

ESTILOS DE VIDA DE LOS ADOLESCENTES ESCOLARES DEL DEPARTAMENTO DEL HUILA

LIFESTYLES OF SCHOOL TEENAGERS IN THE PROVINCE OF HUILA

Jaime Monje Mahecha*
Cristian Javier Figueroa Calderón**

Resumen

Objetivo. Caracterizar los estilos de vida de los adolescentes escolares del departamento del Huila a partir de sus prácticas y creencias en las dimensiones actividad física y deporte; manejo del tiempo libre y recreación; autocuidado y cuidado médico; hábitos alimenticios; consumo de alcohol, tabaco y otras drogas, y sueño.

Método. Investigación descriptiva con diseño transversal.

Sujetos. 916 estudiantes de básica secundaria y media vocacional de instituciones educativas públicas y privadas del departamento del Huila.

Resultados. Los adolescentes escolares del departamento del Huila, considerando sus prácticas, creencias y factores contextuales, tienen un estilo de vida saludable, pero hay presencia de potenciales riesgos si no se ofrecen programas de fomento de la actividad física organizada ni alternativas formativas para su tiempo libre. Hay una muy alta presencia de creencias favorables a la salud, lo que evidencia buena información en los estudiantes; sin embargo, también se registraron incongruencias entre las creencias y las prácticas. La estratificación socioeconómica y las desigualdades sociales existentes en el departamento, no inciden de manera significativa en la valoración de los estilos de vida de los adolescentes.

Conclusiones. La información no es suficiente para hacer prácticas saludables, la sensación de invulnerabilidad del adolescente lo lleva a prácticas imprudentes. Para consolidar las creencias en hábitos, se deben implementar programas públicos que posibiliten la actividad física organizada y metódica.

Palabras clave: estilo de vida, prácticas, creencias, hábitos, salud.

Abstract

Objective. To characterize the lifestyles of school teenagers in the Province of Huila from their practices and beliefs in the following domains: physical activity and sport, free time management and recreation, self care, health care, food habits, consumption of alcohol, tobacco and other drugs, as well as sleeping.

Method. Descriptive research with a cross sectional design.

Artículo recibido: 07/03/2011 Aprobado: 12/04/2011

* Magíster en Historia. Profesor Catedrático de la Facultad de Educación, Universidad Surcolombiana. Correo electrónico: jaimemoma@hotmail.com.

** Licenciado en Educación Física. Correo electrónico: nba042010@gmail.com

Subjects. 916 basic secondary and mid secondary students from public and private educational institutions in the Province of Huila.

Results. By viewing their practices, beliefs and context factors, it can be stated that the school teenagers from the Province of Huila lead a healthy lifestyle. There are potential risks if planned physical activity programs or free time alternatives are not promoted. A high percentage of positive opinions about health are perceived; this fact shows that students are well informed, even though there is also incongruence between their beliefs and practices. The socioeconomic stratification and the existing social inequalities do not meaningfully impinge on the assessment of the teenagers' life styles.

Conclusions. Information is not enough to make healthy practices, the teenager's sensation of vulnerability drives him towards imprudent practices. In order to consolidate beliefs as habits, public programs which make physical and methodical activity possible must be implemented.

Key words: lifestyle, practices, beliefs, habits, health.

Introducción

Las enfermedades crónicas no transmisibles son la nueva amenaza que acecha a la población mundial, son motivo de preocupación y estudio de los expertos en salud y es indudable que su auge se debe a los hábitos recientemente adquiridos por el hombre.

Estos cambios representan una involución del estilo de vida de las personas; fenómenos como el sedentarismo, provocado por la mecanización y automatización del transporte, y una drástica reducción de la actividad física tienen adversas consecuencias sobre un organismo como el cuerpo humano, forjado en su desarrollo filogenético a través de una exigente actividad física.

Cuando las enfermedades infectocontagiosas diezaban la población y la demanda de calorías en la alimentación era muy superior a la actual, no estaban presentes las enfermedades crónicas no transmisibles (Mahecha Matsudo y Rodríguez Matsudo, 2008). La carencia de la actividad física representa por sí sola un gran desequilibrio en el estilo de vida; sin embargo, a éste lo acompañan otros cambios igualmente perjudiciales sobre la salud, como una dieta saturada en grasas, el consumo de alcohol, tabaco y otras drogas, la subvaloración del cuidado médico y la indiferencia sobre el autocuidado, etc.

Todos estos cambios tienen como consecuencia el incremento de las enfermedades anteriormente citadas, y sólo se pueden contrarrestar eficazmente revirtiendo los hábitos que las han provocado. Este es el motivo principal

que tienen diversas disciplinas por el estudio de los estilos de vida, desde la sociología y el psicoanálisis y recientemente la medicina y la psicología (Balaguer Solá, Pastor Ruiz y Moreno Sigüenza, 1999). Por estilo de vida entendemos "*los tipos de hábitos, actitudes, conductas, tradiciones, actividades y decisiones de una persona, frente a las diversas circunstancias en las que el ser humano se desarrolla en sociedad, o mediante su quehacer diario y que son susceptibles de ser modificados.*"

El gobierno colombiano, adoptando postulados educativos universales, impulsó la Ley 80 de 1905, la cual creó la comisión nacional y las comisiones departamentales de educación física, con fines de fomento en salud, recreación física, mejoramiento de energía mental y educación del carácter. Un siglo después, ante la alta morbilidad en enfermedades crónicas no transmisibles, legisló para contrarrestar esta tendencia. Mediante la Ley 1355 de octubre 14 de 2009, conocida como la Ley de obesidad, definió este fenómeno como una prioridad de salud pública y adoptó medidas para su control, atención y prevención. Establece en el artículo 1.º: "*Declarase. La obesidad como una enfermedad crónica de Salud Pública, la cual es causa directa de enfermedades cardíacas, circulatorias, hipertensión, diabetes, artritis, entre otras, aumentando considerablemente la tasa de mortalidad de los colombianos.*"

El artículo 5.º activa normas para su prevención mediante *Estrategias para promover Actividad Física*. El Ministerio de Educación Nacional y las Instituciones Educativas, en desarrollo de las Leyes 115 de 1994 y 934 de 2004, promoverán el incremento y la calidad de las clases de educación física con personal idóneo y

adecuadamente formado, en los niveles de educación inicial, básica y media vocacional.

Con relación a la atención que debe dársele a esta amenaza social, instituyó en el artículo 19.º: Agenda de Investigación. *El Ministerio de la Protección Social deberá establecer en conjunto con el Instituto Colombiano para el Desarrollo de la Ciencia y la Tecnología "Francisco José de Caldas" Colciencias, acciones orientadas a definir y desarrollar una agenda de investigación, para estudiar los determinantes del ambiente físico y social asociados con las enfermedades crónicas no transmisibles y la obesidad en el contexto de las regiones colombianas, las evaluaciones económicas y evaluación de la efectividad de intervenciones políticas, ambientales y comunitarias dirigidas a la promoción de la actividad física y de una alimentación balanceada y saludable.*

Las aportaciones de la actividad física en la salud, entendida esta en su dimensión *bio-psico-social*, son un hecho cultural e histórico; sin embargo, el incremento del sedentarismo está llevando en la actualidad al estudio pormenorizado de la relación entre actividad física y salud, y de ambas con la calidad de vida. La educación física ha emprendido desde esta perspectiva los estudios sobre los estilos de vida, en este caso en la escolaridad secundaria, etapa en la cual se comienzan a adquirir y a afianzar los hábitos a través del largo proceso de socialización que recién comienza.

Hábitos y estilo de vida

Las conductas en el marco de la salud se pueden considerar como adecuadas o inadecuadas. Ellas determinan un estilo de vida de *riesgo* o, por el contrario, de *protección*. Las inadecuadas, denominadas *patógenos conductuales* –término utilizado por Becoña, Vázquez y Oblitas Guadalupe (2000)– o *conductas patógenas* –mencionado por León Rubio (2004)–, son todas aquellas conductas que afectan la salud de los individuos aumentando el riesgo de enfermar y causar fallecimiento. Por el contrario, las conductas adecuadas, denominadas *inmunógenos conductuales* o *conductas inmunógenas*, son todas aquellas conductas que protegen la salud y disminuyen el riesgo de enfermar.

Algunas conductas inmunógenas o protectoras de la salud propuestas por León Rubio (2004) se encuentran en las diferentes dimensiones del estudio y son:

- Dormir siete u ocho horas cada noche.
- Desayunar todos los días.
- Hacer tres comidas al día sin picar entre ellas.
- Mantener el peso corporal en los límites normales.
- Practicar de forma metódica y sistemática ejercicio físico.
- No beber alcohol, y si se bebe, hacerlo de forma moderada.
- No fumar.
- Búsqueda de atención sanitaria.
- Adherencia a los regímenes y tratamientos médicos.
- Comportamientos de seguridad y de mejora del medio ambiente.

Es importante resaltar que los hábitos que terminan configurando un estilo de vida como sano o insano se comienzan a adoptar desde la infancia; en esta edad, los padres ejercen gran influencia a través del ejemplo y las rutinas de vida, orientando al niño en aspectos como cumplimiento de horarios para comida y dormida, los alimentos que ingieren, las actividades y la distribución del tiempo libre. Son estas conductas asimiladas en el seno de la familia las que le servirán poco tiempo después, en plena adolescencia, para tomar al respecto buenas decisiones.

En el Programa de Atención Integral al Escolar-adolescente, con relación a la salud, afirman: *"La salud se crea y se vive en el marco de la vida cotidiana, en los centros de enseñanza, de trabajo y de recreo. La salud es el resultado de los cuidados que uno se dispensa a sí mismo y a los demás, de la capacidad de tomar decisiones y controlar la vida propia y de asegurar que la sociedad en que uno vive ofrezca a todos sus miembros la posibilidad de gozar de un buen estado de salud"* (Pineda, 1999).

Por lo tanto la salud está condicionada al estilo de vida en general con el que viven los individuos, en él están reflejados los hábitos estables, las costumbres y conocimientos del individuo, así como sus valores morales, aspiraciones y esperanzas. Un buen estilo de vida es ejemplarizante y puede favorecer su difusión social, está asociado a su vez a un claro proyecto de vida; talentos que subyacen en muchos estudiantes se malogran al no recibir una orientación oportuna para guiarlos. Sin un norte los adolescentes terminan asumiendo innecesariamente conductas riesgosas que los exponen a accidentes, enfermedades, lesiones, incapacidades o la muerte prematura.

Los beneficios de la actividad física para los niños y las niñas son numerosos y se pueden clasificar, en líneas generales, en tres categorías. En primer lugar, están los beneficios físicos, mentales y sociales, es decir, salud durante la infancia; en segundo lugar, estos beneficios para la salud, logrados en la infancia, se transfieren a la edad adulta, lo cual puede predisponer la actividad física para la etapa adulta; y en tercer lugar, ese remanente conductual del hábito de práctica de la actividad física se mantiene hasta la edad adulta, garantizando de esta manera la salud en esta etapa (Aznar Laín y Webster, 2006).

Por otra parte, hay que considerar la influencia que puede tener la realización de actividad física en el resto de las dimensiones de la salud y en la apropiación de mejores hábitos de vida en el adolescente, para poder considerar a la misma como promotora de estilo de vida saludable no solo por sus aportaciones directas, como se ha indicado antes, sino por eliminar hábitos insaludables y potenciar hábitos saludables. El practicante regular de actividad física cuida de su alimentación, se abstiene de consumir alcohol, tabaco u otras drogas, y en general crea un entorno amigable y saludable que promueve y protege su salud.

Por lo tanto es necesario resaltar el efecto preventivo que la actividad física puede condicionar en la salud, hábito que debe adquirirse en la infancia y la adolescencia. Todos los adolescentes deberían ser físicamente activos a diario (Mahecha Matsudo y Rodrigues Matsudo, 2008). Esta actividad podría consistir en la práctica de juegos, deportes, trabajo, educación física, en la recreación o en la utilización de la bicicleta como medio de transporte. Podría llevarse a cabo en el contexto familiar, en la escuela o en el seno de diversas asociaciones o en programas de promoción de la salud. Para incentivar la actividad física en los adolescentes, entonces, no hay que recurrir a razones utilitarias, sino a través de sus emociones, la alegría, el goce, el disfrute, la diversión y el placer que estas actividades generan en compañía de amigos (Cajiao, 1995).

Sin embargo, el hecho de que una persona reconozca como adecuada la práctica de la actividad física para la salud no constituye un factor decisivo para que realice la misma. "La sola percepción individual no determina el comportamiento". (Arrivillaga, Salazar y Correa, 2003).

El estudio demostró que los adolescentes tienen creencias favorables a la salud; dichas creencias se deben a la influencia del contexto familiar, pero también de información recibida en la institución educativa, y particularmente

en la clase de educación física. Por supuesto, "*la educación en salud no puede desconocer el valor que tiene el factor cognitivo como asociado, determinante o predisponente de cambios conductuales y la adopción de estilos de vida saludables. Aunque el conocimiento de algo, por sí solo, no es indicador de cambio conductual, sí se ha demostrado que cierta cantidad de información es necesaria para iniciar el proceso que conducirá a un cambio de comportamiento.*" (Fineberg, 1988).

La información inicia el proceso de un cambio favorable de comportamiento; sin embargo, tiene en los jóvenes otro obstáculo: a pesar de tener creencias favorables a la salud, de tener la convicción, incluso, de que la acción a tomar produce beneficios tangibles, carecen por su naturaleza juvenil de la percepción de vulnerabilidad a los riesgos y de esta manera posponen el costo que supone una acción preventiva.

Método

El presente es un estudio de tipo descriptivo, transversal.

Sujetos

El universo del estudio corresponde a los estudiantes matriculados en básica secundaria y media vocacional de instituciones públicas y privadas del departamento del Huila (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%).

Instrumentos

Para el estudio se utilizaron dos instrumentos: el cuestionario Prácticas y creencias sobre estilos de vida y la encuesta sobre factores contextuales relacionados con el estilo de vida, los cuales fueron adaptados de los elaborados por las investigadoras Salazar Torres y Arrivillaga Quintero (2004).

El cuestionario que indaga sobre las prácticas tiene 38 reactivos y está construido con base en la escala Likert, por tal motivo los reactivos se catalogan como positivos y negativos (Hernández Sampieri, Fernández Collado y Baptista Lucio, 2006). Cada reactivo tiene un puntaje máximo de 4 puntos, dichos puntos se multiplican por el número de reactivos; por lo tanto, el puntaje máximo ob-

tenido para las prácticas será de 152 puntos. Con base en este puntaje se establece una clasificación que determina el estilo de vida. Las categorías de clasificación se establecieron de acuerdo con los siguientes rangos:

Tabla 1. Categorías de calificación y rangos de las prácticas.

No saludable	Poco saludable	Saludable	Muy saludable
38 – 66	67 – 94	95 – 122	123 – 152

El cuestionario que indaga sobre creencias consta de 30 reactivos, los cuales siguiendo la metodología utilizada en las prácticas, sumaban 120 puntos posibles, que denotan la presencia de creencias favorables o desfavorables para la salud. Este puntaje permitió hacer una clasificación de acuerdo con los siguientes rangos:

Tabla 2. Categorías de calificación y rangos de las creencias.

Muy bajo	Bajo	Alto	Muy alto
30 – 52	53 – 74	75 – 96	97 – 120

Para determinar el estilo de vida de los adolescentes se sumaron los valores obtenidos entre las prácticas y las creencias. Las categorías de calificación fueron: *Estilo de vida muy saludable*, *Estilo de vida saludable*, *Estilo de vida poco saludable* y *Estilo de vida no saludable*.

Tabla 3. Categorías de calificación y rangos del estilo de vida.

No saludable	Poco saludable	Saludable	Muy saludable
68 – 119	120 – 170	171 – 221	222 – 272

La encuesta tiene 27 reactivos que hacen referencia a dos categorías a saber: presencia y ausencia de factores contextuales favorables o desfavorables a la salud. Los instrumentos evalúan seis dimensiones del estilo de vida saludable: Actividad física y deporte, Manejo del tiempo libre y recreación, Autocuidado y cuidado médico, Hábitos alimenticios, Consumo de tabaco, alcohol y otras drogas, y Sueño.

Resultados

A continuación se exponen los resultados más significativos de la investigación con relación a las prácticas y creencias en el estilo de vida de los adolescentes escolares del departamento del Huila, incluido un análisis de la influencia de los factores contextuales sobre dichas prácticas y creencias.

Clasificación del estilo de vida por estrato socioeconómico y género a partir de las prácticas

Estrato socioeconómico. Considerando la estratificación socioeconómica, los estratos 1 y 2 tienen el 4,7% de los adolescentes poco saludables, 89,8% saludables y 5,6%, muy saludables. Los estratos 3 y 4 tienen el 3,8% poco saludables, 86,9% saludable y 9,3% muy saludable. En los estratos 5 y 6, el 0% poco saludables, 94,3% saludable y el 5,7% muy saludable. La valoración global del estilo de vida de los adolescentes escolares de acuerdo con las prácticas es de un 4,3% poco saludables, 89,2% saludables y 6,6% muy saludables (ver ilustración 1).

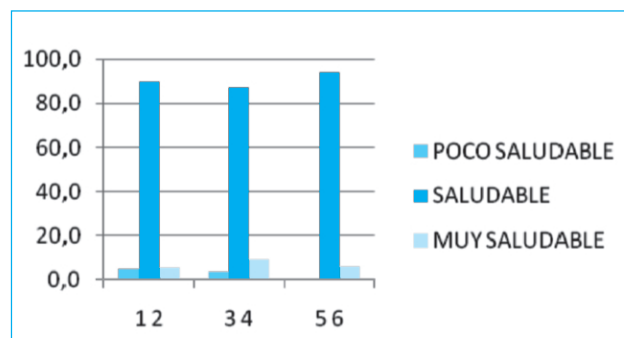


Ilustración 1

Género. La valoración del estilo de vida en los hombres dio como resultado que el 3,9% es poco saludable, el 88% saludable y el 7,8% muy saludable, frente a las niñas con un 4,5% poco saludable, 90% saludable y un 5,2% muy saludable. Se observa similitud en la valoración, destacándose en los apartados poco saludable y muy saludable una leve diferencia significativa a favor de los hombres, resultado que probablemente puede ser atribuido a la práctica de la actividad física (ver ilustración 2).

Prácticas en las diferentes dimensiones

Con relación a las prácticas en las diferentes dimensiones y su aporte a la valoración del estilo de vida en salud, la investigación arrojó los siguientes resultados:

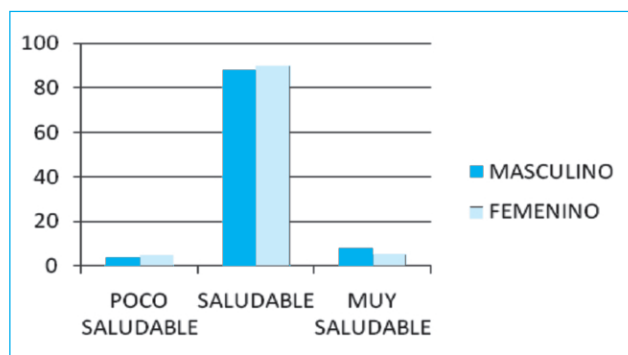


Ilustración 2

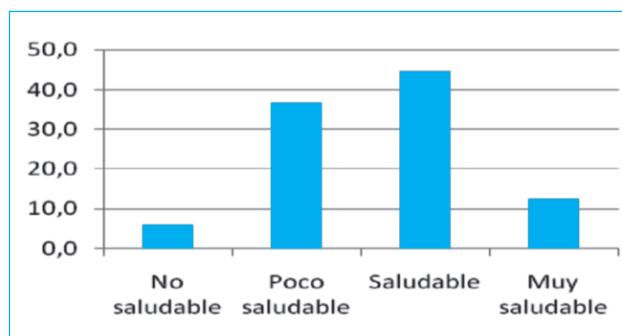


Ilustración 4

Actividad física. En esta dimensión se encontró que el 0,9% de los adolescentes es no saludable, el 21,8% poco saludable, el 48,4% saludable y el 28,9% muy saludable (ver ilustración 3).

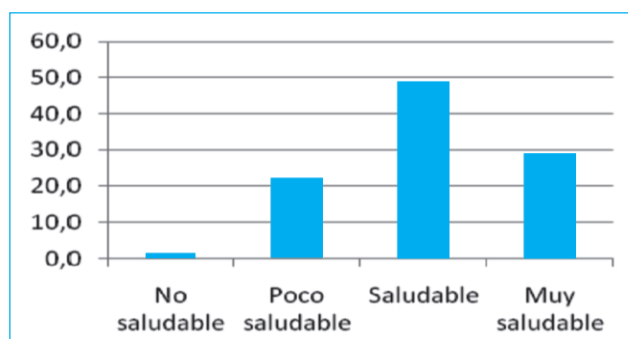


Ilustración 3

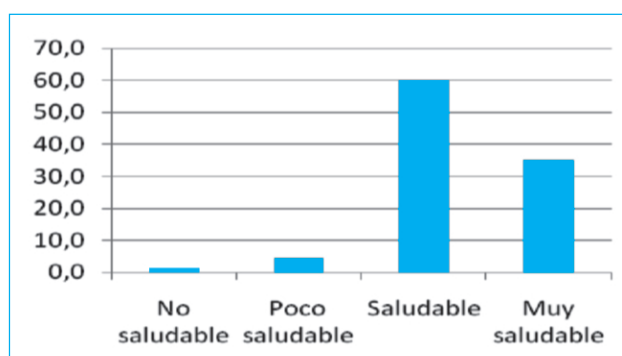


Ilustración 5

Hábitos alimenticios. En esta dimensión se encontró que el 1,9% de los adolescentes es no saludable, el 29,7% poco saludable, el 60% saludable y el 8,4% muy saludable (ver ilustración 6).

Manejo del tiempo libre y recreación. En esta dimensión vemos como el 6% de los estudiantes es considerado no saludable, el 36,8% poco saludable, el 44,7% saludable y el 12,6% muy saludable. Al respecto se ve la imperiosa necesidad de diseñar políticas públicas para ofrecer alternativas de recreación y formación a los estudiantes; ya que el 40% afirmó no tener ninguna afición especial, y el 26,2% de ellos sólo algunas veces, podemos establecer que el 66,2% de los estudiantes quedan a merced de los medios electrónicos de la entretención o de otro tipo de actividades riesgosas (ver ilustración 4).

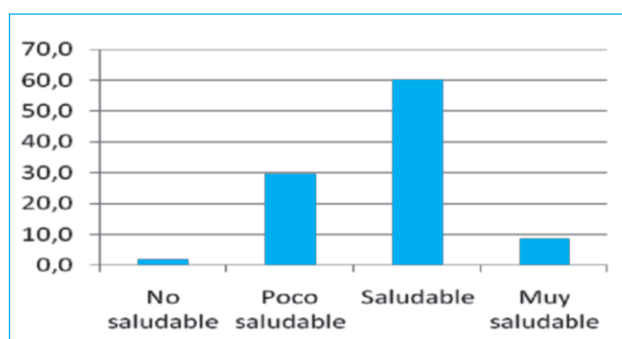


Ilustración 6

Autocuidado y cuidado médico reveló los siguientes datos: el 0,3% se considera no saludable, el 4,6% poco saludable, el 59,9% saludable y el 35,2% muy saludable (ver ilustración 5).

Consumo de alcohol tabaco y otras drogas. En esta dimensión se encontró que el 5% de los adolescentes es no saludable, el 21,4% poco saludable, el 67% saludable y el 10,4% muy saludable (ver ilustración 7).

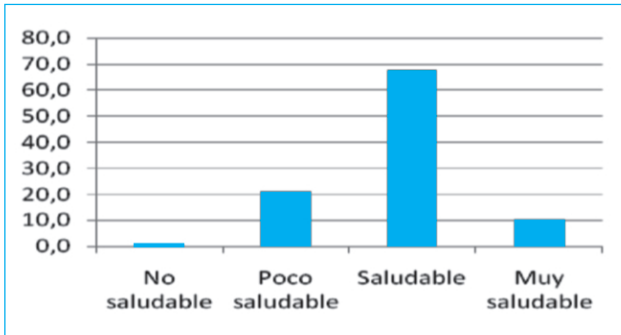


Ilustración 7

Sueño. En esta dimensión se encontró que el 1,1% de los adolescentes es no saludable, el 17,8% poco saludable, el 57,1% saludable y el 24% muy saludable (ver ilustración 8).

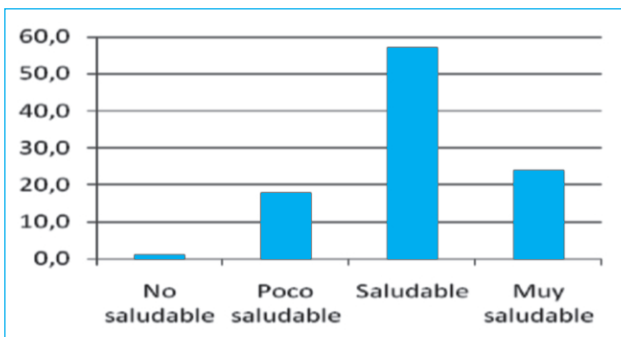


Ilustración 8

El consolidado de las prácticas en las dimensiones estudiadas dio como resultado el 4,3% poco saludable, el 89,2% saludable y el 6,6% muy saludable (ver ilustración 9).

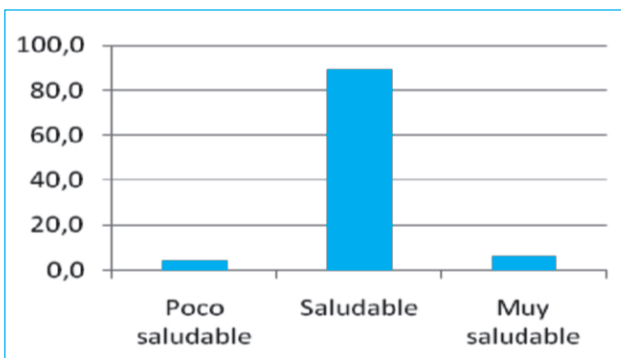


Ilustración 9

Creencias en las diferentes dimensiones. Una creencia es la acción de pensar, juzgar, imaginar y estimar algo verosímil o probable. Las personas, con respecto a una situación u objeto determinado, pueden pensar de una manera, sentir de otra y actuar de otra manera distinta. Por lo tanto las creencias señaladas por los adolescentes en el estudio no necesariamente fueron confirmadas en sus prácticas.

Las categorías de calificación de las creencias sobre estilos de vida de manera progresiva de acuerdo con la percepción sobre la salud, son muy bajo, bajo, alto y muy alto.

Actividad física y deporte. En esta dimensión se encontró que 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 (ver ilustración 10).

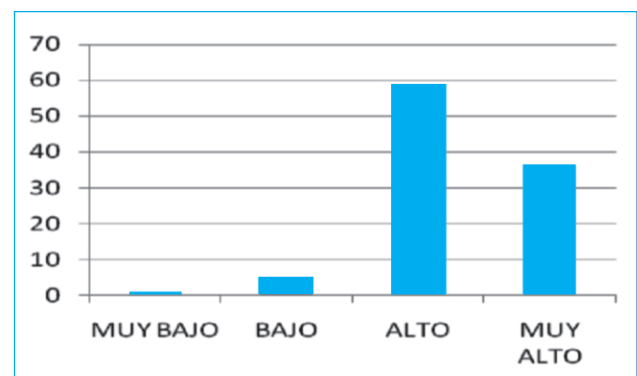


Ilustración 10

Manejo del tiempo libre y recreación. En esta dimensión se encontró que el 0,9% de los adolescentes poseen una creencia muy baja, el 3,1% baja, el 15,6% alta y el 80,5% muy alta (ver ilustración 11).

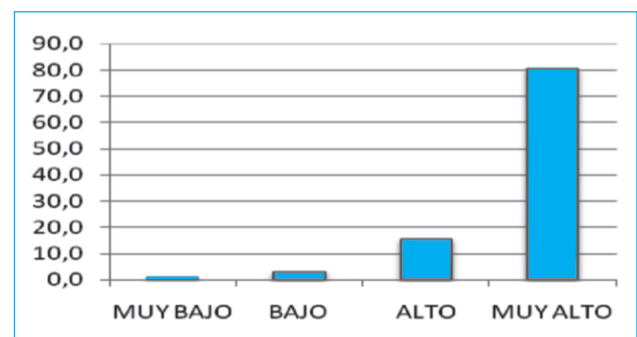


Ilustración 11

Autocuidado y cuidado médico. En esta dimensión se encontró que el 2,2% de los adolescentes poseen una creencia muy baja, el 23% baja, el 54,8% alta y el 20% muy alta (ver ilustración 12).

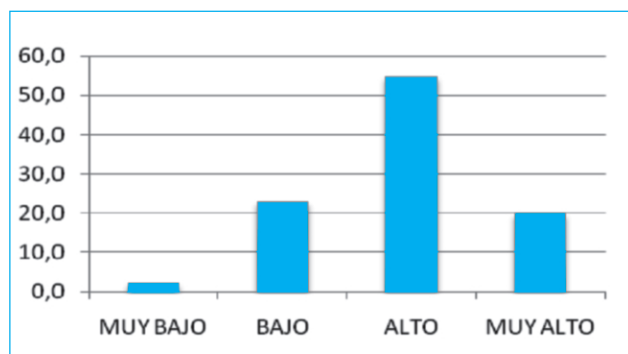


Ilustración 12

Hábitos alimenticios. En esta dimensión se encontró que el 2,2% de los adolescentes poseen una creencia muy baja, el 23% baja, el 54,8% alta y el 20% muy alta (ver ilustración 13).

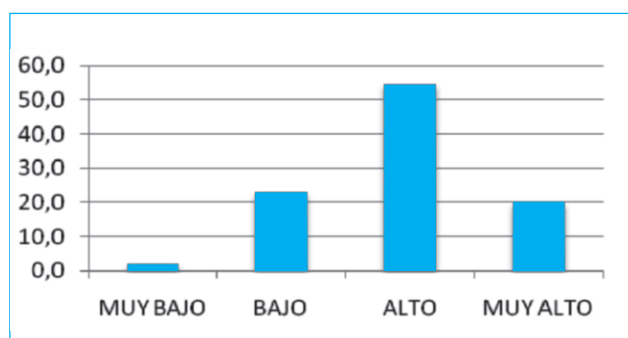


Ilustración 13

Consumo de alcohol, tabaco y otras drogas. En esta dimensión se encontró que el 1,6% de los adolescentes poseen una creencia muy baja, el 18,3% baja, el 54,4% alta y el 25,7% muy alta (ver ilustración 14).

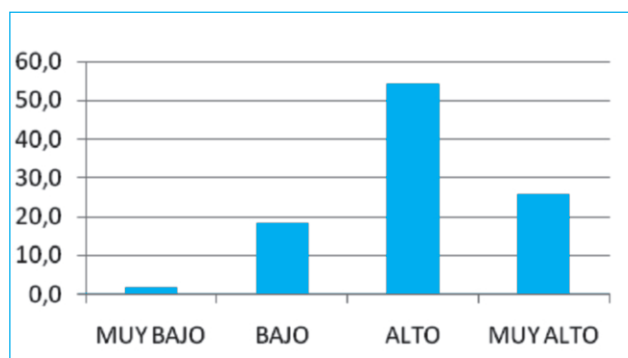


Ilustración 14

Sueño. En esta dimensión se encontró que el 1,5% de los adolescentes poseen una creencia muy baja, el 17,8% baja, el 66,6% alta y el 14,1% muy alta (ver ilustración 15).

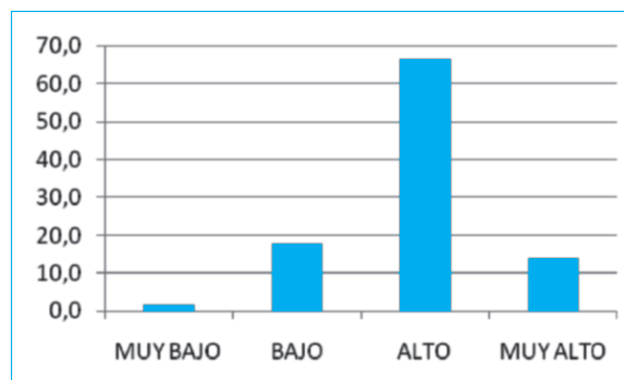


Ilustración 15

Consolidado de las creencias

El consolidado establece que el 1,3% de los adolescentes tiene baja presencia de creencias desfavorables para la salud, el 72,8% alta presencia de creencias favorables y el 25,9% muy alta presencia de estas creencias favorables. En el consolidado general, la presencia de creencias favorables para la salud se ratificó en las prácticas (ver ilustración 16).

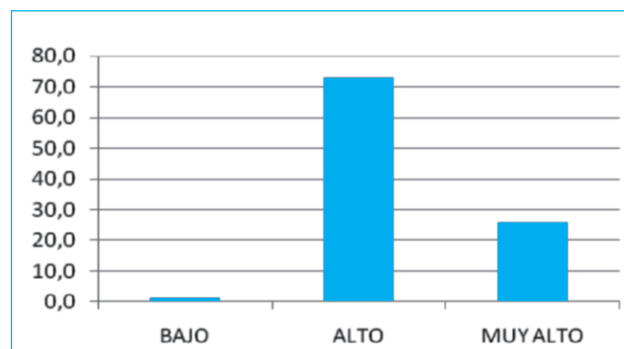


Ilustración 16

Consolidado de las prácticas y creencias (estilo de vida)

Considerando las prácticas y creencias, la valoración del estilo de vida quedó estipulada de la siguiente manera: el 1,5% como poco saludable, 91,9% saludable, y 6,5% muy saludable (ver ilustración 17).

Factores contextuales en las diferentes dimensiones

Actividad física y deporte. El 84,7% tiene presencia de esta dimensión, lo cual facilita su práctica; en el 15,2% restante hay ausencia (ver ilustración 18).

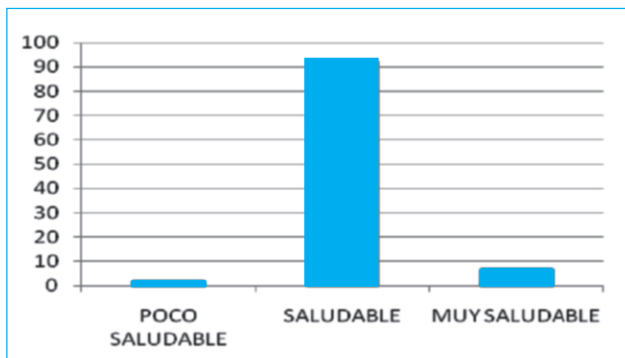


Ilustración 17

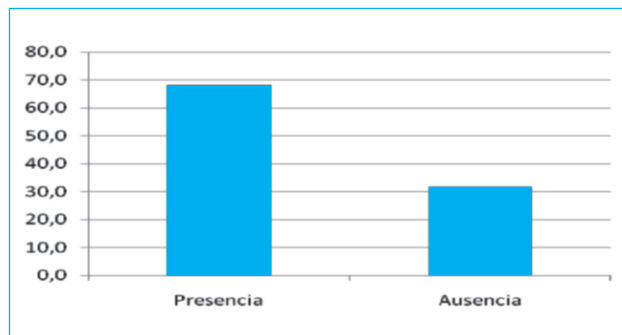


Ilustración 20

Hábitos alimenticios. Ha mejorado la cultura en alimentación, con una presencia del 68,1%, pero limitaciones económicas o más información mantienen una ausencia en esta dimensión del 31,8% (ver ilustración 21).

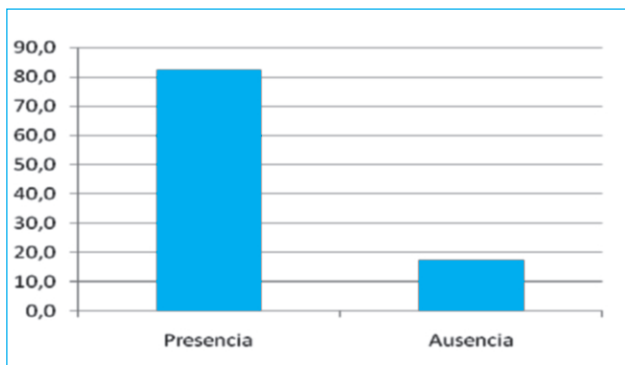


Ilustración 18

Manejo del tiempo libre y recreación. Dados los nexos entre actividad física y recreación, los cuales se dan en el espectro del tiempo libre, los factores contextuales para esta dimensión son similares, con una presencia del 83,2% y ausencia de 16,7% (ver ilustración 19).

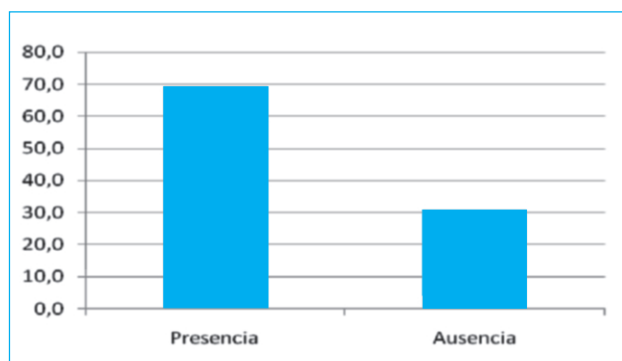


Ilustración 21

Consumo de alcohol, tabaco y otras drogas. En esta dimensión se refiere a la predisposición de los factores contextuales para incentivar el consumo de alcohol, tabaco u otras drogas. Así, hay presencia de este factor en un 26,6%, frente a una ausencia de 73,3%; esto quiere decir que en los hogares o sitios donde interactúan el estudiante, sólo hay un 30,3% de ambiente que favorezca el consumo, cifra que de todas maneras sigue siendo alta (ver ilustración 22).

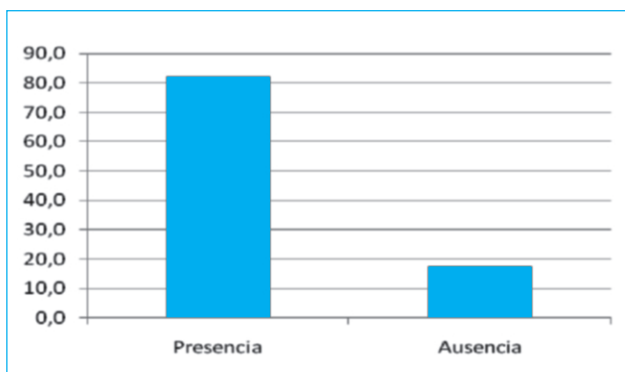


Ilustración 19

Autocuidado y cuidado médico. El aumento de la cobertura en salud ha disminuido la automedicación; en esta dimensión se encontró presencia en un 70,7% de los estudiantes, mientras persiste ausencia en el 29,2% restante (ver ilustración 20).

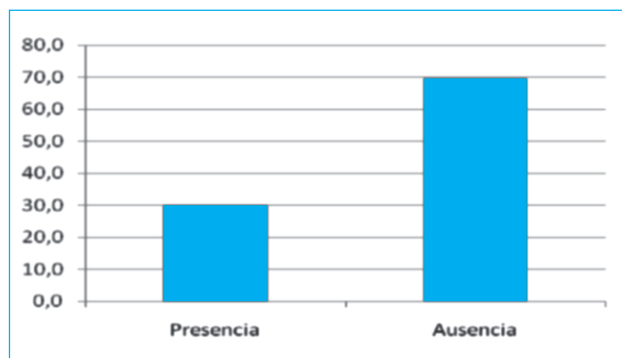


Ilustración 22

Sueño. Esta dimensión está determinada por condiciones materiales de la vivienda y ambientales del vecindario; es un factor determinante en el estilo de vida, dada la necesidad del sueño en estas edades. Se encontró presencia en el 67,1% de los adolescentes y ausencia en el 33,2% (ver ilustración 23).

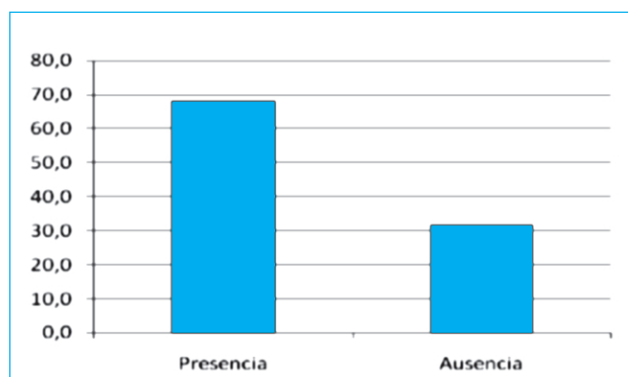


Ilustración 23

Consolidado factores contextuales

El cúmulo de factores contextuales en las diferentes dimensiones estudiadas arrojó una presencia del 66,7% y ausencia del 33,2%, datos que reflejan la realidad, dadas las condiciones socioeconómicas de nuestra población (ver ilustración 24).

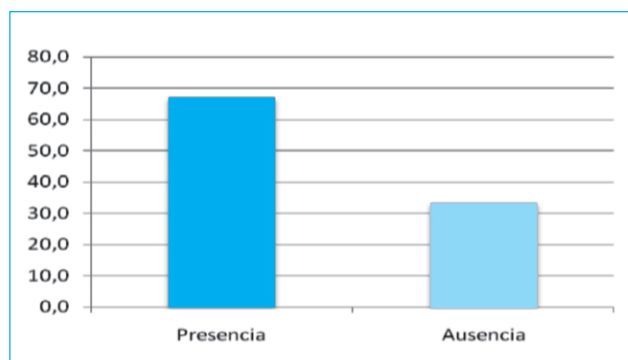


Ilustración 24

Discusión

Los resultados de la investigación permitieron hacer una caracterización de los estilos de vida de los adolescentes escolares del departamento del Huila, lo cual posibilita el diseño de programas interinstitucionales para fomentar hábitos saludables que se afiancen en la infancia y la adolescencia y se transfieran a la edad adulta.

Las creencias se expresan a partir de un conocimiento que se tiene o se cree tener acerca de un tema o situación, este es un componente de comportamiento que predispone a responder de determinada manera. En el estudio las creencias tuvieron diferencias significativas entre los diferentes estratos socioeconómicos; mientras en los estratos 1, 2 y 3 el 1,3% de los adolescentes tiene creencias desfavorables para la salud, en los estratos 4, 5 y 6 no hay presencia de creencias desfavorables para la salud; en los estratos 1, 2 y 3 el 73,2% tiene una valoración alta y el 25,5%, una muy alta presencia de creencias favorables para la salud; en los estratos 4, 5 y 6 el 56,8% tiene alta y el 43,1% muy alta presencia de creencias favorables para la salud; sin embargo, estas diferencias presentadas en las creencias no se reflejaron en las prácticas.

Aunque hay inequidad en la distribución del ingreso y desigualdades sociales en el departamento del Huila, en el cual el 79,9% de su población se encuentra en los estratos 1 y 2, el 15,7% en el estrato 3 y sólo el 4,4% pertenece a los estratos 4, 5 y 6, no se aprecia una clara incidencia de la estratificación socioeconómica sobre las diversas conductas y características relacionadas con la salud. Factores nutricionales o de actividad física no muestran diferencias significativas que pudieran atribuirse a falta de recursos o fenómenos como inseguridad en sectores menos favorecidos.

Es necesario fortalecer en los adolescentes sus potencialidades, valorar su inteligencia, conocimientos, experiencias, aptitudes, aclararles que tienen oportunidades, que son parte de una familia, de un grupo de amigos, de una comunidad, que además de su juventud, poseen recursos suficientes para labrarse un buen futuro, que pueden construir su proyecto de vida y que deben comenzar ya. Estas orientaciones son necesarias para que el estudiante gane confianza y sepa qué hacer con todas sus posibilidades, en esta medida mejora su autoestima y podrá prevenir y promover su salud y la de los demás, respondiendo a las aspiraciones y necesidades sociales.

Conclusiones

Estilo de vida de los adolescentes escolares del departamento del Huila. Considerando sus prácticas y creencias, el estilo de vida de estos jóvenes quedó estipulado de la siguiente manera: el 1,5% como poco saludable, 91,9% saludable, y 6,5% muy saludable.

Actividad física y deporte. Las autoridades departamentales deben redoblar esfuerzos para ampliar la cobertura en actividad física orientada profesionalmente; en esta dimensión el estudio evidenció que solo el 27,2% de los estudiantes realiza actividad física bajo supervisión y de manera segura, el 72,8% lo hace de manera informal.

Manejo del tiempo libre y recreación. Faltan alternativas de formación a la escolaridad tradicional para que los estudiantes puedan desarrollar potencialidades deportivas, artísticas y/o culturales dado que el estudio reflejó que el 69% de los estudiantes no participa en ninguna actividad complementaria a sus estudios para desarrollar otro tipo de habilidades que además de contribuir a su formación, les genere placer, goce y disfrute de manera sana.

Autocuidado y cuidado médico. La percepción sobre el peso corporal ha cambiado, la obesidad pasó de ser símbolo de estatus socioeconómico de quien la ostenta a señal de preocupación y descuido en la salud, por eso es alentador que el 71,3% los adolescentes se preocupen 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, por la influencia negativa de los medios de comunicación, los cuales prometen milagros con mínimos sacrificios, poniendo en entredicho principios biológicos científicos sobre los beneficios del ejercicio y fomentando el sedentarismo.

Hábitos alimenticios. El 67,7% de los adolescentes escolares consume dulces, helados, pasteles y gaseosas, debido a que es lo que ofrecen en las tiendas escolares en los descansos; dada la juventud y su acelerado metabolismo, todavía este tipo de dieta no los afecta; sin embargo, son un indicador que alerta porque se puede constituir en un hábito que se trasfiere a la etapa adulta.

Consumo de alcohol, tabaco y otras drogas. El 12,8% de los adolescentes consume licor de manera periódica, y el 32% ocasionalmente; por lo tanto el 44,8% de los adolescentes tienen una marcada tendencia a tomar licor en su vida adulta.

Sueño. El 44% de los estudiantes carecen de condiciones ambientales favorables (cama, luz, ventilación, etc.) para dormir bien; se trata de una dimensión vital en esta etapa de la vida que, además de influir en el crecimiento, afecta la atención y la concentración en el estudio.

Bibliografía

Arrivillaga, Marcela, Isabel Cristina Salazar, y Diego Correa. 2003. "Creencias sobre la salud y su relación con las prácticas de riesgo o de protección en jóvenes universitarios". *Colombia Médica*, 186-195.

Aznar Laín, Susana, y Tony Webster. 2006. *Actividad física y salud en la infancia y la adolescencia. Guía para todas las personas que participan en su educación*. Madrid: Ministerio de Educación y Ciencia - Ministerio de Sanidad y Consumo.

Balaguer Solá, Isabel, Yolanda Pastor Ruiz, y Yolanda Moreno Sigüenza. 1999. "Algunas características de los estilos de vida de los adolescentes de la Comunidad Valenciana". *Revista Valenciana de Estudios Autonómicos*, 35-56.

Becoña, Elisardo, Fernando Vázquez y Luis Oblitas Guadalupe. 2000. *Psicología de la Salud*. México: Plaza y Valés S.A

Cajiao, Francisco. 1995. *Informe Final. Proyecto Atlántida: adolescencia y escuela*. Bogotá: Fes-Colciencias.

Fineberg, H. 1988. "Eduación para prevenir el SIDA: Perspectivas y obstáculos". *Science*, 592-596.

Hernández Sampieri, Roberto, Carlos Fernández Collado y Pilar Baptista Lucio. 2006. *Metodología de la investigación*. México: McGraw-Hill.

León Rubio, José María. *Psicología de la salud y de la calidad de vida*. Barcelona: UOC, 2004.

Mahecha Matsudo, Sandra Marcela y Víctor Keihan Rodrigues Matsudo. 2008. *Actividad física y obesidad: Prevención & Tratamiento*. Londrina: Midiograf.

Pineda, Lucia Maracelly. 1999. *Programa de Atención Integral al Escolar-adolescente. Protocolos de atención integral para la salud de escolares y adolescentes*. Santiago de Cali.

Salazar Torres, Isabel Cristina y Marcela Arrivillaga Quintero. 2004. "El consumo de alcohol, tabaco y otras drogas, como parte del estilo de vida de jóvenes universitarios". *Revista Colombiana de Psicología*, 77-89.

