y en la misma frecuencia el 36 % señalaron comer verduras. Teniendo en cuenta lo expuesto por Radilla *et al.* (27) sobre las conductas alimentarias en adolescentes quienes consideran que son de mayor riesgo en el sexo masculino entre los

12-13 años. Las autoras resaltan la necesidad de promover en los entornos escolares hábitos que permitan generar EVS, pero estrategias interactivas e integradoras que permitan interesar al adolescente involucrándolo en el proceso de educación para la salud, dejando de lado las tradicionales charlas educativas en una sola vía.

Conclusiones

Los resultados obtenidos evidencian una brecha significativa en los hábitos de vida saludable entre los adolescentes estudiados. Si bien una mayoría presenta factores protectores, el porcentaje considerable de aquellos expuestos a factores de riesgo subraya la necesidad de implementar programas de educación para la salud focalizados en estos grupos. Por lo tanto, es fundamental continuar con la realización de estrategias que integren tanto a los escolares, padres de familia y directivos que permitan cerrar la brecha existente. Además, se recomienda realizar investigaciones adicionales para explorar en profundidad los determinantes de estos comportamientos y evaluar la efectividad de las intervenciones implementadas.

Este estudio se consideró como un primer acercamiento para el diagnóstico de EVS en adolescentes de una IE, de utilidad al adoptar estrategias lúdicas en la enseñanza de la promoción de la salud en la escuela y en edades temprana y se convierte en línea de base para futuras investigaciones en la entidad investigada y de referente investigativo en otras similares a nivel nacional e internacional.

Referencias bibliográficas

1. Díaz M, Belén M, Torres A. Estilos de vida y autoimagen en estudiantes de colegios oficiales de Chía, Cundinamarca. *Pediatría*. 2015; 48(1): 5-20.
2. Vásquez DHF. Buen trato. Su relación con la inteligencia emocional y la convivencia escolar. *Educación y Humanismo*. 2012; 14(23): 37-46.
3. Rodríguez Torres Á , Páez Granja R , Altamirano Vaca E ., Paguay Chávez F , Rodríguez Alvear J , y Calero Morales, S. Nuevas perspectivas educativas orientadas a la promoción de la salud. *Educación Médica Superior*. (2017); 31(4): 1-11.
4. UNICEF. Progreso para la infancia. Un boletín sobre los adolescentes (N010) [Internet]. UNICEF; 2012. Disponible en: https://www.unicef.org/spanish/publications/index_62280.html
5. Ortiz A, Pereyra I. Estudio sobre las características de la alimentación de los adolescentes uruguayos. *Archivos latinoamericanos de nutrición*. 2015; 65(2).
6. Alemañ C, Díaz-Perera G, Bacallao J, Ramírez H, Alemañ E. Factores sociales de estilos de vida de adolescentes de un consultorio Médico de familia de la Atención Primaria de Salud. *Revista Habanera de Ciencias Médicas* [Internet]. 2017 ;16(3): 454-468. <http://www.revhabanera.sld.cu/index.php/rhab/article/view/1072>
7. Muñoz C, Cardona D, Jaramillo V, Restrepo D. Tres contextos para pensar la promoción de la salud mental en la adolescencia. *Katharsis*. 2018; 25: <http://revistas.iue.edu.co/index.php/katharsis>
8. Instituto Colombiano de Bienestar Familiar Encuesta Nacional de Situación Nutricional ENSIN [Internet]. Instituto Colombiano de Bienestar Familiar. 2015. Disponible en: <https://www.icbf.gov.co/bienestar/nutricion/encuesta-nacional-situacion-nutricional#ensin3>
9. Organización Mundial de la Salud (OMS). Enfermedades no transmisibles [Internet]. Organización Mundial de La Salud. 2023. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>
10. Alwan A, Armstrong T, Bettcher D, Branca F, Chisholm D, Ezzati M, Wild C. Informe sobre la situación mundial de las enfermedades no transmisibles 2010: Resumen de orientación. Organización Mundial de la Salud. 2011; 15(1) https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/149296/WHO_NMH_NVI_15.1_spa.pdf
11. Ministerio de Protección Social y Salud. Estrategia de entorno educativo saludable [Internet]. Ministerio de Protección Social. 2019. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/SA/estrategia-entorno-educativo-2019.pdf>
12. Ley 115/1994 Artículo 14, de 8 de febrero, sobre las normas generales para regular el Servicio Público de la Educación que cumple una función social acorde con las necesidades e intereses de las personas, de la familia y de la sociedad. *Diario Oficial* número 41.214, (08 de febrero de 1994). Disponible en: https://www.igac.gov.co/sites/default/files/transparencia/normograma/ley_115_1994_general_educacion_no_formal.pdf
13. Booth T, Ainscow M. Guía para la educación inclusiva. Desarrollando el aprendizaje y la participación en los centros escolares [Internet]. FUEM, OIE. 2015. Disponible en: <https://bibliotecadigital.mineduc.cl/bitstream/handle/20.500.12365/15049/Guia-para-la-Educacion-Inclusiva-OEI.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
14. Ávila Ayarí A, Rangel Lisbeth, Gómez María, Leal Jenith, Fuentes Belkis, Panunzio Amelia. Creencias y conocimientos sobre los estilos de vida saludables en adolescentes de Educación Media. *Multiciencias*. [Internet]. 2016; 16(2): 176-183. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=90452745008>
15. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 2465/2016, de 14 de junio, por la cual se adoptan los indicadores antropométricos, patrones de referencia y puntos de corte para la clasificación antropométrica del estado nutricional de niñas, niños y adolescentes menores de 18 años de edad, adultos de 18 a 64 años de edad y gestantes adultas y se dictan otras disposiciones. 2016.
16. OMS. Patrones de crecimiento infantil [Internet] Disponible en: https://www.who.int/childgrowth/standards/imc_para_edad/es/

17. Organización Mundial de la Salud. Recomendaciones mundiales sobre actividad física para la salud [Internet] Organización Mundial de la Salud. 2014. Disponible en : https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44441/9789243599977_spa.pdf
18. Aguilar R M, Lastre-Amell G, Vásquez A P. Estilos de vida relacionados con factores de riesgo cardiovascular. Archivos Venezolanos de Farmacología y Terapéutica, 2018; 37(2): 54-62.
19. Rojo OM, Merino BJ. El sedentarismo en edad escolar. Promoción de un estilo de vida activo. Universidad de Valladolid. [Internet] 2015. <https://uvadoc.uva.es/bitstream/handle/10324/14747/TFG-G%201459.pdf?sequence=1>
20. Díaz-Martínez, M, Tovar M.B, Torres AM. Estilos de vida y autoimagen en estudiantes de colegios oficiales en Chía, Cundinamarca. *Pediatría*. 2015; 48(1): 15-20.
21. Vidarte Claros JA, Vélez Álvarez C, Sandoval Cuellar C, Alfonso Mora ML. Actividad física: estrategia de promoción de la salud. *Revista Hacia la Promoción de la Salud*. 2011; 16(1): 202 – 218
22. Ministerio de Sanidad. Servicios Sociales e Igualdad. Actividad Física para la Salud y Reducción del Sedentarismo. Recomendaciones para la población. Estrategia de Promoción de la Salud y Prevención en el SNS. [Internet] Ministerio de Salud- 2015. https://www.sanidad.gob.es/areas/promocionPrevencion/actividadFisica/docs/Recomendaciones_ActivFisica_para_la_Salud.pdf
23. Vidarte C, Vélez A, Sandoval C, Alfonso M. Actividad física: estrategia de promoción de la salud. *Hacia la Promoción de la Salud*. 2010; 16(1): 202-218.
24. Litano JV. Prácticas de autocuidado en adolescentes de la IE “Virgen del Varmen” N° 6014. [Trabajo de grado de Especialista en Licenciatura en Enfermería] Universidad Mayor de san Marcos. Lima, Perú: Universidad Nacional Mayor de San Marco; 2015.
25. Díaz J, Daza A, Pino M, De la Hoz Y, Villa M.. Estilos de vida saludable en adolescentes relacionados con alimentación y actividad física: una revisión integrativa. *Salud en movimiento*, 2016; 8(1).
26. Organización Panamericana de la Salud. Encuesta Mundial de Tabaquismo en Jóvenes EMTJ [Internet] Organización Panamericana de la Salud. 2017. Disponible en: <https://www.paho.org/es/emtj>
27. Radilla V, Vega L, Gutiérrez T, Barquera C; Barriguete M, Coronel N. Prevalencia de conductas alimentarias de riesgo y su asociación con ansiedad y estado nutricional en adolescentes de escuelas secundarias técnicas del Distrito Federal, México. *Revista Esp Nutr Comunitaria*. 2015; 21(1): 15-21