

Estilos de vida en adolescentes escolarizados de un municipio colombiano

Lifestyles of school adolescents in a Colombian municipality

Dra. Consuelo Vélez Álvarez, MSc. Diana Paola Betancurth Loaiza

Facultad de Ciencias para la Salud. Universidad de Caldas. Manizales, Colombia.

RESUMEN

Introducción: los estudios sobre hábitos y estilos de vida saludables incluyen diferentes dimensiones de la vida humana.

Objetivo: establecer estilos de vida de adolescentes escolarizados residentes en la zona urbana del municipio de Villamaría (Caldas-Colombia).

Métodos: estudio descriptivo transversal, en el que se empleó el instrumento FANTÁSTICO, versión chilena adaptada para la población de estudio (812 estudiantes de instituciones públicas y privadas), que evalúa 10 dimensiones de los estilos de vida: asociatividad, actividad física, nutrición, toxicidad, alcohol, sueño y estrés, tipo de personalidad y actividades, imagen interior, control de la salud y sexualidad y orden.

Resultados: la media de la edad fue 12,5 años \pm 1,16 años, y el 41,6 % de la población estudiada fue de sexo femenino. En las dimensiones analizadas la media más alta se registró en tipo de personalidad y actividades 5,67 \pm 1,36 y la más baja en asociatividad y actividad física 2,26 \pm 1,2. La desviación estándar de las dimensiones osciló entre 0,83 y 1,36. Se encontraron diferencias en los estilos de vida, a mayor edad más tendencia al riesgo, los hombres reportaron mejor valoración de los mismos ($p= 0,000$).

Conclusiones: los estilos de vida en los adolescentes estudiados se valoran como adecuados. Existe la necesidad de un trabajo integral sobre factores protectores más que de riesgo, en las etapas tempranas, sobre todo la afectividad como una dimensión soslayada en el campo de la salud adolescente.

Palabras clave: adolescentes, estilo de vida, promoción de la salud, salud.

ABSTRACT

Introduction: the studies on healthy lifestyles and habits cover various human life dimensions.

Objective: to identify lifestyles of school adolescents living in the urban area of Villamaria municipality in Caldas, Colombia.

Methods: descriptive and cross-sectional study carried out with FANTASTIC instrument which is the Chilean version adapted to the study population that includes 812 students from public and private educational centers. This instrument evaluates 10 lifestyle dimensions: associativity, physical activity, nutrition, toxicity, alcohol consumption, sleep and stress, type of personality and activities, self-image, health and sexuality control and order.

Results: the age mean was 12.5 years \pm 1.16 years and 41.6 % of the group was females. In the analyzed dimensions, the highest mean was reached by type of personality and activities (5.67 \pm 1.36) whereas the lowest went to associativity and physical activity (2.26 \pm 1.2). Standard deviation ranged 0.83 to 1.36. There were differences in lifestyles, the more age the more tendency to risk and men reported better self-assessment (p= 0.000).

Conclusions: lifestyles of the studied adolescents are assessed as adequate. It is necessary to carry out a comprehensive work on the protective factors rather than on risk factors at early stages, mainly affectivity as an avoided dimension in the field of health at adolescence.

Keywords: adolescents, lifestyle, health promotion, health.

INTRODUCCIÓN

Los estudios locales sobre hábitos y estilos de vida saludables representan un campo de interés especialmente en la etapa de la pre-adolescencia y adolescencia inicial. La clasificación de la OPS-OMS define la pre-adolescencia según los rangos de edad siguientes: en mujeres, de 9 a 12 años; y en varones, de 10 a 13 años; y la adolescencia inicial incluye mujeres de 12 a 14 años y varones de 13 a 15 años.¹

La adolescencia es una etapa del ciclo vital caracterizada por profundos cambios en el nivel biológico, emocional e intelectual; es un periodo de consolidación de las propias competencias frente al mundo, la autonomía, la realidad y el entorno social, a través de un proceso de constante adaptación y ajustes entre sus recursos personales y los intercambios con los otros.²

El fortalecimiento de los factores protectores en la fase inicial de la adolescencia facilita el logro de una salud integral, que fomenta el desarrollo del joven como persona y como integrante de un grupo, pues la forma en que las personas experimenten esta etapa influirá en la consolidación de patrones comportamentales que podrían afectarles por el resto de sus vidas.^{3,4} En este sentido, para promover efectivamente la salud en la pre-adolescencia y adolescencia inicial, resulta necesario conocer el desarrollo de habilidades en el fomento de la salud de estos chicos y chicas, para garantizar la orientación de rutas de acción concertadas, de forma dialógica, que sean coherentes con los deseos de los jóvenes, y ante todo, con las oportunidades que ofrece el medio, lo que posibilita la reorientación de los

servicios de salud para trascender las estrategias impositivas e informacionales que llevan consigo la tradicional culpabilización de las víctimas, que ha sido resultado de un modelo de corte anglosajón, con énfasis en el plano individual, que se concentra en el cambio de comportamientos.^{5,6}

Desde esta perspectiva integral, se requiere no solo del compromiso individual, sino también intersectorial e interdisciplinario para lograr mayores alcances en modelos y estrategias, que contribuyan a la *praxis* de iniciativas holístico sociales, como las de escuelas y espacios saludables, donde el accionar relacionado con la salud de los adolescentes responda a una compleja interacción entre el organismo y factores psicológicos, socioculturales, ambientales, económicos, e inclusive, fisiológicos, teniendo en cuenta los cambios que se presentan en esta etapa de la vida según los objetivos de desarrollo.^{3,4}

Con base en lo anterior, el presente artículo se traza como objetivo establecer los estilos de vida de adolescentes escolarizados residentes en la zona urbana del municipio de Villamaría.

MÉTODOS

Estudio descriptivo transversal, realizado con adolescentes entre 10 y 15 años de edad, escolarizados en instituciones públicas y privadas del municipio de Villamaría (Caldas, Colombia). El análisis fue practicado con el total de niños matriculados en las escuelas del municipio durante el año 2013 (812). El único criterio de inclusión fue la edad y la firma del consentimiento informado. No se contemplaron criterios de exclusión.

Una vez se obtuvo la versión final del instrumento, se solicitó autorización a la alcaldía municipal, secretaría de educación e instituciones educativas para realizar su aplicación, que fue aplicado por encuestadores previamente calibrados por los investigadores, quienes, después de la firma del consentimiento informado por parte de los padres y del asentimiento de los estudiantes, procedían a presentar el estudio, explicar el objetivo y a acompañar a los participantes en el diligenciamiento del FANTÁSTICO.

Se utilizó el cuestionario FANTÁSTICO, propuesta chilena modificada —diseñada en el Departamento de Medicina Familiar de la Universidad McMaster de Canadá—. Además es una herramienta de apoyo para los profesionales en el contexto de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, que permite identificar y medir los estilos de vida de una población en particular.⁷ El instrumento fue adaptado y validado para la población específica sin alterar su valoración. Para validar el instrumento se efectuó un proceso inicial a través de la técnica Delphi con expertos, y se logró su validez facial y de contenido.⁸ La validez facial está referida a la relevancia de los ítems de la prueba, la claridad y la comprensión del lenguaje para la redacción en cada ítem y la validez de contenido: grado en que el instrumento refleja un dominio específico del contenido de lo que se mide.⁹ Luego, para valorar la fiabilidad en la población estudiada (adolescentes), se aplicó el instrumento y se obtuvo un coeficiente de confiabilidad general (Alpha de Cronbach) de 0,77.

El FANTÁSTICO está compuesto originalmente por 9 dimensiones y 25 preguntas, la propuesta chilena contiene 30 preguntas que se integran en 10 dimensiones exploradas: F: familiares y amigos, A: asociatividad y actividad física, N: nutrición, T: toxicidad A: alcohol, S: sueño y estrés, T: tipo de personalidad y actividades, I: imagen interior, C: control de la salud y sexualidad, y finalmente O: orden.^{10,11}

La adaptación realizada al instrumento presenta 3 opciones de respuesta con valor numérico de 0 a 2 para cada categoría, y se califican por medio de una escala tipo Likert, con una calificación de 0 a 120 puntos. A mayor puntaje de la dimensión, la calificación es más positiva hacia la salud; la calificación total se clasifica en rangos cualitativos así: de 0 a 46, zona de peligro "estás en zona de peligro, pero la honestidad es tu real valor"; de 47 a 72 algo bajo "podrías mejorar"; de 73 a 84 adecuado "estás bien"; de 85 a 102 "buen trabajo estás en el camino correcto" y de 103 a 120 "felicitaciones tienes un estilo de vida fantástico".

Los datos fueron procesados y analizados en el programa SPSS versión 19.0 licenciado por la Universidad de Caldas. Se efectuó un análisis univariado y bivariado de la información para mostrar diferencias por sexo y edad en los estilos de vida. Todo el estudio se enmarcó dentro de las disposiciones vigentes para la protección de los sujetos humanos que participan en investigación, contenidas en la Resolución 8430 de 1993 del Ministerio de Salud de Colombia, y contempladas en la Declaración de Helsinki clasificando el estudio con riesgo mínimo, según el numeral b del artículo 11.¹²

RESULTADOS

La media de la edad fue de 12,5 años \pm 1,16 años. En la tabla 1 se muestra la distribución de la población según la institución educativa, que correspondió al 100 % de las instituciones públicas y privadas del municipio estudiado, el 41,6 % de la población estudiada corresponde al sexo femenino y el 58,4 % al sexo masculino.

Tabla 1. Total de niños por colegio y sexo

Colegio	Sexo				Total	
	Femenino		Masculino			
	No.	%	No.	%	No.	%
Gerardo Arias Ramírez (sesión de la mañana)	41	30,1	95	69,9	136	100
Gerardo Arias Ramírez (sesión de la tarde)	34	30,4	78	69,6	112	100
Institución Educativa Villamaría	47	31,1	104	68,9	151	100
San Pedro Claver	48	21,6	174	78,4	222	100
Santa Luisa de Marillac	155	100	0	0	155	100
Villa del Rosario	13	36,1	23	63,9	36	100
Total	338	41,6	474	58,4	812	100

En la tabla 2 se pueden observar los promedios obtenidos por cada una de las dimensiones estudiadas y la desviación estándar. Nótese que la media más alta se registra en la dimensión tipo de personalidad y actividades, y las más bajas en asociatividad y actividad física y orden. La desviación estándar de las dimensiones oscila entre 0,83 y 1,36. En términos generales se podría afirmar, conforme con los valores de cada una de las medias, que los estilos de vida fueron bien valorados por los participantes del estudio.

Tabla 2. Promedio de las dimensiones y desviación estándar (DE)

Dimensión	n	Promedio	DE
Familiares y amigos	812	4,81	1,053
Asociatividad y actividad física	812	2,26	1,222
Nutrición	812	5,47	1,243
Toxicidad	812	5,26	,919
Alcohol	812	4,60	1,130
Sueño y estrés	812	4,45	1,120
Tipo de personalidad y actividades	812	5,67	1,366
Imagen interior	812	4,09	1,159
Control de la salud y sexualidad	812	4,08	1,205
Orden	812	3,12	,838

Existen diferencias por sexo y edad en cuanto al estilo de vida de los adolescentes escolarizados estudiados, como se presenta en las tablas 3 y 4, lo que se confirma al aplicar la prueba de diferencia de medias para muestras relacionadas (T student, $p= 0,000$). En cuanto al sexo, los hombres, en general, tienen una mejor valoración de su estilo de vida en comparación con las mujeres, resultado que es evidente en la categoría "tienes un estilo de vida fantástico" (28,1 % en mujeres y 71,9 % en hombres). Con respecto a la edad, los adolescentes entre 13 y 15 años en la categoría de "estás en zona de peligro y algo bajo", tienen los porcentajes más altos, así, los datos sugieren que, a mayor edad se observa una variación del cambio en el estilo de vida hacia la zona de riesgo.

Tabla 3. Estilo de vida general por sexo

Estilo de vida	Sexo				Total	
	Femenino		Masculino		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
Estás en zona de peligro, pero la honestidad es tu real valor	3	50,0	3	50,0	6	10,0
Algo bajo, podrías mejorar	55	53,9	47	46,1	102	100
Adecuado, estás bien	98	48,0	106	52,0	204	100
Buen trabajo, estás en el camino correcto	157	38,2	254	61,8	411	100
Felicitaciones, tienes un estilo de vida fantástico	25	28,1	64	71,9	89	100

Tabla 4. Estilo de vida general por edad

Estilo de vida	Edad (en años)				Total	
	10-12		13-15		No.	%
	No.	%	No.	%		
Estás en zona de peligro, pero la honestidad es tu real valor	1	16,7	5	83,3	6	100
Algo bajo, podrías mejorar	27	26,5	75	73,5	102	100
Adecuado, estás bien	84	41,2	120	58,8	204	100
Buen trabajo, estás en el camino correcto	225	54,7	186	45,3	411	100
Felicitaciones, tienes un estilo de vida FANTÁSTICO	58	65,2	31	34,8	89	100

DISCUSIÓN

Los estilos de vida se encuentran relacionados con la forma en que las personas actúan en su vida cotidiana, y tienen su base en los diferentes hábitos y rutinas que regulan el comportamiento. Para *Pender*, el estilo de vida puede considerarse como un patrón multidimensional que la persona produce a lo largo de la vida, y que se proyecta directamente en la salud,¹³ por lo que está asociado con aspectos psicosociales, económicos y culturales, que se pueden evidenciar en las situaciones favorables o desfavorables presentadas, ya sea, por el individuo, un grupo, una comunidad y/o por la sociedad.¹⁴ Estos estilos de vida, hacen referencia a una serie de actividades, rutinas cotidianas o hábitos, como características de alimentación, horas de sueño o descanso, consumo de alcohol, tabaco y sustancias psicoactivas, actividad física y vida sexual.¹⁴

El trabajo desarrollado mostró que los estilos de vida, en general, se pueden considerar como adecuados para los adolescentes participantes en el estudio. Sin embargo, existen muchos aspectos por trabajar en la perspectiva de su desarrollo integral, representados en las diferentes dimensiones estudiadas, datos que coinciden con lo encontrado por *Cancino*,¹⁵ *Seignón*¹⁶ y *Tempesti*.¹⁷

La dimensión de menor promedio fue la actividad física, dato que vale la pena analizar a la luz de lo planteado por *Hidalgo y Güemes*,¹⁸ quienes refieren que durante la infancia y la adolescencia es necesario un equilibrado aporte nutricional y ejercicio físico para obtener un adecuado estado de salud, un óptimo crecimiento y desarrollo físico y psicosocial, y ayudar al establecimiento de hábitos saludables que permitan prevenir problemas de salud futuros.¹⁹

En las dimensiones *tipo de personalidad y actividades y nutrición*, se encontraron los promedios más altos, lo que sugiere que los adolescentes estudiados se encuentran en una etapa en la que aún no han adquirido hábitos poco saludables, y es allí donde se debería intervenir, tal como lo plantean *Breinbauer y Maddaleno*,³ que, de igual manera en un estudio realizado en Brasil, encontraron que las condiciones de vida de los adolescentes fueron valoradas como positivas.²⁰

El estilo de vida fue mejor valorado por los hombres que por las mujeres, confirmando lo planteado por diversos estudios que afirman que se debe prestar mayor atención a las mujeres, ya que constituyen el grupo con mayor riesgo de padecer trastornos.^{21,22}

Las diferencias encontradas en los estilos de vida por edad, en los cuales se evidenció que a mayor edad es mayor el compromiso de los estilos de vida, confirman los datos encontrados por *Tuesca*,²³ quien afirma que a medida que aumenta el estadio de la adolescencia se incrementan los estilos de vida poco saludables; y con lo presentado por *Hernando*,²⁴ quien encontró una disminución significativa, con el aumento de la edad, en una serie de variables que conforman los estilos de vida saludables de los adolescentes estudiados.

En conclusión, los resultados indican que en la adolescencia temprana los estilos de vida se encuentran en un nivel adecuado, y existe la necesidad de intervenir oportuna e intersectorialmente sobre los factores protectores presentes entre los adolescentes en la etapa temprana, como estrategia para fomentar comportamientos saludables en cada contexto, teniendo en cuenta las posibilidades y desarrollos sociales, culturales y económicos, no solo de cada país, sino también de cada región. Los hallazgos también sugieren que se hace necesario diferenciar las intervenciones, ya que las necesidades son diferentes según el sexo y la edad.

Agradecimientos

Al Centro de Estudios de Salud y Bienestar Humano (CESBH) de la Universidad de La Habana, al Comité de Expertos y a la Facultad de Ciencias para la Salud de la Universidad de Caldas, por su inestimable colaboración en la confección de este trabajo.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Breinbauer C, Maddaleno M. Jóvenes: opciones y cambios: promoción de conductas saludables en los adolescentes. Publicación Científica y Técnica; 594. Washington DC: OPS; 2008.
2. Cingolani JM. Aplicación y evaluación de un programa de intervención psicosocial para promover el desarrollo saludable en adolescentes: proyecto de investigación. En: Anuario de Proyectos e Informes de Investigación de Becarios de Investigación. Buenos Aires; 2009. p. 204.
3. Breinbauer C, Maddaleno M. Jóvenes: opciones y cambios. Elementos para la toma de decisiones. Una guía para la formulación de políticas dirigidas a promover modos de vida saludables en adolescentes y jóvenes [homepage en Internet]. OPS; 2006 [citado 11 de mayo de 2013]. Disponible en: <http://www.paho.org/spanish/dd/pub/jovenes-lu.pdf1-16>
4. Spear HJ, Kulbok PA. Adolescent health behaviors and related factors: A review. Public Health Nursing. 2001; 18(2):82-93.
5. Organización Mundial de la Salud (OMS). Promoción de la salud: glosario. Ginebra: OMS; 1998.

6. Franco A. Tendencias y teorías en salud pública. Revista de la Facultad Nacional de Salud Pública. 2009;24(2):119-30.
7. Rodríguez-Moctezuma R, López-Carmona JM, Munguía Miranda C, Hernández-Santiago JL, Bermúdez-Martínez M. Validez y consistencia del cuestionario FANTASTIC para medir estilo de vida en diabéticos. Rev Med IMSS. 2003;41:211-20.
8. García Valdés M, Suárez Marín M. El método Delphi para la consulta a expertos en la investigación científica. Rev Cubana Salud Pública. 2013;39(2):253-67.
9. Reina Gamba NC, Vargas Rosero E. Validez de contenido y validez facial del instrumento "Percepción de comportamientos de cuidado humanizado". Av Enferm. 2008;XXVI(2):71-9.
10. Wilson DM, Ciliska D. Life-style assessment: Development and use of the FANTASTIC checklist. Can Fam Physician. 1984;30:1527-32.
11. Lange I, Vio F. Guía para universidades saludables y otras instituciones de Educación Superior. OPS, Universidad Católica de Chile, Universidad de Chile, OMS, OPS, Vida Chile. Santiago de Chile: Productora Gráfica Andros; 2006.
12. Colombia. Ministerio de Salud. Resolución No. 008430 de 1993, por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud [homepage en Internet]; Colombia, 1993 [citado 13 de junio de 2013]. Disponible en: <http://comitedeetica.clinicalili.org/docs/RESL8430.pdf>
13. Pender NJ, Murdaugh CL, Parsons MA. Health promotion in nursing practice. 4th ed. Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall; 2002. p. 340.
14. Fonseca Villamarín ME, Maldonado Hernández A, Pardo Holguín L, Soto Ospina MF. Adolescencia, estilos de vida y promoción de hábitos saludables en el ámbito escolar. Umbral Científico. 2007;11:44-57.
15. Cancino J, Urzua R, Ulloa D. Estilos de vida y niveles de actividad física de los alumnos de kinesiología de la Universidad de las Américas (Chile) durante el primer semestre del año. 2008. Kronos: la revista de actividad científica de actividad física y deporte. 2009;3(16):39-44.
16. Seignon C. Estilos de vida y nutrición en universitarios de la Benemérita Universidad Autónoma de Puebla [homepage en Internet]. Puebla; 2008 [citado 19 de julio de 2013]. Disponible en: <http://www.archivos.ujat.mx/dip/divulgacion%20y%20video%20cinetifico%202008/DACS/ELaraM.pdf>
17. Tempesti C, Alfaro S, Capellen L. Estilos de vida y hábitos alimentarios en adolescentes escolarizados de poblaciones urbanas y rurales. 2010, Salta. Actualización en Nutrición. 2013;14(2):133-40.
18. Hidalgo MI, Güemes M. Nutrición del preescolar, escolar y adolescente. Pediatr Integral. 2011;XV(4):351-68.
19. Navarro M, Ojeda R, Navarro M, López E, Brito E, Ruiz JA. Compromiso de los adolescentes de Canarias con un estilo de vida físicamente activo y saludable. Retos. Nuevas Tendencias en Educación Física, Deporte y Recreación. 2012;(21):30-3.

20. Braviano W, Coutinho de Azevedo A, Sousa T. Estilo de vida de adolescentes de escuelas públicas e privadas de Florianópolis-SC . Revista da Educação Física UEM Maringá. 2009;20(4):615-23.

21. Molinero O, Castro-Piñero J, Ruiz JR, González Montesinos JL, Mora J, Márquez S. Conductas de salud en escolares de la provincia de Cádiz. Nutr Hosp. 2010;25(2):280-9.

22. Almeida C, Salgado J, Nogueira D. Estilo de vida y el peso corporal en una comunidad portuguesa en transición: un estudio de la relación entre la actividad física, los hábitos alimentarios y el índice de masa corporal. Revista Iberoamericana de Psicología y Salud. 2011;227-56.

23. TUESCA R, NAVARRO E, MEDINA A, MOLINA I, NÁDER N, NUMA L. Hábitos de salud de los escolares de una institución pública en el municipio de Soledad (Atlántico). Salud Uninorte. 2007;23:135-49.

24. Hernando A, Oliva A, Pertegal MA. Diferencias de género en los estilos de vida de los adolescentes. Psychosocial Intervention. 2013;22(01):15-23.

Recibido: 21 de abril de 2015.
Aprobado: 21 de mayo de 2015.

Consuelo Vélez Álvarez. Universidad de Caldas. Facultad de Ciencias para la Salud, Departamento de Salud Pública. Carrera 25 # 48-57, Manizales. Caldas, Colombia. Correo electrónico: consuelo.velez@ucaldas.edu.co