

PROMOCIÓN DE LA SALUD EN ADOLESCENTES ESCOLARIZADOS: REVISIÓN TEMÁTICA

HEALTH PROMOTION IN ADOLESCENT STUDENT: THEMATIC REVIEW.

Diana Paola Betancurth Loaiza*, Consuelo Vélez Álvarez**

RESUMEN

Objetivo: Analizar las características de los estudios sobre comportamientos en salud de adolescentes escolarizados, modelos y estrategias en promoción de la salud de aplicabilidad en este grupo etáreo. **Método:** Revisión de artículos y textos publicados (2003 - 2012) a través de búsqueda electrónica y manual, consultadas con los descriptores: promoción de la salud, estilo de vida, adolescentes, escolares y educación en salud, en fuentes electrónicas como Buscadores, bibliotecas electrónicas y bases de datos internacionales (Scholar Google, SciELO, Pubmed, JSTOR y Ovid). **Resultados:** Se encontraron en la literatura científica un total de 92 textos que fueron revisados, 66 se recuperaron en texto completo, las evidencias permitieron definir dos categorías básicas: comportamientos en salud de adolescentes escolarizados y los diferentes modelos y estrategias en promoción de la salud que pueden utilizarse con este grupo. **Conclusiones:** Existe evidencia científica sobre la importancia de la enfermería como parte activa en acciones desde la promoción de la salud bajo sustentos teóricos con adolescentes escolarizados, se debe trascender la orientación individual con un enfoque interdisciplinario e intersectorial, partiendo de integrar aspectos desde las objetividades, subjetividades y con la evidente necesidad de mostrar resultados a través de mediciones de

efectividad, como base para tomar decisiones en salud pública y punto de partida para seleccionar estrategias basadas en el mejor conocimiento disponible.

PALABRAS CLAVE: promoción de la salud, estilo de vida, adolescentes, educación en salud (Fuente: DeCS, BIREME).

ABSTRACT

Objective: To analyze the characteristics of studies on health behaviors of school adolescents, models and strategies in health promotion applicability. **Method:** Review articles and published texts (2003 - 2012) through electronic and manual search, consulted with the descriptors: health promotion, lifestyle, teens, school and health education in electronic sources such as search engines, libraries electronic and international databases (Scholar Google, SciELO, PubMed, JSTOR and Ovid). **Results:** Were found in the scientific literature a total of 92 texts were reviewed, of these 66 were recovered in full text, evidence possible to define two main categories: health behaviors of adolescent students and the different models and strategies in promoting health that can be used with this group. **Conclusions:** There is evidence of the importance of nursing as an active part in actions from

* Universidad de Caldas, Facultad de Ciencias para la Salud, Departamento Salud Pública. Magíster en Enfermería. Estudiante de doctorado Universidad de Antioquia, Colombia.

** Universidad de Caldas, Facultad de Ciencias para la Salud, Departamento Salud Pública, Grupo Promoción de la Salud y Prevención de la Enfermedad. Enfermera, Doctora en Salud Pública., Manizales, Colombia.

Correspondencia: Consuelo Vélez Álvarez, Carrera 25 N°48-57, Manizales, Colombia. Correo electrónico: consuelo.velez@ucaldas.edu.co

the health promotion under theoretical underpinnings with adolescent students, it must transcend individual counseling with an interdisciplinary approach, based on integrating aspects from objectivities, subjectivity and the obvious need to show results through measurements of effectiveness, as

a basis for decisions on public health and point to select strategies based on the best available knowledge.

KEY WORDS: *Health Promotion, Life Style, Adolescents, Health Education. (Source: DeCS, BIREME)*

INTRODUCCIÓN

La tendencia que prevaleció en el enfoque de la salud pública durante el siglo veinte estaba centrada en la prevención y ahora está dando pasos hacia el enfoque de la salud pública positiva (1). Para los profesionales de diferentes áreas especialmente de la salud, implica la ejecución de intervenciones efectivas de alto impacto desde esta perspectiva, en todas las etapas de la vida de acuerdo con sus particularidades. Sin embargo según al ciclo de vida de las personas, la adolescencia es un momento de transformación, vulnerabilidad y oportunidades (2). Para muchos, ser adolescente hoy en América Latina y el Caribe significa atravesar por las dificultades propias de esta etapa de transición y además enfrentar obstáculos y riesgos asociados a la pobreza, falta de oportunidades, ausencia de redes de apoyo y entornos protectores que garanticen su desarrollo saludable; durante el transcurso de esta etapa, la salud y el desarrollo saludable son elementos centrales para el progreso social, económico y político de la región (3).

Como acción rectora de la salud pública la Promoción de la Salud (PS) debe ser el primer paso para iniciar este progreso. Es una estrategia por esencia compleja, que busca cambios con el fin de construir capital social, mejorar la calidad de vida y reducir las inequidades (4). Con la carta de Ottawa emitida en 1986 (5), se estructuran cinco estrategias clave, que han constituido las áreas fundamentales de trabajo y que en la actualidad siguen vigentes como eje conductor de la práctica y el desarrollo de la PS.

Estas estrategias se concretan en la construcción de políticas saludables, creación de entornos saludables, fortalecimiento de la acción comunitaria, desarrollo de aptitudes personales y reorientación de servicios de salud, campos que coinciden con los más recientemente considerados como “determinantes de la salud”, biología humana, medio ambiente, estilo de vida y organización de la atención en salud establecidos en su inicio por Lalonde desde 1974, lo cual involucra esfuerzos conjuntos tanto individuales como colectivos para aplicarlos (6).

Por tanto, este artículo efectúa una revisión desde la mirada clásica de la PS, estableciendo un panorama general acerca de los comportamientos en salud de los adolescentes y las diferentes estrategias y modelos de intervención en promoción de la salud con enfoque holístico para lograr conductas saludables desde las edades tempranas, retomando el escenario educativo

y comunitario como una herramienta de la Atención Primaria en Salud (APS). Existe necesidad de obtener evidencia empírica e intentar avanzar en la comprensión de este fenómeno de alto impacto social en la adolescencia desde una perspectiva centrada en la salud, potencializando factores protectores para vivir una vida sana. Así se constituye, tal vez, la mejor manera de direccionar las Políticas en Salud Pública y dejar de lado el modelo centrado en el déficit, y de considerar la salud sólo como un “más allá de la ausencia de la enfermedad”.

La presente revisión pretende analizar las características de los estudios sobre comportamientos en salud de adolescentes escolarizados y modelos y estrategias en promoción de la salud de aplicabilidad en este grupo de edad.

MÉTODOS

La búsqueda bibliográfica se efectuó entre febrero y junio de 2012 a través de búsqueda electrónica y manual, utilizando los siguientes descriptores: promoción de la salud, estilo de vida, adolescente, escolar y educación en salud. Fueron consultadas distintas fuentes electrónicas como buscadores, bibliotecas electrónicas y bases de datos internacionales (Schoolar Google, SciELO, Pubmed, JSTOR, Ovid), y otras páginas oficiales como Biblioteca virtual en salud BVS-Adolescencia, Asociación Canadiense para la Salud Escolar (CASH), Organización Panamericana de la Salud (OPS), Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Unión Internacional de Promoción de la Salud y de Educación para la Salud (UIPES).

Criterios de inclusión y exclusión: Para la revisión de literatura se encontraron en la primera búsqueda 92 textos publicados entre 2003 y 2012, que incorporaban estudios de caracterización en la adolescencia (pre-adolescencia, *adolescencia inicial*, adolescencia media y tardía) según clasificaciones actuales de la OPS (7), que fuesen estudiantes de básica secundaria y media vocacional y estrategias o modelos de atención implementados de aplicabilidad en este grupo de edad y que fueran publicados en idiomas inglés, español y portugués.

No se incluyeron estudios desarrollados fuera del ámbito escolar y modelos y estrategias que no tuvieran aplicabilidad a la población objeto de estudio.

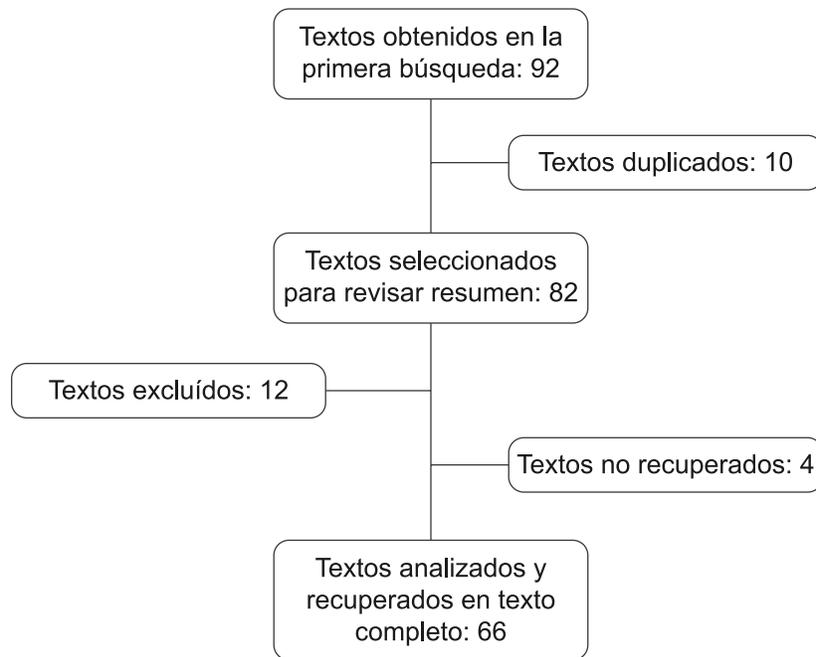
Análisis de la revisión de la literatura científica: Se seleccionaron en total 66 textos que cumplieran con los criterios de inclusión en los cuales se hallaron, libros, normas y guías de

manejo, tesis doctorales y de especialidad, informes oficiales de la OPS, OMS, UIPEs Y UNICEF (United Nations Children's Fund) y 34 artículos de publicaciones periódicas. 18 eran producto de trabajos de investigación (17 estudios cuantitativos, 1 cualitativos), nueve artículos de revisión y siete artículos de reflexión. Las variables analizadas fueron: año de publicación, país, edad de los sujetos de estudio, disciplina de procedencia de los autores, tipo de estudio.

Los 34 artículos encontrados se concentraron en Colombia, Brasil, Italia, España, Argentina, Chile, Estados Unidos, Perú y Cuba; los autores de los estudios proceden fundamental-

mente de las ciencias de la salud y las ciencias sociales, en enfermería, medicina y psicología, pero se encontraron también aportes desde la sociología, trabajo social y educación física. Los estudios que utilizaron instrumentos se basaron en cuestionarios a partir de encuestas de hábitos de salud y estilos de vida adaptados para adolescentes, inventario de conductas de salud en escolares, instrumentos para evaluación de habilidades para la vida, entre otros. La literatura científica se agrupó y organizó en las siguientes categorías: comportamientos en salud de adolescentes escolarizados y los diferentes modelos y estrategias en promoción de la salud que pueden utilizarse con este grupo etéreo.

Figura 1. Flujograma de textos tenidos en cuenta en la revisión.



RESULTADOS

1. Comportamiento en salud de adolescentes escolarizados

Esta categoría da un panorama general sobre los comportamientos en salud de los adolescentes. En diferentes países se hicieron estudios de tipo descriptivo pero los resultados difícilmente podrían generalizarse debido al contexto en que fueron efectuados. En un estudio argentino, Mulassi et al (8), mostraron hábitos adecuados de alimentación y de actividad física en general, las variables tabaquismo y alcohol reflejaron amenaza para el adolescente cuando existen amigos que tie-

nen esa práctica. Un estudio brasilero (9), encontró las condiciones de vida de los adolescentes como positivas, sólo el estrés fue identificado como un comportamiento negativo; Molinero et al (10), en un estudio español, hallaron algunos comportamientos insanos en la alimentación; Turconi et al (11), señalan comportamientos poco saludables en adolescentes italianos; Palenzuela SM (12), refiere como los hábitos higiénicos eran adecuados, la actividad física por debajo de lo recomendado, los hábitos alimentarios se aproximan a un patrón de dieta saludable y se destaca en cuanto al tiempo libre el uso de computadores videojuegos y televisión, similar a lo encontrado por Díaz (13) en Colombia y la ENSIN 2010 (Encuesta Nacional de la Situación Nutricional en Colombia) donde 62 por ciento de los niños entre 5 y 12 años ven televisión o juega video juegos por 2 horas o más.

La prevalencia aumentó 4,5 por ciento en la frecuencia de dos a cuatro horas, con respecto a ENSIN 2005 (14).

Otros estudios colombianos como el de Fonseca et al (15) y Tuesta et al (16), encontraron hábitos de salud inadecuados para la salud y el bienestar, entre tanto Campo et al (17) determinaron la presencia de un patrón de comportamiento de riesgo para la salud (PCRS) en uno de cada cinco estudiantes adolescentes de un colegio público, asociado a síntomas depresivos con importancia clínica; entre tanto Monje y Figueroa (18) mostraron estilos de vida saludables. Las estadísticas oficiales, según ENSIN 2010, presentan hábitos que resultan ser insanos en esta etapa de desarrollo, y da a conocer que los menores de 18 años no consumen una alimentación saludable (14).

La posibilidad de abandono de hábitos insanos en adolescentes está relacionada con alternativas de satisfacción valiosas para ellos. La posición de Jessor citado por Krauskopf (19) no se orienta a justificar la permanencia de estas conductas, sino a destacar la complejidad de la intervención para que logre ser efectiva en los grupos meta, cuya vulnerabilidad demanda la promoción de su salud, bienestar e inclusión social positiva.

En los anteriores estudios se percibe que durante el transcurso de la adolescencia se incorporan comportamientos insanos que afectan la salud y el bienestar con la evidente necesidad de investigar los comportamientos de salud en adolescentes escolarizados en cada contexto, teniendo en cuenta posibilidades y desarrollos sociales, culturales y económicos, no solo de cada país sino también de cada región; en este sentido el papel de la enfermería resulta relevante dado que es el profesional que genera un mayor acercamiento con este tipo de población en sus actividades educativas y de promoción de la salud.

2. Modelos y estrategias en el campo de la promoción de la salud de aplicabilidad a adolescentes escolarizados

La PS constituye un segmento fundamental del sistema de salud, amplía el marco operativo de la estrategia de APS fortaleciendo la capacidad de las personas para optar y mantener estilos de vida y participar en las acciones comunitarias necesarias para vivir una vida saludable (20-21). La PS halla su sustento en la cotidianidad y en sus posibilidades de transformación por medio de las capacidades que posee cada individuo; necesita del compromiso individual y colectivo para adquirir sentido (22).

La intervención en PS se debe dar en todos los ciclos de la vida, pero una de las etapas que adquiere mayor importancia es la adolescencia y la juventud, por ser un periodo de mayor vulnerabilidad ante las amenazas para desarrollar costumbres y hábitos inadecuados (23-25).

Al hacer un análisis de los modelos y estrategias educativas hallados, se demuestra que es válido también segmentar los programas de PS y prevención de la enfermedad, desde luego, que no es lógico prescindir de las especialidades como salud sexual y reproductiva, salud mental, materno perinatal, salud familiar, salud oral, actividad física, nutrición pero su dinámica debe tomar sentido desde el holismo en una visión integrativa de forma interdisciplinar e intersectorial consecuentes con la visión de la salud, que va más allá de la ausencia de enfermedad.

Señala la UNICEF (2) que abordar el tema del desarrollo adolescente desde el pensamiento positivo y de forma integral, conlleva incluir todas las dimensiones integradas en lo emocional, psico-espiritual, ambiental y socio cultural del hombre donde lo biológico sólo es una de ellas, en el plano tanto individual como colectivo. Sotolongo (26) dice que se debe interpretar el proceso salud-enfermedad como sistemas multidimensionales que se comportan como una totalidad que no es reducible a la suma de factores que la componen, constituyéndose así en complejas totalidades sistémicas que tienen un desarrollo de índole dialéctico y por otro lado, las concepciones y acciones de PS y prevención de enfermedad, deberán ser simultáneas y no excluyentes desde la complejidad.

Encontrar este tipo de estrategias es una labor limitada, pues la mayoría se concentran en programas preventivos, con poca inclusión de trabajos desde una perspectiva social, y antropológica y porque hay poca evidencia sobre la forma como se desarrollan; los hallazgos se concentran en su mayoría en resultados. Es destacable, no obstante, reconocer el esfuerzo de la OPS por crear el grupo de trabajo sobre la efectividad de la PS en este aspecto (27).

Se hallaron diferentes estrategias y modelos para promover comportamientos saludables que pueden utilizarse en adolescentes escolarizados, algunos solo en fase de diseño, otros que muestran su efectividad y otros que publican resultados positivos, en otros grupos bajo una estrategia con enfoque renovador que podría ser aplicada a la población diana.

El modelo salutogénico de Aaron Antonovsky, se presenta como un nuevo cambio de visión, un nuevo paradigma en contraposición al modelo biomédico tradicional. Los conceptos fundamentales del modelo son los Recursos Generales de Resistencia (RGRs) y el Sentido de Coherencia (SOC) (*Sense of coherence*). Los RGRs son factores biológicos, materiales y psicosociales que ayudan a las personas a construir experiencias coherentes en la vida. Sin embargo, más allá de poseerlos, lo importante es tener la capacidad para utilizarlos, es decir, tener Sentido de Coherencia (28, 29). El modelo ha tenido críticas relacionadas en primer lugar con la no inclusión de un componente afectivo dentro de este paradigma integrador, estando sobrerrepresentado el aspecto racional o cognitivo (30), motivación para seguir trabajando los planteamientos de Antonovsky como lo vienen haciendo Lindstrom y Eriksson (32) referentes actuales del modelo.

Cingolani (33-34) se enmarca en esta perspectiva salutogénica y en los desarrollos de la Psicología Positiva (Seligman, 1998) que estudian los recursos y las fortalezas de las personas para entender la naturaleza de los procesos implicados en la salud y enfermedad. Aplica y pone a prueba un programa de intervención psicosocial para promover comportamientos saludables en adolescentes argentinos, pero aun no se han obtenido resultados definitivos.

En la revisión se visibiliza un nuevo esquema surgido en Estados Unidos, el Modelo desarrollo positivo adolescente *-Positive Youth Development-* cuyo foco de interés es la superación del modelo centrado en el déficit y un aumento del interés por las intervenciones que, más que prevenir la aparición de problemas, pretenden fomentar el desarrollo de competencias socioemocionales y habilidades en los adolescentes (Benson, 2006; Damon, 2004; Larson, 2000) (35). Entre las principales propuestas bajo este enfoque se encuentran el modelo de las 5 C de Lerner, el modelo SEL desarrollado por la Coalición para el Aprendizaje Socioemocional -CASEL- o el enfoque de destrezas para la vida. Con esta misma orientación Oliva et al (36, 37), proponen un modelo de desarrollo positivo centrado en competencias, en la línea de los modelos sistémicos evolutivos actuales que asumen el principio de que las relaciones entre el individuo y su contexto constituyen la base de la conducta y el desarrollo personal; adopta una perspectiva centrada en el bienestar, y pone énfasis especial en la existencia de condiciones saludables. Congruente con este modelo, Garaigordobil (38) diseñó un programa de intervención con adolescentes para un amplio abanico de factores del desarrollo socio-emocional, en una de las líneas de investigación se fundamentó teóricamente en el modelo *Positive Youth Development (PYD)*.

El Modelo desarrollo positivo adolescente lleva asociado el concepto de recursos o activos para el desarrollo (*Developmental assets*) (39- 41). Este enfoque, centrado en la óptica no patogénica,

conocida también como perspectiva salutogénica (Antonovsky 1997) o de la salud positiva (Scales PC 1999), enfatiza en el origen de la salud y no en el origen de la enfermedad (1). Este concepto fue propuesto por el Search Institute (Scales y Leffert, 1999), validado empíricamente en estudios posteriores (42) y, recientemente otros autores (Morgan y Ziglio, 2007) (43) han propuesto aplicar el modelo de activos a las políticas de salud pública. Para estos autores un activo para la salud se puede definir como cualquier factor o recurso que potencie la capacidad de los individuos, de las comunidades y poblaciones para mantener la salud y el bienestar; el modelo se desarrolla a través de tres soportes conceptuales y metodológicos: el concepto de salutogénesis, el “mapeo de activos” propuesto por Kretzmann, y la evaluación del modelo sobre la base de indicadores fiables.

En Argentina, desde la sociología proponen un Modelo de desarrollo de capacidades para la acción: una experiencia desarrollada en Escuelas Medias de la Ciudad de Buenos Aires (44), modelo adaptado al desarrollado por Jensen (1997) para la enseñanza-aprendizaje de los contenidos de promoción de la salud: el IVAC (*Information, Vision, Action, Change*), basado en el desarrollo de las capacidades para la acción, orientado a la capacitación de docentes mediante la realización de talleres de sensibilización, con el objetivo de formar agentes multiplicadores con el fin de que sean ellos quienes trabajen los temas de prevención y promoción de la salud con sus pares.

En España se desarrolló el modelo Alcalá de Henares de promoción de la salud del adolescente en APS, con atención individual y grupal, en el propio centro de salud y en el entorno escolar, basado en dotar de recursos efectivos a los jóvenes para que sean capaces de aumentar su autoestima y asertividad y afrontar las inevitables situaciones que comprometen la salud relacionadas con su desarrollo personal y psicosocial (45).

Bajo un Modelo de ocupación humana, desempeño ocupacional y ecológico (15)

se diseñó una propuesta que incluye actividades formativas e informativas, tendientes a promover factores protectores y disminuir los riesgos presentes en los hábitos y los estilos de vida para desarrollar en el ámbito escolar. De otro lado, un artículo de revisión cubano propone la intervención educativa para la salud integral del adolescente a través de promotores pares quienes pueden brindar un medio de socialización al amparo de un clima donde los valores son establecidos por otros de su misma edad y así encontrarán apoyo en sus esfuerzos para emanciparse (46). En ambas propuestas no se encuentra evaluada su efectividad a través de la evidencia.

Frente a estrategias metodológicas para desarrollar la promoción de la salud desde el proceso pedagógico, Carvajal diseñó una propuesta interviniendo escuelas que fueron objeto de seguimiento cuyos resultados muestran que mejoraron su funcionamiento como centros promotores de salud; su contribución a la teoría se concreta en la sistematización de elementos conceptuales relacionados con la PS con una visión integral en el ámbito escolar (47).

El modelo de promoción a la salud (MPS) de Pender se basa en la teoría del aprendizaje social de Bandura, que postula la importancia del proceso cognitivo, y la teoría de la acción razonada de Ajzen y Fishbein, quienes afirman que la conducta es función de actitudes personales y normas sociales (48). Plantean que promover un estado óptimo de salud es un objetivo que debía anteponerse a las acciones preventivas (49). El modelo representa las interrelaciones entre los factores cognitivo-perceptuales y factores modificantes que influyen la aparición de conductas promotoras de salud.

2.1 Estrategias clásicas

El “Modelo de una mejor práctica para contribuir al desarrollo saludable de los adolescentes: el enfoque de habilidades para la vida”, es una iniciativa internacional que tiene como principal objetivo que los niños adquieran herramientas

psicosociales que permitan estilos de vida saludables a través del fortalecimiento de factores protectores (9, 50). Choque y Chirinos (51) probaron su eficacia, encontraron un incremento significativo en el desarrollo de habilidades de comunicación y asertividad en estudiantes del grupo experimental pero no se encontraron diferencias significativas en el desarrollo de la habilidad de toma de decisiones y la autoestima.

Escuelas Promotoras de la Salud (EPS) (52-54) es una estrategia en el ámbito escolar cuyos preceptos son adaptables a la educación básica secundaria y media vocacional que se fundamenta en el desarrollo articulado y sinérgico de tres componentes principales: educación para la salud con enfoque integral, creación y mantenimiento de entornos y ambientes saludables y provisión de servicios de salud, nutrición sana y vida activa. Algunos estudios muestran los grandes beneficios y como obstáculos principales el empoderamiento inicial de directivos y docentes, la integración de la PS al currículo, como parte de un plan de acción institucional y la ausencia de políticas públicas para transformar los centros educativos (55-56).

El Modelo PRECEDE-PROCEED propuesto por Green y Kreutter, está dirigido a la evaluación y planificación de la PS. Este modelo destaca tres características: la aplicación de los enfoques basados en la teoría y las estrategias a un diseño lógico que permite la evaluación y el análisis adecuados. El modelo enfatiza que la salud y las conductas están determinadas por múltiples factores y que las acciones multisectoriales y multidisciplinarias son fundamentales para lograr cambios de conductas (7).

El Modelo "Jóvenes: opciones y cambios" sugerido por la OPS, adopta un enfoque positivo cuyas acciones se incorporan en cada nivel ecológico y hace especial énfasis en las intervenciones tempranas dirigidas a los jóvenes que atraviesen la preadolescencia y la adolescencia inicial (7). Propone la selección de por lo menos una teoría en cada nivel para guiar el diseño de las intervenciones, a nivel individual, interpersonal, comunitario y político.

Otras estrategias renovadoras es la Estrategia sanológica. Parte de un concepto holístico que interpreta la salud sin dicotomía con la enfermedad, los valores que el hombre construye en su cotidianidad y las prácticas socio-culturales que le dan sentido. El marco institucional sanológico es eminentemente educacional, donde opera la transmisión de conocimientos y formación de habilidades, el refuerzo y la rehabilitación de conductas individuales y de grupos. Para Amable (57), esta visión surge en momentos en los que se hace imprescindible la búsqueda de modelos de salud. En Cuba se han efectuado diversas investigaciones (58-60). Estudios colombianos ya

han desarrollado la estrategia con resultados homólogos en cuanto al fortalecimiento de la PS bajo esta estrategia como es el caso de Pardo (61) y Arias (62).

La PS en el escenario escolar sigue siendo una prioridad institucional, dado que es en la etapa preescolar y escolar donde se forman hábitos que tienden a perdurar durante toda la existencia (63-65); sin embargo, habitualmente los programas de salud parten de un modelo de prevención tradicional centrado en el déficit, en la prevención de conductas de riesgo con un enfoque vertical (35, 46, 66). Pasan por alto el amplio contexto en que se originó el problema y son basados en transmisión de información con múltiples intervenciones desarticuladas e iniciativas descoordinadas y fragmentadas dirigidas a la solución de problemas (7, 66).

El desarrollo saludable debe ser un propósito que se alcance no solo desde el ámbito de la salud y sus instituciones, sino desde los diferentes sectores incluyendo el educativo y el comunitario (2). La educación en el área de la salud constituye una estrategia para la actuación de la enfermería dentro del escenario escolar, con una nueva forma de pensar y accionar en salud que responda a las nuevas dinámicas con la consecuente valorización del adolescente como sujeto activo de cuidado en conexión con la familia comunidad, escuela y servicios de salud para estimular la adopción de hábitos de vida saludables.

CONCLUSIONES

La evidencia de comportamientos inadecuados en la medida que avanza la adolescencia indica la necesidad prioritaria de un nuevo pensar y actuar en PS a través de estrategias contextualizadas, participativas, creativas, con enfoques innovadores diferentes a los tradicionales y capaces de generar cambios de comportamiento. Las actuales estrategias y modelos dan muestra de trascender la orientación individual hacia un empoderamiento colectivo, la importancia del enfoque sistémico que considere la interdisciplinariedad e intersectorialidad.

Partir de las percepciones de los adolescentes y de sus necesidades particulares, posibilita de que las acciones desarrolladas desde el sector salud en PS puedan tener una mayor efectividad en el fortalecimiento de sus habilidades y potencialidades y en la modificación de comportamientos que comprometen su salud en las acciones de PS.

Lo descrito ha planteado nuevos retos para la enfermería y profesionales de la salud con la necesidad de estudios de intervención que demuestren la efectividad de estrategias con pensamiento positivo, desde una perspectiva holística.

REFERENCIAS

1. Hernán M, Lineros C. Los activos para la salud. Promoción de la salud en contextos personales, familiares y sociales. Fundesfam. 2010; 2 (2): 1-6.
2. UNICEF. Desarrollo positivo adolescente en América Latina y el Caribe. Panamá; 2008.
3. UNICEF. Argumentos y herramientas para contribuir a la inversión social a favor de los adolescentes en América Latina y el Caribe. Panamá; 2006.
4. Organización Panamericana de la Salud. Evaluación de la promoción de la salud: principios y perspectivas. Washington D.C.; 2007.
5. Organización Mundial de la Salud. Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud. Carta de Ottawa; 1986 (Nov. 17-21). p. 367-372.
6. Lalonde M. New perspective on the health of Canadians a working document. Ontario; Minister of Supply and Services; 1981. Government of Canada, Minister of National Health and Welfare. Ottawa; 1974. 77 p.
7. Breinbauer C, Maddaleno M. Jóvenes: opciones y cambios: promoción de conductas saludables en los adolescentes. Publicación Científica y Técnica; 594. Washington DC: OPS; 2008.
8. Mulassi AH, Hadid C, Borracci RA., Labruna MC, Picarel AE, Robilotte AN. et al. Hábitos de alimentación, actividad física, tabaquismo y consumo de alcohol en adolescentes escolarizados de la provincia y el conurbano bonaerenses. Arch. argent. pediatr. 2010; 108 (1): 45-54.
9. Braviano W, Coutinho de Azevedo A, Sousa T. Estilo de vida de adolescentes de escuelas públicas e privadas de Florianópolis-SC. Rev Educ Fis. UEM. 2009; 20 (4): 615-623. Maringá. Disponible en: <http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/RevEducFis/article/view/6943/5201>.
10. Molinero O, Castro-Piñero J, Ruiz JR, González Montesinos JL, Mora J, Márquez S. Conductas de salud en escolares de la provincia de Cádiz. Nutr. Hosp. 2010; 25 (2): 280-289.
11. Turconi G, Guarcello M, Maccarini L, Cignoli F, Setti S, Bazzano R, Roggi C. Eating habits and behaviors, physical activity, nutritional and food safety knowledge and beliefs in an adolescent Italian population. J Am Coll Nutr. 2008; 27(1):31-43.
12. Palenzuela P. SM. Hábitos y conductas relacionados con la salud de los escolares de 6º de primaria de la provincia de Córdoba [tesis doctoral]. Córdoba: Servicio de Publicaciones de la Universidad de Córdoba (Ed.). 2010. 277 p.
13. Díaz Martínez M. Estilos de vida en estudiantes de 8 a 12 años de colegios urbanos oficiales residentes en el municipio de Chía, Cundinamarca [tesis residencia en pediatría]. Bogotá D.C: Universidad de La Sabana. 2010. 74 p.
14. Ministerio de la Protección Social, Instituto Nacional de Salud (INS), Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF). Encuesta Nacional de la Situación Nutricional en Colombia. ENSIN 2010. Bogotá D. C.: ICBF; 2010.
15. Fonseca ME, Maldonado A, Pardo L, Soto MF. Adolescencia, estilos de vida y promoción de hábitos saludables en el ámbito escolar. Umbral Científico, 2007; (11): 44-57.
16. Tuesca R, Navarro E, Medina A, Molina I, Náder N, Numa L. Hábitos de salud de los escolares de una institución pública en el municipio de Soledad (Atlántico). Rev Salud Uninorte. 2007; 23 (1): 135-49.
17. Campo-Arias A, Cogollo Z, Díaz CE. Comportamientos de riesgo para la salud en adolescentes estudiantes: prevalencia y factores asociados. Rev Salud Uninorte. 2008; 24 (2): 226-234.
18. Monje J, Figueroa CJ. Estilos de vida de los adolescentes escolares del departamento del Huila. Rev. Entornos, 2011; 24:13-24.
19. Krauskopf D. Políticas de juventud, adolescencia y salud. Capítulo 9; p. 91-101. En: Pasqualini D, Llorens A. Comp. Salud y bienestar de los adolescentes y jóvenes: una mirada integral. Buenos Aires: OMS/OPS, Facultad de Medicina, UBA; 2010. 686 p.
20. Ippolito-Shepherd J, Cerqueira MT. Organización Panamericana de la Salud. Las escuelas promotoras de la salud en las Américas: una iniciativa regional. Washington, DC: OPS/OMS; FNA ANA 33; 2003.
21. Ministerio de la Protección Social. Decreto 3039 de 2007. Por el cual se adopta el Plan Nacional de Salud Pública 2007-2010. Bogotá, D.C.: Diario Oficial No. 46716; 2007.
22. Muñoz Franco NE. Reflexiones sobre el cuidado de sí como categoría de análisis en salud. Salud Colectiva. 2009; 5(3): 391-401.
23. Ministerio de la Protección Social. Programa de Apoyo a la Reforma de Salud/PARS. Guía para la detección temprana de las alteraciones del desarrollo del joven de 10 a 29 años. Disponible en: <http://www.nacer.udea.edu.co/pdf/libros/guiamps/guias02.pdf>.
24. World Health Organization. Adolescent job aid: a handy desk reference tool for primary level health workers. Geneva: WHO; 2010.
25. Millán T, Morera I, Vargas NA. Consejería a adolescentes: descripción epidemiológica y motivos de consulta. Rev Med Chil. 2007; 135(4):457-63.
26. Sotolongo PD. Epistemología; Ciencias sociales y del hombre y salud. En: Boletín del Ateneo "Juan César García". La Habana, Cuba: OPS/OMS, 1995; 3 (3-4): 51.
27. OMS-OPS. Guía para la Documentación de Iniciativas de Promoción de la Salud. Centro Colaborador para la Salud y el Desarrollo Comunitario de la OMS/OPS Universidad de Kansas. Rabinowitz P, Fawcett S, Franklin Peroune R. (Adaptación y edición). 2012.
28. Lindstrom B, Eriksson M. A salutogenic interpretation of the Ottawa Charter. Health Promot Int. 2008; 23 (2):190-9.
29. Palacios Espinosa X, Restrepo Espinosa MH. Aspectos conceptuales e históricos del sentido de coherencia propuesto por Antonovsky: ¿una alternativa para abordar el tema de la salud mental? UPB. Medellín. Informes Psicológicos, 2008; 10, (11): 275-300.

30. Rivera de los Santos F, Ramos Valverde P, Moreno Rodríguez C, García M. Análisis del modelo salutogénico en España: aplicación en salud pública e implicaciones para el modelo de activos en salud. *Rev. Esp. Salud Publica.* 2011; 85 (2): 129-139.
31. Álvarez-Dardet C, Ruiz Cantero MT. Patrimonio de salud ¿son posibles las políticas salutogénicas? *Rev. Esp. Salud Publica.* 2011; 85 (2):131-135.
32. Lindstrom B, Eriksson M. Contextualizing salutogenesis and Antonovsky in public health development. *Health Promot Int.* 2006; 21: 238-44.
33. Cingolani JM. Aplicación y evaluación de un programa de intervención psicosocial para promover el desarrollo saludable en adolescentes: proyecto de investigación. En: *Anuario de Proyectos e Informes de Investigación de Becarios de Investigación*, 2009; 6: 204-207. Buenos Aires.
34. Cingolani JM, Castañeiras C. Diseño y aplicación de un programa de intervención psicosocial para adolescentes escolarizados, *Psicodebate.* 2011; (11): 43-54.
35. Pertegal MA, Oliva A, Hernando A. Los programas escolares como promotores del desarrollo positivo adolescente. *Cultura y Educación*, 2010; 22 (1): 53-66.
36. Oliva A, Gómez AH, Parra A, Pertegal MA, Ríos M, Antolín L. La promoción del desarrollo adolescente: recursos y estrategias de intervención. Sevilla: Junta de Andalucía. Consejería de Salud; 2008. 106 p.
37. Oliva A, Ríos M, Antolín L, Parra A, Hernando A, Pertegal MA. Más allá del déficit: construyendo un modelo de desarrollo positivo adolescente. *Infancia y Aprendizaje.* 2010; 33 (2): 223-234.
38. Garaigordobil M. Perspectivas metodológicas en la medición de los efectos de un programa de intervención con adolescentes: la evaluación pretest-postest y los cuestionarios de evaluación del programa. *Apuntes de Psicología*, 2007; 25(3): 357-376.
39. Oliva A, Reina MC, Hernando A, Antolín L, Pertegal MA, Parra A, et al. Activos para el desarrollo positivo y la salud mental en la adolescencia. Sevilla: Consejería de Salud. Junta de Andalucía. 2011.
40. Lerner RM, Almerigi JB, Theokas C, Lerner JV. Positive youth development a view of the issues. *J Early Adolesc.* 2005; 25 (1): 17-71.
41. Benson PL. Developmental assets: an overview of theory, research, and practice. Section two. Models of positive development in adolescence and young adulthood. En: Rainer K. Silbereisen & Richard M. Lerner edit. *Approaches to positive youth development.* Silbereisen: arrangement and chapter; 2007; p 32-58.
42. Theokas C, Almerigi JB, Lerner RM et al. Conceptualizing and Modeling Individual and Ecological Asset Components of Thriving in Early Adolescence. Scales Search Institute Alexander von Eye Michigan State. *J Early Adolesc.* 2005; 25 (1):113-143.
43. Morgan A, Ziglio E. Revitalising the evidence base for public health: an assets model. *Promot Educ.* 2007; 14 (2): 17-22.
44. Kornblit AL, Mendes Diaz AM, Di Leo PF, Camarotti AC. Entre la teoría y la práctica: algunas reflexiones en torno al sujeto en el campo de la promoción de la salud. *Revista Argentina de Sociología.* 2007, 5 (8): 9-25.
45. Ruiz Lázaro PJ, Bosques Castilla D, Cózar López G, González Santiago B. Promoción de la salud del adolescente en Atención Primaria: el modelo Alcalá de Henares. *Rev Pediatr Aten Primaria.* 2005; 7:451-461.
46. Blanco Pereira ME, Jordán Padrón M, Pachón González L, Sánchez Hernández TB, Medina Robainas RE. Educación para la salud integral del adolescente a través de promotores pares. *Rev Med Electron* 2011; 33 (3):349-359.
47. Carvajal Rodríguez CA. Estrategia metodológica para desarrollar la promoción de la salud en las escuelas cubanas. *Rev Cubana Salud Pública.* 2007; 33 (2).
48. Marriner A, Raile M. Modelos y teorías de enfermería. 6º Ed. Madrid: Elsevier Mosby; 2006.
49. Giraldo Osorio A, Toro Rosero MY, Macías Ladino AM, Valencia Garcés CA, Palacio Rodríguez S. La promoción de la salud como estrategia para el fomento de estilos de vida saludables. *Hacia promoci. Salud.* 2010; 15(1): 128-143.
50. Bravo A. La iniciativa de habilidades para la vida en el ámbito escolar. *Revista del Instituto de Investigaciones Educativas.* 2005; 9 (16): 25-34.
51. Choque-Larrauri R, Chirinos-Cáceres JL. Eficacia del programa de habilidades para la vida en adolescentes escolares de Huancavelica, Perú. *Rev Salud Pública (Bogotá).* 2009; 11(2):169-81.
52. Ippolito-Shepherd J, Cerqueira MT, Ortega DP. IUHPE. Unión Internacional de Promoción de la Salud y Educación para la Salud Global. *School Health Promotion.* En: *Promot Educ.* 2005; 12 (3-4): 220-9, 180.
53. Organización Panamericana de la Salud. Promoción de salud, escuela y comunidad: el laberinto de la implementación. Notas y aprendizajes desde la experiencia Iberoamericana. Washington D.C.: OMS/OPS, EDC; 2009.
54. St Leger L, Young I, Blanchard C, Perry M. Promover la salud en la escuela de la evidencia a la acción. Saint Denis Cedex, France: IUHPE; 2010.
55. García J, Blanco AG; García N, García M, Álvarez T, Rodríguez L et al. Evaluación de las Escuelas Promotoras de Salud en Asturias (España). En: *Glob Health Promot.* 2009; 16 (3): 96-106.
56. Hernández J. Estrategia escuelas promotoras de la salud en instituciones de básica primaria de Bucaramanga. *Salud UIS*, 2007; 39: 143-151.
57. Amable AZ, Peña GM, Cabrera MR, Clarke CC. Hacia una ruta de salud. Universidad de La Habana, Centro de Estudios de Salud y Bienestar Humanos, Policlínico Luyanó, Facultad de Medicina 10 de octubre, Instituto Superior de Ciencias Médicas de La Habana; 2003: 28 p. Disponible en: <http://www.uh.cu/centros/cesbh/Archivos/bvirtual/Zoraida1.pdf>.
58. Jiménez Y. Aplicación del enfoque sanológico en un grupo de hipertensos de la comunidad. [Tesis especialidad medicina general]. Cuba: Centro de Estudios de Salud y

Bienestar Humanos, Universidad de La Habana; 2003: 25 p. Disponible en <http://www.uh.cu/centros/cesbh/Archivos/bvirtual/tesis8.pdf>.

59. Garrido G. El enfoque sanológico en la construcción de la salud en la edad escolar. [Tesis especialidad medicina general]. La Habana: Instituto Superior de Ciencias Médicas. Facultad de Medicina «10 de Octubre» [Internet]. 2002. Disponible en <http://www.uh.cu/centros/cesbh/Archivos/bvirtual/tesis7.pdf>
60. Amable AZ, Peña GM, Garrido G, Cabrera MR. Salud sanológica en médicas de familia. Universidad de La Habana, Centro de Estudios de Salud y Bienestar Humanos; 2005: 11 p. [Citado 07/06/12]. Disponible en: <http://www.uh.cu/centros/cesbh/Archivos/bvirtual/Zoraida2.pdf>
61. Pardo-Torres MP, Núñez-Gómez NA. La comprensión de la salud: punto de partida del enfoque sanológico en la promoción de la salud de la mujer adulta joven. *Av. enferm.* 2007; 25(2): 36-49.
62. Arias Torres DO. Aplicación de un modelo de promoción de salud. *Revista Vida y Salud*. Neiva: Universidad Surcolombiana. 2007; 3 (fasc.2): 47-60.
63. García C. La formación para el cuidado de la salud del escolar: alianza ineludible e impostergerable entre la educación y la salud. *Hacia promoc. Salud.* 2006; (11): 29-38.
64. Arce AP, Claramunt M. Educación para la Salud como tema transversal en el sistema educativo costarricense. 2ª Ed. San José de Costa Rica: Ministerio de Educación-Salud OPS; 2009. Disponible en: www.bvs.sa.cr/saludmental/mep.pdf
65. Siston AN, Vargas LA. El enfermero en la escuela: prácticas educativas en la promoción de la salud de los escolares. *Enfermería Global.* 2007; 11: 1-14.
66. Di Leo PF. La promoción de la salud como política de subjetividad: constitución, límites y potencialidades de su institucionalización en las escuelas. *Salud colectiva [en línea].* 2009; 5(3): 377-389.