

**ESTILOS DE VIDA SALUDABLE DE LOS ESTUDIANTES DE SECUNDARIA
DEL INSTITUTO COLOMBO-VENEZOLANO DE LA CIUDAD DE
MEDELLÍN**

CORPORACIÓN UNIVERSITARIA ADVENTISTA



Facultad de Ciencias de la Salud
Programa de Enfermería

Autor:

María Yaneth Daza Giraldo

Medellín, Colombia

Nota de Aprobación



CORPORACIÓN UNIVERSITARIA ADVENTISTA

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

CENTRO DE INVESTIGACIONES

NOTA DE ACEPTACIÓN

Los suscritos miembros de la comisión Asesora del Proyecto de Grado: **“Estilos de Vida Saludable de los Estudiantes de Secundaria del Instituto Colombo Venezolano de la Ciudad de Medellín”**, elaborado por la estudiante: MARIA YANETH DAZA GIRALDO, del programa de Enfermería, nos permitimos conceptuar que éste cumple con los criterios teóricos, metodológicos y de redacción exigidos por la Dirección de Investigación y por lo tanto se declara como:

Aprobado - Bueno

Medellín, Noviembre 18 de 2014

Mg (c). Milton Andrés Jara
Presidente

Edgardo Ramos
No. Reg. 26510 Ude C.
Enfermero Jefe

Mg. Edgardo Ramos
Secretario

Maria Yaneth Daza Giraldo
Estudiante

AGRADECIMIENTOS

Gracias, al profesor Milton Jara, por su vocación de ser un maestro guía; al profesor Carlos Federico Molina castaño por su apoyo metodológico, a el profesor Edgardo Ramos por los aportes que le hizo a esta investigación y al colegio ICOLVEN, en especial a su rector, que en todo momento tuvo la mejor disposición para realizar la investigación.

SE DEDICA EL TRABAJO A

Mi madre, que no se ha cansado de apoyarme en cada uno de los proyectos emprendidos, además por ser la persona que me alentaba a seguir adelante en los momentos de desesperanza, A mi hijo, por su paciencia y por el tiempo, que estuve ausente entre las carreras del estudio y el trabajo, también a Luis Alberto Gómez Castrillón por el apoyo y la paciencia que me tuvo durante toda mi carrera.

RESUMEN DEL PROYECTO DE GRADO

Corporación Universitaria Adventista

Facultad: Ciencias de la Salud

Programa: Enfermería

Título: ESTILOS DE VIDA SALUDABLE DE LOS ESTUDIANTES DE
SECUNDARIA DEL INSTITUTO COLOMBO-VENEZOLANO DE LA CIUDAD DE
MEDELLÍN.

Nombres del autor:

María Yaneth Daza

Sigla del título académico y nombre del asesor: Mg.

Edgardo Ramos Caballero

Fecha de terminación del proyecto: 18 de Noviembre de 2014

Pregunta de Investigación

¿Cuáles son los estilos de vida saludable de los estudiantes del Instituto Colombo
Venezolano Adventista de la ciudad de Medellín.

Método

Se realizó una investigación empírico analítico, que se basa en la recolección de fuentes primarias de información y el análisis de los datos es de tipo cuantitativo. Se incluyeron 281 estudiantes del Instituto Colombo-Venezolano Adventista (ICOLVEN) de la ciudad de Medellín entre los grados sexto y once de bachillerato. La población se escogió porque, muchos de los problemas de salud de los adultos se originan por los hábitos de vida poco saludables, los cuales se establecen en la edad juvenil. Adicionalmente, se eligió el ICOLVEN, por la estrecha relación con la UNAC, lo cual facilita el acceso a la información y el desarrollo de la investigación.

La información se recolectó por medio del cuestionario FANTÁSTICO, que es un instrumento genérico diseñado en el Departamento de Medicina Familiar de la Universidad *McMaster* de Canadá. Para el análisis de los datos se utilizó el programa SPSS.

Resultados

El mayor porcentaje de los estudiantes evaluados tuvieron un puntaje total que los ubicaba en una escala de un buen o excelente estilo de vida.

Los mayores promedios, tanto en otras drogas y en el puntaje total, se ubicaron entre los grados 6° y 8°, mientras que puntajes más bajos, se observaron entre los grados 9° y 11°, lo que demuestra una relación decreciente entre los estilos de vida saludable y la edad de los escolares, es decir que a medida que se acercan a la adolescencia sus estilos de vida saludable tienden a desmejorar.

Los estudiantes que obtuvieron mejor puntaje, se ubicaron en los padres con alto grado de escolaridad, y los promedios más bajos se ubicaron en los padres con menores estudios, tendencia que se observa en todas las características. Lo que demuestra la relación directa que existe entre el grado de escolaridad de los padres y los estilos de vida saludable de los hijos; de modo que, cuando los padres tienen un nivel de educación mayor, tiende a mostrarse un mejor estilo de vida de sus hijos.

Los puntajes más bajos, se ubicaron en los estudiantes sin ninguna orientación religiosa, y los puntajes más altos, en los practicantes de las religiones, adventista, católica y protestante, lo que indica que existe alguna relación entre la práctica de alguna religión, especialmente adventista, con la calidad de los estilos de vida.

En relación con el género se encontró que los estudiantes masculinos, presentan más actividad física que las mujeres.

Los estudiantes de estrato socioeconómico medio-bajo, presentaron unos estilos de vida menos saludable, lo que indica que hay una relación entre los ingresos económicos de los padres con los hábitos saludables de los hijos.

Los estudiantes de grados escolares ubicados entre 9 y 11 presentaron mayores niveles de consumo de alcohol, drogas y cigarrillo, así como una disminución en las horas de sueño.

Conclusiones

A partir de los resultados obtenidos en la investigación se puede concluir lo siguiente:

El estilo de vida de los estudiantes de secundaria del instituto colombo-venezolano adventista, en términos generales se puede clasificar como saludable.

Existe una relación inversamente proporcional entre el grado de escolaridad y los estilos de vida saludable, lo que significa que en la medida que los estudiantes pasan a un grado de escolaridad mayor sus hábitos saludables tienden a decaer.

El nivel de escolaridad de los padres y los estilos de vida saludable tienen una relación directamente proporcional, ya que a mayor nivel de escolaridad mejor la calidad de los estilos de vida saludable.

La orientación religiosa incide en los comportamientos de vida saludable, toda vez que los estudiantes sin ninguna orientación religiosa demostraron tener menos hábitos saludables, en tanto los estudiantes con orientación religiosa adventista, mostraron mejores resultados.

Los estudiantes de sexo masculino superan a las mujeres en la práctica de actividad física.

El estrato socioeconómico de los padres tiene una relación directamente proporcional con los hábitos de vida saludable de los estudiantes. A menor estrato socioeconómico menor la práctica de estilos saludables.

INTRODUCCIÓN

Los estilos de vida (EV) son la base de la calidad de vida de las personas, la Organización mundial de la salud OMS en el año de 1986 los define como “la percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, sus expectativas, sus normas, sus inquietudes” (1).

La comunidad adventista se caracteriza por incentivar entre los miembros de la comunidad, la práctica de hábitos de vida saludable. Una muestra de la preocupación por este tema, es el semillero de investigación que sobre estilos de vida saludable existe en el programa de enfermería profesional. En reflexiones y discusiones académicas con algunos docentes, se planteó la importancia de establecer cuáles eran los estilos de vida saludable de los estudiantes del colegio colombo-venezolano, ya que en la edad escolar, es donde se adquieren la mayoría de conductas nocivas o beneficiosas para la salud de las personas. Además, el colegio cuenta con la ventaja, de permitir el ingreso de estudiantes no adventistas, situación que permitiría comparar, a partir de la orientación religiosa, el estilo de vida del estudiante.

De este modo se iniciaron los acercamientos con el rector del colegio, quien desde un primer momento se mostró interesado y colaborador con la realización de la investigación. De este modo, durante el segundo semestre del año 2014 se dio comienzo a la recolección de la información con el objetivo de determinar los estilos de vida saludable de los estudiantes del colegio colombo-venezolano adventista, de los grados sextos a once, a través del instrumento FANTASTICO, además de identificar algunos factores sociodemográficos y la asociación entre estos factores y los estilos de vida saludable.

Al hablar del EV, hay que tener en cuenta los componentes que hacen parte de él. Estos se consideran como esquemas de comportamiento que comprenden hábitos saludables y no saludables que interactúan entre sí (2). Los principales aspectos relacionados con el EV, son la sexualidad, el estrés (3), el sueño, el tiempo libre y desde el punto de vista psicosocial: las relaciones interpersonales.

Sin embargo, con el pasar del tiempo, se han estudiado los factores que se consideran de mayor influencia en el diario vivir de las personas, dentro de los cuales se destacan la

actividad física, el autocuidado, auto concepto, consumo de cigarrillo, alcohol, drogas lícitas e ilícitas, alimentación saludable, entre la cual se debe incluir un alto consumo de frutas, verduras y agua; las relaciones sexuales con protección, índice de masa corporal, horas de sueño y equilibrio del perfil lipídico (4).

Existe una gran preocupación por el establecimiento de hábitos de vida saludables en la población, en especial en grupos vulnerables de edad como la adolescencia (5) . La adolescencia es la etapa decisiva en la adquisición de estilos de vida, ya que se consolidan algunas tendencias comportamentales adquiridas en la infancia y se incorporan otras nuevas provenientes de otros entornos sociales de influencia (6).

En la adolescencia y la edad escolar, los individuos suelen tener más independencia y se incrementan los tiempos sin supervisión adulta continua, lo que puede influir en la realización y adquisición de conductas de riesgo (6). Los factores que habitualmente se han investigado en población adolescente sobre estilos de vida saludables hacen referencia a la práctica de actividad físico-deportiva, el consumo de tabaco y de alcohol (7).

En un estudio realizado con escolares de la India (8) se concluyó que había una prevalencia de inactividad del 21 % de los 1.608 escolares encuestados. Además de una relación entre la actividad física el estatus socioeconómico y el consumo de frutas y verduras.

En el Huila se realizó un estudio (9) sobre el estilo de vida de los adolescentes escolares. Considerando sus prácticas y creencias, el estilo de vida de estos jóvenes quedó estipulado de la siguiente manera: el 1,5% come poco saludable, 91,9% saludable, y 6,5% muy saludable.

Por lo anterior, indagar sobre los estilos de vida de los estudiantes del ICOLVEN de los grados de secundaria y su asociación a los factores socio demográficos permitirá conocer los hábitos saludables de modo que se pueden implementar estrategias para evitar problemas de salud, como la obesidad, las enfermedades cardiovasculares, dislipidemias, alcoholismo, tabaquismo y sedentarismo.

ÍNDICE GENERAL

| | |
|--|----|
| CAPITULO I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA | 1 |
| 1.1. Justificación..... | 1 |
| 1.2. Planteamiento del problema | 2 |
| 1.3. Pregunta de investigación..... | 4 |
| 1.4. Objetivos | 4 |
| 1.4.1. Objetivo general..... | 4 |
| 1.4.2. Específicos. | 5 |
| 1.5. Viabilidad de la investigación | 5 |
| 1.6. Alcance de la investigación | 6 |
| 1.7. Delimitaciones de la investigación..... | 6 |
| 1.8. Limitaciones de la investigación | 7 |
| CAPITULO II. MARCO TEÓRICO | 8 |
| 2.1. Marco conceptual | 8 |
| 2.1.1. Autocuidado:..... | 8 |
| 2.1.2. Calidad de vida: según Szalai | 8 |
| 2.1.3. Enfermedad:..... | 9 |
| 2.1.4. Enfermedades no transmisibles..... | 9 |
| 2.1.5. Estilos de vida: | 10 |
| 2.1.6. Estilos de vida saludable | 11 |
| 2.1.7. Hábito..... | 11 |
| 2.1.8. Salud..... | 11 |
| 2.2. Marco referencial..... | 12 |

| | | |
|---------------------------------|---|----|
| 2.3. | Marco institucional..... | 15 |
| 2.4. | Marco legal..... | 18 |
| 2.4.1. | Constitución política de Colombia..... | 18 |
| 2.4.2. | Leyes que regulan la promoción de los hábitos y estilos de vida saludable (práctica regular de la actividad física, alimentación saludable y control del consumo de tabaco) en Colombia | 20 |
| 2.4.3. | Normas sobre ambientes saludables y actividad física | 20 |
| 2.4.4. | Normas sobre alimentación saludable..... | 23 |
| 2.4.5. | Normas sobre control del tabaco..... | 23 |
| 2.4.6. | Normas que incluyen dos o tres temáticas a tratar: actividad física, alimentación saludable y control del tabaco. | 25 |
| 2.5. | Marco disciplinar..... | 27 |
| 2.6. | Marco teórico | 29 |
| 2.6.1. | Consumo de alcohol, cigarrillo y estupefacientes en adolescentes escolares. | 30 |
| 2.6.1.3. | Consumo de estupefacientes en adolescentes escolares..... | 32 |
| 2.6.2. | Hábitos de alimentación en adolescentes escolares | 33 |
| 2.6.3. | Obesidad en adolescentes escolares | 34 |
| 2.6.4. | Dislipidemias en adolescentes escolares | 35 |
| 2.6.5. | Hipertensión arterial en adolescentes escolares | 36 |
| 2.6.6. | Enfermedad cardiovascular en adolescentes escolares | 36 |
| 2.6.7. | Actividad física en adolescentes escolares..... | 36 |
| 2.6.8. | Autoconcepto, autocuidado y estilos de vida en adolescentes escolares. | 37 |
| CAPÍTULO III. METODOLOGÍA | | 38 |
| 3.1. | Población de estudio | 38 |
| 3.2. | Enfoque de investigación | 38 |

| | | |
|--|---|----|
| 3.3. | Tipo de investigación..... | 39 |
| 3.4. | Criterios de inclusión..... | 39 |
| 3.5. | Criterios de exclusión | 39 |
| 3.6. | Tamaño de muestra | 39 |
| 3.7. | Selección de muestra..... | 40 |
| 3.8. | Instrumento para la recolección de la información | 40 |
| 3.9. | Análisis de confiabilidad del instrumento | 41 |
| 3.10. | Recolección de datos..... | 42 |
| 3.11. | Estrategias de análisis de datos | 42 |
| 3.12. | Aspectos éticos | 43 |
| 3.13. | Cronograma de actividades..... | 45 |
| CAPÍTULO IV. ANÁLISIS DE DATOS | | 46 |
| CAPÍTULO V. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES | | 57 |
| 5.1. | Conclusiones | 57 |
| 5.2. | Recomendaciones | 58 |
| REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS..... | | 60 |
| ANEXOS | | 69 |
| ANEXO 1. Carta de permiso para realizar la investigación en el instituto colombo-venezolano..... | | 70 |
| ANEXO. 2 Autorizaciones de los directivos del instituto colombo-venezolano para realizar la investigación..... | | 71 |
| ANEXO 3. Encuesta sobre factores sociodemográficos..... | | 72 |
| ANEXO 4. Instrumento FANTÁSTICO..... | | 73 |
| ANEXO 5. Solicitud de autorización para aplicar el instrumento..... | | 74 |
| ANEXO 6. Autorización para la aplicación del instrumento..... | | 75 |

| | |
|--|----|
| ANEXO 7. Diccionario de variables..... | 76 |
|--|----|

INDICE DE TABLAS

| | |
|---|----|
| Tabla 1. Cronograma de actividades | 45 |
| Tabla 2. Características sociodemográficas de los estudiantes de secundaria del ICOLVEN | 47 |
| Tabla 3. Resultados del cuestionario FANTASTICO, clasificado por dominios | 48 |
| Tabla 4. Puntaje total del cuestionario FANTASTICO | 49 |
| Tabla 5. Puntajes promedios de los dominios del cuestionario FANTASTICO comparados por género. | 50 |
| Tabla 6. Puntajes promedios de los dominios del cuestionario FANTASTICO comparados por estrato socioeconómico..... | 51 |
| Tabla 7. Puntajes promedios de los dominios del cuestionario FANTASTICO comparados por estrato socioeconómico dicotomizado | 51 |
| Tabla 8. Puntajes promedios de los dominios del cuestionario FANTASTICO comparados por grado escolaridad del participante | 52 |
| Tabla 9. Puntajes promedios de los dominios del cuestionario FANTASTICO comparados por grado de escolaridad de los padres. | 53 |
| Tabla 10. Puntajes promedios de los dominios del cuestionario FANTASTICO comparados por grado de escolaridad de los padres, dicotomizado..... | 54 |
| Tabla 11. Puntajes promedios de los dominios del cuestionario FANTASTICO comparados por orientación religiosa..... | 55 |
| Tabla 12. Puntajes promedios de los dominios del cuestionario FANTASTICO comparados por orientación religiosa, dicotomizado..... | 55 |
| Tabla 13. Puntajes promedios de los dominios del cuestionario FANTASTICO comparados por IMC..... | 56 |

CAPÍTULO I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. Justificación

La realización de la presente investigación se justifica por las siguientes razones: Permitirá conocer los hábitos de vida de los estudiantes de secundaria del instituto colombo-venezolano adventista. Dicha determinación, es importante a fin de poder generar e implementar estrategias que permitan fortalecer las costumbres saludables de modo que su práctica no decaiga en la medida que avanza la edad escolar. Objetivo que es característico en la comunidad adventista, para la cual, el ser humano, además de su condición de ser espiritual también es un ser material, y lo uno no debe reñir con lo otro, al contrario debe existir una integración entre el espíritu y el cuerpo como dos manifestaciones de la grandeza de Dios.

Además, servirá como fundamento para nuevas investigaciones sobre los estilos de vida de los escolares y estrategias para intervenir los hábitos no saludables de los adolescentes del colegio ICOLVEN. Ya que si no se realiza una intervención a tiempo, los efectos pueden ser graves e irreversibles en sus vidas, la de sus familiares y del conglomerado social.

Desde su relevancia en el campo del conocimiento, la presente, será la primera investigación que estudia los hábitos de vida saludable de los escolares del colegio ICOLVEN, lo que aporta nuevo conocimiento al mundo académico.

Para la comunidad adventista es importante la investigación porque le permitirá fundamentar sus enseñanzas y método de formación escolar, con base en datos contrastables empíricamente, que demuestren el plus, que ofrece estudiar en una institución cuya filosofía de vida es la adventista.

También, esta investigación es importante para el cuidado, en la medida que los profesionales de enfermería deben incentivar y concientizar a los pacientes sobre la importancia de los comportamientos saludables, para sus vidas, así se busca fortalecer el

área de la prevención de la enfermedad para disminuir los factores de riesgo que permiten la aparición de patologías.

Un profesional de enfermería debe conocer los elementos que hacen parte de un estilo saludable. En la medida que los hábitos sean altamente saludables y tiende a disminuir la aparición de enfermedades, situación que redundaría en un beneficio no solo para las personas consideradas individualmente sino también como conglomerado social.

Además, la investigación es importante para la pedagogía, ya que con los resultados, los maestros del instituto colombo-venezolano adventista pueden pensar, crear e implementar estrategias sobre comportamientos de vida saludable.

1.2. Planteamiento del problema

La adolescencia es una de las etapas cruciales y críticas en la vida de los seres humanos, pues, en ésta se perfilan rasgos fundamentales de la personalidad y se asientan muchos de los hábitos que se van a desarrollar el resto de la vida. Además durante estos años se producen cambios importantes que pueden afectar el bienestar, dado que se consolidan factores como la identidad personal y social (10).

De los hábitos de vida que se formen, algunos pueden ser saludables y otros no. En los primeros se incluyen, una dieta sana y balanceada (11), práctica regular de algún tipo de actividad física y recreativa, sueño regular, con una duración mínima de 8 horas diarias, tiempo para el ocio, el estudio y la familia. Dentro de los segundos, se pueden encontrar el sedentarismo, alcoholismo, tabaquismo (12) y drogadicción.

Los hábitos saludables generan innumerables beneficios para la salud corporal y mental, en cambio, los hábitos que no son saludables, pueden ocasionar diferentes daños o efectos

adversos para la integridad de las personas, entre ellos, se pueden mencionar, los trastornos alimenticios como la anorexia, bulimia y obesidad, las enfermedades pulmonares, dislipidemias, depresión, diabetes, hipoglucemia, enfermedades cardiovasculares (13).

Ahora bien, un diagnóstico en edades tempranas de los hábitos de vida saludable de las personas, permite identificar factores de riesgo para su salud; los cuales, pueden ser modificados con la ayuda de la familia, la escuela y el círculo social, para evitar los daños futuros. Es así que, se pone en práctica una atención en salud que busca prevenir para no tener que curar.

Por lo anterior, es importante conocer los estilos de vida de los estudiantes de secundaria del colegio ICOLVEN, con miras a implementar estrategias, para resaltar los hábitos saludables y hacer recomendaciones sobre los hábitos adversos a la salud.

El hecho de que no se tenga un diagnóstico de las conductas nocivas para la salud de los menores, puede favorecer la aparición de enfermedades crónicas en un futuro, situación que se convierte en un problema de salud pública, con los enormes costos económicos y sociales que ello conlleva.

Basta con analizar la gran problemática que ha generado la obesidad, tanto en la salud pública mundial como en la vida de millones de personas. Enfermedad que en muchos de los casos es generada por malos hábitos de vida: alimentación poco saludable, poca o ninguna práctica deportiva, pocas horas de sueño, altos niveles de estrés, etc.

Otra de las enfermedades es el alcoholismo y la drogadicción, conductas, que son más dañinas para la salud de la persona, cuando se adquieren en la edad escolar. Además ello afecta la vida familiar, el desempeño laboral y el autocuidado de la persona, para quien el consumo de estas sustancias se convierte en el sentido orientador de su existencia.

Así que, hace parte del compromiso social y pedagógico, casi una exigencia, que en las instituciones educativas se tenga disponibilidad de información sobre las condiciones y comportamiento de vida saludable de sus escolares. Mayor es la responsabilidad, que como en el caso del Colegio Colombo-Venezolano Adventista de la ciudad de Medellín, pregona una filosofía de vida adventista, que lleva ínsito el mejoramiento de la calidad de vida de las personas, por medio del espíritu y el cuerpo.

¿Acaso no resulta más pertinente intervenir las conductas nocivas a la salud, en la edad escolar, que cuidar y tratar los padecimientos del adulto, generados por falta de hábitos de vida saludable? y ¿cómo se puede intervenir, si previamente no existe una identificación de los comportamientos de salud de la población joven?

1.3. Pregunta de investigación

¿Cuáles son los estilos de vida saludable de los estudiantes de secundaria del Colegio Colombo-Venezolano adventista de la ciudad de Medellín?

1.4. Objetivos

1.4.1. Objetivo general.

Determinar los estilos de vida saludable de los estudiantes de secundaria del Colegio Colombo-Venezolano Adventista de la ciudad de Medellín.

1.4.2. Específicos.

Identificar factores socio-demográficos y cómo influyen en los estilos de vida de los estudiantes de secundaria del colegio colombo-venezolano adventista de la ciudad de Medellín.

Establecer los estilos de vida saludables de los estudiantes del colegio colombo-venezolano adventista de la ciudad de Medellín.

1.5. Viabilidad de la investigación

La realización de la investigación es viable, toda vez, que los recursos económicos que se requieren, pueden ser pagados por la investigadora, porque no representan un valor cuantioso. El acceso al lugar donde se va recolectar la información es fácil; la institución educativa hace parte de la comunidad adventista, lo cual es una razón para inferir que va a existir buena disponibilidad y colaboración para el desarrollo de la investigación.

La recolección de la información se realizó en un solo día por medio de una encuesta estructurada y un instrumento diligenciable denominado FANTASTICO. La investigadora cuenta con la capacidad para acceder a los recursos materiales necesarios para la investigación, los cuales consisten de manera general en resmas de papel, computador portátil, memoria usb y sobres de manila, lapiceros, borrador, lápices .

El material bibliográfico que se va a utilizar como soporte teórico de la investigación va a ser descargado de las bases de datos que tiene la Corporación Universitaria Adventista, factor que favorece la viabilidad de la investigación, pues no tendrá que hacerse inversión para la compra de textos.

1.6. Alcance de la investigación

La presente investigación, busca obtener datos, a partir de la recolección de información por medio del formato FANTASTICO, que permitirá identificar los estilos de vida de los estudiantes de secundaria del colegio colombo-venezolano adventista de la ciudad de Medellín durante el segundo semestre del año 2014. Investigación empírica, descriptiva. La pregunta de investigación a la que se pretende dar respuesta por medio de la contrastación empírica se hará con fundamento en los datos recolectados con el instrumento FANTASTICO, los cuales se analizarán en el software estadístico SPSS.

De este modo se logrará establecer cuál es el estado de vida saludable de los escolares. Ello no obsta para que en oportunidades futuras se puedan presentar propuestas para mejorar los estilos de vida que no son saludables, pero debe resaltarse que esta investigación únicamente busca conocer los hábitos de vida de los escolares, pero de modo alguno realizar una crítica o generar propuestos sobre la importancia de la vida saludable y el autocuidado.

La investigación tampoco tiene como pretensión formular una nueva teoría sobre el autocuidado o sobre los hábitos de vida saludable, sino apoyarse en la producción teórica que al respecto han realizado académicos como la profesora Dorothea Orem, quien dedicó gran parte de su vida a la investigación del autocuidado.

1.7. Delimitaciones de la investigación

La presente investigación toma como punto de partida teórico el concepto de autocuidado de Dorothea Orem a, para quien la persona es “una unidad, que funciona, química, simbólica y socialmente, con las suficientes capacidades y actitudes para comprometerse en desarrollar actividades de autocuidado y crecimiento personal” (13).

La importancia de esta concepción teórica dentro de los estilos de vida saludable radica en que uno de los aspectos de más trascendencia en la práctica de estos hábitos es la conciencia que sobre el autocuidado tenga cada persona, que lo conciba como una conducta que se aprende y como tal debe ser practicada de manera constante a fin de fortalecerla para convertirla en una necesidad. El autocuidado implica para las personas la exigencia de conocer sus limitaciones y expectativas, así como sus fortalezas de modo que se puedan implementar conductas saludables realistas y realizables.

La investigación pretende demostrar, a partir de los datos que se obtengan cuáles son los hábitos de vida saludable de los escolares de secundaria del colegio colombo-venezolano adventista de la ciudad de Medellín, para que con los resultados de esta investigación, crear la necesidad de fortalecer, si es que existen, o implementar programas dirigidos al fomento de los estilos de vida saludable en la edad escolar.

1.8. Limitaciones de la investigación

Para el desarrollo de la investigación, se pueden presentar obstáculos al momento de recolección de información, porque algunos de los sujetos de la población, puede que no respondan con sinceridad el cuestionario FANTASTICO o realicen un diligenciamiento incompleto o erróneo, además, también se puede presentar que los estudiantes del colegio colombo-venezolano adventista de la ciudad de Medellín no presten la debida colaboración, así como las directivas del colegio se opongan a la obtención de los datos.

También puede suceder que los estudiantes no comprendan las preguntas que se realizan en el cuestionario FANTASTICO. Otro de los obstáculos puede ser que la investigadora no cumpla con los tiempos para el desarrollo de la investigación. En este sentido que abandone la realización de ésta. Otro de los posibles riesgos es que los materiales presupuestados para el desarrollo de la investigación no sean los suficientes.

CAPÍTULO II. MARCO TEÓRICO

2.1. Marco conceptual

Para el desarrollo de esta investigación es importante definir los siguientes conceptos:

2.1.1. Autocuidado:

Para Tobón: “El autocuidado se refiere a las prácticas cotidianas y a las decisiones sobre ellas, que realiza una persona, familia o grupo para cuidar de su salud; estas prácticas son ‘destrezas’ aprendidas a través de toda la vida, de uso continuo, que se emplean por libre decisión, con el propósito de fortalecer o restablecer la salud y prevenir la enfermedad” (14).

También puede entenderse la práctica de autocuidado como “la ejecución de actividades que las personas inician y hacen por sí mismas para el mantenimiento de la vida, la salud y el bienestar (15)”.

La profesora Orem lo define como “La conducta aprendida por el individuo dirigida hacia sí mismo y el entorno para regular los factores que afectan su desarrollo en beneficio de la vida, salud y bienestar” (16). Por su trascendencia teórica y académica en la presente investigación se adopta el concepto expuesto por Dorothea Orem.

2.1.2. Calidad de vida: según Szalai “Calidad de vida es la evaluación subjetiva del carácter bueno o satisfactorio de la vida como un todo” (17).

Para otro autor es un “Término multidimensional de las políticas sociales que significa tener buenas condiciones de vida ‘objetivas’ y un alto grado de bienestar ‘subjetivo’, y

también incluye la satisfacción colectiva de necesidades a través de políticas sociales en adición a la satisfacción individual de necesidades” (18).

Por considera que es la más completa, en la investigación se acoge la siguiente definición: “Es un estado de satisfacción general, derivado de la realización de las potencialidades de las personas. Posee aspectos objetivos y subjetivos. Es una sensación de bienestar físico, psicológico y social” (19).

2.1.3. Enfermedad: según la Organización Mundial de la Salud es la “Alteración o desviación del estado fisiológico en una o varias partes del cuerpo, por causas en general conocidas, manifestada por síntomas y signos característicos, y cuya evolución es más o menos previsible” (20).

Otra de las definiciones: “Falta de "ease" (tranquilidad); una condición patológica del cuerpo que presenta un grupo de signos y síntomas y hallazgos de laboratorio peculiares y que identifica la condición como una entidad anormal que difiere de otros estados del cuerpo normales o patológicos” (21).

Otra de las definiciones: “cualquier desviación o interrupción de la estructura normal o función de cualquier parte, órgano o sistema (o combinación de los mismos) del cuerpo que se manifiesta por un conjunto característico de síntomas y signos” (22). En razón de su extendido uso, para la presente investigación se opta por el concepto de la OMS.

2.1.4. Enfermedades no transmisibles

Las enfermedades no transmisibles (ENT), también conocidas como enfermedades crónicas, no se transmiten de persona a persona. Son de larga duración y por lo general evolucionan lentamente. Los cuatro tipos principales de enfermedades no transmisibles son las enfermedades cardiovasculares (como ataques cardíacos y accidentes cerebrovasculares), el cáncer, las enfermedades respiratorias crónicas (como la enfermedad pulmonar obstructiva crónica y el asma) y la diabetes. (23)

Otra de las definiciones es: “Enfermedades de larga duración cuya evolución es generalmente lenta. Estas enfermedades representan una verdadera epidemia que va en aumento debido al envejecimiento de la población y los modos de vida actuales que acentúan el sedentarismo y la mala alimentación” (24).

También se les define como “Enfermedades no infecciosas causadas por un agente distinto al patógeno, pueden ser el resultado de factores o del propio estilo de vida” (25). Para esta investigación se entiende por enfermedades no transmisibles, lo aseverado por la Organización Mundial de la Salud, en razón de que es la definición que de manera más general se ha adoptado en los círculos académicos y científicos.

2.1.5. Estilos de vida: “hábito de vida o forma de vida hace referencia a un conjunto de comportamientos o actitudes cotidianos que realizan las personas, algunos de los cuales pueden ser no saludables” (17).

Para la OPS “el estilo de vida es un modo de vida individual, es la forma de vivir de las personas. Se relaciona estrechamente con la esfera conductual y motivacional del ser humano, y por lo tanto, alude a la forma personal en que el hombre se realiza como ser social en condiciones concretas y particulares” (26).

Para Campos, el estilo de vida es un aspecto de la actividad vital diaria de la persona, que revela hábitos estables, costumbres, conocimiento, valores y riesgos de la conducta que se convierten en componentes de las principales de causa de muerte por comportamientos poco sano (27).

En la investigación se toma como concepto base, el de Campos, debido a que resulta más detallado en cuanto a los elementos que tienen incidencia en la salud de las personas.

2.1.6. Estilos de vida saludable: según la Organización Mundial de la Salud, un estilo de vida saludable es “una forma de vida que permite disminuir el riesgo de estar gravemente enfermo o de una muerte temprana” (28).

Para Maya “el estilo de vida saludable es un proceso social que involucra una serie de tradiciones, hábitos y costumbres de los individuos y grupos que conlleva la satisfacción de necesidades humanas para alcanzar el bienestar y una vida satisfactoria (29).

Además es concebido como: “Una forma de vida, con un mínimo de contaminación, estrés y factores nocivos para la salud y el bienestar de cada ser humano en todas sus dimensiones, dentro del contexto en el cual se desenvuelve.

Dicho estilo de vida saludable ideal es aquel que cuenta con una dieta balanceada, ejercicio, relajación, recreación, trabajo moderado, promoción de la salud y prevención de la enfermedad mediante el fortalecimiento de las medidas de auto cuidado, que contrarrestan los factores nocivos” (30). Por su uso extendido en esta investigación se utiliza la definición de la Organización Mundial de la Salud.

2.1.7. Hábito: está será entendida como “El modo especial de proceder o conducirse adquirido por repetición de actos iguales o semejantes, u originado por tendencias instintivas” (31).

Otro autor lo define como “Una *habilidad* adquirida a raíz de repetir acciones físicas similares” (32).

Para esta investigación se acoge la definición dada por la Real Academia Española.

2.1.8. Salud: Según el diccionario de la Real Academia Española la salud es “Estado en que el ser orgánico ejerce normalmente todas sus funciones (33)”.

Para Briceño-León “la salud es una síntesis; es la síntesis de una multiplicidad de procesos, de lo que acontece con la biología del cuerpo, con el ambiente que nos rodea, con las relaciones sociales, con la política y la economía internacional” (34).

De éstas definiciones sobre salud, en esta investigación se adopta el concepto establecido por la Organización Mundial de la Salud plasmado en el preámbulo de su Constitución y que dice: “La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades” (13). Ello por su importancia e influencia mundial.

2.2.Marco referencial

El porcentaje de personas en el mundo con nutrición insuficiente bajó del 24% en el período 1990–1992 al 14% en el correspondiente a 2011-2013. Sin embargo, en la última década los avances se enlentecieron. Lograr para 2015 el objetivo de reducir a la mitad el porcentaje de personas que padecen hambre requerirá esfuerzos adicionales inmediatos, especialmente en los países donde se ha avanzado poco. (35)

“En 2012, el 89% de la población mundial utilizaba fuentes de agua mejoradas, cifra que en 1990 era del 76%. Entre 1990 y 2012, más de 2.300 millones de personas lograron acceder a una fuente mejorada de agua potable” (35).

Además, en todo el mundo, “uno de cada cuatro niños menores de cinco años tiene una altura inadecuada para su edad” (35).

También,

La abrumadora mayoría de personas que viven con menos de 1,25 dólares al día vive en Asia meridional y en África subsahariana. En 2010, un tercio de los 1.200 millones de personas del mundo en condiciones de pobreza extrema vivía en India. China, a pesar de su gran avance en la reducción de la pobreza, ocupaba el segundo lugar, con casi el 13% de la población mundial que vive en condiciones de pobreza extrema. A ella le seguían Nigeria (9%), Bangladesh (5%) y la República Democrática del Congo (5%). En 2010, casi dos

tercios del total de personas en condiciones de pobreza extrema vivían en esos cinco países (35).

En el 53° Informe de la Asamblea Mundial de la Salud (OMS), se señala que las 4 enfermedades más importantes: cardiovasculares, cánceres, enfermedades pulmonares y diabetes, son evitables en gran medida mediante un estilo de vida activo y saludable, el cual determina la calidad de vida presente y futura de la humanidad (36).

En Estados Unidos (37) se logró reducir en las últimas tres décadas en más de un 15% el consumo de alcohol de estudiantes de secundaria, así como el embarazo en las adolescentes en más del 50% en solo 10 años, sin embargo los niños obesos se triplicaron con los consabidos riesgos que ello implica para la salud.

Según la Organización de las Naciones Unidas para la alimentación y la agricultura (FAO), en países como Chile, Argentina, Uruguay y México se están haciendo esfuerzos a ofrecer una alimentación escolar saludable en vista de la malnutrición. Esto ha tenido como consecuencia que en los recintos escolares y en su entorno se haya limitado la venta o provisión de comida “chatarra” aquella que es poco saludable por sus altos contenidos de grasas y azúcares (38).

De los estudios que se han realizado en Colombia, vinculados con los hábitos de vida saludable, primero el programa RUMBOS de la Presidencia de la República realizó la “Encuesta nacional sobre consumo de sustancias psicoactivas en jóvenes de 10 a 24 años”(32) realizada en el 2001 por el programa RUMBOS de la Presidencia de la República, el “Estudio Nacional de Salud Mental” del año 2003 realizado por el Ministerio de la Protección Social en asocio con la Organización Mundial de la Salud OMS y la “Encuesta Nacional sobre Consumo de Sustancias Psicoactivas en Jóvenes Escolares entre 12 y 17 años”, realizada por el Ministerio de la Protección Social y la CICAD/OEA en el 2004”(33).

En el año 2008, se volvió a realizar la Encuesta nacional sobre consumo de sustancia psicoactivas en jóvenes de 10 a 24. Estudio que correspondió a una encuesta de hogares en

una población de 12 a 65 años de años de las ciudades con 30.000 o más habitantes. Se seleccionó una muestra de 46.000 hogares lográndose un total efectivo de 29.164 personas, la que representó a 19.764.799 habitantes del país. Se construyó un cuestionario que contiene preguntas para estimar la magnitud del uso tanto de drogas lícitas (tales como tabaco, alcohol, tranquilizantes y estimulantes sin prescripción médica) como drogas ilícitas (33).

Sobre la conducta alimentaria, se refiere, un estudio realizado en Cundinamarca (39) (Colombia), en el que se indagaba sobre trastornos de la conducta alimentaria en jóvenes escolarizados, un estudio realizado en una institución educativa de Cali (40), uno en Medellín (41), cuya muestra estuvo constituida por 2.603 individuos entre niños y adolescentes de 6 a 18 años; y otro realizado en Tunja (42) en el año 2012.

En cuanto a la alimentación, se implementó la Encuesta Mundial de Salud a Escolares en 2007, en colegios públicos y privados de Bogotá, Bucaramanga, Cali, Manizales y Valledupar. Se hizo un muestreo por conglomerados, de colegios y clases, cuyos resultados son representativos por ciudades para los jóvenes escolares entre 13 y 15 años. La muestra incluyó un total de 191 colegios, entre públicos y privados. Para las ciudades de Bogotá y Cali se seleccionaron 50 colegios; para Valledupar, 31; y para Bucaramanga y Manizales, 30 en cada ciudad.

Sobre los hábitos de vida saludable de los adolescentes escolares, se destaca un estudio realizado en el Huila cuya muestra correspondió a los estudiantes matriculados en básica secundaria y media vocacional de instituciones públicas y privadas del departamento (256.857). Para la selección de la muestra se realizó un muestreo aleatorio estratificado, y fue conformado por 916 estudiantes (640 de básica secundaria, es decir el 70% de la muestra; y 276 de educación media vocacional, el 30%).

Por último, en relación con el estado actual del problema de investigación se debe mencionar que en el Instituto Colombo Venezolano Adventista no hay estudios sobre los estilos de vida saludable de los estudiantes de secundaria, de modo que éste se convierte en un estudio piloto, el cual se espera sea replicado por otros investigadores en momentos posteriores, de modo que aumenten los conocimientos sobre los hábitos de los escolares.

2.3. Marco institucional

El 18 de julio de 1981 se creó la Corporación Universitaria Adventista (UNAC) con el fin de impartir la educación post-secundaria en la modalidad universitaria. La UNAC recibió la personería Jurídica No. 8529 el 6 de junio de 1983, expedida por el Ministerio de Educación Nacional.

En el proceso de su desarrollo académico cuenta con cinco facultades organizadas con programas de pregrado adscritos, estas facultades son: Educación, Teología, Ciencias de la Salud, Ciencias Administrativas y Contables, Ingenierías.

La UNAC ha trabajado con miras a formar profesionales muy competitivos y de altas calidades morales y espirituales, por ello dentro de su quehacer cotidiano participa en diferentes procesos que velan por la calidad institucional.

La Corporación Universitaria Adventista - UNAC declara como su misión: Propiciar y fomentar una relación transformadora con Dios en el educando por medio de la formación integral en las diferentes disciplinas del conocimiento, preparando profesionales competentes, éticamente responsables, con un espíritu de servicio altruista a Dios y a sus semejantes, dentro del marco de la cosmovisión bíblico cristiana que sustenta la Iglesia Adventista del Séptimo Día.

En su visión expresa que la Corporación Universitaria Adventista con la dirección de Dios, ser una comunidad universitaria adventista con proyección internacional, reconocida por su

alta calidad, su énfasis en la formación integral, la cultura investigativa y la excelencia en el servicio, que forma profesionales con valores cristianos, comprometidos como agentes de cambio con las necesidades de la sociedad y su preparación para la eternidad.

Como historia la Facultad de Ciencias de la Salud de la Corporación Universitaria Adventista está íntimamente ligada a la historia de la Tecnología en Atención rehospitalaria de Urgencias, Emergencias y Desastres, por ser la primera carrera que se desarrolló en el área de la salud.

En el año 2003 la Asamblea General de la Universidad decidió conformar la Facultad de Ciencias de la Salud. El 13 de junio de 2006, el Consejo Superior de la Universidad, mediante la Resolución 002, autorizó la presentación del proyecto de la carrera de Enfermería ante el Ministerio de Educación para obtener el Registro Calificado para la misma. En el mes de julio de 2007, se recibió visita de Pares Académicos del Ministerio de Educación, de la Comisión Nacional de Aseguramiento de la Calidad en la Educación Superior (CONACES), obteniendo un informe positivo para la creación del programa. Finalmente, el 2 de octubre de 2008 se recibió la Resolución 6703 del Ministerio de Educación, otorgando Registro Calificado por 7 años para la carrera.

La carrera de Enfermería inició actividades el 1 de julio de 2009, con una cohorte de 25 estudiantes escogidos mediante proceso de selección entre cerca de 100 aspirantes. En la actualidad el programa se desarrolla de forma adecuada con grandes expectativas y con un programa basado en ciclos vitales que está estructurándose con miras a mantener criterios de alta calidad en su desarrollo.

Dentro de la Misión de la Facultad de Ciencias de la Salud esta: La Facultad de Ciencias de la Salud es una unidad académica administrativa que, inspirada en los principios y valores cristianos, en armonía con la filosofía adventista de la educación, tiene la misión de formar educadores íntegros, con sólida fundamentación pedagógica, competentes profesionalmente en su saber específico, comprometidos en la investigación y dedicados al servicio de la humanidad.

Y como Visión propone para el año 2020 la Facultad de Ciencias de la Salud será reconocida a nivel nacional por la formación de profesionales de la Salud con alta calidad pedagógica, investigativa y tecnológica, competentes en el diseño e implementación de actividades de salud que respondan a la sociedad con pertinencia y eficiencia, y a las demandas del sistema educativo en sus diferentes modalidades.

En la historia del Instituto Colombo Venezolano Adventista

En 1936 se fundó en las afueras de Medellín, por parte de la Iglesia Adventista del Séptimo Día, un colegio de carácter privado que inició labores el 15 de febrero de 1937 bajo la dirección de G.W. Chapman, en una casa del barrio Aranjuez. En julio de 1941 la institución se trasladó a una propiedad adquirida en el sector del barrio Santa Teresita de La América, que llevaba el nombre de El Noral.

Después de varios años de intensa lucha, y tras haber construido, adecuado y equipado diversas instalaciones como las de los dormitorios de señoritas y de varones, se logró la Licencia de Funcionamiento, el 19 de diciembre de 1958, y según resolución 2852, se alcanzó el reconocimiento de los estudios de la Escuela Primaria. Unos años más tarde, por resolución 1178 del 25 de mayo de 1966, el Ministerio de Educación Nacional aprobó los estudios de bachillerato. La sección del Ciclo Profesional Normalista, que luego fuera la génesis de los actuales estudios universitarios, obtuvo su Licencia de Funcionamiento por resolución 247 del 15 de junio de 1969, y finalmente fue aprobada por resolución 6291 del 3 de noviembre de 1971.

La Misión Instituto Colombo Venezolano Adventista dice que: El Instituto Colombo-Venezolano reconoce a Dios como Creador, Redentor y Sustentador del hombre y del universo; y en armonía con los principios filosóficos y educativos inspirados por el Espíritu Santo, evidenciados en la naturaleza, ejemplificados por Jesucristo, expuestos en las Sagradas escrituras y tal como los profesa la Iglesia Adventista del Séptimo Día, declara como su Misión: Propiciar y fomentar una significativa relación del hombre con Dios por medio del trabajo en las diferentes disciplinas del conocimiento.

En consecuencia, el Instituto Colombo-Venezolano se define como un plantel educativo sin ánimo de lucro, que desarrolla su labor enmarcada en el servicio a Dios, a la comunidad adventista y a la sociedad en general. El trabajo del conocimiento se fundamenta en tres pilares: la formación integral, la cultura investigativa y la excelencia en el servicio, donde el hombre es el centro del proceso educativo que persigue el desarrollo armónico de los aspectos físicos, mentales y espirituales. La misión se desarrollará en procura de altos niveles de calidad educativa, a través de un personal calificado y con profundo sentido de compromiso, apoyado en el uso óptimo de los recursos físicos, financieros y tecnológicos.

Como Visión el Instituto Colombo Venezolano Adventista dice: El Instituto Colombo-Venezolano promoverá la educación Preescolar, Básica y Media con excelencia académica, la cultura investigativa, la educación integral y la proyección social hacia la comunidad, en el área metropolitana de Medellín con el propósito de contribuir al desarrollo de buenos ciudadanos para este mundo y la eternidad.

2.4. Marco legal

A continuación se describe, iniciando por la Constitución, las principales normas relacionadas con los estilos de vida saludable.

2.4.1. Constitución política de Colombia.

Entre los artículos que se refieren a la promoción de los estilos y hábitos de vida saludables (práctica regular de la actividad física, alimentación saludable y el control del consumo de tabaco) en la Constitución Política de Colombia de 1991 (43) se resaltan los siguientes:

- 2.4.1. 1 Artículo 44.** Reconoce entre los derechos fundamentales de los niños el derecho a la integridad física, la salud y la seguridad social, la alimentación equilibrada y la recreación.
- 2.4.1. 2 Artículo 48.** Señala que la salud de la población colombiana es una responsabilidad directa del Estado, cuya accesibilidad le corresponde garantizar a las distintas autoridades, sectores sociales, económicos públicos y privados.
- 2.4.1. 3 Artículo 49.** Determina que corresponde al Estado garantizar a todas las personas el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud; de la misma manera establece que toda persona tiene el deber de procurar el cuidado integral de su salud y la de su comunidad.
- 2.4.1. 4 Artículo 52.** Establece que el ejercicio del deporte, sus manifestaciones recreativas, competitivas y autóctonas tienen como función la formación integral de las personas, preservar y desarrollar una mejor salud en el ser humano.
- 2.4.1. 5 Artículo 64.** Determina que es deber del Estado promover el acceso de los trabajadores agrarios a los servicios de educación, salud, vivienda, seguridad social y recreación, con el fin de mejorar el ingreso y calidad de vida de los campesinos.
- 2.4.1. 6 Artículo 79.** Establece que todas las personas tienen derecho a gozar de un ambiente sano.

2.4.1.7 Artículo 95. Señala que son deberes de la persona y del ciudadano, entre otros: velar por la conservación de un ambiente sano.

2.4.2. Leyes que regulan la promoción de los hábitos y estilos de vida saludable (práctica regular de la actividad física, alimentación saludable y control del consumo de tabaco) en Colombia.

Ley 1355 de 2009: por medio de la cual se define la obesidad y las enfermedades crónicas no transmisibles asociadas a esta como una prioridad de salud pública y se adoptan medidas para su control, atención y prevención (44).

Decreto 2771 de 2008: por el cual se crea la Comisión Nacional Intersectorial para la coordinación y orientación superior del fomento, desarrollo y medición de impacto de la actividad física (45).

2.4.3. Normas sobre ambientes saludables y actividad física

Ley 9 de 1979 establece:

Normas tendientes a preservar, conservar y mejorar la salud de los individuos en sus ocupaciones tales como: la protección de la persona contra los riesgos relacionados con agentes físicos, químicos, biológicos, orgánicos, mecánicos y otros que pueden afectar la salud individual o colectiva en los lugares de trabajo; eliminar o controlar los agentes nocivos para la salud en los lugares de trabajo; proteger a los trabajadores y a la población contra los riesgos para la salud provenientes de la producción, almacenamiento, transporte, expendio, uso o disposición de sustancias peligrosas para la salud pública. (46)

Ley 99 de 1993 dispone que:

Corresponde al Ministerio del Medio Ambiente, formular, conjuntamente con el Ministerio de Salud, la política nacional de población; promover y coordinar con estos programas de control al crecimiento demográfico y hacer evaluación y seguimiento de las estadísticas demográficas nacionales, e igual que establecer las áreas y definir actuaciones y tratamientos respecto de los espacios libres para parques y zonas verdes de escala urbana y zonal y, en general, todas las que se refieran al espacio público vinculado al nivel de planificación de largo plazo. (47)

Ley 115 de 1994. Ley General de la Educación: “Reconoce a la educación física, la recreación y la utilización adecuada del tiempo libre, como uno de los fines de la educación colombiana, y establece su carácter de proyecto pedagógico transversal, obligatorio del currículo en la educación preescolar, básica y media” (48).

Ley 181 de 1995.(artículo 3,numeral5): “Dispone como uno de los objetivos del Estado garantizar el acceso de las personas a la práctica del deporte y la recreación, fomentar la creación de espacios que faciliten la actividad física, el deporte y la recreación como hábito de salud y mejoramiento de la calidad de vida y el bienestar social” (49).

Ley 375 de 1997: Ley de Juventud: “Establece que el Estado debe garantizar el ejercicio del derecho de los jóvenes a la recreación, práctica de deporte y aprovechamiento creativo del tiempo libre. Para esto dispondrá de los recursos físicos, económicos y humanos necesarios” (50).

Ley 397 de 1997: Ley General de la Cultura: ”Señala diferentes alternativas para promover la práctica de la actividad física, en la medida que múltiples expresiones culturales están basadas en el movimiento” (51) .

Ley 715 de 2001: “ Señala que corresponde a las entidades territoriales, coordinar acciones entre los municipios que permitan fomentar la práctica del deporte, la recreación y el aprovechamiento del tiempo libre y la educación física” (52).

Ley 912 de 2004:

Institucionaliza el Día Nacional del Deporte, la Recreación y la Educación Física, el cual se celebrará el tercer domingo del mes de septiembre de cada año. En homenaje y reconocimiento a todos los deportistas de Colombia, se celebrará cada año un evento especial de conmemoración donde podrán participar todos los integrantes del Sistema Nacional del Deporte, organizaciones deportivas, patrocinadores deportivos, medios de comunicación y demás colaboradores en el fomento y práctica del deporte, la recreación y la educación física. (53)

Ley 1083 de 2006: “Establece normas sobre planeación urbana sostenible, dispone criterios que se deben adoptar por los municipios y distritos en los planes de ordenamiento territorial en relación con la movilización en modos alternativos de transporte” (54).

Ley 1098 de 2006: Ley de Infancia y Adolescencia: “Estipula que los niños, las niñas y los adolescentes tienen derecho al descanso, esparcimiento, al juego y demás actividades recreativas propias de su ciclo vital y a participar en la vida cultural y las artes” (55).

Ley 1356 de 2009: “Expide las normas de seguridad en eventos deportivos y tiene por objeto la creación, implantación, desarrollo y unificación a nivel nacional, de un sistema de educación y prevención de las conductas de violencia en eventos deportivos” (56).

Ley 1383 de 2010: “Modifica, entre otros el artículo 76 del código nacional de tránsito (Ley 769 de 2002), definiendo que está prohibido estacionar vehículos sobre espacio público destinado para peatones y recreación” (57).

Decreto 2771 de 2008: “Crea la Comisión Nacional Intersectorial para la coordinación y orientación superior del fomento, desarrollo y medición de impacto de la actividad física” (58).

2.4.4. Normas sobre alimentación saludable

Ley 1283 de 2009: “Decretó la destinación de recursos de regalías y compensaciones monetarias de los departamentos y municipios productores en Colombia, en las cuales como mínimo el 1% de todos los recursos monetarios deberá ser destinado a Nutrición y Seguridad Alimentaria” (59).

Decreto 2055 de 2009:

Crea la Comisión Intersectorial de Seguridad Alimentaria y Nutricional -CISAN- la cual tendrá a su cargo la coordinación y seguimiento de la Política Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional -PNSAN-, siendo la instancia de concertación entre los diferentes sectores involucrados en el desarrollo de la misma. Le asigna, entre otros, apoyar el mejoramiento de las capacidades institucionales para la seguridad alimentaria y nutricional en los niveles territoriales y en los ámbitos público y privado. (60)

•Resolución 333 de 2011: “Establece el reglamento técnico sobre los requisitos de rotulado o etiquetado nutricional que deben cumplir los alimentos envasados para consumo humano” (61).

2.4.5. Normas sobre control del tabaco

Ley 1109 de 2006: por medio de la cual se aprueba el “Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco”, hecho en Ginebra, el veintiuno (21) de mayo de dos mil tres (2003) (62).

Ley 1335 de 2009:

Contempla las disposiciones por medio de las cuales se previenen daños a la salud de los menores de edad, la población no fumadora y se estipulan políticas públicas para la prevención del consumo de tabaco y el abandono de la dependencia de tabaco del fumador. Entre otras medidas, determina la implementación de los ambientes 100% libres de humo en Colombia; la prohibición total de la publicidad, la promoción y el patrocinio de los productos del tabaco; prohíbe la venta al menudeo de productos de tabaco; prohíbe la comercialización

de cajetillas de cigarrillos de menos de 10 unidades; determinas las acciones de suministro de información por parte de la industria tabacalera; promueve la formulación de una política nacional para el control del consumo de tabaco que respete la diversidad étnica. (63)

Decreto 2871 de 2008: promulga “El Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco”, hecho en Ginebra, el veintiuno (21) de mayo de dos mil tres (2003) (64).

Resolución 11073 de 1991: “De la Aeronáutica Civil: prohíbe el consumo de cigarrillo, tabaco y sus derivados en el interior de aeronaves comerciales en vuelos domésticos” (65).

Resolución 1956 de 2008: del Ministerio de la Protección Social: “Adopta medidas en relación con el consumo de cigarrillo de tabaco, específicamente sobre los ambientes libres de humo” (66).

Resolución 3961 de 2009: del Ministerio de la Protección Social: “Establece los requisitos de empaquetado y etiquetado del tabaco y sus derivados. (67).

Resolución 2010-380-001136-4 de 2010: De la Comisión Nacional de Televisión: “Reglamenta la emisión de mensajes institucionales de prevención contra el consumo de tabaco y sus derivados en el servicio público de televisión” (68).

•Circular 031 de 2010: de la Procuraduría General de la Nación:

Reseña las medidas adoptadas por la Ley 1335 de 2009, por medio de la cual se previenen daños a la salud de los menores de edad, la población no fumadora y se adoptan políticas públicas para la prevención del consumo y abandono de la dependencia del tabaco del fumador y sus derivados en la población colombiana y solicita verificar el cumplimiento, por parte de los Gobernadores y Alcaldes y de las Secretarías Departamentales, Distritales y Municipales de Salud, de las funciones endilgadas en la Ley 1335 de 2009. (69)

Circular 038 de 2010: del Ministerio de la Protección Social: “Sobre la implementación de los espacios libres de humo de sustancias psicoactivas (SPA) en las empresas” (70).

Circular 41 de 2011: del Ministerio de la Protección Social:

Con el propósito de asegurar el cumplimiento de las obligaciones establecidas en el artículo 10 de la ley 1335 de 2009, indica que le corresponde a las Entidades Territoriales, coordinar con las demás autoridades competentes los operativos de inspección, vigilancia y control para que a partir del 21 de julio de 2011, no se realicen actividades de publicidad, promoción y patrocinio de los productos de tabaco y para que se suspenda de manera inmediata la venta al menudeo y la fabricación y comercialización de cajetillas de cigarrillos con menos de 10 unidades. (71)

2.4.6. Normas que incluyen dos o tres temáticas a tratar: actividad física, alimentación saludable y control del tabaco.

Ley 1098 de 2006: Ley de Infancia y Adolescencia:

Determina que, entre otros, son derechos impostergables de la primera infancia, la atención en salud y nutrición. De la misma manera estipula que los niños, las niñas y los adolescentes tienen derecho al descanso, esparcimiento, al juego y demás actividades recreativas propias de su ciclo vital y a participar en la vida cultural y las artes. Igualmente, tienen derecho a que se les reconozca, respete, y fomente el conocimiento y la vivencia de la cultura a la que pertenezcan y que para armonizar el ejercicio de este derecho con el desarrollo integral de los niños. Las autoridades deberán diseñar mecanismos para prohibir el ingreso a establecimientos destinados a juegos de suerte y azar, venta de licores, cigarrillos o productos derivados del tabaco y que ofrezcan espectáculos con clasificación para mayores de edad. (72)

Ley 1122 de 2007: estableció en sus artículos 32 y 33 que:

La salud pública está constituida por el conjunto de políticas que buscan garantizar, de una manera integrada, la salud de la población por medio de acciones de salubridad dirigidas tanto de manera individual como colectiva, ya que sus resultados se constituyen en indicadores de las condiciones de vida, bienestar y desarrollo del país. Dichas acciones se realizarán bajo la rectoría del Estado y deberán promover la participación responsable de todos los sectores de la comunidad. Su objetivo será la atención y prevención de los principales factores de riesgo para la salud y la promoción de condiciones y estilos de vida saludables, fortaleciendo la capacidad de la comunidad y la de los diferentes niveles territoriales para actuar. (73)

Ley 1355 de 2009 declara:

La obesidad como una enfermedad crónica de Salud Pública, la cual es causa directa de enfermedades cardíacas, circulatorias, colesterol alto, estrés, depresión, hipertensión, cáncer, diabetes, artritis, colon, entre otras, todos ellos aumentando considerablemente la tasa de mortalidad de los colombianos. En relación con la alimentación balanceada y saludable determina que los diferentes sectores de la sociedad impulsarán una alimentación balanceada y saludable en la población colombiana, a través de: la garantía de la disponibilidad de frutas y verduras en establecimientos educativos públicos y privados. (74)

Ley 1438 de 2011 (artículo 11): "Establece que el Gobierno reglamentará la inclusión de programas de educación en salud y promoción de prácticas saludables desde los primeros años escolares, orientados a generar una cultura en salud de auto cuidado en la población" (75).

Decreto 2771 del 30 de julio de 2008

Establece la Comisión Nacional Intersectorial para la Coordinación y Orientación Superior del Fomento, Desarrollo y Medición de Impacto de la Actividad Física (CONIAF), integrada por el Ministerio de la Protección Social, el Ministerio de Educación Nacional, el Ministerio de Cultura y el Instituto Colombiano del Deporte Coldeportes. Las entidades vinculadas se comprometen con la coordinación y desarrollo de las estrategias para la promoción de estilos de vida saludables, prevención y control de ECNT y la coordinación, formulación, gestión, ejecución y evaluación de programas y proyectos intersectoriales y comunitarios dirigidos a promover la Actividad física y los estilos de vida saludables a nivel nacional y territorial. (76)

Ley 911 de 2004:

Por la cual se dictan disposiciones en materia de responsabilidad deontológica para el ejercicio de la profesión de Enfermería en Colombia; se establece el régimen disciplinario correspondiente y se dictan otras disposiciones. Ley que exige al personal de enfermería responsabilidad para la promoción de los estilos de vida saludable de las personas, así como intervenir de manera oportuna cuando se presente un déficit de autocuidado de la persona. (77)

LEY 266 DE 1996: “Por la cual se reglamenta la profesión de enfermería en Colombia y se dictan otras disposiciones. Ley que estatuye la integralidad que concibe los actos de cuidado a partir de una concepción integral de la persona” (78).

2.5.Marco disciplinar

Una de las teóricas que permite fundamentar la presente investigación es la profesora Dorothea Elizabeth Orem (79), una de las enfermeras americanas más destacadas, nació en Baltimore, Maryland. Empezó su carrera enfermera en la escuela de enfermería del Providence Hospital en Washington D. C. donde recibió un diploma en enfermería a principios de los treinta. Orem recibió posteriormente un BSNE. De la Catholic University of América CUA en 1939 y en 1946 obtuvo un MSNE de la misma universidad. El primer libro publicado por Orem fue Nursing: Concepts of Practice, en 1971; mientras prepararon y revisaron Concept Formalization in Nursing: Procces and Product.

La Georgetown University le confirió el título honorario de Doctor of Science en 1976; recibió el premio Alumni Association Award for Nuring Theory de la CUA en 1980. Entre los demás títulos recibidos se incluyen el Honorary Doctor of Science, Incarnate Word College, en 1980; el Doctor of Humans Letters, Illinois Wesleyan University (IWU) en 1988; el Linda Richard Awar, National League for Nursing en 1991; y el Honorary Fellow of the American Academy of Nursing Honoris Causae de la universidad de Missouri en 1998.

Se han publicado ediciones posteriores de Nursing: Concepts of Practice en 1980, 1985, 1991, 1995 y 2001. Orem se jubiló en 1984 y reside actualmente en Savannah, Georgia. Sigue trabajando sola o con colaboradores en el desarrollo de la Teoría de Enfermería del Déficit de Autocuidado (TEDA).

Para ella la persona es un todo integral dinámico que funciona biológicamente, simbólicamente y socialmente con la facultad de utilizar las ideas, las palabras para pensar

y reflexionar sobre su propio estado de salud y guiar sus esfuerzos a fin de llevar a cabo acciones de autocuidado (16).

Como unidad, el ser humano posee las capacidades, las actitudes y el poder de comprometerse y de llevar a cabo autocuidados asociados a procesos de crecimiento y desarrollo humano (80). Para Orem, el entorno representa el conjunto de factores externos que influyen sobre la decisión de la persona de emprender los autocuidados o sobre su capacidad de ejercerlos. Es también una parte integrante de la persona (80).

La teoría general de Orem está integrada por tres teorías: teoría del autocuidado (TAC), teoría del déficit de autocuidado (TDAC) y la teoría de los sistemas de enfermería (TSE). De las anteriores teorías, sólo se hará mención de las dos primeras, debido a su pertinencia con el tema de investigación.

Orem define el autocuidado como “La conducta aprendida por el individuo dirigida hacia sí mismo y el entorno para regular los factores que afectan su desarrollo en beneficio de la vida, salud y bienestar” (16).

Esta teórica enfatiza que la realización del autocuidado requiere la acción deliberada, intencionada y calculada, que está condicionada por el conocimiento y repertorio de habilidades de un individuo, y se basa en la premisa de que los individuos saben cuándo necesitan ayuda y, por lo tanto, son conscientes de las acciones específicas que necesitan realizar. Sin embargo, pueden escoger entre distintas opciones en sus conductas de autocuidado (81).

Esta teoría tiene como supuesto principal que “el autocuidado no es innato”; esta conducta se aprende, se vive durante el crecimiento y desarrollo del ser humano, siendo en un comienzo a través de las relaciones interpersonales que se establecen con los padres en la familia, y posteriormente con amigos (82).

Para esta teórica algunos factores condicionan de diversas maneras tanto las capacidades como las acciones de autocuidado; de particular interés, cita factores relacionados con la edad, estado del desarrollo, sexo, sistema familiar, educación formal, orientación sociocultural, disponibilidad de recursos, patrones de vida y estado de salud (82).

La relación de los conceptos de persona, autocuidado y déficit de autocuidado de la teórica Dorotea Orem son importantes para la presente investigación ya que el primer elemento para fomentar y vivir según comportamientos saludables, es tomar conciencia del cuerpo y de las actividades que se desarrollan diariamente para reflexionar en qué medida la persona realiza actos perjudiciales para su salud.

Cuando la persona se comprende como una integralidad de factores, como un ser holístico, y conoce cuáles hábitos son factores de riesgo para su vida, puede aprender a llevar una vida saludable. Proceso de aprendizaje en el cual son relevantes, la familia, los amigos, la escuela y en general el contexto social y demográfico. Si la persona no sigue estas pautas de autocuidado se genera un déficit de autocuidado, lo cual hace que, en la mayoría de los casos, sea necesaria la intervención de los profesionales de la salud.

2.6. Marco teórico

Para un estudio completo de los estilos de vida de los adolescentes escolares del colegio colombo-venezolano de la ciudad de Medellín, se deben identificar algunas cifras sobre las variables que influyen en los hábitos de vida de los escolares. Entre los factores a considerar, se encuentran los siguientes: 1) consumo de cigarrillo; 2) alcohol; 3) estupefacientes; 4) hábitos de alimentación; 5) obesidad 6) dislipidemias; 7) hipertensión arterial; 8) enfermedades cardiovasculares; 9) actividad física; 10) autoconcepto y autocuidado.

2.6.1. Consumo de alcohol, cigarrillo y estupefacientes en adolescentes escolares.

La adolescencia es un período de crecimiento y desarrollo donde la relación con la búsqueda del contacto íntimo con el otro es la actividad rectora, y esta característica, a su vez, hace que los grupos de adolescentes sean propensos a consumir sustancias tóxicas, a veces por curiosidad, por no perder el reconocimiento y aprobación del grupo; otras por destacarse y llamar la atención de los demás, o por evadir conflictos con los amigos, padres, maestros y ocultar sentimientos de depresión y soledad (83). Es decir, es la etapa de la vida del ser humano más susceptible para desarrollar una drogadicción, en la cual se suceden sistemáticos cambios en los aspectos psicológicos, fisiológicos, socioculturales y biológicos (84).

2.6.1.1. Consumo cigarrillo en adolescentes escolares

El tabaquismo, o hábito de fumar, es definido como un trastorno causado por una sustancia capaz de producir dependencia (nicotina). Se considera una verdadera drogadicción difundida en todo el mundo. Alcanza una prevalencia mundial del 47 % en la población masculina de adultos, frente al 12 % en la mujer, y en los últimos años se observa un comienzo más precoz del hábito, particularmente en el inicio de la adolescencia (85).

En Chile la edad de inicio está comprendida entre los 13 y 15 años, y es el país con mayor porcentaje de fumadores, seguido de Estados Unidos (86). En Argentina (87), la edad de inicio se encuentra entre 12 y 16 años; en Perú la edad media para el uso de tabaco es de 17 años en la población general y 16 años en los varones; 1 de cada 10 individuos se inicia antes de los 12 años, mientras que 4 de cada 10, entre los 12 y 16 (12).

En Colombia, la edad de inicio de consumo de cigarrillo, está entre los 10 y los 14 años, seguidos por los jóvenes entre los 15 y los 19 años. El promedio de edad de inicio de

consumo de cigarrillo (entre los 13 y los 14 años). Por lo que se concluyó que el cigarrillo es la segunda sustancia psicoactiva de mayor consumo entre los jóvenes escolarizados entre los 10 y los 24 años (88).

Otro estudio realizado en Colombia (89), y comparando la edad de inicio con otros países, se encontró que entre las personas de 15 a 34 años de edad, Colombia presenta una tasa de consumo del último mes de 18%, inferior al del resto de los países, y en el grupo de 35 a 64 años, con un 19% supera a Perú (16,5%) y es inferior a los restantes 5 países.

En un estudio realizado con 406 escolares cubanos se determinó que el hábito de fumar constituye un problema de salud de alta prevalencia en los adolescentes pertenecientes al grupo de estudio, y a pesar del elevado conocimiento de los efectos dañinos del tabaco que refieren los adolescentes tener, se identificaron escolares con alta dependencia física y con baja motivación por dejar el hábito. A demás fue relevante el alto número de padres fumadores en los hogares donde conviven los adolescentes (90).

2.6.1.2. Consumo de alcohol en adolescentes escolares

Diversos estudios de salud pública han buscado investigar cuál es la influencia del consumo excesivo de bebidas alcohólicas sobre la salud y más recientemente sobre la calidad de vida de la población (91). En el mundo occidental es un hecho que cerca del 90% de la población adulta consume algún tipo de bebida alcohólica, así como también está demostrado que cerca del 10% presenta un uso nocivo del alcohol (92).

El consumo de alcohol durante la adolescencia potencializa la ocurrencia de innumerables Implicaciones negativas para la salud y bienestar de los escolares, incluido el aumento de riesgos para lesiones, muertes violentas, accidentes de tránsito, conductas suicidas y relaciones sexuales de riesgo (93).

Un estudio realizado en 2004 con escolares de 27 capitales brasileñas, indicaron que el 62.5% de los adolescentes ya había usado alcohol en algún momento de su vida; 63.3% lo usaron en un año; 44.3% lo usaron en un mes; y el 11.7% lo usa frecuentemente. Las niñas representaron un mayor consumo que los niños; además, el consumo de alcohol aumenta con el paso de la edad en la adolescencia (94).

En China, Xing y Zhang (95) realizaron un estudio con 54040 adolescentes para estudiar la relación entre la embriaguez y comportamientos que afectan la salud. Los estudiantes que con mayor frecuencia estaban embriagados también presentaron mayores consumos de drogas ilícitas, cigarrillo, relaciones sexuales riesgosas, ideas suicidas e involucramiento en peleas.

En Colombia se encontró que el alcohol es la sustancia psicoactiva de mayor consumo entre los jóvenes encuestados. Debido a la aceptación social que tiene el uso de esta sustancia, el porcentaje de consumo alguna vez en la vida (PV) alcanza el 90% en la ciudad en la que se observa el mayor consumo.

Además se encontró en el estudio, que la edad de inicio de consumo de alcohol más frecuentemente reportada por los jóvenes, corresponde al rango entre los 10 y los 14 años. El promedio edad de inicio de consumo de alcohol en las ciudades entrevistadas está entre los 12 y los 14 años, con un promedio general de inicio en el consumo, a los 13 años.

2.6.1.3. Consumo de estupefacientes en adolescentes escolares

Así como el consumo de alcohol, el consumo de drogas es un problema de salud pública por sus implicaciones económicas, sociales y de salud. La ONU (96) estima una prevalencia mundial de 5.7% para drogas ilícitas en la población de 15 a 64 años de edad. En la actualidad el consumo de drogas es una amenaza especial para los jóvenes debido a su

vertiginoso aumento y a sus consecuencias a corto y largo plazo sobre la salud de los adolescentes (97). Además, el inicio del consumo ocurre normalmente en esta etapa¹. En Chile, las prevalencias más altas y la mayor intensidad de consumo se registran entre los 19 y 25 años, siendo la adolescencia la etapa más vulnerable para su inicio. En el nivel nacional, existe un 15.1% de escolares que declaran haber consumido marihuana en el último año, un 33% que reconoce consumo actual de tabaco y un 36%, de alcohol.

Según la Encuesta Nacional sobre Consumo de Drogas en adolescentes con respecto al consumo de sustancias ilegales, las ciudades del eje cafetero aparecen como las primeras en consumo de marihuana y de cocaína, entre la población adolescente (98).

En el Estudio Nacional de Droga, realizado en Colombia, se encontró:

Que con relación al uso de drogas ilícitas en la población de 12 a 65 años, este estudio detectó que el 9,1% de la población global ha usado alguna droga ilícita 1 al menos una vez en su vida, con un 14,4% en el caso de los hombres y un 4,5% entre las mujeres.

El uso reciente de alguna droga ilícita o consumo el último año 2 (prevalencia del último año) fue declarado por el 2,7% de los encuestados lo que equivale a aproximadamente 540 mil personas. El consumo reciente es muy superior entre los hombres (4,5%) que entre las mujeres (1,2%).

También es muy superior entre los jóvenes y adultos jóvenes de 12 a 34 años que entre los mayores de 34 años. El grupo de edad con mayor prevalencia del último año de uso de drogas ilícitas es el de 18 a 24 años con cerca de 6%, seguido por el grupo de 15 a 34 años con un 3,9% y el de 12 a 17 años con un 3,4%.

2.6.2. Hábitos de alimentación en adolescentes escolares

La alimentación es una cadena de hechos que comienza en el cultivo, selección, preparación del alimento, hasta las formas de presentación y el consumo de un grupo de ellos. Una alimentación saludable se logra combinando varios alimentos en forma equilibrada, lo cual satisface las necesidades nutritivas para un correcto crecimiento y desarrolla las capacidades físicas e intelectuales (99).

En un estudio Brasileiro (100), se investigaron los hábitos alimentarios de 720 alumnos, de escuelas públicas de la ciudad de Fortaleza/CE cuya edad variaba entre los 14 y 19 años; de doce institutos de enseñanza; se encontró que de los alimentos consumidos, habitualmente, se destacaron los energéticos, arroz y pan, consumidos por un 95,8% y un 85,2% de los adolescentes, respectivamente. En relación a los alimentos constructores, las carnes y el frijol eran ingeridos por un 60,6% y un 75,0%, respectivamente. Los alimentos reguladores como frutas y hortalizas/ hojas no eran consumidos habitualmente entre los adolescentes.

En un estudio (39) (101) realizado a jóvenes entre 13 y 15 años, en colegios públicos y privados de Bogotá, Bucaramanga, Cali, Manizales y Valledupar, se halló que en las cinco ciudades estudiadas sólo el 15,1% de los estudiantes reportaron el consumo de 5 o más veces diarias de fruta y verdura; el 62,5% reportaron el consumo de snacks entre comidas 3 o más veces durante la semana anterior; y el 30,1% reportó haber consumido bebidas carbonatadas 2 o más veces diarias durante los últimos 30 días.

El desequilibrio de la alimentación durante la adolescencia puede generar diversas alteraciones como obesidad, dislipidemias, presión arterial alta y enfermedades cardiovasculares.

2.6.3. Obesidad en adolescentes escolares

La obesidad, considerada como enfermedad crónica, compleja y multifactorial, suele iniciarse en la infancia–adolescencia, y tiene su origen en una interacción entre factores genéticos y ambientales o conductuales (101).

En la actualidad, más de mil millones de personas sufren de sobrepeso en todo el mundo, de los que trescientos millones pueden ser considerados como obesos. En Europa, 1 de cada 20 adolescentes (el 5%) ya es obeso. Los numerosos estudios realizados a partir de estudiantes de la Unión Europea muestran un importante incremento en las tasas de obesidad y sobrepeso de niños y adolescentes. En el caso de los adolescentes, 1 de cada 3 presenta sobrepeso y 1 de cada 20 es obeso (102). En México (103), uno de cada tres hombres o mujeres adolescentes tienen sobrepeso u obesidad.

2.6.4. Dislipidemias en adolescentes escolares

Las dislipidemias son un conjunto de enfermedades asintomáticas que tienen la característica común de tener concentraciones anormales de las lipoproteínas sanguíneas. La concentración del perfil sérico de lípidos en sus diferentes fracciones lipoproteicas conllevan un incremento en el riesgo de enfermedad cardiovascular como principal causa de mortalidad (104).

En un estudio mexicano (105), se evaluó el estado de nutrición y la frecuencia de dislipidemias en adolescentes (12 a 18 años) en una escuela secundaria de Zapopan, Jalisco, y se concluyó que 48 jóvenes (17.1%) tuvieron sobrepeso; 64 jóvenes (22.8%) estuvieron obesos. En el 38% de ellos se encontró hipertrigliceridemia, seguida por el incremento de lipoproteínas de baja densidad; 9 y 6% registraron concentración baja de lipoproteínas de alta densidad.

La trascendencia del vínculo entre dislipidemias y obesidad en los niños y adolescentes, radica en que aquellos son un indicador temprano de riesgos cardiovasculares o bien de formar parte del síndrome metabólico (101).

2.6.5. Hipertensión arterial en adolescentes escolares

La hipertensión arterial sistémica es un factor de riesgo para el desarrollo de enfermedades cardiovasculares, renales, accidentes cerebrovasculares, infarto al miocardio y muerte súbita. La hipertensión puede comenzar a desarrollarse en la edad infantil, por ello, es importante conocer los valores de presión arterial en los niños así como en adolescentes (106).

En un estudio venezolano (107), realizado con una muestra de 2809 escolares con edades comprendidas entre 6 y 15 años se encontró una prevalencia de 10,02 % de adolescentes con tensión arterial alta.

2.6.6. Enfermedad cardiovascular en adolescentes escolares

“Las enfermedades cardiovasculares (ECV) son la principal causa de muerte en el mundo afectando a las personas de todas las edades, en todos los niveles socioeconómicos en naciones desarrolladas y en vías de desarrollo, por lo que es importante trabajar en su prevención como un problema de salud pública de alta prioridad” (23). Para 2008, 17 millones de personas murieron por ECV, lo que es equivalente al 30% de todas las muertes registradas en el mundo, 7,3 millones de esas muertes se debieron a cardiopatías coronarias y 6,2 millones a accidente cerebrovascular (23).

Aunque las ECV y sus manifestaciones clínicas se presentan típicamente en la edad adulta, sus factores de riesgo (como el tabaquismo y los hábitos dietéticos inadecuados) están determinados en gran medida por los comportamientos aprendidos en la niñez y que continúan en la edad adulta (108).

2.6.7. Actividad física en adolescentes escolares

El estilo de vida de los países más desarrollados muestra una tendencia hacia una menor actividad y un creciente sedentarismo (109). En Colombia (Monje, 2011) se encontró que respecto de la creencia de los adolescentes sobre la actividad física el 0,3% de los adolescentes poseen una creencia muy baja, el 4,9% baja, el 58,4% alta y el 36,4% muy alta y que únicamente el 27,2% de los estudiantes realiza actividad física bajo supervisión y de manera segura, el 72,8% lo hace de manera informal.

2.6.8. Autoconcepto, autocuidado y estilos de vida en adolescentes escolares.

En un estudio del país Vasco (110), realizado con un total de 539 estudiantes con edades comprendidas entre los 12 a 23 años; de ellos 181 estudiaban en tres centros de San Sebastián y 358 en cinco centros de Vitoria- Gasteiz se encontró que los hábitos de vida saludables guardan relación con el autoconcepto físico y también con el bienestar psicológico, al menos durante los años de la adolescencia.

En Colombia (110) se halló que el 71,3% los adolescentes se preocupan por su peso corporal, y además el 92,9% de ellos consideran que los cambios repentinos de peso pueden afectar la salud. Sin embargo, el 31,7% de los adolescentes ha recurrido a métodos artificiales para perder peso.

CAPÍTULO III. METODOLOGÍA

3.1. Población de estudio

La población de estudio está conformada por 281 estudiantes de secundaria del colegio colombo-venezolano adventista de la ciudad de Medellín de los grados sexto a once. La población se escogió porque muchos de los problemas de salud de los adultos, se originan por los hábitos de vida, los cuales se establecen en la edad juvenil.

Además, se eligió el colegio colombo-venezolano adventista, por la estrecha relación con la Corporación Universitaria Adventista, situación que facilita el acceso a la información y el desarrollo de la investigación. Se solicitó permiso a los directivos del instituto colombo-venezolano por medio de un documento escrito autorizado por la decanatura y el centro de investigaciones de la universidad adventista. (Ver anexo 1)

La investigación inicia luego de tener la autorización por parte de los directivos del instituto Colombo-venezolano (Ver anexo 2)

3.2. Enfoque de investigación

Cuantitativo, porque a partir de la recolección de información por medio de la encuesta y el instrumento FANTASTICO, se pretende determinar los estilos de vida saludable de los estudiantes del Instituto Colombo Venezolano Adventista de la ciudad de Medellín.

3.3. Tipo de investigación

Transversal, porque la categoría estilos de vida, se estudió haciendo un corte en el tiempo, el cual fue determinado para el 22 de julio de 2014.

Descriptivo, porque el principal objetivo es describir y analizar los datos obtenidos por medio de la encuesta y el instrumento FANTASTICO.

3.4. Criterios de inclusión

Ser estudiante activo en los grados secundarios entre sexto y once de bachillerato del colegio colombo-venezolano adventista (ICOLVEN) y aceptar participar en el estudio.

3.5. Criterios de exclusión

No diligenciar todos los datos de la encuesta.

3.6. Tamaño de muestra

Se tomó el total de la población estudiantil de los grados secundarios del que correspondió a un total de 281 estudiantes del colegio colombo-venezolano adventista de la ciudad de Medellín.

3.7. Selección de muestra

No se aplicó método para la selección de la muestra, ya que se estudiaron todos los integrantes de la población, esto es todos los estudiantes de secundaria del Instituto Colombo Venezolano Adventista de Medellín.

3.8. Instrumento para la recolección de la información

La recolección de la información sociodemográfica se realizó por medio de una encuesta prediseñada diligénciale la cual consta de las siguientes 9 categorías:

1. Edad.
2. Género
3. Peso
4. Talla
5. Estrato socioeconómico
6. Nivel de escolaridad
7. Grado de escolaridad
8. Nivel educativo de los padres
9. Orientación religiosa (Ver anexo 3)

Para la recolección de la información de los estilos de vida saludable se utilizó la versión en español del instrumento FANTÁSTICO. (Previa autorización del autor, ver anexo 4, 5, 6).

Este cuestionario contiene 25 ítems cerrados que exploran nueve categorías o dominios físicos, psicológicos y sociales relacionados al estilo de vida. Presenta tres opciones de respuesta con valor numérico de 0 a 2 para cada categoría, y se califica por medio de una escala tipo Likert, con una calificación de 0 a 100 puntos.

Se toma como punto de corte la medida de las calificaciones propuesta por los autores del instrumento; el comportamiento estilo de vida se estratifica en cinco niveles de calificación: (< 39 puntos = existe peligro, 40 a 59 puntos = malo, 60 a 69 puntos = regular, 70 a 84 puntos = bueno, 85 a 100 puntos = excelente).

3.9. Análisis de confiabilidad del instrumento

El cuestionario FANTÁSTICO, un instrumento genérico diseñado en el Departamento de Medicina Familiar de la Universidad *McMaster* de Canadá, es hoy considerado una herramienta de apoyo a los profesionales en el contexto de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, pues permite identificar y medir los estilos de vida de una población en particular².

Este cuestionario estandarizado con 25 ítems cerrados, explora nueve categorías o dominios sobre componentes físicos, psicológicos y sociales del estilo de vida: familia-amigos, actividad física, nutrición, tabacotoxinas, alcohol, sueño-cinturón de seguridad-estrés, tipo de personalidad, interior (ansiedad, preocupación, depresión), carrera (actividades labores) y otras drogas; y ha sido aplicado a grupos de estudiantes (111).

La versión al español fue adaptada por un panel de profesionales de la salud para su mejor comprensión en sujetos mexicanos españoles y brasileños (112) (113).

En Colombia, en el año 2009 se utilizó la versión en español del instrumento FANTASTICO, para identificar la relación entre el estilo de vida y los factores de riesgo cardiovascular en una muestra de adultos de mediana edad, con el fin de planificar una estrategia de intervención dentro del contexto de empresa saludable (114).

Posteriormente el instrumento FANTASTICO, fue validado en Colombia (111), en adultos, se encontró que los 25 ítem, agrupados en 9 dominios superaron el estándar propuesto de fiabilidad (α de Cronbach) mayor a 0.50 y 0.73 respectivamente. Se encontró correlación interesalar buenas y aceptables, en las diferentes categorías del cuestionario FANTASTICO (Total Vs Dominios), ($r=0.19-0.79$ $p<0,01$). Su objetivo es orientar a los profesionales de la salud para la planeación y ejecución de acciones de prevención de la enfermedad y promoción de la salud.

En el año 2013, se utilizó el instrumento FANTASTICO para estudiar los estilos de vida de una comunidad rural de Tarqui (Huila) y su relación con la salud cardiovascular (115). Estudio realizado por la enfermera Rosa Nury Zambrano Bermeo, para obtener el título de magister en enfermería de la Universidad Nacional.

3.10. Recolección de datos

La información relevante para el cumplimiento de los objetivos del proyecto se obtuvo por medio de una encuesta prediseñada autodiligenciada que incluía aspectos sociodemográficos y el cuestionario FANTASTICO autodiligenciable, durante todo el proceso se tuvo acompañamiento por parte de la investigadora para resolver las dudas y comentarios de los estudiantes.

3.11. Estrategias de análisis de datos

Para dar cuenta de los objetivos del estudio se realizaron los siguientes procedimientos de análisis:

Primero, se calificó el instrumento FANTASTICO.

Segundo, se construyó un diccionario de variables, en el cual cada una de las categorías de la encuesta prediseñada le correspondía un código numérico, ello con el fin de ingresar la información a una tabla de Excel.

Tercero, se construyó una tabla de Excel, en la cual se ingresaron todos los datos numéricos.

Cuarto, se ingresaron los datos numéricos en el programa SPSS, con el cual se analizaron los datos.

Para evaluar la correlación entre las principales características de la población estudiada, dentro de los grupos por género y las demás variables de personas y el resultado del FANTASTICO global y por dominios; se estudiaron a través de la prueba *t student* para muestras independientes. Un análisis de varianza a una vía con prueba *pos hoc b-Tukey* y el *coeficiente de Pearson (r)*, sirvieron para determinar las diferencias encontradas por grupos y las correlaciones entre las variables personales y las categorías internas o dominios del cuestionario FANTÁSTICO. Un valor $p < 0,05$ fue considerado como significativo.

3.12. Aspectos éticos

Para realizar el estudio se solicitaron los permisos en la Corporación Universitaria Adventista y el colegio colombo-venezolano de la ciudad de Medellín; para el diligenciamiento de la encuesta, se le informó a los estudiantes que la participación era voluntaria y que los datos sólo tenían fines investigativos y confidenciales, adicionalmente se les pidió autorización para la aplicación del cuestionario.

El Rector del Instituto Colombo Venezolano Adventista de la ciudad Medellín le informó a la investigadora que no era necesario diligenciar documento de consentimiento informado, toda vez que el diligenciamiento de la encuesta prediseñada y del instrumento FANTASTICO, era voluntaria y no se le pedían datos personales de los estudiantes.

La investigación es de riesgo mínimo, en tanto no se les realizó toma de muestras físicas a los menores. Únicamente se les requirió que de manera libre diligenciaran la encuesta y el

instrumento FANTASTICO. Ni en la encuesta ni en el FANTASTICO, se suscribieron datos que permitieran identificar a qué estudiante corresponde cada uno de los instrumentos, de modo que en todo momento se resguarda la confidencialidad de los datos.

La investigadora se compromete a no divulgar datos de los participantes, que atenten contra su dignidad o confidencialidad. Los datos que se divulguen únicamente tendrán carácter académico científico y no serán utilizados para otro fin. En caso de que cada uno de los participantes lo quiera, pueden conocer los resultados de la investigación. La investigadora se compromete a no realizar algún tipo de maniobra que pueda vincular la encuesta con alguno de los participantes en especial.

Asimismo, en cumplir con los criterios de respeto, dignidad y protección de los derechos y bienestar de los participantes exigidos por la Resolución 8430 y la declaración de Helsinki sobre los principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos.

3.13. Cronograma de actividades

Tabla 1. Cronograma de actividades

| NRO. ACTIVIDAD | ACTIVIDAD | INICIO | FINAL | TIEMPO |
|-----------------------|---|-------------------------|--------------------------|---------------|
| 1 | Realización del proyecto de investigación | 15 de enero de 2014 | 15 de marzo de 2014 | 2 meses |
| 2 | Contacto inicial con los directivos del colegio colombo-venezolano adventista de la ciudad de Medellín. | 17 de marzo de 2014 | 28 de marzo de 2014 | 15 días |
| 3 | Selección del instrumento de recolección de datos | 31 de marzo | 4 de abril | 15 días |
| 4 | Recolección de los datos | 8 de abril de 2014 | 8 de abril de 2014 | 1 día |
| 5 | Calificación del instrumento FANTASTICO | 9 de abril de 2014 | 13 de abril de 2014 | 4 días |
| 6 | Diseño de la base de datos y digitación de la información | 14 de abril de 2014 | 14 de junio de 2014 | 2 meses |
| 7 | Análisis de resultados | 16 de junio de 2014 | 16 de agosto de 2014 | 2 meses |
| 8 | Elaboración y presentación de informe final | 18 de agosto de 2014 | 12 de septiembre de 2014 | 1 mes |
| 9 | Presentación de la investigación en la UNAC | 18 de noviembre de 2014 | 18 de noviembre de 2014 | 1 hora |

CAPÍTULO IV. ANÁLISIS DE DATOS

Para el análisis de los datos se utilizó el programa estadístico SPSS.

Se evaluaron un total de 281 estudiantes, se pudo observar que la proporción entre mujeres y hombres era similar, 139 hombres y 138 mujeres; los estudiantes en su gran mayoría (79,1%) pertenecían a los estratos 4 y 5, seguidos del estrato 3, con un 16%, los otros estratos no aportaron un porcentaje alto (ver tabla 2).

Una gran proporción (75,2%) de los padres tenía estudios universitarios y/o de postgrados, seguidos de educación secundaria (21,9). Un mínimo porcentaje tenía estudios de básica primaria o ningún estudio (ver tabla 2).

En cuanto la orientación religiosa, se observa que el mayor porcentaje (34,5%) pertenecía a la religión adventista, seguida de la religión católica con un 28,1%; otras religiones, tuvieron una participación del 19,4%; mientras que, no tener religión o ser protestante o evangélico, tenían una media del 9% de participación (ver tabla 2).

El promedio de edad de los participantes fue de 13,8 años, (d.s 1,9); para el peso, el promedio de peso fue de 50,8 Kg (d.s 11,9); la talla promedio se ubicó en 160,4 (d.s 20,6), lo que generó un índice de masa corporal (IMC) promedio de 19,69 (d.s 3,51) ver tabla 2.

Tabla 2. Características sociodemográficas de los estudiantes de secundaria del ICOLVEN

| Variable | Característica | Frecuencia (%) o promedio (ds) |
|-------------------------------|------------------------|---------------------------------------|
| Género de los participantes | Masculino | 139 (50,2) |
| | Femenino | 138 (49,8) |
| Estrato económico | 1,0 | 1 (0,4) |
| | 2,0 | 3 (1,2) |
| | 3,0 | 41 (16,1) |
| | 4,0 | 91 (35,8) |
| | 5,0 | 110 (43,3) |
| | 6,0 | 8 (3,1) |
| Nivel educativo de los padres | Ninguno | 3 (1,2) |
| | Primaria | 4 (1,7) |
| | Secundaria o bachiller | 53 (21,9) |
| | Universitario | 79 (32,6) |
| | Postgrado | 103 (42,6) |
| Orientación religiosa | Ninguna | 25 (9,0) |
| | Adventista | 96 (34,5) |
| | Católica | 78 (28,1) |
| | Evangélica | 22 (7,9) |
| | Protestante | 3 (1,1) |
| | Otra | 54 (19,4) |
| Edad | | 13,8 (1,9) |
| Peso | | 50,8 (11,9) |
| Talla | | 160,4 (20,6) |
| IMC | | 19,69 (3,51) |

En la tabla 3 se presenta el promedio, la desviación estándar, la mediana y el percentil 75, de cada uno de los puntajes de los ítems evaluados por medio del instrumento FANTASTICO; El promedio del puntaje total se ubicó en 71 (d.s 12,63) y una mediana de 72.

Tabla 3.Resultados del cuestionario FANTASTICO, clasificado por dominios

| Característica | Promedio (d.s.) | Mediana (percentil 75) |
|------------------------------|------------------------|-------------------------------|
| Puntaje familia y amigos | 3,25 (0,88) | 3 (4) |
| Puntaje actividad física | 2,80 (1,1) | 3 (4) |
| Puntaje nutrición | 3,97 (1,27) | 4 (5) |
| Puntaje de tabaco | 3,1 (1,14) | 4 (4) |
| Puntaje de alcohol | 4,90 (1,56) | 6 (6) |
| Puntaje de sueño y estrés | 4,26 (1,45) | 5 (5) |
| Puntaje tipo de personalidad | 2,44 (1,16) | 2 (3) |
| Puntaje introspección | 3,56 (1,32) | 4 (4) |
| Puntaje conducción trabajo | 3,01 (1,16) | 3 (4) |
| Puntaje otras drogas | 4,2 (1,53) | 4 (5) |
| Puntaje total | 71 (12,63) | 72 (80) |

Puntaje total

El mayor porcentaje (59,1%) de los estudiantes evaluados tuvieron un puntaje total que los ubicaba en una escala de un buen o excelente estilo de vida, mientras que 39% presentaban un estilo de vida ubicado entre malo y regular, y un 1,8% se encontraban en estilo de vida valorado como peligroso. Ver tabla 4.

Tabla 4. Puntaje total del cuestionario FANTASTICO

| Calificación puntaje total | Frecuencia (%) |
|-----------------------------------|-----------------------|
| Existe peligro | 5 (1,8) |
| Malo | 40 (14,3) |
| Regular | 69 (24,7) |
| Bueno | 136 (48,7) |
| Excelente | 29 (10,4) |

Actividad física, sueño y estrés

Al comparar los participantes por género, en relación con los puntajes promedios de los diferentes ítems, del instrumento “FANTASTICO”, así como, el puntaje total de dicha escala, se encontraron diferencias significativas en los puntajes promedios de actividad física valor p de 0,00, y de sueño y estrés, valor p 0,01, fueron mayores en los estudiantes de género masculino.

Género

Tabla 5. Puntajes promedios de los dominios del cuestionario FANTASTICO comparados por género.

| Puntaje | Genero participantes | | |
|----------------------------------|----------------------|--------------------|----------------|
| | Masculino | Femenino | |
| | Media | Media | valor <i>p</i> |
| Puntaje familia y amigos | 3,19 (0,92) | 3,31 (0,83) | 0,27 |
| Puntaje actividad física | 3,10 (1,04) | 2,48 (1,08) | 0,00 |
| Puntaje nutrición | 3,91 (1,19) | 4,07 (1,34) | 0,34 |
| Puntaje de tabaco | 3,16 (1,12) | 3,10 (1,14) | 0,68 |
| Puntaje de alcohol | 4,98 (1,49) | 4,8 (1,62) | 0,44 |
| Puntaje de sueño y estrés | 4,50 (1,42) | 4,04 (1,40) | 0,01 |
| Puntaje tipo de personalidad | 2,57 (1,17) | 2,30 (1,13) | 0,04 |
| Puntaje introspección | 3,67 (1,24) | 3,45 (1,46) | 0,16 |
| Puntaje conducción trabajo | 3 (1,25) | 3 (1,08) | 1,00 |
| Puntaje otras drogas | 4,06 (1,51) | 4,36 (1,53) | 0,10 |
| Puntaje total | 72,31 (11,28) | 69,87 (13,82) | 0,108 |

Estrato socioeconómico

Al comparar los participantes por estrato socioeconómico, en relación con los puntajes promedios de los diferentes ítems, del instrumento “FANTASTICO”, así como, el puntaje total de dicha escala, no se encontraron diferencias significativas entre los diferentes estratos socioeconómicos. Ver tabla 5.

Posteriormente, se dividieron los estratos socioeconómicos en 2 categorías, estrato bajo y estrato medio y alto, apreciándose diferencias significativas en el promedio del puntaje de tipo de personalidad, valor *p* 0,02, obteniéndose mayor puntaje en los estudiantes de estrato medio y alto. Ver tabla 6.

Tabla 6. Puntajes promedios de los dominios del cuestionario FANTASTICO comparados por estrato socioeconómico.

| Puntaje | Estrato económico | | | | | | |
|------------------------------|-------------------|-------|-------|-------|-------|-------|---------|
| | 1,00 | 2,00 | 3,00 | 4,00 | 5,00 | 6,00 | |
| | Media | Media | Media | Media | Media | Media | valor p |
| Puntaje familia y amigos | 3,00 | 2,33 | 3,15 | 3,31 | 3,22 | 3,38 | 0,50 |
| Puntaje actividad física | 2,00 | 1,67 | 2,90 | 2,93 | 2,74 | 2,38 | 0,23 |
| Puntaje nutrición | 5,00 | 3,33 | 4,05 | 4,00 | 4,05 | 2,75 | 0,08 |
| Puntaje de tabaco | 4,00 | 2,67 | 3,02 | 3,30 | 3,11 | 2,75 | 0,52 |
| Puntaje de alcohol | 6,00 | 5,33 | 5,10 | 5,05 | 4,69 | 4,88 | 0,51 |
| Puntaje de sueño y estrés | 6,00 | 3,00 | 4,17 | 4,34 | 4,33 | 3,88 | 0,44 |
| Puntaje tipo de personalidad | 2,00 | 1,67 | 2,12 | 2,62 | 2,45 | 2,50 | 0,23 |
| Puntaje introspección | 4,00 | 3,67 | 3,61 | 3,75 | 3,55 | 3,63 | 0,93 |
| Puntaje conducción trabajo | 4,00 | 2,67 | 2,76 | 3,18 | 3,07 | 2,50 | 0,22 |
| Puntaje otras drogas | 4,00 | 5,33 | 4,17 | 4,14 | 4,34 | 3,38 | 0,41 |
| Puntaje total | 80,0 | 63,33 | 70,05 | 73,23 | 71,01 | 64,00 | 0,215 |

Tabla 7. Puntajes promedios de los dominios del cuestionario FANTASTICO comparados por estrato socioeconómico dicotomizado

| Puntajes | estrato socioeconómico | | |
|-------------------------------------|------------------------|--------------------|----------------|
| | Estrato Bajo | Estrato Medio Alto | |
| | Media | Media | valor <i>p</i> |
| Puntaje familia y amigos | 3,09 (0,85) | 3,26 (0,9) | 0,24 |
| Puntaje actividad física | 2,8 (1,18) | 2,80 (1,08) | 0,96 |
| Puntaje nutrición | 4,02 (1,12) | 3,98 (1,29) | 0,84 |
| Puntaje de tabaco | 3,02 (1,21) | 3,18 (1,14) | 0,41 |
| Puntaje de alcohol | 5,13 (1,49) | 4,86 (1,54) | 0,28 |
| Puntaje de sueño y estrés | 4,13 (1,42) | 4,31 (1,46) | 0,45 |
| Puntaje tipo de personalidad | 2,09 (1,16) | 2,53 (1,14) | 0,02 |
| Puntaje introspección | 3,63 (1,14) | 3,64 (1,28) | 0,95 |
| Puntaje conducción trabajo | 2,78 (1,14) | 3,10 (1,17) | 0,08 |

| | | | |
|----------------------|------------------|--------------|------|
| Puntaje otras drogas | 4,24 (1,62) | 4,21 (1,51) | 0,91 |
| Puntaje total | 69,86 (11,66) | 71,41(12,42) | 0,36 |

Escolaridad de los participantes

Al comparar los participantes por grado actual de estudio, en relación con los puntajes promedios de los diferentes ítems, del instrumento “FANTASTICO”, así como, el puntaje total de dicha escala, se encontraron diferencias significativas en los puntajes promedios de otras drogas, valor p 0,00 y el puntaje promedio total ,valor p 0,026.

Destacándose que los mayores promedios, tanto en otras drogas y en el puntaje total, se ubicaron entre los grados 6° y 8°, mientras que puntajes más bajos, se observaron entre los grados 9° y 11°. Ver tabla 7.

Tabla 8. Puntajes promedios de los dominios del cuestionario FANTASTICO comparados por grado escolaridad del participante

| Puntajes | Grado de escolaridad del participante | | | | | | |
|------------------------------|---------------------------------------|--------------|-------------|--------------|--------------|--------------|--------------|
| | 6,00 | 7,00 | 8,00 | 9,00 | 10,00 | 11,00 | valor p |
| Puntaje familia y amigos | 3,39 | 3,16 | 3,42 | 3,22 | 3,00 | 3,26 | 0,25 |
| Puntaje actividad física | 2,74 | 2,75 | 3,02 | 2,62 | 2,78 | 2,83 | 0,62 |
| Puntaje nutrición | 3,98 | 4,00 | 4,04 | 3,89 | 3,92 | 4,04 | 0,99 |
| Puntaje de tabaco | 3,22 | 3,06 | 3,17 | 2,78 | 3,14 | 3,41 | 0,17 |
| Puntaje de alcohol | 5,09 | 5,04 | 4,94 | 4,91 | 4,61 | 4,78 | 0,76 |
| Puntaje de sueño y estrés | 4,41 | 4,24 | 4,53 | 3,98 | 3,89 | 4,43 | 0,21 |
| Puntaje tipo de personalidad | 2,30 | 2,53 | 2,74 | 2,33 | 2,67 | 2,07 | 0,05 |
| Puntaje introspección | 3,91 | 3,86 | 3,72 | 3,29 | 3,08 | 3,33 | 0,01 |
| Puntaje conducción trabajo | 2,87 | 3,16 | 3,09 | 2,98 | 2,64 | 3,24 | 0,19 |
| Puntaje otras drogas | 4,93 | 4,25 | 4,34 | 3,69 | 3,86 | 4,17 | 0,00 |
| Puntaje total | 73,69 | 72,04 | 74 | 67,38 | 67,37 | 71,13 | 0,026 |

Escolaridad de los padres

Al comparar los participantes por el grado de escolaridad de sus padres, en relación con los puntajes promedios de los diferentes ítems, del instrumento “FANTASTICO”, así como, el puntaje total de dicha escala, se encontraron diferencias significativas en los puntajes promedios de tabaco valor p 0,00, alcohol valor p 0,00, introspección valor p 0,006 y puntaje total valor p 0,00. Ver tabla 8.

Destacándose que los mayores promedios, se ubicaron en los padres con alto grado de escolaridad, y los promedios más bajos se ubicaron en los padres con menores estudios, tendencia que se observa en todas las características. Ver tabla 8.

Posteriormente, se dividieron los grados de escolaridad de los padres en 2 categorías, básica-secundaria y universitario, observando diferencias significativas en los puntajes promedios de tabaco valor p 0,00, alcohol valor p 0,00, introspección valor p 0,006 y conducción trabajo valor p 0,004, encontrando la misma tendencia de puntajes más altos en los padres con estudios universitarios comparado con padres sin dichos estudios. Ver tabla 9.

Tabla 9. Puntajes promedios de los dominios del cuestionario FANTASTICO comparados por grado de escolaridad de los padres.

| Puntajes | Grado de escolaridad de los padres del participante | | | | | |
|------------------------------|---|-------------|-------------|---------------|-------------|--------------|
| | Ninguno | Primaria | Secundaria | Universitario | Postgrado | valor p |
| Puntaje familia y amigos | 3,67 | 3,50 | 3,09 | 3,27 | 3,32 | 0,505 |
| Puntaje actividad física | 2,67 | 2,00 | 2,62 | 2,76 | 2,98 | 0,170 |
| Puntaje nutrición | 5,33 | 3,75 | 3,72 | 4,00 | 4,05 | 0,181 |
| Puntaje de tabaco | 1,67 | 3,50 | 2,68 | 3,22 | 3,40 | 0,000 |
| Puntaje de alcohol | 2,00 | 5,25 | 4,51 | 4,85 | 5,20 | 0,001 |
| Puntaje de sueño y estrés | 3,33 | 4,25 | 4,02 | 4,30 | 4,38 | 0,455 |
| Puntaje tipo de personalidad | 1,00 | 3,00 | 2,23 | 2,46 | 2,49 | 0,107 |
| Puntaje introspección | 1,33 | 2,75 | 3,28 | 3,59 | 3,76 | 0,006 |

| | | | | | | |
|----------------------------|--------------|-----------|--------------|--------------|--------------|--------------|
| Puntaje conducción trabajo | 1,33 | 2,75 | 2,77 | 3,11 | 3,24 | 0,010 |
| Puntaje otras drogas | 2,00 | 2,75 | 3,96 | 4,38 | 4,36 | 0,010 |
| Puntaje total | 48,66 | 67 | 65,77 | 71,87 | 74,32 | 0,000 |

Tabla 10. Puntajes promedios de los dominios del cuestionario FANTASTICO comparados por grado de escolaridad de los padres, dicotomizado.

| Puntajes | Grado de escolaridad de los padres del participante | | |
|-----------------------------------|---|--------------------|--------------|
| | Básica-secundaria | Universitario | valor p |
| Puntaje familia y amigos | 3,15 (0,82) | 3,30 (0,89) | 0,261 |
| Puntaje actividad física | 2,58 (1,16) | 2,88 (1,06) | 0,066 |
| Puntaje nutrición | 3,8 (1,09) | 4,03 (1,30) | 0,225 |
| Puntaje de tabaco | 2,68 (1,21) | 3,32 (1,03) | 0,000 |
| Puntaje de alcohol | 4,43 (1,72) | 5,05 (1,47) | 0,008 |
| Puntaje de sueño y estrés | 4 (1,48) | 4,35 (1,37) | 0,098 |
| Puntaje tipo de personalidad | 2,22 (1,09) | 2,47 (1,15) | 0,133 |
| Puntaje introspección | 3,15 (1,31) | 3,69 (1,33) | 0,007 |
| Puntaje conducción trabajo | 2,7 (1,33) | 3,19 (1,07) | 0,004 |
| Puntaje otras drogas | 3,78 (1,63) | 4,37 (1,49) | 0,011 |
| Puntaje total | 65 (13,02) | 73,27 (11,73) | 0,000 |

Orientación religiosa

Al comparar los participantes por la orientación religiosa, en relación con los puntajes promedios de los diferentes ítems, del instrumento “FANTASTICO”, así como, el puntaje total de dicha escala, se encontraron diferencias significativas en los puntajes promedios de familias y amigos valor p 0,01, nutrición valor p 0,03, introspección valor p 0,00, otras drogas valor p 0,00 y puntaje total valor p 0,01. Ver tabla 10.

Destacándose que los puntajes más bajos, se ubicaron en los estudiantes sin ninguna orientación religiosa, y los puntajes más altos, en los practicantes de las religiones, adventista, católica y protestante. Ver tabla 11.

Posteriormente, se dividieron, en 2 categorías, adventistas y otra religión, observando diferencias significativas en los puntajes promedios de otras drogas valor p 0,00, y puntaje total valor p 0,269. Ver tabla 11.

Tabla 11. Puntajes promedios de los dominios del cuestionario FANTASTICO comparados por orientación religiosa.

| Puntajes | Orientación religiosa del participante | | | | | | valor p |
|---------------------------------|--|--------------|-------------|--------------|--------------|--------------|--------------|
| | Ninguna | Adventista | Católica | Evangélica | Protestante | Otra | |
| Puntaje familia y amigos | 2,68 | 3,25 | 3,40 | 3,09 | 3,33 | 3,35 | 0,01 |
| Puntaje actividad física | 2,68 | 2,75 | 2,81 | 3,05 | 2,67 | 2,80 | 0,90 |
| Puntaje nutrición | 3,40 | 4,15 | 4,13 | 4,14 | 3,67 | 3,63 | 0,03 |
| Puntaje de tabaco | 2,92 | 3,07 | 3,22 | 3,05 | 4,00 | 3,22 | 0,59 |
| Puntaje de alcohol | 4,36 | 4,91 | 4,92 | 5,14 | 5,33 | 4,96 | 0,58 |
| Puntaje de sueño y estrés | 3,84 | 4,28 | 4,22 | 4,32 | 4,00 | 4,46 | 0,65 |
| Puntaje tipo de personalidad | 2,40 | 2,45 | 2,38 | 2,45 | 2,00 | 2,61 | 0,88 |
| Puntaje introspección | 2,52 | 3,75 | 3,55 | 3,41 | 5,00 | 3,72 | 0,00 |
| Puntaje conducción trabajo | 2,96 | 2,92 | 3,08 | 2,82 | 3,33 | 3,19 | 0,71 |
| Puntaje otras drogas | 3,40 | 4,59 | 4,29 | 3,41 | 4,33 | 4,07 | 0,00 |
| Puntaje total | 62,32 | 72,23 | 72 | 69,72 | 75,33 | 72,04 | 0.014 |

Tabla 12. Puntajes promedios de los dominios del cuestionario FANTASTICO comparados por orientación religiosa, dicotomizado.

| Puntaje | Orientación religiosa del participante | | |
|---------------------------|--|---------------|-----------|
| | Adventista | Otra religión | valor p |
| Puntaje familia y amigos | 3,25 (0,77) | 3,25 (0,93) | 0,980 |
| Puntaje actividad física | 2,75 (1,11) | 2,81 (1,10) | 0,650 |
| Puntaje nutrición | 4,15 (1,30) | 3,87 (1,24) | 0,088 |
| Puntaje de tabaco | 3,07 (1,12) | 3,17 (1,14) | 0,498 |
| Puntaje de alcohol | 4,9 (1,70) | 4,89 (1,49) | 0,935 |
| Puntaje de sueño y estrés | 4,28 (1,41) | 4,25 (1,47) | 0,853 |

| | | | |
|------------------------------|----------------------|----------------------|--------------|
| Puntaje tipo de personalidad | 2,45 (1,19) | 2,46 (1,14) | 0,956 |
| Puntaje introspección | 3,75 (1,45) | 3,47 (1,29) | 0,098 |
| Puntaje conducción trabajo | 2,92 (1,20) | 3,06 (1,14) | 0,311 |
| Puntaje otras drogas | 4,59 (1,51) | 4 (1,50) | 0,002 |
| Puntaje total | 72,22 (13,17) | 70,46 (12,37) | 0,269 |

Índice de masa corporal

Al comparar los participantes por su calificación según su índice de masa corporal (IMC), en relación con los puntajes promedios de los diferentes ítems, del instrumento “FANTASTICO”, así como, el puntaje total de dicha escala, se encontraron diferencias significativas en los puntajes promedio de nutrición valor p 0,00, siendo mayor en los participantes con un peso normal o bajo.

Tabla 13. Puntajes promedios de los dominios del cuestionario FANTASTICO comparados por IMC.

| Puntaje | Orientación religiosa del participante | | |
|------------------------------|--|-------------------|--------------|
| | normal o bajo | sobrepeso | valor p |
| Puntaje familia y amigos | 3,27 (0,90) | 3,1 (0,99) | 0,572 |
| Puntaje actividad física | 2,87 (1,10) | 3 (1,05) | 0,711 |
| Puntaje nutrición | 3,98 (1,21) | 2,9 (1,19) | 0,007 |
| Puntaje de tabaco | 3,18 (1,13) | 3 (1,15) | 0,623 |
| Puntaje de alcohol | 4,72 (1,62) | 5,2 (1,13) | 0,358 |
| Puntaje de sueño y estrés | 4,25 (1,44) | 4,5 (1,18) | 0,589 |
| Puntaje tipo de personalidad | 2,5 (1,02) | 1,9 (1,37) | 0,082 |
| Puntaje introspección | 3,62 (1,20) | 3,7 (1,25) | 0,839 |
| Puntaje conducción trabajo | 3,07 (1,12) | 3 (0,81) | 0,846 |
| Puntaje otras drogas | 4,08 (1,47) | 4,5 (1,58) | 0,384 |
| | 71,03 (11,99) | 69,09 (10) | 0,706 |

CAPÍTULO V. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1. Conclusiones

A partir de los resultados obtenidos en la investigación se puede concluir lo siguiente:

El estilos de vida de los estudiantes de secundaria del colegio colombo-venezolano adventista, en términos generales se puede clasificar como saludable.

Se observó que en la medida que los estudiantes pasan a un grado de escolaridad mayor sus hábitos saludables tienden a decaer.

Se observó que a mayor nivel de escolaridad de los padres, los estudiantes obtuvieron mejores puntajes totales en la calidad de los estilos de vida saludable.

La orientación religiosa incide en los comportamientos de vida saludable, toda vez que los estudiantes sin ninguna orientación religiosa demostraron tener menos hábitos saludables, en tanto los estudiantes con orientación religiosa adventista, mostraron mejores resultados.

Los estudiantes de sexo masculino superan a las mujeres en la práctica de actividad física.

El estrato socioeconómico de los padres tiene una relación directamente proporcional con los hábitos de vida saludable de los estudiantes. A menor estrato socioeconómico menor la práctica de estilos saludables.

5.2. Recomendaciones

Comunicar a los padres y estudiantes de los estudiantes del instituto colombo-venezolano adventista los resultados del presente estudio.

.Sensibilizar a los padres, estudiantes y profesores sobre la importancia de los hábitos de vida saludable, especialmente durante la adolescencia y la juventud, a fin de evitar problemas de salud en la adultez.

.Implementar un programa de actividades regulares que estimulen los hábitos de vida saludable en los estudiantes del Instituto Colombo Venezolano Adventista de la ciudad de Medellín.

.Realizar un trabajo de intervención social, para identificar los estudiantes que puedan estar involucrados en el consumo de drogas, alcohol y cigarrillo.

.Advertir a los estudiantes sobre los riesgos del consumo de drogas, cigarrillo y alcohol, no sólo para la salud física, sino también de la espiritual y el ambiente familiar.

.Fomentar en los estudiantes los beneficios de una alimentación saludable y la actividad física regular.

.Repetir el presente estudio al finalizar el año 2015 con el objetivo de determinar la tendencia de los hábitos de vida saludable de los estudiantes del instituto colombiano adventista de la ciudad de Medellín.

.Divulgar a toda la comunidad adventista los resultados de la presente investigación para respaldar y motivar las prácticas saludables que al interior de la comunidad se llevan a cabo.

.Estimular, especialmente en el caso de las estudiantes, la práctica regular de actividad física, ya que se demostró que presenta menos actividad con relación a sus compañeros de sexo masculino.

REFERENCIAS BIBLIOGRÀFICAS

1. OMS. Lilly. [Online].; 1998 [cited 2014 Octubre 14. Available from: <https://www.lilly.es/PRENSA/medical/cancer/archivos/10.%20CALIDAD%20DE%20VIDA.pdf>.
2. Lema Soto LF STIVAMTCJRSABPA. Comportamiento y salud de los jóvenes universitarios: satisfacción. *Revista Colombiana de Psicología*. 2009; 5(12): p. 71-88.
3. Cid P MJSJ. Factores biológicos y psicosociales predictores del estilo de vida promotor de salud. *Revista Colombiana de Psicología*.
4. García-Laguna DGGSGPTYT. Determinantes de los estilos de vida y su implicación en la salud de los jóvenes universitarios. *Revista Colombiana de Psicología*. Promoción de la Salud. ; 17(2).
5. Molinero O CPJRJGMJMMS. Conductas de salud en escolares de la provincia de Cádiz. *NutrHosp*.
6. Rodrigo MA MMGM. Relaciones padres-hijos y estilos de vida en la adolescencia. *Psicothema*. 2000.
7. Mantilla SC GAHM. Physicalactivity and tobacco and alcohol use in a group of universitystudents. *Journal of Physical Activity and Health*.
8. Gulati A1 HAPHPECDKMGDBI. Physical Activity Patterns Among SchoolChildren in India. *Indian Journal of Physiotherapy and Occupational Therapy*.
9. Mahecha JMCCJF. Estilos de vida de los adolescentes escolares del departamento del Huila. *Revista Colombiana de Psicología*.
10. Buhning K,OP,&BC. Determinación no experimental de la conducta sedentaria en escolares. *Revista Colombiana de Psicología*.
11. Radhika G GASRSVMV. Dietary carbohydrates, glycemic load and serum high-density lipoprotein cholesterol in Indian adults. *Eur J Clin Nut*. 2009; 63(2): p. 413-20.
12. Gorrita Pérez RRCAG. Caracterización del hábito de fumar en un grupo de escolares adolescentes. *Revista Colombiana de Psicología*. 256-264.
13. Salud OMdl. www.who.int. [Online].; 2014 [cited 2014 noviembre 05. Available from: www.who.int.
14. Tobón Correa O. [www.promocionsalud.ucaldas.edu.co](http://promocionsalud.ucaldas.edu.co). [Online].; 2014 [cited 14 11 15. Available from: http://promocionsalud.ucaldas.edu.co/downloads/Revista%208_5.pdf.

15. Werner Ipinza D. [www.tesis.uchile.cl. \[Online\].;](http://www.werner_d/pdfAmont/cs-werner_d.pdf) 2014 [cited 2014 11 15. Available from: http://www.werner_d/pdfAmont/cs-werner_d.pdf.
16. Rivera Álvarez L. Autocuidado y capacidad de agencia de autocuidado. *Avances en enfermería*. 2000
17. Szalai AAF. The meaning of comparative research on the quality. In Sage , editor. *The quality of life*
18. www.cepal.org. [Online].; 2014 [cited 2014 Noviembre 04. Available from: [//www.cepal.org/celade](http://www.cepal.org/celade)
19. Ardila R. Calidad de vida: una definición integradora. *Revista latinoamericana de psicología*. ; 35(2)
20. www.who.org. [Online].; 2014 [cited 2014 Noviembre 04. Available from:
http://search.who.int/search?q=enfermedad&ie=utf8&site=who&client=_es_r&proxystylesheet=_es
21. Taber. *Diccionario Médico Ciclopédico de Taber*. 17th ed. Thomas CL, editor.; 1993.
22. Dorland. *Diccionario Médico Ilustrado de Dorland*. 28th ed.: ed.Saunders; 1994.
23. salud OMdl. www.who.in. [Online].; 2014 [cited 2014 noviembre 08. Available from: <http://www.w>
24. salud Mdl. www.msal.gov.a. [Online].; 2014 [cited 2014 11 15. Available from: <http://www.msal.gov.ciudadanos/ique-son-icuales-son>.
25. www.sslideshare.net. [Online].; 2014 [cited 2014 11 15. Available from: <http://es.slideshare.net/shin>
26. Salud OPdl. www.new.paho.org. [Online].; 2007 [cited 2014 11 15. Available from:
http://new.paho.org/col/index.php?option=com_content&task=view&id=25&Itemid=135..
27. CAMPOS C L. Los estilos de vida y los valores interpersonales según la personalidad en jóvenes de investigación en psicología. 2009; 12(2): p. 89-100.
28. Salud OMdl. www.uniminuto.ed. [Online].; 2014 [cited 2014 noviembre 05. Available from: <http://www.uniminuto.ed/vida-saludables>.
29. Maya LH. www.funlibre.org. [Online].; 2012 [cited 2014 11 15. Available from: <http://www.funlibre.org>
30. Reyes Enríquez de Baldizón SE. www.biblioteca.usac.edu. [Online].; 2012 [cited 2014 11 14. Available from:
http://biblioteca.usac.edu.gt/tesis/05/05_8580.pdf.
31. Española RA. www.rae.es. [Online].; 2014 [cited 2014 noviembre 05. Available from: <http://lema.rae.es>
32. Sellés JF. www.dadun.unav.edu. [Online].; 2012 [cited 2014 11 15. Available from: <http://dadun.unav.edu>
33. Española RA. www.lema.rae.es. [Online].; 2014 [cited 2014 11 15. Available from: <http://lema.rae.es>
34. Briceño-León R. Las ciencias sociales de la salud. In Briceño-León R. *Ciencias sociales y salud en A*

- Fundación Polar; 1999.
35. Milenio OdDd. www.un.org. [Online].; 2014 [cited 2014 11 15. Available from: <http://www.un.org/spanish.pdf>.
 36. Murray S. www.sanutricion.org.ar. [Online]. [cited 2014 11 15. Available from: http://www.sanutricion.org.ar/files/upload/files/Estudio_habitos_de_Vida_en_Argentina_Doc_final.
 37. Infomed. <http://www.obesidad.co/>. [Online]. [cited 2014 11 15. Available from: <http://documentstandsting//obesidadenniñosUSAydatosdealcohol.htm2005-05-02>.
 38. FAO. www.fao.org. [Online].; 2013 [cited 2014 11 15. Available from: <http://www.fao.org/docrep/>
 39. Piñeros M, Pardo C. Prácticas de alimentación en adolescentes escolares de cinco ciudades colombianas. Salud a Escolares. REV COLOMB CANCEROL. 2011; 15(1): p. 5-12.
 40. Rodríguez J MF. Prevalencia de factores de riesgo asociados a trastornos del comportamiento alimentario en una muestra de estudiantes de educación primaria en Cali, Colombia. Rev Colomb Obstet Ginecol. 2008; 59(3): p. 180-190.
 41. Agudelo Ochoa GMAAR. Prevalencia del síndrome metabólico en niños y adolescentes escolarizados en Bogotá. IATREIA. 2008 septiembre; 21(3).
 42. Barrera Sánchez LF, Manrique Abril FG, Ospina Díaz JM. Evaluación de la conducta alimentaria en niños de Bogotá. Hacia la Promoción de la Salud. 2013 julio-diciembre; 18(2).
 43. Bogotá ad. www.alcaldiabogota.gov.co. [Online].; 2014 [cited 2014 11 14. Available from: [://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=4125](http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=4125).
 44. Sura. www.epssura.com. [Online].; 2014 [cited 2014 11 14. Available from: http://www.epssura.com/index.php?option=com_content&view=article&id=1190:ley-1355-de-2009
 45. Bogotá Ad. www.alcaldiabogota.gov. [Online].; 2014 [cited 2014 11 14. Available from: <http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=31692>.
 46. Bogotá Ad. ww.alcaldiabogota.gov.co. [Online].; 2014 [cited 2014 11 14. Available from: <http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=1177>.
 47. Bogotá Ad. www.alcaldiabogota.gov.co. [Online].; 2014 [cited 2014 11 13. Available from: <http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=297>.
 48. Bogotá Ad. www.alcaldiabogota.gov.co. [Online].; 2014 [cited 2014 11 12. Available from:

62. Bogotá Ad. www.alcaldiabogota.gov.co. [Online].; 2014 [cited 2014 11 14. Available from: <http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=22663>.
63. Bogotá Ad. www.alcaldiabogota.gov.co. [Online].; 2014 [cited 2014 11 14. Available from: <http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=36878>.
64. jurista R. <https://www.redjurista.com/documents/d2871008.aspx>. [Online].; 2014 [cited 2014 11 14. Available from: <https://www.redjurista.com/documents/d2871008.aspx>.
65. Rosario Ud. www.urosario.edu.co. [Online].; 2014 [cited 2014 11 14. Available from: http://www.urosario.edu.co/BienestarUniversitario/Documentos/ULDH/Legislacion_Colombiana_p.
66. Bogotá Ad. www.alcaldiabogota.gov.co. [Online].; 2014 [cited 2014 11 14. Available from: http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?_30565.
67. Bogotá Ad. www.alcaldiabogota.gov.co. [Online].; 2014 [cited 2014 11 14. Available from: http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?_37727.
68. Actualicese. www.actualicese.com. [Online].; 2014 [cited 2014 11 14. Available from: <http://actualicese.com/actualicese-externa-031-de-20-11-2013/>.
69. Sura. www.arlsura.com. [Online].; 2014 [cited 2014 11 14. Available from: http://www.arlsura.com/index.php?option=com_content&view=article&id=1723:circular-038-de-2013-&Itemid=32.
70. Bogotá Ad. www.alcaldiabogota.gov.co. [Online].; 2014 [cited 2014 11 14. Available from: http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?_43428.
71. Bogotá Ad. www.alcaldiabogota.gov.co. [Online].; 2014 [cited 2014 11 14. Available from: http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?_5412.
72. Senado Sd. http://www.secretariasenado.gov.co/senado/basedoc/ley_1098_2006.html. [Online].; 2014 [cited 2014 11 14. Available from: http://www.secretariasenado.gov.co/senado/basedoc/ley_1098_2006.html.
73. Bogotá Ad. www.alcaldiabogota.gov.co. [Online].; 2014 [cited 2014 11 14. Available from: <http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=22600>.
74. Familiar ICdB. www.icbf.gov.co. [Online].; 2014 [cited 2014 11 14. Available from: http://www.icbf.gov.co/cargues/avance/docs/ley_1355_2009.htm.
75. Bogotá Ad. www.alcaldiabogota.gov.co. [Online].; 2014 [cited 2014 11 14. Available from: <http://www.alcaldiabogota.gov.co>.

- <http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Normal.jsp?i=41355>.
76. Bogotá Ad. www.alcaldiabogota.gov.co. [Online].; 2014 [cited 2014 11 14. Available from: <http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Normal.jsp?i=31692>.
77. Anec. www.anec.org.co. [Online].; 2014 [cited 2014 11 14. Available from: http://www.anec.org.co/index.php?option=com_content&view=article&id=70&Itemid=91.
78. Educación Md. www.mineduacion.gov.co. [Online].; 2014 [cited 2014 11 15. Available from: http://www.mineduacion.gov.co/105002_archivo_pdf.
79. Taylor SG. Dorothea E. Orem. Teoría del déficit de autocuidado. In Marriner A RM. Modelos y teorías de enfermería. 2005; 267-295..
80. Kerouac SPJD. EL pensamiento enfermero Barcelona España.: Massón; 2005.
81. Orem D. Enfermería: conceptos de práctica. segunda edición ed.: Mc Graw Hill; 1980.
82. Vega Angarita OGED. Teoría del déficit de autocuidado: interpretación desde los elementos conceptuales. Rev Cub Enfermería. 2005; 28,35.
83. Rojas M I. Encuesta Mundial sobre Tabaquismo en la Juventud. Boletín Epidemiológico/OPS. ; 22(2): 1-10.
84. Álvarez Sintés R. Temas de Medicina General Integral La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2001.
85. Arnal M. www.elalmanaque.com. [Online].; 2014 [cited 2014 julio 4. Available from: www.elalmanaque.com/medicina/léxico/tabaquismo.htm?bib.us.es/.
86. Aguirre V. ¿Cómo ayudar a un niño que fuma? Neumología Pediátrica de Universidad de Santiago de Chile. 2005; 17(2): 105-110.
87. Bolzán A PR. Tabaquismo durante la adolescencia temprana. Estudio en escolares argentinos. Jornal de Pediatria. 2005; 30(1): 1-6.
88. RUMBOS Pppaecdd. www.mamacoca.org. [Online].; 2014 [cited 2014 julio 5. Available from: http://www.mamacoca.org/docs_de_base/Consumo/Encuesta_consumo_SPA_2001.pdf.
89. Ministerio del interior y de justicia Mdps. www1.urosario.edu.co/. [Online].; 2014 [cited 2014 julio 5. Available from: http://www1.urosario.edu.co/correo/administracion/boletines/ODA/documentos/ESTUDIO_NACIONAL_DE_TABAQUISMO.pdf.
90. Álvarez Valdés Neiza GCEDGD. Hábito de fumar en la adolescencia al nivel comunitario.. Rev Cub Enfermería. 2005; 29(1): 1-6.
91. Room R, Babor T. Alcohol and public health. Health.Review. 2005; 36(5): p. 519.530.
92. Andrade A, Bosi M. Midia e subjetividade: impacto no comportamento alimenta femenino. Revista de Psicologia. 2005; 41(1): 1-10.
93. Mohammad P, Vahidi R, Rostamie F. Substance abuse iranian high school students. Addictive behavior. 2005; 30(1): 1-6.

94. Galduróz J, Noto A, Fonseca A. Levantamento Nacional sobre o consumo de drogas psicotrópicas e meio da rede pública de ensino nas 27 capitais brasileiras. , Sao Paulo: Centro Brasileiro de inform
95. Xing y, Zhang L. Relationship of binge and other health compromising behaviors among urban ado Health. 2006; 39(4): p. 495-500.
96. Crime. UNOoDa. www.unodc.org. [Online].; 2009 [cited 2014 julio 08. Available from: http://www.unodc.org/documents/wdr/WDR_2009/WDR2009_eng_web.pdf.
97. Maddaleno M BCLsdlayjeALyeCddmEMMSEKDST(). Adolescencia y resiliencia Buenos Aires: Pa
98. Botvin GJ BE. Adolescent tobacco, alcohol and drug abuse: Prevention strategies, empirical finding Pediatr. 1992; 13(4): p. 291-300.
99. Izquierdo Hernandez Aea. Alimentación saludable. Rev Cubana Enfermer. 2004; 20(1).
100. Silva ARVdDMMCM. Hábitos alimentares de adolescentes de escolas públicas de Fortaleza. Revist 18-24.
101. Weiss R DJBTTWTSYCe. Obesity and the metabolic syndrome in children and adolescents. N Eng
102. Aguilar Cordero M, González Jiménez1 CJGGPAGLJÁFCA. Obesidad de una población de escolar una intervención educativa. Nutr Hosp. 2011; 26(3): p. 636-641.
103. Pública. INdS. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2006: Resultados por entidad federativa, Mo 2006.
104. www.hgm.salud.gob.mx. www.hgm.salud.gob.mx. [Online].; 2014 [cited 2014 julio 09. Available fr http://www.hgm.salud.gob.mx/descargas/pdf/area_medica/endocrino/2_dislipidemias.pdf.
105. Gómez Cruz Z, Verdín Sánchez H, Troyo Sanromán R. Estado de nutrición y perfil de lípidos en ad Mexicana de Pediatría. ; 80(1): p. 5-9.
106. Sandoval Régulo VLRRdSM. Prevalencia de hipertensión arterial y dislipidemias en escolares y ad Méd Caracas. 2009; 5(2).
107. K. O. Estudio epidemiológico de hipertensión arterial en Barquisimeto. Bol Méd Postgrado. 1985 E
108. Saez Y, BERNUI I. Prevalencia de factores de riesgo cardiovascular en adolescentes de instituciones 12(3).
109. Casimiro A. Educación para la salud, actividad física y estilo de vida. Almeria: Universidad de Alm

110. Arántzazu Rodríguez RdAS. Intervención Psicosocial. Autoconcepto físico y estilos de vida en la ad
111. Ramírez-Vélez Robinson ARA. Fiabilidad y validez del instrumento "Fantástico" para medir el estil
pública [serial on the Internet]. 2012; 14(2): p. 26-237.
112. López-Carmona JM RMJMMCHSJCdLTE. Validez y fiabilidad del instrumento FANTASTIC para
mexicanos con hipertensión arterial. Atención primaria. 2000; 26(9).
113. Rodriguez-Moctezuma R LCJMMCHSJBMM. Validez y consistencia del instrumento "FANTASTI
Rev Med IMSS. 2003; 41(211).
114. Triviño Quintero Lisbeth Patricia DGVAUVYLAZRAJVAMRVR. Estudio del estilo de vida y su re
metabólico en adultos de mediana edad. Acta Med Colomb [revista en la Internet]. 2009 Diciembre;
115. Bermeo RNZ. www.bdigital.unal.edu.co. [Online]. [cited 2014 11 15. Available from:
<http://www.bdigital.unal.edu.co/11399/1/539792.3013.pdf>.
116. Esnaola I. Desarrollo del autoconcepto durante la adolescencia y principio de la juventud. Revista de
p. 265-277.
117. Nutbeam D,AL,yCJ. Understanding children´s health behavior: The impication for health promotion
Medicine. 1989; 29(3): p. 317-325.
118. Álvarez Sintes R ea. Temas de Medicina General La Habana: Ciencias Médicas; 2001.
119. Gorrita Pérez RRGCA. Caracterización del hábito de fumar en un grupo de escolares adolescentes. F
256-264.
120. Piñeros Ortíz S MCJLdMC. Factores de riesgo de los trastornos de la conducta alimentaria en jóvenes
colombiana de psiquiatría. 2010; 39(2): p. 313-327.
121. Valdivielso MNG. Compromiso de los adolescentes de Canarias con un estilo de vida físicamente ac
de Educación Física, Deporte y Recreación. 2012; 21(3): p. 34-44.
122. Janssen I KP. Comparison of overweight and obesity prevalence in school – aged youth from 34 cou
activity and dietary patterns. Obes Rev. 2005; 6(2): p. 123-132.
123. Soca PEM. Dislipidemias. ACIMED. 2009; 20(6): p. 265-273.
124. Organization WH. [Online].; 2014 [cited 2014 junio 27. Available from: <http://www.who.int/nmh/p>
125. Crime UNOoDa. www.unodc.org. [Online].; 2014 [cited 2014 julio 08. Available from:

- http://www.unodc.org///documents/wdr/WDR_2009/WDR2009_eng_web.pdf.
126. www.hgm.salud.gob.mx. www.hgm.salud.gob.mx. [Online].; 2014 [cited 2014 julio 09. Available from:
http://www.hgm.salud.gob.mx/descargas/pdf/area_medica/endocrino/2_dislipidemias.pdf.
127. Estupefacientes CNpeCd. www.cicad.oas.org. [Online].; 2014 [cited 2014 julio 08. Available from:
http://www.cicad.oas.org/fortalecimiento_institucional/eng/National%20Plans/C.
128. [Online].

ANEXOS

ANEXO 1. Carta de permiso para realizar la investigación en el instituto colombiano-venezolano.



CORPORACIÓN UNIVERSITARIA ADVENTISTA

Medellín, Junio 16 de 2014

Señores: Concejo Administrativo ICOLVEN

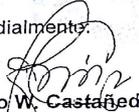
Cordial Saludo,

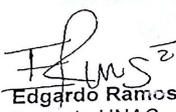
Por medio de la presente, les informamos que la estudiante del noveno semestre de Enfermería de la Corporación Universitaria Adventista, María Yaneth Daza Giraldo con Cc. 43257923; se encuentran realizando una investigación titulada: estilos de vida de los estudiantes del colegio ICOLVEN, cuyo objetivo general es: Determinar los estilos de vida de los estudiantes de los grados de secundaria y su asociación a los factores socio demográficos

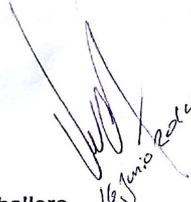
Dentro de la investigación la estudiante en conjunto con el docente asesor Temático: Edgardo Ramos Caballero, requieren, una lista de los estudiantes de los grados de secundaria de la institución, y el consentimiento de la institución para que a sus estudiantes les sea aplicado el cuestionario de la investigación.

De ante mano apreciaremos todo el apoyo que puedan brindarnos en la buena marcha de esta investigación.

Cordialmente,


Jairo W. Castañeda
Decano
Facultad de Ciencias de la Salud


Edgardo Ramos Caballero
Docente UNAC
Asesor Temático


16 Junio 2014

Personería Jurídica según Resolución del Ministerio de Educación No. 8529 del 6 de junio de 1983 / NIT 860.403.751-3

Cra. 84 No. 33AA-1 PBX: 250 83 28 Fax. 250 79 48 Medellín <http://www.unac.edu.co>

ANEXO. 2 Autorizaciones de los directivos del instituto colombo-venezolano para realizar la investigación.



INSTITUTO COLOMBO VENEZOLANO

Aprobado por Resolución No. 003711 del 29 de Septiembre de 1989 a 1992
de Preescolar a 11°, Resolución No. 8339 del 25 de Octubre de 1993 a 1997, y
008965 del 21 de Junio de 1994 hasta reglamentación Ley General 1994

Medellín, 22 de julio de 2014

Señores
Docentes Icolven

Las estudiantes de enfermería se encuentran autorizadas para aplicar una encuesta para los grados de sexto a undécimo el día 22 de julio de 2014.

Agradecemos su apoyo

Administración



INSTITUTO COLOMBO VENEZOLANO
NIT: 890.901.933-2
TEL: 250 9648

Cra. 84 No. 33AA-1 PBX: 250 96 48 - Fax: 250 84 57 A.A. 877
[http:// www.icolven.edu.co](http://www.icolven.edu.co) · Medellín - Colombia
Código DANE: 305001003513 Código ICFES: 000653

ANEXO 3. Encuesta sobre factores sociodemográficos.

OBJETIVO:

Determinar el estilo de vida de los estudiantes del ICOLVEN de los grados de secundaria y su asociación a los factores socio demográficos

Este cuestionario está dividido en dos secciones: datos generales, que nos permite caracterizar a la población en estudio y datos específicos que se refieren a la medición del estilo de vida de los participantes.

- No existen respuestas malas o buenas por lo que le agradeceré responder todas ellas de acuerdo a su percepción personal.
- Responda todas las preguntas y solo una opción, utilice lapicero para contestar el

DATOS GENERALES

Marque con una X sobre los círculos en blanco según corresponda a su realidad.

| | |
|---|--|
| <p>1) Edad: _____</p> <p>2) Género: <input type="radio"/> Masculino <input type="radio"/> Femenino</p> <p>3) Peso: _____ 4) Talla: _____</p> <p>5) Estrato económico : _____</p> <p>6) Nivel de Escolaridad: <input type="radio"/> primaria <input type="radio"/> secundaria</p> <p>7) Grado de escolaridad: _____</p> <p>8) Nivel educativo de los padres: _____</p> <p><input type="radio"/> Ninguno <input type="radio"/> Primaria <input type="radio"/> Secundaria</p> <p><input type="radio"/> Bachiller <input type="radio"/> Universitario <input type="radio"/> Posgrado</p> | <p>9) Orientación religiosa:</p> <p><input type="radio"/> Ninguna <input type="radio"/> Adventista 7º día</p> <p><input type="radio"/> Católica <input type="radio"/> Evangélica</p> <p><input type="radio"/> Protestante <input type="radio"/> Otra _____</p> |
|---|--|

ANEXO 4. Instrumento FANTÁSTICO.

Test de evaluación sobre estilos de vida "FANTÁSTICO"

Conteste el cuestionario recordando tu vida

| | | | |
|-----------------------------|---|---|--|
| Familia y amigos | Tengo con quien hablar las cosas que son importantes para mí. Casi siempre (1) A veces (2) Casi nunca (3) | Yo soy y hacen cosas. Casi siempre (1) A veces (2) Casi nunca (3) | |
| Actividad física | He realizado actividad física (jardinería, subir escaleras, hacer los trabajos de la casa). Casi siempre (1) A veces (2) Nunca (3) | Yo hago ejercicio en forma activa al menos por 20 minutos (correr, caminar, andar en bicicleta). 4 o más veces por semana (1) A 3 veces por semana (2) Menos de 1 vez por semana (3) | |
| Nutrición | Mi alimentación es balanceada. Casi siempre (1) A veces (2) Nunca (3) | A menudo consumo mucha azúcar, sal o comida chatarra. Ninguno de estos (1) Algunos de estos (2) Todos estos (3) | Estoy pálido de mi peso. Normal o hasta 4 kg de más (1) 5 a 8 kg de más (2) Más de 9 kg (3) |
| Tabaco | Te fuma cigarrillos. No en los últimos 5 años (1) No me ha dado gusto (2) Ha fumado en este año (3) | Consumo de 1 a 10 cigarrillos por día. Ninguno (1) De 0 a 10 (2) Más de 10 (3) | |
| Alcohol | Mi máximo promedio de tragos por semana es: De 7 tragos (1) De 8 a 12 tragos (2) Más de 12 tragos (3) | Bebo más de 4 tragos en una única ocasión. Nunca (1) Ocasionalmente (2) A menudo (3) | Intorzo un vehículo después de beber alcohol. Nunca (1) Solo una vez (2) A menudo (3) |
| Sueño | Duermo bien y me siento descansado/a. Casi siempre (1) A veces (2) Casi nunca (3) | No me siento capaz de manejar el estrés o la tensión en mi vida. Casi siempre (1) A veces (2) Casi nunca (3) | No me relajo y disfruto en mi tiempo libre. Casi siempre (1) A veces (2) Casi nunca (3) |
| Tipo de personalidad | Pienso que estoy confundido/a. Casi nunca (1) Algunas veces (2) A menudo (3) | Me siento enojado/a, agresivo/a. Casi nunca (1) Algunas veces (2) A menudo (3) | |
| Insoportable | No soy un pensador positivo optimista. Casi siempre (1) A veces (2) Casi nunca (3) | Yo me siento tenso/a o apretado/a. Casi nunca (1) Algunas veces (2) A menudo (3) | No me siento deprimido/a, triste. Casi nunca (1) Algunas veces (2) A menudo (3) |
| Conducción | Soy siempre el conductor de seguridad. Siempre (1) A veces (2) Casi nunca (3) | No me siento satisfecho/a con mi estilo de vida. Siempre (1) A veces (2) Casi nunca (3) | |
| Otras drogas | Uso drogas como marihuana, cocaína o pasta de base. Nunca (1) Ocasional (2) A menudo (3) | Uso excesivamente las remedios que me indican los que puedo comprar sin receta. Siempre (1) A veces (2) Casi nunca (3) | Bebo café te o bebidas con que tiene cafeína. Siempre (1) A veces (2) Casi nunca (3) |

Puntaje



ANEXO 5. Solicitud de autorización para aplicar el instrumento.

Solicitud de autorización.

Señor Robinson Ramírez.

Fecha: 18 de noviembre 2014.

Estimado Robinson Ramírez.

Soy María Yaneth Daza Giraldo estudiante de enfermería de decimo semestre de la Universidad Adventista de Colombia de la ciudad de Medellín.

En la actualidad deseo realizar una investigación sobre estilos de vida saludables de los estudiantes de secundaria del instituto colombo-venezolano adventista de la ciudad de Medellín.

Tengo entendido que usted es el titular de los derechos de autor del instrumento fantástico y me gustaría solicitar su permiso para aplicarlo en mi investigación.

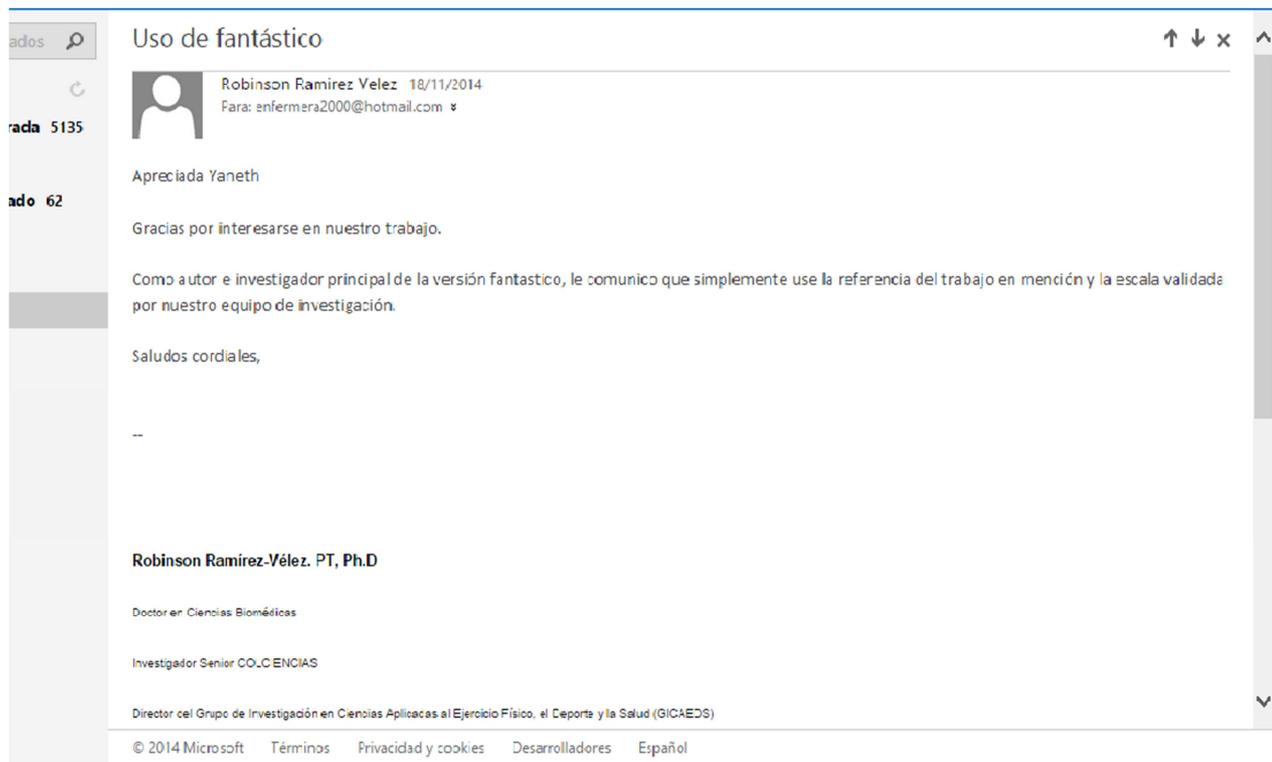
Atentamente:

María Yaneth Daza Giraldo

Cel. 3207209125

Espero su pronta respuesta.

ANEXO 6. Autorización para la aplicación del instrumento.



Uso de fantástico

Robinson Ramirez Velez 18/11/2014
Para: enfermera2000@hotmail.com

Apreciada Yaneth

Gracias por interesarse en nuestro trabajo.

Como autor e investigador principal de la versión fantástico, le comunico que simplemente use la referencia del trabajo en mención y la escala validada por nuestro equipo de investigación.

Saludos cordiales,

--

Robinson Ramírez-Vélez. PT, Ph.D

Doctor en Ciencias Biomédicas

Investigador Senior COLCENCIAS

Director del Grupo de Investigación en Ciencias Aplicadas al Ejercicio Físico, el Deporte y la Salud (GICAEDS)

© 2014 Microsoft Términos Privacidad y cookies Desarrolladores Español

ANEXO 7. Diccionario de variables.

Genero

1. Masculino
2. Femenino

Nivel de escolaridad

1. Primaria
2. Secundaria

Nivel educativo de los padres

1. Ninguno
2. Primaria
3. Secundaria o bachiller
4. Universitario
5. Posgrado

Orientación religiosa:

1. Ninguna
 2. Adventista 7° día
 3. Católica
 4. Evangélica
 5. Protestante
 - 6. Otra**
-