

Estilos de vida en estudiantes de 8 a 12 años de colegios urbanos oficiales residentes en el municipio de Chía
Cundinamarca, 2010. Margarita Díaz Martínez

**ESTILOS DE VIDA EN ESTUDIANTES DE 8 A 12 AÑOS DE COLEGIOS URBANOS
OFICIALES RESIDENTES EN EL MUNICIPIO DE CHIA CUNDINAMARCA
2010**

**MARGARITA DÍAZ MARTÍNEZ
RESIDENTE DE PEDIATRIA**

**Dra. MARÍA BELEN TOVAR ASESOR TEÓRICO
MARCELA TORRES FQ MSc ASESOR METODOLOGICO**

**ESPECIALIZACIÓN EN PEDIATRÍA
UNIVERSIDAD DE LA SABANA
BOGOTÁ, D.C. 2010**

CONTENIDO

	pág.
INTRODUCCIÓN	2
1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	4
2. MARCO TEORICO	7
2.1 CONCEPTUALIZACIÓN DE ESTILOS DE VIDA.....	13
2.1.1 Actividad física	9
2.1.2 Alimentación y nutrición	12
2.1.3 Higiene personal	18
2.1.4 Uso del tiempo libre.....	18
2.1.5 Escuelas saludables.....	19
2.2 AUTOCONCEPTO	20
2.2.1 Comportamiento	21
2.2.2 Estatus intelectual y escolar	21
2.2.3 Apariencia física y atributos	21
2.2.4 La ansiedad	21
2.2.5. Popularidad	21
2.2.6 Felicidad y satisfacción.....	21
2.2.7. Escala de autoconcepto infantil de Piers y Harris.....	21
3. ANTECEDENTES Y JUSTIFICACIÓN	23
3.1 CARACTERÍSTICAS DEL PROFESIONAL FORMADO EN LA UNIVERSIDAD DE LA SABANA	23
3.2 CARACTERÍSTICAS DE LA POBLACIÓN DE 8 A 12 AÑOS DE EDAD	24
3.3 SITUACIÓN DE LA SALUD EN COLOMBIA.....	25
3.4 APORTE DE LA INVESTIGACIÓN AL MUNICIPIO DE CHIA.....	27
4. OBJETIVOS.....	30
4.1 OBJETIVO GENERAL	30

4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	30
5. MARCO METODOLÓGICO	31
5.1 TIPO DE ESTUDIO Y POBLACIÓN	31
5.1.1 Selección de instituciones educativas y población de estudio	31
5.1.2 TAMAÑO DE MUESTRA Y MUESTREO	32
5.2 VARIABLES CONSIDERADAS.....	32
5.3 PROCEDIMIENTOS.....	33
5.3.1 Recolección de la información.....	33
5.3.2. Resultados.....	33
5.3.3. Instrumento HAVISA	34
5.3.4. Validación de apariencia.....	34
5.3.4.1 Revisión de expertos.....	34
5.3.4.2. Prueba piloto.....	34
5.3.5 Procesamiento y análisis de la información.....	35
5.3.6 Consideraciones éticas.....	35
6. HALLAZGOS PRINCIPALES	36
6.1 CARACTERISTICAS DE LA POBLACION POR FACTORES CONTEXTUALES....	36
6.2 ESTILOS DE VIDA RELACIONADOS CON ALIMENTACION Y NUTRICION, ACTIVIDAD FISICA, USO DEL TIEMPO LIBRE E HIGIENE PERSONAL.....	38
6.2.1 Alimentación y nutrición	38
6.3 ACTIVIDAD FISICA	42
6.4 USO DEL TIEMPO LIBRE	45
6.5 HIGIENE PERSONAL	45
6.6. NIVELES DE AUTOCONCEPTO	47
6.6.1 Autoconcepto general	47
6.6.2 Dominios del autoconcepto.....	48
6.6.2.1 Comportamiento.....	48
6.6.2.2 Estatus intelectual.....	48
6.6.2.3 Apariencia física y atributos.....	48
6.6.2.4 Ansiedad.....	49

6.6.2.5 Popularidad.....	49
6.6.2.6 Felicidad y satisfacción.....	49
6.7 RELACION ENTRE LOS ESTILOS DE VIDA Y EL AUTOCONCEPTO	50
6.8 DISCUSIÓN DE RESULTADOS	53
7. CONCLUSIONES	60
8. RECOMENRACIONES.....	60
9. LIMITACIONES.....	62
10. AGRADECIMIENTOS.....	62
REFERENCIAS.....	64

LISTA DE TABLAS

	pág.
TABLA 1. INGESTAS DIETÉTICAS RECOMENDADAS DE MINERALES Y VITAMINAS.	15
TABLA 2. FRECUENCIA Y PORCENTAJE DE LAS VARIABLES DEMOGRAFICAS.	37
TABLA 3. FRECUENCIA Y PORCENTAJE DEL NUMERO DE COMIDAS CONSUMIDAS DIARIAMENTE.	39
TABLA 4. FRECUENCIA Y PORCENTAJE DE LAS CINCO COMIDAS.	40
TABLA 5. CLASIFICACION DE LOS ALIMENTOS CONSUMIDOS.	40
TABLA 6. FRECUENCIA Y PORCENTAJE DEL CONSUMO DE ALIMENTOS SALUDABLES.	41
TABLA 7. FRECUENCIA Y PORCENTAJE DEL CONSUMO DE ALIMENTOS NO SALUDABLES.	42
TABLA 8. FRECUENCIA Y PORCENTAJE DE LOS MEDIOS DE TRANSPORTE PARA LLEGAR AL COLE.	43
TABLA 9. FRECUENCIA Y PORCENTAJE DEL TIEMPO DE DESPLAZAMIENTO HASTA EL COLEGIO.	43
TABLA 10. FRECUENCIA Y PORCENTAJE DE LA CANTIDAD DE PRACTICA DEPORTIVA.	44
TABLA 11. FRECUENCIA Y PORCENTAJE DE LA DURACION DE LA PRACTICA DEPORTIVA	44
TABLA 12. FRECUENCIA Y PORCENTAJE DEL LAVADO DE DIENTES.	45
TABLA 13. PORCENTAJE Y FRECUENCIA DEL USO DE ENJUAGUE BUCAL.	45
TABLA 14. PORCENTAJE Y FRECUENCIA DEL USO DE CREMA DENTAL.	46
TABLA 15. FRECUENCIA Y PORCENTAJE DEL USO DE SEDA DENTAL	46
TABLA 16. FRECUENCIA Y PORCENTAJE DEL LAVADO DE MANOS DESPUES DE IR AL BAÑO	46
TABLA 17. FRECUENCIA Y PORCENTAJE DEL LAVADO DE MANOS ANTES DE COMER.	46
TABLA 18. FRECUENCIA Y PORCENTAJE DEL BAÑO CORPORAL.	47
TABLA 19. TOTAL CUALITATIVO DEL NIVEL DE AUTOCONCEPTO	47
TABLA 20. CALIFICACION POR DOMINIOS DE LA ESCALA DE PIERIS Y HARRIS.	48
TABLA 21. TOTAL DE LA EVALUACION CUALITATIVA DE LOS DOMINIOS.	50
TABLA 22. RELACION ENTRE ESTILOS DE VIDA Y EL NIVEL DE AUTOCONCEPTO.	51
TABLA 23. SUBANALISIS DEL DOMINIO DE ANSIEDAD.	52

Estilos de vida en estudiantes de 8 a 12 años de colegios urbanos oficiales residentes en el municipio de Chía Cundinamarca, 2010. Margarita Díaz Martínez

INTRODUCCIÓN

En el informe sobre la salud en el mundo (2002), la Organización Mundial de la Salud (1) manifiesta que una proporción muy considerable de la carga de morbilidad mundial y más de la tercera parte de toda la mortalidad mundial puede atribuirse a unos pocos factores de riesgo: insuficiencia ponderal, prácticas sexuales de riesgo, agua insalubre y saneamiento e higiene deficientes, humo de combustibles sólidos en espacios cerrados, carencia de zinc, carencia de hierro, carencia de vitamina A, tensión arterial, consumo de tabaco, colesterol, consumo de alcohol, exceso de peso, bajo consumo de frutas y verduras, inactividad física y consumo de sustancias psicoactivas(1).

La presencia de estos factores de riesgo en la población se encuentra relacionada con los estilos de vida, dado que estos permiten ir introduciendo en la manera de vivir de las personas, pautas de conductas, que tanto individual como colectivamente de forma cotidiana, mejoran o empeoran su calidad de vida (2); estos estilos no solo se componen de acciones o comportamientos individuales, sino también de acciones de naturaleza social (3).

De otra parte datos patológicos han demostrado que la arterosclerosis y el sobrepeso comienzan en la infancia y adolescencia y estos se asocian a mayores riesgos de desarrollar hipertensión, dislipidemia, diabetes tipo II y obesidad en el adulto (4, 5,6). De ahí la necesidad e importancia de iniciar la promoción de estilos de vida saludables para promover una mejor salud y calidad de vida en la etapa adulta.

En este sentido la autoestima y el apoyo social pueden favorecer o no la adquisición de estilos de vida saludables a lo largo de la vida. Según Montt, M (1996), los estudios sobre salud mental en adolescentes han demostrado que la autoestima es un factor relevante en el desarrollo, especialmente en los aspectos de personalidad, adaptación social y emocional, así como en la salud mental en general (7). En este orden de ideas se considera que un individuo con baja autoestima realiza comportamientos de riesgo para la salud, mientras que alguien con alta autoestima, lleva a cabo conductas saludables (7).

Estilos de vida en estudiantes de 8 a 12 años de colegios urbanos oficiales residentes en el municipio de Chía Cundinamarca, 2010. Margarita Díaz Martínez

Reconociendo que dentro de las estrategias de promoción de la salud y prevención de enfermedades deben tenerse en cuenta aquellas dirigidas a fomentar estilos de vida saludable desde la infancia y la adolescencia y que en el municipio de Chía no se cuenta con estudios que permitan conocer cuáles son los estilos de vida que están siendo adquiridos y desarrollados por niños, niñas y adolescentes para orientar la toma de decisiones y el desarrollo de acciones en salud, se propuso la realización de este trabajo para facilitar el conocimiento en relación con elementos como la actividad física, la alimentación y la nutrición, la higiene personal, el uso del tiempo libre y los niveles de autoestima en relación con auto concepto.

La presente investigación constituye un primer paso para el conocimiento de los estilos de vida y el autoconcepto en niños y niñas del municipio de Chía Cundinamarca, la cual podría ser útil para el direccionamiento de las estrategias de promoción de la salud y prevención de la enfermedad a desarrollar y a su vez podría permitir una mejor focalización de las acciones y recursos en salud.

Estilos de vida en estudiantes de 8 a 12 años de colegios urbanos oficiales residentes en el municipio de Chía Cundinamarca, 2010. Margarita Díaz Martínez

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La Organización Mundial de la Salud, en su informe sobre la Salud en el mundo: *reducir los riesgos y promover una vida sana*, reporta que ciertos problemas de salud, como el cáncer, las cardiopatías, los accidentes cerebrovasculares y la diabetes, son cada vez más dominantes y se encuentran relacionados con riesgos para la salud, como hipertensión arterial, colesterol alto, exceso de peso, baja ingesta de frutas y verduras, inactividad física y consumo de tabaco y alcohol (1). Señala también como estos riesgos se relacionan con hábitos de vida, que implican cambios en las pautas de consumo de alimentos, alcohol y tabaco, así como disminución de la actividad física y el trabajo físico (1).

En el mismo informe la O.M.S plantea qué aproximadamente el 62% de las enfermedades cerebrovasculares, el 49% de las cardiopatías isquémicas y cerca de 7,1 millones de muertes en el mundo son debidas a la hipertensión arterial (1). De igual manera expresa que el colesterol alto ocasiona el 18% del total mundial de enfermedades cerebrovasculares y el 56% de las cardiopatías isquémicas, con 4,4 millones de muertes (1). Refiere también que el sobrepeso y la obesidad tienen efectos metabólicos adversos en la tensión arterial, el colesterol, los triglicéridos y la resistencia a la insulina y que aproximadamente el 58% del total mundial de casos de diabetes mellitus, el 21% de las cardiopatías isquémicas y el 8%–42% de determinados cánceres son atribuibles a un índice de masa corporal superior a 21 kg/m² (1). Con relación a la baja ingesta de frutas y verduras la O.M.S reporta que ésta da lugar aproximadamente al 19% de los cánceres gastrointestinales, el 31% de las cardiopatías isquémicas y el 11% de los accidentes cerebrovasculares a nivel mundial, con 2,7 millones de defunciones (1). Plantea también como en el mundo la inactividad física causa anualmente aproximadamente 1,9 millones de defunciones (1), el tabaquismo 4,9 millones (1) y el alcohol 1,8 millones de muertes (1).

Las enfermedades crónicas no transmisibles imponen una alta carga de morbilidad y mortalidad en el nivel mundial y se encuentran relacionadas con cambios en hábitos alimentarios y modos de vida que se han dado como respuesta a la industrialización, la urbanización, el desarrollo económico y la globalización de los mercados (8).

Estilos de vida en estudiantes de 8 a 12 años de colegios urbanos oficiales residentes en el municipio de Chía Cundinamarca, 2010. Margarita Díaz Martínez

Dentro de las estrategias para contrarrestar esta situación de morbilidad y mortalidad por enfermedades crónicas no transmisibles, se encuentran la evaluación de los estilos de vida de la población y la identificación de factores conducentes a resultados indeseados. A mayor conocimiento sobre los eventos negativos, mayor posibilidad de actuar sobre ellos con anticipación para evitarlos, cambiando las condiciones que exponen a un individuo o grupo de individuos a adquirir la enfermedad o el daño; esto se entiende como prevención primaria (9).

En cada sociedad existen comunidades, grupos de personas, familias o individuos que presentan mayor probabilidad que otros, de sufrir en un futuro enfermedades, accidentes o muertes prematuras. Esta vulnerabilidad se debe a la presencia de cierto número de características de tipo genético, ambiental, biológico, psicológico y social, que actuando individualmente o entre sí desencadenan la presencia de un proceso (10).

La infancia y la adolescencia son momentos de la vida durante los cuales se arraigan la autoestima y los hábitos para el resto de la vida, incluidos los comportamientos relacionados con la salud que influyen en todo el ciclo vital (3). La población en edades tempranas de la vida puede ser influenciada por factores como la relación con los amigos, la calle y los medios de comunicación (4).

El Plan Nacional de Salud Pública 2007 – 2010 (11) establece que “las enfermedades crónicas y algunos factores de riesgo asociados con estilos de vida ocupan el primer puesto entre las principales causas de enfermedad y muerte de la población Colombiana” y que “dentro de la estructura de causas de morbimortalidad en la población general, las enfermedades del sistema circulatorio, principalmente la enfermedad isquémica del corazón, la enfermedad cerebrovascular, la hipertensión arterial y sus complicaciones, ocupan el primer lugar, seguido de tumores, enfermedades pulmonares crónicas y enfermedades degenerativas osteoarticulares”, razón por la cual se estableció como una de las prioridades nacionales la de disminuir las enfermedades crónicas no transmisibles y la discapacidad, incluyendo metas orientadas a la población menor de 18 años y estrategias de promoción en escuelas de básica primaria y

Estilos de vida en estudiantes de 8 a 12 años de colegios urbanos oficiales residentes en el municipio de Chía Cundinamarca, 2010. Margarita Díaz Martínez secundaria dirigidas a promover actividad física, desestimular el hábito de fumar y promover espacios libres de humo de tabaco (11).

Para la formulación de políticas y estrategias de promoción de la salud y prevención de la enfermedad se requiere del conocimiento de la distribución real de los riesgos en la población (3); de esta forma se podrá establecer el impacto que éstas podrían tener en la morbilidad y mortalidad local, para lo cual es necesario profundizar en el conocimiento de la distribución poblacional de los comportamientos a afectar, focalizando y orientando planificadamente recursos en salud pública.

Posterior a la revisión de la literatura y por medio de la alcaldía de Chía, Cundinamarca, se encontró que en este municipio, no se han realizado estudios sobre estilos de vida en niños, niñas y adolescentes. Esta situación impide disponer de información fiable, comparable y de interés local que fortalezca la base científica y empírica de las políticas municipales orientadas a la promoción de hábitos de vida saludables y la prevención de enfermedades crónicas no transmisibles.

Se plantea como pregunta de investigación, ¿cuál es la frecuencia de los estilos de vida en estudiantes de 8 a 12 años residentes en el municipio de Chía Cundinamarca, matriculados en colegios oficiales para el año 2010, que permita orientar la atención primaria desde la política pública en salud?

Estilos de vida en estudiantes de 8 a 12 años de colegios urbanos oficiales residentes en el municipio de Chía Cundinamarca, 2010. Margarita Díaz Martínez

2. MARCO TEÓRICO

2.1 CONCEPTUALIZACIÓN DE ESTILOS DE VIDA

El concepto de estilo de vida se originó en las ciencias sociales. Los primeros aportes al estudio de este concepto fueron llevados a cabo a finales del siglo XIX y principios del siglo XX por filósofos como Marx, Veblen y Weber (12). Las definiciones de estilo de vida propuestas tienen en común la noción de integración. Es así que con el término de estilo de vida los autores hacen referencia a una dimensión unificadora de las diferentes partes de un conjunto, aspecto que lo caracterizó durante un buen período de tiempo (12).

Inicialmente, el estilo de vida estuvo asociado a factores sociales como nivel de renta, la posición ocupacional, el nivel educativo y el estatus social, pero los determinantes de este concepto no eran únicamente socioeconómicos, también incluían factores individuales. En este sentido, Weber resalta la importancia de las elecciones individuales, las cuales estuvieron determinadas por las oportunidades vitales que ofrecen las condiciones estructurales (12).

A mediados del siglo XX el concepto de estilo de vida es incorporado al área de la salud. Esta división de modelo epidemiológico se refiere a decisiones individuales que afectan la salud y sobre las cuales se tiene mayor o menor control. Estas pueden dividirse en 3 elementos: riesgos inherentes al ocio (por ejemplo la falta de ejercicio agrava las enfermedades coronarias, causa obesidad y lleva a una total falta de estado físico), a los modelos de consumo (como el abundante consumo de glucosa que causa caries dentales, obesidad e hiperglucemia) y ocupacionales (13). Desde esta perspectiva se introduce el término de estilo de vida saludable (14).

Los modelos psicosociales en el estudio de los estilos de vida saludables son retomados nuevamente en los años 80. Para esta década la Organización Mundial de la Salud (O.M.S) define el estilo de vida como una forma general de vida, basada en la interacción entre las condiciones de vida en un sentido amplio y los patrones individuales de conducta determinados por los factores socioculturales y las características personales (15).

Estilos de vida en estudiantes de 8 a 12 años de colegios urbanos oficiales residentes en el municipio de Chía Cundinamarca, 2010. Margarita Díaz Martínez

Los estilos de vida no pueden ser aislados del contexto social, económico, político y cultural al cual pertenecen y deben ser acordes a los objetivos del proceso de desarrollo orientado a dignificar la persona humana en la sociedad a través de mejores condiciones de vida y de bienestar (3).

Todo estilo de vida está favorecido por los hábitos, costumbres, modas y valores existentes y dominantes en cada momento y en cada comunidad; estos factores enumerados tienen como característica común que son aprendidos y por tanto modificables a lo largo de toda la vida (2). Los estilos de vida permiten ir introduciendo en la manera de vivir de las personas, pautas de conductas, que tanto individual como colectivamente de forma cotidiana, mejoran o empeoran su calidad de vida (2).

La influencia de elementos favorecedores y no favorecedores para la Salud y la calidad de vida de la población, se relaciona con los estilos de vidas saludables y no saludables. Los estilos de vida saludables se definen como los procesos sociales, las tradiciones, los hábitos, conductas y comportamientos de los individuos y grupos de población que conllevan a la satisfacción de las necesidades humanas para alcanzar el bienestar y la vida. Por su parte los estilos de vida no saludables se relacionan con comportamientos inadecuados que tienen un efecto nocivo sobre la salud de las personas (3).

Los estilos de vida son determinados por la presencia de factores de riesgo y/o de factores protectores para el bienestar, por lo cual deben ser vistos como un proceso dinámico que no solo se compone de acciones o comportamientos individuales, sino también de acciones de naturaleza social (3).

Por su parte los factores de riesgo, son aquellos que dificultan los estilos de vida sanos o potencian prácticas no seguras para la Salud. El concepto de "riesgo" es entendido como la probabilidad de que se produzca un resultado adverso o un factor que aumenta esa probabilidad (3). Un factor de riesgo se entiende como cualquier característica o circunstancia detectable de una persona o grupo de personas que se sabe asociada con un aumento en la probabilidad de

Estilos de vida en estudiantes de 8 a 12 años de colegios urbanos oficiales residentes en el municipio de Chía Cundinamarca, 2010. Margarita Díaz Martínez padecer, desarrollar o estar especialmente expuesto a un proceso mórbido (3). Estos factores de riesgo (biológicos, ambientales, de comportamiento, socio-culturales, económicos...) pueden sumándose unos a otros, aumentar el efecto aislado de cada uno de ellos produciendo un fenómeno de interacción (3).

Estilos de Vida enmarcados desde el Concepto de Escuela Saludable

El proceso de alcanzar el desarrollo vital pleno de una persona pasa por establecer una serie de pautas. A continuación se presentan los estilos de vida relacionados con actividad física, alimentación y nutrición, higiene personal y uso de del tiempo libre, enmarcados desde el concepto de escuela saludable, los cuales inculcados desde la etapa escolar, podrían permitir el desarrollo pleno de los escolares por medio de una serie de pautas en las que se equilibren sus costumbres diarias con un serie de hábitos que garanticen un estilo de vida saludable.

2.1.1 Actividad física. Diversos factores influyen en la adopción y mantenimiento de la actividad física, e involucran interacciones complejas entre factores intraindividuales, interindividuales y ambientales o contextuales (12). Los factores intraindividuales asociados con la actividad física son la autoeficacia, el proceso de cambio, las experiencias previas con el comportamiento, y diferentes condiciones de salud, como el peso corporal, factores de riesgo de comportamiento y niveles de estrés (16).

El soporte social ha sido fuertemente asociado con la actividad física (17). Las personas que desarrollan actividad física regular perciben con mayor frecuencia que sus familiares y amigos los apoyan en sus deseos de mantener este comportamiento. Se ha evidenciado que quienes tienen poco soporte social tienen 2 veces más posibilidades de ser inactivos, con respecto a los que tienen un soporte social alto (17).

Recientemente se ha destacado la importancia que tienen los ambientes físicos y los diseños urbanos en los niveles de actividad física de los individuos. Se ha observado que las ciudades concebidas para crecer en grandes áreas incrementan el uso de vehículos automotores,

Estilos de vida en estudiantes de 8 a 12 años de colegios urbanos oficiales residentes en el municipio de Chía Cundinamarca, 2010. Margarita Díaz Martínez desestimulando modalidades de actividad física utilitaria vinculadas con el desplazamiento en la ciudad, como montar en bicicleta o caminar (18).

Por el contrario, las siguientes características urbanas la alta densidad demográfica, la diversidad adecuada de bienes y servicios cerca al vecindario y los diseños urbanos que faciliten la utilización de medios diferentes a los vehículos motorizados han sido identificadas como factores que facilitan la promoción de la actividad física (18).

El hábito de realizar actividad física desde edades tempranas proporciona un gran impacto en la mortalidad y la longevidad. La actividad física regular ayuda a mantener una óptima función metabólica, reduciendo los síntomas de depresión, estrés y ansiedad e incrementa la confianza en sí mismo, la autoestima, los niveles de energía, la calidad del sueño y la habilidad para concentrarse (19). Disminuye la grasa visceral, la concentración de colesterol total, lipoproteínas de baja densidad y la inflamación, a su vez aumenta la sensibilidad a la insulina y la concentración de lipoproteínas de alta densidad. Así mismo, no hacer actividad física en forma regular sumado a una alimentación poco sana, se asocia con incremento de sobrepeso y obesidad en la niñez y la adolescencia. Los niños y adolescentes con obesidad, se encuentran en mayor riesgo de desarrollar pseudotumor cerebral, asma y apnea del sueño, resistencia a la insulina, hiperandrogenismo, deslizamiento epifisiario, formación de cálculos biliares, a la vez que se convierte en una herramienta para prevenir el sobre peso (20).

Los niños obesos tienen dos veces mayor riesgo de mortalidad por enfermedad coronaria y mayor riesgo de obesidad durante la edad adulta. El 20% de los adultos obesos habían sido obesos durante la infancia (20).

Por lo general se utilizan los términos actividad física, ejercicio físico y deporte como sinónimos, pero no poseen el mismo significado. De acuerdo con la US Department of Health and Human Service, 1996, actividad física hace referencia a cualquier movimiento de los músculos esqueléticos que aumente el gasto energético por encima del nivel basal. En cuanto al ejercicio

Estilos de vida en estudiantes de 8 a 12 años de colegios urbanos oficiales residentes en el municipio de Chía Cundinamarca, 2010. Margarita Díaz Martínez

físico este es una subcategoría de la actividad física que se define como una actividad física planeada, estructurada y repetitiva con el objetivo de mejorar uno o más componentes de la forma física. En cuanto al deporte es una actividad tanto física como intelectual de naturaleza competitiva y gobernada por reglas institucionalizadas (12). El colegio americano y la medicina del deporte recomiendan al menos 30 minutos por día de actividad física de moderada intensidad, en niños 1 o más horas de actividad física por día. 30 minutos para prevenir la enfermedad cardiovascular y 60 minutos para mantener peso (21).

La actividad física debe llevarse a cabo de acuerdo a la etapa o edad en que se encuentre la persona, pues debe contribuir a su desarrollo integral (22). Es así como se recomienda: para los años preescolares realizar actividades de circulación general (por ejemplo, saltar, lanzar, correr, trepar); en la etapa Pre-puberal (6-9 años), movimientos más especializados y complejos, actividades anaeróbicas (por ejemplo deportes). En la pubertad (10-14 años) se recomienda deportes organizados, teniendo en cuenta el desarrollo de habilidades y en la adolescencia (15-18 años), actividades de acondicionamiento físico, para el perfeccionamiento de las habilidades (22).

En este sentido Perula y cols. Realizaron un estudio con estudiantes pertenecientes a los grados sexto y octavo de Enseñanza General Básica de una Zona Básica de Salud de Córdoba España, con el objetivo de conocer la conducta de los escolares respecto al grado de actividad física que desarrollan y examinar los factores que se relacionan. Se encontró que la edad, el sexo, el tipo de residencia, la práctica deportiva de los padres o el amigo y estado de salud percibido constituyen las variables más fuertemente asociadas a la realización de ejercicio ($p < 0.001$) (23).

Igualmente un estudio realizado en Bélgica al oriente de Flandes con el objetivo de evaluar los efectos sobre la actividad física, con un programa de promoción a nivel de las escuelas primarias, encontró como resultado que en las escuelas donde se realizó la intervención, los niños reportaron en su tiempo libre hacer mayor actividad física moderada ($p < 0,05$), con respecto al grupo control (24).

Estilos de vida en estudiantes de 8 a 12 años de colegios urbanos oficiales residentes en el municipio de Chía Cundinamarca, 2010. Margarita Díaz Martínez

2.1.2 Alimentación y nutrición. Es un hecho, que comer tiene consecuencias en los aspectos biológicos, psíquicos y sociales del individuo. Por lo tanto, una alimentación sana promueve el desarrollo y el crecimiento adecuados, y además influye en el funcionamiento armónico de todos los sistemas del organismo, fomentando un equilibrio tanto de las funciones psicológicas, simples como complejas (ejemplo el aprendizaje, la memoria, la motivación y la percepción). Una persona bien alimentada, está en capacidad para contribuir a la productividad y el desarrollo en contextos culturales y educativos. Así mismo, no se puede desconocer que existen factores socioculturales que influyen directamente en el comportamiento alimenticio. Es así como el ingreso al colegio, trae además de la independencia de los padres, la influencia de los profesores y de otros niños en todos los ámbitos. Esta es la época fundamental para inculcar hábitos adecuados de alimentación que prevengan problemas de salud a corto y largo plazo (25). Igualmente en esta edad los medios de comunicación, particularmente la televisión, ejerce una potente influencia promoviendo el consumo de gran variedad de productos atractivos por su presentación, pero de escaso o incluso negativo valor nutricional (25,26). A esto se suman el incremento en los escolares de las tasas de sedentarismo, acentuando la prevalencia de sobre peso y obesidad a etapas muy tempranas y con efectos irreversibles para la edad adulta (6,25).

El crecimiento longitudinal del escolar es de 5 – 6 cm /año y la ganancia de peso es de 3 – 3,5 kg/año (25). Para lograr el adecuado crecimiento del escolar, es de gran importancia que tanto el pediatra, los padres y los educadores, enseñen a consumir a los niños alimentos variados y saludables y que a su vez los niños sean capaces de regular por si mismos la energía consumida (25). Para ello se deben tener en cuenta los siguientes aspectos:

1. **Calorías diarias:** Las necesidades de energía se determinan de forma individual de acuerdo al tamaño corporal y el nivel de actividad física para de esta manera prevenir el sobrepeso. Los requerimientos energéticos, se han calculado como la suma de gasto energético total más el valor de la energía depositada como consecuencia del crecimiento y que se corresponde en esta edad a unas 20 Kcal/día. A su vez el gasto energético total es el resultado del metabolismo basal, la termogénesis de los alimentos y la actividad física (25).

Estilos de vida en estudiantes de 8 a 12 años de colegios urbanos oficiales residentes en el municipio de Chía Cundinamarca, 2010. Margarita Díaz Martínez

En la dieta tiene que existir una proporción entre los diferentes principios inmediatos administrados. Los hidratos de carbono, deberán aportar entre el 50 y 55 % de las calorías totales de la dieta; las proteínas el 15% de la energía y las grasas entre el 30 y 35% de la energía de la dieta. En cuanto a la distribución diaria de la energía en las diversas comidas del día es recomendable destinar el 25% de las calorías para el desayuno incluyendo las medias nueves, 30 – 35 % de las calorías en el almuerzo; 15 a 20% para las onces y 25 % restante para la comida (25).

2. Proteínas: la ingesta recomendada para la edad escolar es de 0,95 g/kg/día, su fuente alimentaria debe ser animal y vegetal 50% (25).

3. Lípidos: del 35% de las calorías se recomienda administrar un 10% en forma de grasa saturada, un 15 % de monoinsaturada y el 10 % restante de poliinsaturada (con una relación aproximada ácidos grasos omega-6: ácidos grasos omega- 3 de 10:1). El colesterol total no debe sobrepasar los 100 mg / 1000 Kcal o 200mg/día. Las ingestas adecuadas de ácidos grasos esenciales se han estimado en: linolénico 10g/día de 4 a 8 años y 12 g/día de 9 a 13 años; y alfa – linolénico de 0,9 y 1,2 g/día, respectivamente (25). Las principales recomendaciones sobre el consumo de grasas se resumen en las siguientes: ingerir lácteos semidescremados siempre que el estado nutricional sea adecuado; incrementar el consumo de aceite de oliva, por su aporte de monoinsaturados y suministro de antioxidantes; incrementar el consumo de pescados como fuente principal ácidos grasos omega 3; consumir frutos secos naturales ricos en monoinsaturados (pistacho, almendras, nueces) y poliinsaturados (nueces). Por otra parte se debe restringir el consumo de carnes grasas, mantequilla, margarina (contenido de ácidos grasos trans) (6,25).

4. Hidratos de carbono: Se recomienda consumir 130 g/día, sólo el 10% de los azúcares consumidos (máximo el 25%) deberán ser en forma de azúcares simples reduciendo el consumo de sacarosa para la prevención de la caries dental, hiperlipidemia y obesidad (26). El 90% restante serán carbohidratos complejos (en forma de cereales, tubérculos, legumbres y frutas) (27).

Estilos de vida en estudiantes de 8 a 12 años de colegios urbanos oficiales residentes en el municipio de Chía Cundinamarca, 2010. Margarita Díaz Martínez

5. Fibra: La ingesta recomendada en g/día se puede calcular en niños mayores de 2 años como el número de años que tenga más 5 (edad más 5). Se han establecido niveles superiores, protectores frente a la enfermedad coronaria (25 gramos entre 4 – 8 años y 26 – 31 gramos hasta los 13 años) (25).

6. Minerales y oligoelementos: Las necesidades se muestran en la tabla 1. Las de calcio se han determinado, basándose en la adquisición de contenido mineral óseo que prevenga la osteoporosis. En cuanto al flúor se recomiendan aquellas cantidades que disminuyan la incidencia de la caries dental (25).

7. Vitaminas: Las recomendaciones de las vitaminas liposolubles y de hidrosolubles se especifican en la tabla 1. En vitamina D se establecen aportes de 200 UI, debiendo suplementarse en niños con irradiación solar insuficiente. Dado su papel en la absorción de calcio, la academia Americana de Pediatría también recomienda su suplementación en niños y adolescentes que no tomen más de 500ml de leche diarios (26). En las hidrosolubles es importante destacar el incremento de folato, debido a que la adquisición de niveles adecuados tiene relación inversa con los de homocisteína y, por lo tanto, previenen en desarrollo de la enfermedad cardiovascular (27).

Estilos de vida en estudiantes de 8 a 12 años de colegios urbanos oficiales residentes en el municipio de Chía Cundinamarca, 2010. Margarita Díaz Martínez

Nutriente/edad	4 – 8 años	9 – 13 años
Calcio (mg)	800	1300
Fosforo (mg)	500	1250
Magnesio (mg)	130	240
Hierro (mg)	10	8
Cinc (mg)	5	8
Flúor (mg)	1	2
Vitamina A (mcg)	400	600
Vitamina D (mcg)	5	5
Vitamina E (mg)	7	11
Vitamina K (mcg)	55	60
Vitamina C (mg)	25	45
Tiamina B1 (mg)	0,9	0,9
Rivoflabina B2 (mg)	0,9	0,9
Niacina B3 (mg)	8	12
Piridoxina B6 (mg)	0,6	1
Folato (mcg)	200	300
Cianocobalamina o B12 (mcg)	1,2	1,8

Tabla 1. Ingestas dietéticas recomendadas de minerales y vitaminas.

Food and Nutrition Board. Institute of medicine. Dietary Reference Intakes (DRIs) 1997 – 2001. American Academy of Pediatrics, American Dental Association y American Academy of Pediatric Dentistry.

De otra parte, hay que tener en cuenta que el desarrollo de enfermedades crónicas no transmisibles comienza desde las primeras etapas de la vida. En este sentido, un escolar sedentario y con malos hábitos alimentarios tiene mayor riesgo en la edad adulta de padecer enfermedades como la diabetes, el colesterol elevado en sangre y la presión arterial elevada, en comparación con un joven cuyo estilo de vida promueve un peso adecuado y el desarrollo de actividad física constante (6). De ahí la necesidad de ofrecer información al escolar en un lenguaje asimilable sobre todo lo relacionado con la nutrición. Diversos estudios muestran la relación que existe entre la calidad de la nutrición y la clase social, y los factores de alto riesgo y trastornos alimenticios.

En este sentido en el municipio de Toledo Paraná se llevó a cabo un estudio con 2.562 escolares de 14 a 19 años, para identificar el consumo de alimentos asociado a factores de clase económica y sexo de las escuelas urbanas, públicas y particulares. Se encontró que existen diferencias en la frecuencia y tipo de alimentos entre las clases sociales. Las clases sociales más pobres tienen una dieta basada principalmente en panes, cereales, raíces, tubérculos,

Estilos de vida en estudiantes de 8 a 12 años de colegios urbanos oficiales residentes en el municipio de Chía Cundinamarca, 2010. Margarita Díaz Martínez leguminosas, aceites y grasas. Mientras que los grupos más ricos hortalizas, frutas y productos lácteos. También se encontraron diferencias en el consumo de alimentos con respecto al sexo. Las mujeres consumen más azúcar, verduras y dulces, mientras que los hombres más lácteos, legumbres, aceites y grasas. Por lo que se concluye que la renta familiar y el sexo se asocia al consumo de alimentos entre los adolescentes (27).

Igualmente Ruano y col. Realizaron un estudio en una población escolar de Marató Barcelona. Para hacer un análisis descriptivo de los hábitos alimentarios y las condiciones de vida asociados al consumo elevado de azúcares y de tiempo empleado en la televisión. Se observó que la presencia de unos hábitos nocivos, como el elevado número de horas de televisión y el consumo de azúcares, facilita la presencia de otros hábitos no saludables en el mismo sujeto ($p < 0.001$) (28).

A su vez Williden y cols. Realizaron un estudio en Nueva Zelanda con el fin de analizar las barreras y facilidades para que los escolares entre 5 y 12 años tengan una alimentación sana y la actividad física adecuada. Para ello se realizaron encuestas semiestructuradas a los padres donde se encontró que los principales obstáculos para realizar una actividad física adecuada fue la falta de instalaciones, entrenadores y equipo. Además de esto 70% de los padres encuestados consideran que sus hijos prefieren emplear el tiempo libre en la televisión o computadores más que en los deportes. 45% de los padres consideran que en los medios publicitarios no se estimula a los niños a comer más frutas y verduras. Más de dos tercios de los padres piensan que prohibir ciertos alimentos puede tener un efecto positivo sobre los hábitos alimentarios, un tercio de los padres dijeron que a sus hijos no les gusta los alimentos saludables y 25 % de los padre refieren que no importa que coman sus hijos desde que tengan un adecuado crecimiento (29).

Con base en los resultados del anterior estudio, se realizó un estudio de intervención a la comunidad, para incrementar los niveles de actividad física extracurricular. Para ello se tomaron dos comunidades comparables, donde una de ellas fue el grupo control y la otra el grupo de intervención, se midieron la Altura, peso, circunferencia de la cintura y la participación en la actividad física (por acelerometría) al inicio y 1 año después a 384 niños de 5 a 12 años. En el grupo de intervención a través de coordinadores que trabajaban dentro de las escuelas, se alentó a

Estilos de vida en estudiantes de 8 a 12 años de colegios urbanos oficiales residentes en el municipio de Chía Cundinamarca, 2010. Margarita Díaz Martínez

los niños a realizar actividad física durante el tiempo extracurricular en la escuela, después de la escuela y en vacaciones. A su vez se realizó consejería dietética. Como resultados se obtuvo que la acelerometría al año 28% (95% IC: 11 a 47%) más alta en comparación con los niños en el grupo de control después de ajustar por edad, sexo, valores de referencia y la escuela. los niños del grupo de intervención pasaron menos tiempo en la actividad sedentaria (razón de 0,91, p / 0,007) y más tiempo en actividad moderada (1,07, p / 0,001) y moderada / fuerte (1,10, p / 0,01). Ajustado IMC promedio de puntuación Z de la intervención fue menor en relación al control de los niños / 0,12 unidades (95% IC: / 0,22 a / 0,02). Por lo anterior se concluye que una intervención diseñada para maximizar las oportunidades de actividad física durante el tiempo extra-curricular en la escuela y durante el tiempo de ocio mejora significativamente la participación de los escolares en la actividad física disminuyendo de esta manera el lento aumento de peso (30).

Por otro lado se realizó un estudio en Chile, con el objetivo de evaluar la eficacia de un programa de prevención de la obesidad en las escuelas durante 2 años. El estudio fue realizado en 1759 niños de 3 escuelas y como grupo control se tomó 671 niños de otra escuela. Como resultados se encontró que la prevalencia de la obesidad e IMC disminuyó significativamente en el grupo de intervención, desde 17, 0% a 12, 3% y desde 14, 1% a 10, 3% en los niños y las niñas, respectivamente, y de 0, 62 a 0, 53 y 0, 64 a 0, 58, respectivamente. En el grupo control, la obesidad se mantuvo estable en alrededor del 21% y 15%. Con un mayor efecto en términos de cambios en el índice de masa corporal a menor edad, mientras que el impacto fue mínimo en los niños mayores de 12 años de edad. Como conclusión, se considera que estos programas son eficaces, especialmente en niños menores de 12 años (31).

Las características de la alimentación que se observan en la mayoría de los estudios sobre estilo de vida son dos: la calidad de la alimentación y la estructura o regularidad de las comidas. La calidad de la alimentación hace referencia a la frecuencia con la que se consumen determinados alimentos tanto beneficiosos como perjudiciales para la salud. La estructura de las comidas implica la frecuencia con la que se realizan las cinco comidas fundamentales (12).

Estilos de vida en estudiantes de 8 a 12 años de colegios urbanos oficiales residentes en el municipio de Chía Cundinamarca, 2010. Margarita Díaz Martínez

2.1.3 Higiene personal. Los hábitos de higiene juegan un papel fundamental en los estilos de vida saludable, ya que estos determinan en gran medida la imagen de las personas y dicha imagen puede ser agradable o desagradable. A lo anterior se suma que los hábitos de higiene pueden ser o factores protectores para la salud, o factores de riesgo, pues cuando no son adecuados se convierten en transmisores de enfermedades infectocontagiosas (32).

Por higiene se entiende el conjunto de prácticas y comportamientos que tienen como fin mantener unas condiciones de limpieza y aseo que contribuyan a la salud y bienestar de las personas. Las actividades que se relacionadas con la higiene incluyen entre otras: ducha diaria, cuidado con los oídos, con los dientes, con los alimentos y con la vivienda.

2.1.4 Uso del tiempo libre. El tiempo libre es un fenómeno social que surge de manera más clara en las sociedades industrializadas y su impacto es mayor en los últimos dos siglos, lo que permite advertir un retraso de la llegada al campo científico y académico (33). Es un tiempo sociocultural, un tiempo de prácticas sociales individuales y colectivas que resultan de la interacción social y que se conforma en el propio tejido social influenciado por la institucionalización de la cultura misma.

El tiempo libre a que el hombre tenga derecho no es solo cuestión cuantitativa o temporal, tiene más un sentido cualitativo puesto que en él se modifica el estilo de vida y las estructuras sociales en las que se insertan los seres humanos, así como los valores y principios que incorporamos a nuestra existencia.

Muchas de las personas que habitan grandes ciudades pasan la mayoría del tiempo libre cotidiano en casa o en las inmediaciones; en el espacio familiar antes espacio horizontal urbano y hoy definitivamente vertical, es cada día más común el uso de las nuevas máquinas como los aparatos reproductores de videos, de discos compactos y por supuesto la computadora personal (33).

Estilos de vida en estudiantes de 8 a 12 años de colegios urbanos oficiales residentes en el municipio de Chía Cundinamarca, 2010. Margarita Díaz Martínez

Es así como los estudios epidemiológicos proporcionan evidencia de que comportamiento sedentarios, como ver televisión, se relacionan positivamente con sobrepeso entre los niños y adultos (34). En un estudio realizado en Minnesota a través de una encuesta entre los padres y sus hijos, se observa que los niños que vieron por lo menos 1 hora de televisión por día y tenía 1 o 2 padres con sobrepeso estaban en un mayor riesgo (15% o el 32%) respectivamente, de padecer sobrepeso que los niños con padres con un peso normal (35). Además, por cada hora de televisión vigilada por día, la probabilidad de sobrepeso en el niño aumentó 2%; los padres con sobrepeso ven más televisión que los padres con peso normal (36).

En este sentido se realizó un estudio en Sídney Australia, con el objetivo de estudiar la relación entre el tiempo invertido en el uso de la pantalla (televisión / DVD / vídeo y uso de la computadora), como factor de riesgo para desarrollar enfermedad cardiovascular, diabetes mellitus tipo 2 y enfermedades del hígado graso en la adolescencia media. Se encontró como resultado que los estudiantes invierten 3,1 horas por día en el uso de pantalla entre semana y los días de fin de semana, 2,6 horas por día y 4,4 horas por día, respectivamente. Los varones fueron más propensos que las niñas ST (odds ratio [OR], 2,71; intervalo de confianza del 95% [IC]: 1.67-4.38). No hubo asociaciones significativas entre el uso de la pantalla y factores de riesgo metabólico entre las niñas. Después de ajustar por potenciales factores de confusión, los muchachos que superaron las directrices ST en días de semana eran más propensos a tener elevados (evaluación del modelo homeostático de resistencia a la insulina) HOMA-IR (OR ajustada: 2,42, IC 95%, 01.11 a 05.28) y los niveles de insulina (OR ajustada: 2,73, IC 95%, 1,43-5,23). Por lo anterior se concluye que los niños adolescentes con 2 o más horas por día de uso de pantalla de lunes a viernes tienen el doble de riesgo de presentar niveles anormales de la insulina y HOMA-IR en comparación con sus compañeros con tiempo gastado en la pantalla, menor de 2 horas por día de lunes a viernes (37).

2.1.5 Escuelas saludables. Una de las estrategias más reconocidas actualmente para lograr la protección infantil son las denominadas “**ESCUELAS SALUDABLES**” dado que, están orientadas a la promoción de la salud en el ámbito escolar, a través de la articulación de

Estilos de vida en estudiantes de 8 a 12 años de colegios urbanos oficiales residentes en el municipio de Chía Cundinamarca, 2010. Margarita Díaz Martínez intereses, voluntades y recursos multifactoriales procedentes de los sectores de salud, educación y ambiente. De esta forma contribuye al aumento de capacidades y oportunidades de las personas que conforman las comunidades educativas, a fin de “mejorar la salud, el aprendizaje, la calidad de vida y las oportunidades de desarrollo humano integral y sostenible”. La estrategia cuenta con el apoyo de organismos nacionales e internacionales, como: UNICEF, UNESCO, OPS/OMS y PNUD entre otros (38).

2.2 AUTOCONCEPTO

El término autoconcepto se refiere a la autodescripción, es decir, hace referencia a los atributos o características del *self* (mi) que son reconocidos conscientemente por el individuo (12). El término autoestima, es un componente evaluador, por tanto consiste en una serie de reflexiones sobre el *self*. La autoestima es el aspecto evaluativo de la conciencia reflexiva del *self* ya que hace un juicio basado en el autoconocimiento (12).

Teniendo en cuenta que la relación entre autoestima y conductas de salud aún no muestra una relación concluyente que permita comprobar las hipótesis planteadas; Campbell, Krueger y Vohs (2003); Dolcini y Adler (1994), citados por Pastor, Y. et al., apuntan a que quizás la autoestima no sea un predictor válido en el estudio de las conductas de salud, haciéndose necesario buscar mediciones más específicas como las del autoconcepto, en relación con la competencia cognitiva y la aceptación social(39).

Según Kain, entre el 10% y el 20% de los niños y adolescentes tienen problemas psicológicos y de comportamiento como personalidad depresiva, narcisista, timidez y ansiedad social y El 7% necesita de tratamiento psicológico (40). Así mismo existe pruebas sólidas para mostrar los beneficios del ejercicio en la salud física, pero las pruebas para mostrar los efectos del ejercicio sobre la salud mental son escasas. Ensayos realizados sobre el tema indican que el ejercicio puede tener efectos benéficos a corto plazo sobre la autoestima en niños y adolescentes, ayudando a prevenir el desarrollo de dichos problemas. Por lo anterior se considera de gran importancia realizar investigaciones de alta calidad en esta área (40).

Estilos de vida en estudiantes de 8 a 12 años de colegios urbanos oficiales residentes en el municipio de Chía Cundinamarca, 2010. Margarita Díaz Martínez

Para formar el autoconcepto, el individuo puede realizar descripciones con base en:

2.2.1 Comportamiento. El grado en el cual el niño admite o niega los comportamientos problemáticos, puede dar importantes señales sobre como el niño observa sus problemas, donde ocurren los problemas y si asume o no la responsabilidad de estos problemas o externaliza la culpa de ellos en los demás (41).

2.2.2 Estatus intelectual y escolar. Es la autoevaluación del niño en sus habilidades con respecto a las tareas académicas e intelectuales, incluyendo la satisfacción general con la escuela y expectativas futuras. A su vez indica dificultades específicas con las tareas escolares (41).

2.2.3 Apariencia física y atributos. Refleja las actitudes del niño con respecto a sus características físicas además de atributos tales como el liderazgo y la habilidad para expresar sus ideas (41).

2.2.4 La ansiedad. Es de gran importancia ya que las perturbaciones emocionales generales y el ánimo disfórico, así como emociones específicas incluyendo preocupación, angustia, timidez, tristeza, y un sentimiento general de estar fuera de las cosas, pueden indicar necesidad de una evaluación o remisión psicológica adicional (41).

2.2.5. Popularidad. Hace referencia a la evaluación del niño hacia la popularidad con los compañeros de clase, en los juegos y habilidades para hacer amigos, o todo lo contrario refleja timidez, falta de habilidades sociales y aislamiento social (41).

2.2.6 Felicidad y satisfacción. Muestra el sentimiento general del niño de estar satisfecho con la vida, o por el contrario la no satisfacción general asociada a sentimientos de autovaloración negativa (41).

2.2.7 Escala de autoconcepto infantil de Piers – Harris. Para medir el autoconcepto infantil, se utilizó la escala de Piers – Harris, validada por Clemencia Giraldo y colaboradores, en 1.986. El

Estilos de vida en estudiantes de 8 a 12 años de colegios urbanos oficiales residentes en el municipio de Chía Cundinamarca, 2010. Margarita Díaz Martínez cuestionario está compuesto por 80 ítems divididos en seis dominios entre ellos de comportamiento, estatus intelectual y escolar, apariencia física y atributos, ansiedad, popularidad, felicidad y satisfacción. La construcción y uso de éste cuestionario se basa en los supuestos de que los individuos mantienen una visión relativamente estable de sí mismos, la cual se desarrolla y estabiliza durante la infancia. La interpretación y calificación se realiza a través de una plantilla con el fin de contar las respuestas marcadas por el niño.

Para efectos del presente estudio se analizó el puntaje bruto global obtenido de cada estudiante, y luego se interpretaron los resultados obtenidos teniendo los siguientes criterios de puntuación: puntaje alto=67 a 80, puntaje moderadamente alto=54 a 66, puntaje medio=27 a 53, puntaje moderadamente bajo=13 a 26 y puntaje bajo=0 a 12 ítems. (Ver anexo6). (41).

La validación de esta escala fue realizada a través de un estudio psicométrico en la Universidad Católica de Colombia en la facultad de psicología por Olga Clemencia Giraldo y otros en el año 1986. (55). Dado que la población de Bogotá y la población urbana del municipio de Chía se consideran iguales se utilizó esa escala en el presente estudio para medir autoconcepto.

Estilos de vida en estudiantes de 8 a 12 años de colegios urbanos oficiales residentes en el municipio de Chía Cundinamarca, 2010. Margarita Díaz Martínez

3. ANTECEDENTES Y JUSTIFICACIÓN

3.1 CARACTERÍSTICAS DEL PROFESIONAL FORMADO EN LA UNIVERSIDAD DE LA SABANA

De acuerdo a lo contemplado en su Proyecto Educativo Institucional, La Universidad de La Sabana, es una comunidad de personas que se proyecta con vocación de servicio, en los distintos sectores de la sociedad. Dentro de sus propósitos se contemplan “el consolidar académicamente a la Universidad, para que se halle en capacidad de responder a las exigencias de apertura de la sociedad actual” y el “hacer aportes a la solución de los problemas teóricos, prácticos, técnicos y estéticos que van apareciendo en la vida de los hombres y de los pueblos”(42). De igual manera la especialización en Pediatría de esta universidad incluye dentro de su misión “formar médicos pediatras que basándose en principios bioéticos desarrollen la práctica humanística de la medicina infantil, la capacidad resolutoria de problemas para ofrecer alternativas viables a los dilemas que plantea la enfermedad pediátrica y aporten en el mejoramiento de la calidad de vida a nivel del entorno donde se encuentre ejerciendo, sea regional, nacional e internacional, con énfasis en la promoción de la salud y la prevención de enfermedad, sin desestimar la idoneidad para la atención de alta complejidad”(43).

Dentro de esta especialización se desarrolla la rotación de pediatría social, en la cual se entra en contacto con la población infantil, sus familias y cuidadores en escenarios diferentes a los hospitales, como establecimientos educativos y fundaciones. De la experiencia vivida en estas instituciones surge el interrogante de buscar conocer los estilos de vida en los estudiantes y de esta manera poder implementar estrategias de promoción de la salud las cuales podrían evitar la morbilidad y mortalidad por enfermedades crónicas no transmisibles observadas en la población adulta y adulta mayor.

Estilos de vida en estudiantes de 8 a 12 años de colegios urbanos oficiales residentes en el municipio de Chía Cundinamarca, 2010. Margarita Díaz Martínez

3.2 CARACTERÍSTICAS DE LA POBLACIÓN DE 8 A 12 AÑOS DE EDAD

La etapa ideal para desarrollar un estilo de vida saludable y una autoestima positiva adecuada es la escolar (8 a 11 años), dado que el desarrollo del pensamiento lógico – concreto permite que el niño evalúe sus habilidades y las compare con los otros y con las expectativas de los padres. En este sentido, las motivaciones sociales y la necesidad de pertenencia al grupo, propias de esta edad, hacen que el escolar sea muy sensible a la opinión que tienen los pares respecto de él (12). De este modo el grupo de coetáneos juega un papel importante en el desarrollo de la autoestima y la adquisición de estilos de vida (12). Según Moreno, en la primera infancia (3 a 4 años) “los niños no tienen la habilidad de integrar las auto descripciones ya que no han adquirido las destrezas necesarias para describir autoconceptos reales e ideales”; en la infancia media (5 a 7 años) “persisten algunas características de la etapa anterior y el niño no tiene la habilidad para desarrollar un concepto global de su valía como persona”; es solo entre los 8 y los 11 años que “tienen lugar importantes avances cognitivos que influyen sobre la naturaleza de las auto descripciones. (12) Se establece que “la nueva habilidad cognitiva para formar conceptos de orden superior les permite formular una representación de su autovalía global, coordinar autodescripciones que estuvieron previamente diferenciadas, reconocer que poseen simultáneamente atributos tanto positivos como negativos, realizar comparación social y ejecutar los procesos requeridos por el interaccionismo simbólico para la formación del autoconcepto”(12).

En este sentido la promoción de estilos de vida saludables y la prevención de riesgos en la etapa escolar pueden ser mucho más efectivos que centrarse en la educación durante la etapa de la adultez, y es posible que políticas locales orientadas al fortalecimiento de los estilos de vida saludables en poblaciones escolares tengan un gran impacto en las generaciones presentes y futuras.

Estilos de vida en estudiantes de 8 a 12 años de colegios urbanos oficiales residentes en el municipio de Chía Cundinamarca, 2010. Margarita Díaz Martínez

Durante el ciclo vital de las personas cada decisión tiene repercusiones no solo sobre el momento que se está viviendo, sino también sobre las etapas subsiguientes, es decir que aquellas formas de vivir, estilos de vida, decisiones relacionadas con la calidad de vida que toman los individuos, pueden tener efectos positivos o negativos en el corto, mediano y largo plazo, dentro del proceso natural de envejecimiento (44).

3.3 SITUACIÓN DE LA SALUD EN COLOMBIA

Colombia ha estado en los últimos años en un proceso de envejecimiento de su población, especialmente en los contextos urbanos, lo que se refleja en cambios de morbilidad y mortalidad relacionados con el modelo de desarrollo dependiente que tiene el país (45). Los indicadores básicos de salud para el país muestran como coexisten morbilidades y mortalidades relacionadas con los países subdesarrollados tales como enfermedades infecciosas y parasitarias, con las del desarrollo, es decir las crónicas, degenerativas (45). Las consecuencias se traducen de una parte en mortalidad a tempranas edades, así como, en mayor asistencia sanitaria y social de otra.

Se transforma entonces en una necesidad a las políticas sanitarias del país, el avanzar en el conocimiento de formas de prevenir desde etapas tempranas de la vida, aquellas enfermedades que en el corto plazo van a impactar en la salud y calidad de vida de la población, así como en el Sistema General de Seguridad Social en Salud, por el aumento en la demanda de servicios y los costos que esto representa (46).

La Política Pública Nacional de Discapacidad para Colombia plantea la importancia de realizar acciones de detección temprana de deficiencias o alteraciones en órganos y estructuras corporales y de homogenizar el tipo de acciones que deben realizar las instituciones educativas sobre este tema, dado que los niños y jóvenes pasan gran parte del día en las aulas de clase (47).

Con relación a la situación actual de salud de niños, niñas y adolescentes se evidencia para Colombia según la Encuesta Nacional de la Situación Nutricional en Colombia del año 2010,

Estilos de vida en estudiantes de 8 a 12 años de colegios urbanos oficiales residentes en el municipio de Chía Cundinamarca, 2010. Margarita Díaz Martínez ENSIN, cómo el retraso en talla y delgadez se presenta en el 10 % y 2,1 % respectivamente de los niños y jóvenes colombianos, datos que evidencian un mejoramiento con respecto a lo observado en ENSIN 2005: 13,9% para talla y 3% para delgadez. Con mayor prevalencia en el nivel 1 de SISBEN (13,4%), en niños con madres sin educación (24,1%) y en la población indígena de la muestra (29%). (48).

En cuanto a la prevalencia de sobrepeso u obesidad, la misma encuesta halló que ha aumentado un 25,9% en el último quinquenio. “Uno de cada 6 niños y adolescentes presenta sobrepeso y obesidad; esta relación aumenta a medida que se incrementa el nivel de SISBEN y el nivel educativo de la madre (9,4 % en madres sin educación vs 26,8% en madres con educación superior). El exceso de peso es mayor en el área urbana 19,2% que en el 13,4% rural”. (48).

Con relación a la práctica de actividad física, según la ENSIN 2010,” una de cada 3 personas cumple con las recomendaciones de actividad física (camina como medio de transporte). Una de cada 5 personas cumple con las recomendaciones de actividad física en su tiempo libre. Una de cada 18 personas cumple con las recomendaciones de actividad física (montar en bicicleta)”. (48). Con respecto a ENSIN 2005, se observa un aumento de 3,4 puntos porcentuales en la prevalencia de cumplir con las recomendaciones de actividad física para la población de 18 a 64 años. (48). Según la ENSIN 2005, de las personas de 13 a 17 años, el 26% cumplía con el mínimo de actividad física recomendada, con prevalencias menores en el grupo de edad de 13 a 14 años (22,6%), en mujeres (24,2%) y en personas con niveles 3 a 6 del SISBEN (Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales) (22,6%) . La misma encuesta halló que 1 de cada 4 adolescentes desarrollaba el mínimo de actividad física recomendada, es decir al menos 60 minutos diarios de actividad moderada o vigorosa por lo menos 5 días a la semana. (49).

En cuanto al uso del tiempo libre, según la ENSIN 2010 el 62 % de los niños entre 5 y 12 años ven televisión o juega videojuegos por 2 horas o más. La prevalencia aumentó 4,5% en la frecuencia de 2 a 4 horas, con respecto a ENSIN 2005 (ENSIN 2005 34,4% comparado con ENSIN 2010 38,8%). El 42,1% de los niños ve televisión o juega video juegos menos de 2

Estilos de vida en estudiantes de 8 a 12 años de colegios urbanos oficiales residentes en el municipio de Chía Cundinamarca, 2010. Margarita Díaz Martínez horas. Porcentaje que disminuyó con respecto a lo reportado en ENSIN 2005 43,7% y 19% cuatro horas o más ENSIN 2010, el cual disminuyó con respecto a ENSIN 2005 21,9% (48).

La Universidad de la Sabana, siempre se ha caracterizado por tener una proyección social, es por esto que el programa de especialización de pediatría, desde el área de pediatría social y teniendo en cuenta la estrategia de escuelas saludables, la cual está orientada a la promoción de la salud en el ámbito escolar, se interesa por trabajar con colegios que hagan parte del área de influencia. Para de esta manera servir de apoyo al plan Municipal para Chía en colegios urbanos oficiales, que les permita mejorar la salud, el aprendizaje, la calidad de vida y las oportunidades de desarrollo humano integral y sostenible.

3.4 APOORTE DE LA INVESTIGACIÓN AL MUNICIPIO DE CHÍA

El municipio de Chía está ubicado en el Departamento de Cundinamarca, sobre el altiplano Cundiboyacense. Tiene un total de 111.998 habitantes de los cuales el 17,8% (n=19.937) es población entre 5 y 14 años. Según información DANE para el año 2008 (50), las enfermedades crónicas no transmisibles en el municipio se encuentran dentro de las diez primeras causas de muerte, encontrándose que el 19% (n=70) de las muertes totales se produjeron por enfermedades isquémicas del corazón, el 8% (n=30) por enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores, el 7% (n=27) por enfermedades cerebrovasculares, el 6% (n=21) por otras enfermedades del sistema digestivo, el 4% (n=15) por enfermedades hipertensivas y el 4% (n=15) por diabetes mellitus, entre otras.

Con el presente trabajo se pretende responder a las recomendaciones científicas sobre la importancia de conocer cuáles son los estilos de vida en la población de 8 a 12 años (51), estableciendo una línea de base de la población escolar de Chía que podría permitir el diseño de estrategias para promover hábitos de vida saludables en la infancia y la adolescencia, así como orientar políticas tendientes a la disminución de enfermedades crónicas en la vida adulta y del adulto mayor, en una población que demográficamente viene aumentando su promedio de vida.

Estilos de vida en estudiantes de 8 a 12 años de colegios urbanos oficiales residentes en el municipio de Chía Cundinamarca, 2010. Margarita Díaz Martínez

Ante esta situación el presente estudio se considera un punto de partida que proporcionará información confiable, y podría ser de ayuda para el Plan de Gobierno Municipal (52) el cual establece dentro de sus objetivos los de “Mejorar las condiciones de vida de la población vulnerable”, “Promover una cultura ciudadana participativa” y “Generar políticas de espacio público”, en particular a la estrategia “Implementar la promoción, prevención y control en salud a través de determinantes en salud, en la formación de capacidades y en la potenciación de las personas, hogares y comunidades”.

El plan Municipal incluye dentro de sus metas:

- Continuar con los planes de Seguridad Alimentaria y nutricional y acciones de Vigilancia y control en el Municipio.
- Garantizar los Derechos y Deberes a la Infancia, adolescencia y familia en el municipio de Chía.
- Incrementar en un 20% la población entre 0 a 14 años en programas de formación deportiva.
- Descentralizar el programa de Deporte formativo en las Veredas.
- Incrementar en un 50% el número de capacitaciones dirigido a las personas vinculadas al desarrollo de programas del deporte formativo.
- Organizar y/o participar en 24 eventos que permitan cubrir las necesidades del deporte formativo.
- Implementar el programa “Deportista apoyado con Justicia Social”.
- Implementar el Plan Maestro de Espacio Público.
- Generar 12 parques públicos y gestionar los recursos para la terminación de los parques el Concejo, Calahorra y el Cedro en el Municipio de Chía.
- Desarrollar 4 programas (Bicicletas, Peatones, Motocicletas y vehículos) dirigidos a adecuar, mejorar, promover o intervenir prácticas, comportamientos, actitudes o normas que favorezcan la movilidad como una política de unidad, seguridad y justicia social.
- Reducir a un 50% los índices de violencia intrafamiliar en el Municipio.

Estilos de vida en estudiantes de 8 a 12 años de colegios urbanos oficiales residentes en el municipio de Chía Cundinamarca, 2010. Margarita Díaz Martínez

El aporte se da entonces en varios sentidos. De una parte sirve para establecer líneas de base en diferentes aspectos que serían objeto de medición de impacto, en otro, brinda elementos conceptuales que refuerzan el soporte para la toma de decisiones políticas, de otra parte, es útil para el desarrollo de estrategias de información, educación y comunicación dirigidas a los habitantes del municipio, y, definitivamente aporta en conocimiento para el mejoramiento de las condiciones de vida y salud de los habitantes de Chía.

Estilos de vida en estudiantes de 8 a 12 años de colegios urbanos oficiales residentes en el municipio de Chía Cundinamarca, 2010. Margarita Díaz Martínez

4. OBJETIVOS

4.1 OBJETIVO GENERAL

Determinar la frecuencia de los estilos de vida en estudiantes de 8 a 12 años residentes en el municipio de Chía Cundinamarca, matriculados en colegios oficiales para el año 2010.

4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Caracterizar la población de estudio por factores contextuales.
- Determinar la frecuencia de los estilos de vida relacionados con alimentación y nutrición, actividad física, uso del tiempo libre e higiene personal en la población objeto de estudio.
- Determinar los niveles de autoconcepto en la población de estudio.
- Identificar la relación entre los estilos de vida y autoconcepto.

Estilos de vida en estudiantes de 8 a 12 años de colegios urbanos oficiales residentes en el municipio de Chía Cundinamarca, 2010. Margarita Díaz Martínez

5. MARCO METODOLÓGICO

5.1 TIPO DE ESTUDIO Y POBLACIÓN

Se realizó un estudio descriptivo de corte transversal. La **Población de estudio** estuvo comprendida por niños y niñas de 8 a 12 años de edad, residentes en Chía Cundinamarca y matriculados para el año 2010 en las instituciones urbanas oficiales educativas.

Los criterios de inclusión fueron:

- Población con edades comprendidas entre 8 y 12 años que se encontraban escolarizados en los grados tercero, cuarto, quinto y sexto de los colegios urbanos oficiales.
- Estudiantes con el consentimiento y asentimiento informado diligenciado.
- Estudiantes pertenecientes a colegios urbanos oficiales que tuvieran solo primaria o secundaria y primaria.

Los criterios de exclusión fueron:

- Población con discapacidad que requiriera del apoyo de un cuidador (a) para el desarrollo de sus actividades de la vida diaria.
- Población con patologías que requiriera de cuidados especiales en la alimentación y el desarrollo de las actividades de la vida diaria.

5.1.1 Selección de instituciones educativas y población de estudio. Selección de instituciones educativas y población de estudio. De acuerdo con el listado suministrado por la alcaldía de Chía, el municipio cuenta con 102 instituciones educativas, 46 de las cuales son urbanas (37 privadas y 9 oficial urbano) y 56 son rurales (42 privadas y 14 oficiales); De las 9 instituciones

Estilos de vida en estudiantes de 8 a 12 años de colegios urbanos oficiales residentes en el municipio de Chía Cundinamarca, 2010. Margarita Díaz Martínez oficial urbano, 6 cumplieron con los criterios de inclusión, de las cuales dos instituciones educativas de carácter público, Laura Vicuña y Santa Lucía aceptaron participar en el estudio.

5.1.2 Tamaño de muestra y muestreo. Para el cálculo del tamaño de la muestra se utilizó el programa Epi – Info.

Los requerimientos de la información fueron:

- Tamaño poblacional: 1000.
- Prevalencia esperada de actividad física: 30%.
- Diferencia esperada del 5%.
- Nivel de confianza 95%.

Con estos datos, el tamaño calculado de la muestra fue de 244. Se realizó un muestreo por conveniencia. Se encuestaron a todos los niños que firmaron el asentimiento y cuyos padres firmaron el consentimiento informado.

5.2 VARIABLES CONSIDERADAS

- Estilos de vida: Para los efectos de la presente investigación, son una forma de vida y están basados en patrones de comportamiento identificables, determinados por la interacción entre las características personales individuales, las interacciones sociales y las condiciones de vida socioeconómicas y ambientales (O.M.S, 1998).
- Autoconcepto. Se producen cuando la persona hace autodescripción, es decir, cuando se refiere a los atributos o características de sí mismo reconocidos conscientemente por el individuo. (Harter, 1996).
- Operacionalización de variables: Ver anexo 1 y 2.

Estilos de vida en estudiantes de 8 a 12 años de colegios urbanos oficiales residentes en el municipio de Chía Cundinamarca, 2010. Margarita Díaz Martínez

5.3 PROCEDIMIENTOS

5.3.1 Recolección de la información.

a. Diseño del instrumento de recolección de hábitos de vida saludables

Para el diseño del instrumento de recolección de información se realizó la búsqueda sistemática de literatura incluyendo, a partir de la pregunta ¿Cuál es el estado de conocimiento que soporta la evaluación de estilos de vida en población infantil y adolescente?, empleando la base de datos Pubmed, además de Clinical Evidence (BMJ Publishing Group), ACP JournalClub (ACP editorial) y bases de datos comerciales como Proquest, Ovid, Mdconsult, Springer, Wiley y Ebsco, empleando las palabras claves Self concept, self-stigma, lifestyle, personal satisfaction, selfcare, selfconcept, health, physicalfitness y healthy. También se consultaron portales de sociedades científicas pertinentes; la búsqueda en América Latina se realizó en el portal de BIREME www.bireme.br, en sus servicios de biblioteca virtual en Salud- BVS, colección de revistas en texto completo- Scielo, recursos en Medicina Basada en Evidencias – Portal de Evidencias y Adole.

Los términos utilizados incluyeron: tabaquismo/prevención & control, responsabilidad social, conducta alimentaria/psicología, conducta del adolescente, nutrición del adolescente/educación, trastornos de la conducta alimentaria/prevención & control, trastornos de la conducta alimentaria/psicología, promoción de la salud, estudiantes, trastornos relacionados con sustancias/prevención & control, hábitos alimenticios, actitud frente a la salud, estado nutricional, ejercicio, límites: niños y adolescente.

5.3.2. Resultados. A partir de la revisión de la literatura se definieron las categorías a ser evaluadas: actividad física, alimentación, nutrición, higiene personal y uso del tiempo libre. La búsqueda permitió identificar tres instrumentos de recolección adecuados para la adaptación: la encuestas de Marín V. y otros (1996); Moreno, Y (2006); Giovanna Turconi, y otros (2008), con base en los cuales se adaptó el instrumento para este estudio HAVISA para la población Colombiana. (13, 53, 54).

Estilos de vida en estudiantes de 8 a 12 años de colegios urbanos oficiales residentes en el municipio de Chía Cundinamarca, 2010. Margarita Díaz Martínez

5.3.3. El instrumento de recolección de hábitos de vida saludables para la población diana.

El instrumento quedó conformado por 32 preguntas, divididas en 6 secciones. de las cuales 1 corresponde a la categoría de identificación institucional, 8 a identificación del estudiante, 9 a identificación familiar, 7 a actividad física y uso del tiempo libre, 2 a hábitos alimentarios saludables y no saludables, 5 a higiene personal. Además se diseñaron unas preguntas *dummy* para controlar la veracidad del diligenciamiento de la encuesta y controlar, por lo tanto, la calidad del proceso de creación de la base de datos y su posterior análisis (Anexo 3).

5.3.4. Validación del instrumento. **De acuerdo con las metodologías para la construcción de instrumentos de recolección de información de HTA (Health Technology Assessment)** se realizó la validez de apariencia del instrumento con expertos y participantes.

5.3.4.1. **Revisión con expertos.** Se seleccionó a expertos en los temas de infancia, adolescencia y estilos de vida, convocando a un grupo de ellos para revisar el instrumento a través de la metodología DELPHI, solicitándoles calificar de 1 a 9 la inclusión de cada pregunta considerando su relevancia, factibilidad y pertinencia para el estudio. Adicionalmente tuvieron la opción de presentar nuevas preguntas. (Anexo 4).

5.3.4.2 **Prueba piloto.** Posteriormente se adelantó una prueba piloto, donde se seleccionó para ello una institución educativa pública de Cundinamarca, el Colegio Pablo Sexto de Sopó, se aplicó el instrumento a una muestra de 10 estudiantes elegidos al azar entre 8 y 12 años de edad y con características similares a la población, a fin de constatar el grado de comprensión de las preguntas, el tiempo de diligenciamiento de la encuesta y la aceptación por parte de los alumnos, tras lo cual se elaboró el instrumento definitivo. (Anexo 5).

Aplicación del instrumento

El equipo investigador dio a conocer a las directivas de las Instituciones la investigación, con sus objetivos y alcances de la misma. Posterior a ello se indagó sobre el interés de participar en ella. Una vez las directivas de las Instituciones dieron su aprobación para participar en la investigación se convocó a los padres de familia, cuidadores y estudiantes a través del

Estilos de vida en estudiantes de 8 a 12 años de colegios urbanos oficiales residentes en el municipio de Chía Cundinamarca, 2010. Margarita Díaz Martínez consentimiento y asentimiento informado. Proceso que se realizó a lo largo de 1 mes con recordatorio semanal.

Consentimiento informado y asentimiento: se envió un consentimiento informado por escrito, el cual firmaron libremente los padres o representantes de los participantes y un asentimiento informado firmado por los niños/niñas participantes (anexo 5). La identidad de cada participante fue confidencial en el estudio, y no fue divulgada sin autorización del participante. Cada participante tuvo la opción de retirarse en forma libre y voluntaria del presente estudio y no recibieron ningún tipo de bonificación, compensación o beneficio económico.

5.3.5. Procesamiento y análisis de la información. Una vez diligenciadas las encuestas, se creó una base de datos en Excel de acuerdo al libro de variables incluidas en el instrumento y la escala de Piers- Harris, realizando un control de calidad diario, se importó la base de datos al programa STATA – 10, y se realizó estadística descriptiva calculando frecuencias absolutas y porcentajes, desarrollando tablas de acuerdo para la presentación de los resultados; las variables continuas como edad, fueron reportadas con medidas de tendencia central como promedios, mediana, moda y rango; las variables discretas fueron reportadas con frecuencia y porcentaje, de acuerdo a cada categoría. Se realizó un análisis bivariado para establecer la relación entre autoconcepto y las variables de estilos de vida establecidas. Las variables fueron comparadas con el test de chi²; la significancia estadística fue establecida con $p < 0.05$ y se construyeron tablas de resultados. Posteriormente se realizó el análisis e interpretación de los resultados.

Control de sesgos

Para el control de sesgos, los instrumentos fueron aplicados por profesionales previamente capacitados para asegurar que los resultados de la encuesta respondieran a las características de la población objeto de estudio. Se realizó control de calidad de la información recolectada y validación de la base de datos.

5.3.6. Consideraciones éticas. En cuanto al manejo ético de la investigación, por involucrar seres humanos, se desarrolló bajo los parámetros descritos en la Declaración de Helsinki de

Estilos de vida en estudiantes de 8 a 12 años de colegios urbanos oficiales residentes en el municipio de Chía Cundinamarca, 2010. Margarita Díaz Martínez 1975, enmendada en 1983 y 2008, y siguiendo las normas sobre Bioética en Investigación vigentes en el territorio colombiano y consignadas en la Resolución No. 008430 de 1993, expedida por el Ministerio de Salud y denominadas como el “Código de Bioética en la Investigación”. El riesgo para los participantes en la investigación es mínimo, debido a que no se realizó intervención alguna que ponga en peligro su integridad, su salud o su vida. Se garantizará la confidencialidad de cada uno de los participantes. A quienes se les explicó los beneficios, la metodología, los objetivos, y las posibles consecuencias de realizarlo.

6. HALLAZGOS PRINCIPALES

Los resultados encontrados, se presentaron de la siguiente manera: en primer lugar, los resultados descriptivos de las características demográficas de la población y los factores contextuales. En segundo lugar, los resultados descriptivos de los estilos de vida encontrados en cuanto a la actividad física y deporte, alimentación e higiene personal. En tercer lugar, los resultados descriptivos del nivel de autoconcepto. Y finalmente, el análisis de la relación de las variables entre el estilo de vida y el autoconcepto.

6.1 CARACTERISTICAS DE LA POBLACION POR FACTORES CONTEXTUALES.

Se encuestaron en total 243 niños, de los cuales 96 estudiantes pertenecen a la institución educativa Laura Vicuña y 147 a la Institución educativa Santa Lucía. De ellos el 46.5% fueron niñas (n=113) y 53.5% niños (n=130). Según la edad, el intervalo más frecuente fue el de 9 años con un 30.5% (n=74), seguido por el intervalo de 10 años con un 29.6% (n=72) y 11 años con un 20.2% (n=49), como lo muestra la tabla 2; la media de edad se encontró en 9,7 años, el 50% de los niños tiene una edad de 10 años y la edad que más se presentó fue de 9 años.

En cuanto a la distribución por cursos, el 42% (n=102) corresponde al grado tercero, el 39.5% (n=96) al grado quinto, y el 18,5% (n=45) al grado cuarto. Con respecto al nivel de estudio de los padres, se encontró que en los padres, el 40.9% (n=96) tenía estudios de secundaria, el 28.1% (n=66) primaria y el 13.2% (n=31) sin estudios. En el caso de las madres se encontró que el

Estilos de vida en estudiantes de 8 a 12 años de colegios urbanos oficiales residentes en el municipio de Chía Cundinamarca, 2010. Margarita Díaz Martínez
38.8% (n=94) tenía estudios de secundaria, 28,1% (n=68) primaria y 13.2% (n=32) sin estudios, como lo indica la tabla 2.

En aspectos de conformación familiar, se observó que en el 67.1% (n=163) de los niños y niñas, los padres vivían juntos. El 93.8% de los encuestados manifestaron tener hermanos, como lo muestra la tabla 2. Se observa que es mayor el porcentaje de niñas de 10 años con respecto a los niños de 10 años, en cuanto a la distribución por cursos es mayor el porcentaje de niñas en cuarto con respecto al porcentaje de niños en cuarto. Con respecto a los otros datos demográficos los datos son similares entre niñas y niños.

VARIABLE	NIÑOS	NIÑAS	TOTAL
	PORCENTAJE/N	PORCENTAJE/N	PORCENTAJE/N
EDAD			
8	58,3% n 21	41,6% n 15	14,8% n 36
9	50% n 37	50% n 37	30,5% n 74
10	36,1% n 26	64% n 46	29,6% n 72
11	53,1% n 26	46.9% n 23	20,2% n 49
12	75% n 9	25% n 3	4,9% n 12
CURSO			
Tercero	46,1% n 47	53,9% n 25	42% n 102
Cuarto	37,8% n 18	62.2% n 28	18,5% n 45
Quinto	51% n 49	49% n 47	39,5% n 96
NIVEL DE ESTUDIO DE LOS PADRES			
Sin estudios	48,7% n 18	51,4% n 19	13,2% n 31
Primaria	52,7% n 39	47,3% n 35	28,1% n 66
Secundaria	49,5% n 52	50,5 % n 53	40,9% n 96
Técnico	41,4% n 12	58,6% n 17	8,9% n 21
Universitario	41,4% n 12	58,6% n 17	8,9% n 21
NIVEL DE ESTUDIO DE LAS MADRES			
Sin estudios	50% n 16	50% n 16	13,2 % n 32
Primaria	44,1% n 30	55,9% n 38	28,1% n 68
Secundaria	50% n 47	50% n 47	38,8% n 94
Técnico	45% n 9	55% n 11	8,3% n 20
Universitario	39,3% n 11	60.7% n 17	11,6% n 28

Estilos de vida en estudiantes de 8 a 12 años de colegios urbanos oficiales residentes en el municipio de Chía Cundinamarca, 2010. Margarita Díaz Martínez

CONFORMACION FAMILIAR			
Padres viven juntos	46% n 75	54% n 88	67,1% n163
Tiene hermanos	46,5% n 106	53,5% n 122	93,8% n 228

Tabla 2. Frecuencia y porcentaje de las variables demográficas.

6.2 ESTILOS DE VIDA RELACIONADOS CON ALIMENTACION Y NUTRICION, ACTIVIDAD FISICA, USO DEL TIEMPO LIBRE E HIGIENE PERSONAL

Los estilos de vida saludables se definen como los procesos sociales, las tradiciones, los hábitos, conductas y comportamientos de los individuos y grupos de población que conllevan a la satisfacción de las necesidades humanas para alcanzar el bienestar y la vida. Por su parte los estilos de vida no saludables se relacionan con comportamientos inadecuados que tienen un efecto nocivo sobre la salud de las personas (3). A continuación se presentan los resultados:

6.2.1 Alimentación y nutrición.

La calidad de la alimentación hace referencia a la frecuencia con la que se consumen determinados alimentos tanto beneficiosos como perjudiciales para la salud. La estructura de las comidas se refiere a la frecuencia con la que se realizan las cinco comidas fundamentales. (15). De acuerdo con la Asociación Dietética Americana una dieta equilibrada para niños de 2 a 11 años, debe proveer al organismo de las cantidades adecuadas de todos los nutrientes esenciales (proteínas, hidratos de carbono, lípidos, vitaminas, minerales y agua) y, al mismo tiempo, debe minimizar el riesgo de las enfermedades ocasionadas por el consumo excesivo.(28).

Estilos de vida en estudiantes de 8 a 12 años de colegios urbanos oficiales residentes en el municipio de Chía Cundinamarca, 2010. Margarita Díaz Martínez

Numero de comidas consumidas por los estudiantes:

La primera pregunta relacionada con los hábitos fue sobre el número de comidas que cada estudiante hace al día. Se encontró que el promedio y 50% de los niños toman 4 comidas diarias, aunque el dato que más se presentó fue el de cinco comidas diarias.

En cuanto a porcentaje, se encontró que el 47.7% (n=116) consume 5 comidas diarias, el 28.8% (n=70) consume 4 comidas diarias, el 18.5% (n=45) consume tres comidas diarias, como lo muestra la tabla 3.

	Frecuencia	Porcentaje
1	3	1,2
2	9	3,7
3	45	18,5
4	70	28,8
5	116	47,7
Total	243	100,0

Tabla 3. Frecuencia y porcentaje de los estudiantes del número de comidas consumidas diariamente.

Frecuencia de comidas consumidas por los estudiantes:

En cuanto al porcentaje de comidas diarias, se encontró que el desayuno se consume en un 95.9% (n=233) todos los días, el refrigerio matutino el 72% (n=175), el almuerzo el 96,7% (n=235), el refrigerio vespertino el 61,7% (n=150) y la comida nocturna (cena) el 90,5% (n=220), como lo muestra la tabla 4.

Estilos de vida en estudiantes de 8 a 12 años de colegios urbanos oficiales residentes en el municipio de Chía Cundinamarca, 2010. Margarita Díaz Martínez

Frecuencia	Desayuno		Refrigerio matutino		Almuerzo		Refrigerio vespertino		Comida nocturna	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Todos los días	233	95,9	175	72	235	96,7	150	61,7	220	90,5
4-6 veces por semana	5	2,1	42	17,3	5	2,1	41	16,9	6	2,5
1-3 veces por semana	2	0,8	13	5,3	1	0,4	25	10,3	6	2,5
Nunca	3	1,2	13	5,3	2	0,8	27	11,1	11	4,5
Total	243	100	243	100	243	100	243	100	24	100

Tabla 4. Frecuencia y porcentaje de las cinco comidas

Consumo de alimentos saludables y no saludables:

Acerca del tipo de alimentos que consumen los niños, fueron clasificados de acuerdo a si son saludables y no saludables, teniendo en cuenta la posición de la Asociación Dietética Americana para niños de 2 a 11 años (26), como se observa en la tabla 5.

SALUDABLE	NO SALUDABLE
Café/agua de panela/chocolate	Gaseosas
Frutas	Dulces y golosinas
Verduras y Hortalizas	Papas fritas
Frutos secos	Hamburguesas o salchichas
Pan integral	Empaquetados
Jugo natural	Pan blanco
Legumbres	Jugo de cajita
Yogur	Embutidos
Queso	Aceite
Leche	Mantequilla
Carne	
Pollo	
Pescado	
Huevo	

Tabla 5. Clasificación de los alimentos consumidos. (26).

Estilos de vida en estudiantes de 8 a 12 años de colegios urbanos oficiales residentes en el municipio de Chía Cundinamarca, 2010. Margarita Díaz Martínez

En cuanto a los alimentos saludables, se encontró que las bebidas (58%), frutas (46,2%), verduras y hortalizas (41,8%), jugo natural (55,5%), legumbres (34%), yogur (43,7%), queso (41,2%), leche (60,9%), carne (39,1%) y huevo (58,4%) son consumidas con mayor frecuencia todos los días; los frutos secos y el pan integral nunca se consumen en un 47,5%, y un 29,4%; Así como 7,1 % y 3,4 % no realizan nunca consumo de jugo natural o leche respectivamente; el pollo y el pescado es consumido entre 1 y 3 días a la semana (37,1% y 43%). Como lo muestra la tabla 6.

ALIMENTOS SALUDABLES	Todos los días	4-6 días por semana	1-3 días por semana	Nunca	(N)
	% (N)	% (N)	% (N)	%	
BEBIDAS	58% (138)	21,4% (51)	16,8% (40)	3,8%	(9)
FRUTAS	46,2% (110)	29,4% (70)	22,3% (53)	2,1%	(5)
VERDURAS Y HORTALIZAS	41,8% (99)	24,1% (57)	19,8% (47)	14,3%	(34)
FRUTOS SECOS	17,8% (42)	16,1% (38)	18,6% (44)	47,5% (112)	
PAN INTEGRAL	29% (69)	23,9% (57)	17,6% (42)	29,4%	(70)
JUGO NATURAL	55,5% (132)	23,5% (56)	13,9% (33)	7,1%	(17)
LEGUMBRES	34% (81)	26,5% (63)	23,1% (55)	16,4%	(39)
YOGURT	43,7% (104)	28,2% (67)	23,9% (57)	4,2%	(10)
QUESO	41,2% (98)	27,3% (65)	26,5% (63)	5% (12)	
LECHE	60,9% (145)	23,5% (56)	12,2% (29)	3,4%	(8)
CARNE	39,1% (93)	31,5% (75)	28,6% (68)	0,8%	(2)
POLLO	27,8% (66)	31,2% (74)	37,1% (88)	3,8%	(9)
PESCADO	12,2% (29)	19% (45)	43% (102)	25,7% (61)	
HUEVO	58,4% (139)	20,2% (48)	17,6% (46)	3,8%	(9)

Tabla 6. Frecuencia y porcentaje del consumo de alimentos saludables.

Estilos de vida en estudiantes de 8 a 12 años de colegios urbanos oficiales residentes en el municipio de Chía Cundinamarca, 2010. Margarita Díaz Martínez

ALIMENTOS NO SALUDABLES

En cuanto a los alimentos no saludables se encontró la mayor frecuencia de consumo todos los días de productos empaquetados (31,9%), pan blanco (37,45%), aceite (38,2%) y mantequilla (34,9%). El consumo de alimentos no saludables entre 1 y 3 días por semana se encontró con mayor frecuencia en gaseosas (37,4%), dulces y golosinas (37%), papas fritas (29%), hamburguesas (48,3%), jugos de cajita (30,3%), embutidos (29,4%), como lo muestra la tabla 8.

ALIMENTOS NO SALUDABLES	Todos los días	4-6 días por semana	1-3 días por semana	Nunca
	% (N)	% (N)	% (N)	% (N)
GASEOSA	29% (69)	23,9% (57)	37,4% (89)	9,7% (23)
DULCES Y GOLOSINAS	32,8% (78)	20,6% (49)	37% (88)	9,7% (23)
PAPAS FRITAS	28,2% (67)	25,2% (60)	29% (69)	17,6% (42)
HAMBURGUESAS	15,5% (37)	26,5% (63)	48,3% (115)	9,7% (23)
PRODUCTOS EMPAQUETADOS	31,9% (76)	27,3% (65)	29,8% (71)	10,9% (26)
PAN BLANCO	37,45 (89)	21,4% (51)	13,9% (33)	27,3% (65)
JUGO DE CAJITA	28,2% (67)	23,9% (57)	30,3% (72)	17,6% (42)
EMBUTIDOS	14,3% (34)	26,9% (64)	29,4% (70)	29,4% (70)
ACEITE	38,2% (91)	19,3% (46)	19,7% (47)	22,7% (54)
MANTEQUILLA	34,9% (83)	21,8% (52)	26,5% (63)	16,8% (40)

Tabla 7. Frecuencia y porcentaje del consumo de alimentos no saludables.

6.3 ACTIVIDAD FISICA

De acuerdo con la US Department of Health and Human Service, 1996, actividad física hace referencia a cualquier movimiento de los músculos esqueléticos que aumente el gasto energético por encima del nivel basal. En cuanto al ejercicio físico este es una subcategoría de la actividad física que se define como una actividad física planeada, estructurada y repetitiva con el objetivo de mejorar uno o más componentes de la forma física. En cuanto al deporte es una actividad tanto física como intelectual de naturaleza competitiva y gobernada por reglas institucionalizadas (12). El colegio americano y la medicina del deporte recomiendan al menos 30 minutos por día de actividad física de moderada intensidad, en niños 1 o más horas de actividad física por día. 30

Estilos de vida en estudiantes de 8 a 12 años de colegios urbanos oficiales residentes en el municipio de Chía Cundinamarca, 2010. Margarita Díaz Martínez
 minutos para prevenir la enfermedad cardiovascular y 60 minutos para mantener peso, con una frecuencia mayor a 4 veces por semana (21). A continuación se muestran los resultados obtenidos:

Medio de transporte de los estudiantes de la casa al colegio

En cuanto al medio de transporte utilizado por los niños para llegar a el colegio se encontró que el 53.5% (n=130) lo hace en bus, el 25,1% (n=61) a pié, el 12.3% (n=30) en bicicleta, y en menores porcentajes, el 6,2% (n=15) en carro y el 2,9% (n=7) restante en otros medios no especificados, como lo indica la tabla 9. El tiempo utilizado en el desplazamiento al colegio es en su mayoría de 15 minutos o menos (58.8% n=143), como lo muestra la tabla 10.

	Frecuencia	Porcentaje
A pie	61	25,1
En bicicleta	30	12,3
En bus	130	53,5
En carro	15	6,2
Otro medios no especificados	7	2,9
Total	243	100,0

Tabla 8. Frecuencia y porcentaje de los medios de transporte para llegar al colegio.

	Frecuencia	Porcentaje
15 minutos o menos	143	58,8
15 - 30 minutos	72	29,6
30 - 60 minutos	23	9,5
Más de 1 hora	5	2,1
Total	243	100,0

Tabla 9. Frecuencia y porcentaje del tiempo de desplazamiento hasta el colegio.

Práctica deportiva

Al revisar los datos obtenidos en práctica deportiva, se describen los datos en cuanto a frecuencia de deporte (expresado como número de veces a la semana que se realiza la actividad) y duración del deporte, (expresado como tiempo de dedicación en cada sesión). En el primer caso, el mayor porcentaje se encontró en niños que realizan práctica deportiva de 2 a 3 veces por semana con un 39.5% (n=96), sin embargo, el porcentaje de niños que no realiza ninguna práctica deportiva es

Estilos de vida en estudiantes de 8 a 12 años de colegios urbanos oficiales residentes en el municipio de Chía Cundinamarca, 2010. Margarita Díaz Martínez del 35,4% (n=86). En menores porcentajes se encontró que realizan deporte de 4 a 5 veces por semana en el 13,2% (n=32) tabla 10.

	Frecuencia	Porcentaje
Nunca realiza práctica deportiva	86	35,4
2-3 veces por semana	96	39,5
4-5 veces por semana	32	13,2
6-7 veces por semana	29	11,9
Total	243	100,0

Tabla 10. Frecuencia y porcentaje de la cantidad de práctica deportiva

Ahora, en cuanto a la duración de la práctica deportiva, se encontró que de los niños que realizan algún tipo de práctica deportiva, el 44,6% (n=70), realiza más de una hora, 27,4% (n=43) realiza entre 30 a 60 minutos, el 21% (n=33) una hora, como lo muestra la tabla 11.

	Frecuencia	Porcentaje
Menor a 30 minutos	11	7,0
30-60 minutos	43	27,4
1 hora	33	21,0
Más de 1 hora	70	44,6
No deporte	86	35,3
Total	243	100,0

Tabla 11. Porcentaje y frecuencia de la duración de la práctica del deporte.

Estilos de vida en estudiantes de 8 a 12 años de colegios urbanos oficiales residentes en el municipio de Chía Cundinamarca, 2010. Margarita Díaz Martínez

6.4 USO DEL TIEMPO LIBRE

Las horas invertidas al uso de televisor, computador o videojuegos fue 59,7% (n=145) para una a dos horas, y en menores porcentajes de 24,3% (n=59) para más de 4 horas y de 16% (n=39) para dos a cuatro horas.

6.5 HIGIENE PERSONAL

Por higiene se entiende el conjunto de prácticas y comportamientos que tienen como fin mantener unas condiciones de limpieza y aseo que contribuyan a la salud y bienestar de las personas. Las actividades que se relacionadas con la higiene incluyen entre otras: ducha diaria, cuidado con los dientes, lavado de manos antes de comer y después de ir al baño entre otros. A continuación se muestran los resultados.

Salud oral

Se encontró que la frecuencia del lavado de dientes fue en su mayoría de más de una vez al día con un 84,8% (n=206), como lo indica la tabla 12.

	Frecuencia	Porcentaje
Más de una vez al día	206	84,8
1 vez al día	26	10,7
1 vez a la semana	9	3,7
Menos de 1 vez a la semana	2	,8
Total	243	100,0

Tabla 12. Porcentaje y frecuencia del lavado de dientes.

En cuanto al uso del enjuague bucal, se encontró que un 32,1% (n=78) nunca lo ha utilizado, comparado con un 55,1% (n=134) que lo usa diariamente y un 12,8% (n=31) que lo usa semanalmente, como lo indica la tabla 13.

	Frecuencia	Porcentaje
Diariamente	134	55,1
Semanalmente	31	12,8
Casi nunca o nunca	78	32,1
Total	243	100,0

Tabla 13. Porcentaje y frecuencia del uso de enjuague bucal.

Estilos de vida en estudiantes de 8 a 12 años de colegios urbanos oficiales residentes en el municipio de Chía Cundinamarca, 2010. Margarita Díaz Martínez

El uso de crema dental fue del 88,9% (n=216) diariamente, como lo muestra la tabla 14

	Frecuencia	Porcentaje
Diariamente	216	88,9
Semanalmente	21	8,6
Casi nunca o nunca	6	2,5
Total	243	100,0

Tabla 14. Porcentaje y frecuencia del uso de crema dental.

El uso de seda dental fue del 50,6% (n=123) diariamente, y un 32,1% (n=78) para casi nunca o nunca la utilizan, como lo muestra la tabla 15.

	Frecuencia	Porcentaje
Diariamente	123	50,6
Semanalmente	42	17,3
Casi nunca o nunca	78	32,1
Total	243	100,0

Tabla 15. Porcentaje y frecuencia del uso de la seda dental

Lavado de manos

Respecto al lavado de manos, se encontró que el lavado de manos después de ir al baño es realizado por casi todos los niños, con un porcentaje del 97,1 (n=236), como lo indica la tabla 17; el lavado de manos antes de comer es realizado en el 94,7% (n=230) de los niños, como lo muestra la tabla 16.

	Frecuencia	Porcentaje
No	7	2,9
Si	236	97,1
Total	243	100,0

Tabla 16. Porcentaje y frecuencia del lavado de manos realizado después de ir al baño

	Frecuencia	Porcentaje
No	13	5,3
Si	230	94,7
Total	243	100,0

Tabla 17. Porcentaje y frecuencia del lavado de manos antes de comer

Estilos de vida en estudiantes de 8 a 12 años de colegios urbanos oficiales residentes en el municipio de Chía Cundinamarca, 2010. Margarita Díaz Martínez

Baño corporal:

Sobre el baño corporal, se encontró que un 83,1% (n=202) realiza baño corporal diario, como lo muestra la tabla 18.

	Frecuencia	Porcentaje
Todos los días	202	83,1
4-5 veces por semana	26	10,7
2-3 veces por semana	11	4,5
menos de 2 veces por semana	4	1,6
Total	243	100,0

Tabla 18. Porcentaje y frecuencia del baño corporal

6.6. NIVELES DE AUTOCONCEPTO

El autoconcepto se refiere a la autodescripción, es decir, hace referencia a los atributos o características del *self* (mi) que son reconocidos conscientemente por el individuo (12).

Para el análisis del autoconcepto, se utilizó la escala de Piers y Harris, luego donde para su interpretación se tuvieron en cuenta los resultados obtenidos teniendo los siguientes criterios de puntuación: puntaje alto=67 a 80, puntaje moderadamente alto=54 a 66, puntaje medio=27 a 53, puntaje moderadamente bajo=13 a 26 y puntaje bajo=0 a 12 ítems (41).

6.6.1 Autoconcepto general. En lo que se refiere al autoconcepto, el promedio fue de 57,4 puntos y el 50% de los niños obtuvo un puntaje de 58, eso indica que el nivel de autoconcepto de los niños se encuentra en el intervalo de moderadamente alto (54-66 puntos), el rango del cuestionario fue entre 22 y 80 puntos. El total de la evaluación cualitativa se muestra en la tabla 19.

Nivel de autoconcepto	Frecuencia	Porcentaje
Alto	54	22,2
Moderadamente alto	106	43,6
Medio	81	33,3
Moderadamente bajo	2	,8
Total	243	100,0

Tabla 19. Total de la evaluación cualitativa del nivel de autoconcepto.

Estilos de vida en estudiantes de 8 a 12 años de colegios urbanos oficiales residentes en el municipio de Chía Cundinamarca, 2010. Margarita Díaz Martínez

6.6.2 Dominios del autoconcepto.

La escala cuenta con 6 dominios. Los cuales se clasifican en alto, medio o bajo de acuerdo a su puntuación ver tabla 20.

Dominios	Alto	Medio	Bajo
Comportamiento	11 a 16	6 a 10	0 a 5
Estatus intelectual	12 a 17	6 a 12	0 a 5
Apariencia física y atributos	9 a 13	4 a 8	0 a 3
Ansiedad	10 a 14	5 a 9	0 a 4
Popularidad	9 a 12	4 a 8	0 a 3
Felicidad y satisfacción	7 a 10	4 a 6	0 a 3

Tabla 20. Calificación por dominios de la escala de Autoconcepto de Piers y Harris.

6.6.2.1 Comportamiento: Se define como el grado en el cual el niño admite o niega los comportamientos problemáticos. El nivel alto de este dominio se encuentra entre 11 y 16 puntos, el promedio y la mediana se encuentran entre 12 y 13 puntos, lo que significa que están en el nivel alto de comportamiento. En cuanto a el porcentaje se encontró que el 79,4% (n=193) presentó un nivel alto de comportamiento y un 16,5% (n=40) un nivel medio de comportamiento. Como lo muestra la tabla 21.

6.6.2.2. Estatus intelectual. Se define como la autoevaluación del niño en sus habilidades con respecto a las tareas académicas e intelectuales El nivel alto de este dominio se encuentra entre 12 y 17 puntos, el promedio y la mediana se encuentran entre 12 y 13 puntos, lo que significa que están en el nivel alto de estatus intelectual. En cuanto a porcentaje se encontró que el 63% (n=153) presentó un nivel alto de estatus intelectual y un 34,2% (n=83) un nivel medio de estatus intelectual. Como lo muestra la tabla 21.

6.6.2.3 Apariencia física y atributos. Refleja las actitudes del niño con respecto a sus características físicas además de atributos tales como el liderazgo y la habilidad para expresar sus

Estilos de vida en estudiantes de 8 a 12 años de colegios urbanos oficiales residentes en el municipio de Chía Cundinamarca, 2010. Margarita Díaz Martínez ideas. El nivel alto de este dominio se encuentra entre 9 y 12 puntos, el promedio y la mediana se encuentran en un nivel de 9 puntos, lo que significa que está en el nivel alto de apariencia física y atributos. En cuanto a porcentaje se encontró que el 67,1% (n=163) presentó un nivel alto de apariencia física y atributos y un 31,3% (n=76) un nivel medio de apariencia física y atributos. Como lo muestra la tabla 21.

6.6.2.4. Ansiedad. Es de gran importancia ya que las perturbaciones emocionales generales y el ánimo disfórico, así como emociones específicas incluyendo preocupación, angustia, timidez, tristeza, y un sentimiento general de estar fuera de las cosas, pueden indicar necesidad de una evaluación o remisión psicológica adicional. El nivel medio de este dominio se encuentra entre 5 y 9 puntos, el promedio y la mediana se encuentran en 8 puntos, lo que significa que están en el nivel medio. En cuanto a porcentaje se encontró que el 63,4% (n=154) presentó un nivel medio de ansiedad y un 30,95% (n=75) un nivel alto de ansiedad, como lo muestra la tabla 60. Un 30,9% muestra señales de ansiedad como preocupación, miedo, llanto, problemas de sueño, entre otros, como lo muestra la tabla 21.

6.6.2.5. Popularidad. Hace referencia a la evaluación del niño hacia la popularidad con los compañeros de clase, en los juegos y habilidades para hacer amigos, o todo lo contrario refleja timidez, falta de habilidades sociales y aislamiento social (50). El nivel medio de esta dominio se encuentra entre 4y 8 puntos, el promedio y la mediana se encuentran en 8 puntos, lo que significa que están en el nivel medio. En cuanto a porcentaje se encontró que el 53,1% (n=129) presentó un nivel medio de popularidad y un 42,8% (n=104) un nivel alto de popularidad, como lo muestra la tabla 21.

6.6.2.6 Felicidad y satisfacción. Muestra el sentimiento general del niño de estar satisfecho con la vida, o por el contrario la no satisfacción general asociada a sentimientos de autovaloración negativa (50). El nivel alto de este dominio se encuentra entre 7 y 10 puntos, el promedio y la mediana se encuentran entre 8 puntos, lo que significa que están en el nivel alto. En cuanto a porcentaje se encontró que el 68,7% (n=167) presentó un nivel alto de felicidad y satisfacción y un 30,9% (n=75) un nivel medio de felicidad y satisfacción, como lo muestra la tabla 21.

Estilos de vida en estudiantes de 8 a 12 años de colegios urbanos oficiales residentes en el municipio de Chía Cundinamarca, 2010. Margarita Díaz Martínez

DOMINIOS	NIVELES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
COMPORTAMIENTO	ALTO	193	79,4%
	MEDIO	40	16,5%
	BAJO	10	4,1%
ESTATUS INTELECTUAL	ALTO	153	63%
	MEDIO	83	34,2%
	BAJO	7	2,9%
APARIENCIA FISICA Y ATRIBUTOS	ALTO	163	67,1%
	MEDIO	76	31,3%
	BAJO	4	1,6%
ANSIEDAD	ALTO	75	30,9%
	MEDIO	154	63,4%
	BAJO	14	5,8%
POPULARIDAD	ALTO	104	42,8%
	MEDIO	129	53,1%
	BAJO	10	4,1%
FELICIDAD Y SATISFACCION	ALTO	167	68,7%
	MEDIO	75	30,9%
	BAJO	1	0,4%

Tabla 21. Total de la evaluación cualitativa de los dominios de la escala de Pires y Harris.

6.6 RELACION ENTRE LOS ESTILOS DE VIDA Y EL AUTOCONCEPTO

Se analizó la relación entre el nivel de autoconcepto y diferentes variables de estilos de vida mediante la prueba X^2 dando como resultado una p menor de 0.005 en las siguientes:

Estilos de vida en estudiantes de 8 a 12 años de colegios urbanos oficiales residentes en el municipio de Chía Cundinamarca, 2010. Margarita Díaz Martínez

VARIABLE	P
Lavado de manos después de ir al baño	0,000
Lavado de manos antes de comer	0,005
Frecuencia de lavado de dientes	0,002
Consumir pescado	0,038
Consumir pan blanco	0,04
Consumir refrigerio vespertino todos los días	0,002
Consumir refrigerio matutino todos los días	0,008
Consumir comida nocturna todos los días	0,010
Frecuencia de práctica deportiva 1 hora	0,030
Nunca realizar práctica deportiva	0,010
Genero y nivel de ansiedad	0,0010
Frecuencia de actividad física y nivel de ansiedad	0,042

Tabla 22. Relación entre estilos de vida y el nivel de autoconcepto.

ANÁLISIS POR NIVEL DE ANSIEDAD

Se hizo un subanálisis del dominio de ansiedad. Con respecto a el género y el nivel de ansiedad. Se observa que el 32,1% (n=78) de los niños y el 31,28% (n=76) de las niñas, tienen un nivel de ansiedad medio, en menores porcentajes presentan un nivel de ansiedad alto y bajo. Así mismo se observa que el 20,58% (n= 50) de los niños presenta un nivel de ansiedad alto, el cual es el doble comparado con el resultado de las niñas, quienes presentan un nivel de ansiedad alto en el 10,29% (n=25). Así mismo se analizó la relación entre el nivel de ansiedad y algunas variables demográficas y de estilos de vida mediante la prueba X^2 donde se observó relación entre el nivel de ansiedad y género y nivel de ansiedad y frecuencia de práctica deportiva ($p < 0.005$). Como se observa en la tabla 23.

Estilos de vida en estudiantes de 8 a 12 años de colegios urbanos oficiales residentes en el municipio de Chía Cundinamarca, 2010. Margarita Díaz Martínez

VARIABLES	NIVEL DE ANSIEDAD						CHI2	P
	ALTO		MEDIO		BAJO			
	N.	%	N.	%	N.	%		
EDAD 8	8	3,29	26	10,70	2	0,82	4,95	0,763
EDAD 9	26	10,70	43	17,70	5	2,06		
EDAD 10	21	8,64	49	20,16	2	0,82		
EDAD 11	17	7,00	28	11,52	4	1,65		
EDAD 12	3	1,23	8	3,29	1	0,41		
GENERO								
MASCULINO	50	20,58	78	32,10	2	0,82	13,38	0,0010
FEMENINO	25	10,29	76	31,28	12	4,94		
ESCOLARIDAD DEL PADRE								
SIN ESTUDIO	8	3,29	22	9,05	1	0,41	4,717	0,788
PRIMARIA	16	6,58	45	18,52	5	2,06		
SECUNDARIA	34	13,99	57	23,46	5	2,06		
TECNICO	6	2,47	14	5,76	1	0,41		
UNIVERSITARIA	8	3,29	11	4,53	2	0,82		
ESCOLARIDAD DE LA MADRE								
SIN ESTUDIO	10	4,12	21	8,64	1	0,41	7,697	0,464
PRIMARIA	17	7,00	48	19,75	3	1,23		
SECUNDARIA	34	13,99	53	21,81	7	2,88		
TECNICO	3	1,23	15	6,17	2	0,82		
UNIVERSITARIA	11	4,53	16	6,58	1	0,41		
PADRES SEPARADOS								
SI	23	9,47	99	40,74	12	4,94	2,918	0,232
NO	52	21,40	55	22,63	2	0,82		
MEDIO DE TRANSPORTE AL COLEGIO								
A PIE	17	7,00	41	16,87	3	1,23	3,654	0,887
EN BICICLETA	12	4,94	17	7,00	1	0,41		
EN BUS	38	15,64	84	34,57	8	3,29		
EN CARRO	5	2,06	9	3,70	1	0,41		
OTROS	3	1,23	3	1,23	1	0,41		
FRECUENCIA DE PRACTICA DEPORTIVA								
Nunca	15	6,17	66	27,16	5	2,06	13,087	0,042
2 a 3 veces por semana	37	15,23	52	21,40	7	2,88		
4 a 5 veces por semana	11	4,53	20	8,23	1	0,41		
6 a 7 veces por semana	12	4,94	16	6,58	1	0,41		
DURACION DE PRACTICA DEPORTIVA								
Menos de 30 minutos	3	1,23	7	2,88	1	0,41	8,99	0,174

Estilos de vida en estudiantes de 8 a 12 años de colegios urbanos oficiales residentes en el municipio de Chía Cundinamarca, 2010. Margarita Díaz Martínez

30 min a 1 hora	15	6,17	27	11,11	1	0,41	
1 hora	13	5,35	15	6,17	5	2,06	
Más de 1 hora	29	11,93	39	16,05	2	0,82	

Tabla 23. Subanálisis del dominio de ansiedad.

6.8 DISCUSIÓN DE RESULTADOS

Los estilos de vida saludables se definen como los procesos sociales, las tradiciones, los hábitos, conductas y comportamientos de los individuos y grupos de población que conllevan a la satisfacción de las necesidades humanas para alcanzar el bienestar y la vida. Por su parte los estilos de vida no saludables se relacionan con comportamientos inadecuados que tienen un efecto nocivo sobre la salud de las personas (3). El estudio permitió observar los estilos de vida de los estudiantes con respecto a su alimentación, actividad física y uso del tiempo libre. Así como a su vez se determinaron los niveles de autoconcepto y la relación de este con los estilos de vida.

En lo referente a los datos sociodemográficos, la muestra estuvo conformada por 243 estudiantes, sin diferencias relevantes en la proporción de género; la muestra no se pudo tomar en forma aleatoria, ya que muchos de los padres no quisieron firmar el consentimiento informado. El nivel de estudio tanto de padres como madres es similar, con un poco más del 10% de ellos sin ningún tipo de estudio. Así mismo solo el 17,8% de los padres y el 19,9% de las madres, cuenta con estudios técnicos y universitarios.

Alimentación y nutrición

La calidad de la alimentación hace referencia a la frecuencia con la que se consumen determinados alimentos tanto beneficiosos como perjudiciales para la salud. La estructura de las comidas se refiere a la frecuencia con la que se realizan las cinco comidas fundamentales. (12). El estudio permitió observar que aproximadamente la mitad de los niños evaluados consume las 5 comidas fundamentales. Un porcentaje muy pequeño (1,2 %) de los estudiantes nunca desayuna. Estos datos concuerdan con lo encontrado en el estudio de Moreno et al (12), donde

Estilos de vida en estudiantes de 8 a 12 años de colegios urbanos oficiales residentes en el municipio de Chía Cundinamarca, 2010. Margarita Díaz Martínez mostró que el 1% de los estudiantes no desayuna. Este hallazgo, aunque sea un valor bajo, preocupa ya que la ausencia de desayuno puede afectar el rendimiento escolar de los estudiantes, los cuales se tienen que enfrentar diariamente a la jornada escolar.

Se realizó un análisis de la frecuencia de consumo de alimentos saludables y no saludables, observándose que es mayor el porcentaje de consumo de alimentos saludables (66,1%). En cuanto a la frecuencia de consumo de cada uno de estos alimentos, se observa que las frutas (46,2%), verduras y hortalizas (41,8%), jugo natural (55,5%), legumbres (34%), yogur (43,7%), queso (41,2%), leche (60,9%), carne (39,1%) y huevo (58,4%) son consumidas con mayor frecuencia todos los días, mientras que los frutos secos y el pan integral nunca se consumen en un 47,5%, y un 29,4% respectivamente. Nuevamente estos hallazgos concuerdan con lo encontrado por Moreno y colaboradores (12), quienes reportan que el alimento sano más consumido por los estudiantes a diario es la fruta y el menos consumido, el pan integral.

De los alimentos considerados no saludables, se encontró que los que se consumen con mayor frecuencia son los empaquetados, el pan blanco, el aceite y la mantequilla. Esto puede ser reflejo de los alimentos a los que los estudiantes tienen acceso en la cafetería del colegio, donde la mayoría de los productos que se les ofrece a los niños son empaquetados. Lo anterior difiere a lo encontrado por Moreno et al (12), el cual muestra que el alimento no saludable que se consume con mayor frecuencia son los dulces y las golosinas.

En general, los datos de este estudio parecen reflejar unos hábitos alimenticios sanos, aunque son insuficientes para definir la alimentación de estos estudiantes como saludable o no, ya que dicha condición de la alimentación vendría definida no solo por la frecuencia de los alimentos consumidos sino por la cantidad consumida de cada uno de ellos, aspecto no contemplado en el presente estudio.

De acuerdo con la Encuesta Nacional de la Situación Nutricional en Colombia ENSIN 2010 muestra que los problemas alimentarios y nutricionales en cuanto a desnutrición global y crónica son más graves en los niveles 1 y 2 del SISBEN, y mayores en zonas rurales que urbanas.(48);

Estilos de vida en estudiantes de 8 a 12 años de colegios urbanos oficiales residentes en el municipio de Chía Cundinamarca, 2010. Margarita Díaz Martínez

situación nutricional determinada por la pobreza y la inequidad social. La situación alimentaria de los niños coincide con los resultados dado que el presente estudio se realizó en estudiantes de la zona urbana.

Actividad física

En cuanto a actividad física el estudio permitió observar que el 25,1% y el 12,3% de los estudiantes para desplazarse de la casa al colegio y viceversa utilizan como medio de transporte irse a pie o en bicicleta respectivamente; en cuanto a la duración se observa que la mayoría de los estudiantes gasta entre 15 y 30 minutos (58,8% y 29,6% respectivamente), debido a que la mayoría de las viviendas se encuentran ubicadas muy cerca de los colegios. Este tipo de actividad física representa tan solo la mitad de la recomendación diaria para niños, la cual debe ser 1 hora o más. (21).

Por otra parte, al analizar la actividad deportiva, se observa que sólo el 25,1% de los estudiantes la realiza con la frecuencia recomendada de 4 a más veces por semana y el 35,4 % de los estudiantes, nunca realiza actividad deportiva. Este aspecto, sumado a los hallazgos de actividad física relatados previamente, sitúa a esta población escolar por debajo de la recomendación diaria de actividad física para su grupo etáreo.

Aun cuando el 75% de los niños no practica deporte de acuerdo a la recomendación de cuatro o más veces a la semana, aquellos que se encuentran dentro del grupo que si sigue la recomendación, lo hace mínimo durante una hora; esto muestra que aquellos que hacen deporte con mayor frecuencia lo hacen también con mayor intensidad que aquellos que lo hacen con menor frecuencia.

Estos hallazgos concuerdan con lo referido por la Organización Mundial de la Salud (1), pues, según este organismo, la actividad física de los jóvenes está disminuyendo en todo el mundo, y se calcula que más de dos terceras partes de los jóvenes no tienen una actividad física suficiente

Estilos de vida en estudiantes de 8 a 12 años de colegios urbanos oficiales residentes en el municipio de Chía Cundinamarca, 2010. Margarita Díaz Martínez para beneficiar su salud y bienestar actuales y futuros; este es un hallazgo preocupante para el futuro de los niños evaluados, dado que son conocidas las ventajas que genera la práctica del deporte tanto en el aspecto físico como emocional. A su vez estos hallazgos son similares a lo encontrado en la ENSIN 2010, donde se observó que sólo el 19,9 % de las personas cumple con el mínimo de actividad física recomendada (48).

Por lo anterior se recomienda incentivar en los estudiantes la práctica de deporte con mayor frecuencia. Para ello se sugiere aumentar las horas de práctica deportiva en el colegio y a su vez reforzar en niños y cuidadores la importancia de realizar deporte 4 o más veces por semana con mínimo 1 hora de duración en espacios extracurriculares, como se observa en el estudio de Perula y cols donde mostró que las variables más fuertemente asociadas para la realización del ejercicio fueron la práctica deportiva por parte de los padres y amigos ($p < 0.001$) (24). Para de esta manera obtener los beneficios con respecto a la prevención de enfermedades cardiovasculares y evitar el sobrepeso y la obesidad. (21).

Uso del tiempo libre

Los resultados del presente estudio muestran que el 59,7% de los niños ve entre una y dos horas de televisión, computador o videojuego al día, mientras que la ENSIN 2010 indica que la mayor proporción de niños entre 5 y 12 años dedica más de 2 horas al igual que la ENSIN 2005. Podría decirse que estos niños están menos expuestos que el promedio del país al sedentarismo y al riesgo de sobrepeso, teniendo en cuenta sin embargo que entre una hora y dos horas de televisión, computador o videojuego al día de por sí es factor de riesgo(48). El resultado de la ENSIN 2010 coincide con lo planteado por Ruano y Serra (28) quienes encontraron que ver televisión es la actividad a la que dedican más tiempo libre los escolares, en detrimento de las actividades deportivas, la lectura y el estudio.

Hábitos de higiene personal

Estilos de vida en estudiantes de 8 a 12 años de colegios urbanos oficiales residentes en el municipio de Chía Cundinamarca, 2010. Margarita Díaz Martínez

El estudio permitió determinar que la mayoría de los niños se lava los dientes más de 1 vez al día (84,8%). La crema de dientes es la más utilizada a diario (88,9%) y en menores proporciones se hace uso de la seda dental y el enjuague bucal.

Así mismo la mayoría de los niños se baña diariamente el cuerpo y se lava las manos antes de comer y después de ir al baño. Por lo anterior se recomienda plantear dinámicas de trabajo tendientes a fomentar y mantener unos correctos hábitos de higiene.

Autoconcepto

El estudio muestra que la mayoría de los niños tienen un autoconcepto moderadamente alto 43,6%, seguido de un autoconcepto medio y alto 33,3% y 22,2% respectivamente. Ninguno de los estudiantes obtuvo un autoconcepto bajo. Lo que coincide con lo observado por Moreno et al. (12).

Al analizar los resultados de la escala con respecto a cada uno de sus dominios, se observa que con respecto a los dominios de comportamiento, estatus intelectual y escolar, apariencia física y atributos, popularidad, felicidad y satisfacción, los resultados fueron similares, debido a que la mayoría de los estudiantes evaluados obtuvo un puntaje alto. Lo anterior es un resultado positivo ya que indica que en general los estudiantes evaluados admiten y evalúan en forma correcta sus comportamientos, se encuentran satisfechos con el colegio y con sus habilidades académicas, poseen liderazgo y facilidad para expresar sus ideas, tienen habilidades para hacer amigos y se encuentran satisfechos con la vida.

Un aspecto llamativo es el hecho de que el 63,4 % de los niños presenta un nivel de autoconcepto de ansiedad medio, considerando que se encuentran hasta ahora en los cursos tercero, cuarto y quinto de primaria y poseen estilos de vida saludable en cuanto a alimentación e higiene. Estos resultados muestran entonces que el origen de la ansiedad media encontrada debe buscarse en otros aspectos diferentes a la alimentación o a los hábitos de higiene observados.

Estilos de vida en estudiantes de 8 a 12 años de colegios urbanos oficiales residentes en el municipio de Chía Cundinamarca, 2010. Margarita Díaz Martínez

Otros factores podrían incidir en este aspecto, como el hecho de que 35,4% de los niños evaluados nunca realiza actividad deportiva, ya que se ha observado que la actividad física regular ayuda a mantener una óptima función metabólica, reduciendo los síntomas de depresión, estrés y ansiedad e incrementa la confianza en sí mismo, la autoestima, los niveles de energía, la calidad del sueño y la habilidad para concentrarse (19), así como también se sabe que el hábito de realizar actividad física desde edades tempranas proporciona un gran impacto en la mortalidad y la longevidad. Hay relación entre nivel de ansiedad medio y nunca hacer práctica deportiva ($p < 0,001$).

En este orden de ideas, la recomendación de Ruano y colaboradores (28), en cuanto a que una intervención diseñada para maximizar las oportunidades de actividad física durante el tiempo extra-curricular en la escuela y durante el tiempo de ocio mejora significativamente la participación de los escolares en la actividad física, sería benéfico en el fortalecimiento de la autoestima y mantenimiento de un adecuado peso.

Aunque no es significativo, es importante anotar que el 40.74% de los niños tienen padres separados y nivel de ansiedad medio. Hay además relación entre nivel de ansiedad y género: en el grupo de niños con nivel de ansiedad alto, hay un número dos veces mayor de género masculino frente al femenino.

Un estudio previo realizado también por el Área de Pediatría de la Universidad de La Sabana (56), mostró en esta misma población síntomas de ansiedad en un 37% de los niños, corroborando los hallazgos de una frecuencia elevada de autoconcepto de ansiedad medio en el presente estudio.

Relación entre autoconcepto y estilos de vida:

Estilos de vida en estudiantes de 8 a 12 años de colegios urbanos oficiales residentes en el municipio de Chía Cundinamarca, 2010. Margarita Díaz Martínez

El estudio permitió observar que existe relación entre el nivel de autoconcepto y los hábitos de higiene personal como lo son el lavado de manos antes y después de ir al baño y el lavado de dientes en los niños evaluados.

Se observa relación entre el nivel de autoconcepto y el hecho de comer pescado y pan blanco, siendo el pescado considerado alimento saludable y pan blanco como no saludable. El consumo de alimentos saludables en este caso expresado a través del consumo de pescado en la población puede ser reflejo de un conocimiento adecuado de hábitos saludables y preocupación por parte de los padres en la alimentación de los hijos. Es de anotar que el consumo de pan blanco en la población estudiada está más arraigado que el de pan integral.

Se observó relación entre el nivel de autoconcepto y el hecho de realizar o no actividad física (p de 0.030 y 0.010 respectivamente).

Los anteriores resultados concuerdan con lo observado por Krueger y Vohs (2003); Dolcini y Adler (1994), citados por Pastor, Y. et al. Quienes afirman que la relación entre autoestima y conductas de salud aún no muestra una relación concluyente que permita comprobar las hipótesis planteadas (39). Así mismo existe pruebas sólidas para mostrar los beneficios del ejercicio en la salud física, pero las pruebas para mostrar los efectos del ejercicio sobre la salud mental son escasas.

Estilos de vida en estudiantes de 8 a 12 años de colegios urbanos oficiales residentes en el municipio de Chía Cundinamarca, 2010. Margarita Díaz Martínez

7. CONCLUSIONES

Frente a los objetivos establecidos para el presente trabajo, se identifican las siguientes conclusiones:

- Cerca de la mitad de los niños ingiere las cinco comidas que se recomienda tomar al día, y otro porcentaje importante consume 4 de las 5 comidas recomendadas, y se consumen con mayor frecuencia alimentos considerados como saludables.
- La frecuencia y duración de actividad física de los niños evaluados se encuentra por debajo de lo recomendado; esto apoya la necesidad de aumentar la práctica de otras actividades a nivel escolar para completar la recomendación diaria.
- Aun cuando refieren algo de tiempo de uso de computadores, videojuegos y televisión en el tiempo libre puede decirse que estos niños están menos expuestos que el promedio del país al sedentarismo y al riesgo de sobrepeso.
- En general existen adecuados hábitos de higiene en los estudiantes evaluados.
- La mayoría de los niños evaluados tienen un autoconcepto moderadamente alto y medio, a excepción del dominio de ansiedad.

8. RECOMENDACIONES:

El presente estudio constituye un primer paso para el conocimiento de los estilos de vida en niños y niñas del municipio de Chía Cundinamarca, y es útil para el direccionamiento de las estrategias de promoción de la salud y prevención de la enfermedad a desarrollar. Brinda elementos conceptuales para reforzar el soporte para la toma de decisiones públicas, y será de

Estilos de vida en estudiantes de 8 a 12 años de colegios urbanos oficiales residentes en el municipio de Chía Cundinamarca, 2010. Margarita Díaz Martínez gran utilidad para el desarrollo de estrategias de información, educación y comunicación dirigidas a los habitantes de este municipio, así como para dar soporte al cumplimiento de las metas establecidas en el Plan de Gobierno Municipal, con respecto a continuar con los planes de Seguridad Alimentaria y nutricional e incrementar los programas de formación deportiva para la población escolar y desarrollar programas dirigidos a adecuar, mejorar, promover o intervenir prácticas, comportamientos, actitudes o normas que favorezcan la promoción, prevención y control en salud de esta población. (22).

Se recomienda ampliar la oferta de alimentos saludables en las tiendas escolares y cafeterías, dando a conocer a los niños cuales son los alimentos que deben consumir con mayor frecuencia y cuales deben evitar, para tener una mejor salud, y además incentivar en los estudiantes la práctica de deporte con mayor frecuencia. Para ello sería conveniente aumentar las horas de práctica deportiva en el colegio y a su vez reforzar en niños y cuidadores la importancia de realizar deporte 4 o más veces por semana con mínimo 1 hora de duración en espacios extracurriculares.

Se recomienda adelantar investigaciones complementarias que permitan identificar cuáles son las causas que producen ansiedad en la población estudiada así como que actividades pueden contribuir a disminuir los niveles de ansiedad de los estudiantes, con miras a mejorar su calidad de vida en general y su desempeño académico en particular.

Se recomienda realizar otro estudio que permita identificar cuáles son los motivadores que mayor incidencia tienen en que los estudiantes practiquen deporte con mayor frecuencia e intensidad.

Los resultados del presente trabajo se socializarán con los estudiantes de las Instituciones participantes, sus docentes y sus padres, entre otros colegios de la zona y la alcaldía de Chía a fin de fortalecer los programas de promoción de la salud para tratar de generar hábitos saludables en la población escolar.

Estilos de vida en estudiantes de 8 a 12 años de colegios urbanos oficiales residentes en el municipio de Chía Cundinamarca, 2010. Margarita Díaz Martínez

9. LIMITACIONES

Idealmente, la aplicación del instrumento debe realizarse con un muestreo aleatorizado. Sin embargo, dada las condiciones del estudio, el permiso de los padres y el cronograma fue necesaria la realización de un muestreo por conveniencia. Lo cual puede alterar los resultados dado que los niños cuyos padres aceptaron participar pueden tener diferentes hábitos y autoconcepto que los niños cuyos padres no aceptaron que sus hijos participaran en el estudio.

El estudio permitió mostrar la frecuencia de consumo de alimentos saludables y no saludables; sin embargo el ideal es realizar un recordatorio de 24 horas para poder determinar con exactitud la cantidad de consumo de carbohidratos, lípidos, proteínas vitaminas y minerales, que por las características del cuestionario, el cual fue auto diligenciado y la edad de los niños no se pudo realizar en forma adecuada.

10. AGRADECIMIENTOS

Deseo manifestar mi más sincero agradecimiento a todas aquellas personas que han contribuido a la elaboración de este trabajo.

En primer lugar, a mis padres y hermanas por su apoyo incondicional, por haber soportado pacientemente el largo proceso de elaboración de este trabajo, por interesarse y entusiasmarse con mis trabajos y proyectos casi tanto como yo misma. Por siempre estar dispuestos a ofrecerme un respiro que me dé fuerza para continuar. Por saberme transmitir todo su cariño, que me anima constantemente y por nunca dejar de creer en mí.

Estilos de vida en estudiantes de 8 a 12 años de colegios urbanos oficiales residentes en el municipio de Chía Cundinamarca, 2010. Margarita Díaz Martínez

En segundo lugar y muy especialmente, a mis directoras, la Dra. María Belén Tovar y QF Marcela Torres, por su guía y asesoramiento, por su constancia y comprensión en los momentos más difíciles y por tantas cosas que me han enseñado. Sin ellas, este trabajo no hubiera sido posible.

Por último, quisiera expresar mi gratitud a las directivas de los colegios Laura Vicuña y Santa Lucía por su apoyo y confianza.

Estilos de vida en estudiantes de 8 a 12 años de colegios urbanos oficiales residentes en el municipio de Chía Cundinamarca, 2010. Margarita Díaz Martínez

REFERENCIAS

1. Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la Salud en el Mundo,[online], Disponible en: http://www.who.int/whr/2002/en/whr02_es.pdf[2010, Octubre 4].
2. Infiesta J, Binella J, Garrucho G, Carles J. Estilos de vida y juventud, [online], Disponible en: <http://www.cinterfor.org.uy/public/spanish/region/ampro/cinterfor/temas/youth/doc/not/libro34/libro3> [2010, Octubre 4].
3. Maya, Luz. Los estilos de vida saludables: componente de la calidad de vida,[online], Disponible en:<http://www.funlibre.org/documentos/lemaya1.htm>[2010, Octubre 4].
4. Christine L, Williams Laura L, Hayman Stephen R, Daniels Thomas N, Robinson, Julia Steinberger, et al. Cardiovascular Health in Childhood: A Statement for Health Professionals from the Committee on Atherosclerosis, Hypertension, and Obesity in the Young (AHOY) of the Council on Cardiovascular Disease in the Young, American Heart Association. *Circulation* 2002 Jul 2; 106: 143-160.
5. Daviglius ML, Stamler J, Pirzada A, Yan LL, Garside DB, Liu K, et al .Favorable Cardiovascular Risk Profile in Young Women and Long-term Risk of Cardiovascular and All-Cause Mortality. *JAMA* 2004 Oct 6; 292(13):1588-1592.
6. Dennison Leann L, Birch Stephen R, Daniels Matthew W, Gilman Alice H, Lichtenstein Karyl, Thomas Rattay, et al. Dietary Recommendations for Children and Adolescents: A Guide for Practitioners: Consensus Statement From the American Heart Association .*Circulation* 2005 Sept 27 ; 112:2061-2075.
7. Mott M, Ulloa F. Self-esteem and mental health of adolescents. *Tidsskr Nor Laegeforen. Salud Mental* 1998 Sep 19; 3:30 – 35.
8. Organización mundial de la salud. Dieta, nutrición y prevención de enfermedades crónicas, [online], Disponible en:http://www.who.int/nutrition/publications/obesity/WHO_TRS_916_spa.pdf [2010, Octubre 4].

Estilos de vida en estudiantes de 8 a 12 años de colegios urbanos oficiales residentes en el municipio de Chía Cundinamarca, 2010. Margarita Díaz Martínez

9. Krauskopf, D. Juventud en riesgo y violencia, presentación elaborada para el programa sociedad sin violencia, Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD),[online],Disponible en:
http://www.pnud.org/sv/2007/component?option=com_docman/task_cat_view/gid,236/Itemid[2010, Octubre 4].
10. Pita Fernández, S., Vila Alonso, M.T. y Carpena Montero, J. Determinación de factores de riesgo, [online], Disponible en:
http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/rehabilitacilogo/determinacion_de_factores_de_riesgo.pdf [2010, Octubre 4].
11. Plan Nacional de Salud Pública 2007-2010.Ministerio de la Protección Social. Colombia. (Dec. 3039, de 2007).
12. Moreno, Y. Un estudio de la influencia del autoconcepto multidimensional sobre el estilo de vida saludable en la adolescencia temprana.[tesis doctoral]. Universidad de Valencia; 2004.
13. Dever, Alan. Epidemiología y administración de servicios de salud. 1 ed. Organización Panamericana de la Salud: Aspen Publishers ;1991.p. 30.
14. Cruz F. The development of life skills such as practices of protection in the health. Tidsskr Nor Laegeforen. Rev. Peru. Pediatr 2007 Jan 19; 60 (1): 36 – 38.
15. Organización Mundial de la Salud. (1998).Promoción de la Salud Glosario. Ginebra. [online], Disponible en:*http://www.bvs.org.ar/pdf/glosario_sp.pdf*[2010, Octubre 5]
16. Sherwood N and Jeffe R. "The Behavioral Determinants of Exercise: Implications for Physical Activity Interventions". Annu. Rev. Nutr 2000; 20: 21-44.
17. Eyster A, Brownson R., Donatelle RJ, King AC, Brown D and Sallis JF. "Physical activity social support and middle and older aged minority women: Results from a US survey". SocSci Med 1999; 49: 781-9.
18. Saelens BE, Sallis JF, Black JB and Chen D. "Neighborhood-Based Differences in Physical Activity: An Environment Scale Evaluation". Am J Public Health 2003; 93: 1552-1528.
19. Hills A. The Contribution of Physical Activity and Sedentary Behaviours to the Growth and Development of Children and Adolescents. Implications for Overweight and Obesity. Sports Med 2007; 37 (6): 533-545.
20. Janet E, Fulton Maureen T, McGuire Carl J, Caspersen and William H Dietz. Interventions for Weight Loss and Weight Gain Prevention Among Youth Current Issues.Sports Med 2001; 31 (3): 153-165.
21. Marcus BH, Williams DM, Dubbert PM, Sallis JF, King AC and Yancey AK. Physical Activity Intervention StudiesWhat We Know and What We Need to KnowA Scientific Statement From the American Heart Association Council on Nutrition, Physical Activity,

- Estilos de vida en estudiantes de 8 a 12 años de colegios urbanos oficiales residentes en el municipio de Chía Cundinamarca, 2010. Margarita Díaz Martínez
- and Metabolism (Subcommittee on Physical Activity); Council on Cardiovascular Disease in the Young; and the Interdisciplinary Working Group on Quality of Care and Outcomes Research. *Circulation* 2006; 114: 2739-2752.
22. Brian B, Melinda S and Sothorn. Diet, exercise, behavior: the promise and limits of lifestyle change. *Seminars in Pediatric Surgery* 2009; 18: 152-158.
 23. Perula L, Lluch C, Ruiz R, Espejo J, Tapia G and Mengual P. Prevalence of physical activity and its relationship to sociodemographic variables and certain lifestyles in cordoba school. *Tidsskr Nor Laegeforen. RevEsp Salud Publica* 1998; 72: 233 – 244.
 24. Verstraete JM, Greet MC, Dirk LR and Ilse MM. A comprehensive physical activity promotion programme at elementary school: the effects on physical activity, physical fitness and psychosocial correlates of physical activity. *Public Health Nutrition* 2006; 10(5): 477–484.
 25. Arguelles, Federico. Et al. Tratamiento en Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátrica. 2 edición 2008.pag 603 - 613.
 26. Position of the American Dietetic Association: Dietary Guidance for Healthy Children Ages 2 to 11 Years. *J Am Diet Assoc.* 2004; 104: 660-677.
 27. Costa D and Cristin M. Food habits of adolescent students in a city in the west of Paraná. *Tidsskr Nor Laegeforen. Rev. Nutr* 2007; 20(5):461-471.
 28. Ruano I and Serra ME. Habits of life in a school population of Marató (Barcelona) associated with the number of times a day that is watching tv and sugars consumption. *Tidsskr Nor Laegeforen. RevEsp Salud Pública* 1997 sep – oct; 71(5): 487 - 498.
 29. Taylor WR, McAuley KA, Simpson JC, Oakley M and Jim I, The APPLE project: An investigation of the barriers and promoters of healthy eating and physical activity in New Zealand children aged 5-12 years. *Health Education Journal* 2006; 65: 135 - 137.
 30. Taylor RW, McAuley KA, Williams SM, Barbezat W, Nielsen G and Mann JI . Reducing weight gain in children through enhancing physical activity and nutrition: the APPLE Project. *International Journal of Pediatric Obesity.* 2006; 1(3): 146 - 152.
 31. Kain J, Leyton B, Cerda R, Vio F and Uauy R. Two-year controlled effectiveness trial of a school-based intervention to prevent obesity in Chilean children. *PublicHealthNutrition* 2008 Oct 28; 12(9): 1451–1461.

Estilos de vida en estudiantes de 8 a 12 años de colegios urbanos oficiales residentes en el municipio de Chía Cundinamarca, 2010. Margarita Díaz Martínez

32. Alimentos e higiene, hábitos de higiene personal y del medio, [online], Disponible en: <http://www.cepis.org.pe/bvsdeescuelas/fulltext/entornosdocente/unidad6.pdf>.2010, Octubre 5]
33. Valdez D. TIEMPO LIBRE Y MODO DE VIDA: ALGUNAS PERSPECTIVAS PARA EL SIGO XXI. Fundación Colombiana de Tiempo Libre y Recreación, [online], Disponible en: <http://www.redcreacion.org/relareti/documentos/modovida.html>[2010, Julio 11]
34. Stephen JR, Daniels RH, Hayman LE, Robert H and McCrindle LB. Progress and Challenges in Metabolic Syndrome in Children and Adolescents: A Scientific Statement From the American Heart Association Atherosclerosis, Hypertension, and Obesity in the Young Committee of the Council on Cardiovascular Disease in the Young; Council on Cardiovascular Nursing; and Council on Nutrition, Physical Activity, and Metabolism. *Circulation*2009; 119: 628-647.
35. Turconi G, Guarcello M, Maccarini L, Cignoli F, RosellaBazzano E. Eating Habits and Behaviors, Physical Activity, Nutritional and Food Safety Knowledge and Beliefs in an Adolescent Italian Population. *Journal of the American College of Nutrition* 2008; 27(1), 31–43.
36. Steffen LM, Harnack LJ, Lin E, Luepker RV and Arnett DK. Parental body mass index and television watching is associated with offspring body mass index and television: the Minnesota Heart Survey. Presented at: North American Association for the Study of Obesity annual meeting 2003 October 14.
37. Louise L. Hardy, Elizabeth Denney-Wilson, Aaron P. Thrift, Anthony D. Okely and Louise A. Baur. Screen Time and Metabolic Risk Factors Among Adolescents. *ArchPediatrAdolesc Med*. 2010; 164(7):643-649.
38. Lineamientos Nacionales para la Aplicación y el Desarrollo de las Estrategias de Entornos Saludables Escuela Saludable y Vivienda Saludable. Bogotá D.C., diciembre de 2006.[online], Disponible en:<http://www.col.ops-oms.org/publicaciones/lineamientos.pdf> [2010, Octubre 5]
39. Pator Yolanda, Balaguer Isabel and García Marisa. Relations between self-concept and healthy lifestyle in middle adolescence. An exploratory model. *Tidsskr Nor Laegeforen. Psicothema* 2006;18:18 - 24.
40. E Ekeland, F Heian, K B Hagen. Can exercise improve self esteem in children and young people? A systematic review of randomised controlled trials. *Br J Sports Med* 2005; 39: 792–798.

Estilos de vida en estudiantes de 8 a 12 años de colegios urbanos oficiales residentes en el municipio de Chía Cundinamarca, 2010. Margarita Díaz Martínez

41. Vivas, Juan Pablo. Manual general de corrección e interpretación. Escala de Autoconcepto Infantil de Piers – Harris. 1997.
42. Universidad de la Sabana. Plan Estratégico Institucional 2006 – 2015,[online], Disponible en:http://www.unisabana.edu.co/la_sabana/planeacion/docs/plan_desarrollo_institucional.pdf
[2010, Octubre 5]
43. Universidad de La Sabana. Especialización en pediatría, [online], Disponible en:
<http://www.unisabana.edu.co/postgrado/especializaciones/medicina/pediatria/index.html>
[2010, Octubre 5]
44. Valverde O, Alfaro J, Rigioni M, Vega M. Precisiones teórico conceptuales para el fortalecimiento de conductas protectoras y la prevención de conductas de riesgo en la adolescencia, [online], Disponible en:
<http://www.binasss.sa.cr/adolescencia/todas/Precisiones%20teorico-conceptuales.pdf>
[2010, Octubre 5].
45. Ayala P.Cambios sociodemográficos en Colombia: periodo intercensal 1993 – 2005, Revista de información básica[online], 2 (2) Disponible en:
http://www.dane.gov.co/revista_ib/html_r4/articulo2_r4.htm
[2010, Octubre 5]
46. Ministerio de la Protección Social. Organización Panamericana de la Salud. Situación de salud en Colombia indicadores básicos 2008.[online], disponible en:
<http://mps.minproteccionsocial.gov.co/vbecontent/NewsDetail.asp?ID=15895&IDCompany=3>[2010, Octubre 5]
47. Consejo Nacional de Política Económica y Social. Documento Conpes Social 80 “Política Pública Nacional de Discapacidad”. Colombia 2004,[online], Disponible en:
http://www.discapacidad.gov.co/p_publica/conpes80.pdf[2010, Octubre 5]
48. Resumen ejecutivo ENSIN 2010.[online], disponible en:
<http://www.bogotamasactiva.gov.co/files/Resumen%20Ejecutivo%20ENSIN%202010.pdf>
[2011, Abril 20]
49. Encuesta Nacional de la Situación Nutricional en Colombia del 2005. Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, 2006, [online], Disponible en:
<http://www.cepis.org.pe/texcom/nutricion/mapas/mapas1.pdf>[2010, Octubre 5]

- Estilos de vida en estudiantes de 8 a 12 años de colegios urbanos oficiales residentes en el municipio de Chía Cundinamarca, 2010. Margarita Díaz Martínez
50. Departamento administrativo nacional de estadística (DANE) 2008. Estadísticas vitales, [online], Disponible en:
http://www.dane.gov.co/daneweb_V09/index.php?option=com_content&view=article&id=73&Itemid=119[2010, Octubre 5]
 51. Kain J, Leyton B, Cerda R, Vio F and Uauy R. Two-year controlled effectiveness trial of a school-based intervention to prevent obesity in Chilean children. *PublicHealthNutrition* 2008 Dec 23; 12(9): 1451–1461.
 52. Alcaldía de Chía. Plan de Desarrollo Municipal. 2008 – 2011.[online], Disponible en:
<http://www.bancoinmobiliariochia.gov.co/ACUERDO%2001%20DE%202008%20PLAN%20DE%20DESARROLLO%20CHIA.pdf>[2010, Octubre 5]
 53. Martín V, Molina M, Fernández J. Dietary habits and personal hygiene among adolescents in a rural population. *Tidsskr Nor Laegeforen. Rev Esp Salud Pública* 1996; 70: 331 – 343.
 54. Turconi G, Guarcello M, Maccarini L, Cignoli F, RosellaBazzano E. Eating Habits and Behaviors, Physical Activity, Nutritional and Food Safety Knowledge and Beliefs in an Adolescent Italian Population. *Journal of the American College of Nutrition* 2008; 27(1), 31–43.
 55. Giraldo O, Pineda N, Prada M, Girardot Y. Adaptación y validación de la escala de Autoconcepto Infantil de Piers – Harris. [Tesis de grado]. Bogotá D.C. Universidad Católica de Colombia; 1986.
 56. Ospina F, Hinestrosa M, Paredes MC, Granados C, Guzmán Y. Prevalencia de Síntomas Ansiosos y Depresivos en Adolescentes Escolarizados entre 10 Y 17 Años en la población de Chía Cundinamarca. En escritura.

Estilos de vida en estudiantes de 8 a 12 años de colegios urbanos oficiales residentes en el municipio de Chía Cundinamarca, 2010. Margarita Díaz Martínez