

Información Importante

La Universidad de La Sabana informa que el(los) autor(es) ha(n) autorizado a usuarios internos y externos de la institución a consultar el contenido de este documento a través del Catálogo en línea de la Biblioteca y el Repositorio Institucional en la página Web de la Biblioteca, así como en las redes de información del país y del exterior con las cuales tenga convenio la Universidad de La Sabana.

Se permite la consulta a los usuarios interesados en el contenido de este documento para todos los usos que tengan finalidad académica, nunca para usos comerciales, siempre y cuando mediante la correspondiente cita bibliográfica se le de crédito al documento y a su autor.

De conformidad con lo establecido en el artículo 30 de la Ley 23 de 1982 y el artículo 11 de la Decisión Andina 351 de 1993, La Universidad de La Sabana informa que los derechos sobre los documentos son propiedad de los autores y tienen sobre su obra, entre otros, los derechos morales a que hacen referencia los mencionados artículos.

BIBLIOTECA OCTAVIO ARIZMENDI POSADA
UNIVERSIDAD DE LA SABANA
Chía - Cundinamarca

Niveles De Autoestima Y Hábitos De Vida Saludables En Estudiantes De Sexto Y
Séptimo De Una Institución Pública Del Municipio De Chía
Díaz Gómez, Darwin Andrés^{*}, Díaz Martínez, Margarita[§] & Martínez, Esther Susana^{**}
Universidad de La Sabana.
Facultad de Psicología

* Estudiante de 10º Semestre Psicología.

§ Residente de Segundo año - Pediatría.

** Asesora del trabajo de grado.

Niveles De Autoestima Y Hábitos De Vida Saludables En Estudiantes De Sexto Y Séptimo De Una Institución Pública Del Municipio De Chía

Resumen

El proyecto de investigación identifica los niveles de autoestima y hábitos de vida saludables en un grupo de estudiantes entre 10 a 13 años de una institución educativa del municipio de Chía. Para identificar los niveles de autoestima y hábitos de vida saludables se utilizó un estudio descriptivo transversal con una muestra de 100 estudiantes. Respecto a los niveles de autoestima se aplicó el instrumento de autoconcepto, de Piers y Harris adaptado para Bogotá, Colombia (1998). Para los hábitos de vida saludable se aplicó una encuesta de Hábitos de vida saludables HAVISA adaptada por Díaz, M., & Díaz, D., (2009).

Los resultados de los hábitos de vida saludables evidencian dificultades nutricionales, problemas de higiene personal y pocas prácticas deportivas en el tiempo libre. Respecto a los niveles de autoestima los niños se encuentran ubicados en un nivel, el nivel medio-alto.

Palabras claves: Autoestima, Hábitos de vida saludables, institución educativa, educación población infantil.

Abstract

The research project set out to identify the levels of self-esteem and healthy lifestyles in children 10 to 13 years of an educational institution in Chía. To identify the levels of self-esteem and healthy lifestyles was a descriptive cross-sectional study with a sample of 100 students. Respect to levels of self-esteem is self-applied instrument of Piers and Harris (1996) adapted to Bogotá, Colombia (1998). For healthy lifestyle is a survey of healthy lifestyle habits Harris adapted by Diaz, M., & Diaz, D. (2009).

The results of the healthy lifestyles show nutritional problems, poor personal hygiene and a few sports in their free time. Respects to levels of self-esteem children are located in the middle.

Keywords: Self-esteem, healthy lifestyle, school, children, Education Institute, education to children.

En los últimos años ha existido una preocupación mundial por los problemas relacionados con la infancia y la adolescencia. Diversos estudios señalan los problemas que enfrenta dicha población, por lo que diferentes gobiernos han incluido en los planes de desarrollo proyectos encaminados a la solución de los problemas relacionados con la niñez y adolescencia. Dichas preocupaciones se reflejan en el Código de la Infancia y la Adolescencia 2006, cuando afirma que los organismos Gubernamentales deben “garantizar a los niños, a las niñas y a los adolescentes su pleno y armonioso desarrollo para que crezcan en el seno de la familia y de la comunidad, en un ambiente de felicidad, amor y comprensión”.

De esta manera, la escuela cumple una función irremplazable de fortalecer a partir de la interacción con los estudiantes escenarios donde se conozcan las realidades que los niños y los jóvenes enfrentan en procura de alcanzar la felicidad y el amor contemplados en el Código de la infancia y la adolescencia. Desde la perspectiva psicológica la felicidad y amor que un niño ó joven pueda tener de sí, están directamente relacionados con la Autoestima y desde una mirada de salud, los hábitos de vida saludables también ayudan a mantener, comprender y visualizar la vida desde una mirada holística de crecimiento y orden social.

Teniendo en cuenta la importancia de la autoestima en los niños y adolescentes y la consolidación de unos buenos hábitos de vida saludables; surge el compromiso reflexivo y actuante sobre dicha población. De acuerdo con Molina, R, y otros (2007) partir de los resultados epidemiológicas uno de cada tres adolescentes tiene algún tipo de problema de salud crónica, y se encuentran amenazados por el inicio de su sexualidad precoz [...], la situación de violencia y la mala nutrición los cuales influyen notoriamente en la salud de los mismos. Así, también, la autoestima se aprende, fluctúa y se puede mejorar (Riquelme, N, y otros (2005)).

Por lo anterior, la intención investigativa en determinar los niveles de autoestima y conocer los hábitos de vida saludables en población infantil-adolescente pretende dar a conocer y comprender parte del desarrollo y crecimiento de los estudiantes escolares en edades de 10 a 13 años del municipio de Chía – Colombia con el fin último de reflexionar y acompañar a los niños para la vida, el amor, la sana convivencia y el mantenimiento de una vida saludable.

Antecedentes investigativos

Los temas centrales de la intención investigativa en torno a los hábitos de vida saludables y autoestima son de gran relevancia en cuanto al análisis y focalización del trabajo interdisciplinar - médico pediatra, psicólogo y pedagogo en población escolar, pero especialmente en aquellas comunidades que presentan situaciones de vulnerabilidad. Así, con la intención de mejorar y apoyar a la comunidad, diversas investigaciones han presentado resultados de gran relevancia, impacto y desarrollo social. Una de ellas realizada en la ciudad de Cali – Colombia que llevó a cabo un estudio para aplicar un modelo teórico bajo el concepto del amor con el fin de contribuir al fortalecimiento de la Autoestima en adolescentes con el apoyo de la familia y el personal médico. Las características de la población fueron adolescentes gestantes pertenecientes a un estrato medio bajo entre edades de 14 a 19 años y que asistían a control prenatal. Dentro de los resultados encontrados se observa, que algunas adolescentes tuvieron que abandonar los estudios debido al embarazo. Con relación al grupo familiar se identificaron familias disfuncionales y de padres separados. Respecto a la autoestima el estudio muestra que las adolescentes que presentaron bajos niveles de Autoestima se relacionan con problemas familiares, experiencias negativas sufridas, bajo nivel académico, y el embarazo a temprana edad; mientras que las adolescentes que presentaron altos niveles de autoestima correlacionan significativamente con apoyo

familiar, actitudes positivas frente a la vida, y alto nivel de escolaridad. (Álvarez, G., Argote, L., Montes, M., Osorio, A., y Osorio, O., 2006).

Respecto a los hábitos de vida saludables Moreno, M., Molina, M. Fernández, J., Lucas, J. (1996), encontraron que en población rural muchos adolescentes llegan al colegio después de consumir un desayuno insuficiente o que ni siquiera desayunan para enfrentar largas jornadas de estudio. Igualmente, durante la adolescencia el patrón alimenticio representa un cambio significativo e importante para el desarrollo de los jóvenes, y en cuanto a la higiene personal, las mujeres mantienen niveles más altos de higiene que los hombres. En otro estudio donde se analizó la relación entre la Autoestima y el comportamiento de adolescentes, se muestra que la Autoestima es importante para mantener la salud y el control mental y fortalece las relaciones sociales que el adolescente entable. Rivas, R., Fernández, P. (1995).

Otro estudio de El-Anzi (2005) citado por Logi, Á., Sigfúsdóttir, I., Allegrante, J. (2008) encontró una correlación significativa entre el desempeño académico y un nivel óptimo de autoestima, mientras que los sentimientos negativos y de ansiedad correlacionaban con un nivel bajo de autoestima en adolescentes. Los autores del estudio concluyen que aunque la Autoestima es un tema de un gran impacto e influencia, aún existe poca atención para realizar investigaciones sobre este tema en adolescentes.

Finalmente, en un estudio realizado Riqueleme, N., y otros (2005) relacionado con la autoestima y el consumo de sustancias psicoactivas demostró que la autoestima relacionada con el desempeño académico fue alto, mientras que en la relación autoestima y autocrítica los estudiantes que referían consumo de sustancias psicoactivas en alguno de los miembros de la familia fue baja. En general, los resultados encontrados

demonstraron que los estudiantes tienen una autoestima alta, exceptuando la subescala emocional que presenta un nivel bajo de desempeño.

Conceptualización de la autoestima

Se considera que la autoestima en el desarrollo psicológico y social de los adolescentes es vital para el bienestar de las personas jóvenes y ayuda a tener una mejor relación entre estrés y ajuste psicológico. Una alta Autoestima trae muchos beneficios positivos e incrementa la capacidad para resolver problemas de relaciones interpersonales (Logi, Á., Sigfúsdóttir, I., Allegrante, J. (2008)).

Por tanto, la autoestima en un niño se define como “apreciar el propio valor e importancia, tener el carácter para responder por sí mismo y actuar en forma responsable con los demás”. Por supuesto, que un niño que se valore como persona y afronte sus responsabilidades con respeto hacia los demás también, será un niño que pueda desempeñarse mejor en las diferentes tareas que el contexto escolar, social y familiar le pueda generar. Por otra parte, la autoestima se relaciona también con la evaluación que el niño da de su propio concepto. Es decir, que la autoestima está muy relacionada con el Autoconcepto y la Autoaceptación. La autoestima también está relacionada con las cualidades, características y habilidades que el niño percibe como reales de sí mismo, además de las cosas que quisiera llegar a ser. Por consiguiente, la relación entre lo que se piensa de sí y lo que se quiere llegar a ser forman parte fundamental en el desarrollo y recuperación de la Autoestima y en muchos casos puede convertirse en un gran impedimento de desarrollo para el niño Maiz, B., & Guereca, A., (2003).

Otros autores como Santrock, J. (2004) relacionan el concepto autoestima y autoconcepto de tal manera que aunque guardan directa relación no son epistémicamente iguales en su definición. Para efectos de comprensión epistemológica,

el autoconcepto se refiere a las evaluaciones que la persona hace sobre áreas específicas de la vida entre las cuales están: la académica, deportiva, apariencia física, etc. En suma la autoestima para Santrock, J. (2004) se refiere a las evaluaciones globales y el autoconcepto a evaluaciones específicas. De acuerdo con Baumeister y cols, (2003) citado por Santrock (2004) la autoestima refleja percepciones que no siempre coincide con la realidad, por lo que ésta puede reflejar la creencia acerca de si es inteligente y atractivo.

Características de la Autoestima

La Autoestima puede generar en los niños formas positivas y negativas al momento de valorarse a sí mismos. Por ello, existen dos tipos de Autoestima posibles de presentarse en los niños dentro de un contexto escolar propiamente dicho, Autoestima Positiva o elevada, y Autoestima Negativa o baja.

De acuerdo a Maiz, B., & Guereca, A.,(2003) los niños que se sienten amados y aceptados como tal poseen una ventaja en la formación de una sana autoestima. Los niños con autoestima alta crean y manejan de manera adecuada diversas estrategias, que promueven el crecimiento, incluso ante la posibilidad de algún problema o inconveniente que se presente en el contexto escolar estos niños pueden fácilmente pedir ayuda al educador o a un amigo. De la misma manera, un niño con autoestima alta o positiva puede generar estrategias adecuadas de esfuerzo, pues está en capacidad de recurrir a los recursos que dispone y a las habilidades que conoce, lo cual le permite asumir la capacidad de Autocontrol. Por lo tanto, estos niños consideran los errores como factores positivos para cambiar y enfrentar dificultades. (Maiz, B., & Guereca, A.,(2003)).

Algunas de las características que el niño con Autoestima positiva o elevada están relacionadas con: la capacidad de creatividad, la facilidad para hacer amigos e

influir en los demás, el entusiasmo al enfrentar retos y actividades nuevas, la cooperación y el compromiso frente a las responsabilidades, el seguimiento de reglas justas, la capacidad para jugar solo o acompañado, el orgullo por alcanzar logros, la independencia que alcanza, la aceptación a la frustración, la variedad de sentimientos y emociones que puede presentar (Nuttall, (1991), Clemens, (1998) y Pierangelo y Jacoby (1998) citados por Maiz, B., & Guereca, A.,(2003)).

De acuerdo con Aguilar, G., (2002), los problemas en la autoestima pueden tener diferentes causas. Los niños que reciben frecuentes mensajes negativos por parte de sus padres, educadores, amigos están más predispuestos a tener una Autoestima negativa y baja de sí mismos. Con regularidad aparecen palabras que los niños reciben de sus padres de acuerdo a la relación y trato interpersonal con otro adulto. Cuando no valoran el esfuerzo, la habilidad y el contenido de un niño, esto hace que el niño no se quiera como persona y tampoco se acepte como es. Palabras como torpe, burro, bruto, animal, inútil, deterioran el Autoestima al niño y le impide incluso comportarse como niño, pues entra en la realidad de ser rechazado por los demás.

Un niño que no muestra interés en las actividades, ni responde a las tareas escolares, familiares y sociales, es un niño con problemas de Autoestima. Para Aguilar, G., (2002) manifestaciones negativas hacia el niño en palabras, pensamientos, y acciones por parte de la familia, los educadores, y compañeros afecta y empobrece la autoestima de un niño.

De acuerdo con Dicaprio citado por Maiz, B., & Guereca, A (2003), aunque el niño haya recibido un cuidado físico adecuado, no podrá desarrollarse de manera apropiada si no recibió un cuidado interno amoroso por parte de una persona cercana. La falta de amor y protección durante los primeros meses de vida podría impedir incluso

la necesidad de expresión de amor. Cabe destacar que ya desde la misma idea de la concepción es importante empezar a amar y desear al niño.

El niño con autoestima baja o negativa presenta comportamientos como: hace comentarios negativos o de desprecio sobre sí mismo, tiene poca tolerancia a la frustración, fácilmente se muestra a la defensiva, da más importancia a los comentarios de los demás que a los propios, evita nuevas situaciones, culpa a los demás de los fracasos y problemas, tiene pocos sentimientos de poder y de control, pierde fácilmente la perspectiva de las cosas y no afronta situaciones que le creen tensión, entre otros. (Pierangelo y Jacoby (1998) citados por Maiz, B., & Guereca, A., (2003)).

Por otra parte, para Nuttall (1991) y Braden (1998), citados por Maiz, B., & Guereca, A.,(2003) existen situaciones que pueden debilitar la autoestima en los niños, tales como: gritos, humillación, ridiculización frente a los demás, criticar al niño más de lo que se elogia, utilizar palabras como flojo, tonto, estúpido, entre otras, hacerle sentir que las ideas y acciones no valen para nada, educar al niño sin reglas, sin una estructura de apoyo, o bien pueden surgir reglas muy confusas o distorsionadas, y por último abusar del niño ya sea sexual, física o psicológicamente.

Para Aguilar, G., (2002), una autoestima baja o negativa puede relacionarse con problemas e impedimentos físicos reales, sobreprotección, incompatibilidad de valores y estilos de pensamientos inadecuados y falta de habilidad para resolver problemas.

Esta falta de habilidad en algunos niños se debe a que no pueden desempeñar bien en una o varias tareas y áreas específicas. Es el caso de las asignaturas en que los niños no pueden desempeñarse bien dentro del contexto escolar. Es preciso, entonces, resaltar que la importancia del apoyo y el acompañamiento por parte de los educadores es fundamental en el desarrollo del niño.

Los problemas e impedimentos físicos reales que pueda tener el niño pueden generar acciones que debiliten el potencial del niño. Cualquier impedimento en un espacio de burla frente a los demás, el uso de palabras desvirtuando un problema físico, un deterioro cognitivo, emocional y contextual puede generar en el niño sentimiento de vergüenza por ser quién es, desencadenando una falta de aceptación de sí mismo y una autoestima global baja Aguilar, G., (2002).

El medio ambiente también puede generar debilitamiento en la Autoestima del niño: pues lo que los niños esperan y exigen de sí mismos proviene de diversas fuentes y cambia de acuerdo a la edad. Las personas que influyen en los niños tienen están directamente relacionadas con la familia, la escuela, los amigos y demás personas que de forma indirecta interactúan con los niños. Es importante reconocer que aunque el ambiente mantenga una serie de elementos propios de los niños, se debe tener en cuenta las pautas, modales, valores y el contexto cultural al que el niño pertenece. Por esta razón, es relevante conocer la situación cultural del ambiente social al que pertenezca el niño. Para Aguilar, G., (2002) los niños y adolescentes con autoestima baja a menudo adoptan expectativas altas y a veces inalcanzables, lo que les obliga a hacer esfuerzos constantes para alcanzar metas muy altas y difíciles de lograr, por lo que experimentan más fracasos que éxitos.

Respecto a la sobreprotección, se presenta como un problema para los padres porque siempre afecta al niño. La sobreprotección, se refiere a un patrón de crianza en el que se cuida y se protege a un niño de tal manera que no se le da la oportunidad de enfrentarse a las tareas y situaciones normales para la edad y el género Aguilar, G., (2002).

En consecuencia, la sobreprotección genera baja Autoestima en el niño, ya que vive en un contexto donde las posibilidades de afrontar responsabilidades son escasas y

difusas. La sobreprotección impide que un niño adquiriera habilidades y destrezas que otros niños ya han adquirido.

En cuanto a la incompatibilidad de valores, es muy importante saber que el niño crece en un ambiente de normas y valores impartidos por la familia y a su vez por un grupo social. Algunos valores familiares y del niño pueden ser más o menos incompatibles con los del medio en el que el niño está rodeado, en este caso el ambiente escolar.

Los estilos de pensamiento inadecuado afectan al niño, no solo por los que hace, sino por lo que piensa que hace. Los niños con Autoestima baja llegan a distorsionar el medio a tal punto que creen no saber nada. Según Guido, A., (2002) los niños sacan conclusiones sin tener suficientes datos objetivos para comprobarlo, enfocan con exageración un detalle negativo, se basan en un solo incidente, sobreestiman los sucesos negativos, tienden a asumir una responsabilidad personal por eventos negativos, piensan con mucha rigidez y poca flexibilidad.

Áreas que influyen en la Autoestima

Para Aguilar, G., (2002) la autoestima se puede considerar desde varias áreas a saber tales como: social, académica, de imagen corporal, familiar y global.

El Área social se refiere al valor que un niño se da a sí mismo en relación con un grupo social representativo para él, entre ellos el grupo de amigos. Aquí lo ideal es que un niño sea aceptado por el grupo social, ya que de esta manera podrá desarrollarse y auto afianzarse en la Autoestima.

Así, la autoestima social supone los sentimientos que tiene un niño acerca de si mismo como amigo de otros. Si un niño se siente capaz de dar y recibir en una relación, en contexto donde pueda expresar sus puntos de vista la Autoestima social será adecuada.

Dentro del Área académica y según Aguilar, G., (2002) implica la evaluación que un niño hace de sí mismo como estudiante que pertenece a un grupo representado por la Escuela. Lo importante es que el niño puede recibir del medio las herramienta para desarrollar habilidades y destrezas que ayuden a mantener un equilibrio entre lo que dice, hace y piensa, a partir de la aceptación y apoyo también de los educadores y compañeros. Dentro del desarrollo natural y psicológico el niño debe vivir la niñez lo más intensamente que pueda contando con las oportunidades para jugar, cumplir y aprender de su entorno académico.

El Área familiar, como contexto de crecimiento, apoyo, y crianza, el niño aprende a crecer como persona, a conocerse, a entenderse, y a aceptarse como tal. Es en el seno familiar donde el niño aprende a sentirse querido, aceptado o rechazado, confiado o desconfiado, dependiente o independiente seguro o inseguro del mundo y de sí. Por tanto, los primeros años de vida son fundamentales para el desarrollo de su personalidad.

El Área de imagen corporal es fundamental, si se tiene en cuenta que algunos niños pueden tener problemas físicos reales. Sin embargo, depende en gran medida de las otras Áreas que influyen en la Autoestima para que el niño desarrolle habilidades y destrezas sociales y personales. Un niño con una autoestima de imagen corporal alta es aquel que se acepta y se siente a gusto con su propia imagen.

Finalmente, el Área de Autoestima global se refiere a la apreciación total que hace un niño de sí. En este sentido es de suma importancia identificar algunas de las áreas que pueden estar afectadas en niños escolares que presentan baja Autoestima sabiendo que el medio donde viven no les permite desarrollar habilidades ni destrezas.

Desarrollo Psicosocial de los niños en edades de 10 a 13 años

Para efectos del desarrollo evolutivo del niño y teniendo en cuenta la población elegida para la investigación se tiene en cuenta el marco teórico de la formulación de Erik Erikson, que hace una caracterización del ciclo vital del ser humano por etapas. Dentro de éstas cabe resaltar la etapa entre los 8 y 12 años. Para Aguilar, G., (2002), el logro importante de acuerdo a Erik Erikson consiste en el desarrollo de la laboriosidad de los niños, la cual está apoyada por la competencia – capacidad para -. Si el niño desarrolla de manera adecuada su sentido de laboriosidad empezará a practicar dos virtudes a saber: método para actuar y competencia optima de aptitudes. De acuerdo con Bordignon, N., (2006) en el estadio de industria vs inferioridad – competencia que abarca las edades de 5 a 13 años la niñez desarrolla el sentido de la industria, para el aprendizaje cognitivo, para la iniciación científica y tecnológica, para la profesión del futuro profesional, la productividad y la creatividad. Así mismo, agrega el autor que es función de los padres y de los profesores ayudar a que los niños desarrollen sus competencias con perfección y fidelidad, autonomía, libertad y creatividad. De ahí la importancia de realizar estudios que permitan observar los niveles de autoestima y los hábitos de vida saludables en los niños escolares.

Conceptualización de hábitos de vida saludables

Antes de conceptualizar los hábitos de vida saludables, para efectos de integración, es importante conocer la definición de salud entendida como el completo bienestar físico, mental y social y no sólo como ausencia de enfermedad, lo cual implica desarrollar nuevas estrategias que no sólo abarcan la intervención sobre problemas, sino también sobre su mantenimiento, promoción y prevención. (Organización Mundial de la Salud (1948)).

En este sentido, se concibe la salud como el equilibrio y la armonía de todas las posibilidades de la persona humana: biológicas, psicológicas y sociales. Dicho equilibrio exige la satisfacción de las necesidades fundamentales del hombre, que son cualitativamente las mismas para todos los seres humanos (necesidades afectivas, nutricionales, sanitarias, educativas y sociales), y una adaptación permanente del hombre a un ambiente de cambio permanente. Esta perspectiva resalta tres elementos que llevan a una mayor aproximación del concepto actual de salud: la mención a las posibilidades de la persona, a la satisfacción de sus necesidades y al imperativo de una permanente adecuación a las transformaciones del ambiente. (ONUDD, UNFPA y .M.E p. 1 (2004)).

Desde la perspectiva educativa, la salud es el proceso educativo, que implica la existencia de dos tipos de actividades: enseñanza y aprendizaje. Las actividades de enseñanza están encaminadas a contribuir al desarrollo de las facultades individuales de las personas, a fin de conseguir que mediante procesos de capacitación se logren competencias que les permita elevar su calidad de vida. Se espera que el aprendizaje se lleve a cabo a través de procesos significativos contruidos a partir de las experiencias e interacciones de las personas, de tal forma que genere cambios duraderos y se expresen en la forma de actuar, pensar y sentir.

Para poder abordar y comprender mejor el significado que envuelve a los Estilos de Vida Saludables es necesario reconocer, tanto la importancia del concepto de calidad de vida como el papel que desempeña en el desarrollo humano orientado hacia qué hacer, individual y colectivamente, para la satisfacción de las necesidades humanas.

El desarrollo humano desde la perspectiva de las Naciones Unidas “es *un proceso en el cual se amplían las oportunidades del ser humano*” siendo las esenciales,

“disfrutar una vida prolongada y saludable, adquirir conocimiento y tener acceso a los recursos necesarios para lograr un nivel de vida decente.” De esta manera el desarrollo humano abarca dos aspectos: la formación de capacidades humanas tales como un mejor estado de salud, conocimientos y destrezas y el uso que las personas hacen de las capacidades *adquiridas para el descanso, la producción o las actividades culturales, sociales y políticas.*(ONUDD, UNFPA y .M.E p. 1 (2004)).

Desde una perspectiva integral, es necesario considerar los estilos de vida como parte de una dimensión colectiva y social, que comprende tres aspectos interrelacionados: el material, el social y el ideológico. En lo material, el estilo de vida se caracteriza por manifestaciones de la cultura material: vivienda, alimentación, vestido. En lo social, según las formas y estructuras organizativas: tipo de familia, grupos de parentesco, redes sociales de apoyo y sistemas de soporte como las instituciones y asociaciones. En el plano ideológico, los estilos de vida se expresan a través de las ideas, valores y creencias que determinan las respuestas o comportamientos a los distintos sucesos de la vida.

De acuerdo con el Glosario de Promoción de Estilos de Vida Saludables elaborado por Don Nutbeam por encargo de la Organización Mundial de la Salud, el término Estilo de Vida Saludable se utiliza para designar la manera general de vivir basada en la interacción entre las condiciones de vida en su sentido más amplio y las pautas individuales de conducta, determinadas por factores socioculturales y características personales.

Los estilos de vida son determinantes en la presencia de factores de riesgo y/o de factores protectores para el bienestar, por lo cual deben ser concebidos como un proceso dinámico que no sólo se compone de acciones o comportamientos individuales, sino también de acciones de naturaleza social.

Por consiguiente, el estilo de vida de una persona está compuesto por sus reacciones habituales y por las pautas de conducta que ha desarrollado durante sus procesos de socialización. Estas pautas se aprenden en la relación con los padres, compañeros, amigos y hermanos, o por la influencia de la escuela, los medios de comunicación, etc.

Los comportamientos que más influyen en el estado de salud, tanto física como mental están relacionados con las pautas sobre alimentación, el hábito de fumar, las actividades de trabajo, la higiene personal, la actividad sexual y el abuso de sustancias psicoactivas Maya L (2004)).

Método

Se realizó un estudio descriptivo transversal con una muestra de 100 estudiantes escogidos aleatoriamente, de los grados sexto y séptimo de una Institución de carácter oficial del municipio de Chía en Colombia. La población universo de la institución está conformada por 593 estudiantes en la jornada seleccionada para la aplicación de los instrumentos.

Previa aplicación de los instrumentos a la muestra seleccionada, se les solicitó el consentimiento informado a sus padres.

Instrumentos

Se aplicaron dos instrumentos para identificar los niveles de Autoestima y conocer los hábitos de vida saludables de los estudiantes objeto del estudio. Se aplicó el Cuestionario de autoconcepto, de Piers y Harris (1.996) adaptado para Bogotá, Colombia (1998), y una encuesta construida por el equipo investigador a partir de los modelos de Marín V. y otros (1996); y Rodríguez, A., y otros (2006) para obtener información respecto a tres categorías fundamentales: Higiene personal, alimentación y uso del tiempo libre.

Para identificar los niveles de autoestima se utilizó el Cuestionario de autoconcepto, de Piers y Harris, adaptado y estandarizado para Colombia, por la Universidad Católica de Bogotá en el año 1.998. El cuestionario está compuesto por 80 ítems divididos en seis subescalas entre ellas de comportamientos, 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 mismo, 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 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.

Para identificar los estilos de vida saludables se aplicó el cuestionario HAVISA adaptado por Díaz, M., & Díaz, D., (2009) a población Colombiana con base en las encuestas de Marín V. y otros (1996); y Rodríguez, A., y otros (2006). Dicha adaptación contó con la revisión y aporte de dos jueces expertos. El cuestionario está compuesto por 22 ítems tipo Escala Likert organizados en aspectos tales como: higiene personal, prácticas deportivas, alimentación, transporte y desplazamiento al Colegio. La construcción del cuestionario se basa en conocer la frecuencia con la que los niños realizan dichas actividades. La interpretación y calificación se realizará de acuerdo a la escala de frecuencia que indica el cuestionario: siempre, casi siempre, casi nunca y nunca obteniendo una tendencia favorable entre siempre y casi siempre, y desfavorable entre casi nunca y nunca.

Procedimiento

Los instrumentos utilizados fueron autoaplicados por los estudiantes en las aulas de clase, bajo las condiciones necesarias de presentación y aplicación por parte de los estudiantes.

Resultados

Los resultados obtenidos en el estudio llevado a cabo con estudiantes de una institución educativa del municipio de Chía, fueron analizados en primer lugar con el programa SPSS correspondientes a los resultados del cuestionario de hábitos de vida saludables, para lo cual se tuvo en cuenta: *datos personales* como género, edad, higiene personal, prácticas deportiva, alimentación, medio de transporte, tiempos de desplazamiento al colegio. Por último se analizan los resultados obtenidos del cuestionario de autoestima calificado por plantilla predeterminada.

Resultados al cuestionario de Hábitos de vida saludables

Los resultados En la tabla 1, se pueden observar las frecuencias y el porcentaje de la muestra poblacional discriminado por género. El 54% de los participantes fueron niños, mientras que el 46% fueron niñas. Cabe resaltar que la población objeto de estudio oscila en edades de 10 a 13 años, edad que de acuerdo al desarrollo de niño es importante para posibilitar y generar formas de competencias –para-.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Femenino	46	46.0	46.0	46.0
	Masculino	54	54.0	54.0	100.0
	Total	100	100.0	100.0	

En cuanto a la Higiene personal, la *Tabla 2* muestra que un 98% de la población objeto de estudio refiere que se bañan siempre, mientras que el 2% manifestaron que se bañan el cuerpo algunas veces en la semana. Por otra parte, los resultados en cuanto al cambio de medias (*Ver Tabla 3*) que hacen los niños se observa que 13% manifiesta el cambio de medias algunas veces, y otros casi nunca, contrario al 87% que dice cambiarse todos los días de medias. Al respecto es importante comprender que a pesar de que en su gran mayoría los niños se bañan todos los días, no es lo mismo frente al cambio de ropa, en este caso las medias.

Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje
------------	------------	-------------------	------------

		acumulado			
Válidos	Algunas veces	2	2.0	2.0	2.0
	Siempre	98	98.0	98.0	100.0
	Total	100	100.0	100.0	

Tabla 3. Cambio _ medias

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Algunas veces	13	13.0	13.0	13.0
	Siempre	87	87.0	87.0	100.0
	Total	100	100.0	100.0	

Respecto al cepillado de dientes surge dos tipos de resultado: por una parte la frecuencia con la que los niños se cepillan; y por otra las veces que se cepillan dentro de la frecuencia medida en días de la semana. En primer lugar la *Tabla 4* muestra que el 86% manifiesta cepillarse siempre -todos los días-, mientras que el 14% fluctúa entre algunas veces, casi nunca y nunca que respondió un participante. En segundo lugar, en la *Tabla 5* se observa que el 48% de la población se cepilla 3 veces por día, frente al 42% que se cepilla dos veces por día. Por tanto, llama la atención que un porcentaje significativo de participantes manifiesta cepillarse todos los días, no es así con las veces que se cepilla durante dichos días.

Tabla 4. Cepilla _ dientes

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Algunas veces	11	11.0	11.0	11.0
	Casi nunca	2	2.0	2.0	13.0
	Nunca	1	1.0	1.0	14.0
	Siempre	86	86.0	86.0	100.0
	Total	100	100.0	100.0	

Tabla 5. veces_cepilla_dientes

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Dos veces	42	42.0	42.0	42.0
	Ninguna	1	1.0	1.0	43.0
	Tres veces	48	48.0	48.0	91.0
	Una vez	9	9.0	9.0	100.0
	Total	100	100.0	100.0	

Frente al lavado de manos antes de cada comida (*Tabla 6*) y después de ir la baño (*Tabla 7*) los participantes demostraron que el 73% se lava las manos antes de consumir algún alimento, mientras que el otro 27% algunas veces se lava las manos. El 84% de los participantes expresan que se lavan las manos (*Tabla 7*)

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Algunas veces	23	23.0	23.0	23.0
	Casi nunca	4	4.0	4.0	27.0
	Siempre	73	73.0	73.0	100.0
	Total	100	100.0	100.0	

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Algunas veces	14	14.0	14.0	14.0
	Casi nunca	1	1.0	1.0	15.0
	Nunca	1	1.0	1.0	16.0
	Siempre	84	84.0	84.0	100.0
	Total	100	100.0	100.0	

En el factor de *prácticas deportivas* el 51% de los participantes en el estudio manifiesta que siempre practica algún deporte fuera de la clase de educación física, mientras que el 49% varía la frecuencia en dichas prácticas deportivas, (*Tabla 8*). Es importante resaltar, que el 54% de los participantes fueron niños los cuales manifiestan que los deportes que más practican son el fútbol, baloncesto, montar bicicleta, “saltar cuerda”. El 46% de los participantes fueron niñas las cuales manifiestan que los deportes más practicados son: patinaje, gimnasia, tenis y atletismo. Sin embargo, algunos de los niños respondieron que juegan con el “e-box” y otros que no practican deporte alguno. Es de resaltar que el “saltar cuerda” y el fútbol son muy caracterizados por la población en general – tanto niños como niñas.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Algunas veces	28	28.0	28.0	28.0
	Casi nunca	12	12.0	12.0	40.0
	Nunca	9	9.0	9.0	49.0

Siempre	51	51.0	51.0	100.0
Total	100	100.0	100.0	

En el aspecto de la *alimentación*, es importante resaltar que el mayor porcentaje (96%) donde los niños manifiestan ingerir alimentos es en el desayuno, contrario a la comida –tarde o noche- en donde los niños comen en menor porcentaje, un total de la 84% de la población, mientras que en el almuerzo el 89% de los niños consumen algún tipos de alimentación. (Tablas 9, 10 y 11).

Tabla 9. Desayuno

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Algunas veces	3	3.0	3.0	3.0
	Casi nunca	1	1.0	1.0	4.0
	Siempre	96	96.0	96.0	100.0
	Total	100	100.0	100.0	

Tabla 10. Almuerzo

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Algunas veces	9	9.0	9.0	9.0
	Casi nunca	1	1.0	1.0	10.0
	Nunca	1	1.0	1.0	11.0
	Siempre	89	89.0	89.0	100.0
	Total	100	100.0	100.0	

Tabla 11. Come_tarde

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Algunas veces	16	16.0	16.0	16.0
	Siempre	84	84.0	84.0	100.0
	Total	100	100.0	100.0	

Dentro del mismo factor de la alimentación se tuvo en cuenta las horas de descanso o recreo (*Tabla 12*) que tienen los estudiantes, obteniendo un resultado del 75% de niños que consumen algún tipo de comestible en el descanso, mientras que el otro 25% manifiesta no comer nada en dichos descansos.

Tabla 12. Come_recreo

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Algunas veces	19	19.0	19.0	19.0
	Casi nunca	4	4.0	4.0	23.0
	Nunca	2	2.0	2.0	25.0
	Siempre	75	75.0	75.0	100.0
	Total	100	100.0	100.0	

Otro de los aspectos que es relevante mencionar hace referencia a la revisión de aseo personal por parte de los profesores a los estudiantes. El 50% de los participantes coinciden en que nunca los profesores realizan dicha revisión.

Finalmente, el desplazamiento de los estudiantes desde sus casas a la institución no muestra inconveniente alguno ya que en su gran mayoría viven cerca de la institución. Sin embargo, algunos de los participantes expresan que viven a 45 minutos y algunos de ellos deben caminar para ir a clases.

Resultados al cuestionario de Autoconcepto.

La escala de autoconcepto de Piers & Harris es un instrumento que ayuda a la evaluación educativa para evidenciar los supuestos de que los individuos mantienen una visión relativamente estable de sí mismos. (Manual General de Corrección e interpretación, Piers & Harris).

Los resultados de la prueba mostraron que la media total de la variable edad fue de 11.75%, y la moda de 11 años como se muestra en la *Tabla 13*.

Tabla 13. Estadísticos edad de los niños

		Edad	Puntuación
N.	Válidos	100	100
	Perdidos	0	0
	Media	11.75	54.94
	Mediana	12.00	56.00
	Moda	11	58

Las frecuencias obtenidas en los resultados muestran que algunos estudiantes obtuvieron puntajes moderadamente altos –entre 54 a 66-, mientras que otro grupo significativo obtuvo puntajes medios -27 a 53-, como lo muestra la *Tabla 14*.

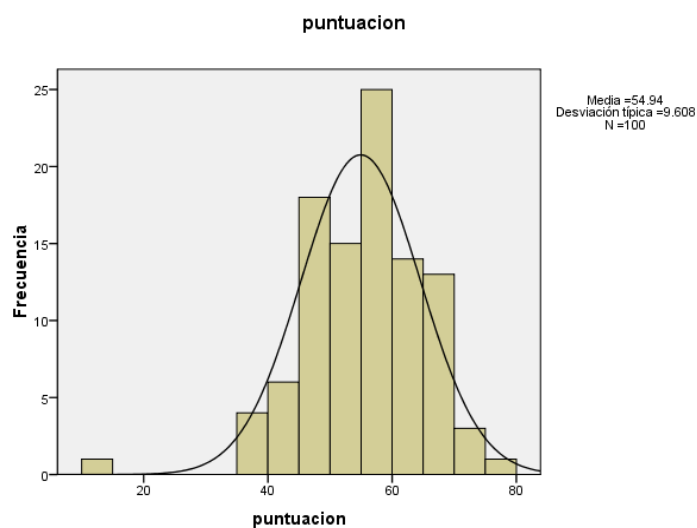
Tabla 14. Frecuencias por puntajes obtenidos

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	13	1	1.0	1.0	1.0
	36	2	2.0	2.0	3.0

38	1	1.0	1.0	4.0
39	1	1.0	1.0	5.0
40	1	1.0	1.0	6.0
41	1	1.0	1.0	7.0
42	1	1.0	1.0	8.0
43	2	2.0	2.0	10.0
44	1	1.0	1.0	11.0
45	5	5.0	5.0	16.0
46	3	3.0	3.0	19.0
47	2	2.0	2.0	21.0
48	2	2.0	2.0	23.0
49	6	6.0	6.0	29.0
50	1	1.0	1.0	30.0
51	6	6.0	6.0	36.0
52	1	1.0	1.0	37.0
53	2	2.0	2.0	39.0
54	5	5.0	5.0	44.0
55	5	5.0	5.0	49.0
56	2	2.0	2.0	51.0
57	4	4.0	4.0	55.0
58	8	8.0	8.0	63.0
59	6	6.0	6.0	69.0
60	7	7.0	7.0	76.0
61	2	2.0	2.0	78.0
63	2	2.0	2.0	80.0
64	3	3.0	3.0	83.0
65	3	3.0	3.0	86.0
66	3	3.0	3.0	89.0
67	3	3.0	3.0	92.0
68	3	3.0	3.0	95.0
69	1	1.0	1.0	96.0
70	2	2.0	2.0	98.0
72	1	1.0	1.0	99.0
76	1	1.0	1.0	100.0
Total	100	100.0	100.0	

Respecto a los resultados totales de los puntajes y después de realizar la calificación de cada instrumento aplicado se encontró que la media obtenida del grupo fue de 54.94 puntaje que ubica al grupo dentro de una autoestima moderadamente alta (Histograma 1). Sin embargo, y teniendo en cuenta la Tabla 15 en la media obtenida también se localizan algunos estudiantes que puntúan niveles de autoestima media y baja.

Tabla 15. Media obtenida de los puntajes globales.



Discusión

La intención investigativa frente al acercamiento de la realidad en la institución educativa, refleja grandes beneficios y desafíos que pueden ser integrados a la planeación e intervención de procesos que apoyen el desarrollo de los niños tanto al conocimiento y al fortalecimiento de la autoestima, como a la cualificación y mejoramiento de los hábitos de vida saludables en aras de elevar su calidad de vida. Sin embargo, el compromiso de apoyar a los estudiantes no basta con la participación de sectores aislados sino que requiere del compromiso e integración de profesionales que trabajen de forma interdisciplinaria logrando de manera holística la calidad de vida, la felicidad y la sana convivencia de los estudiantes en las instituciones educativas.

El estudio estuvo centrado en niños escolares en edades de 10 a 13 años que de acuerdo al desarrollo evolutivo propuesto por Eric Erikson y citado por Bordignon, N., (2006) es una etapa en donde los niños requieren del medio para desarrollar y perfeccionar habilidades y destrezas que lo identifiquen dentro del entorno social, familiar, y educativo; en definitiva es un periodo que exige mayor atención no sólo en el logro académico sino en equilibrio y control emocional, y por ende en la adquisición de hábitos saludables perdurables en el tiempo. Sin embargo, la orientación e intervención en el logro de la labor que deben asumir los niños cobra mayor importancia en tanto que profesores, orientadores, padres de familia y comunidad educativa en general posibiliten espacios de integración relacional, y formación saludable como estilo de vida dentro del

proceso de calidad de vida entendida como la integración biopsicosocial y cultural de desarrollo personal.

Respecto a los niveles de autoestima los resultados obtenidos demuestran que la población objeto de estudio se encuentran en un nivel moderadamente alto pues de acuerdo con Piers & Harris, (1996) en la escala del puntaje global el rango de 53-66 representa un nivel moderado-alto de autoestima. Sin embargo, aunque el promedio fue de 54.94 y la mediana se ubico en 58, un número significativo de estudiantes obtuvieron resultados por debajo del puntaje moderadamente-alto, se ubicaron en un nivel medio (40-53). También llama la atención de casos individuales que puntúan niveles bajos de autoestima. Por consiguiente, aunque los resultados demuestran niveles aceptables de autoestima los niños que presentan una autoestima baja están expuestos a crecer en un ambiente de inseguridad, frustración, con poco sentido para vivir y con altos riesgos de tomar nuevos rumbos orientados por realidades como embarazos tempranos, consumo de sustancias psicoactivas tal como lo han demostrado investigaciones anteriores (Álvarez, G., Argote, L., Montes, M., Osorio, A., y Osorio, O., 2006). Por otra parte, los niños que mantienen niveles moderados-altos de autoestima que son un número significativo de los participantes pueden llegar a tener mejores formas de identidad personal aceptándose y amándose a sí mismos (la autoestima que se aprende, y se puede mejorar (Riquelme, N, y otros (2005); los niños que se sienten amados y aceptados como tal poseen una ventaja en la formación de una sana autoestima (Maiz, B., & Guereca, A.,(2003)) logrando mejores relaciones con sus pares, manteniendo aceptables hábitos de aseo y utilización del tiempo libre logrando de ésta manera responder a la preocupación reflejado en el código de la infancia y la adolescencia (2006) en el que se describe que los niños deben crecer en un ambiente de felicidad, amor y comprensión. Centrar la atención en la estructura familiar de la población infantil también es fundamental, ya que son los padres los primeros facilitadores del desarrollo y crecimiento de sus hijos. Por lo anterior, se puede inferir que de los resultados obtenidos en la investigación los estudiantes requieren un acompañamiento constante tanto de padres, facilitadores como de los profesores que acompañan los procesos de enseñanza y aprendizaje para lograr niveles más altos en la población seleccionada y así desarrollar habilidades en beneficio de la identidad y aceptación personal, además de mantener la salud y el control mental. Rivas, R., Fernández, P. (1995).

Respecto a los resultados obtenidos en cuanto a los hábitos de vida saludable se puede inferir que la población objeto de estudio presenta expresa tener aceptables

hábitos de alimentación. Sin embargo, se debe llamar a la reflexión, ya que un número significativo de estudiantes describe de forma similar en importancia y nutrición comestibles, dulces, alimentos de paquete, café, huevos, carne, pollo, comidas rápidas (sándwiches, hamburguesas), pan, arroz, papa y granos; entre los menos descritos y de menor consumo aparecen las verduras, el pollo, y las ensaladas.

El resultado obtenido en el estudio también demuestra que el 27% de los participantes se lava algunas veces las manos antes de consumir algún tipo de alimento; este resultado genera la necesidad de crear alternativas educativas encaminadas a que la población escolar pueda lograr y crear para sus vidas el aseo de las manos antes de consumir no sólo el desayuno, almuerzo y comida sino cualquier otro alimento como los que pueden consumir en horas de descanso. Al respecto, investigaciones realizadas por Moreno, M., Molina, M. Fernández, J., Lucas, J. (1996) encontraron que en población rural muchos adolescentes llegan al colegio después de consumir un desayuno insuficiente o que ni siquiera desayunan para enfrentar largas jornadas de estudio.

Cabe resaltar que aunque en su gran mayoría de los participantes expresan el lavado de manos, se puede inferir que las niñas mantienen un nivel más alto que los niños, información correlacionada con investigaciones realizadas por Moreno, M., Molina, M. Fernández, J., Lucas, J. (1996). Con respecto a este resultado dentro de las alternativas educativas debe contemplarse la relacionada con el lavado de las manos, como forma no solo de mantener la salud, sino también lo relacionado con la prevención de enfermedades infectocontagiosas, pues de acuerdo con investigaciones realizadas *uno de cada tres adolescentes tiene algún tipo de problema de salud crónica, y se encuentran amenazados por el inicio de su sexualidad precoz [...], la situación de violencia y la mala nutrición los cuales influyen notoriamente en la salud de los mismos.* Molina, R, y otros (2007).

Consecuente con el factor de prácticas deportivas, la población en general no hace prácticas deportivas con frecuencia, incluso se llega a pensar que los juegos interactivos son parte de dichas prácticas. Aunque los niños expresan que tienen momentos de diversión deportiva, se recomienda conocer las actividades que realizan cuando están en la casa, pues es posible que deporte y juego interactivo se confundan y signifiquen lo mismo. De otro lado, los participantes en alto grado de porcentaje expresan bañarse todos los días, pero no así se cambian de ropa, específicamente de medias todos los

días. Por lo que no se puede entender que el hecho de baño diario es igual a cambio diario de ropa.

De la misma manera, es sugerible que los profesores emprendan jornadas de revisión y seguimiento de aseo personal entendido desde el baño, el cambio de ropa y el lavado de manos durante el día y la jornada académica. Por tanto, profesores, directivas y comunidad en general, son agentes fundamentales en la revisión y seguimiento de hábitos de vida saludables para los estudiantes.

Junto con la formación y práctica de estilos de vida saludables, y el fortalecimiento de la autoestima en la edad seleccionada por el equipo investigador es relevante crear conciencia colectiva y generar nuevos escenarios de apoyo e integración de actividades que fomenten el desarrollo sano de los niños teniendo en cuenta la posibilidad de la persona –en este caso de la población adolescente-, la satisfacción de necesidades y la transformación del ambiente (ONUDD, UNFPA y .M.E p. 1 (2004)). Así, se hace indispensable contar con un equipo interdisciplinar en las instituciones educativas –integrado por pedagogos, psicólogos, médicos pediatras, educadores de las diversas ramas del saber, padres de familia e incluso representantes de los estudiantes para crear redes de apoyo que fomenten el cuidado de la salud física y mental, así como la generación de programas preventivos en la aparición de problemas crónicos de salud física y debilitamiento de la autoestima en los adolescentes, teniendo en cuenta la perspectiva de las naciones Unidas que describe “*disfrutar una vida prolongada y saludable, adquirir conocimiento y tener acceso a los recursos necesarios para lograr un nivel de vida decente.*” (ONUDD, UNFPA y .M.E p. 1 (2004)).

De acuerdo con los resultados obtenidos en la investigación y según investigaciones y consolidación de la literatura conveniente, resulta relevante generar espacios de integración curricular en el que se tenga en cuenta la formación de los estudiantes en el tema estudiado, la creación de actividades que procuren espacios de integración estudiantil diferentes a las clases de orientación con profesores titulares, una red de profesionales en convenio con instituciones académicas, y un programa de prevención e intervención que articule el trabajo interdisciplinar y colaborativo en disposición y coordinación con los agentes administrativos y académicos de la institución educativa como tal.

Finalmente, y como seguimiento al tema en futuras investigaciones es fundamental la integración de las Tecnologías de la información y la Comunicación -Tic- al fortalecimiento de los hábitos de vida saludables y al fortalecimiento de la autoestima

mediante la construcción de objetos de aprendizaje y herramientas de interacción virtual que pueden fortalecer los procesos de enseñanza y aprendizaje. En este sentido para Mauri, T. y Onrubia, J., (2008) el impacto de las Tecnologías de la Información y la Comunicación responde a la capacidad para transformar las relaciones entre las personas y las prácticas educativas habituales creando nuevos escenarios de aprendizaje.

Referencias

- Agencia Presidencial para la acción social y la cooperación internacional, Sistema único de registro, 2007.
- Bericat, E. (1999). *La Integración de los métodos cuantitativos y cualitativos*. Barcelona: Ariel.
- Bordignon, N., (2006). El desarrollo psicosocial de Eric Erikson. El diagrama epigenético del adulto. En http://www.lasallista.edu.co/fxcul/media/pdf/Revista/vol2n2/p50-63_ARTICULO%20ERICK%20ERICKSON.pdf recuperado en marzo 14 de 2009.
- Cerda, H. (2001). Los elementos de la investigación. Ed. Códice. Bogotá.
- Código de la Infancia y la Adolescencia. Ley 1098 de 2006.
- Colombian Institute of Forensic Science Forenses (2005).
- Conpes Social. (2006). Metas y Estrategias de Colombia para el logro de los Objetivos de Desarrollo Del milenio - 2015". Conpes Social. Marzo. 1-2.
- Cruz, F. (2007). El desarrollo de las habilidades para la vida como prácticas de protección en la salud. *Rev. Peru. Pediatr.* 60 (1), 36 – 38.
- Hernández, R. (2007). Metodología de la investigación. Ed. Mc Graw Hill. México.
- Kaczorowski, J. (2008). Pediatrics in the Community: Community Pediatrics Training Initiative. *Pediatr. Rev.*;29;31-32
- Flavell, J.(1980) La Psicología evolutiva de J. Piaget: aportes a la educación. Buenos Aires. Paidós editorial
- Maiz, B & Guereca, A. (2003) Discapacidad y Autoestima. Ed. Trillas,
- Martin, E. (2002). ¿Cómo mejorar la Autoestima de los alumnos? Ed. Cepes. Madrid.
- Maya, L. (2001). Los estilos de vida saludables: componentes de la calidad de vida. Fundación latinoamericana de tiempo libre y recreación Recopilado el 16 de agosto del 2008 en: <http://www.funlibre.org/documentos/lemaya1.htm>
- Montes, M., Alvarez, G., Argote, L., Osorio, A*, Osorio, O. La adolescente grávida: un desafío para la familia en el afrontamiento de su autoestima. Cali – Colombia. 2006.
- Organización Panamericana de la Salud. Escuelas Promotoras de la Salud. (2003).
- Organización Panamericana de la Salud. Escuelas Promotoras de la Salud en América Latina. (2005). Resultados de la primera encuesta regional.
- Organización Panamericana de la Salud. (2001). Enfoque de habilidades para la vida para un desarrollo saludable de niños y adolescentes. Washington, DC: OPS/OMS. Recopilado el 16 de Agosto de 2008 en: www.paho.org/Spanish/HPP/HPF/ADOL/Habilidades.pdf
- Organización Mundial de la Salud. (1998). Promoción de la Salud Glosario. Ginebra.
- Organismos de cooperación internacional como el ONUDD, UNFPA y el Ministerio de Educación .Promoción de estilos de vida saludables.2004. Recopilado el 16 de agosto de 2008 en: <http://www.evs.huascar.edu.pe/>
- Perfil del Sistema de Servicios de Salud de Colombia.(2002).Programa de Organización y Gestión de Sistemas y Servicios de Salud División de Desarrollo de Sistemas y Servicios de Salud Organización Panamericana de la Salud.2da. Edición. Mayo, 6 - 7.
- Perfil Epidemiológico del Municipio de Guatavita – Cundinamarca. Programa de Promoción y Prevención. 2006.
- Plan País. Plan Decenal De Infancia (2004 – 2015). (2004). Para Colombia. Documento Borrador Para La Discusión Nacional.2004, 6 – 9.

- Potter, J. & Whetherell, M. (1995) Discourse Analysis. EN: J. Smith, R. Harré & L. Van Langenhove (Eds.), *Rethinking methods in Psychology*. London: Sage.
- RIVAS, L., Fernandez, P. Self-esteem and value of health as determinants of adolescent health behavior. *Journal of adolescent health*, 1995.
- Santrock, J. (2004). *Desarrollo infantil*. McGraw-Hill, México.
- UNICEF. (2006). *Informe Anual 2006 Colombia*, Colombia, Unicef.
- Vicente Martín, V., Molina, M., Rodríguez, J., Moreno, M., y Valbuena, J. *Hábitos dietéticos y de higiene personal en adolescentes de una población rural*. 1996.