



Universidad Autónoma de Querétaro

Facultad de Ciencias Naturales

Maestría en Nutrición Clínica Integral

Conductas alimentarias de riesgo, estilo de vida y nivel de resiliencia en
estudiantes de educación media superior.

Trabajo escrito

Que como parte de los requisitos para obtener el Grado de
Maestro en Nutrición Clínica Integral

Presenta:

Ramón Francisco Bajeca Serrano

Dirigido por:

Dra. Blanca Lilia Reyes Rocha

Dra. Blanca Lilia Reyes Rocha
Presidente

M. Esp. Felipe de Jesús Dávila Esquivel
Secretario

Dra. Juana Elizabeth Elton Puente
Vocal

Dra. Diana Beatriz Rangel Peniche
Suplente

MNH. Laura Regina Ojeda Navarro
Suplente

Centro Universitario, Querétaro, Qro.
Diciembre, 2019
México

DEDICATORIAS

A Dios, sigo sin entender cuál es el propósito que tiene para mi vida, aun así gracias por tanto.

A mi mamá Loreto Serrano Valenzuela y papá Ramón Bajeca Galaviz, por su amor, apoyo y confianza. No solo en esta aventura, si no a lo largo de mi vida.

A mis hermanas, Edith Soraya Bajeca Serrano e Itzel Guadalupe Bajeca Serrano, por siempre motivarme a no dejarme vencer cuando más cansado estuve.

A mis sobrinos, Michelle, Said y Eduardo, por inspirarme a ser siempre una mejor persona.

AGRADECIMIENTOS

Agradezco al CONACYT por el apoyo brindado durante la realización de mi maestría para lograr ser un profesional de la nutrición mejor preparado.

Al Instituto de Nutrición Y Salud Kellogg's porque a través de la iniciativa y financiamiento Apoyo a Proyectos de Investigación en Nutrición APIN 2017-2018 se pudo llevar acabo el presente trabajo.

A la Universidad Autónoma de Querétaro, una institución con altos estándares de calidad y profesionalismo en la formación de profesionistas para el país.

A mi directora de tesis, Dra. Blanca Lilia Reyes Rocha por su apoyo, confianza y empatía. Aprendí mucho a su lado como profesional y como persona.

A mi comité sinodal integrado por la M. Esp. Felipe Dávila, Dra. Elizabeth Elton, Dra. Beatriz Rangel, y MNH. Laura Ojeda, por sus consejos, observaciones y darse el tiempo necesario para enriquecer el presente trabajo.

A los diferentes planteles educativos de educación media superior del municipio que participaron que participaron de forma entusiasta: CECYTEQ cerrito colorado, Escuela de Bachilleres Plantel Norte de la UAQ, Escuela de Bachilleres Plantel Sur de la UAQ, COBAQ satélite, CETIS No. 16.

A mi familia y aquellas personas que creyeron, confiaron y me animaron a creer que si podía lograrlo.

A mis viejos y nuevos amigos, Diana, Víctor, Alejandra, Diana Berenice, Paola, Bianca, Shantal, Karla, Rocío, Wilver, Laura, Brenda, Edith y Edgar. Sin duda alguna, la vida es más linda con amigos.

RESUMEN

Los adolescentes presentan problemas de salud heterogéneos; actualmente, se ha incrementado la presencia de conductas alimentarias de riesgo (CAR) y estilos de vida no saludables en los jóvenes, contribuyendo a las cifras de sobrepeso, obesidad y problemas como los trastornos alimentarios y de la ingestión de alimentos. De ahí la importancia de potencializar un nivel de resiliencia alto para afrontar estas situaciones dañinas para la salud. El objetivo del estudio fue determinar la relación entre las conductas alimentarias de riesgo, estilo de vida y nivel de resiliencia de estudiantes de educación media superior del municipio de Santiago de Querétaro. Es un estudio transversal y analítico. Se incluyeron 385 adolescentes inscritos en planteles públicos de 14-19 años, ambos sexos. Se midió peso, estatura y se calculó el índice de masa corporal para la edad. Se aplicó una batería de instrumentos para medir las variables conductas alimentarias de riesgo, estilo de vida, y nivel de resiliencia. Para el análisis de datos se utilizó estadística descriptiva. La relación de las variables de estudio se determinó con la prueba de X^2 . Los hallazgos muestran que 23.4% de los adolescentes presentó sobrepeso (hombres 23.5%; mujeres 23.2%) mientras que 9.4% obesidad (hombres 8.0%; mujeres 10.6%). Las conductas alimentarias de riesgo se relacionan con el nivel de resiliencia respecto a las dimensiones, competencia social ($X^2=13.03$) y competencia personal ($X^2=9.86$), al igual que con el estilo de vida en las dimensiones alimentación ($X^2=8.64$), consumo de drogas ($X^2=7.09$), sueño ($X^2=5.91$) y estado emocional autopercebido ($X^2=8.51$). Se concluyó que un nivel de resiliencia bajo y medio en dimensiones de competencia social y competencia personal se relaciona con la adopción de CAR. Los adolescentes que presentaron CAR tienden a llevar a cabo prácticas no saludables en el estilo de vida en dimensiones de alimentación, consumo de drogas, sueño, y estado emocional autopercebido.

Palabras clave: conductas alimentarias de riesgo, estilo de vida, resiliencia.

SUMMARY

Adolescents have heterogeneous health problems. Currently, the presence of risky eating behaviors (REB) and unhealthy lifestyles in young people has increased, contributing to overweight, obesity and problems such as eating disorders. Hence the importance of potentiating a high level of resilience to face these situations harmful to health. The objective of the study was to determine the relationship between risk eating behaviors, lifestyle and level of resilience of high school students in the municipality of Santiago de Querétaro. This was a cross-sectional and analytical study, which included 385 adolescents registered in public schools, 14-19 years old, both sexes. Weight, height and body mass index were measured. A set of instruments were applied to measure dietary risk variables, lifestyle, and level of resilience. For data analysis descriptive statistics were used. The relationship of the study variables was determined with the X^2 test. The findings show that 23.4% of adolescents were overweight (men 23.5%; women 23.2%) while 9.4% were obese (men 8.0%; women 10.6%). Risk eating behaviors were related to the level of resilience with social competence ($X^2=13.03$) and personal competence ($X^2=9.86$) dimensions, as well as lifestyle in feeding dimension ($X^2=8.64$), drug use ($X^2=7.09$), sleep ($X^2=5.91$) and self perceived emotional status ($X^2=8.51$). It is concluded that a low and medium level of resilience in social competence and personal competence dimensions is related to the adoption of REB. Adolescents with REB tend to engage in unhealthy lifestyle practices in feeding, drug use, sleep, and self perceived emotional status dimensions.

Keywords: risk eating behaviors, lifestyle, resilience, health.

ÍNDICE

DEDICATORIAS.....	ii
AGRADECIMIENTOS.....	iii
RESUMEN.....	iv
SUMMARY.....	v
ÍNDICE.....	vi
ÍNDICE DE TABLAS.....	vii
I. INTRODUCCIÓN.....	9
II. REVISIÓN DE LA LITERATURA.....	13
2.1 Adolescencia.....	13
2.2 Conductas alimentarias de riesgo en adolescentes.....	14
2.3 Estilo de vida de los adolescentes.....	17
2.4 Resiliencia en adolescentes.....	20
III. HIPÓTESIS.....	¡Error! Marcador no definido.
IV. OBJETIVOS.....	24
V. MATERIALES Y MÉTODOS.....	25
5.1 Tipo y diseño de estudio.....	25
5.2 Universo y muestra.....	25
5.3 Criterios de selección.....	25
5.4 Plan para la recolección de datos.....	26
5.6 Análisis estadístico.....	28
5.7 Ética del estudio.....	28
VI. RESULTADOS Y DISCUSIÓN.....	29

VII. CONCLUSIÓN	39
VIII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	41

Dirección General de Bibliotecas UAQ

ÍNDICE DE TABLAS

2.1. Cambios y situaciones durante la adolescencia.	13
6.2. Características sociodemográficas, antecedentes heredofamiliares y personales de los adolescentes.....	29
6.3. Variables antropométricas de los adolescentes.....	30
6.4. Conductas alimentarias de riesgo de la población de estudio.....	30
6.5. Diagnóstico nutricional de acuerdo al IMC/E de la población de estudio.....	31
6.6. Porcentaje de grasa corporal para la edad y sexo de la población de estudio.	32
6.7. Estilo de vida (dimensiones) de la población de estudio.....	33
6.8. Nivel de resiliencia (dimensiones) de la población de estudio.....	35
6.9. Relación de las variables de estudio: nivel de resiliencia y CAR.	36
6.10. Relación de las variables de estudio: CAR y estilo de vida.....	37

I. INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud (OMS) considera la adolescencia como una etapa del ciclo de la vida comprendida de los 10 a los 19 años (OMS, 2018). A nivel Latinoamérica y el Caribe, los adolescentes cuentan con una participación significativa en la sociedad, ya que representan el 30% de la población (OPS, 2013). De acuerdo con la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición Medio Camino 2016 (ENSANUT), para el año 2016 en México, vivían 18, 492, 890 adolescentes (INSP, 2016).

Se sabe que durante la adolescencia los individuos tienen como objetivo la búsqueda de identidad, la cual contempla la aceptación de su cuerpo, el logro de autonomía, y desarrollo de competencias emocionales y sociales (Gaete, 2015). Sin embargo, dada la inexperiencia e inmadurez biológica y psicológica característica de esta etapa del ciclo de vida, la toma de decisiones se convierte en una situación que genera conflicto entre los adolescentes, llegando a provocar que estos adopten conductas y estilos de vida no favorables para su salud integral (Laimera et al., 2003; Gaete, 2015).

El estilo de vida durante la adolescencia es tópico de interés, debido a que hace referencia a la adopción de comportamientos que afectan en forma positiva a negativa la salud de los individuos. Actualmente se ha asociado al estilo de vida no saludable con la incidencia de padecimientos como sobrepeso y obesidad, lo cual lo posiciona como un determinante para el desarrollo de enfermedades crónico no transmisibles y con consecuencias psicosociales respecto a la imagen corporal, depresión y baja calidad de vida (Lima et al., 2015).

Estudios al respecto muestran que dentro de los principales problemas de salud relacionados con un estilo de vida no saludable en los adolescentes están la anorexia, bulimia o trastorno por atracón, así como el sobrepeso y obesidad, inactividad física y alimentación no saludable, entre otros más. Según cifras de la OMS en el año 2015, murieron 1.2 millones de adolescentes, más de 3000 al día, en su mayoría por causas prevenibles (OMS, 2018).

Los resultados de la ENSANUT MC 2016 señalan que en los últimos años la presencia combinada de sobrepeso y obesidad en la población de adolescentes mexicanos ha ido en aumento, pasando de un 34.9% en 2012 a 36.3% en 2016 (INSP, 2016). Tal incremento se ha relacionado al estilo de vida de los adolescentes, caracterizado por un consumo y disponibilidad de alimentos con alto valor calórico y bebidas azucaradas, así como la presencia de sedentarismo (Rivera et al., 2013).

Aunado a los problemas de sobrepeso y obesidad y los daños a la salud que estos ocasionan, los adolescentes deben lidiar con las exigencias de la sociedad actual, en la que se privilegia la figura esbelta y estilizada. Se ha visto que tal condición favorece que los adolescentes con sobrepeso y obesidad estén expuestos a las críticas y acoso por parte de sus pares, situación que ha favorecido el incremento en la adopción de Conductas Alimentarias de Riesgo (CAR) en este grupo de población (Hernangómez, 2018).

Entre las CAR, se encuentran la restricción de alimentos o realizar ejercicio en exceso; ambas situaciones con el fin de disminuir el peso corporal. Este tipo de conductas no saludables se han convertido, hasta cierto punto, en un hábito cotidiano entre los jóvenes sin que estos tengan en claro hasta qué punto las mismas son saludables o no saludables (Unikel et al., 2017).

La guía de práctica clínica para trastornos de la conducta alimentaria del Instituto Nacional de Psiquiatría "Ramón de la Fuente Muñoz" reconoce que las CAR son más frecuentes que los trastornos alimentarios y de la ingestión de alimentos (Unikel & Caballero, 2010). Diversos autores las señalan como un estadio previo para el desarrollo de un trastorno alimentario y de la ingestión de los alimentos como son anorexia, bulimia o trastorno de atracones (Nuño et al., 2009); situaciones que suelen coexistir con problemas de ansiedad, depresión y/o abuso de sustancias (OMS, 2018).

Las cifras a nivel nacional de CAR, muestran un aumento progresivo al pasar de 0.8% en 2006 a 1.3% en 2012. Investigaciones realizadas en población

de adolescentes de la ciudad de Querétaro, reportan cifras desde un 8.7% en adolescentes y adultos jóvenes (Ortiz, 2016), hasta un 19.5% en adolescentes de 14 a 19 años (Barajas, 2018).

Los múltiples y significativos cambios físicos, psicológicos y sociales, incluida la exposición a factores como pobreza, abuso o violencia son diferentes escenarios que hacen vulnerables a los adolescentes para el desarrollo de problemas de salud física y mental (OMS, 2018).

Un adolescente resiliente es capaz de afrontar tales situaciones adversas para su salud y fortalecer sus relaciones interpersonales (García et al., 2016). La resiliencia es definida por Ruvalcaba et al. (2015) como un “factor protector que mediante un proceso o mecanismo contribuye a un buen resultado”. Su estudio en la población de adolescentes se ha enfocado en dilucidar aspectos como nivel de adaptación debido a tareas propias de este ciclo de la vida, desempeño escolar o establecer relaciones sociales (Leiva et al., 2013).

Así mismo, el enfoque de la resiliencia orientado al riesgo tiene que ver con el hecho de involucrarse o no en conductas dañinas para la salud (García et al., 2016). Dentro de la literatura se menciona que los sujetos con enfermedades crónicas que poseen un nivel de resiliencia alto, tienen una recuperación más rápida y mayor resistencia ante recaídas. Por ello, es importante considerar la resiliencia como un pilar clave en la promoción y prevención de la salud en la población de adolescentes, dado su enfoque de protección frente a la exposición a situaciones de riesgo (Leiva et al., 2013).

Conocer aspectos como comportamiento alimentario, estilo de vida y resiliencia de los adolescentes puede ayudar a protegerlos y potenciar la prosperidad y bienestar en la adolescencia y posteriormente en la adultez, respecto a la salud física y mental (OMS, 2018).

La OMS considera prioritario el atender la epidemiología actual de los trastornos alimentarios y de la ingestión de alimentos en la población adolescente, debido a que son un grupo etario vulnerable y la aparición de las CAR o

enfermedades mentales, como anorexia, bulimia o trastorno por atracones, repercuten de manera considerable en la salud y calidad de vida de quien los padece (Gil et al., 2003). Se reconoce que estos problemas mentales ocupan el tercer lugar (5%) dentro de las enfermedades crónicas más frecuentes en los adolescentes. La detección y atención precoz de los adolescentes que realizan CAR mejorará notablemente el pronóstico de las complicaciones a la salud (Gaete et al., 2012) y coadyuvará en la prevención de hábitos no saludables, adquiridos en etapas tempranas del ciclo de vida.

Identificar las conductas y prácticas del comportamiento alimentario relacionado con los trastornos alimentarios y de la ingestión de alimentos, así como aspectos del estilo de vida y componentes de la resiliencia, ayuda a caracterizar y focalizar los puntos críticos en los cuales los adolescentes están comprometiendo su estado de salud. Permitiendo que tal información funja como un precedente y pilar para el desarrollo de estrategias para el cuidado y mantenimiento de la salud a nivel primario y secundario, en la población de adolescentes. Propiciando con ello, que tanto el sector salud como educativo, trabajen de manera inter y transdisciplinaria para lograr el fortalecimiento de los individuos en la toma de decisiones frente a los factores de riesgo para la salud e identificar y derivar a quien ya está presentando conductas no saludables.

Es por ello que el presente estudio pretende generar nuevos conocimientos acerca de la relación entre las conductas alimentarias de riesgo, estilo de vida y nivel de resiliencia que presentan los adolescentes del municipio de Santiago de Querétaro, Querétaro.

II. REVISIÓN DE LA LITERATURA

2.1 Adolescencia

La Organización Mundial de la Salud (OMS) se refiere a la adolescencia como un período de crecimiento y desarrollo humano, el cual se da al pasar la niñez y previo a la etapa de la adultez, (OMS, 2018).

De acuerdo con la revisión de Güemes et al. (2017) el crecimiento y desarrollo durante la etapa de la adolescencia, es variable de individuo a individuo. En los últimos años se ha presentado de manera más pronta, debido a las mejores condiciones de nutrición de la población; durante la adolescencia los jóvenes experimentan los siguientes cambios y situaciones (tabla 1).

Tabla 2.1. Cambios y situaciones durante la adolescencia.

Hombres	<ul style="list-style-type: none">• Desarrollo testicular (aproximadamente 12 años).• Desaceleración del crecimiento (14-15 años).• Mayor síntesis de masa muscular y ósea.• Ensanchamiento de hombros.• Mayor cantidad de glóbulos rojos y hemoglobina.• Obtención de estatura final puede prolongarse hasta los 21 años.
Mujeres	<ul style="list-style-type: none">• Desarrollo mamario (aproximadamente 10 años).• Menarquia (aproximadamente 12 años).• Desaceleración del crecimiento (12-13 años).• Mayor acumulación de masa grasa.• Ensanchamiento de pelvis.• Obtención de estatura final a los 16-17 años
Hombres y mujeres	<ul style="list-style-type: none">• Alcanzan entre 20-25% de su estatura de adulto.• Desarrollo de zona cerebral que busca recompensa (corteza perifrontal).• El cerebro presenta amplia capacidad para cambiar y adaptarse.• Independencia de los padres.• Decisiones de la imagen corporal y aceptación del cuerpo.• Establecimiento de relaciones sociales (amigos).• Adopción de estilos de vida, identidad sexual, vocacional, moral.

Diseño propio

A partir de los múltiples cambios físicos, psicológico y sociales, el adolescente busca construir un mundo propio y nuevo. Sin embargo, para dicha construcción necesita del apoyo del entorno familiar, escolar y social (Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, s.f.).

De acuerdo con la OMS (2018), una gran cantidad de adolescentes experimentan problemas de adaptación y salud mental, ya que en esta etapa de la vida aún no se es capaz de comprender la relación entre una conducta y sus implicaciones en el estado de salud.

2.2 Conductas alimentarias de riesgo en adolescentes

Las CAR son aquellas manifestaciones similares en forma, pero menores en frecuencia e intensidad a las presentadas por un trastorno alimentario y de la ingestión de alimentos¹. Así mismo, son consideradas conductas de tipo restrictivas alimentarias, purgativas y de atracones con tendencia a presentarse en etapas de la vida como la adolescencia y adultez temprana (Unikel et al., 2004; Radilla al., 2015); siendo un punto medio entre una conducta alimentaria saludable y alguno de los trastornos alimentarios y de la ingestión de alimentos (Altamirano et al., 2011).

Se ha sugerido que la adopción frecuente de CAR durante la adolescencia tiene que ver con una serie de cambios físicos significativos y psicológicos que se presentan a esta edad, en donde aparecen aspectos como la preocupación por la figura corporal y el peso, así como la exigencia por alcanzar las metas planteadas; situaciones difíciles que impactan de manera considerable en la confianza y

¹ Los trastornos alimentarios y de la ingestión de alimentos son definidos por el DSM-V como “Alteración persistente en la alimentación o en el comportamiento relacionado con la alimentación que lleva a una alteración en el consumo o en la absorción de los alimentos y que causa un deterioro significativo de la salud física o del funcionamiento psicosocial” (Vázquez et al., 2015).

autoestima de los jóvenes; por ello, en algunos casos el establecer un control sobre las prácticas alimentarias es un escape ideal para aquellos que no cumplen con sus metas o presentan la sensación de falta de control (Unikel & Caballero, 2010).

Los adolescentes que presentan CAR, son sujetos que se denominan dietantes crónicos, que de manera voluntaria inician con conductas alimentarias dañinas en pequeña escala, las cuales evolucionan hacia una pérdida de control, con mayor riesgo de llegar a la instauración de uno de los trastornos alimentarios y de la ingestión de alimentos (Unikel et al. 2017).

La presencia de este tipo de comportamiento alimentario no saludable se relaciona con situaciones de salud como bajo peso, deficiencia de vitaminas y minerales como calcio, hierro y potasio, y por consiguiente llegar a padecer enfermedades como osteoporosis, anemia o bien hipokalemia (Radilla et al., 2015).

Este tipo de situaciones de salud a nivel mundial eran considerados propios de países desarrollados y se presentaban mayormente en mujeres jóvenes de clase alta (Unikel & Caballero, 2010). Hoy en día, tras múltiples investigaciones se han encontrado casos y porcentajes considerables de actitudes y conductas alimentarias de riesgo en diversas partes del mundo, así como en países de América Latina (Mancilla et al., 2010).

Entre dichas investigaciones se encuentra la realizada en Colombia en donde se reporta una frecuencia 3.5% de CAR (Rodríguez & Mina, 2008) mientras que en Chile se tiene 7.5% (Urzúa et al., 2011). Respecto a países como Argentina, se conoce que la población femenina de adolescentes es más propensa a adoptar CAR en un 56.9%, en comparación con los hombres que solo presentan un 23.5% (Rutzstein et al., 2010). En Europa se reporta 11.2% en el caso de España (Pamies et al., 2011).

En el caso de México, la ENSANUT 2006 reportó una prevalencia de 0.8% de CAR en adolescentes de 15 años y más, principalmente en la población

femenina (Barriguete et al., 2009). Para la ENSANUT 2012 la incidencia de CAR alcanzó el 1.3%; las CAR más comunes fueron, en los hombres el realizar ejercicio con el fin de bajar de peso (12.7%) y en las mujeres la preocupación por engordar (19.7%) (Gutiérrez et al., 2012).

La Encuesta de Prevalencia de Consumo de Drogas y Alcohol realizada en estudiantes de secundarias y preparatorias de la Ciudad de México, de una edad promedio de 14.5 años, muestra un aumento en la frecuencia de CAR, de manera indistinta para hombres y mujeres. Los datos estadísticos presentados en dicha encuesta señalan que en 1997 la prevalencia de CAR en adolescentes hombres fue de 1.3% y en el 2003 fue de 3.8%; en el caso de las mujeres en 1997 fue de 3.4% y para el 2003 alcanzó una cifra de 9.6%, siendo las CAR más frecuentes: preocupación por engordar, uso de métodos purgativos y restrictivos para bajar de peso (Unikel et al., 2006)

Radilla et al. (2015) en una investigación realizada en población adolescente de la Ciudad de México, encontró una frecuencia de 17% de CAR, principalmente en sujetos con obesidad.

En el 2010, la Encuesta Nacional de la Juventud en la ciudad de Monterrey, reportó una prevalencia de 38.2% de CAR en jóvenes entre 12 y 29 años, siendo las más populares, preocupación por bajar o subir de peso (16.3%), practicar ejercicio para bajar de peso (10.3%) y tomar pastillas o medicamentos para disminuir de peso (8.1%). Así mismo, se confirmó que las mujeres tienden a adoptar con mayor frecuencia este tipo de prácticas no saludables (Ávila & Jáuregui, 2015).

En el ámbito local, una investigación realizada en estudiantes de secundaria y preparatoria del municipio de Querétaro (Aguilera & Millán, 2006), reportó una proporción de CAR de tipo moderada de 4% (2.0% hombres; 6.0% mujeres) y severa 0.3% (0.0% hombres; 0.5% mujeres), cuya frecuencia fue mayor en adolescentes de escuelas públicas respecto a las privadas.

Aunado a esto, en un estudio realizado por Gayou y Ribiero (2014) en 435 adolescentes de dos escuelas secundarias públicas de diferentes delegaciones del municipio de Santiago de Querétaro, se encontró que 33.1% presentaban CAR, con mayor frecuencia en la población masculina.

2.3 Estilo de vida de los adolescentes

Salazar et al. (2010) define al estilo de vida como “un patrón de comportamiento de un individuo que presenta una relativa consistencia en el tiempo, influenciado por factores internos como pensamientos, creencias, motivos, emociones, habilidades, etcétera; y por factores externos como condiciones socioeconómicas, familiares, sociales, culturales, y medioambientales”. Tales autores mencionan que existen diferentes áreas (dimensiones) dentro del estilo de vida de los adolescentes, que al momento de interrelacionarse dan como resultado determinado patrón o tipología de un estilo de vida.

La población de adolescentes se percibe de manera saludable, pero la evidencia científica señala que no es así, y adoptan estilos de vida no saludables compuestos por el consumo de drogas legales e ilegales, violencia social, y conductas de riesgo tanto alimentarias como sexuales, preservando este tipo de patrones de comportamiento hasta la vida adulta (Tamayo et al., 2015). Sin embargo, la atención se centra en la influencia de los aspectos antes mencionados sin considerar prácticas de sueño, tiempo libre, y relaciones interpersonales (García et al., 2012). Las personas con comportamientos no saludables tienen una mayor probabilidad de desarrollar enfermedades en comparación con aquellas cuyos estilos de vida no presentan prácticas de tipo no saludables (Pastor et al., 1998).

El estilo de vida está determinado en cierta forma por las decisiones que se toman y que afectan a la persona, teniendo mayor o menor control sobre ellas. Si estas decisiones son inadecuadas, llegan a ser un “riesgo autoimpuesto” que facilita el desarrollo de la enfermedad. Como se mencionó anteriormente, el estilo

de vida de los jóvenes se relaciona con problemas de salud (Bastias et al., 2014). De hecho, la Organización Panamericana de la Salud (2013) menciona que “casi dos tercios de las muertes prematuras y un tercio de la carga de morbilidad se relaciona con comportamientos que inician en la juventud”.

Los expertos señalan que prácticas no saludables en el estilo de vida en áreas como alimentación y de actividad física se han relacionado con la alta prevalencia de obesidad en adolescentes (Ives et al., 2012). Situación que detona que los jóvenes recurran a conductas no saludables para el control de peso como vómitos autoinducidos, abuso de laxantes; siendo dos veces mayor la presencia de CAR en aquellos jóvenes con sobrepeso en comparación con los de peso normal (López et al., 2015).

En la investigación realizada por Tamayo, et al. (2015) en Colombia, se encontró que los jóvenes presentaban mayormente un estilo de vida no saludable en las dimensiones de habilidades interpersonales (73.5%), sueño (72.2%), consumo de alcohol, cigarrillo, y drogas ilegales (70.6%), alimentación (61%), afrontamiento (55.4%), y estado emocional autopercibido (50.9%), y dentro de las razones por las cuales realizan actividad física la respuesta de un 40.9% fue para “Mejorar su figura”, respuesta más elevada respecto a la opción de “beneficiar su salud” que fue contemplada por solo un 38.9%. En tanto que, para la dimensión de alimentación, los jóvenes comen de manera saludable para mantener su figura en un 36.7% y para bajar de peso en un 24.5%. Sin embargo, dentro de las razones para no comer de manera saludable destacan conservar o mantener la figura (42%) y el no restringirse en lo que comen (31.6%).

En otro estudio realizado en Guatemala por Segura et al (2014), se encontró que los jóvenes universitarios presentaban un estilo de vida no saludable según la evaluación del área de actividad física, aunque en aquellas personas que sí realizan actividad física (53.73%), su principal motivación fue por “beneficiar su salud”. Con base en la dimensión de alimentación, un 43%, piensa que llevar una alimentación saludable sirve para mantener un buen estado de salud, en especial

las mujeres; y un 34% no se alimenta sanamente porque no les gusta restringirse en lo que comen.

En el caso de México, en un estudio publicado por Lumbreras et al (2009) en población de jóvenes, se encontró que al momento de la entrevista, únicamente un 37% había realizado algún deporte en algún momento de su vida, un 80% lo realizó en el transcurso de la secundaria o preparatoria. Se encontró que 10% de los sujetos presentaban al menos 3 conductas de riesgo para trastornos alimentarios, siendo mayor en aquellos que presentaban sobrepeso (1.5 veces más) y obesidad (3.3 veces más), con respecto a los de peso normal; 18% presentó trastornos psicológicos como estrés, ansiedad, depresión o fatiga.

Otra investigación realizada en el estado de Sonora, México en adolescentes de 12 a 16 años, reporta que el 43.5% de estos presento hábitos alimentarios de buenos a regulares, y en cuanto a la actividad física, el 73.9% contestó que realizaba algún tipo de ejercicio (Castañeda et al., 2008).

En otro estudio realizado por Lorenzini et al (2015), la presencia de tabaquismo en el estilo de vida de los jóvenes, marcaba una tendencia a un índice de masa corporal fuera de lo saludable, en comparación con aquellos que no fumaban. Esto último es importante porque en líneas anteriores la relación entre el peso y la estatura (índice de masa corporal) en jóvenes, específicamente por encima de lo recomendado, marcaba una mayor probabilidad de presentar conductas alimentarias de riesgo.

Recientemente se ha publicado en la ENSANUT MC del año 2016, que los principales problemas relacionados con el estilo de vida de los adolescentes mexicanos fueron el sobrepeso y la obesidad (36.3%) con un aumento de 1.4 puntos porcentuales respecto al 2012; falta de actividad física ya que el 39.2% no realiza la cantidad de actividad física recomendada y presentan prácticas alimentarias no saludables caracterizadas por un consumo frecuente de bebidas azucaradas, frituras, cereales con azúcar y bajo consumo de verduras y frutas, condiciones que favorecen el desarrollo de sobrepeso y obesidad como un riesgo

autoimpuesto para la salud de los jóvenes (Bastías et al., 2014; Instituto Nacional de Salud Pública , 2016).

2.4 Resiliencia en adolescentes

El término resiliencia, proviene del latín “*resilio*”, que significa volver de atrás, volver de un salto o rebotar. Al ser aplicado al comportamiento humano, se define como aquella capacidad que tienen las personas para enfrentar y superar experiencias traumáticas estresantes y de riesgo, y recuperar su nivel o ritmo de vida al no sucumbir ante dichas situaciones (Barcelata, 2015).

En el caso del área de la salud, la resiliencia es un factor protector, que por un proceso o mecanismo contribuye a un buen resultado, a pesar de las experiencias con factores estresantes que tienen un riesgo significativo en el desarrollo de la psicopatología (Ruvalcaba et al., 2015; Dias & Cadime, 2017).

La presencia de resiliencia en los adolescentes es resultado de la fuerza interna y ambiente en el cual se desarrolla el joven. La resiliencia ayuda a los jóvenes a manejar los múltiples cambios internos y externos, así como en la toma de decisiones y adaptación, logrando mantener una vida sana, evitando problemas en el estilo de vida como alcoholismo, drogadicción, rebeldía, depresión o bien trastornos alimentarios y de la ingestión de alimentos (Dias et al, 2017). La resiliencia está presente en diversos aspectos en la vida de las personas, y en relación con la salud es un aspecto fundamental para la prevención de comportamientos de riesgo a la salud (García et al., 2016). Respecto a esto, González et al. (2009) mencionan que aquellas personas que tienen la capacidad para manejar situaciones de estrés presentan un menor riesgo de desarrollar problemas de salud bajo situaciones difíciles.

El nivel de resiliencia se va modificando conforme pasan los años y se reconoce que durante la adolescencia es común que este fenómeno sea mayormente dependiente del apoyo social con el que cuente el adolescente para así poder recuperarse ante una situación difícil; se considera que la resiliencia en

jóvenes se relaciona con el fortalecimiento de la autonomía y su aplicación, capacidad para afrontar adecuadamente los problemas, habilidad para tener el apoyo de los demás y confianza en sí mismo (González & Valdez, 2013).

Restrepo et al. (2011) comentan que la resiliencia a pesar de ser una respuesta individual está constituida por factores tanto individuales (atributos del individuo) como ambientales (ambiente familiar, social, y cultural), que convergen para producir una respuesta excepcional frente a una amenaza importante, considerándose como una variable protectora y moduladora de la salud física y mental. Una persona resiliente presenta las siguientes habilidades y capacidades: respuesta rápida ante el riesgo, búsqueda de información para el manejo correcto de la situación, relaciones interpersonales positivas que ayuden en una situación de riesgo, optimismo para pensar positivo ante situaciones de riesgo, y responsabilidad ante la toma de decisiones o situaciones estresantes.

En una revisión realizada por Kotliarenco et al (1997) se concluyó que los recursos para el desarrollo de resiliencia en menores de edad fueron (Vinnacia et al., 2007): una relación emocional estable con al menos uno de sus padres o una persona significativa o el desarrollo de un vínculo afectivo; ambiente educativo abierto y de contención con límites claros; apoyo social, modelos sociales que fomenten el afrontamiento constructivo; responsabilidades sociales y exigencia de logros; competencias cognitivas, un nivel intelectual promedio aunque esto no se cumple en todos los casos; afrontamiento; autoconfianza y autoimagen positiva.

López et al.(2008) en su investigación realizada con adolescentes de 14 a 18 años del estado de Nayarit, encontró en esta población un nivel de resiliencia bueno, ya que los adolescentes presentaban propósitos firmes, tenían una visión positiva del futuro, competencia personal, confianza en sí mismos, con control interno, sentido del humor, autonomía y habilidades cognitivas. El aspecto que tuvo mayor impacto fue la familia, lo cual indica que, a pesar del paso de los años, en la actualidad este grupo social ofrece seguridad y equilibrio emocional al adolescente. Algo importante a considerar es el sexo del adolescente, ya que los

hombres tienen una mayor resiliencia en relación con su nivel de independencia, caso contrario al de las mujeres, las cuales necesitan de un apoyo externo significativo.

Al respecto, el estudio realizado por Cordozo & Dubini (2009), en jóvenes de 12 a 18 años de cuatro instituciones de educación pública de Argentina, mostró que los sujetos resilientes consideraban importante contar con un apoyo afectivo y social tanto de familiares, amigos como de personas cercanas.

González & Valdez (2013) en su investigación con diferentes grupos de población en los que se incluían niños, adolescentes, adultos jóvenes y adultos promedios. Se encontró que los adolescentes presentaban un nivel de resiliencia alta (15%) mayor que los niños (14%) y adultos promedios (11.3%). Sin embargo, los adultos jóvenes tenían una cifra mayor que los adolescentes. También se presentó que las mujeres presentaron mayor resiliencia cuando existían factores externos (apoyo familiar) y los hombres presentaron mayor nivel de resiliencia en dependencia de factores internos (confianza en sí mismos).

Soler et al (2016) en su estudio realizado en 200 sujetos, hombres y mujeres de 15 a 20 años de centros educativos públicos de la ciudad de Toluca, Estado de México, se encontró que la mayoría poseían un nivel de resiliencia moderado, y el aspecto con mayor importancia era el apoyo familiar. Dentro de este estudio se concluyó también que en los hombres el mayor nivel de resiliencia se debía a su sentido de independencia y en las mujeres un mayor nivel de resiliencia se relacionaba con estímulos de apoyo externo significativo (Soler et al., 2016).

Dias et al. (2017) en su trabajo realizado con adolescentes españoles encontró que aquellos jóvenes con un nivel de resiliencia alto, presentaban un buen vínculo familiar, con la comunidad y entre pares, así como establecimiento de metas en la vida.

III. HIPOTESIS

3.1 Hipótesis 1

Los adolescentes con un nivel de resiliencia bajo y medio presentan conductas alimentarias de riesgo moderado y riesgo alto.

3.2 Objetivos específicos

Los adolescentes con conductas alimentarias de riesgo moderado y riesgo severo presentan prácticas no saludables en las dimensiones de habilidades interpersonales, afrontamiento y estado emocional percibido del estilo de vida.

IV. HIPÓTESIS

4.1 Objetivo general

Determinar la relación entre conductas alimentarias de riesgo, estilo de vida y nivel de resiliencia en estudiantes de instituciones públicas de educación media superior de educación del municipio de Santiago de Querétaro, Querétaro.

4.2 Objetivos específicos

- Determinar la frecuencia de conductas alimentarias de riesgo y su severidad.
- Determinar la frecuencia de delgadez, sobrepeso y obesidad en la población estudiada, por IMC y porcentaje de grasa por edad y sexo.
- Describir el estilo de vida en salud de los adolescentes.
- Conocer el nivel de resiliencia de la población estudiada.

V. MATERIALES Y MÉTODOS

5.1 Tipo y diseño de estudio

Estudio transversal y analítico.

5.2 Universo y muestra

El universo estuvo conformado por estudiantes de educación media superior, de planteles educativos públicos, urbanos, con sistema escolarizado, del municipio de Santiago de Querétaro, Querétaro. Se realizó un muestreo multietápico. Los planteles fueron seleccionados de forma aleatoria a partir del registro de escuelas de educación media superior de la secretaria de educación del estado de Querétaro para el ciclo escolar 2017-2018. El tamaño de la muestra se determinó mediante la fórmula para población finita de un universo de 23,897 adolescentes, con un intervalo de confianza de 95%, obteniéndose para este estudio una muestra de 264 adolescentes. El marco muestral se obtuvo a través de un muestreo proporcional de cada uno de los planteles participantes. Para la selección de las unidades de análisis se aplicó un muestreo por conveniencia.

5.3 Criterios de selección

Se incluyó a estudiantes, hombres y mujeres de 14 a 19 años, que estaban cursando el bachillerato escolarizado y aceptaron participar en el estudio previo consentimiento y asentimiento informado.

Se excluyó a los adolescentes que no estuvieron presentes en el plantel educativo al momento de la recolección de datos, ya sea por motivos de salud u otras causas.

Se eliminó a los participantes que no respondieron el 100% de las preguntas planteadas en los cuestionarios.

5.4 Plan para la recolección de datos

Previo al trabajo de campo se gestionaron los permisos correspondientes con las autoridades académicas de los planteles escolares seleccionados para el estudio. Posteriormente se tuvo un acercamiento con los adolescentes de cada plantel a fin de darles información detallada sobre los objetivos del estudio, tipo de participación y los beneficios que obtendrían. A través de los estudiantes, se les hizo llegar a los padres de familia las cartas de asentimiento y consentimiento informado con una descripción amplia y detallada sobre los objetivos del estudio, así como los riesgos y beneficios del mismo y los datos de los investigadores responsables. Se consideró sólo la participación de los adolescentes que dieron su asentimiento voluntario y cuyos padres firmaron la carta de consentimiento informado.

La recolección de datos se llevó a cabo en cada plantel educativo en horario e instalaciones proporcionadas por las autoridades académicas a fin de no afectar las actividades escolares de los estudiantes.

El instrumento aplicado constó de dos apartados. El primero correspondió a los datos sociodemográficos, antecedentes heredofamiliares y personales patológicos; el segundo incluyó los cuestionarios para medir las variables conductas alimentarias de riesgo, estilo de vida, y nivel de resiliencia, los cuales tienen valores de confiabilidad y validez apropiados al objetivo del estudio.

Asimismo, se realizaron mediciones de peso y estatura, con base en el método estandarizado de la International Society for the Advancement of Kinanthropometry (ISAK, 2011) utilizando una báscula TANITA BC-568 Monitor de Composición Segmental y Estadímetro portátil SECA 213. Se calculó el puntaje Z del Índice de Masa Corporal para la edad y sexo, mediante el software OMS Anthro Plus v. 1.0.4.

Siguiendo los criterios de la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2018), se clasificó a los adolescentes según el puntaje Z, con bajo peso si presentan valores inferiores a -2 desviaciones estándar, con sobrepeso si

presentan valores por encima de +1 desviación estándar, y con obesidad si presentan valores por arriba de +2 desviaciones estándar. El porcentaje de grasa corporal de los adolescentes se clasificó mediante los puntos de corte propuestos por Escobar et al. (2016).

Para medir la variable conductas alimentarias de riesgo se aplicó el cuestionario validado por Unikel et al (2004), que consta de 10 preguntas tipo Likert, sobre preocupación por engordar, práctica de atracones, conductas de restricción alimentaria o de purga. En cada pregunta se señala solo una respuesta que va desde nunca o casi nunca, algunas veces, frecuentemente, y muy frecuentemente; la sumatoria de puntos de cada respuesta se clasificó según los puntos de corte establecidos por los autores y categorizó en: sin riesgo, riesgo moderado o riesgo alto.

Para la variable estilos de vida se usó el cuestionario de estilos de vida (CEVJU-R) de los autores Salazar et al. (2010) consta de 68 preguntas, tipo Linkert de opción múltiple. Se encuentra dividido en 8 dimensiones: Ejercicio y actividad física, tiempo de ocio, alimentación, consumo de alcohol, cigarrillo y drogas ilegales, sueño, habilidades interpersonales, afrontamiento y estado emocional autopercebido. Cada dimensión se encuentra conformada por determinadas preguntas cuyas respuestas toman cierto valor; la sumatoria de puntos de cada dimensión se clasificó de acuerdo a puntos de corte establecidos por los autores del instrumento para cada dimensión, categorizando en saludable o no saludable las prácticas del estilo de vida.

La medición del nivel de resiliencia se llevó a cabo mediante la aplicación de la Escala de Resiliencia para Adolescentes READ, integrada por 28 preguntas con respuestas tipo Likert (muy de acuerdo, de acuerdo, normal, desacuerdo, muy en desacuerdo). Evaluando cinco dimensiones de resiliencia: cohesión familiar, competencia social, competencia personal, recursos sociales, y orientación a metas. Cada dimensión se encuentra conformada por determinadas preguntas cuya respuesta toma cierto valor; la sumatoria de puntos de cada dimensión se

clasificó de acuerdo a puntos de corte establecidos por los autores del instrumento para cada dimensión, categorizando en bajo, medio, o alto el nivel de resiliencia por dimensión (Ruvalcaba et al., 2015).

5.6 Análisis estadístico

Los datos fueron analizados con estadística descriptiva e inferencial utilizando el paquete estadístico SPSS Statistics v23.0.

En las variables continuas se utilizó medias y desviaciones estándar; en las variables categóricas se utilizaron frecuencias. Para determinar la relación entre las variables principales se utilizó la prueba estadística X^2 .

5.7 Ética del estudio

El protocolo fue evaluado y aprobado por el Comité de Bioética de la Facultad de Ciencias Naturales con el número de registro 11FCN2017.

Esta investigación se realizó en apego al Reglamento de la Ley General de Salud en materia de investigación (LGS, 2014).

VI. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Se contó con la participación de 398 adolescentes, de los cuales se eliminaron 13 sujetos debido a que no completaron en un 100% la batería de instrumentos aplicados.

Los resultados corresponden a 385 adolescentes, el 48.6% (187) fueron hombres y 51.4% (198) mujeres, con una edad mínima de 14 años y máxima de 19 años ($\bar{x}=16.0\pm 0.9$), pertenecientes a cinco instituciones públicas de educación media superior del municipio de Santiago de Querétaro. De los participantes, el 15.6% (60) de los jóvenes estudian y trabajan, 93% tienen hermanos y el 57.1% (220) son hijos de madres que trabajan. Las principales enfermedades reportadas en antecedentes heredofamiliares fueron obesidad (89.4%) y diabetes mellitus (83.6%) y personales fue la obesidad (13.0%) (Tabla 6.2). Así mismo la tabla 6.3 muestra el valor promedio de las variables antropométricas de la población de estudio.

Tabla 6.2. Características sociodemográficas, antecedentes heredofamiliares y personales de los adolescentes.

	Variable	fx	%
Datos sociodemográficos	Hombres	187	48.6
	Mujeres	198	51.4
	Estudiantes que estudian y trabajan	60	15.6
	Estudiantes que tienen hermanos	358	93.0
	Estudiantes hijos de madres que trabajan	220	57.1
	Estudiantes hijos de padres que trabajan	353	91.7
Antecedentes heredofamiliares	Obesidad	344	89.4
	Diabetes mellitus	322	83.6
	Hipertensión arterial	160	41.6
	Enfermedad psiquiátrica	27	7.0
Antecedentes personales	Obesidad	50	13.0
	Diabetes mellitus	0	0
	Hipertensión arterial	0	0
	Enfermedad psiquiátrica	6	1.6

Tabla 6.3. Variables antropométricas de los adolescentes.

Variables	General (n=385)	Hombres (n=187)	Mujeres (n=198)
	Media±DE	Media±DE	Media±DE
Peso (kg)	61.3±13.5	65.1±14.6	57.8±11.3
Estatura (cm)	163.7±8.8	170.2±6.	157.5±5.7
Índice de masa corporal (kg/m ²)	22.8±4.2	22.3±4.3	23.2±3.9
Porcentaje de grasa (%)	26.4±8.1	21.4±6.2	31.0±6.8

Respecto a Conductas Alimentarias de Riesgo (CAR), se encontró que el 34.8% (hombres 34.6%; mujeres 34.85%) de los adolescentes de la población de estudio presentaron este tipo de comportamiento alimentario no saludable (Tabla 4). Observándose un 21.9% de CAR con riesgo moderado en hombres y 16.6% de CAR con riesgo alto en mujeres.

Tabla 6.4. Conductas alimentarias de riesgo de la población de estudio.

Conductas alimentarias de riesgo	General (n=385)		Hombres (n=187)		Mujeres (n=198)	
	fx	%	fx	%	fx	%
Sin riesgo	251	65.2	122	65.2	129	65.1
Riesgo moderado	76	19.7	40	21.3	36	18.1
Riesgo alto	58	15.1	25	13.3	33	16.6

Sin embargo, Ortiz (2016) en su investigación en jóvenes de Querétaro reportó que 8.4% (hombres 2.2%; mujeres 6.3%) presentaron CAR; años después, Barajas (2018) en una muestra con 128 adolescentes encontró que 19.5% (hombres 19.2%; mujeres 23.2%) de adolescentes de 14 a 17 años, incurrieron en CAR, siendo los hombres los que presentaron en mayor proporción CAR con riesgo alto (9.4%). Estos resultados son inferiores y difieren con lo encontrado en

la población de estudio (34.8%). A pesar de la variabilidad de las cifras se debe destacar que este problema de salud considerado en sus inicios solo en las mujeres y personas de clase alta (Unikel et al. 2010), se ha propagado de forma notoria en población de adolescentes, presentándose cada vez con mayor frecuencia no solo en las mujeres sino también en los hombres.

De acuerdo con el Índice de Masa Corporal para la Edad (IMC/E) se encontró que un 2.6% de los adolescentes presentaron bajo peso (hombres 3.7%; mujeres 1.5%), 23.4% sobrepeso (hombres 23.5%; mujeres 23.2%), y 9.4% obesidad (hombres 8.0%; mujeres 10.6%).

Tabla 6.5. Diagnóstico nutricional de acuerdo al IMC/E de la población de estudio.

IMC/E	General (n=385)		Hombres (n=187)		Mujeres (n=198)	
	fx	%	fx	%	fx	%
Bajo peso	10	2.6	7	3.7	3	1.5
Normal	249	64.7	121	64.7	128	64.6
Sobrepeso	90	23.4	44	23.5	46	23.2
Obesidad	36	9.4	15	8.0	21	10.6

Bajo peso= ≤ -2 DE; Normal= > -2 DE y < 1 DE; Sobrepeso= ≥ 1 DE; Obesidad= ≥ 2 DE. OMS (2018).

Los datos encontrados en la población de estudio con relación a sobrepeso son similares a los reportados en la ENSANUT MC 2016 (22.4% hombres 18.5%; mujeres 22.4%), afectando principalmente a las mujeres. Sin embargo, la cifra de obesidad reportada en tal encuesta fue de 13.9% (hombres 15.0%; mujeres 13.9%), lo cual indica que es 4.5 puntos porcentuales mayor a la encontrada en la población de estudio; siendo mayor en un 7.0% para los hombres y 3.3% para las mujeres.

El sobrepeso y la obesidad son un problema de salud pública a nivel nacional y mundial, por ello se debe atender a aquellos jóvenes con sobrepeso y obesidad desde un enfoque integral debido a la presencia de complicaciones

cardiovasculares, endocrino-metabólicas, y psicosociales, las cuales los colocan en un riesgo mayor de morir a edades tempranas. Tal condición también victimas a los jóvenes de aislamiento social, dificultad para relacionarse con sus pares, baja autoestima, estrés, ansiedad, y depresión, así como adoptar conductas alimentarias de tipo atracones (Martínez, 2017).

En cuanto al porcentaje de grasa corporal de los adolescentes, 16.9% (hombres 19.8%; mujeres 14.1%) presentaron exceso de grasa corporal, y 14.5% (hombres 8.6%; mujeres 20.2%) tuvieron obesidad por adiposidad.

Tabla 6.6. Porcentaje de grasa corporal para la edad y sexo de la población de estudio.

Porcentaje de grasa corporal	General n=385		Hombres (n=187)		Mujeres (n=198)	
	fx	%	fx	%	Fx	%
Baja grasa corporal	1	0.3	0	0.0	1	0.5
Grasa corporal normal	263	68.3	134	71.7	129	65.2
Exceso de grasa corporal	65	16.9	37	19.8	28	14.1
Obesidad por adiposidad	56	14.5	16	8.6	40	20.2

Baja grasa corporal= $\leq p3$; Grasa corporal normal= $>p3$ y $<p90$; Exceso de grasa corporal= $\geq p90$ y $<p97$; Obesidad por adiposidad= $\geq p97$. Escobar et al. (2016).

31.4% (hombres 28.4%; mujeres 34.2%) de los adolescentes presentaron un porcentaje de grasa corporal elevado para su edad y sexo, considerando las categorías exceso de grasa corporal y obesidad por adiposidad. Estos datos son diferentes a lo encontrado en la investigación realizada por Aguilera & Millán (2006) donde se menciona que 72% (hombres 70.0%; mujeres 74.0%) de los adolescentes de escuelas públicas y privadas del municipio de Santiago de Querétaro, presentaban un porcentaje de grasa corporal alto, siendo más común tal situación en adolescentes de escuelas públicas y población femenina. No obstante, se debe tener en cuenta que durante la adolescencia existe un cambio

considerable en la composición corporal de acuerdo al sexo y edad, también se debe considerar el efecto que ejerce la alimentación, actividad física, y enfermedad (González, 2013). En sí, las mujeres experimentan un aumento considerable en las reservas corporales de tejido graso y los hombres una mayor síntesis de masa muscular (Güemes et al. 2017). Lo preocupante es cuando tal incremento tanto en hombres como mujeres está por encima de lo recomendado y repercute en el estado fisiológico de los jóvenes, de ahí la importancia de no solo identificar aquellos jóvenes con IMC elevado sino también aquellos con porcentajes de grasa no saludables.

Respecto al estilo de vida, las dimensiones con mayor presencia de prácticas no saludables fueron ejercicio y actividad física 38.2% (hombres 27.8%; mujeres 47.9%), sueño 21.3% (hombres 19.2%; mujeres 23.2%) y estado emocional autopercebido 34.3% (hombres 28.8; mujeres 39.9%).

Tabla 6.7. Estilo de vida (dimensiones) de la población de estudio.

Estilo de vida	General (n=385)				Hombres (n=187)				Mujeres (n=198)			
	Saludable		No Saludable		Saludable		No Saludable		Saludable		No Saludable	
	fx	%	fx	%	fx	%	fx	%	fx	%	fx	%
Ejercicio y actividad física	238	61.8	147	38.2	135	72.1	52	27.8	103	52.0	95	47.9
Tiempo de ocio	319	82.9	66	17.1	164	87.7	23	12.3	155	78.2	43	21.7
Alimentación	341	88.6	44	11.4	166	88.7	21	11.2	175	88.3	23	11.6
Consumo de drogas	353	91.7	32	8.3	167	89.3	20	10.7	186	93.9	12	6.0
Sueño	303	78.7	82	21.3	151	80.7	36	19.2	152	76.7	46	23.2
Habilidades interpersonales	335	87.0	50	13.0	164	87.7	23	12.3	171	86.3	27	13.6
Afrontamiento	350	90.9	35	9.1	173	92.5	14	7.4	177	89.3	21	10.6
Estado emocional autopercebido	253	65.7	132	34.3	134	71.6	53	28.3	119	60.1	79	39.9

Los datos descritos anteriormente coinciden con lo reportado por Tamayo et al. (2015) ya que en su investigación mostró que los jóvenes en Colombia presentaban principalmente prácticas no saludables en las dimensiones del estilo

de vida de sueño (72%), y estado emocional autopercebido (50.9%). En cuanto a ejercicio y actividad física, los datos son similares a los reportados en la ENSANUT MC 2016, la cual se reportó que 39.2% de adolescentes de 12 a 19 años no realizan actividad física recomendada. También, los datos se asemejan a lo encontrado por Barajas (2018), ya en una muestra de adolescentes el 34.4% (hombres 26.4%; mujeres 38.7%) presentó prácticas no saludables en la dimensión de ejercicio y actividad física y 33.6% (hombres 28.3%; mujeres 38.7%) en la dimensión de estado emocional autopercebido.

El estilo de vida de los adolescentes involucra acciones cotidianas que eventualmente se convierten en hábitos que impactan directamente en su estado de salud, de ahí la importancia de potenciar un estilo de vida saludable como un factor protector frente a enfermedades crónicas no transmisibles. De hecho, García et al. (2012) menciona que el llevar a cabo prácticas no saludables específicamente en aspectos como la alimentación y actividad física se ha relacionado con la presencia de sobrepeso y obesidad.

El nivel de resiliencia se reportó mediante las cinco dimensiones que conforman el instrumento de medición. Las dimensiones con menor proporción de resiliencia alta fueron competencia personal (hombres 21.39%; mujeres 15.15%), competencia social (hombres 24.06%; mujeres 12.12%), y orientación a metas (hombres 20.32%; mujeres 14.14%).

Tabla 6.8. Nivel de resiliencia (dimensiones) de la población de estudio.

Resiliencia	General (n=385)						Hombres (n=187)						Mujeres (n=198)					
	Baja		Moderada		Alta		Baja		Moderada		Alta		Baja		Moderada		Alta	
	fx	%	fx	%	fx	%	fx	%	Fx	%	fx	%	fx	%	fx	%	fx	%
Cohesión familiar	100	26.0	208	54.0	77	20.0	36	19.2	104	55.6	47	25.1	64	32.3	104	52.5	30	15.1
Competencia personal	159	41.3	156	40.5	70	18.2	69	36.9	78	41.7	40	21.3	90	45.4	78	39.3	30	15.1
Competencia social	102	26.5	214	55.6	69	17.9	33	17.6	109	58.2	45	24.0	69	34.8	105	53.0	24	12.1
Recursos sociales	119	30.9	162	42.1	104	27.0	50	26.7	83	44.3	54	28.8	69	34.8	79	39.9	50	25.2
Orientación a metas	115	29.9	204	53.0	66	17.1	47	25.1	102	54.5	38	20.3	68	34.3	102	51.5	28	14.1

González et al (2013) en su investigación sobre el nivel de resiliencia total en niños, adolescentes, adultos jóvenes y adultos promedio, encontró que los grupos mencionados tenían mayor prevalencia de resiliencia alta; sin embargo, los adolescentes (15%) y adultos jóvenes (23%) alcanzaron mejores cifras respecto al grupo de niños (14%) y adultos promedio (11.3%). Estos datos difieren de lo encontrado en la presente investigación debido a que la frecuencia de resiliencia alta en las cinco dimensiones evaluadas osciló entre el 17.1% y 28.0%, cifras mayores al 15% reportado por González et al (2013).

La mayoría de los adolescentes estudiados presentaron un nivel bajo y medio de resiliencia en aspectos como competencia personal, social y orientación a metas. Situación que se debe considerar ya que Dias et al. (2017), López et al (2008) y Leiva et al. (2013) mencionan que estos aspectos son buenos predictores de un nivel de resiliencia alto en los adolescentes. El que los jóvenes cuenten con un nivel de resiliencia alto les ayuda a actuar de mejor forma frente a los nuevos retos y responsabilidades propios de la adolescencia, y problemas psicosociales, por ello se debe fomentar y fortalecer tal característica (Del Toro & Chávez, 2017).

Para determinar la relación de las variables principales se aplicó la prueba estadística X^2 , la cual asume que la distribución de las variables es normal. Se encontró una relación estadísticamente significativa al relacionar la variable resiliencia con conductas alimentarias de riesgo, en las dimensiones competencia social ($X^2=13.03$) y competencia personal ($X^2=9.86$) (tabla 6.9).

Tabla 6.9. Relación de las variables de estudio: nivel de resiliencia y CAR.

Variable	Relación	X ²
	Cohesión familiar y conductas alimentarias de riesgo	2.26
	Competencia social y conductas alimentarias de riesgo	13.03*
Resiliencia	Competencia personal y conductas alimentarias de riesgo	9.86*
	Recursos sociales y conductas alimentarias de riesgo	2.84
	Orientación a metas y conductas alimentarias de riesgo	4.34

Prueba estadística X²: *Valor de $p < 0.05$.

En la investigación realizada por Fuentes (2018) en adolescentes de 12 a 14 años, no se logró establecer una correlación entre las variables resiliencia y CAR, ya que la prueba estadística de correlación de Pearson arrojó un valor de R - 0.38, con un valor de P de 0.71, lo cual indica que tal correlación no tiene un valor estadísticamente significativo. Pese a esto, la literatura reconoce que la resiliencia es un factor protector, relacionado con aspectos de apoyo familiar, social y atributos personales de los adolescentes, la cual influye en la obtención de resultados exitosos ante la presencia de situaciones de riesgo (Salas, Hodgson, Figueroa & Urrejola, 2011).

Por otro lado, al relacionar las variables conductas alimentarias de riesgo y estilo de vida, se encontró una relación estadísticamente significativa con dimensiones: alimentación (X²=8.64), consumo de drogas (X²=7.09), sueño (5.91), y estado emocional autopercebido (X²=8.51) (Tabla 6.10).

Tabla 6.10. Relación de las variables de estudio: CAR y estilo de vida.

Variable	Relación	X ²
	Conductas alimentarias de riesgo y ejercicio y actividad física	3.48
	Conductas alimentarias de riesgo y tiempo de ocio	1.39
	Conductas alimentarias de riesgo y alimentación	8.64*
Estilo de vida	Conductas alimentarias de riesgo y consumo de drogas	7.09*
	Conductas alimentarias de riesgo y sueño	5.91*
	Conductas alimentarias de riesgo y habilidades interpersonales	1.63
	Conductas alimentarias de riesgo y afrontamiento	3.36
	Conductas alimentarias de riesgo y estado emocional autopercebido	8.51*

*Prueba estadística X²: *Valor de p <0.05.*

En la actualidad se reconoce que un patrón de alimentación anómalo que siguen los individuos con algún trastorno alimentario y de la ingestión de alimentos puede ir desde el ayuno hasta la sobrealimentación o bien coexistir, dependiendo del tipo de trastorno que se presente (López & Magaña, 2014). Salas et al. 2011, en su investigación encontraron una relación entre la presencia de bulimia y el seguimiento de dietas hipoenergéticas; ya que del 37% de pacientes con tal trastorno psiquiátrico, el 25% presentó prácticas no saludables en su alimentación, dado que seguían dietas hipoenergéticas. Lo cual coincide con lo encontrado en la presente investigación.

Durante la adolescencia los jóvenes tienden a ser más susceptibles al consumo de drogas legales o ilegales, en el caso del consumo de tabaco, según Cruz, et al (2013), suelen utilizarse como supresores del apetito y con ello conseguir mantener o disminuir de peso corporal, adicionalmente, aquellos jóvenes que consumen alcohol presentan mayor cantidad de CAR respecto a los que no lo consumen. Estudios como el reportado por Bisseto et al. (2012) ahondan en la relación que existe entre las CAR y el consumo de diferentes drogas.

Los problemas de sueño son una situación común en los adolescentes, en especial en las mujeres. Se han encontrado relación entre la presencia de

anorexia con una menor eficiencia del sueño, insomnio, menor duración del sueño y despertar precozmente, esta última conforme se pierde peso corporal (Seigel et al., 2004). Guirardo & Ballester (2005) en su investigación encontraron una correlación estadísticamente significativa entre la presencia de CAR y presentar prácticas no saludables para dormir por las noches ($r=0.16$; $p=0.00$), consumir alcohol y drogas ($r=0.11$; $p<0.00$).

Por último, tanto Guirardo & Ballester (2005) como Castillo (s.f.) mencionan que aquellos adolescentes que no se sienten felices ($r=0.09$; $p<0.01$) o que presentan tristeza ($f=112.06$; $p=0.00$), recurren a la adopción de CAR, respectivamente. Aunque en la actualidad no se conoce exactamente el mecanismo por el cual existe una influencia entre el comportamiento alimentario y las emociones y estado de ánimo, se sugiere la siguiente hipótesis “las emociones desagradables inducen la alimentación para regular dichas emociones; las emociones intensas tienden a suprimir la ingesta de alimentos; las emociones agradables y desagradables dificultan el control cognitivo del comportamiento alimentario; el control de la elección de alimentos depende de la emoción inducida por el propio alimento” (Macht, 2008).

VII. CONCLUSIÓN

Analizando lo que menciona la literatura y a partir de los resultados obtenidos, se concluye que los adolescentes son un grupo de población susceptible a llevar a cabo conductas y/o prácticas no saludables en su comportamiento alimentario.

La presencia de sobrepeso y obesidad fue notoria, tanto por el índice de masa corporal para la edad y porcentaje de grasa corporal, lo cual indica que los adolescentes, de no corregir estas conductas, se encuentran bajo un riesgo latente de presentar diferentes tipos de enfermedades crónicas no transmisibles como diabetes, hipertensión arterial, dislipidemias o conductas alimentarias de riesgo durante su etapa de adulto joven.

El estilo de vida de los jóvenes estuvo caracterizado principalmente por prácticas saludables. Sin embargo, las dimensiones de ejercicio y actividad física, sueño y estado emocional autopercebido fueron las que alcanzaron mayores proporciones de adolescentes con prácticas no saludables. Por ello es importante fortalecer y fomentar estilos de vidas saludables en donde se promuevan y planteen estrategias para mejorar este tipo de conductas y así estilo de vida sirva como un factor clave para el mantenimiento de la salud en los jóvenes y futuros adultos.

La resiliencia surge como un factor protector para la salud de los adolescentes, de allí la importancia de buscar fomentar y fortalecer tal característica en los jóvenes. En el caso la población estudiada, se presentó una mayor tendencia hacia un nivel de resiliencia bajo y moderado. Lo cual indica que hay un gran número de adolescentes que se encuentra susceptible frente a situaciones de riesgo para su salud.

El hecho de caracterizar cuáles son las conductas y prácticas que están llevando a cabo los adolescentes, ayuda a poder plantear estrategias focalizadas para la promoción, prevención y mantenimiento de la salud en este grupo de

población, mediante el desarrollo de programas integrales de atención a la salud trabajando conjuntamente sector salud y educativo.

En cuanto a las hipótesis establecidas, se aceptó la H1, la cual menciona que existe una relación entre la presencia de un nivel de resiliencia bajo y medio con las conductas alimentarias de riesgo; en este caso, se encontró una relación estadísticamente significativa específicamente con las dimensiones de competencia social y competencia personal. Sin embargo, la H2, se rechazó, ya que sólo se encontró una relación estadísticamente significativa con la dimensión del estilo de vida, estado emocional autopercebido, y la presencia de conductas alimentarias de riesgo, no así para las dimensiones de habilidades interpersonales y afrontamiento.

VIII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aguilera, A., Millán, F. (2006). Mapa nutricio y riesgo de trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes de la ciudad de Querétaro, Qro., México. *Revista de salud y nutrición*, 7(1).
- Altamirano, M., Vizmanos B., Unikel, C. (2011). Continuo de conductas alimentarias de riesgo en adolescentes de México. *Rev panam salud publica*, 30(5), pp. 401-7.
- Ávila, M., Jáuregui, J. (2015). Dietary risk behaviors among adolescents and young people of Nuevo Leon. *Revista Mexicana de Trastornos Alimenticios*; 6,1-6.
- Barajas, S. (2018). Promoción de estilos de vida saludables en Estudiantes de Bachillerato. Tesis de maestría. México. Universidad Autónoma de Querétaro.
- Barcelata, B. (2015). Adolescentes en riesgo. Una mirada a partir de la resiliencia. México: Editorial el Manual Moderno.
- Barriguete, J., Unikel, C., Aguilar, C., Córdoba, J; Shamah, T., Barquera, S., Rivera, J., Hernández-Ávila, M. (2009). Prevalence of abnormal eating behaviors in adolescents in Mexico: Mexican National Health and Nutrition Survey 2006. *Salud pública de México*, 51(4), pp.S638-S644.
- Bastias, E., Stieповich J. (2014). Una revisión de estilos de vida de estudiantes universitarios iberoamericanos. *Ciencia y enfermería*. 20;(2), pp. 93-101.
- Bisseto, D., Botella, A., Sancho, A. (2012). Trastornos de la conducta alimentar y consumo de drogas en población adolescente. *Adicciones*, 24(1), pp. 9-16.
- Castañeda, O., Rocha, J., Ramos, M. (2008). Evaluación de los hábitos alimenticios y estado nutricional en adolescentes de Sonora, México. *Archivos en medicina familiar*, 10(1), pp. 7-9.
- Castillo, A., (s. f.). Relación entre la presencia de conductas alimentarias de riesgo con la depresión y el ambiente familiar en estudiantes de educación media y media superior. Universidad Nacional Autónoma de México. México.
- Cordozo, G., Alderete,A. (2009). Adolescentes en riesgo psicosocial y resiliencia. *Psicología desde el Caribe*, 23, pp. 148-182.

- Cruz, M., Pascual, A., Etxebarria, A., Echeburúa, E. (2013). Riesgo de trastorno de la conducta alimentaria, consumo de sustancias adictivas y dificultades emocionales en chicas adolescentes. *Anales de psicología*, 29(3), pp. 724-733.
- Del toro, M., P., Chávez, J. K. (2017). Adolescentes: el estudio de la resiliencia en un contexto escolarizado. Trabajo presentado en Congreso nacional de investigación educativa. San Luis Potosí. [En línea]. (Consultado en agosto del 2019). Disponible en: <http://www.comie.org.mx/congreso/memoriaelectronica/v14/doc/2592.pdf>
- Dias, P., Cadime, I. (2017). Protective factors and resilience in adolescents: The mediating role of self-regulation. *Psicología educativa* 23 (2017), pp. 37-43.
- Escobar, G., Correa, J., González, E., Schimdt, J., Ramírez, R. (2016). Percentil de grasa corporal por bioimpedancia eléctrica en niños y adolescentes de Bogotá, Colombia: estudio FUPRECOL. *Arch argent pediatr*, 114(2), pp. 135-142.
- Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia México (s.f.). La adolescencia. [En línea]. Consultado noviembre del 2017) Disponible en: https://www.unicef.org/mexico/spanish/ninos_6879.htm
- Fuentes, B. (2018). Autoestima y resiliencia ante los problemas alimentarios en escolares de 9 a 12 años. Tesis de licenciatura. Universidad Autónoma del Estado de México. México.
- Gaete, M., López, C., Matamala, M. (2012). Trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes y jóvenes. *Rev. Med. Clin. Condes*, 23(3), pp. 566-578.
- Gaete, V. (2015). Desarrollo psicosocial del adolescente. *Revista chile de pediatría*, 86(6), pp. 436-443.
- García, D., García, G., Tapiero, Y., Ramos, D. (2012). Determinantes de los estilos de vida y su implicación en la salud de jóvenes universitarios. *Revista Hacia la Promoción de la Salud*, 17(2), pp. 169-185.
- García, J., García, A., López, C., Dias, P. (2016). Conceptualización teórica de la resiliencia psicosocial y su relación con la salud. *Health and Addictions*, 16(1), pp. 59-68.

- Gauyoa, U., Ribeiro, R. (2014). Identificación de casos de riesgo de trastornos de la conducta alimentaria. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios*, 5(2), pp. 115-123.
- Gil, M., Candela, J., Rodríguez, M. (2003). Atención primaria y trastornos de la alimentación: ¿Qué podemos hacer nosotros? (II). *Aten primaria*, 31(4), pp. 248-251.
- González, E. (2013). Composición corporal: estudio y utilidad clínica. *Endocrinol Nutr*, 60(2), pp. 69-75.
- González, N., Valdez, J. (2013). Resiliencia: Diferencias por edad en Hombres y Mujeres Mexicanos. *Acta de investigación psicológica*. 3(1), pp. 941-955.
- González, N., Valdez, J., Oudhof, H., González, S. (2009). Resiliencia y salud en niños y adolescentes. *Cencia ergo sum*, 1(6- 3), pp. 247-253.
- Güemes, M., Ceñal, M., Hidalgo, M. (2017). Pubertad y adolescencia. *Adolescere*. 1(1), pp. 7-22.
- Guirardo, M., Ballester, R. (2005). Relación entre las conductas alimentarias anómalas y otros hábitos de salud en niños de 11 a 14 años. *Anales de psicología*, 21(1), pp. 58-65.
- Gutiérrez J, Rivera, J, Shamah, T., Villalpando, S., Franco, A., Cuevas, L., Romero, M., Hernández, M. (2012). Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012. Resultados Nacionales. México: Instituto Nacional de Salud Pública.
- Hernangómez, L. (2018). Apego y trastornos alimentarios: implicaciones para la intervención psicoterapéutica. *Revista de psicoterapia*, 29(111), pp. 69-92.
- Instituto Nacional de Salud Pública (2016). Encuesta Nacional de Salud y Nutrición medio camino 2016. México.
- Ives, E., Peláez, I., Brotons, C., De frutos, E., Cavo, M., Curell, N. (2012). Hábitos de estilo de vida en adolescentes con sobrepeso y obesidad (Estudio Obescat). *Rev pediátr aten primaria*, 14, pp. 127-137.

- Lameiras, M., Calado, M., Rodríguez, Y., Fernández, M. (2003). Hábitos alimentarios e imagen corporal en estudiantes universitarios sin trastornos alimentarios. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 3(1), pp. 23-33.
- Leiva, L., Pineda, M., Encina, Y. (2013). Autoestima y apoyos sociales como predictores de la resiliencia en un grupo de adolescentes en vulnerabilidad social. *Revista de psicología*, 22(2), pp. 111-123.
- Lima, M., Guerra, M., Lima, J. (2015). Estilo de vida y factores asociados a la alimentación y la actividad física en adolescentes. *Nutr Hosp.* 32;(6), pp. 2338-2847.
- López, A., Magaña C. (2014). Hábitos alimentarios. *Psicobiología y socioantropología de la alimentación*. México McGraw-Hill interamericana editores.
- López, C., Raimant, X., Gaete, M. (2015). Prevención de los trastornos de la conducta alimentaria en la era de la obesidad: el rol del clínico. *Rev. med. clin cond.* 26(1), pp. 24-33.
- López, N., Valdez, J., Zavala, J. (2008). Resiliencia en adolescentes mexicanos. *Enseñanza e Investigación en Psicología*, 13(1), pp. 41-52.
- Lorenzini, R., Betancur, D., Chel, L., Segura, M., Castellanos, A. (2015). Estado nutricional en relación con el estilo de vida de estudiantes universitarios mexicanos. *Nutrición hospitalaria*, 32(1), pp. 94-100.
- Lumbreras, I., Moctezuma, M., Dosamantes, L., Medina, M., Cervantes, M., López, M., Méndez, P. (2009). Estilo de vida y riesgos para la salud en estudiantes universitarios: hallazgos para la prevención. *Revista digital universitaria UNAM*, 10(2), pp. 1067-6079.
- Macht, M. (2008). How emotions affect eating: A five-way model. *Appetite*, 1, pp. 1-11.
- Mancilla, J., Lameiras, M., Vázquez, R., Álvarez, G., Franco, K., López, X., Ocampo, M. (2010). Influencias socioculturales y conductas alimentarias no saludables en hombres y mujeres de España y México. *Revista mexicana de trastornos alimentarios*, 1(1), pp. 36-47.
- Martínez, J. (2017). Obesidad en la adolescencia. *Adolescere*, (3), pp. 43-55.

Nuño, B., Celis, A., Unikel, C. (2009). Prevalencia y factores asociados a las conductas alimentarias de riesgo en adolescentes escolares de Guadalajara según sexo. *Revista de investigación clínica*, 61(4), pp. 286-293.

Organización Mundial de la Salud (2018). Adolescentes: riesgo para la salud y soluciones. [En línea]. (Consultado en enero del 2019). Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/adolescents-health-risks-and-solutions>

Organización Mundial de la Salud. Obesidad y sobrepeso. 2018. [En línea]. (Consultado en agosto del 2019). Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/es/>

Organización Panamericana de la Salud (2013). Adecúan los servicios para potenciar la calidad de la oferta de salud para adolescentes. [En línea]. (Consultado en enero del 2019). Disponible en: https://www.paho.org/arg/index.php?option=com_content&view=article&id=1165:adecuan-servicios-potenciar-calidad-oferta-salud-adolescentes&Itemid=225

Ortiz, A. (2016). Factores de riesgo que favorecen trastornos alimentarios en alumnos de nuevo ingreso a la Universidad Autónoma de Querétaro. Tesis de maestría. México. Universidad Autónoma de Querétaro.

Pamies, L., Quiles, Y., Bernabé, M. (2011). Conductas alimentarias de riesgo en una muestra de 2.142 adolescentes. *Medicina clínica*, 136(4), pp. 139-143.

Pastor, Y., Balaguer, Letra., García, M. (1998). Dimensiones del estilo de vida relacionado con la salud en la adolescencia: una revisión. *Rev de psicol. gral. y aplic.*, 51 (3-4); pp. 469-483.

Radilla, C., Vega, S., Gutiérrez, R., Barquera, S., Barriguete, J., Coronel, S. (2015). Prevalencia de conductas alimentarias de riesgo y su asociación con ansiedad y estado nutricional en adolescentes de escuelas secundarias técnicas del Distrito Federal, México. *Rev esp nutr comunitaria*, 21(1), pp. 15-21.

- Restrepo, C., Vinaccia, S., Quiceno, J. (2011). Resiliencia y depresión: un estudio exploratorio desde la calidad de vida en la adolescencia. *Suma Psicológica*, 18(2), pp. 41-48.
- Rivera, J., Hernández, M., Aguilar, C., Vadillo, F., Murayama, C., (2013). *Obesidad en México: recomendaciones para una política de Estado*. México. Universidad Nacional Autónoma de México.
- Rodríguez, J., Mina, F. (2008). Prevalencia de factores de riesgo asociados a trastornos del comportamiento alimentario en adolescentes de una institución educativa en Cali, Colombia 2005. *Revista colombiana de obstetricia y ginecología*; 59(3), pp. 180-189.
- Rutzstein, G., Murawski, B., Elizathe, L., Scappatura, M. (2010). Trastornos alimentarios: Detección en adolescentes mujeres y varones de Buenos Aires. Un estudio de doble fase. *Revista mexicana de trastornos alimentarios*, 1(1), pp. 48-61.
- Ruvalcaba, N., Gallejos, J., Villegas, D. (2015). Validación de la escala de resiliencia para adolescentes (READ) en México. *Journal of behavior, health & social issues*, 6 (2), pp. 21-34.
- Salas, F., Hodgson, M. I., Figueroa, D., Urrejola, P. (2011). Características clínicas de adolescentes de sexo masculino con trastornos de la conducta alimentaria. Estudio de casos clínicos. *Rev Med Chile*, 139, pp. 182-188.
- Salazar, I., Varela, M., Lema, L., Tamayo, J., Duarte, C. (2010). *Manual del cuestionario de estilos de vida de jóvenes universitarios (CEVJU-R)*. Colombia. Pontificia Universidad Javeriana de Cali.
- Segura, H., Aguilar, A., Fajardo, I., Pivaral, J., Sipaques, J. (2014). Caracterización de los estilos de vida saludable en estudiantes de grado de la facultad de ciencias médicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala. Tesis de grado. Universidad de San Carlos de Guatemala, Guatemala.
- Seigel, K., Broman, J., Hetta, J. (2004). Problemas de sueño y síntomas de trastornos de la conducta alimentaria. *Eur. J. Psychiat.*, 18(1), pp. 5-13.

- Sociedad Internacional para el Avance de la Cineantropometría (2011). Normas internacionales para la valoración antropométrica. Secretaria general ISAK. Sudáfrica.
- Soler, J., Aparicio, L., Díaz, O., Escolano, E., Rodríguez, A. (2016). Inteligencia emocional y bienestar II. España: Ediciones Universidad San Jorge.
- Tamayo, J., Rodríguez, K., Escobar, K., Mejía, A. (2015). Estilos de vida de estudiantes de odontología. *Hacia promoc. salud*; 20(2): pp. 147-160.
- Unikel, C., Bojórquez, I., Carreño, S. (2004). Validación de un cuestionario breve para medir conductas alimentarias de riesgo. *Salud pública de México*, 46(6), pp. 509-515.
- Unikel, C., Bojórquez, L., Villatoro, J., Fleiz, C., Medina, M. (2006). Conductas alimentarias de riesgo en población estudiantil del Distrito Federal: tendencias 1997-2003. *Revista de investigación clínica*, 58(1), pp. 15-27.
- Unikel, C., Caballero, A. (2010). *Guía Clínica para Trastornos de la Conducta Alimentaria*. Ed. S Berenzon, J Del Bosque, J Alfaro, ME Medina-Mora. México: Instituto Nacional de Psiquiatría. (Serie: Guías Clínicas para la Atención de Trastornos Mentales).
- Unikel, C., Díaz, C., Rivera, J. (2017). *Conductas alimentarias de riesgo y factores de riesgo asociados: desarrollo y validación de instrumentos de medición*. México: Universidad Autónoma Metropolitana.
- Urzúa, A., Castro, S., Lillo, A., Leal, C. (2011). Prevalencia de riesgo de trastornos alimentarios en adolescentes escolarizados del norte de Chile. *Revista chilena de nutrición*, 38(2), pp. 128-135.
- Vinaccia, S., Quiceno, J., Moreno, E. (2007). Resiliencia en adolescentes. *Revista Colombiana de Psicología*. 16(1), pp. 139-146.