

Efectividad de un programa educativo para la promoción de estilos de vida saludables en el pueblo indígena Tamas Páez de La Gabriela, del corregimiento El Caguán, Neiva-Huila

Karold Ximena Carvajal Orozco

Asesor

Javier Fernando Zapata Guerrero

Universidad Nacional Abierta y a Distancia – UNAD

Escuela de Ciencias de la Salud – ECISA

Administración en Salud

2026

Resumen

La presente investigación tuvo como objetivo evaluar la efectividad de un programa educativo con enfoque intercultural para la promoción de estilos de vida saludables en la comunidad indígena Tamas Páez de La Gabriela, ubicada en el corregimiento El Caguán, Neiva-Huila. El estudio surgió ante la necesidad de fortalecer prácticas de autocuidado, alimentación saludable, actividad física y bienestar emocional en una población con limitaciones en el acceso a programas de promoción y prevención en salud.

La investigación se desarrolló bajo un enfoque cuantitativo, de tipo aplicado y alcance evaluativo, mediante un diseño cuasi experimental longitudinal de un solo grupo con mediciones repetidas en tres momentos: diagnóstico inicial (Dx), seguimiento 1 (S1) y seguimiento 2 (S2). La muestra estuvo conformada por 155 participantes seleccionados mediante muestreo no probabilístico por conveniencia. Para la recolección de la información se utilizó el cuestionario FANTÁSTICO, instrumento validado para evaluar estilos de vida saludables en población adulta.

Con base en los resultados del diagnóstico inicial, se diseñó e implementó un programa educativo compuesto por cinco talleres participativos orientados a la promoción de hábitos saludables desde una perspectiva intercultural y comunitaria. Los talleres abordaron temas relacionados con actividad física, nutrición, manejo del estrés, autocuidado, sexualidad responsable y prevención de riesgos, integrando conocimientos científicos y saberes ancestrales.

Los resultados evidenciaron mejoras progresivas en las diferentes dimensiones evaluadas entre el Dx, S1 y S2, especialmente en actividad física, nutrición, autocuidado, regulación emocional y prevención de riesgos. El análisis estadístico mediante la prueba de Friedman

mostró diferencias significativas en la evolución de los estilos de vida saludables de los participantes, confirmando la efectividad del programa educativo a corto plazo.

Se concluye que las intervenciones educativas con enfoque intercultural constituyen una estrategia pertinente para fortalecer la promoción de la salud y el bienestar integral en comunidades indígenas, favoreciendo la apropiación de prácticas saludables desde el reconocimiento de la identidad cultural, la participación comunitaria y el diálogo de saberes.

Palabras clave: estilos de vida saludables, promoción de la salud, interculturalidad, comunidad indígena, programa educativo, cuestionario Fantástico.

Abstract

The present research aimed to evaluate the effectiveness of an educational program with an intercultural approach for the promotion of healthy lifestyles in the indigenous community Tamas Páez of La Gabriela, located in the district of El Caguán, Neiva-Huila. The study emerged from the need to strengthen self-care practices, healthy eating, physical activity, and emotional well-being in a population with limited access to health promotion and disease prevention programs.

The research was developed under a quantitative approach, with an applied and evaluative scope, through a longitudinal quasi-experimental design with a single group and repeated measurements at three different moments: initial diagnosis (Dx), follow-up 1 (S1), and follow-up 2 (S2). The sample consisted of 155 participants selected through non-probabilistic convenience sampling. Data collection was carried out using the FANTASTIC questionnaire, a validated instrument for assessing healthy lifestyles in adult populations.

Based on the results of the initial diagnosis, an educational program composed of five participatory workshops was designed and implemented to promote healthy habits from an intercultural and community-based perspective. The workshops addressed topics related to physical activity, nutrition, stress management, self-care, responsible sexuality, and risk prevention, integrating scientific knowledge with ancestral wisdom.

The results showed progressive improvements in the different dimensions evaluated between Dx, S1, and S2, especially in physical activity, nutrition, self-care, emotional regulation, and risk prevention. Statistical analysis using the Friedman test revealed significant differences in the evolution of healthy lifestyles among participants, confirming the short-term effectiveness of the educational program.

It is concluded that educational interventions with an intercultural approach constitute a relevant strategy to strengthen health promotion and integral well-being in indigenous communities, encouraging the adoption of healthy practices through the recognition of cultural identity, community participation, and the dialogue of knowledge.

Keywords: healthy lifestyles, health promotion, interculturality, indigenous community, educational program, Fantastic questionnaire.

Tabla de Contenido

Introducción	11
Planteamiento del Problema de Investigación	12
Pregunta de Investigación	14
Justificación.....	15
Estado del Arte.....	17
Objetivos	19
Objetivo General	19
Objetivos Específicos.....	19
Marco Referencial	20
Marco Teórico	20
Marco Conceptual	24
Marco Normativo	25
Diseño Metodológico	28
Tipo y Enfoque de Investigación	28
Diseño del Estudio	28
Población y Muestra.....	29
Criterios de Inclusión y Exclusión	32
Variable y Dimensiones de Análisis	34
Instrumento (Fantástico).....	36
Procedimiento o Fases del Estudio	37
Plan de Análisis de Datos	39
Consideraciones Éticas	41
Análisis y Resultados	44

Caracterización de la Población Participante	44
Implementación del Programa.....	45
Estructura Pedagógica	45
Metodología Didáctica	46
Cronograma de Ejecución de los Talleres	47
Resultados Comparativos de los Estilos de Vida Saludables	49
Diagnóstico Inicial	49
Comparación de resultados en Dx, S1 y S2.....	57
Interpretación de hallazgos	84
Discusión.....	88
Conclusiones	93
Recomendaciones	96
Limitaciones.....	99
Referencias Bibliográficas	102
Apéndices.....	105

Lista de Tablas

Tabla 1 <i>Población y Muestra</i>	21
Tabla 2 <i>Cronograma de Ejecución de Talleres</i>	42
Tabla 3 <i>Actividad Física</i>	50
Tabla 4 <i>Nutrición</i>	45
Tabla 5 <i>Consumo de Tabaco</i>	46
Tabla 6 <i>Alcohol y Drogas</i>	47
Tabla 7 <i>Sueño y Estrés</i>	47
Tabla 8 <i>Trabajo Personalidad</i>	53
Tabla 9 <i>Introspección</i>	48
Tabla 10 <i>Conducta Sexual y Control de Salud</i>	49
Tabla 11 <i>Otras Conductas</i>	56
Tabla 12 <i>Actividad Física</i>	58
Tabla 13 <i>Nutrición</i>	54
Tabla 14 <i>Consumo de Tabaco</i>	63
Tabla 15 <i>Alcohol y Drogas</i>	57
Tabla 16 <i>Sueño y Estrés</i>	59
Tabla 17 <i>Trabajo, Personalidad</i>	68
Tabla 18 <i>Introspección</i>	70
Tabla 19 <i>Conducta Sexual y Control de Salud</i>	64
Tabla 20 <i>Otras Conductas</i>	66
Tabla 21 <i>Comparación Intragrupo de las Dimensiones de Estilos de Vida Saludables</i> ..	67
Tabla 22 <i>Comparaciones Post Hoc Mediante Prueba de Wilcoxon</i>	69

Lista de Figuras

Figura 1 <i>Distribución de la Población y Muestra del Estudio</i>	32
Figura 2 <i>Actividad Física</i>	60
Figura 3 <i>Nutrición</i>	62
Figura 4 <i>Tabaco</i>	63
Figura 5 <i>Alcohol y Drogas</i>	66
Figura 6 <i>Sueño y Estrés</i>	68
Figura 7 <i>Trabajo, Personalidad</i>	70
Figura 8 <i>Introspección</i>	72
Figura 9 <i>Conducta Sexual y Control de Salud</i>	74
Figura 10 <i>Otras conductas</i>	76
Figura 11 <i>Evolución de las Dimensiones del Cuestionario FANTÁSTICO</i>	82
Figura 12 <i>Tamaño de Efecto Global por Dimensión del cuestionario Fantastico,.</i>	83

Lista de Apéndices

Apéndices A. *En qué Consistió los Talleres Aplicados en la Comunidad Indígena105*

Introducción

La promoción de estilos de vida saludables constituye un componente fundamental de la salud pública, en la medida en que favorece la prevención de enfermedades y el fortalecimiento del bienestar físico, emocional y social de las poblaciones. En el caso de las comunidades indígenas, este propósito exige un enfoque intercultural que reconozca la importancia del territorio, los saberes ancestrales, las prácticas tradicionales y las dinámicas comunitarias en la construcción del bienestar. En este contexto, el presente estudio tuvo como objetivo evaluar la efectividad de un programa educativo para la promoción de estilos de vida saludables en la comunidad indígena Tamas Páez de La Gabriela, corregimiento El Caguán, Neiva-Huila.

La investigación se desarrolló desde un enfoque cuantitativo, mediante un diseño cuasi experimental longitudinal de un solo grupo, con mediciones repetidas en tres momentos: diagnóstico inicial (Dx), seguimiento 1 (S1) y seguimiento 2 (S2). Para la medición de la variable principal se utilizó el cuestionario FANTÁSTICO, instrumento que ha sido validado para evaluar estilos de vida en población adulta y que ha mostrado utilidad para la caracterización de hábitos relacionados con la salud (Ramírez-Vélez & Agredo, 2012).

Los hallazgos permitieron identificar una evolución favorable en distintas dimensiones de los estilos de vida saludables de los participantes, especialmente en aspectos relacionados con la actividad física, la nutrición, el autocuidado y la regulación emocional. En este sentido, el estudio aportó evidencia contextualizada sobre la utilidad de las intervenciones educativas con enfoque intercultural en escenarios comunitarios, así como elementos relevantes para el fortalecimiento de futuras estrategias de promoción de la salud en población indígena.

Planteamiento del Problema de Investigación

El bienestar de las comunidades indígenas en Colombia ha estado condicionado por múltiples barreras sociales, económicas, geográficas y culturales que limitan el acceso a servicios de salud y a estrategias sostenidas de promoción del bienestar. En particular, la comunidad indígena Tamas Pérez de La Gabriela, ubicada en el corregimiento El Caguán, Neiva-Huila, enfrenta retos importantes en relación con la adopción y mantenimiento de estilos de vida saludables, debido a factores como prácticas alimentarias inadecuadas, bajos niveles de actividad física, debilidades en el autocuidado y limitada participación en procesos preventivos de salud.

La promoción de la salud en contextos indígenas exige un enfoque diferencial e intercultural que reconozca la diversidad étnica y cultural, la cosmovisión propia, la relación con el territorio y el valor de los saberes ancestrales en el cuidado de la salud. En Colombia, la Constitución Política de 1991 reconoce y protege la diversidad étnica y cultural de la Nación, mientras que la Ley Estatutaria 1751 de 2015 reafirma la salud como un derecho fundamental y exige su garantía con criterios de equidad, pertinencia y respeto por la diversidad cultural. En esa misma línea, el Plan Decenal de Salud Pública 2022–2031 y la Resolución 050 de 2021 refuerzan la necesidad de desarrollar estrategias de salud pública con enfoque territorial, diferencial e intercultural en comunidades indígenas.

En este contexto, surge la necesidad de valorar la efectividad de intervenciones educativas que promuevan estilos de vida saludables de forma culturalmente pertinente y participativa. La presente investigación se orientó a evaluar la efectividad de un programa educativo en la comunidad indígena Tamas Pérez de La Gabriela, con el fin de identificar la evolución de los participantes en distintas dimensiones relacionadas con la actividad física, la

nutrición, el autocuidado, la regulación emocional y otras prácticas asociadas al bienestar integral.

Para ello, se utilizó el cuestionario FANTÁSTICO como instrumento principal de medición, dentro de un diseño cuasi experimental longitudinal de un solo grupo, con mediciones repetidas en tres momentos: diagnóstico inicial (Dx), seguimiento 1 (S1) y seguimiento 2 (S2). Esta estructura permitió observar la evolución de los estilos de vida saludables en el grupo intervenido y generar evidencia empírica contextualizada sobre la efectividad a corto plazo del programa educativo desarrollado.

En consecuencia, el problema de investigación no se centró únicamente en describir condiciones de vulnerabilidad en la comunidad, sino en determinar en qué medida una intervención educativa con enfoque intercultural podía favorecer cambios observables en los estilos de vida saludables de sus participantes, dentro de los alcances reales de un estudio de seguimiento a corto plazo.

Pregunta de Investigación

¿Cuál es la efectividad de un programa educativo con enfoque intercultural para promover estilos de vida saludables en la comunidad Tamas Páez de La Gabriela, El Caguán?

Justificación

Los estilos de vida saludables, definidos por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como un conjunto de comportamientos orientados al bienestar físico, mental y social, constituyen un eje fundamental en la promoción de la salud y la prevención de enfermedades. En el contexto de las comunidades indígenas, como el pueblo Tamas Páez de La Gabriela, estos estilos de vida deben comprenderse desde una perspectiva intercultural, en la que se articulen los conocimientos científicos con los saberes ancestrales, reconociendo su cosmovisión, prácticas tradicionales y relación con el territorio.

Desde el punto de vista social, la presente investigación se justificó por la necesidad de intervenir en una comunidad que presenta condiciones de vulnerabilidad asociadas a barreras de acceso a servicios de salud, limitaciones en programas de promoción y prevención, y presencia de factores de riesgo relacionados con la alimentación, el sedentarismo y el bienestar emocional. En este sentido, el desarrollo de un programa educativo con enfoque intercultural resultó pertinente para fortalecer el autocuidado y mejorar la calidad de vida de la población, respetando su identidad cultural.

No obstante, más allá de su relevancia social, este estudio respondió a un vacío investigativo identificado en la literatura, ya que, aunque existen estudios sobre promoción de estilos de vida saludables en poblaciones vulnerables, se evidencia una escasez de investigaciones que evalúen intervenciones educativas en comunidades indígenas mediante diseños que permitan analizar la evolución de los cambios en distintos momentos del proceso.

En este sentido, el aporte científico del estudio se centra en la aplicación de un diseño cuasi experimental longitudinal de un solo grupo con mediciones repetidas en tres momentos: diagnóstico inicial (Dx), seguimiento 1 (S1) y seguimiento 2 (S2). Este enfoque permitió observar de manera secuencial la evolución de los estilos de vida de los participantes y generar evidencia empírica sobre los cambios producidos durante el desarrollo de la intervención.

A diferencia de aproximaciones basadas en mediciones únicas, este diseño permitió un seguimiento progresivo de los participantes, aportando una lectura más detallada de la dinámica de cambio en variables como la actividad física, la alimentación, el manejo del estrés y el autocuidado. De esta manera, el estudio no se orienta a demostrar transformaciones estructurales, sino a evidenciar modificaciones observables en el corto plazo dentro del contexto específico de la comunidad intervenida.

Finalmente, los resultados obtenidos constituyen evidencia cuantitativa contextualizada que contribuye a la comprensión del comportamiento de los estilos de vida en escenarios comunitarios, resaltando el valor del seguimiento longitudinal como estrategia metodológica para el análisis de intervenciones educativas en salud, sin pretender generalizaciones amplias ni efectos sostenidos a largo plazo.

Estado del Arte

La promoción de estilos de vida saludables ha sido abordada en distintos contextos como una estrategia clave para fortalecer la prevención en salud y reducir factores de riesgo asociados a enfermedades crónicas no transmisibles. En este campo, diversos estudios han mostrado la utilidad de herramientas de medición que permiten caracterizar hábitos y conductas relacionadas con la salud en diferentes grupos poblacionales.

Entre los instrumentos más utilizados se encuentra el cuestionario FANTÁSTICO, el cual ha mostrado utilidad para evaluar estilos de vida en población adulta. En Colombia, Ramírez-Vélez y Agredo (2012) validaron este instrumento en adultos colombianos, evidenciando condiciones adecuadas de fiabilidad y validez para su aplicación en estudios orientados a la valoración de hábitos saludables. Este antecedente resulta relevante para la presente investigación, en tanto sustenta el uso del cuestionario como herramienta principal de medición.

De igual manera, se identifican antecedentes recientes en contextos educativos nacionales. Martínez Soto y Quiñones Rodríguez (2024) emplearon el cuestionario FANTÁSTICO para caracterizar estilos de vida en estudiantes adolescentes, mostrando su utilidad para describir dimensiones relacionadas con actividad física, nutrición, autocuidado y bienestar. Aunque dicho estudio se desarrolló en una población distinta, aporta evidencia sobre la aplicabilidad del instrumento en procesos de evaluación de hábitos de vida en contextos colombianos.

Por otra parte, la literatura sobre salud indígena en América Latina ha insistido en la necesidad de abordar los procesos de promoción de la salud desde enfoques interculturales,

reconociendo que la eficacia de las intervenciones depende en buena medida de su articulación con las prácticas culturales, los saberes propios y la participación comunitaria. En este sentido, Montenegro y Stephens (2006) plantean que la salud indígena no puede comprenderse al margen de los determinantes históricos, sociales y culturales que configuran las condiciones de vida de estas poblaciones.

A pesar de estos aportes, se observa que sigue siendo limitada la producción de estudios evaluativos aplicados a comunidades indígenas específicas en contextos locales, especialmente aquellos que incorporan mediciones repetidas para valorar la evolución de los participantes a lo largo de una intervención educativa. Esta situación evidencia un vacío en la generación de evidencia empírica cuantitativa sobre la efectividad de programas de promoción de estilos de vida saludables en comunidades indígenas.

En síntesis, la literatura revisada permite reconocer tres elementos centrales: la importancia de promover estilos de vida saludables desde estrategias educativas; la utilidad del cuestionario FANTÁSTICO como herramienta de medición en población colombiana; y la necesidad de fortalecer intervenciones con enfoque intercultural en comunidades indígenas. A partir de ello, la presente investigación aportó evidencia contextualizada sobre la efectividad a corto plazo de un programa educativo en la comunidad indígena Tamas Pérez de La Gabriela, mediante un diseño cuasi experimental longitudinal de un solo grupo y mediciones repetidas en Dx, S1 y S2.

Objetivos

Objetivo General

Evaluar la efectividad de un programa educativo para la promoción de estilos de vida saludables en la comunidad indígena Tamas Páez de La Gabriela, corregimiento El Caguán - Neiva, Huila.

Objetivos Específicos

Diagnosticar los estilos de vida saludables de los miembros de la comunidad indígena Tamas Páez mediante la aplicación del cuestionario FANTÁSTICO en la medición inicial.

Diseñar un programa educativo intercultural de promoción de estilos de vida saludables basado en las necesidades identificadas.

Implementar el programa educativo en la comunidad indígena Tamas Páez mediante talleres participativos.

Evaluar los cambios en los estilos de vida saludables de los participantes mediante la comparación de los resultados obtenidos en el diagnóstico inicial (Dx), el seguimiento 1 (S1) y el seguimiento 2 (S2).

Marco Referencial

Marco Teórico

La promoción de estilos de vida saludables en comunidades indígenas requiere una comprensión amplia de la salud, que no se limite a la ausencia de enfermedad ni a la modificación individual de conductas. En el caso del pueblo indígena Tamas Páez de La Gabriela, la salud debe entenderse desde una perspectiva integral, en la que intervienen el cuerpo, la familia, la comunidad, el territorio, la espiritualidad, la alimentación, las prácticas culturales y las formas propias de cuidado.

Desde esta perspectiva, cualquier intervención educativa en salud debe reconocer que los hábitos de vida no se construyen de manera aislada, sino dentro de un contexto social, cultural y territorial específico. Por ello, la promoción de estilos de vida saludables en esta comunidad exige articular el conocimiento técnico en salud pública con los saberes propios, las prácticas tradicionales y las dinámicas comunitarias que orientan el cuidado de la vida.

El enfoque intercultural constituye un elemento central para el desarrollo de intervenciones en salud dirigidas a comunidades indígenas. Este enfoque reconoce la existencia de diferentes formas de comprender la salud, la enfermedad, el bienestar y el cuidado, y propone el diálogo entre los saberes ancestrales y los conocimientos científicos contemporáneos.

En comunidades indígenas como la Tamas Páez, la salud se relaciona con el equilibrio entre la persona, la familia, la comunidad, el territorio y la naturaleza. Desde esta visión, la enfermedad no se interpreta únicamente como una alteración biológica, sino también como una ruptura de la armonía con el entorno y con las relaciones comunitarias. Por tanto, los programas educativos en salud deben evitar la imposición de modelos externos y promover procesos

participativos que respeten la identidad cultural, las prácticas propias y la autonomía de la comunidad.

La interculturalidad implica, entonces, una actitud ética y metodológica basada en el respeto, el reconocimiento y el aprendizaje mutuo. En el contexto de esta investigación, este enfoque permitió orientar el diseño del programa educativo hacia el diálogo de saberes, la participación activa de los integrantes de la comunidad y la adaptación de los contenidos a sus condiciones culturales y territoriales.

Enfoque diferencial y de derechos, el enfoque diferencial parte del reconocimiento de que los grupos poblacionales tienen características, necesidades y condiciones particulares que deben ser consideradas para garantizar el derecho a la salud en condiciones de equidad. En el caso de los pueblos indígenas, este enfoque exige tener en cuenta su cosmovisión, sus formas de organización, sus prácticas culturales, su relación con el territorio y las barreras históricas que han limitado su acceso efectivo a servicios y programas de salud.

Desde este punto de vista, la comunidad Tamas Páez no debe ser comprendida únicamente desde una mirada de vulnerabilidad, sino también como una comunidad con capacidades, saberes y prácticas propias que pueden fortalecer los procesos de promoción de la salud. La intervención educativa, por tanto, debe reconocer estas capacidades y promover estrategias que favorezcan el autocuidado sin desconocer la identidad cultural de la población.

El enfoque de derechos complementa esta perspectiva, al reconocer la salud como un derecho fundamental que debe garantizarse con criterios de equidad, dignidad, participación y pertinencia cultural. En este sentido, la promoción de estilos de vida saludables no solo busca modificar hábitos individuales, sino también fortalecer condiciones comunitarias que favorezcan el bienestar integral.

Enfoque de curso de vida, territorio y buen vivir, el enfoque de curso de vida permite comprender la salud como un proceso dinámico que se desarrolla a lo largo de las distintas etapas de la existencia. Las condiciones de vida, los hábitos, las oportunidades de cuidado y los factores de riesgo presentes en un momento determinado pueden incidir posteriormente en el bienestar de las personas y de la comunidad.

En las comunidades indígenas, esta perspectiva se amplía mediante la noción de cuidado colectivo y continuidad generacional. La salud no se limita a la persona de manera individual, sino que se vincula con la familia, los mayores, los niños, las prácticas comunitarias, la memoria ancestral y el territorio. Por ello, promover estilos de vida saludables implica fortalecer prácticas de autocuidado que puedan ser apropiadas por la comunidad y transmitidas en su vida cotidiana.

El territorio ocupa un lugar fundamental en esta comprensión. Para los pueblos indígenas, el territorio no es únicamente un espacio físico, sino el lugar donde se sostiene la vida, la identidad, la alimentación, la espiritualidad, la organización comunitaria y el buen vivir. En consecuencia, las intervenciones en salud deben considerar el territorio como un componente esencial del bienestar, especialmente cuando se abordan temas como alimentación, actividad física, autocuidado, prevención y convivencia comunitaria.

Promoción de estilos de vida saludables, los estilos de vida saludables comprenden un conjunto de hábitos, prácticas y conductas relacionadas con el bienestar físico, emocional y social de las personas. Incluyen dimensiones como la alimentación, la actividad física, el descanso, el manejo del estrés, el autocuidado, la prevención de riesgos, la salud sexual, la convivencia y la relación con el entorno.

En esta investigación, los estilos de vida saludables se analizaron a partir de las dimensiones evaluadas por el cuestionario FANTÁSTICO, instrumento que permite valorar

diferentes componentes del comportamiento cotidiano relacionados con la salud. Sin embargo, en el contexto indígena, estas dimensiones deben interpretarse de manera contextualizada, reconociendo que las prácticas de salud están atravesadas por factores culturales, familiares, comunitarios y territoriales.

La promoción de estilos de vida saludables en la comunidad Tamas Pérez se orientó, por tanto, a fortalecer prácticas de autocuidado y prevención mediante un programa educativo con enfoque intercultural. Este programa no se planteó como una estrategia de imposición de hábitos externos, sino como un proceso formativo que buscó articular contenidos de salud pública con prácticas, valores y dinámicas propias de la comunidad.

Líneas estratégicas de salud pública e interculturalidad, las políticas nacionales de salud pública en Colombia han avanzado en el reconocimiento de la diversidad étnica y cultural como un elemento fundamental para la planeación e implementación de intervenciones en salud. En este marco, el Plan Decenal de Salud Pública y la Resolución 050 de 2021 resaltan la importancia de desarrollar acciones con enfoque diferencial, territorial e intercultural, especialmente en pueblos y comunidades indígenas.

Estas orientaciones promueven la articulación entre salud, ambiente, territorio, autonomía alimentaria, participación comunitaria, prevención de enfermedades, fortalecimiento de capacidades institucionales y reconocimiento de los sistemas propios de cuidado. Desde esta perspectiva, la promoción de estilos de vida saludables en comunidades indígenas debe responder no solo a criterios biomédicos, sino también a las condiciones culturales, sociales y territoriales que influyen en la vida cotidiana de la población.

En coherencia con estas líneas estratégicas, el programa educativo desarrollado en la comunidad Tamas Pérez se vinculó con dimensiones relevantes para la salud pública intercultural,

tales como la actividad física, la nutrición, el autocuidado, la prevención de riesgos, el bienestar emocional, la salud sexual y el control preventivo de la salud. De esta manera, la intervención se articuló con los principios de participación, pertinencia cultural y fortalecimiento comunitario.

Marco Conceptual

Para el desarrollo de esta investigación se tuvieron en cuenta conceptos fundamentales relacionados con salud integral, interculturalidad, promoción de la salud, estilos de vida saludables y territorio. Estos conceptos orientaron la comprensión del problema, el diseño del programa educativo y la interpretación de los resultados obtenidos.

Salud integral, la salud se entiende como un proceso que involucra dimensiones físicas, emocionales, sociales, culturales y territoriales. En el contexto de la comunidad Tamas Páez, esta comprensión requiere reconocer la relación entre bienestar individual, armonía familiar, vida comunitaria, espiritualidad y territorio.

Enfoque intercultural, hace referencia al reconocimiento y diálogo entre diferentes formas de comprender y cuidar la salud. En esta investigación, el enfoque intercultural permitió integrar contenidos de promoción de la salud con saberes, prácticas y dinámicas propias de la comunidad indígena.

Enfoque diferencial, este enfoque reconoce que las comunidades indígenas poseen condiciones históricas, culturales, sociales y territoriales particulares que deben ser consideradas en la formulación de programas de salud. Su aplicación permite evitar intervenciones homogéneas y favorecer respuestas ajustadas a las necesidades reales de la población.

La promoción de la salud se comprende como acciones orientadas a fortalecer capacidades individuales y colectivas para mejorar el bienestar y prevenir factores de riesgo. En

este estudio, la promoción de la salud se desarrolló mediante talleres educativos participativos enfocados en estilos de vida saludables.

Estilos de vida saludables, se refieren al conjunto de hábitos y prácticas relacionadas con la alimentación, la actividad física, el descanso, el manejo del estrés, el autocuidado, la prevención de riesgos y otras conductas protectoras. En esta investigación, dichos estilos fueron evaluados mediante el cuestionario FANTÁSTICO.

El autocuidado se entiende como la capacidad de las personas y comunidades para adoptar prácticas orientadas a preservar y fortalecer su salud. En comunidades indígenas, el autocuidado se relaciona también con el cuidado del territorio, la familia, los saberes propios y la vida comunitaria.

El territorio es un componente central del bienestar indígena. No se limita al espacio geográfico, sino que representa el lugar donde se desarrollan la identidad cultural, la alimentación, la espiritualidad, la organización comunitaria y las prácticas de cuidado.

El buen vivir se comprende como una noción integral de bienestar que articula la relación armónica entre persona, comunidad, naturaleza y territorio. En el marco de esta investigación, este concepto permitió orientar la intervención hacia una visión de salud coherente con la cosmovisión indígena.

Marco Normativo

El desarrollo de esta investigación se sustentó en un conjunto de referentes normativos nacionales que reconocen el derecho fundamental a la salud, la diversidad étnica y cultural, la participación comunitaria y la necesidad de implementar estrategias con enfoque diferencial e intercultural en comunidades indígenas.

En primer lugar, la Constitución Política de Colombia reconoce y protege la diversidad étnica y cultural de la Nación. Este principio constituye una base fundamental para el desarrollo de programas de salud que respeten la identidad, las prácticas y las formas propias de organización de los pueblos indígenas. Asimismo, el reconocimiento constitucional del derecho a la salud y de la participación social respalda la implementación de acciones orientadas a la promoción del bienestar y la prevención de riesgos en comunidades étnicas.

La Ley Estatutaria 1751 de 2015 establece la salud como un derecho fundamental autónomo e irrenunciable. Esta norma exige que las acciones en salud se desarrollen bajo principios de equidad, oportunidad, accesibilidad, calidad y respeto por la diversidad cultural. En el contexto de esta investigación, dicha ley respalda la necesidad de implementar estrategias educativas que respondan a las características socioculturales de la comunidad Tamas Páez.

Por su parte, la Ley 1122 de 2007 fortalece la salud pública y promueve acciones colectivas orientadas a la prevención, la promoción y la participación social. Este marco resulta pertinente para el estudio, dado que el programa educativo se desarrolló como una estrategia comunitaria dirigida a fortalecer prácticas saludables y capacidades de autocuidado en la población participante.

La Resolución 050 de 2021 constituye un referente importante para el abordaje de la salud indígena, al incorporar lineamientos diferenciales dentro del Plan Decenal de Salud Pública y reconocer la necesidad de articular las acciones institucionales con los saberes, prácticas y sistemas propios de los pueblos indígenas. Desde esta perspectiva, la resolución orienta el desarrollo de intervenciones que respeten la autonomía, el territorio, la cultura y la participación comunitaria.

El Plan Decenal de Salud Pública 2022–2031 también aporta elementos centrales para esta investigación, al promover la equidad, la gestión de los determinantes sociales de la salud, la participación comunitaria, el enfoque territorial y la adecuación de las acciones de salud a las necesidades de poblaciones diversas. En el caso de las comunidades indígenas, este plan refuerza la importancia de formular estrategias que integren la salud pública con la pertinencia cultural y el reconocimiento de las condiciones territoriales.

Finalmente, el Sistema Indígena de Salud Propio e Intercultural se reconoce como un referente de política pública que busca articular los sistemas propios de cuidado de los pueblos indígenas con el sistema de salud institucional. Esta perspectiva es coherente con el propósito de la investigación, en la medida en que el programa educativo buscó promover estilos de vida saludables desde una lógica participativa, intercultural y respetuosa de las dinámicas comunitarias.

En conjunto, estos referentes normativos respaldan la pertinencia del estudio y justifican la implementación de intervenciones educativas en salud orientadas a comunidades indígenas, siempre que estas se desarrollen con enfoque diferencial, respeto cultural, participación comunitaria y articulación con las políticas nacionales de salud pública.

Diseño Metodológico

Tipo y Enfoque de Investigación

La presente investigación se desarrolló bajo un enfoque cuantitativo, debido a que buscó medir y analizar los cambios producidos en los estilos de vida saludables de los participantes mediante la aplicación de un instrumento estructurado, permitiendo obtener resultados comparables entre distintos momentos del estudio. El enfoque cuantitativo facilitó la recolección de información objetiva y organizada a través del cuestionario FANTÁSTICO, cuyos resultados fueron expresados en frecuencias, porcentajes y comparaciones entre las mediciones realizadas.

Asimismo, el estudio fue de tipo aplicado, ya que no se limitó únicamente a describir una problemática, sino que buscó intervenir directamente sobre ella mediante la implementación de un programa educativo con enfoque intercultural orientado a la promoción de hábitos saludables. En este sentido, la investigación tuvo una finalidad práctica, enfocada en generar cambios positivos en la comunidad indígena Tamas Páez de La Gabriela a partir de estrategias educativas adaptadas a sus características culturales y sociales.

Además, el estudio tuvo un alcance evaluativo, debido a que pretendió valorar la efectividad de la intervención educativa desarrollada, observando la evolución de los participantes en diferentes dimensiones relacionadas con los estilos de vida saludables antes y después del proceso de intervención y seguimiento.

Diseño del Estudio

La investigación se estructuró mediante un diseño cuasi experimental longitudinal de un solo grupo con mediciones repetidas. Se consideró cuasi experimental porque existió una

intervención educativa planificada por los investigadores, pero no se contó con un grupo control para establecer comparaciones externas. En este tipo de diseño, todos los participantes recibieron la intervención educativa, permitiendo observar los cambios generados a lo largo del proceso.

Igualmente, el estudio fue longitudinal porque el seguimiento de los participantes se realizó durante distintos momentos en el tiempo, permitiendo analizar la evolución progresiva de los hábitos y conductas saludables. Las mediciones se efectuaron en tres momentos específicos:

- Diagnóstico inicial (Dx): permitió identificar la situación de partida de los participantes antes de la intervención.
- Seguimiento 1 (S1): evaluó los cambios iniciales y la apropiación temprana de los contenidos educativos.
- Seguimiento 2 (S2): permitió valorar la consolidación de los hábitos saludables promovidos durante la intervención.

Este diseño favoreció la observación de cambios graduales en los estilos de vida de la comunidad, evitando limitar el estudio a una simple comparación entre un antes y un después.

Población y Muestra

La población de referencia del estudio estuvo conformada por 2.959 habitantes del pueblo indígena Tamas Páez de La Gabriela, ubicado en el corregimiento El Caguán, Neiva-Huila, incluyendo hombres y mujeres entre los 18 y 60 años. Esta población constituyó el universo sobre el cual se enmarcó la investigación, en atención al propósito de evaluar la

efectividad de un programa educativo para la promoción de estilos de vida saludables en el contexto comunitario intervenido.

La muestra estuvo integrada por 155 participantes, seleccionados mediante un muestreo no probabilístico por conveniencia. Este tipo de muestreo se adoptó en función de la disponibilidad de los integrantes de la comunidad, su aceptación voluntaria para participar en el estudio y el cumplimiento de los criterios establecidos por la investigación. En consecuencia, fueron incluidos aquellos miembros de la comunidad que residían en el territorio, tenían edades entre 18 y 60 años, aceptaron participar mediante la firma del consentimiento informado y asistieron a las actividades programadas dentro del proceso de intervención.

Se excluyeron las personas que no otorgaron el consentimiento informado, que no pertenecían a la comunidad objeto de estudio o que presentaron limitaciones para participar de manera continua en el desarrollo del programa educativo y en los momentos de medición establecidos. La unidad de análisis estuvo constituida por cada participante de la comunidad indígena Tamas Pérez vinculado al estudio. Esta delimitación permitió trabajar con una muestra accesible y pertinente para el diseño cuasi experimental longitudinal adoptado, aunque con las limitaciones propias de un muestreo no probabilístico en términos de generalización de resultados.

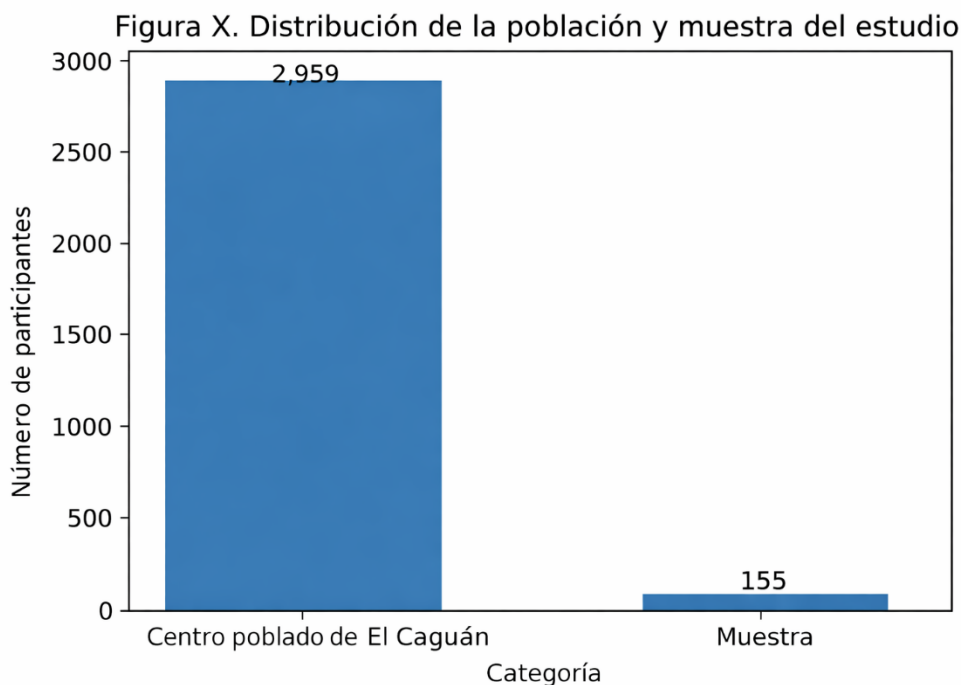
Tabla 1*Población y Muestra*

Elemento	Descripción
Población de referencia	2.959 habitantes del pueblo indígena Tamas Páez de La Gabriela, corregimiento El Caguán, Neiva-Huila.
Rango de edad	Hombres y mujeres entre 18 y 60 años.
Muestra	155 participantes.
Tipo de muestreo	No probabilístico por conveniencia.
Criterios de inclusión	Pertenecer a la comunidad indígena Tamas Páez, tener entre 18 y 60 años, aceptar voluntariamente la participación mediante consentimiento informado y asistir a las actividades programadas.
Criterios de exclusión	No firmar el consentimiento informado, no pertenecer a la comunidad objeto de estudio o no participar de manera continua en el proceso de intervención y seguimiento.
Unidad de análisis	Cada participante incluido en el estudio.

Nota. La tabla presenta la población y la muestra del estudio, conformada por integrantes de la comunidad indígena Tamas Páez que participaron de manera voluntaria en el proceso investigativo. Se describen los criterios de selección y el número de participantes incluidos en el estudio.

Figura 1

Distribución de la Población y Muestra del Estudio



Nota. La figura presenta la distribución de la población total del centro poblado de El Caguán y la muestra seleccionada para el estudio. La población estuvo conformada por 2.959 habitantes, de los cuales se tomó una muestra de 155 participantes, equivalente al 5,2 % de la población total. Esta distribución permitió contar con una representación adecuada para el desarrollo de la investigación.

Criterios de Inclusión y Exclusión

Criterios de inclusión

Los criterios de inclusión correspondieron a las características necesarias para participar en la investigación. Entre ellos se establecieron:

- Ser integrante de la comunidad indígena Tamas Páez de La Gabriela.

- Aceptar voluntariamente participar en el estudio mediante la firma del consentimiento informado.
- Participar en las actividades educativas programadas.
- Completar la aplicación del cuestionario FANTÁSTICO en los momentos de evaluación establecidos.
- Mantener disposición para participar en los espacios de seguimiento y evaluación comunitaria.

Estos criterios permitieron garantizar que los participantes tuvieran relación directa con el contexto estudiado y pudieran aportar información válida durante el proceso investigativo.

Criterios de exclusión

Los criterios de exclusión fueron definidos para identificar las condiciones que impedían la continuidad de participación en el estudio. Entre ellos se incluyeron:

- Negarse a participar en la investigación.
- Retirarse voluntariamente durante el desarrollo del estudio.
- Presentar inasistencia frecuente a las actividades educativas.
- No completar las mediciones correspondientes al Dx, S1 o S2.
- Presentar dificultades que impidieran responder adecuadamente el instrumento de evaluación.

Estos criterios contribuyeron a mantener la calidad y coherencia de la información recolectada durante la investigación.

Variable y Dimensiones de Análisis

Para efectos metodológicos, la presente investigación definió como variable principal de estudio los estilos de vida saludables en los miembros de la comunidad indígena Tamas Páez de La Gabriela, corregimiento El Caguán, Neiva-Huila. Esta variable fue entendida como el conjunto de hábitos, prácticas y conductas relacionadas con el autocuidado, la promoción de la salud y la prevención de factores de riesgo, en coherencia con el propósito de evaluar la efectividad de un programa educativo con enfoque intercultural. El estudio se desarrolló bajo un diseño cuasi experimental longitudinal de un solo grupo, con mediciones repetidas en tres momentos: diagnóstico inicial (Dx), seguimiento 1 (S1) y seguimiento 2 (S2), lo cual permitió analizar la evolución de los participantes a lo largo del proceso de intervención.

En consecuencia, para mantener coherencia entre el diseño metodológico, el instrumento de medición y la presentación de resultados, la variable estilos de vida saludables se operacionalizó en las siguientes dimensiones de análisis, derivadas del cuestionario FANTÁSTICO y de las categorías efectivamente reportadas en las tablas del estudio:

Actividad física, evaluó la frecuencia, duración e intensidad de la actividad física realizada por los participantes en su vida cotidiana, incluyendo prácticas como caminatas, labores domésticas activas y ejercicio estructurado.

Nutrición, evaluó los hábitos alimentarios de los participantes, incluyendo el consumo de frutas, verduras, alimentos naturales, horarios de alimentación y la ingesta de productos ultra procesados.

Consumo de tabaco, midió la presencia, frecuencia y patrones de consumo de tabaco, así como la exposición al humo.

Alcohol y otras drogas, evaluó el consumo de bebidas alcohólicas y otras sustancias

psicoactivas, considerando la frecuencia, cantidad y contexto social del consumo.

Sueño y estrés, analizó la calidad del sueño, la presencia de insomnio o cansancio, así como la capacidad de los participantes para manejar situaciones de estrés.

Trabajo y personalidad, evaluó aspectos relacionados con el estado emocional, la percepción del entorno cotidiano y la presencia de sentimientos como irritabilidad, desánimo o satisfacción personal.

Introspección, midió la capacidad de autoobservación, el reconocimiento de emociones, pensamientos y actitudes, así como el manejo emocional de los participantes.

Conducta sexual y control de salud, evaluó prácticas relacionadas con la salud sexual y reproductiva, la comunicación sobre estos temas y la asistencia a controles preventivos de salud.

Otras conductas, incluyó prácticas de seguridad y prevención de riesgos en la vida cotidiana, como el uso del cinturón de seguridad, la prudencia en actividades diarias y otras conductas protectoras.

Los componentes inicialmente planteados como hábitos de alimentación, actividad física y bienestar emocional no se asumieron como variables independientes, sino como ejes temáticos amplios de interpretación dentro de la variable principal. Esta decisión fortaleció la coherencia interna del estudio, ya que evitó la dispersión conceptual y alineó el apartado metodológico con la estructura real del instrumento aplicado y con la forma en que fueron organizados los resultados comparativos en Dx, S1 y S2.

La medición de la variable se realizó mediante la aplicación del cuestionario FANTÁSTICO en los tres momentos establecidos. El Dx permitió identificar la situación inicial de los estilos de vida de los participantes; el S1 facilitó el seguimiento intermedio del proceso de

apropiación de hábitos saludables; y el S2 permitió consolidar la evaluación final de la intervención, comparando la evolución observada en cada una de las dimensiones analizadas.

Instrumento (Fantástico)

El instrumento utilizado fue el cuestionario FANTÁSTICO, ampliamente empleado para evaluar estilos de vida saludables en diferentes poblaciones. Este cuestionario permite valorar múltiples dimensiones relacionadas con hábitos y conductas de salud, proporcionando una visión integral del bienestar de los participantes.

El cuestionario está conformado por preguntas organizadas en diferentes categorías, las cuales exploran aspectos como actividad física, alimentación, relaciones familiares y sociales, consumo de sustancias, autocuidado y salud emocional. Cada respuesta obtiene una puntuación específica que permite clasificar los estilos de vida de los participantes según niveles de riesgo o bienestar.

En esta investigación, el instrumento fue aplicado en tres momentos:

Dx: diagnóstico inicial.

S1: seguimiento intermedio.

S2: seguimiento final.

La aplicación repetida del cuestionario permitió identificar cambios progresivos en los hábitos saludables de los participantes después de la intervención educativa. Adicionalmente, para efectos analíticos, las respuestas del cuestionario fueron codificadas en una escala de 0 a 2 puntos, donde 0 correspondió a la condición menos favorable para la salud y 2 a la más favorable. Posteriormente, los ítems fueron agrupados en las dimensiones definidas en el estudio

y sus puntajes fueron transformados en porcentajes, con el fin de facilitar la comparación de los resultados obtenidos en el diagnóstico inicial (Dx), el seguimiento 1 (S1) y el seguimiento 2 (S2).

Procedimiento o Fases del Estudio

El procedimiento del estudio se desarrolló de manera secuencial y organizada, en coherencia con el diseño cuasi experimental longitudinal de un solo grupo y con mediciones repetidas en tres momentos: diagnóstico inicial (Dx), seguimiento 1 (S1) y seguimiento 2 (S2). Su ejecución comprendió cuatro fases articuladas entre sí: diagnóstico inicial, diseño y organización de la intervención, implementación del programa educativo y seguimiento-evaluación del proceso.

La intervención se desarrolló entre marzo y septiembre de 2025, con una duración total aproximada de seis meses calendario. Su ejecución no correspondió a una frecuencia semanal continua, sino a encuentros programados de manera periódica, de acuerdo con la disponibilidad de la comunidad y la organización del proceso formativo. Durante este periodo se realizaron la socialización inicial, cinco talleres temáticos y dos momentos de seguimiento.

Fase 1. Diagnóstico inicial (Dx), en una primera fase se realizó el acercamiento a la comunidad indígena Tamas Páez de La Gabriela, corregimiento El Caguán, con el propósito de socializar el estudio, explicar sus alcances y formalizar la participación de los integrantes que aceptaron vincularse mediante consentimiento informado. Posteriormente, se aplicó el cuestionario FANTÁSTICO como instrumento principal de medición, con el fin de identificar la situación inicial de los estilos de vida saludables en la población participante. Este momento diagnóstico permitió establecer la línea de base del estudio y reconocer necesidades relacionadas

con actividad física, nutrición, consumo de tabaco, alcohol y otras drogas, sueño y estrés, introspección, autocuidado y demás dimensiones analizadas durante la investigación.

Fase 2. Diseño y organización de la intervención educativa, con base en la información obtenida en el diagnóstico inicial, se estructuró el programa educativo con enfoque intercultural, orientado a la promoción de estilos de vida saludables en la comunidad. En esta fase se definieron los contenidos temáticos, la metodología didáctica, la secuencia de talleres, los recursos pedagógicos y la organización del cronograma de ejecución. El diseño de la intervención se orientó a responder a las necesidades identificadas en la población, procurando la articulación entre los contenidos de promoción de la salud y las particularidades culturales de la comunidad indígena.

Fase 3. Implementación del programa educativo, en una tercera fase se ejecutó el programa educativo mediante talleres participativos desarrollados con la comunidad. Durante esta etapa se abordaron contenidos relacionados con hábitos alimentarios saludables, actividad física, autocuidado, prevención de riesgos y fortalecimiento del bienestar emocional, desde una perspectiva intercultural y comunitaria. La implementación se realizó conforme al cronograma establecido, mediante encuentros periódicos que favorecieron la participación activa de los asistentes, el diálogo de saberes y la apropiación progresiva de prácticas saludables en el contexto cotidiano de la población participante. El desarrollo de esta fase constituyó el núcleo de la intervención y permitió preparar las condiciones para los momentos posteriores de seguimiento y evaluación.

Fase 4. Seguimiento y evaluación del proceso (S1 y S2), la fase final correspondió al seguimiento y evaluación de la intervención, la cual no se limitó a una única medición posterior, sino que se desarrolló en dos momentos complementarios. El seguimiento 1 (S1) tuvo como

finalidad monitorear la apropiación inicial de los contenidos y la implementación de los hábitos promovidos. En este momento se realizó la aplicación del cuestionario FANTÁSTICO, la observación directa durante las actividades comunitarias, la generación de espacios de diálogo grupal para identificar avances y dificultades, y el registro sistemático de la participación y el compromiso de los asistentes frente a las prácticas promovidas. Posteriormente, en el seguimiento 2 (S2), se efectuó la reaplicación del cuestionario FANTÁSTICO, junto con la observación de prácticas cotidianas relacionadas con la alimentación, la actividad física y el autocuidado, la realización de espacios de diálogo comunitario para valorar la integración de los aprendizajes y el acompañamiento comunitario orientado a reforzar y consolidar los contenidos educativos trabajados. Esta fase permitió comparar la evolución de los participantes entre el diagnóstico inicial y los dos momentos de seguimiento, garantizando coherencia entre la ejecución metodológica y la presentación de resultados en Dx, S1 y S2.

En conjunto, estas fases permitieron desarrollar el estudio de manera estructurada, articulando la medición inicial, la intervención educativa y el seguimiento progresivo de los cambios observados. De este modo, el procedimiento metodológico respondió al propósito de valorar la efectividad a corto plazo del programa educativo en la promoción de estilos de vida saludables en la comunidad indígena Tamas Páez, evitando reducir el estudio a una lógica simple de antes y después, y reconociendo la existencia de un proceso de seguimiento con mediciones repetidas.

Plan de Análisis de Datos

La información recolectada mediante el cuestionario FANTÁSTICO en los tres momentos de medición del estudio diagnóstico inicial (Dx), seguimiento 1 (S1) y seguimiento 2 (S2) fue organizada y tabulada en una base de datos estructurada para facilitar su procesamiento

y análisis. En una primera etapa, se realizó la depuración de la información, verificando la consistencia de los registros y la correspondencia de los mismos 155 participantes en los tres momentos de seguimiento.

Para el procesamiento de los datos, cada ítem del cuestionario fue codificado en una escala de 0 a 2 puntos, donde 0 representó la condición menos favorable para la salud y 2 la más favorable, de acuerdo con la lógica de puntuación del instrumento. Posteriormente, los ítems fueron agrupados en las dimensiones analíticas definidas en el estudio: actividad física, nutrición, consumo de tabaco, alcohol y otras drogas, sueño y estrés, trabajo y personalidad, introspección, conducta sexual y control de salud, y otras conductas.

Una vez agrupados los ítems, se calculó el puntaje observado del grupo en cada dimensión y en cada momento de medición. Con el propósito de facilitar la comparación entre Dx, S1 y S2, dichos puntajes fueron transformados en porcentaje respecto al puntaje máximo posible de cada dimensión, mediante la siguiente fórmula:

$$\text{Porcentaje de la dimensión} = (\text{puntaje observado en la dimensión} / \text{puntaje máximo posible en la dimensión}) \times 100$$

En esta expresión, el puntaje observado en la dimensión correspondió a la suma de los puntajes obtenidos por todos los participantes en los ítems que integraban cada dimensión, mientras que el puntaje máximo posible se calculó multiplicando el número de participantes, el número de ítems de la dimensión y el valor máximo por ítem (2 puntos). De esta manera, los porcentajes reportados en las tablas expresan el puntaje relativo grupal alcanzado en cada dimensión del cuestionario FANTÁSTICO.

Posteriormente, se realizó un análisis descriptivo mediante frecuencias, porcentajes y comparación de resultados entre los tres momentos de medición. Adicionalmente, dado que el

estudio se estructuró con mediciones repetidas en un mismo grupo, se efectuó un análisis comparativo intragrupo para valorar la evolución de los participantes entre Dx, S1 y S2. Para ello, se empleó la prueba de Friedman, por tratarse de una prueba no paramétrica adecuada para comparar tres mediciones relacionadas en un mismo grupo.

Una vez identificadas diferencias globales, se realizaron comparaciones post hoc mediante la prueba de Wilcoxon para muestras relacionadas entre los pares Dx-S1, S1-S2 y Dx-S2, aplicando corrección de Bonferroni para controlar el error por comparaciones múltiples. Asimismo, se calculó el tamaño de efecto global mediante Kendall's W, con el fin de estimar la magnitud de los cambios observados en cada dimensión.

Los resultados fueron presentados mediante tablas comparativas, figuras y análisis interpretativos, con el propósito de describir la evolución del grupo intervenido y valorar la efectividad a corto plazo del programa educativo dentro de los alcances del diseño metodológico adoptado.

Consideraciones Éticas

La investigación se desarrolló bajo principios éticos orientados a proteger la dignidad, la autonomía, la privacidad y el bienestar de los participantes de la comunidad indígena Tamas Pérez. Dado que el estudio se centró en la aplicación de un cuestionario y en el desarrollo de talleres educativos sin procedimientos invasivos ni intervenciones clínicas, se clasificó como una investigación de riesgo mínimo, en la medida en que no implicó afectaciones físicas directas ni exposición deliberada a condiciones que comprometieran la integridad de los participantes.

La participación en el estudio fue voluntaria y estuvo condicionada a la firma del consentimiento informado, mediante el cual se explicó de manera clara el propósito de la investigación, las actividades a desarrollar, los posibles beneficios, los riesgos previsibles, el

carácter no obligatorio de la participación y el derecho de retirarse del estudio en cualquier momento, sin consecuencias negativas para los participantes. Este procedimiento respondió al principio de autonomía, entendido como el respeto por la capacidad de decisión libre e informada de cada integrante de la comunidad.

En materia de confidencialidad, la información recolectada fue tratada de manera reservada y utilizada exclusivamente con fines académicos e investigativos. Los datos personales de los participantes no fueron divulgados de forma individual y su tratamiento se realizó bajo criterios de acceso restringido, resguardo de la información y uso responsable de los registros obtenidos durante la investigación. De esta manera, se buscó proteger la privacidad de la comunidad y evitar posibles afectaciones derivadas del manejo inadecuado de la información.

El estudio también se orientó por el principio de beneficencia, dado que la intervención educativa fue diseñada para favorecer el bienestar comunitario mediante acciones de promoción de la salud, fortalecimiento del autocuidado y prevención de riesgos. En la misma línea, se atendió al principio de no maleficencia, procurando minimizar cualquier posible afectación emocional, cultural o social derivada de la participación en talleres, cuestionarios o actividades grupales. Para ello, las acciones fueron desarrolladas con respeto por la identidad cultural de la comunidad, evitando imposiciones externas y promoviendo el diálogo de saberes.

Desde el punto de vista normativo, la investigación se enmarcó en la Constitución Política de Colombia, la Ley 1751 de 2015, la Ley 1122 de 2007 y los lineamientos del Ministerio de Salud y Protección Social relacionados con enfoque diferencial e intercultural en comunidades indígenas. Asimismo, el estudio se articuló con los principios del Plan Decenal de Salud Pública y con la necesidad de desarrollar acciones de promoción de la salud respetuosas de la diversidad cultural, el territorio y las formas propias de organización comunitaria.

Adicionalmente, durante el proceso investigativo se reconocieron riesgos específicos de carácter logístico, de confidencialidad, de participación y de aceptación cultural, los cuales fueron gestionados mediante estrategias preventivas, acompañamiento comunitario y adaptación del programa a las particularidades del contexto.

Análisis y Resultados

Se presentan los resultados obtenidos a partir de la ejecución del programa educativo orientado a la promoción de estilos de vida saludables en la comunidad indígena Tamas Páez de La Gabriela, corregimiento El Caguán, Neiva-Huila. La exposición de los hallazgos se organizó en función del diseño cuasi experimental longitudinal de un solo grupo, con mediciones repetidas en tres momentos: diagnóstico inicial (Dx), seguimiento 1 (S1) y seguimiento 2 (S2). Esta estructura permitió describir la evolución de los participantes a lo largo del proceso formativo y valorar la efectividad a corto plazo de la intervención desarrollada.

Los resultados se presentan de manera secuencial. En primer lugar, se describe la población participante y los criterios considerados en su selección. En segundo lugar, se expone la estructura pedagógica del programa, el cronograma de ejecución y el plan de seguimiento implementado. Finalmente, se muestran los resultados comparativos obtenidos en las diferentes dimensiones del cuestionario FANTÁSTICO, con base en los porcentajes observados en Dx, S1 y S2. Esta organización buscó mantener coherencia entre la ejecución metodológica del estudio y la forma en que fueron analizados y presentados los hallazgos.

Caracterización de la Población Participante

La población participante del estudio estuvo conformada por hombres y mujeres pertenecientes a la comunidad indígena Tamas Páez, residentes en el corregimiento El Caguán – Neiva (Huila), con edades comprendidas entre los 18 y 60 años. La muestra fue seleccionada mediante un muestreo por conveniencia, incluyendo a aquellos participantes que manifestaron su voluntad de participar en el estudio mediante la firma del consentimiento informado. En total, participaron 155 personas, quienes constituyeron la unidad de análisis del estudio.

Como criterios de inclusión se consideraron: ser mayor de edad, pertenecer a la comunidad indígena y asistir a las actividades programadas. Se excluyeron aquellas personas que no firmaron el consentimiento informado o que presentaron limitaciones que impidieran su participación continua. Esta caracterización permitió identificar las condiciones iniciales de la población y contextualizar los resultados obtenidos en el proceso investigativo.

Implementación del Programa

El programa educativo se diseñó bajo un enfoque intercultural y diferencial, reconociendo que la salud en el pueblo Tamas Páez se concibe de manera integral, como un equilibrio entre cuerpo, mente, espíritu, familia, comunidad y territorio. Desde este enfoque, se respetan y valoran los saberes ancestrales, las prácticas tradicionales y la cosmovisión indígena, promoviendo el diálogo de saberes entre el conocimiento científico y el conocimiento propio de la comunidad. Asimismo, se reconoce la diversidad etaria, de género y de roles comunitarios, garantizando una participación equitativa, y se prioriza la autonomía comunitaria junto con la toma de decisiones colectivas como ejes fundamentales en el cuidado integral de la salud. Este enfoque garantiza que el programa no imponga modelos externos, sino que fortalezca prácticas culturales protectoras y sostenibles.

Estructura Pedagógica

El programa educativo se estructuró en cinco talleres participativos, diseñados a partir de las categorías del cuestionario FANTÁSTICO y de las necesidades identificadas en el diagnóstico inicial.

Talleres desarrollados

Taller 1: Familia, Actividad Física y Nutrición Orientado a fortalecer la convivencia familiar, la actividad física cotidiana y la alimentación tradicional saludable.

Taller 2: Sueño, Estrés y Seguridad Enfocado en la higiene del sueño, el manejo del estrés y la prevención de riesgos cotidianos.

Taller 3: Personalidad y Autorregulación Emocional Dirigido al autoconocimiento, la regulación emocional y la resiliencia desde la tradición indígena.

Taller 4: Sexualidad y Autocuidado Promovió la comunicación respetuosa, el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos y el autocuidado.

Taller 5: Autocuidado Integral y Prevención Reforzó el concepto de buen vivir, la prevención de enfermedades y las prácticas cotidianas de autocuidado.

Metodología Didáctica

La metodología didáctica del programa fue participativa, vivencial e intercultural, centrada en el aprendizaje significativo y comunitario.

Se utilizaron las siguientes estrategias metodológicas:

- Diálogo de saberes entre conocimientos ancestrales y biomédicos.
- Aprendizaje experiencial, mediante actividades prácticas, dinámicas corporales y ejercicios reflexivos.
- Círculos de palabra, como espacio de expresión, reflexión colectiva y construcción de acuerdos.
- Metodología activa, fomentando la participación, la reflexión crítica y la apropiación de los contenidos.
- Aprendizaje contextualizado, adaptando los contenidos al territorio, la cultura y la vida cotidiana de la comunidad.

Esta metodología permitió una mayor apropiación de los contenidos y fortaleció la participación comunitaria.

Cronograma de Ejecución de los Talleres

El programa educativo se desarrolló entre marzo y septiembre de 2025, con una duración total aproximada de seis meses calendario. Su ejecución no correspondió a una frecuencia semanal continua, sino a sesiones programadas de manera periódica, de acuerdo con la disponibilidad de la comunidad y la organización del proceso formativo. Durante este periodo se realizaron la socialización inicial, cinco talleres temáticos y dos momentos de seguimiento (S1 y S2).

Tabla 2

Cronograma de Ejecución del Programa Educativo y Seguimiento

Momento	Fecha	Actividad
1	3/03/2025	Socialización del programa y diagnóstico inicial
2	5/04/2025	Taller 1: Familia, actividad física y nutrición
3	8/05/2025	Taller 2: Sueño, estrés y seguridad
4	7/06/2025	Taller 3: Personalidad y autorregulación emocional
5	5/07/2025	Taller 4: Sexualidad y autocuidado
6	4/08/2025	Taller 5: Autocuidado integral y prevención
7	25/08/2025	Seguimiento 1 (S1)
8	3/09/2025	Seguimiento 2 (S2)

Nota. La tabla presenta la secuencia temporal de ejecución del programa educativo, desarrollada entre marzo y septiembre de 2025. La implementación se realizó mediante encuentros periódicos con la comunidad, incluyendo la socialización inicial, el desarrollo de cinco talleres temáticos y dos momentos de seguimiento para la evaluación del proceso. Seguimiento del proceso: Dx, S1 y S2

El seguimiento del proceso se desarrolló con el propósito de monitorear la apropiación de los contenidos del programa educativo y la evolución de los hábitos promovidos en la comunidad indígena Tamas Pérez. Para ello, se establecieron tres momentos de medición articulados entre sí: diagnóstico inicial (Dx), seguimiento 1 (S1) y seguimiento 2 (S2), los cuales permitieron observar progresivamente los cambios asociados a la intervención educativa.

El diagnóstico inicial (Dx) permitió establecer la línea de base del estudio mediante la aplicación del cuestionario FANTÁSTICO a los participantes seleccionados, con el fin de identificar su situación de partida en relación con los estilos de vida saludables. Este momento permitió reconocer necesidades en dimensiones como actividad física, nutrición, consumo de tabaco, alcohol y otras drogas, sueño y estrés, trabajo y personalidad, introspección, conducta sexual y control de salud, y otras conductas de autocuidado.

El seguimiento 1 (S1) se realizó como un momento intermedio de valoración del proceso. En esta fase se aplicó nuevamente el cuestionario FANTÁSTICO y se complementó la recolección de información con observación directa durante las actividades comunitarias, diálogo grupal para identificar avances y dificultades, y registro de la participación y el compromiso de los asistentes frente a las prácticas promovidas.

El seguimiento 2 (S2) correspondió a la evaluación final del proceso de intervención. En este momento se efectuó la reaplicación del cuestionario FANTÁSTICO, junto con la observación de prácticas cotidianas relacionadas con la alimentación, la actividad física y el autocuidado, así como espacios de diálogo comunitario orientados a valorar la integración de los aprendizajes y el fortalecimiento de los hábitos saludables trabajados durante el programa.

Resultados Comparativos de los Estilos de Vida Saludables

En este apartado se presentan los resultados obtenidos en las distintas dimensiones del cuestionario FANTÁSTICO, con base en la información recolectada en los tres momentos de medición del estudio: diagnóstico inicial (Dx), seguimiento 1 (S1) y seguimiento 2 (S2). La exposición de los hallazgos se organiza en dos niveles: en primer lugar, la descripción diagnóstica inicial de los estilos de vida saludables de la comunidad participante y, en segundo lugar, la comparación de la evolución observada entre los tres momentos de seguimiento.

Diagnóstico Inicial

Los resultados del diagnóstico inicial permitieron identificar la situación de partida de la comunidad indígena Tamas Páez frente a las distintas dimensiones evaluadas por el cuestionario FANTÁSTICO. En términos generales, se evidenció la presencia de factores de riesgo relacionados con la actividad física, la nutrición, el consumo de tabaco, alcohol y otras drogas, el sueño y el manejo del estrés, así como con dimensiones de introspección, autocuidado y prevención. Estos hallazgos justificaron la implementación del programa educativo con enfoque intercultural y orientaron el diseño de los talleres desarrollados durante la intervención.

Tabla 3*Actividad Física*

Categoría	DX %	Interpretación
Actividad Física	28%	El diagnóstico inicial evidencia un nivel bajo de actividad física en la comunidad indígena Tamas Páez, reflejando un predominio del sedentarismo. Este resultado indica que, antes de la intervención, la mayoría de los participantes no incorporaban la actividad física como parte de su rutina diaria

Nota. Los resultados del diagnóstico inicial en la dimensión de actividad física evidenciaron un nivel bajo de práctica regular en la comunidad participante. Este comportamiento sugiere predominio de sedentarismo y limitada incorporación del movimiento corporal como parte de la rutina cotidiana, lo que constituye un factor de riesgo relevante para la salud y justificó el abordaje de esta dimensión dentro del programa educativo.

Tabla 4*Nutrición*

Categoría	DX %	Interpretación
Nutrición	25%	Muestra un estado crítico de los hábitos alimentarios, caracterizado por bajo consumo de frutas y verduras, horarios irregulares de alimentación y una presencia significativa de productos ultra procesados. Este resultado refleja una vulnerabilidad nutricional que afecta directamente la salud y el bienestar de la comunidad

Nota. En la dimensión de nutrición, el diagnóstico inicial mostró debilidades importantes en los hábitos alimentarios de los participantes. La baja presencia de alimentos naturales y la frecuencia de prácticas alimentarias inadecuadas permitieron identificar una condición de vulnerabilidad nutricional que afectaba el bienestar de la comunidad y requería intervención educativa específica.

Tabla 5*Consumo de Tabaco*

Categoría	DX%	Interpretación
Consumo de tabaco	40%	El diagnóstico inicial indica una presencia relevante de consumo de tabaco, especialmente en población joven y adulta. Este porcentaje refleja una

normalización del hábito y una baja percepción del riesgo asociado al consumo, lo cual incrementa la probabilidad de enfermedades respiratorias y cardiovasculares.

Nota. El diagnóstico inicial permitió identificar la presencia de consumo de tabaco en una proporción significativa de la población evaluada. Este hallazgo reflejó la existencia de conductas de riesgo asociadas al autocuidado y puso en evidencia la necesidad de fortalecer procesos de sensibilización frente a los efectos del tabaquismo en la salud individual y comunitaria.

Tabla 6

Alcohol y Drogas

Categoría	DX %	Interpretación
Alcohol y otras drogas	30%	se identifican patrones de consumo ocasional de riesgo, especialmente asociados a contextos sociales y comunitarios.

Nota. En esta dimensión se identificaron patrones de consumo ocasional de riesgo, especialmente vinculados a contextos sociales y comunitarios. Aunque no se trató de una situación homogénea en toda la población, el resultado mostró que existían prácticas que justificaban la inclusión de

contenidos preventivos orientados al fortalecimiento del autocuidado y la toma de decisiones saludables.

Tabla 7

Sueño y Estrés

Categoría	DX %	Interpretación
Sueño y estrés	32%	El diagnóstico inicial evidencia alteraciones en la calidad del sueño y altos niveles de estrés, manifestados en cansancio, insomnio y dificultades para manejar tensiones cotidianas.

Nota. Los hallazgos del diagnóstico inicial evidenciaron dificultades en la calidad del descanso y en el manejo de tensiones cotidianas. La presencia de cansancio, insomnio y estrés sugirió afectaciones en el bienestar emocional de los participantes, por lo que esta dimensión fue considerada prioritaria dentro del proceso educativo desarrollado.

Tabla 8

Trabajo Personalidad

Categoría	DX%	Interpretación
Trabajo personalidad	35%	muestra una presencia significativa de emociones negativas, como irritabilidad, desánimo y sensación de sobrecarga, tanto en el ámbito laboral como personal. Este resultado indica

dificultades en la regulación emocional y en la satisfacción con las actividades cotidianas, lo que puede impactar la convivencia y el desempeño diario.

Nota. En la dimensión de trabajo y personalidad, el diagnóstico mostró presencia de emociones negativas, sobrecarga y dificultades de regulación emocional en parte de los participantes. Este resultado permitió reconocer que el bienestar subjetivo y la percepción del entorno cotidiano constituían un componente relevante dentro del análisis de los estilos de vida saludables en la comunidad.

Tabla 9

Introspección

Categoría	DX %	Interpretación
Introspección	29%	La categoría de introspección en el Dx evidencia bajo nivel de autoobservación y manejo emocional, con presencia de pensamientos negativos, tristeza y tensión emocional. Este resultado refleja una limitada capacidad inicial para reconocer y gestionar emociones, afectando el bienestar integral.

Nota. Los resultados del diagnóstico inicial en la dimensión de introspección evidenciaron limitaciones en la autoobservación y en el reconocimiento de estados emocionales. La presencia de pensamientos negativos, tristeza o tensión emocional indicó la necesidad de fortalecer procesos de reflexión, autorregulación y bienestar emocional en el contexto de la intervención educativa.

Tabla 10

Conducta Sexual y Control de Salud

Categoría	DX %	Interpretación
Sexual y Control de Salud	33%	El diagnóstico inicial muestra baja comunicación sobre sexualidad y escasa adherencia a controles preventivos de salud.

Nota. El diagnóstico inicial mostró debilidades en prácticas de autocuidado relacionadas con la salud sexual y en la adherencia a controles preventivos. Este hallazgo permitió identificar oportunidades de fortalecimiento en la comunicación, la prevención y el reconocimiento del cuidado de la salud como parte del bienestar integral.

Tabla 11*Otras Conductas*

Categoría	DX %	Interpretación
Otras conductas	30%	Refleja una adopción limitada de conductas protectoras, como el uso del cinturón de seguridad, la prudencia vial y otras prácticas de prevención de riesgos. Este resultado indica una baja percepción inicial del riesgo y la ausencia de hábitos consolidados de autocuidado, lo que expone a la comunidad a eventos prevenibles. El diagnóstico justificó la inclusión de acciones educativas orientadas a la prevención y la seguridad cotidiana.

Nota. En la dimensión de otras conductas, los resultados reflejaron una adopción limitada de prácticas protectoras y de prevención de riesgos en la vida cotidiana. Este comportamiento sugirió una baja percepción inicial del riesgo y justificó la incorporación de contenidos orientados a la seguridad, la prudencia y el autocuidado general dentro del programa.

Resultados: Los resultados del diagnóstico inicial (Dx), obtenidos mediante el cuestionario fantástico, permitieron identificar la situación de partida de la comunidad indígena Tamas Pérez frente a sus estilos de vida. De manera general, se evidenció la presencia de factores de riesgo relacionados con la alimentación, la actividad física, el bienestar emocional y el autocuidado, lo que refleja la necesidad de intervenciones en promoción de la salud con enfoque intercultural.

En la dimensión de actividad física, el diagnóstico mostró un bajo nivel de práctica regular, evidenciando predominio del sedentarismo. En cuanto a la nutrición, se identificaron hábitos alimentarios poco saludables, caracterizados por bajo consumo de alimentos naturales y una mayor presencia de productos procesados, lo que sugiere una condición de vulnerabilidad nutricional. Respecto al consumo de tabaco y alcohol, el Dx evidenció la presencia de estos hábitos en parte de la comunidad, con patrones de consumo ocasional que representan factores de riesgo para la salud individual y colectiva. Estos comportamientos se encuentran normalizados en algunos contextos sociales. En relación con el sueño y el manejo del estrés, el diagnóstico inicial reflejó alteraciones en la calidad del descanso y dificultades para afrontar tensiones cotidianas, lo que afecta el bienestar emocional de los participantes. Asimismo, se identificaron dificultades en la regulación emocional, asociadas a emociones negativas y baja introspección.

Finalmente, el Dx evidenció limitaciones en las conductas de autocuidado, incluyendo la comunicación sobre sexualidad, la asistencia a controles preventivos y la adopción de prácticas de prevención de riesgos. En conjunto, estos resultados describen una situación inicial caracterizada por estilos de vida con múltiples factores de riesgo en la comunidad indígena Tamas Pérez.

En conjunto, estos hallazgos justificaron la pertinencia del programa educativo implementado y orientaron el diseño de los talleres desarrollados durante la intervención.

Comparación de resultados en Dx, S1 y S2

Con el propósito de valorar la evolución de los participantes a lo largo del proceso de intervención, se realizó la comparación de los resultados obtenidos en las distintas dimensiones

del cuestionario FANTÁSTICO entre el diagnóstico inicial (Dx), el seguimiento 1 (S1) y el seguimiento 2 (S2). Los porcentajes reportados en cada dimensión corresponden al puntaje relativo grupal obtenido en los ítems asociados a cada categoría del instrumento, calculado respecto al puntaje máximo posible en cada momento de medición, según el procedimiento descrito en el apartado 8.8.

Además del análisis descriptivo, se realizó un análisis comparativo intragrupo para determinar si las diferencias observadas entre Dx, S1 y S2 eran estadísticamente significativas. Dado que el estudio contempló mediciones repetidas en un mismo grupo de participantes, se empleó la prueba de Friedman como procedimiento no paramétrico para tres mediciones relacionadas. Posteriormente, se realizaron comparaciones post hoc mediante la prueba de Wilcoxon para muestras relacionadas entre los pares Dx–S1, S1–S2 y Dx–S2, aplicando corrección por comparaciones múltiples. Como medida del tamaño de efecto global se calculó Kendall's W.

Tabla 12

Actividad Física

Categoría	Dx %	S1 %	S2 %	Interpretación
Actividad Física	28%	52%	88%	Mejora progresiva significativa

Nota. La tabla presenta la comparación de los resultados del diagnóstico inicial (Dx), Seguimiento 1 (S1) y Seguimiento 2 (S2) en la categoría de actividad física, obtenidos mediante la aplicación del cuestionario FANTÁSTICO.

Descripción comparativa por momentos, Dx 28 %: El diagnóstico inicial evidenció un puntaje bajo en la dimensión de actividad física, lo que sugiere limitada incorporación de prácticas activas dentro de la rutina cotidiana del grupo participante.

S1 52 %: En el primer seguimiento se observó un incremento del puntaje relativo grupal, compatible con una mayor sensibilización frente a la importancia del movimiento corporal y la actividad física cotidiana.

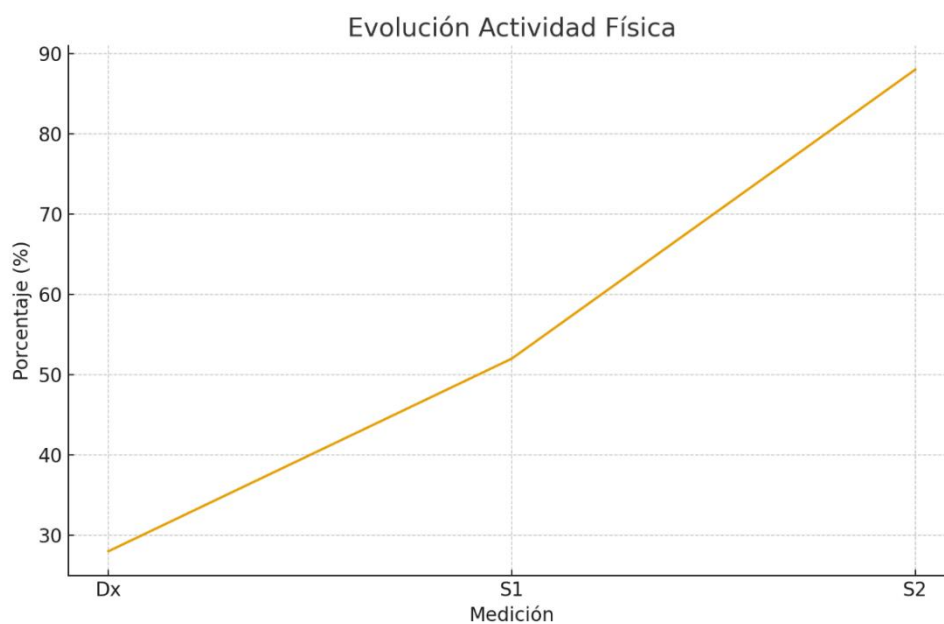
S2 88 %: En el segundo seguimiento se identificó una evolución favorable más marcada, lo que sugiere una mayor apropiación de prácticas relacionadas con actividad física dentro del periodo evaluado.

Análisis, los resultados de la dimensión de actividad física muestran una evolución ascendente entre Dx, S1 y S2. Este comportamiento sugiere que el programa educativo estuvo asociado con una mejora observada a corto plazo en la incorporación de prácticas activas por parte del grupo intervenido. No obstante, estos hallazgos deben interpretarse dentro de los

alcances del diseño cuasi experimental de un solo grupo y sin afirmar cambios permanentes en los hábitos de actividad física.

Figura 2

Actividad Física



Nota. La figura muestra la evolución de la dimensión de actividad física en los participantes del estudio a través de las tres mediciones realizadas (Dx, S1 y S2). Se evidencia un incremento progresivo en los porcentajes, pasando de 28 % en el diagnóstico inicial (Dx), a 52 % en la primera sesión de seguimiento (S1) y alcanzando 88 % en la segunda sesión (S2). Estos resultados reflejan una mejoría significativa en las prácticas de actividad física después de la implementación del programa educativo con enfoque intercultural.

Tabla 13*Nutrición*

Categoría	Dx %	S1 %	S2 %	Interpretación
Nutrición	25%	47%	85%	Mejora progresiva moderada-alta

Nota. La tabla presenta la comparación de los resultados del diagnóstico inicial (Dx), Seguimiento 1 (S1) y Seguimiento 2 (S2) en la categoría den nutrición, obtenidos mediante la aplicación del cuestionario FANTÁSTICO.

Descripción comparativa por momentos, Dx 25 %: El diagnóstico inicial mostró un puntaje bajo en la dimensión de nutrición, lo que sugiere debilidades en los hábitos alimentarios evaluados por el cuestionario FANTÁSTICO.

S1 47 %: En el primer seguimiento se observó un incremento moderado del puntaje, compatible con una apropiación inicial de recomendaciones relacionadas con alimentación saludable.

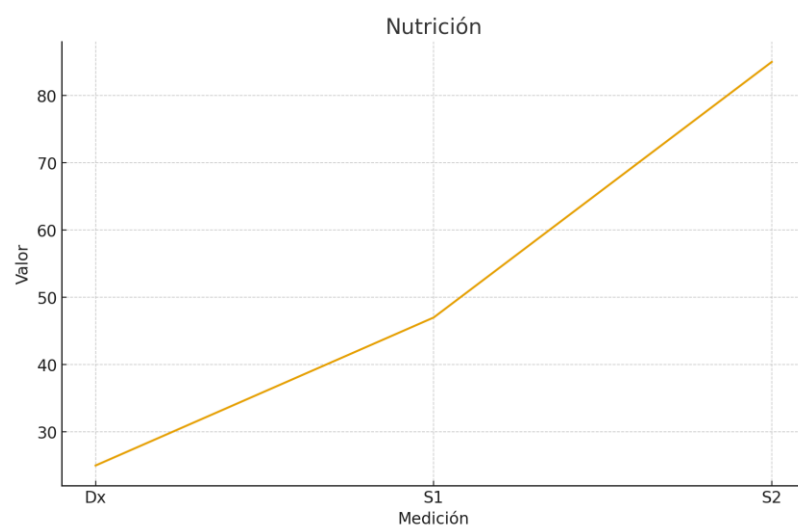
S2 85 %: En el segundo seguimiento se identificó una evolución favorable del puntaje relativo grupal, lo que sugiere una mejoría observada en las prácticas alimentarias reportadas durante el periodo de intervención.

Análisis, la dimensión de nutrición presentó una progresión ascendente entre los tres momentos de medición. Este resultado sugiere que los contenidos educativos relacionados con alimentación saludable pudieron favorecer una mayor apropiación de prácticas alimentarias protectoras en el grupo participante. Sin embargo, la interpretación debe mantenerse como una

mejora observada a corto plazo y no como evidencia concluyente de transformación sostenida de los hábitos nutricionales.

Figura 3

Nutrición

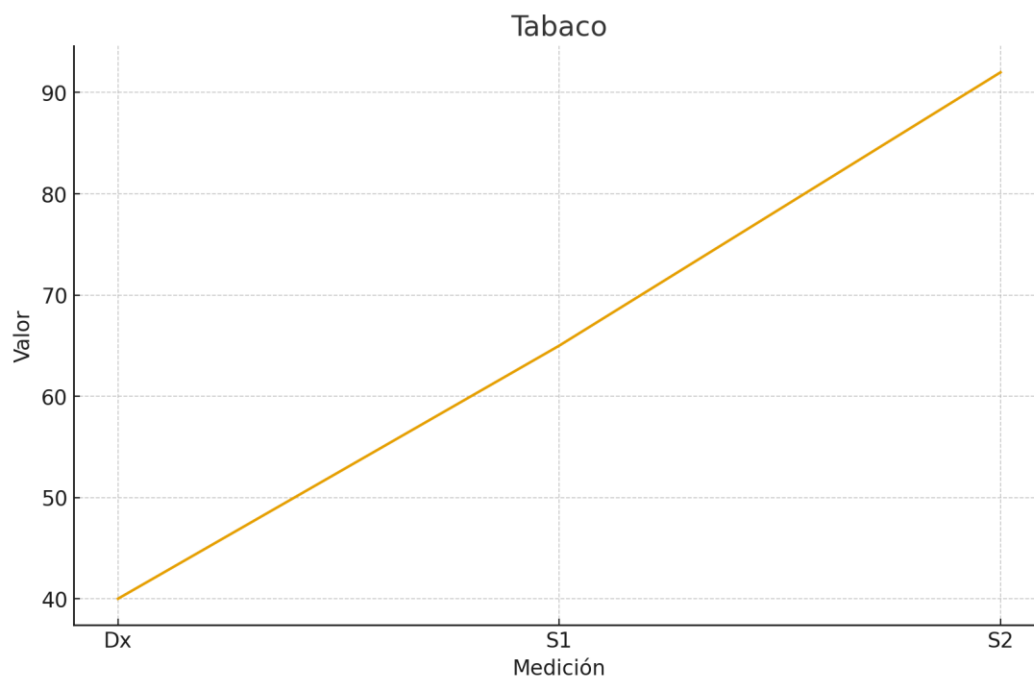


Nota. La figura presenta la evolución de la dimensión de nutrición en los participantes del estudio durante las tres mediciones realizadas (Dx, S1 y S2). Se observa un incremento progresivo en los porcentajes, pasando de 25 % en el diagnóstico inicial (Dx), a 47 % en la primera sesión de seguimiento (S1) y alcanzando 85 % en la segunda sesión (S2). Estos resultados evidencian una mejoría significativa en los hábitos de alimentación saludable posterior a la implementación del programa educativo con enfoque intercultural.

Tabla 14*Consumo de tabaco*

Categoría	Dx %	S1 %	S2 %	Interpretación
Tabaco	40%	65%	92%	Reducción del consumo y mejora clara en autocuidado

Nota. La tabla presenta la comparación de los resultados del diagnóstico inicial (Dx), Seguimiento 1 (S1) y Seguimiento 2 (S2) en la categoría de consumo de tabaco, obtenidos mediante la aplicación del cuestionario FANTÁSTICO.

Figura 4*Tabaco*

Nota. La figura muestra la evolución de la dimensión relacionada con el consumo de tabaco en los participantes del estudio a través de las tres mediciones realizadas (Dx, S1 y S2). Se observa

un aumento progresivo de los porcentajes, pasando de 40 % en el diagnóstico inicial (Dx), a 65 % en la primera sesión de seguimiento (S1) y alcanzando 92 % en la segunda sesión (S2). Estos resultados evidencian una mejora significativa en las conductas de prevención y control del consumo de tabaco, atribuible a la implementación del programa educativo con enfoque intercultural.

Descripción comparativa por momentos, Dx 40 %: El diagnóstico inicial evidenció un puntaje bajo-moderado en la dimensión de consumo de tabaco, lo que sugiere presencia de conductas de riesgo asociadas a esta práctica en parte del grupo participante.

S1 65 %: En el primer seguimiento se observó un aumento del puntaje relativo grupal, compatible con una mayor percepción del riesgo y una posible reducción de conductas desfavorables relacionadas con el tabaquismo.

S2 92 %: En el segundo seguimiento se identificó una evolución favorable del puntaje, lo que sugiere mejoría en los indicadores autorreportados relacionados con autocuidado y consumo de tabaco.

Análisis, Los resultados muestran una tendencia favorable en la dimensión de consumo de tabaco entre Dx, S1 y S2. Esta evolución puede interpretarse como una mejora observada en los indicadores autorreportados del cuestionario FANTÁSTICO relacionados con el tabaquismo. No obstante, debido al corto tiempo de seguimiento y a la ausencia de instrumentos específicos para evaluar cesación tabáquica, no debe afirmarse abandono definitivo del consumo ni modificación estructural de esta conducta.

Tabla 15*Alcohol y Drogas*

Categoría	Dx %	S1 %	S2 %	Interpretación
Alcohol y otras drogas	30%	56%	90%	Disminución progresiva de riesgo y consumo

Nota. La tabla presenta la comparación de los resultados del diagnóstico inicial (Dx), Seguimiento 1 (S1) y Seguimiento 2 (S2) en la categoría de alcohol y otras drogas, obtenidos mediante la aplicación del cuestionario FANTÁSTICO.

Descripción comparativa por momentos, Dx 30 %: El diagnóstico inicial mostró un puntaje bajo en esta dimensión, lo que sugiere presencia de prácticas de riesgo relacionadas con el consumo de alcohol u otras sustancias en el grupo evaluado.

S1 56 %: En el primer seguimiento se observó un aumento del puntaje relativo grupal, compatible con una mayor sensibilización frente al autocuidado y la prevención de riesgos asociados al consumo.

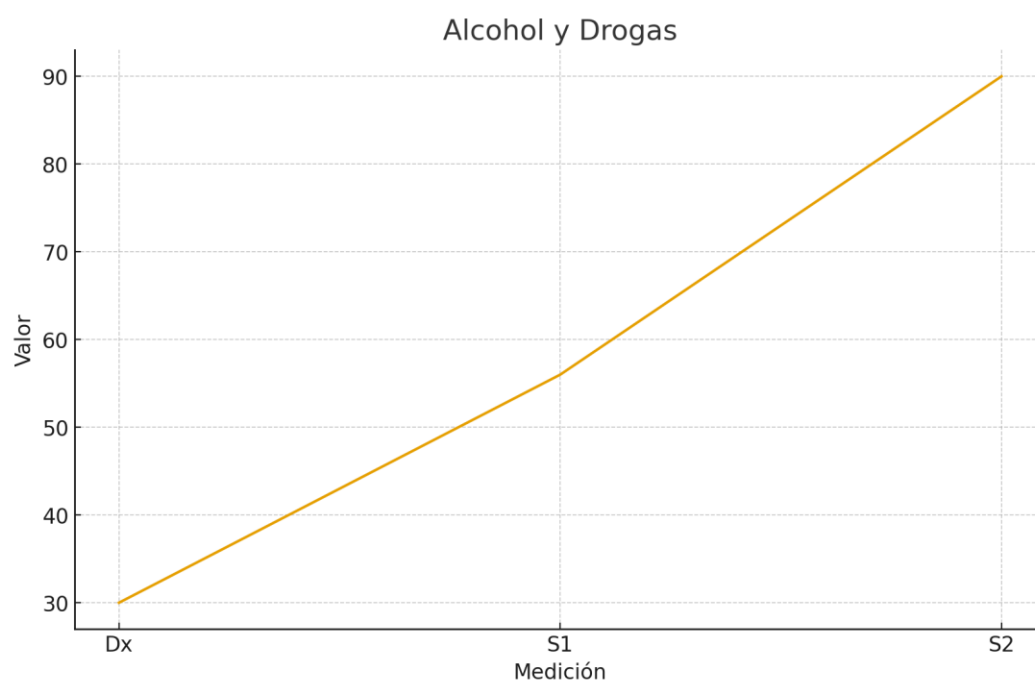
S2 90 %: En el segundo seguimiento se identificó una evolución favorable, lo que sugiere mejoría en los indicadores autorreportados relacionados con prácticas preventivas y reducción de conductas de riesgo.

Análisis, la dimensión de alcohol y otras drogas presentó una evolución ascendente entre los tres momentos de medición. Este comportamiento sugiere que el programa educativo pudo

favorecer una mayor percepción del riesgo y una mejor disposición hacia prácticas de autocuidado. Sin embargo, estos resultados deben interpretarse con cautela, ya que no permiten afirmar cambios definitivos en patrones de consumo ni sustituyen una evaluación clínica o especializada sobre consumo de sustancias.

Figura 5

Alcohol y drogas



Nota. La gráfica evidencia una tendencia claramente ascendente a lo largo del tiempo o de las fases de medición. El valor asociado a "Alcohol y Drogas" experimenta un aumento constante y pronunciado, llegando a triplicarse (de 30 a 90) entre la medición inicial (Dx) y la medición final (S2).

Tabla 16*Sueño y Estrés*

Categoría	Dx %	S1 %	S2 %	Interpretación
Sueño y estrés	32%	54%	89 %	Mayor manejo emocional y del estrés

Nota. La tabla presenta la comparación de los resultados del diagnóstico inicial (Dx), Seguimiento 1 (S1) y Seguimiento 2 (S2) en la categoría de sueño y estrés, obtenidos mediante la aplicación del cuestionario FANTÁSTICO.

Descripción comparativa por momentos, Dx 32 %: El diagnóstico inicial evidenció un puntaje bajo en la dimensión de sueño y estrés, lo que sugiere dificultades autorreportadas relacionadas con descanso, cansancio y manejo de tensiones cotidianas.

S1 54 %: En el primer seguimiento se observó un incremento del puntaje relativo grupal, compatible con una apropiación inicial de estrategias educativas relacionadas con descanso y afrontamiento cotidiano.

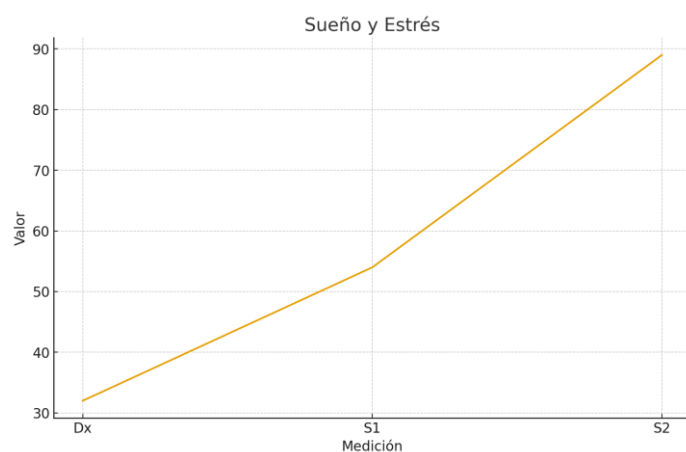
S2 89 %: En el segundo seguimiento se identificó una evolución favorable del puntaje, lo que sugiere mejoría observada en los indicadores de sueño, descanso y manejo del estrés evaluados por el instrumento.

Análisis, los resultados de sueño y estrés muestran una mejora progresiva entre Dx, S1 y S2. Esta tendencia sugiere que los contenidos educativos relacionados con autocuidado, descanso y manejo de tensiones pudieron favorecer cambios positivos en los indicadores autorreportados por el grupo participante. No obstante, estos hallazgos no deben interpretarse como evidencia

clínica de mejoría en salud mental, dado que el estudio no utilizó instrumentos especializados para evaluar estrés, ansiedad u otras condiciones emocionales.

Figura 6

Sueño y Estrés



Nota. La gráfica muestra una tendencia progresiva y claramente ascendente. A medida que se avanza desde la medición inicial (Dx) hasta el segundo seguimiento (S2), los niveles registrados para "Sueño y Estrés" aumentan de forma sostenida, casi triplicando su valor original al final del periodo evaluado.

Tabla 17

Trabajo, Personalidad

Categoría	Dx %	S1 %	S2 %	Interpretación
Trabajo personalidad	35 %	57 %	87 %	Aumento del bienestar y disminución de emociones negativas

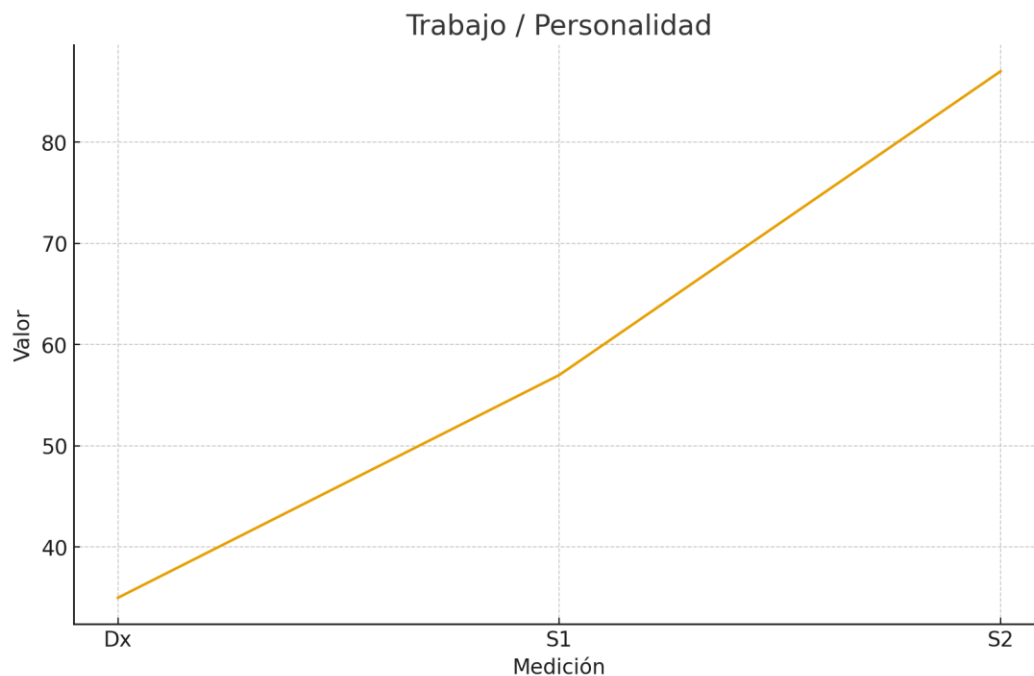
Nota. La tabla presenta la comparación de los resultados del diagnóstico inicial (Dx), Seguimiento 1 (S1) y Seguimiento 2 (S2) en la categoría de trabajo y personalidad, obtenidos mediante la aplicación del cuestionario FANTÁSTICO.

Descripción comparativa por momentos, Dx 35 %: El diagnóstico inicial mostró un puntaje bajo-moderado en esta dimensión, lo que sugiere presencia de dificultades relacionadas con irritabilidad, desánimo, sobrecarga o satisfacción con las actividades cotidianas.

S1 57 %: En el primer seguimiento se observó un aumento del puntaje relativo grupal, compatible con una mejoría inicial en aspectos relacionados con autorregulación y percepción del bienestar cotidiano.

S2 87 %: En el segundo seguimiento se identificó una evolución favorable, lo que sugiere mejoría observada en los indicadores autorreportados de bienestar subjetivo evaluados por el cuestionario.

Análisis, la dimensión de trabajo y personalidad presentó una tendencia ascendente durante el proceso de seguimiento. Este resultado sugiere una evolución favorable en indicadores relacionados con satisfacción personal, manejo emocional y percepción del entorno cotidiano. Sin embargo, la interpretación debe mantenerse en el plano de los indicadores autorreportados del cuestionario FANTÁSTICO y no como evidencia clínica o psicológica concluyente.

Figura 7*Trabajo, Personalidad*

Nota. La gráfica evidencia una fuerte tendencia ascendente a lo largo de las mediciones. El valor asociado a "Trabajo / Personalidad" experimenta un crecimiento constante y significativo, aumentando más del doble desde la evaluación inicial (Dx) hasta la última medición registrada (S2).

Tabla 18*Introspección*

Categoría	Dx %	S1 %	S2 %	Interpretación
Introspección	29 %	51%	86%	Mejoría emocional progresiva

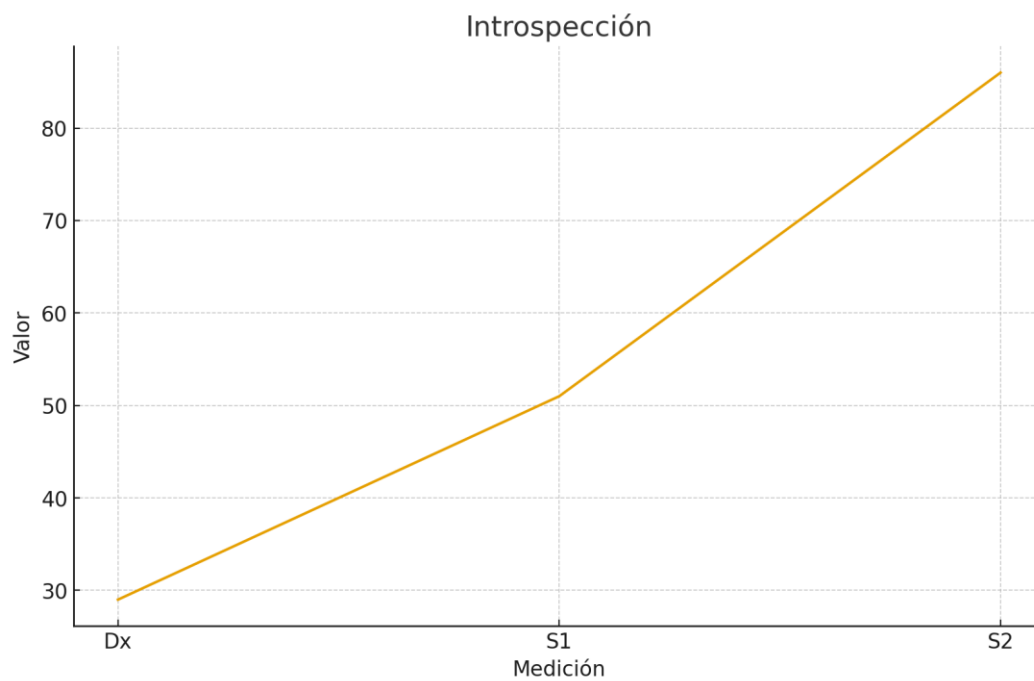
Nota. La tabla presenta la comparación de los resultados del diagnóstico inicial (Dx), Seguimiento 1 (S1) y Seguimiento 2 (S2) en la categoría de introspección, obtenidos mediante la aplicación del cuestionario FANTÁSTICO.

Descripción comparativa por momentos, Dx 29 %: El diagnóstico inicial evidenció un puntaje bajo en la dimensión de introspección, lo que sugiere dificultades iniciales en procesos de autoobservación, pensamiento positivo y reconocimiento de estados emocionales.

S1 51 %: En el primer seguimiento se observó un incremento moderado del puntaje relativo grupal, compatible con una apropiación inicial de contenidos relacionados con reflexión personal y regulación emocional.

S2 86 %: En el segundo seguimiento se identificó una evolución favorable, lo que sugiere una mejoría observada en los indicadores de introspección evaluados durante el periodo de intervención.

Análisis, los resultados de introspección muestran una progresión favorable entre Dx, S1 y S2. Esta evolución sugiere que el programa educativo pudo contribuir al fortalecimiento de procesos de autoobservación, reconocimiento emocional y reflexión personal en el grupo intervenido. No obstante, al tratarse de indicadores autorreportados, estos hallazgos deben interpretarse con prudencia y no como evidencia concluyente de cambios psicológicos permanentes.

Figura 8*Introspección*

Nota. La gráfica evidencia una clara tendencia ascendente y progresiva a lo largo de las mediciones. El nivel del indicador de "Introspección" experimenta un crecimiento constante y muy significativo, casi triplicando su valor original desde la evaluación diagnóstica inicial (Dx) hasta la última medición de seguimiento registrada (S2).

Tabla 19*Conducta Sexual y Control de Salud*

Categoría	Dx %	S1 %	S2 %	Interpretación
Conducta Sexual y Control de Salud	33 %	58%	93%	Incremento claro del autocuidado y comunicación

Nota. La tabla presenta la comparación de los resultados del diagnóstico inicial (Dx), Seguimiento 1 (S1) y Seguimiento 2 (S2) en la categoría de Conducta Sexual y Control de Salud, obtenidos mediante la aplicación del cuestionario FANTASTICO.

Descripción comparativa por momentos, Dx 33 %: El diagnóstico inicial mostró un puntaje bajo en esta dimensión, lo que sugiere debilidades en prácticas relacionadas con comunicación sobre sexualidad, autocuidado y asistencia a controles preventivos.

S1 58 %: En el primer seguimiento se observó un aumento del puntaje relativo grupal, compatible con una mayor sensibilización frente al autocuidado sexual y la prevención en salud.

S2 93 %: En el segundo seguimiento se identificó una evolución favorable, lo que sugiere mejoría observada en los indicadores relacionados con autocuidado, comunicación y control preventivo de la salud.

Análisis, la dimensión de conducta sexual y control de salud presentó una evolución favorable entre los tres momentos de medición. Este comportamiento sugiere que el programa educativo estuvo asociado con una mayor apropiación de prácticas preventivas y de autocuidado en el grupo participante. Sin embargo, los resultados deben interpretarse dentro del *alcance del*

seguimiento realizado, sin afirmar cambios permanentes o totalmente consolidados en las conductas sexuales y preventivas de la comunidad.

Figura 9

Conducta Sexual y Control de Salud



Nota. La gráfica evidencia una clara tendencia ascendente y progresiva a lo largo de las mediciones. El nivel del indicador de "Salud Sexual" experimenta un crecimiento constante y muy significativo, casi triplicando su valor original desde la evaluación diagnóstica inicial (Dx) hasta la última medición de seguimiento (S2).

Tabla 20*Otras conductas*

Categoría	Dx %	S1 %	S2 %	Interpretación
Otras conductas	30 %	55%	91%	Mayor adopción de conductas protectoras

Nota. La tabla presenta la comparación de los resultados del diagnóstico inicial (Dx), Seguimiento 1 (S1) y Seguimiento 2 (S2) en la categoría de otras conductas, obtenidos mediante la aplicación del cuestionario FANTÁSTICO.

Descripción comparativa por momentos, Dx 30 %: El diagnóstico inicial evidenció un puntaje bajo en la dimensión de otras conductas, lo que sugiere una adopción limitada de prácticas protectoras y de prevención de riesgos en la vida cotidiana.

S1 55 %: En el primer seguimiento se observó un incremento del puntaje relativo grupal, compatible con una apropiación inicial de recomendaciones relacionadas con seguridad y autocuidado.

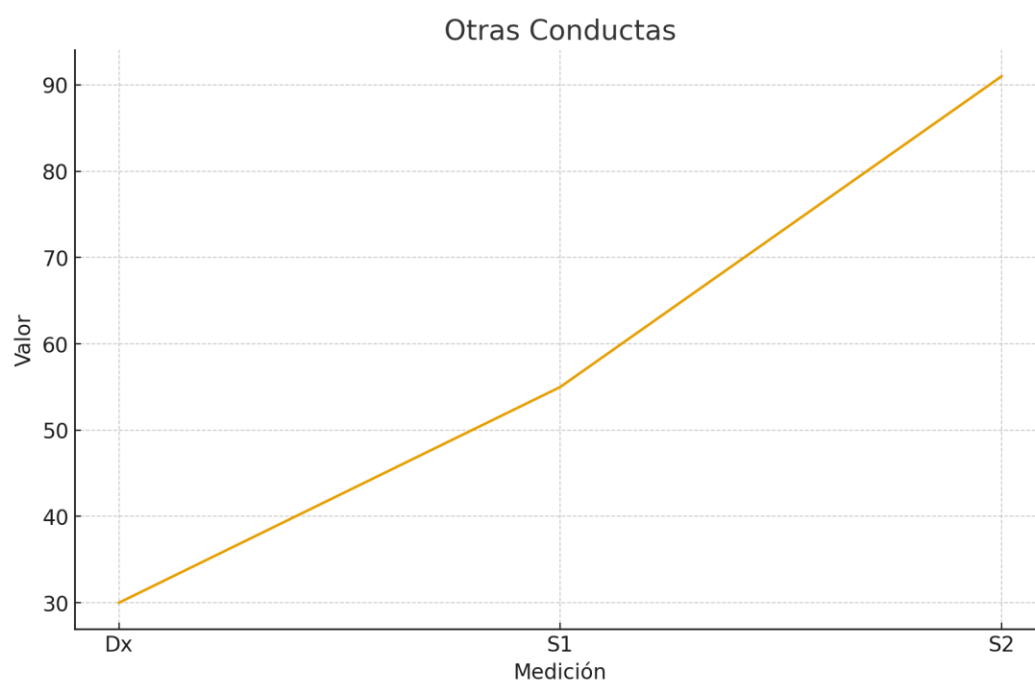
S2 91 %: En el segundo seguimiento se identificó una evolución favorable, lo que sugiere mejoría observada en conductas protectoras y prácticas preventivas evaluadas por el cuestionario FANTÁSTICO.

Análisis, los resultados de la dimensión de otras conductas muestran una progresión ascendente entre Dx, S1 y S2. Esta tendencia sugiere que el programa educativo pudo favorecer una mayor sensibilización frente a la prevención de riesgos cotidianos y el autocuidado. No

obstante, estos hallazgos deben ser leídos como una mejora observada en el periodo de seguimiento y no como evidencia definitiva de consolidación permanente de dichas conductas.

Figura 10

Otras conductas



Nota. La gráfica evidencia una tendencia fuertemente ascendente y progresiva a lo largo del tiempo. El valor asociado a "Otras Conductas" experimenta un crecimiento muy significativo y constante, logrando triplicar su valor original desde la evaluación diagnóstica inicial (Dx) hasta la última medición de seguimiento registrada (S2).

Tabla 21

Comparación Intragrupo de las Dimensiones de Estilos de Vida Saludables Mediante Prueba de Friedman

Dimensión	Dx %	S1 %	S2 %	χ^2 de Friedman	p	Kendall's W
Actividad física	28.06	51.94	88.06	146.46	< 0.001	0.472
Nutrición	25.05	46.99	85.05	211.20	< 0.001	0.681
Consumo de tabaco	40.00	65.00	91.94	140.53	< 0.001	0.453
Alcohol y drogas	30.00	55.97	90.00	221.71	< 0.001	0.715
Sueño y estrés	31.99	53.98	88.98	247.69	< 0.001	0.799
Trabajo y personalidad	35.00	56.94	86.94	133.58	< 0.001	0.431
Introspección	29.03	50.97	86.02	189.79	< 0.001	0.612
Conducta sexual y salud	33.01	57.96	93.01	195.21	< 0.001	0.630
Otras conductas	30.00	55.00	90.97	159.24	< 0.001	0.514

Nota. Se evidenciaron diferencias estadísticamente significativas en todas las dimensiones de estilos de vida saludables entre los tres momentos de evaluación (Dx, S1 y S2), según la prueba

de Friedman ($p < 0.001$). Los porcentajes mostraron un incremento progresivo en cada dimensión evaluada después de la intervención educativa, destacándose mayores cambios en sueño y estrés, alcohol y drogas, y conducta sexual y salud. Asimismo, los valores de Kendall's W indicaron tamaños de efecto moderados a altos, lo que evidencia una adecuada magnitud del cambio intragrupo a lo largo del estudio.

Los resultados del análisis comparativo intragrupo evidenciaron diferencias estadísticamente significativas entre Dx, S1 y S2 en todas las dimensiones evaluadas del cuestionario FANTÁSTICO. La prueba de Friedman mostró valores de significancia inferiores a 0.001 en actividad física, nutrición, consumo de tabaco, alcohol y otras drogas, sueño y estrés, trabajo y personalidad, introspección, conducta sexual y control de salud y otras conductas, lo que indica que la evolución observada en el grupo intervenido no puede atribuirse al azar dentro del periodo evaluado.

En términos de magnitud del cambio, los tamaños de efecto estimados mediante Kendall's W mostraron una intensidad moderada a alta en todas las dimensiones, destacándose sueño y estrés, alcohol y otras drogas, nutrición, conducta sexual y control de salud, e introspección. Estos resultados sugieren que la intervención educativa estuvo asociada con una mejora progresiva del grupo en diferentes componentes de los estilos de vida saludables, dentro de los alcances metodológicos de un estudio cuasi experimental de un solo grupo y seguimiento a corto plazo.

Las comparaciones post hoc mediante la prueba de Wilcoxon mostraron diferencias estadísticamente significativas en todos los pares de medición (Dx–S1, S1–S2 y Dx–S2) para cada una de las dimensiones evaluadas, incluso después del ajuste por comparaciones múltiples. Este comportamiento indica que la evolución del grupo no solo fue significativa entre el diagnóstico inicial y la medición final, sino también entre cada uno de los momentos sucesivos de seguimiento, lo que respalda la existencia de una progresión cuantificable durante el proceso de intervención educativa.

Tabla 22

Comparaciones Post Hoc Mediante Prueba de Wilcoxon para Muestras Relacionadas

Dimensión	Comparación	Estadístico W	p ajustado (Bonferroni)	Interpretación
Actividad física	Dx–S1	1554.0	< 0.001	Diferencia significativa
Actividad física	S1–S2	531.0	< 0.001	Diferencia significativa
Actividad física	Dx–S2	239.0	< 0.001	Diferencia significativa
Nutrición	Dx–S1	1157.0	< 0.001	Diferencia significativa
Nutrición	S1–S2	256.5	< 0.001	Diferencia significativa
Nutrición	Dx–S2	18.0	< 0.001	Diferencia significativa

Consumo de tabaco	Dx-S1	1365.0	< 0.001	Diferencia significativa
Consumo de tabaco	S1-S2	703.5	< 0.001	Diferencia significativa
Consumo de tabaco	Dx-S2	370.0	< 0.001	Diferencia significativa
Alcohol y otras drogas	Dx-S1	868.0	< 0.001	Diferencia significativa
Alcohol y otras drogas	S1-S2	173.0	< 0.001	Diferencia significativa
Alcohol y otras drogas	Dx-S2	0.0	< 0.001	Diferencia significativa
Sueño y estrés	Dx-S1	309.0	< 0.001	Diferencia significativa
Sueño y estrés	S1-S2	72.0	< 0.001	Diferencia significativa
Sueño y estrés	Dx-S2	0.0	< 0.001	Diferencia significativa
Trabajo y personalidad	Dx-S1	1703.5	< 0.001	Diferencia significativa
Trabajo y personalidad	S1-S2	733.0	< 0.001	Diferencia significativa
Trabajo y personalidad	Dx-S2	240.0	< 0.001	Diferencia significativa
Introspección	Dx-S1	1146.0	< 0.001	Diferencia significativa
Introspección	S1-S2	319.0	< 0.001	Diferencia significativa

Introspección	Dx-S2	52.0	< 0.001	Diferencia significativa
Conducta sexual y control de salud	Dx-S1	1080.0	< 0.001	Diferencia significativa
Conducta sexual y control de salud	S1-S2	121.0	< 0.001	Diferencia significativa
Conducta sexual y control de salud	Dx-S2	0.0	< 0.001	Diferencia significativa
Otras conductas	Dx-S1	1170.0	< 0.001	Diferencia significativa
Otras conductas	S1-S2	507.0	< 0.001	Diferencia significativa
Otras conductas	Dx-S2	92.0	< 0.001	Diferencia significativa

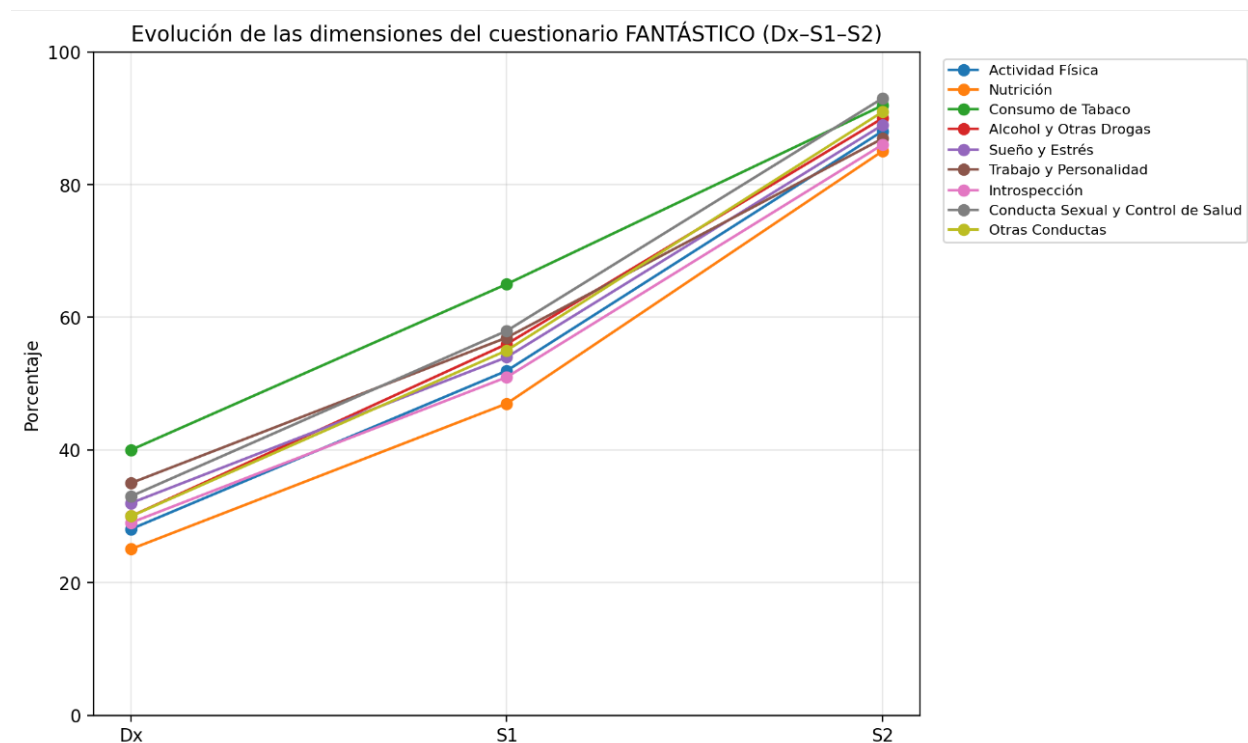
Nota. Se realizaron comparaciones post hoc mediante la prueba de Wilcoxon para muestras relacionadas entre los pares Dx-S1, S1-S2 y Dx-S2. Los valores de significancia fueron ajustados mediante corrección de Bonferroni.

Las comparaciones post hoc mostraron diferencias estadísticamente significativas en todos los pares de medición para cada una de las dimensiones evaluadas, incluso después del ajuste por comparaciones múltiples. Este resultado indica que la evolución del grupo no solo fue significativa entre el diagnóstico inicial y la medición final, sino también entre cada momento

sucesivo del seguimiento, lo que respalda una progresión consistente del grupo a lo largo del proceso de intervención educativa.

Figura 11

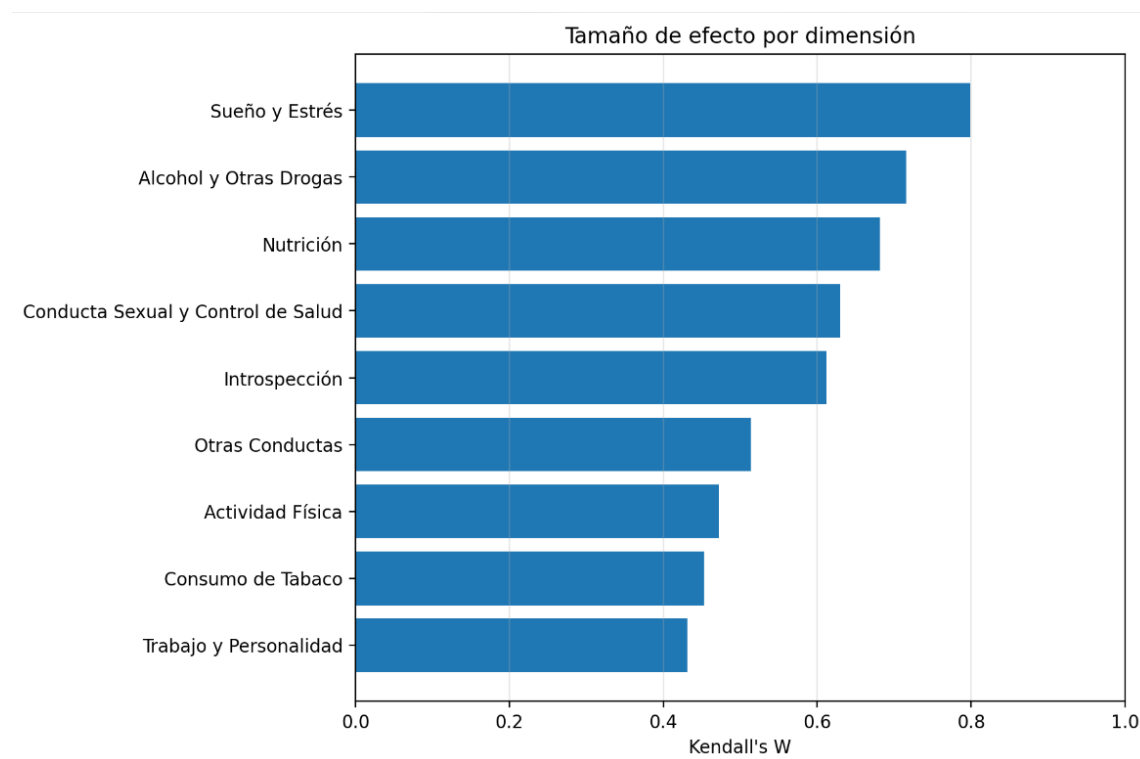
Evolución de las dimensiones del cuestionario FANTÁSTICO en Dx, S1 y S2.



Nota. La figura permite visualizar de manera integrada la evolución del grupo intervenido en las nueve dimensiones evaluadas. En términos generales, todas las dimensiones mostraron una progresión ascendente entre Dx, S1 y S2, lo que es coherente con los resultados descriptivos e inferenciales presentados previamente. Las pendientes más marcadas se observaron en sueño y estrés, alcohol y otras drogas, nutrición y conducta sexual y control de salud, lo que sugiere que estas dimensiones presentaron los mayores cambios relativos dentro del periodo de seguimiento.

Figura 12

Tamaño de Efecto Global por Dimensión del Cuestionario FANTÁSTICO, Estimado Mediante Kendall's W a partir de la Prueba de Friedman.



Nota. La figura muestra la magnitud del cambio observado en cada dimensión a partir del tamaño de efecto global estimado con Kendall's W. Se identifican valores moderados a altos en todas las dimensiones, destacándose sueño y estrés, alcohol y otras drogas, nutrición, conducta sexual y control de salud e introspección. Estos resultados complementan la significancia estadística reportada y permiten valorar no solo la existencia de diferencias entre Dx, S1 y S2, sino también la intensidad relativa de los cambios observados en el grupo intervenido.

Síntesis comparativa, en conjunto los resultados comparativos evidencian una evolución ascendente del grupo intervenido entre el diagnóstico inicial (Dx), el seguimiento 1 (S1) y el seguimiento 2 (S2) en todas las dimensiones evaluadas mediante el cuestionario FANTÁSTICO. Este comportamiento se observó tanto en los porcentajes descriptivos como en el análisis inferencial, lo que permite señalar que los cambios registrados fueron consistentes dentro del periodo de seguimiento.

La prueba de Friedman mostró diferencias estadísticamente significativas en todas las dimensiones, mientras que las comparaciones post hoc mediante Wilcoxon confirmaron diferencias entre los pares Dx-S1, S1-S2 y Dx-S2. Asimismo, los tamaños de efecto estimados mediante Kendall's W indicaron magnitudes moderadas a altas, destacándose principalmente las dimensiones de sueño y estrés, alcohol y otras drogas, nutrición, conducta sexual y control de salud e introspección.

Estos hallazgos sugieren que el programa educativo con enfoque intercultural estuvo asociado con una mejoría observada a corto plazo en los estilos de vida saludables del grupo participante. Sin embargo, debido a que el estudio se desarrolló con un solo grupo, sin grupo control, con muestreo por conveniencia y seguimiento limitado, los resultados deben interpretarse con prudencia, como evidencia de evolución favorable intragrupo y no como prueba concluyente de cambios permanentes o generalizables.

Interpretación de hallazgos

La interpretación global de los hallazgos permite señalar que el programa educativo implementado en la comunidad indígena Tamas Páez de La Gabriela estuvo asociado con una evolución favorable en las distintas dimensiones de los estilos de vida saludables evaluadas

mediante el cuestionario FANTÁSTICO. Esta evolución se observó tanto en los porcentajes descriptivos como en los resultados del análisis comparativo intragrupo, lo que sugiere que el grupo intervenido presentó cambios consistentes durante el periodo de ejecución del estudio.

En primer lugar, la comparación entre el diagnóstico inicial (Dx), el seguimiento 1 (S1) y el seguimiento 2 (S2) mostró una progresión ascendente en todas las dimensiones evaluadas. Este comportamiento fue visible tanto en las tablas comparativas individuales como en la figura general de evolución por dimensiones, lo que permite reconocer un patrón de cambio favorable en el grupo a lo largo del proceso educativo. En términos generales, la tendencia observada indica que la intervención estuvo asociada con una mejora progresiva en hábitos relacionados con actividad física, nutrición, autocuidado, prevención de riesgos y bienestar emocional.

En segundo lugar, el análisis inferencial fortaleció la interpretación de estos hallazgos. La prueba de Friedman evidenció diferencias estadísticamente significativas entre Dx, S1 y S2 en todas las dimensiones del cuestionario FANTÁSTICO, mientras que las comparaciones post hoc mediante la prueba de Wilcoxon mostraron diferencias significativas en todos los pares de medición (Dx-S1, S1-S2 y Dx-S2). Esto sugiere que la evolución del grupo no solo fue observable a nivel descriptivo, sino también consistente desde el punto de vista estadístico dentro del periodo evaluado.

En tercer lugar, el análisis del tamaño de efecto permitió identificar que la magnitud del cambio no fue homogénea en todas las dimensiones. Los valores estimados mediante Kendall's W mostraron efectos moderados a altos, destacándose especialmente las dimensiones de sueño y estrés, alcohol y otras drogas, nutrición, conducta sexual y control de salud e introspección. Este comportamiento sugiere que el programa educativo tuvo mayor impacto relativo en aquellas áreas donde los contenidos abordados combinaron reflexión, sensibilización, prácticas cotidianas

y diálogo comunitario, favoreciendo procesos de apropiación progresiva por parte de los participantes.

Desde una perspectiva sustantiva, los resultados permiten interpretar que la intervención educativa favoreció cambios observables en dos planos complementarios. Por una parte, se registraron mejoras en prácticas concretas y cotidianas, como la actividad física, la alimentación y otras conductas de autocuidado y prevención. Estas dimensiones, al estar vinculadas con comportamientos visibles y repetibles, parecen haber respondido de manera favorable al carácter práctico y participativo de los talleres. Por otra parte, también se observaron cambios en dimensiones relacionadas con bienestar subjetivo, regulación emocional y autorreflexión, como sueño y estrés, trabajo y personalidad, e introspección. Aunque estos hallazgos deben interpretarse con prudencia, muestran que la intervención pudo haber favorecido no solo la adopción de prácticas saludables, sino también procesos de sensibilización y reconocimiento personal.

No obstante, la interpretación de los hallazgos exige mantener claridad sobre el alcance real del diseño metodológico. El hecho de que se hayan identificado diferencias estadísticas significativas entre Dx, S1 y S2 no permite, por sí solo, afirmar transformaciones estructurales ni atribuir causalidad absoluta a la intervención. Se trató de un estudio cuasi experimental longitudinal de un solo grupo, sin grupo control, con muestreo por conveniencia y seguimiento de corto plazo. En consecuencia, los resultados deben comprenderse como evidencia de mejoría observada y cuantificable dentro del grupo intervenido, pero no como demostración concluyente de impacto permanente o sostenido en el tiempo.

Esta cautela resulta especialmente importante en dimensiones como consumo de tabaco, alcohol y otras drogas, sueño y estrés, e introspección. Aunque estas categorías mostraron

evolución favorable, los hallazgos se derivan de indicadores autorreportados del cuestionario FANTÁSTICO y no de instrumentos clínicos específicos. Por ello, los resultados deben interpretarse como cambios observados en comportamientos y percepciones reportadas por los participantes, y no como evidencia clínica de cesación, resolución de alteraciones emocionales o modificación definitiva de conductas complejas.

Finalmente, los hallazgos refuerzan la pertinencia de implementar intervenciones educativas en salud con enfoque territorial e intercultural en comunidades indígenas, particularmente cuando estas promueven participación comunitaria, diálogo de saberes y adaptación de contenidos al contexto cotidiano. En el campo de la Administración en Salud, esta interpretación aporta elementos relevantes para la planeación, implementación y evaluación de estrategias de promoción de la salud basadas en evidencia y culturalmente pertinentes.

Discusión

La presente investigación tuvo como propósito evaluar la efectividad de un programa educativo con enfoque intercultural para la promoción de estilos de vida saludables en la comunidad indígena Tamas Páez de La Gabriela, corregimiento El Caguán, Neiva-Huila. En términos generales, los resultados mostraron una evolución favorable del grupo intervenido en las distintas dimensiones evaluadas mediante el cuestionario FANTÁSTICO entre el diagnóstico inicial (Dx), el seguimiento 1 (S1) y el seguimiento 2 (S2). Esta tendencia fue consistente tanto en el análisis descriptivo como en el análisis comparativo intragrupo, lo que sugiere que el proceso educativo estuvo asociado con mejoras observadas a corto plazo en prácticas relacionadas con la actividad física, la nutrición, el autocuidado y el bienestar emocional.

En el diagnóstico inicial se identificaron múltiples condiciones de vulnerabilidad en la población participante, particularmente en actividad física, hábitos alimentarios, manejo del estrés, consumo de tabaco y alcohol, así como en prácticas de autocuidado y prevención. Estos hallazgos permiten reconocer que la situación de partida del grupo era compatible con la necesidad de una intervención educativa estructurada, contextualizada y culturalmente pertinente. En este sentido, la línea base no solo cumplió una función descriptiva, sino que permitió orientar el contenido del programa y justificar la priorización de dimensiones específicas dentro del proceso formativo.

La comparación entre Dx, S1 y S2 mostró una progresión del grupo en todas las dimensiones del cuestionario FANTÁSTICO. Desde una perspectiva metodológica, este hallazgo es relevante porque el estudio no se limitó a una medición única o a una comparación simple entre un antes y un después, sino que incorporó un seguimiento secuencial que permitió observar la trayectoria del grupo durante la intervención. Esta estructura fortalece la lectura del cambio, ya

que permite identificar no solo una diferencia final, sino una evolución entre momentos sucesivos, lo cual aporta mayor consistencia al análisis de los resultados obtenidos.

No obstante, aunque las diferencias observadas entre Dx, S1 y S2 resultaron favorables en todas las dimensiones, su interpretación debe mantenerse dentro de los alcances reales del diseño adoptado. El hecho de que los participantes mejoraran sus puntajes en el periodo de seguimiento no autoriza, por sí solo, a afirmar transformaciones estructurales ni cambios definitivos en sus estilos de vida. Se trata de un estudio cuasi experimental con un solo grupo, muestreo por conveniencia y seguimiento a corto plazo, por lo que los hallazgos deben comprenderse como evidencia de mejoría observada en el grupo intervenido y no como demostración concluyente de causalidad absoluta o de sostenibilidad en el tiempo.

En dimensiones como actividad física y nutrición, la evolución observada sugiere que los contenidos trabajados durante los talleres lograron una apropiación progresiva por parte de los participantes. Esto puede interpretarse como un efecto favorable de una intervención educativa basada en contenidos prácticos, contextualizados y vinculados con la vida cotidiana de la comunidad. Estas dimensiones, al estar asociadas con hábitos visibles y repetibles, suelen ser más susceptibles de modificación en procesos formativos breves, especialmente cuando la estrategia educativa incorpora componentes participativos y se relaciona con prácticas culturales reconocibles por la población.

En relación con sueño y estrés, trabajo y personalidad, e introspección, los hallazgos sugieren una evolución favorable en aspectos subjetivos del bienestar. Sin embargo, esta interpretación exige especial prudencia. Aunque el cuestionario FANTÁSTICO permite captar dimensiones relacionadas con bienestar emocional, el estudio no incluyó instrumentos clínicos específicos para evaluar salud mental, ni una caracterización diferenciada del origen del estrés o

de posibles trastornos emocionales de base. Por tanto, los cambios observados en estas dimensiones deben interpretarse como mejoras descriptivas en indicadores autorreportados del instrumento y no como evidencia clínica de modificación de condiciones de salud mental.

Algo similar ocurre con las dimensiones de consumo de tabaco y alcohol y otras drogas. Los resultados muestran una tendencia favorable del grupo durante el periodo evaluado; sin embargo, no sería metodológicamente riguroso interpretar estos hallazgos como prueba definitiva de cesación o de modificación estable de conductas adictivas, especialmente considerando que la intervención fue educativa y el tiempo de seguimiento fue corto. En este caso, la lectura más defendible es que el proceso formativo pudo haber favorecido una mayor percepción del riesgo, una disposición más crítica frente al consumo y una mejora observada en los indicadores autorreportados, sin que ello implique asegurar cambios estructurales o sostenidos a largo plazo.

En la dimensión de conducta sexual y control de salud, la evolución de los resultados sugiere un fortalecimiento del autocuidado, de la comunicación sobre sexualidad y de la disposición hacia prácticas preventivas. Este comportamiento es coherente con la lógica del programa educativo, en la medida en que los talleres promovieron reflexión, diálogo y reconocimiento del cuidado integral. Aun así, estos resultados también deben leerse dentro del alcance del seguimiento realizado, sin sobredimensionarlos como transformaciones concluyentes del comportamiento sexual o preventivo de la comunidad.

Desde una perspectiva teórica, los hallazgos guardan coherencia con los planteamientos que destacan la relevancia de las intervenciones educativas y del enfoque intercultural en contextos indígenas. En particular, el programa parece haber sido mejor recibido y más pertinente en la medida en que no se presentó como una imposición externa, sino como una

estrategia adaptada al territorio, al diálogo de saberes y a la participación comunitaria. Esta característica resulta clave, ya que en comunidades indígenas la promoción de la salud no puede desligarse de la cultura, la cosmovisión, la memoria colectiva y la relación con el entorno.

En esta línea, los hallazgos son consistentes con la perspectiva de Montenegro y Stephens, en el sentido de que la salud indígena debe comprenderse a partir de determinantes históricos, sociales, territoriales y culturales, y no únicamente desde categorías biomédicas. Asimismo, la utilización del cuestionario FANTÁSTICO como herramienta de medición se articula con lo reportado por Ramírez-Vélez y Agredo, quienes documentan su utilidad y validez para valorar estilos de vida en población colombiana. No obstante, en el presente estudio el instrumento fue operacionalizado por dimensiones específicas y adaptado al esquema analítico de la base de datos, lo que exige reconocer que la lectura de los resultados se deriva de esa estructura particular de análisis.

Desde el campo de la Administración en Salud, el estudio aporta elementos relevantes en varios niveles. En primer lugar, evidencia la importancia de diseñar intervenciones de promoción de la salud que no se limiten a la formulación técnica, sino que incorporen criterios de pertinencia cultural, participación comunitaria y seguimiento del proceso. En segundo lugar, muestra la necesidad de que la gestión en salud pública territorial integre componentes de evaluación más rigurosos, de manera que las acciones educativas no se queden en la implementación, sino que puedan ser valoradas en términos de sus efectos observados. Finalmente, el estudio resalta que la administración de programas de salud en contextos indígenas exige capacidades de articulación entre política pública, gestión comunitaria, educación en salud y análisis de resultados.

Pese a sus aportes, el estudio conserva limitaciones importantes que deben ser reconocidas en la discusión. La ausencia de grupo control, el muestreo no probabilístico por conveniencia, la falta de instrumentos clínicos complementarios en algunas dimensiones y el corto tiempo de seguimiento restringen la posibilidad de realizar afirmaciones concluyentes sobre causalidad o sostenibilidad. Además, aunque el análisis cuantitativo permitió comparar Dx, S1 y S2, la interpretación de los cambios observados debe hacerse con prudencia, especialmente en aquellas dimensiones donde los comportamientos evaluados suelen requerir procesos prolongados para consolidarse.

En consecuencia, la discusión de los hallazgos permite sostener que el programa educativo implementado estuvo asociado con una evolución favorable del grupo intervenido en distintas dimensiones de los estilos de vida saludables, dentro de los alcances de un estudio cuasi experimental longitudinal de corto plazo. Más que demostrar transformaciones estructurales, los resultados aportan evidencia útil sobre la viabilidad, pertinencia y potencial de las intervenciones educativas con enfoque intercultural en comunidades indígenas. A partir de ello, se reafirma la necesidad de fortalecer futuras investigaciones mediante diseños más robustos, mayor tiempo de seguimiento e integración de análisis cuantitativos y cualitativos que permitan profundizar en la comprensión de los cambios observados.

Conclusiones

El estudio permitió identificar una evolución favorable de los estilos de vida saludables en la comunidad indígena Tamas Páez de La Gabriela, evidenciada a partir de la comparación de los resultados obtenidos en el diagnóstico inicial (Dx), el seguimiento 1 (S1) y el seguimiento 2 (S2). En términos generales, se observaron incrementos en los porcentajes de las dimensiones evaluadas mediante el cuestionario FANTÁSTICO, lo que sugiere una mejora del grupo intervenido durante el periodo de ejecución del programa educativo. Asimismo, el análisis comparativo intragrupo mostró diferencias estadísticamente significativas entre los tres momentos de medición, lo que fortaleció la interpretación de los cambios observados dentro del grupo participante.

La estructura metodológica del estudio, basada en mediciones repetidas en Dx, S1 y S2, permitió superar una lógica reducida de evaluación centrada únicamente en un antes y un después. Esta característica favoreció una lectura más amplia de la evolución del grupo y permitió identificar una progresión entre momentos sucesivos en dimensiones relacionadas con actividad física, nutrición, autocuidado, regulación emocional, conducta sexual y control de salud, y otras prácticas de prevención. En este sentido, el estudio aportó evidencia cuantitativa contextualizada sobre el comportamiento de los estilos de vida saludables en la población intervenida.

Los hallazgos también permitieron reconocer la pertinencia del enfoque intercultural adoptado en la implementación del programa educativo. La incorporación del diálogo de saberes, la participación comunitaria y la adaptación de los contenidos al contexto territorial y cultural de la comunidad favorecieron la aceptación del proceso formativo y la apropiación progresiva de prácticas saludables por parte de los participantes. De esta manera, el estudio mostró que las

intervenciones educativas en salud dirigidas a comunidades indígenas requieren no solo contenidos técnicamente adecuados, sino también estrategias pedagógicas culturalmente pertinentes.

No obstante, las conclusiones del estudio deben interpretarse dentro de los alcances reales del diseño metodológico empleado. Aunque las diferencias observadas entre Dx, S1 y S2 fueron favorables y estadísticamente significativas en el grupo intervenido, la ausencia de grupo control, el muestreo no probabilístico por conveniencia y el tiempo limitado de seguimiento impiden afirmar con carácter concluyente que los cambios observados constituyen transformaciones estructurales o sostenidas en los estilos de vida de la población. En consecuencia, los hallazgos deben entenderse como evidencia de mejoría observada a corto plazo y no como demostración definitiva de impacto permanente.

En relación con dimensiones específicas como consumo de tabaco, alcohol y otras drogas, sueño y estrés, e introspección, los resultados sugieren una evolución favorable del grupo durante el periodo de seguimiento. Sin embargo, estos hallazgos requieren una interpretación prudente, dado que el estudio no incorporó instrumentos clínicos complementarios ni un seguimiento prolongado que permitiera establecer estabilidad de los cambios. Por ello, las conclusiones del trabajo no deben leerse como prueba de cesación, resolución de problemáticas de salud mental o modificación permanente de conductas complejas, sino como indicios de mejoría observada dentro de un proceso educativo de corto plazo.

Finalmente, el estudio aporta elementos relevantes para el campo de la Administración en Salud, al evidenciar la importancia de planear, implementar y evaluar estrategias de promoción de la salud con enfoque territorial e intercultural, especialmente en contextos comunitarios con condiciones de vulnerabilidad y baja disponibilidad de evidencia aplicada. En este sentido, la

investigación no solo contribuye a la comprensión de los estilos de vida saludables en la comunidad Tamas Páez, sino que también resalta la necesidad de fortalecer futuras intervenciones mediante diseños más robustos, mayor tiempo de seguimiento y análisis complementarios que profundicen en la estabilidad y magnitud de los cambios observados.

Recomendaciones

A partir de los hallazgos obtenidos y de las limitaciones identificadas durante el desarrollo del estudio, se recomienda fortalecer futuras investigaciones e intervenciones orientadas a la promoción de estilos de vida saludables en comunidades indígenas mediante diseños metodológicos más robustos, procedimientos analíticos más rigurosos y procesos de seguimiento más amplios.

En primer lugar, se recomienda incorporar un grupo control o grupo de comparación, con el fin de aumentar la validez interna del diseño y permitir una atribución más precisa de los cambios observados a la intervención educativa. Aunque en el presente estudio se identificaron diferencias favorables entre Dx, S1 y S2, la ausencia de un grupo externo de referencia limita la posibilidad de establecer con mayor claridad hasta qué punto la evolución observada depende exclusivamente del programa implementado.

En segundo lugar, se recomienda ampliar el tiempo de seguimiento mediante evaluaciones adicionales a mediano y largo plazo. Si bien el estudio permitió identificar una mejoría observada a corto plazo en varias dimensiones de los estilos de vida saludables, no resulta suficiente para determinar la estabilidad de los cambios en el tiempo, especialmente en dimensiones complejas como consumo de tabaco, alcohol y otras drogas, bienestar emocional y prácticas de autocuidado sostenido.

Asimismo, se recomienda fortalecer la trazabilidad metodológica del procesamiento de datos, documentando con mayor precisión la estructura del instrumento, la agrupación de ítems por dimensión, las reglas de codificación, la transformación de puntajes en porcentajes y los criterios de comparación entre momentos de medición. Este aspecto resulta fundamental para

garantizar mayor transparencia analítica y facilitar la comprensión, replicabilidad y evaluación crítica de los hallazgos obtenidos.

De igual manera, se recomienda que futuras investigaciones incorporen de manera sistemática análisis estadísticos inferenciales acordes con diseños de medidas repetidas, de forma que los cambios observados no solo puedan describirse porcentualmente, sino también valorarse con pruebas que permitan establecer su significancia estadística y magnitud del efecto. Esto contribuiría a fortalecer el carácter evaluativo de los estudios y a diferenciar con mayor claridad entre una intervención descriptiva y una evaluación científica de efectividad.

También se recomienda estandarizar con mayor rigor el protocolo de intervención, especificando con claridad la duración real del proceso, la frecuencia de las sesiones, la secuencia de talleres, los contenidos trabajados, las estrategias pedagógicas empleadas y los mecanismos de seguimiento implementados. Esta precisión fortalecería la consistencia metodológica del estudio y facilitaría la replicabilidad de la intervención en otros contextos comunitarios.

En relación con las dimensiones vinculadas al bienestar emocional, al manejo del estrés y al consumo de sustancias, se recomienda que futuras investigaciones complementen el cuestionario FANTÁSTICO con instrumentos específicos y validados que permitan una caracterización más precisa de estas condiciones. Ello permitiría interpretar con mayor rigor el alcance de los cambios observados y evitar conclusiones excesivas frente a fenómenos que, por su complejidad, requieren mediciones más especializadas.

Desde el enfoque intercultural, se recomienda mantener y profundizar la participación activa de la comunidad en todas las fases del proceso investigativo, desde la planeación hasta la evaluación. La experiencia desarrollada sugiere que la apropiación de los contenidos es más

favorable cuando las estrategias educativas dialogan con los saberes ancestrales, las prácticas culturales y las dinámicas propias del territorio. En consecuencia, las futuras intervenciones deberían continuar fortaleciendo el diálogo de saberes y la adaptación contextual de las acciones de promoción de la salud.

Finalmente, se recomienda que próximos estudios articulen enfoques cuantitativos y cualitativos, de manera que la medición numérica de los cambios observados pueda complementarse con la comprensión de las percepciones, significados y experiencias que la comunidad atribuye al proceso educativo. Esta integración permitiría enriquecer la interpretación de los resultados, fortalecer la discusión académica y aportar una visión más amplia sobre la pertinencia y alcance de las intervenciones en salud comunitaria.

Limitaciones

El presente estudio presenta limitaciones metodológicas que deben ser reconocidas para una interpretación rigurosa de sus hallazgos y de su alcance científico. En primer lugar, la ausencia de un grupo control constituye una restricción importante para la validez interna, ya que limita la posibilidad de atribuir con certeza los cambios observados exclusivamente a la intervención educativa. Aunque el análisis comparativo intragrupo mostró diferencias estadísticamente significativas entre Dx, S1 y S2, desde el punto de vista metodológico no es posible descartar por completo la influencia de factores externos como la maduración de los participantes, el efecto de la prueba, eventos contextuales o la deseabilidad social en las respuestas. En consecuencia, los hallazgos deben entenderse como evidencia de evolución favorable dentro del grupo intervenido, pero no como demostración concluyente de causalidad absoluta.

En segundo lugar, el estudio se desarrolló con un muestreo no probabilístico por conveniencia, lo que restringe la posibilidad de generalizar los resultados a otras comunidades o poblaciones con características similares. Esta condición también incrementa el riesgo de sesgo de autoselección, dado que la participación dependió de la disponibilidad, aceptación voluntaria y permanencia de los integrantes de la comunidad durante el proceso de intervención y seguimiento. Por ello, los resultados deben interpretarse como hallazgos contextualizados y no como evidencia extrapolable de manera automática a otros escenarios.

En tercer lugar, aunque el estudio utilizó el cuestionario FANTÁSTICO como instrumento principal de medición y realizó comparaciones entre Dx, S1 y S2, la operacionalización por dimensiones respondió a la estructura analítica adoptada en la base de

datos del estudio. Esto implica que los porcentajes reportados corresponden a un puntaje relativo grupal normalizado por dimensión, construido a partir de la codificación de ítems y de su agrupación analítica. Si bien este procedimiento permitió comparar los tres momentos de medición, también exige cautela en la interpretación, ya que los resultados dependen de la forma en que fueron organizados y calculados los componentes del instrumento dentro del estudio.

Otra limitación relevante se relaciona con la medición de dimensiones complejas como sueño y estrés, introspección, trabajo y personalidad, consumo de tabaco, y alcohol y otras drogas. Aunque estas dimensiones mostraron evolución favorable en el grupo intervenido, el estudio no incorporó instrumentos clínicos o escalas específicas complementarias que permitieran caracterizar con mayor precisión fenómenos como estrés, afectación emocional, dependencia al consumo o condiciones de salud mental. En consecuencia, los cambios observados en estas categorías deben interpretarse como variaciones en indicadores autorreportados del cuestionario FANTÁSTICO y no como evidencia clínica de modificación de condiciones complejas.

Asimismo, aunque el estudio fortaleció su análisis mediante comparaciones intragrupo y pruebas estadísticas para medidas repetidas, el tratamiento cuantitativo siguió limitado a la estructura de los datos disponibles y a la naturaleza del instrumento aplicado. Por ello, los hallazgos cuantitativos permiten identificar diferencias significativas dentro del grupo, pero no sustituyen la necesidad de análisis complementarios que profundicen en la magnitud, estabilidad y significado contextual de los cambios observados.

Finalmente, el tiempo de seguimiento fue corto, lo que representa una limitación sustancial para establecer la estabilidad o sostenibilidad de los cambios observados en los estilos

de vida saludables. Si bien la estructura del estudio con mediciones en Dx, S1 y S2 permitió identificar una evolución favorable a corto plazo, no resultó suficiente para determinar si los cambios logrados se mantienen, se consolidan o desaparecen con el paso del tiempo. Esta limitación es especialmente relevante en investigaciones sobre hábitos de vida, dado que se trata de comportamientos que suelen requerir procesos prolongados de adopción, mantenimiento y apropiación cultural. Por tanto, los resultados deben interpretarse como evidencia de mejoría observada a corto plazo y no como prueba de impacto sostenido o transformación estructural.

En conjunto, estas limitaciones no invalidan los hallazgos obtenidos, pero sí delimitan claramente su alcance. En este sentido, el estudio aporta evidencia útil sobre la viabilidad y pertinencia de una intervención educativa con enfoque intercultural en la comunidad indígena Tamas Pérez, aunque sus resultados deben analizarse con prudencia metodológica y comprenderse dentro de las restricciones propias del diseño adoptado.

Referencias Bibliográficas

- Álvarez, D., & Pérez, C. (2018). Adaptación del cuestionario FANTASTIC para la evaluación de estilos de vida en jóvenes universitarios. *Revista Internacional de Medicina y Ciencias de la Actividad Física y del Deporte*, 18(70), 97–108.
- Barbosa Chacón, J. W., Barbosa Herrera, J. C., & Rodríguez Villabona, M. (2013). Revisión y análisis documental para estado del arte: una propuesta metodológica desde el contexto de la sistematización de experiencias educativas. *Investigación Bibliotecológica: Archivonomía, Bibliotecología e Información*, 27(61), 83–105.
[https://doi.org/10.1016/S0187-358X\(13\)72555-3](https://doi.org/10.1016/S0187-358X(13)72555-3)
- Congreso de la República de Colombia. (2007). *Ley 1122 de 2007, por la cual se hacen algunas modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones*
<https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=4125>
- Congreso de la República de Colombia. (2015). *Ley Estatutaria 1751 de 2015, por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones*.
<https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=22600>
- Galán, I., & González, M. (2019). Evaluación de los estilos de vida mediante el cuestionario FANTASTIC en una muestra de trabajadores. *Revista Española de Salud Pública*, 93, 1–9. <https://doi.org/10.4321/S1135-57271999000200004>
- Martínez Soto, J. W., & Quiñones Rodríguez, A. (2024). *Estilos de vida desde el cuestionario FANTÁSTICO y la red de mensajería WhatsApp, en los estudiantes adolescentes de la Institución Educativa “Antonia Santos”, Dolores, Tolima* [Trabajo de grado, Universidad

del Tolima]. <https://repository.ut.edu.co/entities/publication/979c3de1-8e58-4a85-aff7-2d4a69ea005b>

Ministerio de Salud y Protección Social. (2022). *Plan decenal de salud pública 2022–2031*. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/PSP/documento-plan-decenal-salud-publica-2022-2031.pdf>

Ministerio de Salud y Protección Social. (2021). *Resolución 050 de 2021, por la cual se modifica la Resolución 1841 de 2013 en el sentido de adoptar el capítulo indígena del Plan Decenal de Salud Pública 2012–2021*. Tomado de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/resolucion-050-de-2021.pdf>

Montenegro, R. A., & Stephens, C. (2006). Indigenous health in Latin America and the Caribbean. *The Lancet*, 367(9525), 1859–1869. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(06\)68808-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(06)68808-9)

Ramírez-Vélez, R., & Agredo, R. A. (2012). Fiabilidad y validez del instrumento “Fantástico” para medir el estilo de vida en adultos colombianos. *Revista de Salud Pública*, 14(2), 226–237. <http://www.scielo.org.co/pdf/rsap/v14n2/v14n2a04.pdf>

Rodríguez, M., & Urrutia, T. (2016). Validación del cuestionario FANTASTIC para evaluar estilos de vida saludables en población adulta. *Revista de Salud Pública*, 18(2), 123–132.

Tassini, C. C., Val, G. R., Candido, S. S., & Bachur, C. K. (2017). Assessment of the lifestyle of university students in the healthcare area using the Fantastic questionnaire. *International Journal of Cardiovascular Sciences*, 30(2), 117–122.

Villar López, M., Ballinas Sueldo, Y., Gutiérrez, C., & Angulo-Bazán, Y. (2016). Análisis de la confiabilidad del test Fantástico para medir estilos de vida saludables en trabajadores

evaluados por el programa “Reforma de Vida” del Seguro Social de Salud (EsSalud).

Revista Peruana de Medicina Integrativa, 1(2), 17–26. Tomado de

https://docs.bvsalud.org/biblioref/2017/12/876372/analisis-de-la-confiabilidad-del-test-fantastico-para-medir-est_Ryrd8du.pdf

Apéndices

Apéndice A

En qué Consistió los Talleres Aplicados en la Comunidad Indígena

Taller 1: Familia, Actividad Física y Nutrición

Promovió la convivencia familiar, la actividad física cultural y la alimentación tradicional saludable. En este taller, se llevaron a cabo espacios de diálogo participativo donde los miembros de las familias compartieron sus vivencias sobre la alimentación diaria, el trabajo en la comunidad y las actividades físicas típicas de su cultura. Se fomentaron dinámicas grupales de movimiento, recuperando prácticas tradicionales como las caminatas comunitarias.

Además, se discutió sobre la alimentación saludable tradicional, destacando el consumo de productos locales, su valor nutricional y su papel en la prevención de enfermedades. A través de actividades prácticas y conversatorios, se reforzó el reconocimiento de la comida tradicional como un componente de identidad, salud y bienestar familiar, incentivando la participación conjunta de jóvenes y adultos.

Taller 2: Sueño, Estrés y Seguridad

Abordó higiene del sueño, manejo emocional con técnicas ancestrales y construcción de acuerdos de seguridad. El segundo taller estuvo diseñado para sensibilizar a la comunidad acerca de la relevancia de un descanso adecuado, la gestión del estrés y la creación de entornos seguros, integrando saberes ancestrales y prácticas contemporáneas de autocuidado.

Se llevaron a cabo charlas educativas sobre la higiene del sueño, identificando hábitos que impactan el descanso y promoviendo rutinas saludables alineadas con las dinámicas comunitarias. Complementariamente, se realizaron ejercicios de manejo emocional, incorporando técnicas tradicionales como la orientación de los mayores, momentos de silencio y

respiración consciente. Se fomentó la creación colectiva de acuerdos comunitarios para el cuidado mutuo en el hogar y la comunidad, elaborados mediante dinámicas participativas que permitieron a los asistentes reflexionar sobre situaciones de riesgo y proponer soluciones basadas en el respeto, la solidaridad y la responsabilidad compartida.

Taller 3: Personalidad y Autorregulación

Enfocado en autoconocimiento, resiliencia y regulación emocional desde la tradición indígena. Este taller se centró en el fortalecimiento del autoconocimiento, la resiliencia y la autorregulación emocional, entendiendo la personalidad como un proceso en constante evolución, influido por la cultura, la familia y el entorno.

A través de actividades reflexivas y participativas, los asistentes exploraron sus emociones, reacciones y maneras de relacionarse con los demás. Se utilizaron relatos tradicionales, metáforas de la naturaleza y ejemplos cotidianos para facilitar la comprensión sobre el manejo emocional y la importancia del equilibrio interno.

Además, se promovió el desarrollo de la resiliencia comunitaria, resaltando la capacidad del pueblo Tamas Páez para enfrentar dificultades históricas y actuales, fortaleciendo la idea de que la autorregulación emocional es fundamental para la convivencia, la toma de decisiones y el bienestar individual y colectivo.

Taller 4: Sexualidad y Autocuidado

Promovió relaciones respetuosas, consentimiento, comunicación afectiva y protección. El cuarto taller abordó la sexualidad desde una perspectiva integral, respetuosa y culturalmente adecuada, promoviendo el autocuidado, las relaciones basadas en el respeto mutuo y la comunicación afectiva. Se generaron espacios de diálogo abiertos y seguros, donde los participantes pudieron expresar sus inquietudes y reflexionar sobre temas como el

consentimiento, el respeto por el propio cuerpo y el de los demás, así como la importancia de la comunicación en las relaciones interpersonales. Estos temas se trabajaron considerando los valores culturales y el papel de la familia y la comunidad en la formación afectiva. El taller buscó fortalecer la autonomía personal sin desvincularla del sentido comunitario y del respeto por la tradición

Taller 5: Autocuidado y Prevención

Fortaleció el concepto de Buen Vivir, prevención y prácticas cotidianas de autocuidado integral. Mediante actividades participativas, se reflexionó sobre las prácticas cotidianas de autocuidado y prevención, resaltando aquellas que hacen parte del saber ancestral, como el uso responsable de plantas medicinales, el cuidado del entorno y el apoyo comunitario.

Finalmente, se promovió la adopción de acciones preventivas frente a situaciones que afectan la salud y el bienestar, reforzando la importancia de la responsabilidad individual y colectiva. El taller permitió consolidar aprendizajes previos y motivó a la comunidad a mantener prácticas de cuidado que fortalezcan su calidad de vida y su identidad cultural.