

# Intervención educativa para la promoción de estilos de vida saludable en adolescentes

## Educational intervention for the promotion of healthy lifestyles in adolescents

CONTRERAS-OROZCO, Astrid<sup>1</sup>  
PRÍAS-VANEGAS, Hilda E.<sup>2</sup>

### Resumen

Estudio cuasiexperimental tipo antes y después, con grupo intervenido y grupo control, realizado en 120 estudiantes con edades entre 10 a 15 años, de una institución educativa de Sincelejo, Colombia, con el objetivo de determinar la efectividad de una intervención educativa para la promoción de estilos de vida saludable. Se utilizó el instrumento Fantástico y cuestionario de conocimientos. Se concluye que la intervención fue efectiva al modificar nivel de conocimientos y prácticas de los adolescentes hacia hábitos saludables.

**Palabras clave:** educación, adolescente, estilo de vida saludable.

### Abstract

This is a quasi-experimental before-and-after study, with an intervention and control group. The sample was made up of 120 students aged 10 to 15, from an educational institution in Sincelejo - Colombia, with the objective of estimating the effectiveness of an educational intervention for the promotion of healthy lifestyles. A knowledge questionnaire and the 'Fantastic Instrument' were applied. It concludes that the intervention was effective in modifying the level of knowledge and the behaviors of adolescents towards healthy habits.

**Keywords:** education, adolescent, healthy lifestyle.

---

## 1. Introducción

La adolescencia es una etapa de suma importancia para el desarrollo de la persona, comprende edades entre los 10 a 19 años. El potencial físico, mental y social adquirido en la niñez puede fructificar en comportamientos que contribuyen a incrementar la salud en el adolescente, sin embargo, aunque la adolescencia es sinónimo de crecimiento excepcional, constituye una etapa de riesgos, durante la cual el contexto social puede tener una influencia determinante (Organización Mundial de la Salud, OMS, 2014).

En la Región de las Américas cada año mueren alrededor de 80.000 adolescentes, la mayoría por causas externas y prevenibles, en donde las principales causas de mortalidad son homicidios, suicidios y accidentes de tránsito; otras causas importantes de morbimortalidad fueron las complicaciones del embarazo, las infecciones por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) y otras infecciones de transmisión sexual (ITS) las cuales siguen

---

<sup>1</sup> Docente Investigadora. Programa de Enfermería. Grupo de Investigación Cuidado de la Salud. Facultad Ciencias de la Salud. Universidad de Sucre. Magíster en Enfermería, énfasis cuidado para la salud cardiovascular. astrid.contreras@unisucre.edu.co

<sup>2</sup> Docente Investigadora. Programa de Enfermería. Grupo de Investigación Cuidado de la Salud. Facultad Ciencias de la Salud. Universidad de Sucre. Especialista en Enfermería en Salud Mental. hilda.prias@unisucre.edu.co

siendo una amenaza para la salud de la población joven en la región (Organización Panamericana de la Salud, OPS, 2018). Por otra parte, las enfermedades no transmisibles, principalmente cardiovasculares,

cáncer, diabetes y enfermedades respiratorias crónicas, son la mayor causa de muerte a nivel mundial; además afectan desproporcionadamente a los países de ingresos bajos y medios, donde se registran más del 75% de las muertes (OMS, 2018).

En Colombia, alrededor del 65,4% de las atenciones en el sistema de salud se dan por enfermedades no transmisibles, que aparecen como primera causa de atención a partir de la adolescencia y en las demás etapas del curso de vida, con igual tendencia en todos los departamentos (Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social, 2019). Estas enfermedades son el resultado de una combinación de factores ambientales, genéticos y en especial de comportamientos adquiridos en la adolescencia, tales como el consumo de dietas malsanas, la inactividad física, el tabaquismo o el uso nocivo del alcohol (OMS, 2018). Respecto a la actividad física y estado nutricional, las estadísticas nacionales registran que solo el 13,4% de los adolescentes con edades entre 13 y 17 años de edad cumplen con las recomendaciones mínimas para la realización de actividad física; 9,7% presentaron desnutrición crónica y 17,9% sobrepeso (Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social, 2018a). Específicamente en el departamento de Sucre, estudio sobre estilos de vida realizado en adolescentes escolarizados registró en lo referente a nutrición un estilo de vida bajo en los estudiantes de la subregión Sabanas, representado en hábitos y consumo de una dieta inadecuada; predominó la inactividad física en los estudiantes de género femenino de la subregión Golfo de Morrosquillo en un 75% y en la subregión Sabanas con un 60,6% (Guerrero & Contreras, 2020).

Frente a esta situación se han generado políticas públicas dirigidas a la protección de la salud de las poblaciones, existe acuerdo general en los organismos sanitarios sobre la importancia de prevenir los problemas de salud a través de acciones de promoción de la salud desde la infancia y adolescencia, mediante intervenciones educativas como estrategia para fomentar conductas saludables y prevenir enfermedades, es así como los estilos de vida saludable son el resultado de procesos sociales, hábitos y conductas que llevan al individuo y grupos de población a alcanzar un nivel de bienestar y satisfacción plena de sus necesidades en la vida (Ibarra et al., (2019); (Díaz et al., (2015). En este ámbito la Estrategia Mundial para la salud de la mujer, el niño y los adolescentes, plantea que al garantizar en los niños y adolescentes los derechos a la salud, educación y participación social, conduce a su desarrollo potencial en la vida adulta y a una mejor calidad de vida (OMS, 2015).

Por consiguiente, la Educación para la salud es un componente esencial en la promoción de la salud, la cual se define como el proceso pedagógico de construcción de conocimiento y aprendizaje que, mediante el diálogo de saberes, pretende construir o fortalecer el potencial de las personas, familias, comunidades y organizaciones para promover el cuidado de la salud, gestionar el riesgo en salud y transformar positivamente los entornos en los que interactúan las personas (Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social, 2018b). De esta manera, los conocimientos sanitarios empoderan a las personas y posibilitan su participación en iniciativas individuales y colectivas de promoción de la salud (OMS, 2016); en donde el trabajo interdisciplinario es fundamental en ese componente.

En el marco de este enfoque, el profesional de enfermería se centra en el cuidado de la salud y de la vida, su papel ha sido relevante en los diferentes escenarios de desempeño; abarca cuidados autónomos y en colaboración, que se prestan a las personas de todas las edades, familias, grupos y comunidades, enfermos o sanos, en todos los contextos y con un amplio campo de acción en el fomento del autocuidado y la promoción de ambientes saludables (Lagoueyte Gómez, 2015); (Consejo Internacional de Enfermería, 2002).

Por otra parte, para enfrentar los retos que implica la educación para la salud en adolescentes, en los últimos años se han realizado múltiples abordajes metodológicos, algunos autores proponen estrategias de aprendizaje participativas, acciones en conjunto entre la escuela, familia y estudiantes, que permitan desarrollar actitudes positivas y habilidades personales para prevenir conductas nocivas para la salud (Benites & Chunga, 2017); (Román, 2019); (Diez-Canseco et al., 2015). En este sentido, Hernández et al., (2019), plantean que el trabajo integrado entre los sectores salud y educación, la comprensión sobre el funcionamiento de las instituciones educativas, permiten que la estrategia de Escuelas Promotoras de Salud contribuyan al liderazgo y sostenimiento de prácticas de autocuidado en el ámbito escolar.

Por lo anterior, esta investigación tiene como objetivo determinar la efectividad de una intervención educativa para la promoción de estilos de vida saludable en adolescentes con edades entre 10 a 15 años, de una institución educativa pública del municipio de Sincelejo (Sucre), Colombia. Estudio financiado por la Universidad de Sucre.

---

## 2. Metodología

### 2.1. Población y muestra de estudio

Estudio cuasiexperimental tipo antes y después, con grupo intervenido y grupo control; se desarrolló en 10 meses en el período de septiembre de 2018 a junio de 2019. La población estuvo conformada por 680 adolescentes de Básica Secundaria de una institución educativa pública de Sincelejo (Colombia). El tamaño de la muestra fue de 120 estudiantes, organizados en dos grupos con igual número de estudiantes (60) correspondientes al grupo intervenido y control (grupo que no se le aplicó la Intervención). La selección de los estudiantes se realizó a través de un muestreo sistemático a partir de los listados de los estudiantes proporcionados por la coordinación académica de la institución, de los cuales se seleccionaron 15 estudiantes por grado escolar. Los criterios de inclusión fueron: estudiantes adolescentes matriculados en los grados de Básica Secundaria (6°, 7°, 8° y 9°), edades comprendidas entre 10 a 15 años, con capacidades mentales íntegras y participación voluntaria.

### 2.2. Etapas e instrumentos aplicados

El estudio se realizó en tres etapas: Primera Etapa (Pre-intervención), la información se recolectó a través de dos instrumentos: un Cuestionario de conocimientos sobre hábitos saludables y otro denominado Fantástico, en su versión validada por Betancurth et al., (2015), para valorar estilos de vida en la pre-adolescencia y adolescencia inicial, en la población colombiana; instrumento con un Alpha de Cronbach > 0.80 en los criterios de pertinencia, relevancia, utilidad, redacción y claridad; con 31 preguntas que integran 10 dimensiones [Familiares y amigos, Actividad física y social, Nutrición, Toxicidad (tabaquismo, automedicación, consumo de cafeína), Consumo de alcohol, Sueño y estrés, Tipo de personalidad y satisfacción escolar, Imagen interior, Control de la salud/sexualidad, y Orden]; presenta escala tipo Likert con 3 opciones de respuesta, con valor numérico de 0 a 2 según alternativas de respuesta, y una calificación de 0 a 120 puntos que clasifica los estilos de vida en las siguientes categorías: de 0 a 46, zona de peligro (Muy Bajo); de 47 a 72: Bajo “podrías mejorar”; de 73 a 84 Adecuado; de 85 a 102 “buen trabajo estás en el camino correcto” (Alto) y de 103 a 120: Muy alto.

Segunda Etapa: Diseño y Ejecución del Programa Educativo, fundamentado con las teorías de Promoción de la salud de Nola Pender y del Déficit de autocuidado de Dorothea Orem (Raile & Marriner, 2018); (Figueredo et al., 2019), y los enfoques pedagógicos constructivista de Jean Piaget, Vygotski y del aprendizaje significativo de David Ausubel (Ortiz, 2015); contempló temáticas relacionadas con las dimensiones valoradas, las cuales se desarrollaron en el grupo intervenido para un total de 84 talleres educativos en un período de 4 meses, con sesiones de dos horas de duración, cinco días a la semana, además, se integraron los padres de familia en talleres programados. Se mantuvo la motivación de los estudiantes y padres a través asesorías personalizadas y metodologías participativas (sociodramas, actividades lúdicas, talleres reflexivos, resolución de problemas,

trabajo colaborativo y prácticas de actividad física) para facilitar un aprendizaje significativo. Las intervenciones educativas estuvieron a cargo de un equipo docente interdisciplinario (Enfermera, Psicóloga, Instructor de actividad física y deporte); se realizó seguimiento y evaluación del aprendizaje de los estudiantes. La Tercera Etapa (Post-intervención): después de 3 meses de la finalización del Programa Educativo, se aplicaron los instrumentos al grupo intervenido y grupo control para determinar la efectividad del programa.

### 2.3. Aspectos éticos

La investigación cumplió con la normatividad establecida por el Consejo de Organizaciones Internacionales de Ciencias Médicas (OPS, 2016) y en Colombia por la Resolución 008430 de 1993 (Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social, 1993); fue aprobada por el Comité de Bioética de la División de Investigación de la Universidad de Sucre. Se explicó a las directivas de la institución educativa, padres de familia y estudiantes los objetivos del estudio, quienes de manera voluntaria autorizaron participar en el estudio y diligenciaron los respectivos formatos de Consentimiento y Asentimiento informado.

### 2.4. Procedimiento y análisis de los datos

Para el procesamiento y análisis estadístico de los datos, se utilizaron los paquetes dplyr, RVAideMemoire, stats y reporttools en el software R v3.6.0. Se realizó una comparación de proporciones para las variables socioeconómicas entre los dos grupos de estudio (Intervenido vs Control) para evaluar si estos eran similares y por tanto comparables, mediante las pruebas de Fisher y/o Chi-cuadrado ( $X^2$ ) dependiendo de la frecuencia de observaciones encontradas en cada caso. Así mismo, se comparó la media de edad entre los dos grupos de estudio mediante una prueba t. Se aplicaron pruebas de contraste antes y después de la intervención educativa en cada grupo de estudio; en el caso de variables categóricas (preguntas de conocimiento e ítems evaluados en cada dimensión del instrumento), se realizó un contraste de proporciones mediante las pruebas de McNemar-Bowker o Exacta Multinomial dependiendo de las frecuencias obtenidas, mientras que para los puntajes obtenidos tanto a nivel general como en cada dimensión del instrumento, se realizó un contraste de medias mediante la prueba de muestras pareadas de Wilcoxon. Para todos los análisis estadísticos, valores p inferiores a 0.05 fueron considerados significativos.

---

## 3. Resultados y discusión

En cuanto a las características socioeconómicas, el grupo intervenido y control reportaron porcentajes similares para ambos géneros, en el femenino con un 45% y un 53.3%, y el género masculino un 55% y 46.7% respectivamente; con una edad promedio de 12.9 ( $\pm 1.17$ ) y 12.98 años ( $\pm 1.15$ ) respectivamente, (p valor: 0.6961). Con relación al credo religioso que profesan, en ambos grupos predominó la religión católica en un 48.3% (grupo intervenido) y 45 % (grupo control), y la cristiana en un 38.3 y 36.7 % respectivamente (p valor: 0.8211). Referente a la formación académica de los padres, en el grupo intervenido como control, el mayor porcentaje correspondió a estudios de secundaria completa, en las madres con un 36.7% y 28.3%, y en los padres un 38.3% y 28.3% respectivamente; en segundo orden los estudios universitarios con predominio en las madres (28.3% en grupo intervenido y 23.3% en el grupo control); se resalta que la proporción de los distintos grados de formación académica fue similar en ambos grupos de estudio tanto en padres (p valor: 0.6002) como en madres (p valor: 0.2498). El estrato socioeconómico 1 y 2 predominó en los participantes.

### 3.1. Conocimientos sobre estilos de vida saludable

En cuanto a los conocimientos sobre estilos de vida saludable, la Tabla 1, muestra que en las temáticas evaluadas, las respuestas en las fases pre y post-intervención en el grupo intervenido reportó diferencias significativas (p valores < 0.0001, p valor: 0.0002), mientras que en el grupo control no hubo variación en las respuestas, por lo

tanto, no se encontró diferencias significativas. En la fase pre-intervención predominó en ambos grupos los conocimientos inadecuados en todos los grados escolares en los temas referentes a alimentación saludable, efectos del sobrepeso y obesidad, infecciones de transmisión sexual y controles médicos; posterior a la intervención, los estudiantes del grupo intervenido registraron conocimientos adecuados en estas temáticas; en contraste con el grupo control que presentó similitud con los resultados pre-intervención, lo cual indica que el programa educativo tuvo un efecto positivo en el aprendizaje de los estudiantes, al aumentar sus conocimientos hacia conductas de autocuidado.

**Tabla 1**  
Conocimientos sobre estilos de vida saludable de los estudiantes  
de la Institución Educativa. Sincelejo. 2018-2019

Conocimientos Temas	Grupo Intervenido					Grupo Control				
	Pre-Intervención		Post-Intervención		p-Valor <sup>y</sup>	Pre-Intervención		Post-Intervención		p-Valor
	Adecuado % (n)	Inadecuado % (n)	Adecuado % (n)	Inadecuado % (n)		Adecuado % (n)	Inadecuado % (n)	Adecuado % (n)	Inadecuado % (n)	
Alimentación saludable	40 (24)	60 (36)	100 (60)	-	< 0.0001	43.3 (26)	56.7 (34)	48.3 (29)	51.7 (31)	0,36
Sobrepeso y Obesidad	25 (15)	75 (45)	100 (60)	-	< 0.0001	25 (15)	75 (45)	30 (18)	70 (42)	0,343
Actividad Física	95 (57)	5 (3)	100 (60)	-	< 0.0001	98.3 (59)	1.7 (1)	98.3 (59)	1.7 (1)	1
Alcohol y Tabaquismo	81.7 (49)	18.3 (11)	96.7 (58)	3.3 (2)	0,0002	76.7 (46)	23.3 (14)	81.7 (49)	18.3 (11)	0,391
ITS	26.7 (16)	73.3 (44)	100 (60)	-	< 0.0001	30 (18)	70 (42)	31.7 (19)	68.3 (41)	0,068
Controles médicos	21.7 (13)	78.3 (47)	100 (60)	-	< 0.0001	13.3 (8)	86.7 (52)	16.7 (10)	83.3 (50)	0,5

ITS: Infecciones de transmisión sexual.

\*Diferencias significativas p-Valor: < 0.0001, 0.0002.

Fuente: Resultados del estudio

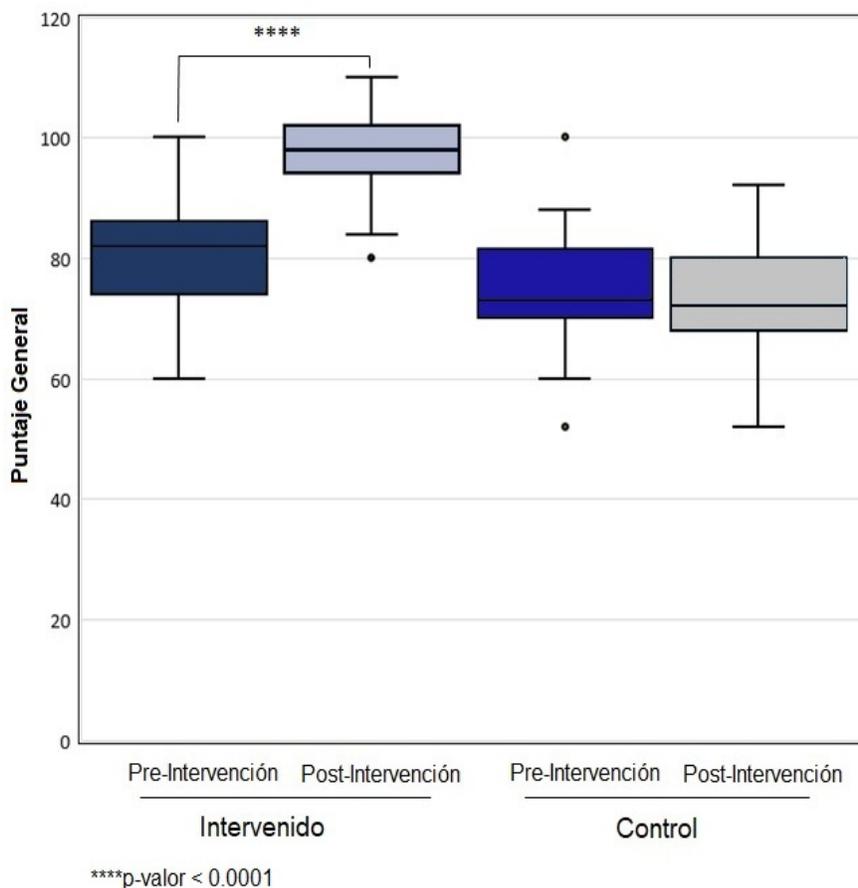
En la dimensión alimentación estos resultados son similares al estudio de Mondalgo (2016), el cual reportó un incremento de los conocimientos después de la aplicación de un programa educativo. De igual forma, en la temática de infecciones de transmisión sexual, coinciden con el estudio de Lorenzo et al. (2018), con resultados significativos post-intervención. Referente a la actividad física, consumo de alcohol y tabaquismo, tanto el grupo intervenido como el grupo control, antes y después de la intervención, un alto porcentaje de estudiantes reportaron conocimientos adecuados; sin embargo, el grupo intervenido reportó los mayores porcentajes en los resultados post-intervención, resultados debidos posiblemente, a que a nivel de los centros educativos se han implementado estrategias para que los estudiantes alcancen competencias que posibiliten el bienestar emocional y la prevención del consumo de alcohol y sustancias psicoactivas a edades tempranas (Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social, 2018c), complementadas con el uso adecuado del tiempo libre; con estos objetivos la Institución Educativa participante, tiene dentro de su política institucional, ofrecer capacitaciones periódicas, donde se abordan temas relacionados con el bienestar físico, psíquico y social de los estudiantes y de su entorno familiar, orientadas a ofrecer competencias para la vida, libre de consumo de alcohol y tabaquismo e importancia de fomentar la actividad física, para la cual realiza jornadas deportivas a nivel institucional. Con el desarrollo de estas actividades los estudiantes adquieren conocimientos sobre los beneficios que trae para la salud el autocuidado en esas temáticas, reflejados en los resultados al explorar estas variables en el estudio.

Por lo tanto, a partir de las necesidades de los adolescentes es fundamental la aplicación de estrategias como la psicoeducación, las cuales posibilitan el fomento de conductas saludables que inciden positivamente en la salud (Calpa et al. { 2019), lineamientos que se tuvieron en cuenta en la intervención educativa desarrollada.

### 3.2. Estilos de vida

Al evaluar los estilos de vida, se encontró que en el grupo intervenido, el puntaje general promedio (inicial) fue de  $80.97 \pm 8.8$  ubicándose en un estilo de vida adecuado; después de la intervención aumentó significativamente y ascendió a la categoría alto con un puntaje de  $97.4 \pm 6.18$  (valor de  $p < 0.0001$ ); mientras que el grupo control antes de la intervención obtuvo un puntaje de  $74.73 \pm 8.49$ , y post-intervención disminuyó a  $73.37 \pm 7.75$  (Figura 1). Estos datos evidencian que posterior a la intervención, el grupo intervenido aumentó el puntaje inicial y por ende el mejoramiento en las prácticas de autocuidado de la salud, alcanzando un estilo de vida saludable alto; a diferencia del grupo control que no reportó diferencias significativas y se mantuvo en la categoría de estilo de vida adecuado.

**Figura 1**  
Puntaje general en la evaluación de estilos de vida en los dos grupos de estudio Pre y Post-intervención Fuente:



Fuente: Resultados del estudio

La Tabla 2 muestra los resultados Pre y Post-intervención en los dos grupos de estudio, referente a los puntajes obtenidos en cada una de las diez dimensiones de los estilos de vida evaluados [Familia y amigos, Actividad física y social, Nutrición, Toxicidad (tabaquismo, automedicación, consumo de cafeína), Alcohol, Sueño y estrés, Tipo de personalidad y satisfacción escolar, Imagen interior, Control de la salud y sexualidad, y Orden], encontrándose

en el grupo intervenido diferencias significativas en el puntaje de todas las dimensiones después de la aplicación del programa educativo. Específicamente en las dimensiones nutrición, actividad física y social, antes de la intervención los estudiantes se ubicaron en la categoría bajo y post-intervención reportaron un estilo de vida adecuado; en relación a las dimensiones sueño y estrés, control de salud y sexualidad, ascendieron de un estilo de vida adecuado a alto, las demás dimensiones se mantuvieron en la categoría alta. El grupo control no reportó cambios en las categorías de estilo de vida.

**Tabla 2**

Valoración de estilos de vida por dimensiones en los dos grupos de estudio Pre y Post-intervención

Dimensiones Instrumento Fantástico	Grupo Intervenido					Grupo Control				
	Pre-Intervención		Post-Intervención			Pre-Intervención		Post-Intervención		
	Media (DE)	Categoría	Media (DE)	Categoría	*p-Valor	Media (DE)	Categoría	Media (DE)	Categoría	p-Valor
Familiares y Amigos (0 a 6 puntos)	4.8 (0.97)	Alto	5.13 (0.96)	Alto	0,00169	4.35 (1.04)	Alto	4.28 (0.96)	Alto	0,3778
Actividad Física y Social (0 a 4 pts)	1.2 (1.27)	Bajo	2.62 (0.88)	Adecuado	< 0.0001	0.62 (0.8)	Bajo	0.58 (0.79)	Bajo	0,484
Nutrición (0 a 8 puntos)	3.53 (1.05)	Bajo	5.18 (0.72)	Adecuado	< 0.0001	3.15 (1.12)	Bajo	2.97 (1.12)	Bajo	0,0542
Toxicidad (0 a 6 puntos)	5.5 (0.68)	Alto	5.8 (0.51)	Alto	0,00585	5.12 (0.98)	Alto	5.08 (1.08)	Alto	0,5877
Alcohol (0 a 6 puntos)	4.8 (0.92)	Alto	5.05 (0.79)	Alto	0,01345	4.65 (0.88)	Alto	4.63 (0.88)	Alto	0,7897
Sueño y Estrés (0 a 6 puntos)	3.87 (0.87)	Adecuado	4.88 (0.87)	Alto	< 0.0001	3.88 (1.21)	Adecuado	3.87 (1.1)	Adecuado	0,9015
Tipo Personalidad y Satisfacción Escolar (0 a 8 puntos)	6.37(1.01)	Alto	7.18 (0.77)	Alto	< 0.0001	5.8 (1.22)	Adecuado	5.78 (1.21)	Adecuado	0,8353
Imagen Interior (0 a 6 puntos)	4.23(1.08)	Alto	5.17 (0.78)	Alto	< 0.0001	3.9 (0.92)	Adecuado	3.82 (0.93)	Adecuado	0,1096
Control de Salud y Sexualidad (0 a 6 puntos)	3.17(0.78)	Adecuado	4.22 (0.67)	Alto	< 0.0001	2.88 (1.04)	Bajo	2.8 (0.99)	Bajo	0,3053
Orden (0 a 4 puntos)	3.02(0.79)	Alto	3.47 (0.72)	Alto	< 0.0001	3.02 (0.72)	Alto	2.87 (0.72)	Adecuado	0,0527
Puntaje GENERAL (0 a 120 puntos)	80.97 (8.8)	Adecuado	97.4 (6.18)	Alto	< 0.0001	74.73 (8.49)	Adecuado	73.37 (7.75)	Adecuado	0,0613

\*Valor p: reportó diferencias significativas en todas las dimensiones en el Grupo intervenido.

DE: Desviación Estándar

Fuente: Resultados del estudio

En cuanto a los resultados post-intervención por grado escolar, se resalta en la dimensión sueño y estrés la mayor puntuación en la categoría de estilo de vida alto en los estudiantes de sexto, octavo y noveno, representado en mejores hábitos relacionados con el sueño y descanso, disfrute del tiempo libre y afrontamiento de situaciones estresantes; y en la dimensión control de salud y sexualidad predominó el estilo de vida alto en los estudiantes de los grados séptimo y octavo, quienes expresaron conversar con la familia sobre temas de sexualidad, sentirse satisfechos con su apariencia física y asistir a controles médicos.

Al revisar otros estudios se encontró que los resultados obtenidos en la dimensión nutrición son similares a los de Santos et al (2015), y de Arroyo et al. (2018), en los que la intervención educativa fue efectiva en la mejora de hábitos alimenticios. Además, coinciden con los hallazgos de otros autores que reportaron cambios positivos en los hábitos relacionados con la alimentación, como también una evolución significativa en la realización de actividad física, posterior la intervención (Pérez & Delgado, 2013).

Por otro lado, en el estudio de González-Jiménez et al. (2014), hallaron posterior a la intervención educativa conductas favorables en la alimentación, aunque en la dimensión de actividad física y social no mostraron aumento en la realización de actividad física, a diferencia de este estudio que mejoraron hacia un estilo de vida adecuado en esta variable; sin embargo antes de la intervención los estudiantes en su mayoría reportaron conocimientos adecuados sobre los beneficios de la actividad física, más no una práctica adecuada; situación que indica la importancia de buscar alternativas para que los jóvenes introyecten la práctica de actividad física en su diario vivir, la cual aporta grandes beneficios para su salud como son una mejor capacidad cardiorrespiratoria y músculo-esquelética, mantenimiento de un peso corporal saludable y beneficios psicosociales.

Otro aspecto importante a tener en cuenta es el factor estrés en la población estudiantil, evento común en diversos países, que insta a los entes educativos a incluir aspectos emocionales y sentimentales en las programaciones escolares, con el fin de desarrollar en ellos habilidades emocionales que les permita una mejor convivencia y afrontamiento ante situaciones estresantes (Cadena & Martini, 2019). En el presente estudio los hallazgos en el grupo intervenido demostraron que las estrategias enseñadas para el cuidado de la salud mental y resolución de conflictos, generó cambios favorables en el comportamiento de los participantes.

En cuanto a la salud sexual los estudiantes incrementaron los conocimientos en esta dimensión, resultados coincidentes con otros estudios (Hinojosa, 2018); (Lucas Lago et al. (2015), que mostraron la utilidad de las estrategias educativas participativas en la construcción del propio conocimiento y la toma de decisiones acertadas. Además, un aspecto imprescindible para abordar la sexualidad es a través de orientaciones y seguimiento personalizado de los temas enseñados, aspecto fundamental para disminuir o evitar comportamientos de riesgo en la adolescencia.

A partir de los resultados obtenidos se evidencia que la intervención educativa desarrollada fue efectiva. Se resalta que el Programa Educativo ejecutado se fundamentó en los postulados de la teoría constructivista y del aprendizaje significativo (Ortiz Granja, 2015), lo cual permitió una interacción apropiada entre los facilitadores y los adolescentes. Otras teorías aplicadas en la investigación fueron la teoría del Déficit de autocuidado propuesta por Dorothea Orem, y el modelo de Promoción de la Salud de Nola Pender (Raile & Marriner, 2018). En las intervenciones educativas a estudiantes y padres de familia, se hizo énfasis en el autocuidado, considerado como una función reguladora del hombre, que el mismo debe llevar a cabo con el fin de conservar la vida, salud, el desarrollo y bienestar (Figueredo Borda N et al., 2019). Lo anterior indica que el individuo contribuye a mantener su propia salud al prevenir y enfrentar los factores de riesgo, y adoptar una actitud vigilante de sí mismo. Estos enfoques teóricos permitieron promover el aprendizaje en los estudiantes a través de un proceso dinámico, productivo y demostrativo, dirigido hacia el logro de objetivos definidos en cada temática, mediante metodologías personalizadas e innovadoras, las cuales generaron en los estudiantes cambios en sus conocimientos previos y prácticas positivas para la salud.

---

## 4. Conclusiones

La educación para la salud se constituye en un componente fundamental en el contexto familiar y escolar para promover conductas protectoras para la salud física y mental de la población adolescente.

En los estudiantes intervenidos las variables conocimientos y estilos de vida fueron estadísticamente significativas respecto al grupo control, lo que indica que la intervención educativa fue efectiva al modificar el nivel de conocimientos y prácticas hacia hábitos saludables.

La intervención educativa permitió el fortalecimiento de los factores protectores de los adolescentes en el cuidado de la salud, reafirmando su importancia desde la enfermería y reflejando el fruto del trabajo interdisciplinario como estrategia central a través de la generación de metodologías personalizadas y participativas que generen en los estudiantes un aprendizaje significativo hacia la adopción de comportamientos saludables en su diario vivir enfocados en el autocuidado.

---

## Referencias bibliográficas

- Arroyo, P., & Carrete, L. (2018). Intervención orientada a modificar prácticas alimentarias en adolescentes mexicanos. *Revista Gerencia y Políticas de Salud*, 17(35), 1-33. Recuperado de <https://doi.org/10.11144/Javeriana.rgps17-35.iomp>.
- Benites, E., & Chunga, J. (2017). Efectividad de un programa educativo en adolescentes sobre el nivel de conocimiento en salud sexual y reproductiva. *SCIÉND0, Ciencias para el Desarrollo: Revista de Investigaciones Aplicadas*, 20(2), 61-69. Recuperado de <http://dx.doi.org/10.17268/sciendo.2017.007>.
- Betancurth, D., Vélez, C., & Jurado, L. (2015). Validación de contenido y adaptación del cuestionario Fantástico por técnica Delphi. *Salud Uninorte*, 31(2), 214-227. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=81742138002>.
- Cadena, C., & Martini, H. (2019). Impacto de una estrategia educativa sobre salud sexual y reproductiva en adolescentes de una escuela secundaria. *Atención Familiar*, 26(4), 140-144. Recuperado de <http://dx.doi.org/10.22201/facmed.14058871p.2019.4.70789>.
- Calpa, A., Santacruz, G., Álvarez, M., Zambrano, C., Hernández, E., & Matabanchoy, S. (2019). Promoción de estilos de vida saludables: Estrategias y escenarios. *Hacia la Promoción de la Salud*, 24(2), 139-155. Recuperado de <https://doi.org/10.17151/hpsal.2019.24.2.11>.
- Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social. (1993). *Resolución 8430 de 1993. Normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud*. Bogotá: Recuperado de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/RESOLUCION-8430-DE-1993.PDF>.
- Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social. (2018a). *Encuesta Nacional de la Situación Nutricional en Colombia, ENSIN 2015*. Bogotá:: MinSalud.
- Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social. (2018b). *Marco conceptual y metodológico para el desarrollo de la educación para la salud de las Rutas Integrales de Atención en Salud (RIAS)*. Recuperado de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/directrices-educacion-pp.pdf>.
- Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social. (2018c). *Lineamiento de prevención del consumo de alcohol y sustancias psicoactivas*. Bogotá: Recuperado de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ENT/lineamiento-nacional-prevencion-consumo-sps.pdf>.
- Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social. (2019). *Análisis de Situación de Salud (ASIS) Colombia, 2018*. Recuperado de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/PSP/asis-colombia-2018.pdf>.

- Consejo Internacional de Enfermería. (2002). *Definición de Enfermería*. Recuperado de <https://www.icn.ch/es/politica-de-enfermeria/definiciones>.
- Díaz, M., Tovar, M., & Torres, A. (2015). Estilos de vida y autoimagen en estudiantes de colegios oficiales de chía, Cundinamarca. *Revista de Pediatría*, 48(1), 15-20. Recuperado de <https://doi.org/10.1016/j.rcpe.2015.03.001>.
- Diez-Canseco, F., Boeren, Y., Quispe, R., Chiang, M., & Miranda, J. (2015). Participación de adolescentes en un programa de comunicación de salud para prevenir las enfermedades no transmisibles: Multiplicadores Jóvenes, Lima, Perú. *Preventing Chronic Disease*, 12, 140416. Recuperado de <http://dx.doi.org/10.5888/pcd12.140416external icon>.
- Figueredo, N., Ramírez, M., Nurczyk, S., & Díaz, V. (2019). Modelos y teorías de enfermería: Sustento para los cuidados paliativos. *Enfermería: Cuidados Humanizados*, 8(2), 33-43. Recuperado de <https://doi.org/10.22235/ech.v8i2.1846>.
- González-Jiménez, E., Cañadas, G., Lastra-Caro, A., & Cañadas-De la Fuente, G. (2014). Efectividad de una intervención educativa sobre nutrición y actividad física en una población de adolescentes. Prevención de factores de riesgos endocrino-metabólicos y cardiovasculares. *Aquichan*, 14(3), 549-559. Recuperado de <https://doi.org/10.5294/aqui.2014.14.4.9>.
- Guerrero, H., & Contreras, A. (2020). Estilos de vida y características sociodemográficas de adolescentes de cinco instituciones educativas. *Revista Ciencia y Cuidado*, 17(1), Recuperado de <https://doi.org/10.22463/17949831.1630>.
- Hernández, J., Oviedo, M., Rincón, A., Hakspiel, M., & Mantilla, B. (2019). Tendencias teóricas y prácticas de la promoción de la salud en el ámbito escolar en Latinoamérica. *Salud: Revista de la Universidad Industrial de Santander*, 51(2), 155-168. Recuperado de <http://dx.doi.org/10.18273/revsal.v51n2-2019007>.
- Hinojosa, J. (2018). *Aplicación de un programa de intervención en inteligencia emocional con adolescentes (Tesis de Maestría)*. Universidad de Jaén. Andalucía, España: Recuperado de [http://tauja.ujaen.es/jspui/bitstream/10953.1/8314/1/Hinojosa\\_Osuna\\_Jos\\_David\\_TFM\\_Psicologa\\_Positiva.pdf](http://tauja.ujaen.es/jspui/bitstream/10953.1/8314/1/Hinojosa_Osuna_Jos_David_TFM_Psicologa_Positiva.pdf).
- Ibarra, J., Vall-Llovera, C., & Hernández-Mosqueira, C. (2019). Hábitos de vida saludable de actividad física, alimentación, sueño, y consumo de tabaco y alcohol, en estudiantes adolescentes chilenos. *Sportis: Revista Técnico-Científica del Deporte Escolar, Educación Física y Psicomotricidad*, 5(1), 70-84. Recuperado de <https://doi.org/10.17979/sportis.2019.5.1.3500>.
- Lagoueyte Gómez, M. (2015). El cuidado de enfermería a los grupos humanos. *Salud: Revista de la Universidad Industrial de Santander*, 47(2), 209-213. Recuperado de [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0121-08072015000200013&lng=en.MEJORAR](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-08072015000200013&lng=en.MEJORAR).
- Lorenzo, B., Mirabal, G., Rodas, A., González, M., & Botín, L. (2018). Intervención de enfermería sobre educación sexual en adolescentes. *Enferm Inv*, 3(3), 136-141. <http://dx.doi.org/10.29033/ei.v3n3.2018.05>.
- Luces Lago, A., Porto Esteiro, M., Mosquera Pan, L., & Tizón Bouza, E. (2015). Una manera diferente de abordar la sexualidad, la contracepción y la prevención de infecciones de transmisión sexual desde la escuela en la Costa da Morte. *Enfermería Global*, 14(3), 137-154. Recuperado de <https://doi.org/10.6018/eglobal.14.3.199371>.

- Mondalgo, J. (2016). *Efectividad de un programa educativo en el nivel de conocimiento sobre alimentación saludable en los adolescentes de una Institución Educativa, Lima - 2015 (Tesis de Pregrado)*. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Lima, Perú. Recuperado de <http://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/cybertesis/4776>.
- OMS. (2015). *Estrategia mundial para la salud de la mujer, el niño y el adolescente: 2016 - 2030*. Recuperado de [https://www.who.int/maternal\\_child\\_adolescent/documents/estrategia-mundial-mujer-nino-adolescente-2016-2030.pdf](https://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/estrategia-mundial-mujer-nino-adolescente-2016-2030.pdf).
- OMS. (2016). *Declaración de Shanghai sobre la promoción de la salud en la agenda 2030 para el desarrollo sostenible*. Recuperado de <https://www.who.int/healthpromotion/conferences/9gchp/shanghai-declaration/es/>.
- OMS. (2018). *Enfermedades no trasmisibles*. Recuperado de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>.
- OPS. (2016). *Pautas éticas internacionales para la investigación relacionada con la salud con seres humanos (4ª Edición ed.)*. Ginebra: Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas (CIOMS). Recuperado de [https://cioms.ch/wp-content/uploads/2017/12/CIOMS-EthicalGuideline\\_SP\\_INTERIOR-FINAL.pdf](https://cioms.ch/wp-content/uploads/2017/12/CIOMS-EthicalGuideline_SP_INTERIOR-FINAL.pdf).
- Organización Mundial de la Salud, OMS. (2014). *Salud para los adolescentes del mundo: Una segunda oportunidad en la segunda década [Resumen]*. Recuperado de [https://apps.who.int/adolescent/second-decade/files/WHO\\_FWC\\_MCA\\_14.05\\_spa.pdf?ua=1&ua=1](https://apps.who.int/adolescent/second-decade/files/WHO_FWC_MCA_14.05_spa.pdf?ua=1&ua=1).
- Organización Panamericana de la Salud, OPS. (2018). *La salud de los adolescentes y jóvenes en la Región de las Américas: La aplicación de la estrategia y el plan de acción regionales sobre la salud de los adolescentes y jóvenes (2010-2018)*. Recuperado de <https://www.paho.org/informe-salud-adolescente-2018/>.
- Ortiz, D. (2015). El constructivismo como teoría y método de enseñanza. *Sophia* 19, 19(2), 93-110. Recuperado de <https://doi.org/10.17163/soph.n19.2015.04>.
- Pérez, I., & Delgado, M. (2013). Mejora de hábitos saludables en adolescentes desde la educación física escolar. *Revista de Educación*, 360, 314-337. Recuperado de <https://doi.org/10.4438/1988-592X-RE-2011-360-113>.
- Raile, M., & Marriner, A. (2018). *Modelos y teorías en enfermería (9ª ed.)* (9ª edición ed.). España: Elsevier.
- Román, W. (2019). Programa de vinculación familia-escuela y mejora de la autoestima en estudiantes de secundaria. *EDUCARE ET COMUNICARE: Revista de investigación de la Facultad de Humanidades*, 7(2), 4-10. Recuperado de <https://doi.org/10.35383/educare.v7i2.293>.
- Santos, M., Passos, V., Teixeira, S., Clímaco, K., Soares, A., & Soares, J. (2015). Effectiveness of an educational intervention to reduce the consumption of high-calorie foods in public school children in Teresina, Piauí (Brazil). *Nutrición Hospitalaria*, 32(2), 622-626. Recuperado de <http://dx.doi.org/10.3305/nh.2015.32.2.9183>.