

2015 Conductas Alimentarias de Riesgo y su Relación con Estilo de Vida y Perfil de Salud en Adolescentes.

Brenda Morales Vélez



Universidad Autónoma de Querétaro
Facultad de Ciencias Naturales

Conductas Alimentarias de Riesgo y su Relación con
Estilo de Vida y Perfil de Salud en Adolescentes.

Tesis

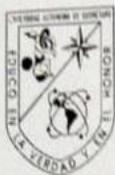
Que como parte de los requisitos para obtener el grado de

Maestro en Ciencias de la Nutrición Humana

Presenta

Brenda Morales Vélez.

Juriquilla 2018



Universidad Autónoma de Querétaro
 Facultad de Ciencias Naturales
 Maestría en Ciencias de la Nutrición Humana

Conductas Alimentarias de Riesgo y su Relación con Estilo de Vida y Perfil de Salud en Adolescentes.

TESIS

Que como parte de los requisitos para obtener el grado de
 Maestro en Ciencias de la Nutrición Humana

Presenta:

L. N. Brenda Morales Vélez.

Dirigido por:

Dra. Miriam Aracely Anaya Loyola

SINODALES

Dra. Miriam Aracely Anaya Loyola
 Presidente

Firma

Dra. Ivone Evangelista Cabral
 Secretario

Firma

Dra. Maricela Torres Esperón
 Vocal

Firma

Dra. Juana Elizabeth Elton Puente
 Suplente

Firma

MNH. Dolores Ronquillo González
 Suplente

Firma

Dra. Juana Elizabeth Elton Puente
 Directora de la Facultad

Dra. Ma. Guadalupe Flavia Loarca Piña
 Directora de Investigación y
 Posgrado

Centro Universitario
 Querétaro, Qro.
 Marzo del 2018
 México.

Resumen

La adolescencia es una etapa de cambios biológicos, sociales y psicológicos que pueden dar como resultado comportamientos generadores de riesgo. Diversos factores de tipo cultural, social, psicológico, los medios de comunicación, la insatisfacción de la imagen ante el grupo de iguales, entre otras han ocasionado preocupación por el control del peso y la imagen corporal que lleva a algunos adolescentes a desarrollar conductas alimentarias de riesgo (CAR). Estas conductas pueden influir en la adquisición de estilos de vida poco saludables. **Objetivo:** Determinar la relación entre conductas alimentarias de riesgo, estilos de vida y perfil de salud, en estudiantes de la escuela de bachilleres del plantel Bicentenario de la UAQ. **Materiales y métodos:** Estudio cuantitativo-cualitativo. Cuantitativo de correlación, descriptivo y transversal. Se utilizaron los cuestionarios “Conductas Alimentarias de Riesgo”, “Cuestionario de estilos de vida para jóvenes universitarios” y “Cuestionario de salud SF36”. Cualitativo: se realizaron dos grupos focales con adolescentes. **Resultados:** Respecto a las CAR se encontró que el 62,1% de los adolescentes estudiados están sin riesgo, 25,3% en riesgo moderado y 12,6% riesgo severo. Se encontró que en el 45,8% de los estudiantes tienen un estilo de vida No Saludable en cuanto a las prácticas de ejercicio y actividad física. El 34,2% de los estudiantes presentaron un estado emocional percibido No saludable, así mismo el 23,7% tiempo de ocio no saludable. En contraste el 93,2% de la población presento prácticas de alimentación saludable. Dentro del perfil de salud se encontró que la dimensión que presenta el porcentaje de percepción de peor salud es la de bienestar emocional (55,3%) seguida de la percepción de salud general (52,1%). Dentro del estado positivo de la salud se encontró que el 91,1% presenta buena función física. En el análisis cualitativo emergió la relación entre alimentación, comportamiento, imagen y estereotipo. Las percepciones sobre alimentación, nutrición y bienestar presentaron una construcción cultural principalmente.

Palabras clave: conducta alimentaria, nutrición del adolescente, estilo de vida, perfil de salud (*Descriptor en ciencias de la salud*).

Summary

Adolescence is a stage of biological, social and psychological changes that can result in risk behaviors. Cultural, social and psychological factors, as well as cultural image dissatisfaction, inter alia, have caused concern for weight control and body image that leads some adolescents to develop Risk Behaviors for Eating Disorder (ED). These behaviors influence the acquisition of unhealthy lifestyles and affect the perception and decision making by adolescents in matters of health care and feeding. **Objective:** To determine the relationship between ED, lifestyles and health profile in high school students from Bicentennial School of the Autonomous University of Queretaro. **Material and methods:** quantitative-qualitative research. Quantitative cross-sectional correlation and descriptive. To obtain the data, "Risk Behaviors for Eating Disorder Questionnaire", "Questionnaire of lifestyles for university students" and "Questionnaire of health SF36" were used. Qualitative: two focus groups were conducted with adolescents. To analyze the rapporteur of the adolescent focus group, three groups of content analysis were formed with experts. **Results:** 62.1% of the adolescents were out of risk of developing ED, 25.3% were at moderate risk and 12.6% were at severe risk. It was found that 45.8% of students have an unhealthy lifestyle regarding to exercise and physical activity practices. 34.2% of the students had a perceived unhealthy emotional state and 23.7% of unhealthy leisure time. In contrast, 93.2% of the population presented healthy eating practices. Within the health profile we found that the dimension that shows the percentage of worse health perception is the one of emotional well-being (55.3%) followed by the perception of general health (52.1%). Within the positive state of health, it was found that 91.1% presented good physical function. In the qualitative research, the relationship between feeding, behavior, image and stereotype, emerged. The perceptions about food, nutrition and well-being showed mainly a cultural construction.

Key words: eating disorders, adolescent nutrition, lifestyle, health profile.

Dedicatorias

Dedico esta tesis a mis papás, familia y a quien me acompaño en este camino.

Agradecimientos

Gracias a mis papás por tanto, por formarme, guiarme, ser mi ejemplo a seguir y ser el principal apoyo e impulso para lograr mis metas, los amo. Gracias a mis hermanas por ser mis compañeras de vida. Gracias a mis sobrinos por ser esa luz y alegría en mi vida. Gracias Ricardo por acompañarme en este camino.

Agradezco a mi directora de tesis por darme la oportunidad y confiar en mí. Agradezco a mis sinodales, maestros y compañeros con los que tuve la oportunidad de trabajar y de aprender de cada uno de ustedes. A la Universidad Autónoma de Querétaro, quien me acogió y me dio la oportunidad de aprender de profesores excelentes, Gracias.

Quiero dedicarle un agradecimiento especial a la coordinadora de la MCNH a la Dra. Aracely Anaya Loyola porque con su gran eficiencia, calidad humana y ese impulso que fue un apoyo imprescindible para que lográramos llegar a nuestro objetivo.

Gracias en particular a mi madre cubana, aprendí tanto de ti, no sólo de lo académico, sino de cómo ser un gran ser humano.

Gracias a mi guía la maestra Ivonne, que con su amor y dedicación a enseñar, ayudar y compartir lo que sabe, es un gran ejemplo de profesional a seguir.

Gracias a mis roomies del alma, la vida nos permitió coincidir. Me permitió aprender tanto de ustedes, aprender que la familia no es sólo la de sangre si no la que se escoge.

Gracias a todas las personas que me dieron su apoyo incondicional, sin ustedes no hubiera sido posible crecer tanto.

Finalmente agradezco a CONACYT, por impulsar el desarrollo científico de todos los estudiantes, a través del financiamiento de manutención, de movilidad y para el desarrollo de nuestros proyectos científicos.

Índice

Resumen	i
Dedicatorias	iii
Agradecimientos.....	iv
Índice.....	v
Índice de tablas	vii
I. INTRODUCCIÓN	1
II. ANTECEDENTES	4
2.1. Adolescencia.....	4
2.2. Conducta alimentaria	5
2.2.1. Conductas alimentarias de riesgo (CAR)	6
2.3. Alimentación, cultura y sociedad.....	11
2.4. Estilo de vida.....	13
2.5. Perfil de salud o percepción de salud	15
III. JUSTIFICACIÓN	18
IV. HIPÓTESIS.....	20
V. OBJETIVOS.....	20
5.1. Objetivo general.....	20
5.2. Objetivos específicos	20
VI. MATERIALES Y MÉTODOS.....	21
6.1. Tipo y diseño de estudio	21
6.2. Universo y muestra	21
6.3. Criterios de selección.....	21
6.4. Materiales y métodos	22
6.4.1. Datos cuantitativos.....	22
6.4.2. Datos cualitativos	25
6.5. Análisis de la información.	25
6.5. Ética del estudio.....	27
VII. RESULTADOS Y DISCUSIÓN	28
7.1. Resultados cuantitativos.	29

7.1.1. Estilo de vida y perfil de salud.....	29
7.1.2. Índice de Masa Corporal	31
7.1.3. Conducta alimentaria de riesgo	32
7.1.4. Practicas del estilo de vida.....	35
7.1.5. Motivaciones y recursos del estilo de vida	36
7.1.6. Perfil de salud	43
7.2. Resultados cualitativos	45
Pre-análisis: se sistematizo el <i>corpus textual</i> en Alimentación y estereotipos.	45
Exploración de material y tratamiento de los resultados	46
Inferencia e interpretación	49
7.3. Limitaciones	51
VIII. CONCLUSIONES	52
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	53

Índice de cuadros

Cuadro 1 Criterios diagnósticos de IMC por edad	23
---	----

Índice de figuras

Figura 1 Procedimiento seguido para la obtención y el análisis de datos	26
---	----

Índice de tablas

Tabla 1 Descriptivos	29
Tabla 2 Relación No paramétrica de la CAR y el estilo de vida y perfil de salud por la prueba Spearman.....	30
Tabla 3 Relación No paramétrica de la CAR y las dimensiones del Estilo de Vida por la prueba Spearman.....	30
Tabla 4 Relación No paramétrica de la CAR y las dimensiones del perfil de salud por la prueba Spearman.....	30
Tabla 5 IMC por sexo	32
Tabla 6 Conductas alimentarias de riesgo	33
Tabla 7 Porcentaje de selección de Motivación para realizar práctica de Ejercicio y actividad física.....	38
Tabla 8 Porcentaje de selección de Motivación para NO realizar práctica de Ejercicio y actividad física	38
Tabla 9 Porcentaje de opinión respecto a sus prácticas de Ejercicio y actividad física.....	39
Tabla 10 Principal motivo para alimentarse adecuadamente	41
Tabla 11 Principal motivo para no alimentarse adecuadamente	41
Tabla 12 Opinión respecto a las prácticas de alimentación	42
Tabla 13 Perfil de salud. Percepción del estado de salud por dimensión	44

Índice de gráficos

Gráfico 1 Índice de Masa Corporal global	32
Gráfico 2 Conductas Alimentarias de Riesgo de la población estudiada	33
Gráfico 3 Atracón-purga de población de estudio.	34
Gráfico 4 Restricción población de estudio	34
Gráfico 5 Medidas compensatorias población de estudio	35
Gráfico 6 Estilos de vida de la población estudiada	36
Gráfico 7 Recursos para realizar algún ejercicio o actividad física.....	40
Gráfico 8 Recursos para alimentarte de forma adecuada	43

Índice de anexos

Anexo 1 Consentimiento informado.	61
Anexo 2 Cuestionario datos sociodemográficos.....	65
Anexo 3 Cuestionario conductas alimentarias de riesgo	66
Anexo 4 Cuestionario Estilo de Vida	67
Anexo 5 Cuestionario Percepción de salud.....	79

I. INTRODUCCIÓN

La alimentación no es únicamente un acto fisiológico, es un comportamiento asociado a la cultura, mediante el cual se transmiten la selección de alimentos, preferencias, sentimientos, pensamientos, tradiciones y actitudes como una manera de socialización y comunicación a través de la comida. En el momento de la ingestión de los alimentos las personas no piensan en que están ingiriendo nutrimentos o sustancias metabolizables que cubren ciertas necesidades fisiológicas, ni alimentos que contienen nutrimentos, el acto de ingerir alimentos denota una necesidad fisiológica de saciedad. En el sentido más elemental de nutrición existe una expresión de comida como alimentos preparados. Se puede expresar que la alimentación es parte de un fenómeno social y cultural, la práctica de alimentarse permite considerar cuestiones muy diversas de carácter biológico, ecológico, psicológico, cultural, económico, político o religioso (Cantarero, L., 2011).

La sociedad está expuesta a nuevos retos en cuanto a salud, esto como resultado del avance tecnológico, condiciones sociales, laborales y el desarrollo paralelo de cada país. La sociedad entera tiene que adaptarse y adecuarse a la movilidad social. Los cambios causan desestabilidad y la sociedad tiene que adaptarse acorde a cada etapa de vida. Sin embargo existe una etapa socialmente vulnerable que es la adolescencia. En principio esta etapa de la vida es una construcción social, al denominar a un ser humano que ya no puede ser niño pero tampoco cumple con los requisitos socialmente establecidos para poder considerarlo un adulto, es más una etapa de preparación donde los individuos aprenden a tomar decisiones, los adolescentes rechazan la autoridad por ello se les dificulta adaptarse a determinados grupos sociales. El adolescente es susceptible a presentar conductas que ponen en riesgo su salud y bienestar, como es el caso de las conductas alimentarias de riesgo (UNICEF, 2002).

Las conductas alimentarias de riesgo van en aumento en el grupo de adolescentes y son en la actualidad factores sociales y de salud a tratar. Los trastornos de la conducta alimentaria como la anorexia, bulimia nerviosa y el trastorno por atracón son factores que en las últimas décadas incrementan en los grupos de adolescentes y jóvenes universitarios (Ortiz E. L. 2016). La etiología de la conducta alimentaria de riesgo y las patologías asociadas es diversa, encontrando motivos psicológicos, sociales, el estigma, parámetros sociales por alcanzar la delgadez, hasta la pasividad ante la visualización de que la delgadez es un sinónimo de belleza (Gutiérrez, P.A., 2012; García, J., 2014).

La conducta alimentaria es la respuesta del comportamiento o hábitos de alimentación asociado a la selección de alimentos adquiridos desde la infancia y se asocia al acto de alimentarse, a las preparaciones culinarias y las cantidades ingeridas, tiene una representación individual, son una expresión a las experiencias previas, recuerdos, sentimientos, emociones y necesidades (Osorio, E.J., 2002; Álvarez, B., 2004). La conducta alimentaria de riesgo está asociada al comportamiento personal o estilo alimentación donde los patrones de la ingesta de alimentos están severamente distorsionados, que basándose en la evidencia epidemiológica, está asociado con afectaciones en la salud (Lora, C., 2006).

La conducta que una persona adopta está influenciada por la percepción, está hace referencia a los procesos cognitivos mediante los que se elaboran juicios sobre la base de la propia experiencia o de las informaciones que transmiten terceras personas (León JM, Barriga S, Gómez T, González B, Medina S, Cantero FJ. 2006). La percepción del estado de salud que cada individuo elabora de sí mismo, permite conformar un perfil multidimensional del estado de salud. Las dimensiones que componen el perfil de salud son la de incapacidad, incomodidad e insatisfacción (Videra G. 2013).

La autopercepción de salud es un tema que debería ser abordado en la etapa de la adolescencia, con ello se lograría una consolidación de la identidad individual y social con ello se favorecería un adecuado comportamiento hacia la salud incidiendo en el bienestar y desarrollo de los adolescentes.

De lo anterior mencionado y partiendo de que la conducta alimentaria es determinada por muchos factores, se desprende el propósito fundamental de este estudio, parte de la necesidad de conocer la relación de las conductas alimentarias de riesgo, el estilo de vida y perfil de salud que tienen los adolescentes. Desde esta perspectiva se pretende identificar las prácticas, motivaciones, actitudes y recursos del estilo de vida desde distintas dimensiones de los adolescentes, que puede actuar como factor determinante en algunas conductas alimentarias de riesgo; así mismo es importante conocer el perfil del estado de salud del adolescente y de esta forma encontrar la relación que hay entre factores asociados a conductas alimentarias. Con el fin de profundizar acerca de los motivos que contribuyen a conductas alimentarias inadecuadas se realizó un estudio cualitativo, que tuvo por objetivo analizar la percepción que tienen los estudiantes de educación media superior de una escuela de bachilleres en Querétaro, sobre conductas alimentarias y salud.

Los resultados permiten describir dimensiones de los distintos factores que actúan como factor protector o precipitante de las conductas alimentarias de riesgo, mismos que están relacionados.

II. ANTECEDENTES

2.1. Adolescencia.

De acuerdo a los conceptos aceptados por la Organización Mundial de la Salud, la adolescencia es la etapa que transcurre entre los 10 y 19 años de edad, considerando que esta comprende dos fases: la adolescencia temprana (10 a 14 años) y la adolescencia tardía (15 a 19 años) (OMS, sf; UNICEF México, sf.; UNICEF, 2002; Palma O, 2006; UNICEF, 2011).

Se calcula que en el mundo hay 1.300 millones de jóvenes de entre 10 y 19 años de edad, la mayor generación de adolescentes de la historia. Más de cuatro quintas partes de ellos viven en países en desarrollo, especialmente en zonas urbanas (UNICEF, 2002).

En la encuesta intercensal 2015, realizada por el Instituto Nacional de Estadística y Geografía, se contaron 119, 530,753 habitantes en México de los cuales aproximadamente 21 millones son adolescentes. En el año 2015 el estado de Querétaro se contaba con 2,038,372 habitantes, 379,571 de los cuales son adolescentes (INEGI, 2015).

La adolescencia es una etapa caracterizada por un ritmo acelerado de crecimiento y de cambios, condicionada por diversos procesos biológicos, cognitivos y sociales. Esta etapa es un periodo de preparación para la edad adulta, durante la que se producen varias experiencias de desarrollo importante y donde el contexto social puede tener una influencia determinante (OMS, 2007).

Es importante señalar que es una etapa que se construye socialmente, porque hasta hace algunas décadas no se consideraba una etapa de vida como tal. La adolescencia es una construcción social que está íntimamente ligado a la cultura (Blos, P. 1981).

Algunos adolescentes se ven sometidos a presiones que los llevan a realizar diversas conductas de alto riesgo como lo puede ser consumir alcohol,

tabaco u otras drogas, empezar a tener relaciones sexuales a edades cada vez más tempranas que puede llevarlos a tener embarazos no deseados e infecciones de transmisión sexual (OMS, 2002; UNICEF, 2011). También se presentan problemas de aspecto nutricional y de alimentación ocasionados por la etapa en sí y por los cambios en su ambiente. Como resultado de la transición nutricional y socioeconómica se han reducido las opciones de comida saludable, los bocadillos se han convertido en una forma predominante de comer de los niños y adolescentes mexicanos y por distintos factores han aumentado las tasas de sedentarismo en adolescentes (Duffey, K.J., 2013; Aceves, M.M., 2016). Otros factores que contribuyen a la presencia de problemas nutricionales y de alimentación en la adolescencia son los que contribuyen al desarrollo de conductas alimentarias de riesgo (CAR) tales como insatisfacción corporal, problemas en la autoestima, índice de masa corporal (IMC), la misma adolescencia etc. (Altamirano M.M., 2011). En esta etapa también se pueden experimentar diversos problemas de adaptación y de salud mental. Los patrones de conducta que se establecen durante este proceso, pueden tener efectos positivos o negativos duraderos en la salud y el bienestar futuros del individuo (OMS, 1998).

2.2. Conducta alimentaria

La conducta alimentaria es un fenómeno bio-psico-social determinado por factores ambientales y familiares, tradiciones y cultura. Se construye en la vida temprana, funciona como un sistema homeostático durante las crisis de la vida y es un regulador clave de la estabilidad emocional (Barriguete, M.J., 2009).

La alteración de esta conducta ha dado origen a los denominados trastornos alimentarios que son patologías en las que precisamente los patrones de la ingesta de alimentos se ven severamente distorsionados. Bajo estos parámetros se encuentran 3 categorías diagnósticas: anorexia nerviosa, bulimia nerviosa, trastorno por atracón, donde hay distintas razones. Las condiciones de estrés de la vida urbana y el incumplimiento de las muchas necesidades sociales y emocionales primarias en un gran porcentaje de la población pueden propiciar que

se presenten comportamientos anormales en alimentación que son un factor de riesgo para el desarrollo de los trastornos alimentarios. En décadas anteriores estas conductas alimentarias de riesgo no eran consideradas como un factor de riesgo, éstas se asociaban a la pobreza y a la inseguridad alimentaria (Barriguete, 2009 y APA, 2014).

2.2.1. Conductas alimentarias de riesgo (CAR)

Las conductas alimentarias de riesgo (CAR) son manifestaciones similares a los trastornos de conducta alimentaria (TCA) pero se dan con menor frecuencia e intensidad y se caracterizan por la presencia de atracones, seguimiento de dietas restrictivas, abuso de laxantes, diuréticos o anfetaminas, exceso de ejercicio, vómito auto inducido y práctica de ayunos, todos dirigidos a controlar o reducir el peso corporal (Unikel, S.C., 2004).

Las mujeres adolescentes tienen más predisposición natural de sufrir problemas nutricionales a diferencia de los varones adolescentes. Las adolescentes están más expuestas que los niños a presentar problemas nutricionales, particularmente anemia (UNICEF, 2011). Otros problemas nutricionales y de hábitos de alimentación que se pueden presentar en esta etapa son la obesidad, sobre peso, anorexia y bulimia; estos eventos tienen una connotación directa con el desarrollo, la presencia de la menarquía y los cambios hormonales.

Las conductas alimentarias de riesgo son características encontradas en los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA), descritos en el DSMR-4, donde clasifica los TCA en Anorexia nerviosa, bulimia nerviosa y trastorno por atracón (APA, 1995). A continuación se describen:

Anorexia: es el rechazo a mantener el peso corporal igual o por encima del valor mínimo normal considerando la edad y la talla, miedo intenso a ganar peso o a convertirse en obeso, incluso estando por debajo del peso normal. Existe una alteración de la percepción del peso o la silueta corporal, exageración de su

importancia en la autoevaluación o negación del peligro que comporta el bajo peso corporal (APA, 2014).

Bulimia: en el caso de la bulimia nerviosa hay presencia de atracones recurrentes, sensación de pérdida de control sobre la ingesta del alimento y conductas compensatorias inapropiadas, de manera repetida, con el fin de no ganar peso, como lo son la provocación del vómito; uso excesivo de laxantes, diuréticos, enemas u otros fármacos; ayuno, y ejercicio excesivo. Los atracones y las conductas compensatorias inapropiadas tienen lugar, como promedio, al menos dos veces a la semana durante un período de 3 meses (APA, 2014).

Trastorno por atracón: este trastorno se caracteriza por la ocurrencia de episodios recurrentes de atracones. Un episodio de atracón se caracteriza por la ingestión, en un período determinado de una cantidad de alimentos que es claramente superior a la que la mayoría de las personas ingerirían en un periodo similar en circunstancias parecidas y por la sensación de falta de control sobre lo que se ingiere durante el episodio. Estos episodios se asocian a comer mucho más rápidamente de lo normal, a comer hasta sentirse desagradablemente lleno, a comer grandes cantidades de alimentos cuando no se siente hambre físicamente, a comer solo, debido a la vergüenza que se siente por la cantidad que se ingiere y a sentirse luego a disgusto con uno mismo, deprimido o muy avergonzado. Otra característica del trastorno es que los atracones se producen, de promedio, al menos una vez a la semana durante tres meses y que este no se asocia a la presencia recurrente de un comportamiento compensatorio inapropiado, como en la bulimia o anorexia nerviosa. (APA, 2014; García, 2014)

Este trastorno está muy relacionado con el sobrepeso y la obesidad, ya que favorece el incremento de peso. Las personas con obesidad, que además comórbidamente presentan el trastorno por atracón, suelen ser casos de peor pronóstico y con mayor alteración psicopatológica concomitante (Baile, 2014).

Obesidad y sobrepeso: La NOM-043-SSA2-2005 define la obesidad como la enfermedad caracterizada por el exceso de tejido adiposo en el organismo,

causado por la ingestión de energía en cantidades mayores a las que el organismo utiliza, acumulándose el exceso en forma de grasa. Así mismo define al sobrepeso como el estado de acumulación de tejido adiposo, en donde el IMC se encuentra desde la percentila 85 y por debajo de la 95, de las tablas de edad y sexo de la OMS.

Las principales causas asociadas al desarrollo del sobrepeso y la obesidad en la sociedad mexicana son las dietas inadecuadas y los bajos niveles de actividad física (Acuerdo Nacional para la salud alimentaria, 2010). La obesidad está relacionada con factores biológicos, factores ambientales como la industrialización, la tendencia a la disminución de la actividad física; además de factores socioeconómicos, culturales y psicológicos, modificaciones en el régimen alimenticio y en el acceso a los alimentos (SEGOB, 2006)

La obesidad no se considera un TCA primariamente psiquiátrico, ni está incluida en las clasificaciones de los trastornos mentales, sin embargo, en determinados casos se observa una conducta alimentaria de ingesta excesiva con fines ansiolíticos que condicionan la obesidad a largo plazo. En otros casos de obesidad se desarrollan cuadros ansio-depresivos reactivos a las consecuencias funcionales, sociales etc. de la obesidad (APA, 2014).

La transición epidemiológica que se vive en los países desarrollados y en vías de desarrollo ha ganado relevancia en el área epidemiológica, por lo que el área preventiva de enfermedades se ha vuelto un pilar fundamental para la medicina en la actualidad, fomentando el autocuidado para la prevención de enfermedades (Saucedo, M., 2010).

La detección temprana de las conductas alimentarias de riesgo para prevenir la posible aparición de los trastornos de la conducta alimentaria es de gran importancia, esto se puede lograr mediante la prevención primaria, la cual intenta evitar el inicio o la incidencia de la enfermedad, por lo que se centra en disminuir los factores de riesgo y en aumentar los factores de protección y va dirigida a la población en general; desarrolla acciones poblacionales para reducir

los perfiles de riesgo y las acciones individuales de detección, evaluación y reducción de los factores de riesgo (González Alfaya 2008; NOM-015-ssa2-2013).

En las escuelas de nivel medio superior la mayor población está integrada por adolescentes, tienen problemas para adaptarse, no muestran una personalidad, patrones de conducta y estilo de vida totalmente definido, por ello se considera una etapa de transición en la cual los adolescentes pueden adoptar conductas que perjudican su salud, por lo que es importante la prevención de conductas de riesgo que impliquen un posterior daño a la salud del adolescente y que puedan trascender hasta la etapa de la juventud y/o la etapa adulta (OMS, sf; Gutiérrez, 2012). Las conductas alimentarias de riesgo son manifestaciones similares a los trastornos de la conducta alimentaria, pero se dan con menos frecuencia e intensidad, lo cual no exime al individuo de afectar la salud física y emocional (Altamirano, 2011).

Diversos estudios han demostrado que la población de 12 a 15 años son un grupo vulnerable en el cual la aparición de conductas alimentarias de riesgo y desarrollo de trastornos de la conducta alimentaria son más frecuentes (Ortega M, 2015; GPC, 2012), así mismo señalan que la percepción de la imagen corporal y la insatisfacción con la misma se encuentran altamente relacionados con la conducta alimentaria de riesgo de mujeres adolescentes y jóvenes (Altamirano, 2011; Mendoza G.M., 2014).

La encuesta nacional de salud y nutrición (ENSANUT) 2006 realizada con 25,166 adolescentes entre 10 y 19 años reportó una prevalencia de CAR de 0.7% siendo 0.4% en hombres y 0.9% en mujeres. En esta encuesta se encontraron mayores porcentajes de preocupación por engordar, atracones, ejercicio excesivo y prácticas de ayuno en mujeres que en hombres. Asimismo, se encontró que en las regiones del norte y centro occidentes es donde se concentra la mayor prevalencia de CAR en hombres y mujeres (Palma O, 2006).

Los resultados de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012 realizada en adolescentes entre 12 y 19 reportó una prevalencia de conductas alimentarias

de riesgo de 1.3% siendo 0.8% en hombres y 1.9% en mujeres de 21,509 participantes. En esta encuesta se muestra que las conductas alimentarias de riesgo más frecuentes en adolescentes mexicanos fueron: preocupación por engordar, comer demasiado y perder el control sobre lo que se come. Los datos desagregados por género señalan que en las mujeres, la principal conducta de riesgo fue la preocupación por engordar (19.7%), mientras que en los hombres, la conducta de riesgo más frecuente fue hacer ejercicio para perder peso (12.7%) (Gutiérrez, 2012).

La encuesta nacional de la Secretaría de Educación Pública en 2013 muestra que 10.3% de los estudiantes de bachillerato (6.8% mujeres; 3.5% hombres) reportaron haber vomitado después de comer para bajar de peso “a veces” o “con frecuencia” en los últimos 3 meses; 23.8% había “usado pastillas para tratar de bajar de peso” (14.5% mujeres y 9.2% hombres); 18.9% dejó de comer por 12 horas o más para intentar bajar de peso 12.13% de las mujeres y 6.74% de los varones (SEP 2014).

En el estudio realizado por Mendoza González y colaboradores en el 2014, en población adolescente de una escuela pública de nivel educativo medio superior en la ciudad de Xalapa, Veracruz, se reportó una prevalencia mayor de CAR en mujeres, el 45.9% de la población presentó sobrepeso y obesidad; esto se relacionó a la falta de alimentos durante el desayuno y la falta de ejercicio físico.

Otro estudio realizado en 671 adolescentes de 12 a 15 años de edad, estudiantes de educación básica de la Ciudad de México, muestra una prevalencia promedio de CAR de 12%, presencia de sobrepeso u obesidad en 48% de los participantes, 20% de ellos no desayunaba, y sólo el 16% tomaba sus alimentos sin ningún distractor como ver televisión y utilizar computadoras ($p=0.012$) siendo este efecto significativo. El consumo de alimentos que los adolescentes practicaron fue diferente del que recomendaron para estar sanos, fue menor en verduras, frutas y leguminosas, y mayor en azúcares, lípidos y bebidas gaseosas. (Sámano, R. et al., 2012)

Los trastornos alimentarios son patologías asociadas con el riesgo de adicciones y obesidad, dos principales problemas de salud en los adolescentes en México. Así mismo las conductas alimentarias de riesgo afectan al estado nutricional de los individuos (Barriguete, 2009).

Las condiciones que afectan el estado de nutrición de los adolescentes (sobrepeso, obesidad, bajo peso y conductas alimentarias de riesgo) se asocian con las consecuencias a largo plazo en el desarrollo de enfermedades crónico-degenerativas, como la diabetes, la hipertensión arterial y los accidentes cerebro vasculares, de ahí que se les considere como uno de los principales retos que se deben atender desde una perspectiva de prevención y promoción de estilos de vida saludables (NOM-015-ssa2-2010).

En los resultados de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) del 2006 y 2012, se observa que hay un aumento de la prevalencia de sobrepeso y obesidad en adolescentes. La ENSANUT 2006 reporta que la prevalencia de sobrepeso y obesidad en mujeres adolescentes es de 33.4% en mujeres y 33% en hombres, observándose un incremento en la ENSANUT 2012 donde se encontró una prevalencia en mujeres adolescentes de 35.8% y en hombres de 34.1%. En Querétaro, 32.8% de los jóvenes de 12 a 19 años presentan sobrepeso y obesidad (Gutiérrez et al., 2012).

Es de suma importancia detectar las conductas alimentarias de riesgo y los factores que lo desencadenan para evitar el desarrollo del trastorno de la conducta alimentaria en población adolescente. Mendoza González (2014) afirma que existen valores diversos y escasos de la prevalencia de CAR en México, sin embargo, se observa un promedio estimado en 6%, en un rango desde 2 y hasta 14 por cada 100 adolescentes.

2.3. Alimentación, cultura y sociedad

La alimentación está determinada por una diversidad de factores sociales, culturales, económicos y circunstancias específicas. Contreras y Gracia (2005) sugieren que la alimentación no es una cuestión de hábitos, sino de

comportamiento; no tiene que ver con la repetición de actos de una misma naturaleza, sino con el conjunto de usos y cualidades que caracterizan el sistema alimentario de determinado grupo social. Sydney Mintz (1996) planteo que “los grupos humanos le dan a los alimentos atributos o significados para clasificarlos de manera que guían su elección según ocasión, condición socioeconómica, edad, sexo, estado fisiológico, imagen corporal, prestigio, entre otros”. Los estratos sociales en México tienen efectos en la alimentación, por lo que la relación entre alimentación, bienestar y salud se expresan de diferente manera (Mintz, S. 1996).

Del año 2000 a la actualidad el contexto social, económico y político en México con respecto a la alimentación, ha creado el término “alimentación correcta” Esta alimentación sigue las recomendaciones esquematizadas en el “*Plato del Bien Comer*” que están reguladas por la Norma Oficial Mexicana NOM-043-SSA2-2012 (NOM 2013; Solana, MC. 2016), todo con la finalidad de mejorar la salud alimentaria de la población. Contreras en el 2002 señalo que en las sociedades actuales al mismo tiempo que la delgadez es el ideal corporal social, el sobrepeso y la obesidad aumentan; “la gente se sabe gorda y se sueña delgada” (Contreras, 2002, p. 282). La situación alimentaria en México está condicionada por la globalización que tiene efectos en la cantidad de alimentos disponibles. La individualidad de las personas y los grupos sociales condiciona a que los cambios no sean iguales lo que se expresa en los significados que se le atribuyen a los alimentos y a las elecciones mismas para la comida cotidiana.

La internalización del ideal estético cultural, da un gran valor al aspecto físico, que es evaluado en base a los estereotipos estéticos de moda que influyen en la sociedad (Behar, 2010). Los adolescentes están sujetos a la imposición de prototipos corporales, factores decisivos en la determinación de las expectativas individuales (Cortez, 2016). Esto ha ocasionado preocupación por el control del peso y la imagen corporal que lleva a algunos adolescentes a desarrollar conductas alimentarias de riesgo (CAR) e influye en la adquisición de estilos de vida poco saludables para su bienestar integral (Urzúa, 2010).

2.4. Estilo de vida

Las conductas alimentarias que asumen los adolescentes en su día a día forman parte del estilo de vida. El estilo de vida son las diversas conductas, aptitudes o hábitos cotidianos que caracterizan el modo de vida de un individuo y que se modelan en los grupos sociales en los que cada individuo interactúa (Nuviala. 2009), dentro de este patrón de comportamientos se puede adoptar prácticas saludables o no saludables (Lema. 2009), estas se adquieren a través del aprendizaje y teniendo en cuenta el contexto donde se lleva a cabo la conducta (OMS, 1998).

El estilo de vida se manifiesta en el comportamiento de los individuos en diferentes áreas de la vida, entre ellas, la actividad física, la alimentación, el uso de bebidas alcohólicas y cigarrillos, así como el manejo de la sexualidad. De esta forma, el ambiente social, físico, cultural, y aspectos económicos impactan la vida de las personas, por lo que la salud puede verse afectada por el estilo y condiciones de vida (Vega, R., 2015).

Los estilos de vida individuales, pueden ejercer un efecto en la salud de un individuo. Es importante reconocer que no existe un estilo de vida “óptimo” al que puedan adscribirse todas las personas. La cultura, los ingresos, la estructura familiar, la edad, la capacidad física, el entorno doméstico y laboral, harán más atractivas, factibles y adecuadas determinadas formas y condiciones de vida (OMS, 1998). El estilo de vida es uno de los mayores condicionantes sobre el estado de salud de la población. Se ha demostrado que las conductas tienen una influencia directa en la salud, bienestar y calidad de vida de las personas (OMS, sf).

En el caso de las conductas alimentarias éstas pueden ser saludables, de riesgo (se encuentran en una fase prevenible) o la fase de enfermedad como lo son los trastorno de la conducta de la conducta alimentaria (Altamirano, 2011; APA, 2014; García, 2014).

Los seres humanos estamos expuestos a factores decisivos para apropiarnos de un estilo de vida saludable o no saludable, éste se construye en las primeras etapas de la vida, invariablemente estas conductas repercuten en la alimentación (OMS, 1998), por otra parte la exposición a factores internos como lo es el desarrollo de la conciencia y la libre toma de decisiones son determinantes en la selección de ciertas conductas alimentarias (Freire, 1969). Cada individuo presenta distintas etapas en el proceso de concientización, para dicho proceso se requiere varias fases que llevará a los individuos a la conciencia, toma de decisiones y apropiación de estilo de vida. La conciencia que cada individuo adquiere permite visualizar el nivel de conocimiento y valores que se les ha transmitido y observar que tanto son conscientes del conocimiento adquirido. Este proceso transcurre en tres fases: conciencia ingenua, transitiva y crítica. (Freire, 1970; Freire, 1974). Los adolescentes están sujetos a la imposición de prototipos corporales, predominantes en la sociedad occidental postmoderna por la no aceptación de sus expresiones al mismo tiempo el individuo puede estar cursando en las distintas etapas de la conciencia. (Freire, 1969; Le Breton. 2010; Cortez, 2016).

En los jóvenes se observa algunos problemas de salud relacionados con conductas como fumar, consumir alcohol en exceso, llevar una vida sedentaria, tener una dieta alta en grasas, azúcares y sal o no implementar medidas de seguridad. El estudio de los estilos de vida en los adolescentes ha sido abordado por diferentes autores. Para fines de esta investigación se toma la propuesta de Salazar y colaboradores quienes señalan que el estudio de los estilos de vida en los adolescentes debe ser abordado desde la medición de ocho dimensiones, las cuales son: ejercicio y actividad física, tiempo de ocio, alimentación, consumo de alcohol, cigarrillo y drogas ilegales, sueño, habilidades interpersonales, afrontamiento y estado emocional (Salazar, 2010). En cada uno de estos hábitos los individuos pueden adoptar comportamientos saludables y no saludables. Estas prácticas se agrupan para interaccionar entre si y formas patrones y configurar diversas tipologías de estilos de vida (Varela, A.M., 2016).

En el estudio realizado por Vega, R.P. y colaboradores en el 2015 se revisaron las relaciones entre el estilo de vida y estado de nutrición en niños escolares y se encontró que en esta población en la dimensión psicocorporal y uso del tiempo libre se presenta riesgo medio y alto para la salud. Por su parte Tamayo, J.A. y colaboradores en el 2015 estudiaron los estilos de vida de estudiantes de odontología de la Facultad de Cali, Colombia, donde encontraron que las mujeres presentan prácticas de actividad física más saludables que los hombres, sin embargo, estos, presentan prácticas más riesgosas en el consumo de alcohol, cigarrillo y drogas ilegales y la alimentación. Así mismo encontraron que los estudiantes de mayor edad presentan un tiempo de ocio más saludable.

En otro estudio realizado en una escuela universitaria privada en Cali, Colombia se estableció las tipologías de los estilos de vida de los jóvenes universitarios, encontrándose tres conformaciones tipológicas del estilo de vida definiendo: 1) hombres sin pareja, que no trabajan, con prácticas no saludables en actividad física; 2) mujeres sin pareja, que no trabajan, con prácticas no saludables de actividad física y alto nivel de estrés; 3) mujeres sin pareja, que no trabajan, con prácticas no saludables de actividad física (Varela, 2016).

2.5. Perfil de salud o percepción de salud

El estilo de vida tiene un efecto en la salud de las personas que puede ser positivo o negativo, la persona puede ser o no, consiente de este estado de salud. Es importante detectar tanto estados positivos de salud como negativos, así como explorar la salud física y la salud mental de los adolescentes. En la actualidad el estudio del estado de salud en las poblaciones ha despertado un gran interés. Se han diseñado diversas encuestas de salud para medir esta variable en poblaciones específicas. Una herramienta que ha sido ampliamente utilizada en el mundo es el cuestionario SF-36, el cuál es útil para establecer un perfil multidimensional del estado de salud. Este cuestionario también puede ser utilizado para medir otras variables como la calidad de vida en las poblaciones. El cuestionario SF-36 permite obtener una caracterización del estado de salud de una población específica, teniendo en cuenta los factores que directa e

indirectamente se relacionan con ella, a lo que se le conoce como perfil de salud. Las dimensiones que abarca el perfil de salud son: función física, rol físico, dolor corporal, Salud general, vitalidad, función social, rol emocional, salud mental (Zúñiga M.A. 1999; Vilagut. G., 2005).

La “función física” es el grado de limitación para hacer actividades físicas tales como el autocuidado, caminar, subir escaleras, inclinarse, coger o llevar pesos y los esfuerzos moderados e intensos. El “rol físico” es el grado en que la salud física interfiere en el trabajo y otras actividades diarias incluyendo rendimiento menor que el deseado, limitación en el tipo de actividades realizadas o dificultad en la realización de actividades. El “dolor corporal” es la intensidad del dolor y su efecto en el trabajo habitual, tanto fuera de casa como en el hogar. La “salud general” es la valoración personal de la salud que incluye la salud actual, las perspectivas de salud en el futuro y la resistencia a enfermar. La “vitalidad” es el sentimiento de energía y vitalidad, frente al sentimiento de cansancio y agotamiento. En lo que respecta a la “función social”, esta es el grado en que los problemas de salud física o emocional interfieren en la vida social habitual. El “rol emocional” es el grado en que los problemas emocionales interfieren en el trabajo u otras actividades diarias. El “bienestar emocional” o “salud mental” se refiere a la valoración de la salud mental general, incluyendo cuatro dimensiones: depresión, ansiedad, autocontrol de la conducta y bienestar psicológico (Vilagut. G., 2005; Secretaria de salud, 2016).

La adopción de un estilo de vida saludable depende también de la percepción que tiene el individuo sobre su propio estado de salud, lo que se traduce en su perfil de salud. Las conductas generadoras de salud toman sentido desde la percepción que cada individuo tiene sobre su estado de salud, de ahí el interés por valorar el perfil de salud del adolescente. El perfil de salud también se puede entender como los juicios de valor que impactan, en gran medida, sobre la forma de actuar, pensar y sentir del adolescente, lo que repercute de manera directa en el estilo de vida que éste adopta en materia de cuidado de su salud (Videra, 2013). Esta información tiene, en consecuencia, un carácter subjetivo que

puede revelar los problemas de salud más comunes en la población a partir de sus experiencias y valores, y no sólo de la demanda de los servicios de salud (Agudelo, L.S., 2012).

En el estudio publicado por Videra y colaboradores en el 2013 se corroboró la teoría que señala a los factores internos (autoconcepto físico, valoración general del concepto personal, y percepción de salud) como determinantes claves para una evaluación positiva del bienestar. En otro estudio realizado en una muestra representativa de adolescentes escolarizados en Barcelona España se encontró que los adolescentes de más edad y las chicas puntuaron peor su estado de salud. Los adolescentes de nivel socio económico más bajo presentaron peores puntuaciones en la mayoría de las dimensiones, excepto en las dimensiones de bienestar y satisfacción y de más edad, donde los de nivel socio económico elevado presentaron peores puntuaciones (Serra, S.V., 2003).

Es de relevante importancia la percepción de la alimentación y el bienestar desde la perspectiva del grupo de adolescentes, ya que se considera que la alimentación tiene un enfoque social construido y aceptado o rechazado en cada grupo etario. Este enfoque contribuye a la salud de los adolescentes; por lo que es necesario que todos los sectores involucrados contribuyan a su desarrollo integral y habilidades de autocuidado para alimentarse con una dieta nutricionalmente equilibrada, identificando los principales factores que los llevan a desarrollar conductas alimentarias no saludables.

III. JUSTIFICACIÓN

Las decisiones tomadas en la adolescencia son determinantes en las etapas de vida subsecuentes de cada individuo, en esta etapa se establecen los patrones de comportamiento para la vida adulta. La importancia de detectar en etapas tempranas aquellas actitudes tiempo las actitudes hacia la alimentación, así como los distintos factores relacionados a la presencia de conductas alimentarias de riesgo, sería una alternativa para prevenir riesgos en adolescentes mexicanos.

Las conductas alimentarias de riesgo en la actualidad son de origen multifactorial y no tienen un grupo etario determinado, sin embargo la incidencia en las que se presentan son en la etapa de la adolescencia, por parte las CAR dejaron de ser características de países desarrollados y clases económicas altas, actualmente afecta de la misma forma a países en vías de desarrollo y clases sociales bajas, donde también se presenta la sobrevaloración de la apariencia física y delgadez (GPC, 2012).

Estudios al respecto han demostrado que la edad de inicio de los trastornos de la conducta alimentaria es a los 16.5 años (Unikel, Saucedo, Villatoro y Fleiz, 2002), que existe un elevado porcentaje de conductas compensatorias inapropiadas, en jóvenes de 15 años de edad, es decir, una edad menor a la encontrada anteriormente en jóvenes mexicanas (Vázquez et al., 2005) y que conforme pasa el tiempo se va reduciendo la edad en la que se presentan los trastornos de la conducta alimentaria (Moreno et al. 2009).

México no cuenta con suficientes datos sobre el comportamiento epidemiológico de los TCA, ni de las CAR, existen estudios aislados en donde se ha reportado que la prevalencia de estos factores de riesgo han aumentado significativamente en todo el país, así como su relevancia en salud pública (Unikel. 2004; Ortega M. 2015). Por lo anterior, es necesario profundizar en el campo de las CAR y los TCA. En este caso dándole mayor importancia a la parte preventiva, que corresponde a las CAR. Tal es el caso de la identificación y profundización de

factores de riesgo, que son estímulos, conductas y características individuales y del entorno, que inciden en el estado de salud, aumentando la vulnerabilidad de que un individuo presente CAR que pueden finalizar en la presencia de los TCA.

El estilo de vida al estar caracterizado por patrones de comportamiento identificables que tienen en la salud un efecto, ya sea positivo o negativo puede actuar como un factor protector o de riesgo relacionado a la toma de decisiones y actitudes diarias. En distintos estudios se ha descrito que los adolescentes suelen adoptar estilos de vida poco saludables, relacionados al consumo de bebidas alcohólicas, tabaquismos, dietas poco equilibradas en las que se incluyen comidas rápidas y/o chatarra, falta de actividad física entre otros. (Arroyo Izaga et al., 2006; Safarino, 2006). Arroyo Izaga et al., (2006) señala que un gran porcentaje de la población, específicamente de los adolescentes no tiene hábitos alimenticios saludables y que la calidad de la dieta está asociada con el sobrepeso.

La OMS señala que casi dos tercios de las muertes prematuras y un tercio de la carga de morbilidad que sucede en los adultos se atribuyen a enfermedades y/o comportamientos que comenzaron en su juventud (Secretaría de Salud, 2016). Por lo que es necesario, dirigir los esfuerzos de atención hacia la promoción estilos de vida saludables en este grupo de población.

La alimentación tiene un enfoque de atención que coadyuva en la salud del adolescente cuyo cuidado es culturalmente construido. Por lo que es necesario que el personal de salud en particular el nutriólogo, contribuya al desarrollo del adolescente, enseñando y fortificando sus habilidades de autocuidado, para alimentarse con una dieta nutricionalmente equilibrada, identificando los principales factores que los llevan a desarrollar conductas alimentarias no saludables, a la identificación de la percepción que tienen sobre la alimentación y el bienestar desde su perspectiva.

Se reconoce que existe escasez de investigaciones sobre esta problemática y poca difusión de las existentes. Por lo que los resultados del presente estudio contribuyen a generar nuevo conocimiento y a sentar las bases para futuras

hipótesis de investigación, además de que es un referente para el diseño e implementación de programas de intervención orientados a atender los problemas que en materia de conductas alimentaria y estilos de vida promotores de salud tienen los estudiantes de bachillerato de la Universidad Autónoma de Querétaro (UAQ).

IV. HIPÓTESIS

1. Las conductas alimentarias de riesgo de la población de estudio, está relacionada con su estilo de vida.
2. Las conductas alimentarias de riesgo de la población de estudio, está relacionada con su perfil de salud.

V. OBJETIVOS

5.1. Objetivo general

Determinar la relación entre conductas alimentarias de riesgo, estilo de vida y perfil de salud en estudiantes bachillerato.

5.2. Objetivos específicos

- Identificar la frecuencia de conductas alimentarias de riesgo.
- Establecer la relación entre conductas alimentarias de riesgo, el estilo de vida y perfil de salud.
- Analizar las prácticas, las motivaciones del estilo de vida, la percepción de salud y autocuidado de los adolescentes en el mantenimiento del bienestar integral.

VI. MATERIALES Y MÉTODOS

6.1. Tipo y diseño de estudio

Se utilizó un diseño mixto cuantitativo-cualitativo. Cuantitativo descriptivo, con medición transversal. Cualitativo descriptivo explicativo con la técnica metodológica de grupo focal para recolección de datos y para análisis de contenido.

6.2. Universo y muestra

Para el desarrollo cuantitativo, la población de estudio fueron los estudiantes de bachillerato inscritos en el periodo 2016-2 del Plantel Bicentenario de la UAQ, con un universo de 650 estudiantes. La muestra se obtuvo en forma probabilística, con la fórmula para población finita, utilizándose, un error estimado de 0.06 y nivel de confianza de 0.95.

Se aplicó un muestreo aleatorio, estratificado, proporcional; los cuales se conformaron por alumnos de cada semestre. Las unidades de análisis se obtuvieron a partir de un muestreo aleatorio estratificado con afijación proporcional. Los estratos se conformaron por semestre y grupo. Lo que arrojó un marco muestral de 190; 78 alumnos que se encontraban cursando el primer semestre, 61 alumnos correspondientes al tercer semestre y 51 alumnos de quinto semestre del Plantel Bicentenario.

Para la profundización de los datos cuantitativos sobre el perfil de salud, se enfocó desde la percepción que tiene el adolescente sobre su estado de salud. Se realizaron 2 grupos focales para la recolección de datos. El objetivo del primer grupo focal fue buscar la diversidad del tema (12 integrantes). La intención del segundo grupo focal fue buscar profundidad del tema (8 integrantes).

6.3. Criterios de selección

Los participantes fueron elegidos de acuerdo a los siguientes criterios de selección:

Inclusión: Hombres y mujeres que estén cursando el bachillerato en el Plantel Bicentenario de la U.A.Q., inscritos en el ciclo escolar 2016-2, que acepten participar en el estudio. En un rango de edad de 15 a 18 años.

Exclusión: Estudiantes que no firmaron el consentimiento o asentimiento informado (según sea el caso). Estudiantes menores de edad cuyos padres no firmaron el consentimiento informado.

Eliminación: Estudiantes que tuvieran alguna adicción detectada; que decidan abandonar el estudio o se nieguen a participar en este; que no contestaron el 100% de los instrumentos.

6.4. Materiales y métodos

El protocolo de investigación fue evaluado y aprobado por el comité de bioética de la Facultad de Ciencias Naturales. Una vez obtenido la aprobación del comité de bioética y los registros correspondientes, se procedió a solicitar la autorización de las autoridades directivas y académicas de la Escuela de bachilleres plantel Bicentenario de la UAQ, para llevar a cabo el presente estudio. Como acto seguido, se determinó la muestra de acuerdo a la metodología antes señalada.

Posteriormente se realizó un acercamiento con los posibles participantes a fin de hacerles la invitación para ser incluidos como sujetos de estudio. Durante este acercamiento se les brindo una información amplia sobre su participación y se dio lectura al consentimiento y asentimiento informado (anexo 1). Los estudiantes que aceptaron participar, plasmaron su rúbrica y cumplieron con los criterios de selección fueron incluidos en el estudio.

6.4.1. Datos cuantitativos

Se recabaron datos referentes a variables demográficas (género, turno, estado civil, estado laboral) con el formato descrito en el anexo 2).

La toma de medidas antropométricas como el peso y la talla se llevaron a cabo mediante los métodos estandarizados y previamente descritos por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en las tablas de crecimiento del

2007(OMS, 2007). Se calculó IMC con el programa Anthro Plus v 1.04 y se tomaron los puntos de corte descritos en el cuadro 1.

Cuadro 1 Criterios diagnósticos de IMC por edad

Diagnóstico	Criterios de la OMS 2007
Sobrepeso	> + 1DE (equivalente al IMC de 25 kg/m ²)
Obesidad	> + 2 DE (equivalente al IMC de 30 kg/m ²)
Normo peso	-2 a +1 DE
Bajo peso o delgadez	< -2DE
Delgadez Severa	< -3 DE

DE: Desviación estándar; IMC: índice de masa corporal

También se realizó la aplicación de una batería de instrumentos para medir las variables en estudio. Tal y como se describe a continuación:

Para medir las conductas alimentarias de riesgo se utilizó el cuestionario breve para medir conductas alimentarias de riesgo (CBCAR) de Unikel *et al.* (2004), diseñado para población mexicana, con base a los criterios diagnosticados del DSMIV (anexo 3).

Consta de 10 preguntas sobre preocupación por engordar, practica de atracones, sensación de falta de control al comer y conductas alimentarias de tipo restrictivo (dietas, ayunos, ejercicio y uso de pastillas para bajar de peso) y purgativo (vomito auto inducido, uso de laxantes y de diuréticos), en los tres meses previos a la aplicación del instrumento. Cuenta con cuatro opciones de respuesta: nunca o casi nunca, algunas veces, frecuentemente (dos veces en semana) o muy frecuentemente (más de dos veces en una semana). Para su interpretación se toma que a mayor puntuación en el cuestionario le corresponde mayor cantidad de anomalías en la conducta alimentaria. Los autores reportan una consistencia interna de 0.83 con alfa de Cronbach. Para su aplicación se contó con la autorización de los autores y la escala de interpretación.

Para la variable Estilos de Vida se utilizó el Cuestionario de Estilo de Vida de Jóvenes Universitarios CEVJU-R de Salazar, *et al.* (2010) (anexo 4), contando

con la autorización de los autores. El CEVJU-R refleja los patrones de comportamiento de un individuo que presentan una relativa consistencia en el tiempo. Consta de 68 ítems con preguntas de tipo escala Likert, de opción múltiple y cerrada, organizadas en ocho dimensiones y tres aspectos relacionados a cada dimensión. El cuestionario estudia las dimensiones de ejercicio y actividad física, tiempo de ocio, alimentación, consumo de alcohol, cigarrillo y drogas ilegales, sueño, habilidades interpersonales, afrontamiento. Los aspectos relacionados a cada dimensión son las practicas específicas, motivaciones para realizar o no dichas prácticas o para cambiarlas, recursos que posibilitan o dificultan las prácticas. Salazar, *et al.* (2010).

Este cuestionario está en idioma español y ha sido utilizado en diversos estudios con población latinoamericana (Tamayo *et al.* 2015; Varela AM *et al.* 2011; Chau C *et al.* 2016; Varela AM *et al.* 2016). Lo autores reportan una consistencia interna de 0.6 a 0.7 (alfa de Cronbach) para cada una de las dimensiones. Dado que esta fue la primera vez de su aplicación en población mexicana, se llevó a cabo una prueba piloto con adolescentes de la escuela secundaria Lic. Leobino Zavala Camarena, de tercer grado a fin de determinar la confiabilidad del instrumento. Los resultados de dicha prueba arrojaron una confiabilidad de 0.80 (alfa de Cronbach).

En lo que corresponde a la variable percepción de salud se utilizó el cuestionario SF-36 que detecta tanto estados positivos de salud como negativos, así como explora la salud física y la salud mental (anexo 5). Consta de 36 ítems, de tipo dicotómico y de escala Likert, que exploran 8 dimensiones del estado de salud: Función física, Rol físico, Dolor corporal, Salud general, Vitalidad, Función social, Rol emocional, Salud mental. Existe un elemento no incluido en estas ocho categorías, que explora los cambios experimentados en el estado de salud en el último año. La escala presenta una fiabilidad (α de Cronbach) de 0,7. Ha sido utilizado en población mexicana en diversos estudios (Vilaguta *et al.*2005; Santamaría *et al.* 2007; Santos OR *et al.* 2010; Soto AF, *et al.* 2015). Este

cuestionario y sus puntos de corte son de dominio público, por lo que su uso y aplicación no requiere una autorización expresa del autor.

6.4.2. Datos cualitativos

En esta investigación se trabajó con grupo focal para la recolección de la información de los participantes adolescentes. Para el análisis de los datos se trabajó con grupo focal de expertos.

La recolección de los datos de los adolescentes consistió en un procedimiento metodológico desarrollado en tres fases: planificación y organización, implementación y transcripción total de los datos (Krueger. 2000).

Dentro de la fase de planificación y organización para la recolección de datos de los adolescentes se desarrollaron las propuestas, los objetivos, criterios de selección, se propuso la logística para la conducción del grupo focal y se confirman los participantes.

La siguiente fase, la de implementación ocurrió durante la conducción del grupo focal, el moderador reunió a los participantes, coordinó las interacciones entre ellos, condujo el grupo y concluyó el proceso en el tiempo propuesto.

En la última fase se realizó la transcripción de los datos para conformación de las fuentes primarias para tratamiento cualitativo de datos. La última fase de esta etapa fueron los procedimientos pos grupo focal que consistieron en mantener los relatos generados en el grupo focal para el análisis e interpretación de los datos (Greenbaum.1998).

6.5. Análisis de la información.

Se aplicó inicialmente la recolección y análisis de los datos cuantitativos para después continuar con la recolección y análisis de los datos cualitativos como se muestra en la figura 1.

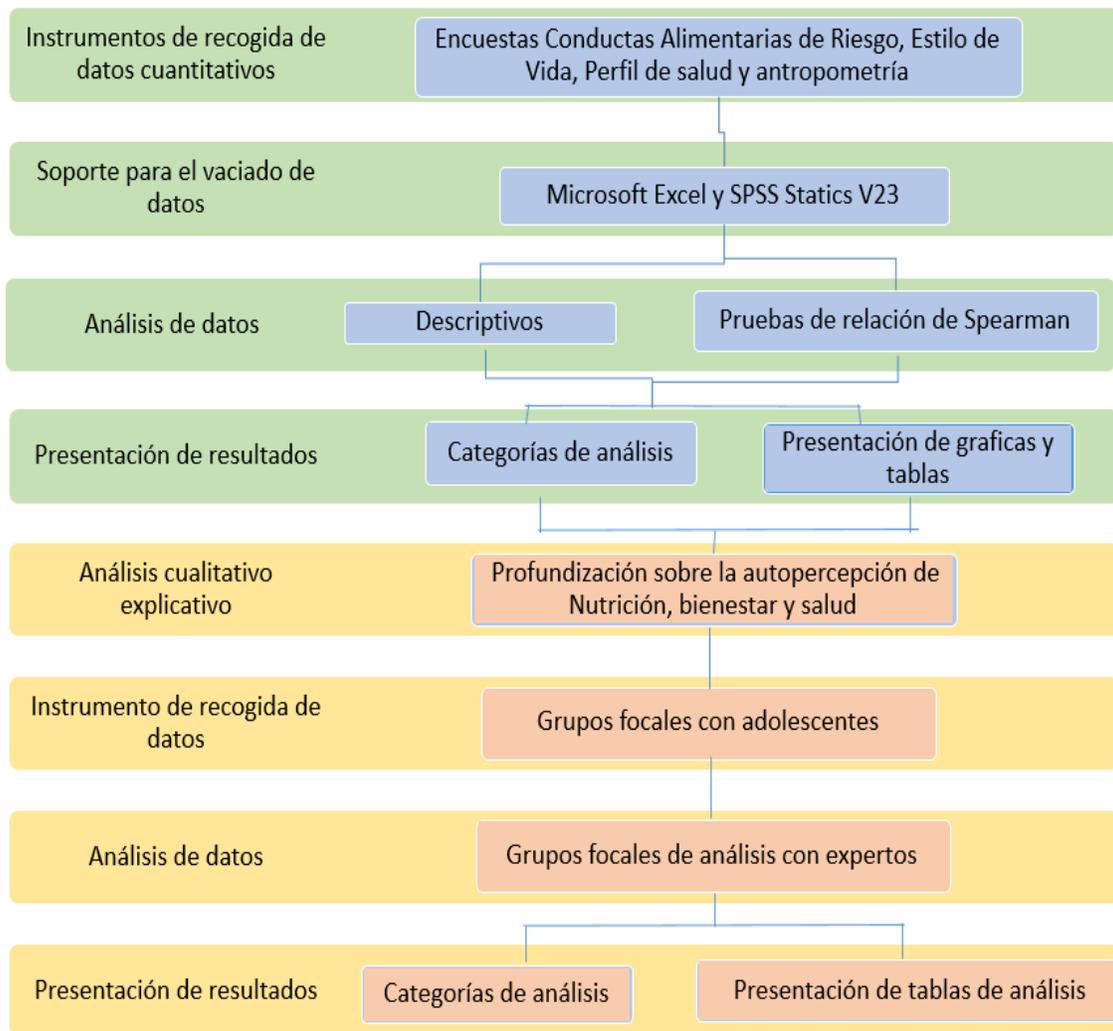


Figura 1 Procedimiento seguido para la obtención y el análisis de datos

En cuanto el análisis cuantitativo para el procesamiento de la información se utilizó el programa estadístico SPSSv.23, para obtener medidas descriptivas de las variables a través de proporciones para variables categóricas y promedios para variables continuas con su respectivo intervalo de confianza. Debido a que las respuestas de la variable conducta alimentaria de riesgo no se comportaron normalmente se usó la Kolmogorov-Smirnov para su análisis.

Para la determinación del grado de asociación entre variables se utilizó el estadístico de correlación de Spearman, medida utilizada para comprobar la asociación o interdependencia de las variables estilo de vida y perfil de salud.

Respecto al análisis cualitativo se analizaron los diálogos contenidos en las fuentes primarias se realizó pos grupo focal de recolección de datos. El grupo focal de análisis de datos fue aplicado con expertos en espacio colectivo de análisis, siguiendo las fases de planificación y organización, implementación, codificación, indexación, categorización, basado en los principios del análisis de contenido de Bardín, (2011).

El análisis de las entrevistas se realizó a través del análisis de contenido, el cual consiste en la aplicación de un conjunto de técnicas de investigación que a través de una descripción objetiva, sistemática y cuantitativa de las comunicaciones, que tiene la finalidad de la interpretación de estas. El análisis del contenido de las entrevistas de adolescentes se realizó mediante grupo focal de expertos (Bardín, 2011), el cual se trabajó en tres fases: pré-análisis (organización de la información, esta etapa consiste en la sistematización de un *corpus textual*), exploración del material y tratamiento de los resultados (se presenta y analiza de forma colectiva el cuerpo textual orientado por el constructo teórico; se realizó la codificación y categorización de los datos). En esta etapa se buscaron conclusiones y se extrajeron explicaciones contenidas en los relatos explícitas o implícitas. Existen tres procesos básicos para el proceso de la inferencia: las variables de inferencia, el material analizado, y la explicación analítica.

6.5. Ética del estudio.

Esta investigación se realizó en apego al Reglamento de la Ley General de Salud en materia de investigación (LGS, 2014) y fue aprobado por el comité de bioética de la Facultad de Ciencias Naturales, otorgándosele el registro número 75FCN2016. Así mismo se realizó el registro de este, ante la Dirección de Investigación y Posgrado de la Universidad Autónoma de Querétaro con número de registro 8544.

VII. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Los estudios acerca de la conductas alimentarias de riesgo en adolescentes son cada vez más importantes, en la últimas décadas estos estudios son más frecuentes (Palma, O. 2006; Saucedo-Molina, 2010; Altamirano, M., 2011; Gutiérrez, J. 2012; Ortiz, E. 2016), así mismo el estudio del estilo de vida así sido ampliamente abordado (Salazar, I. 2010; Capdevila S., 2015; González, S. 2015).

En lo que respecta al perfil de salud en los adolescentes en específico ha sido menor su investigación (Videra, G.A. 2013). El estudiar factores predisponentes que contribuyen con la aparición y desarrollo de las conductas alimentarias de riesgo es de interés para lograr una intervención oportuna y evitar que esta conducta pueda desarrollar un trastorno de la conducta alimentaria o contribuya a generar algún problema de salud en el adolescente. Hasta el momento no se ha encontrado algún estudio donde se relacione ampliamente a la conducta alimentaria de riesgo, con las variables estilo de vida y perfil de salud en adolescentes.

7.1. Resultados cuantitativos.

La población estudiada se caracterizó por tener una mayor densidad de participantes mujeres (65.8%). Los participantes tenían entre 14 y 18 años de edad. Pertenecían a una escuela de nivel medio superior de la Universidad Autónoma de Querétaro.

Tabla 1 Descriptivos

Sexo	N	%
Hombre	65	34.2
Mujer	125	65.8
Total	190	100
Edad	N	%
14 años	5	2.6
15 años	60	31.6
16 años	56	29.5
17 años	54	28.4
18 años	15	7.9
Total	190	100

$\bar{x}=16.07 \pm 1.01$ años.

Semestre	N	%
1° semestre	78	41.1
3° semestre	61	32.1
5° semestre	51	26.8
Total	190	100

El 17.4% de la población total estudiada tiene un trabajo formal paralelamente a las actividades académicas (51.5% hombres y 48.5% mujeres).

7.1.1. Estilo de vida y perfil de salud.

En el estilo de vida y perfil de salud sólo se encontró una relación inversamente negativa entre el perfil de salud y las conductas alimentarias de

riesgo (tabla 2). En el análisis de relación de las CAR por dimensión del estilo de vida no se presentaron relaciones estadísticamente significativas (tabla 3). Caso contrario en la relación de CAR y la relación de perfil de salud, donde en observo una relación inversamente negativa en las dimensiones: limitación de rol físico, limitación del rol emocional, energía fatiga, bienestar emocional y función social (tabla 4).

Tabla 2 Relación No paramétrica de la CAR y el estilo de vida y perfil de salud por la prueba Spearman.

Rho de Spearman		
Variable	<i>R</i>	<i>P</i>
Estilo de Vida	0.116	0.111
Perfil de salud	-0.269	0.00

Tabla 3 Relación No paramétrica de la CAR y las dimensiones del Estilo de Vida por la prueba Spearman.

Rho de Spearman		
Dimensión	<i>r</i>	<i>P</i>
Ejercicio y Actividad física	-0.028	0.701
Tiempo de ocio	0.057	0.436
Alimentación	0.025	0.727
Consumo de alcohol, cigarrillos y drogas ilegales	0.165	0.023
Sueño	0.092	0.205
Habilidades interpersonales	0.057	0.437
Afrontamiento	0.070	0.338
Estado emocional percibido	0.190	0.009

Tabla 4 Relación No paramétrica de la CAR y las dimensiones del perfil de salud por la prueba Spearman.

Rho de Spearman		
Dimensión	<i>r</i>	<i>p</i>
Función física	-0.094	0.199
Limitación de rol físico	-0.200	0.006

Limitación de rol emocional	-0.230	0.001
Energía fatiga	-0.182	0.012
Bienestar emocional	-0.290	0.000
Función social	-0.252	0.000
Dolor corporal	-0.103	0.000
Salud general	-0.072	0.322

Estudios en los que se analizaron la posible relación de las CAR y el estilo de vida se centraban en alguna dimensión del estilo de vida, como lo era la realización de actividad física y ejercicio, dejando de lado las distintas dimensiones por las que está comprendida el estilo de vida (Jáuregui, L. I., 2008; Castro-López, R 2015).

Respecto a la CAR y el perfil de salud se encontró un relación inversa de las dimensiones correspondientes a “salud mental” como la “limitación del rol emocional” (r -.230; p 0.001), que es el grado en que los problemas emocionales interfieren en sus actividades; en “la vitalidad y energía” (r -.182; p 0.012), que se tiene para realizar actividades físicas, en el “bienestar emocional” (r -.290; p 0.005), que abarca las dimensiones depresión, ansiedad perdida del autocontrol o bienestar psicológico y “función social” (r -.252; p 0.000) que representa el grado en que los problemas de salud física o emocional interfieren con la vida habitual .

7.1.2. Índice de Masa Corporal

El 64.2% de la población estudiada presentó peso normal para la edad, 34.7 sobrepesos y obesidad y 1.1% delgadez severa (gráfico 1). En la Tabla 5 se puede observar que los estudiantes masculinos presentan peso normal en mayor proporción (72.3%) que las mujeres (60%), mientras que el mayor porcentaje de sobrepeso se encuentra en las mujeres (28.8%) que en los hombres (15.4%). Es de llamar la atención que se encontró delgadez severa o peso por debajo de los parámetros normales en 1.6% de la población femenina.

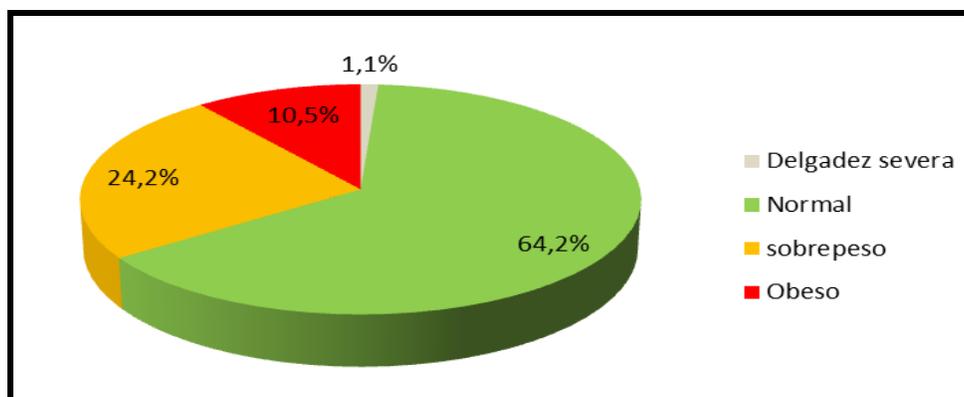


Gráfico 1 índice de Masa Corporal global

Tabla 5 IMC por sexo

IMC	GLOBAL n=190		HOMBRE n=65		MUJER n=125	
	f	%	f	%	f	%
Delgadez severa	2	1.1	0	0	2	1.6
Normal	122	64.2	47	72.3	75	60.0
Sobrepeso	46	24.2	10	15.4	36	28.8
Obesidad	20	10.5	8	12.3	12	9.6

7.1.3. Conducta alimentaria de riesgo

En cuanto a las conductas alimentarias de riesgo se encontró que el 62.1% de los estudiantes están sin riesgo, 25.3% presentan riesgo moderado y 12.6% riesgo severo (grafico 2). El análisis de las CAR por sexo arroja que la mayor proporción de estudiantes *Sin Riesgo* de CAR son los hombres (Hombres 78.5%; Mujeres 53.6%), mientras que las mujeres son quienes presentan el mayor porcentaje de *Riesgo moderado* y *Severo* para CAR (tabla 6).

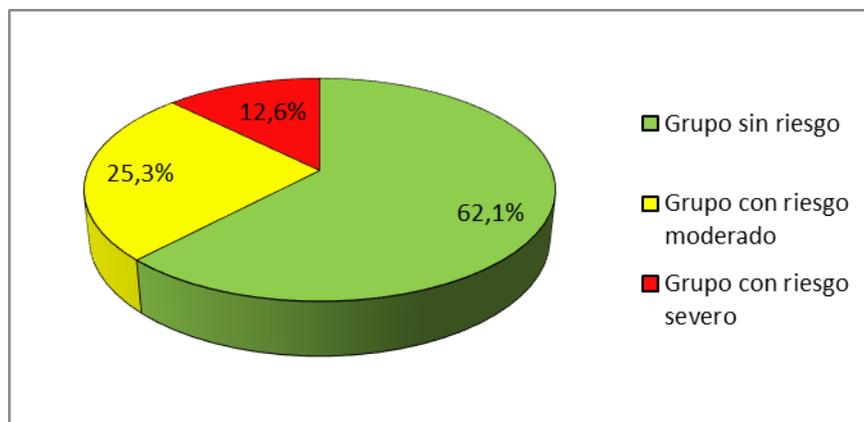


Gráfico 2 Conductas alimentarias de riesgo de la población estudiada

Tabla 6 Conductas alimentarias de riesgo

CAR	GLOBAL n=192		HOMBRE n=65		MUJER n=125	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
Sin riesgo	118	62,1	51	78,5	67	53,6
Riesgo moderado	48	25,3	8	12,3	40	32,0
Riesgo severo	24	12,6	6	9,2	18	14,4

Las conductas alimentarias de riesgo se analizan agrupando preguntas en tres factores: atracón-purga, restricción y uso de medidas compensatorias; se encontró en el factor atracón-purga que el 92.1% de la población nunca ha vomitado después de comer para bajar de peso, en contraste con el 41.6% de la población que a veces ha comido demasiado, que se ha atascado de comida (gráfico 3). En el factor restricción de la población de estudio Se encontró que sólo el 31.1% nunca o casi nunca se han preocupado por engordar, el 55.8% ha realizado dietas para tratar de bajar de peso y sólo el 69.5% ha realizado ejercicio con el propósito de bajar de peso (gráfico 4). El factor de uso de medidas compensatorias reporto que el 92.6% de la población nunca ha usado pastillas para tratar de bajar de peso, el 95.8% nunca ha tomado diuréticos para tratar de bajar de peso y el 94.2% nunca ha tomado laxantes para tratar de bajar de peso (gráfico 5).

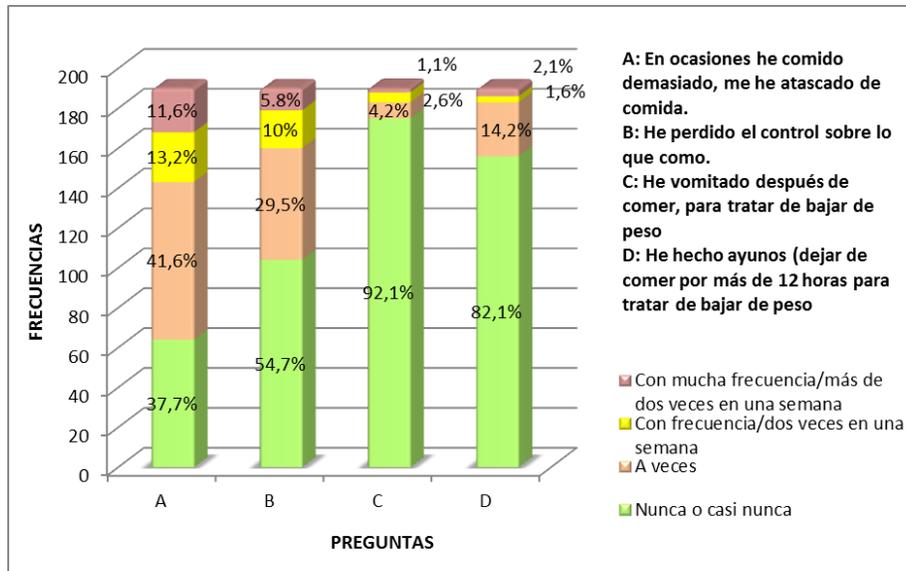


Gráfico 3 Atracón-purga de población de estudio.

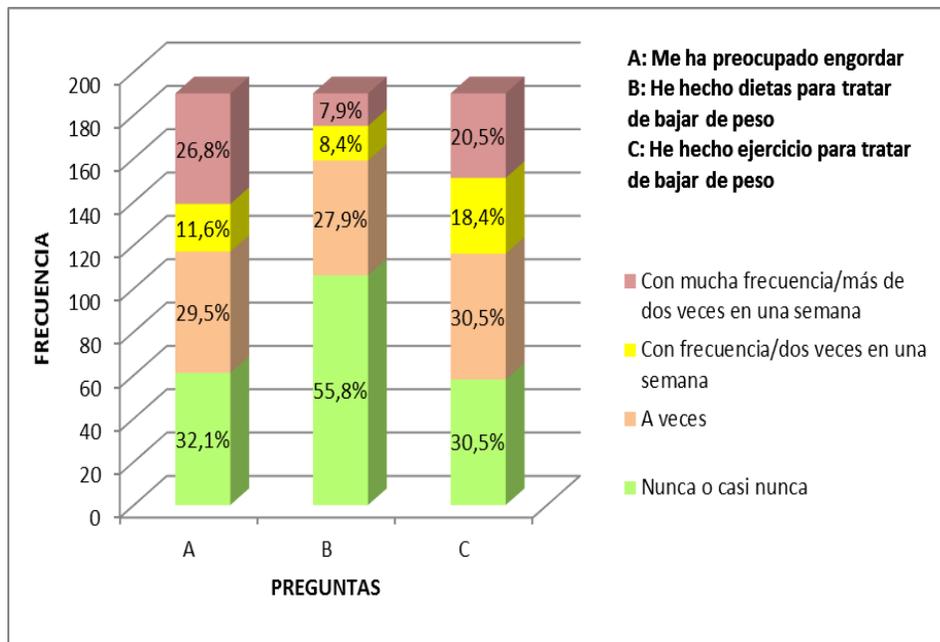


Gráfico 4 Restricción población de estudio

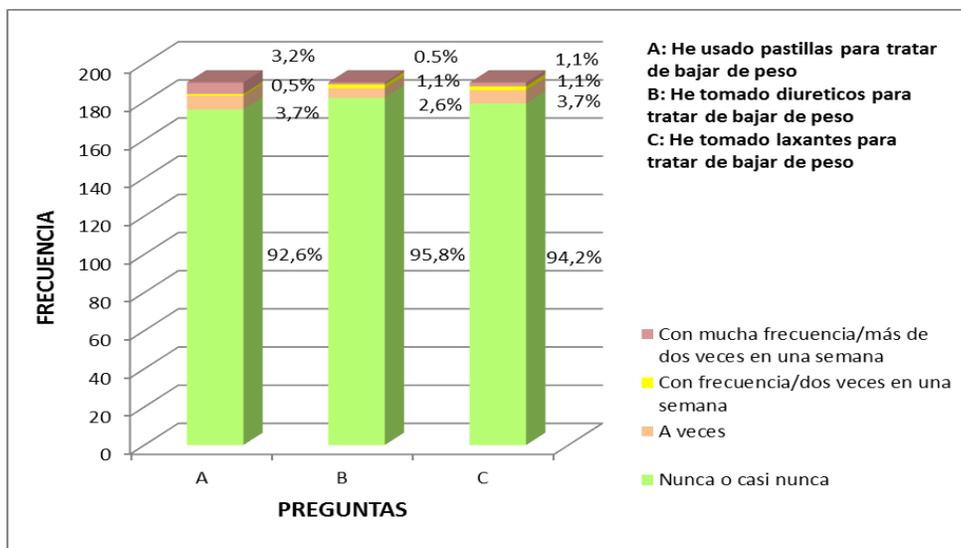


Gráfico 5 Medidas compensatorias población de estudio

La presencia de las CAR no son indicador seguro de desarrollar alguna patología alimentaria, pero si señalan los individuos o grupos de personas con mayor riesgo a adquirirla: (Altamirano, M., 2011). La detección temprana de cualquier sintomatología permite prevenir el desarrollo de enfermedades o limitar daño a la salud.

7.1.4. Practicas del estilo de vida

Dentro del estilo de vida se encontró que en el 42.8% de los estudiantes tienen un estilo de vida No Saludable en cuanto a las prácticas de *ejercicio y actividad física*, mientras que el 99.5% tiene conductas saludables en relación a las prácticas de consumo de alcohol, cigarrillos y drogas ilegales (grafico 6). Es prudente aclarar que sí se encontró consumo de alcohol (hombres 47.7% y mujeres 50.4%), tabaco (hombres 16.9% y mujeres 20.8%) y drogas ilegales (hombre 9.2% y mujeres 10.4%), siendo este consumo *de vez en cuando en celebraciones o eventos sociales*. De acuerdo con los puntos de corte del instrumento aplicado los porcentajes alcanzados en los estudiantes con respecto a esta dimensión no generan problemas de salud en los adolescentes, al menos no en este momento. Sin embargo, es recomendable analizar esta condición de forma particular y con otros instrumentos de medición que permitan evaluar cantidad y frecuencia de consumo, así como el tipo de droga ilegal que consume

este grupo de población. En distintos estudios donde se han estudiado las dimensiones del estilo de vida ya mencionadas principalmente se han utilizado para definir un estilo de vida en la población estudiada, resaltando las características propias de esta misma (Lema S.L.et al 2009; Salazar, I.C.et al. 2010; Tamayo, J.A. et al. 2015).

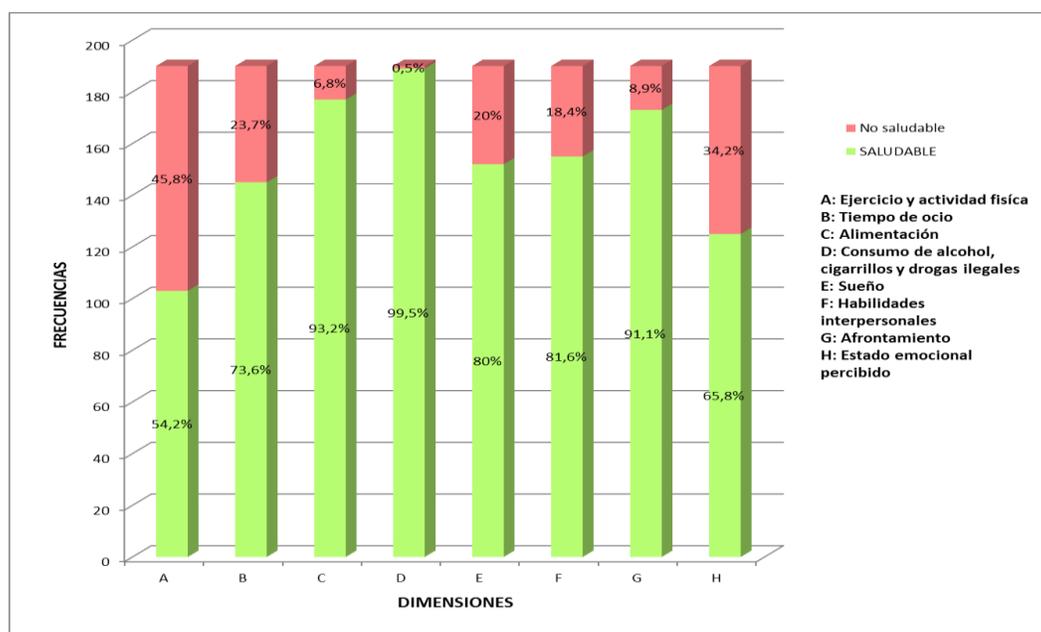


Gráfico 6 Estilos de vida de la población estudiada

7.1.5. Motivaciones y recursos del estilo de vida

El estilo de vida relacionado con la salud posibilita o limita las funciones vitales y sociales de los adolescentes. Es importante conocer las motivaciones y recursos con los que los adolescentes cuentan para practicar las diferentes dimensiones del estilo de vida. Las dimensiones en las que se profundizará en sus principales motivaciones y recursos para lograrlas son las que se relacionan a la alimentación y salud.

Ejercicio o actividad física.

Las motivaciones y recursos con los que los adolescentes estudiados cuentan para realizar ejercicio o actividad física son principalmente “beneficiar su salud” con un 53.7% (55.4% en hombres y 52.8% en mujeres) y “mejorar su figura”

en un 25.8%, presentandose más en mujeres (27.2%) que en hombres (23.1%) (tabla 7). Así mismo los adolescentes refirieron motivos para no realizar ejercicio y actividad física, observando que el 61.6% no lo practica por pereza o flojera (66.2% en hombres y 59.2 % en mujeres); únicamente el 20% de los hombres y mujeres encuestados ya lo practican (tabla 8). Respecto a su opinión sobre las practicas de ejercicio y actividad física los adolescentes estudiados externaron principalmete que “podrían cambiar sus practicas pero no saben si lo harán” (25.3%), “estar satisfecho con sus practicas y no piensan que sean problematicas” (24.7%) y que “ya han hecho algunos cambios, pero aún les falta lograr lo que quieren” (24.7%) (tabla 9). Para lograr realizar algún ejercicio o actividad física es indispensable contar con ciertos recursos, los adolescentes estudiados externaron que los principales recursos con los que cuentan son “implementos deportivos” (68.4%), “habilidades” (58.8%) y “tiempo para realizarlo” (54.7%). Así mismo externaron los recursos con los que no cuenta, destacando la “falta de espacios y oferta de actividades físicas” (71.6%), “conocimientos para realizarlos adecuadamente” (69.5%) y “persona que lo acompañe” (62.6%) (gráfico 7).

Tabla 7 Porcentaje de selección de Motivación para realizar práctica de Ejercicio y actividad física

Dimensión	% de selección de Motivación para realizar practica	GLOBAL n=190		HOMBRE n=65		MUJER n=125	
		<i>f</i>	%	<i>F</i>	%	<i>f</i>	%
Ejercicio y actividad física	Mejorar tu figura	49	25.8	15	23.1	34	27.2
	Relacionarte con amigos o nuevas personas	8	4.2	4	6.2	4	3.2
	Mejorar el estado de animo	15	7.9	5	7.7	10	8
	Beneficiar tu salud	102	53.7	36	55.4	66	52.8
	Llevar el mismo estilo de vida de tus padre o hermanos	4	2.1	1	1.5	3	2.4
	Llevar el mismo estilo de vida de tu pareja o amigos cercanos	0	0	0	0	0	0
	Otro.	12	6.3	4	6.2	8	6.4

Tabla 8 Porcentaje de selección de Motivación para NO realizar práctica de Ejercicio y actividad física

Dimensión	% de selección de Motivación no para realizar practica	GLOBAL n=190		HOMBRE n=65		MUJER n=125	
		<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
Ejercicio y actividad física	Temor a hacer el ridículo	10	5.3	2	3.1	8	6.4
	Implica mucho esfuerzo y te cansas fácilmente	12	6.3	3	4.6	9	7.2

Pereza o flojera	117	61.6	43	66.2	74	59.2
Insistencia de amigos, pareja o familia para no hacerlo	5	2.6	2	3.1	3	2.4
Las personas cercanas a ti, te han criticado por hacer ejercicio o actividad física	8	4.2	2	3.1	6	4.8
Ya lo practica	38	20	13	20	25	20

Tabla 9 Porcentaje de opinión respecto a sus prácticas de Ejercicio y actividad física

Dimensión	% de selección para realizar la practica	GLOBAL n=190		HOMBRE N=65		MUJER n=125	
		f	%	f	%	f	%
Ejercicio y actividad física	Estás satisfecho con tus prácticas y no piensas que sean problemáticas	47	24.7	22	33.8	25	20
	Podrías cambiarlas, pero no sabes si lo harás	48	25.3	13	20	35	28
	Podrías cambiarlas en poco tiempo y ya tienes un plan para lograrlo	20	10.5	11	16.9	9	7.2
	Ya has hecho algunos cambios, pero aún te falta lograr lo que quieres	47	24.7	11	16.9	36	28.8
	Estás satisfecho con los cambios que has logrado y piensas mantenerlos	28	14.7	8	12.3	20	16

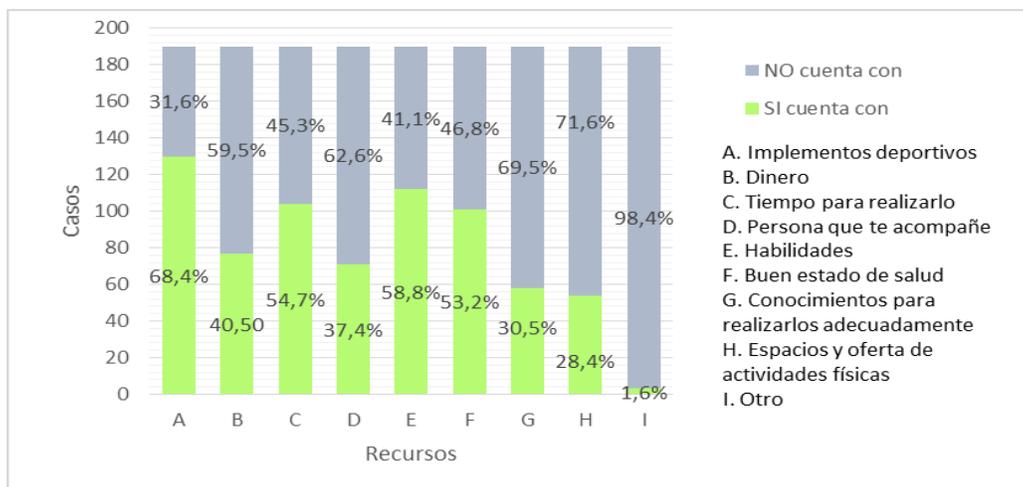


Gráfico 7 Recursos para realizar algún ejercicio o actividad física

Alimentación

Respecto a la alimentación, las motivaciones y recursos que los adolescentes estudiados refieren son diversos. El principal motivo para alimentarse adecuadamente es “mantener la salud” (46.8%) siendo más frecuente esta aseveración en hombres (49.2%) que en mujeres (45.6%) (Tabla 10). En su contra parte los principales motivos para no alimentarse adecuadamente es “no piensa en las consecuencias negativas de la mala alimentación” (30%), “no puede controlarse en lo que come” (24.7%) y “no le gusta restringirse en lo que come” (24.2%). (Tabla 11). Se observó que la principal opinión que tienen sobre sus prácticas de alimentación es que “podrían cambiarlas, pero no sabe si lo harán” (51.6%) (Tabla 12). Los principales recursos con los que cuenta para alimentarse de forma adecuada es “dinero para comprar alimentos saludables” (74.2%), “tiempo suficiente para realizar tres comidas principales” (60.5%) y “conocimientos para elegir alimentos saludables” (54.8%) (Gráfico 8).

Tabla 10 Principal motivo para alimentarse adecuadamente

Dimensión	% de selección de Motivación para realizar practica	GLOBAL n=190		HOMBRE n=65		MUJER n=125	
		<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
	Mantener su figura	22	11.6	5	7.7	17	13.6
	Bajar de peso	22	11.6	2	3.1	20	16
	Mejorar su rendimiento (físico y mental)	37	19.5	16	24.6	21	16.8
Alimentación	Mantener la salud	89	46.8	32	49.2	57	45.6
	Verse mejor	18	9.5	8	12.3	10	8
	Hacer parte del estilo de vida de la pareja o amigos cercanos	1	0.5	1	1.5	0	0
	Otros	1	0.5	1	1.5	0	0

Tabla 11 Principal motivo para no alimentarse adecuadamente

Dimensión	% de selección de Motivación para no realizar practica	GLOBAL n=190		HOMBRE n=65		MUJER n=125	
		<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
	Conservar o mejorar su figura	11	5.8	4	6.2	7	5.6
	No le gusta restringirse en lo que come	46	24.2	13	20	33	26.4
Alimentación	No puede controlarse en lo que come	47	24.7	14	21.5	33	26.4
	No piensa en las consecuencias negativas de la mala alimentación	57	30	18	27.7	39	31.2

Las personas cercanas a usted lo han criticado por sus hábitos de alimentación saludables	6	3.2	4	6.2	2	1.6
Nunca como bien	23	12.1	12	18.5	11	8.8

Tabla 12 Opinión respecto a las prácticas de alimentación

Dimensión	% de selección para realizar practica	GLOBAL n=190		HOMBRE n=65		MUJER n=125	
		<i>F</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
Alimentación	Está satisfecho con sus prácticas y no piensa que sean problemáticas	32	16.8	18	27.7	14	11.2
	Podría cambiarlas, pero no sabe si lo hará	98	51.6	28	43.1	70	56
	Podría cambiarlas en poco tiempo y ya tiene un plan para lograrlo	20	10.5	8	12.3	12	9.6
	Ya ha hecho algunos cambios, pero aún le falta lograr lo que pretende	33	17.4	8	12.3	25	20
	Está satisfecho con los cambios que ha logrado y piensa mantenerlos	7	3.7	3	4.6	4	3.2

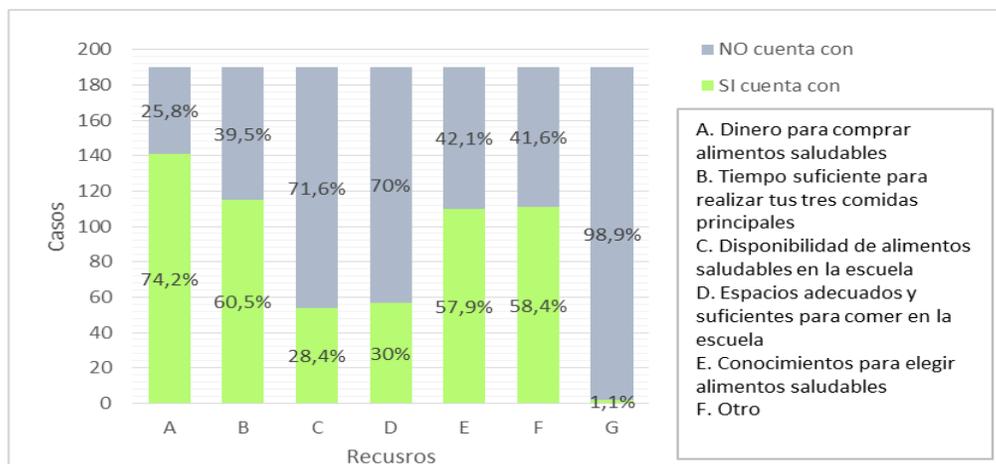


Gráfico 8 Recursos para alimentarte de forma adecuada

7.1.6. Perfil de salud

Los resultados de este estudio presentan valores de conducta alimentaria de riesgo relacionada al estilo de vida en diversas dimensiones, así mismo lo asocia al perfil de salud en adolescentes visto de diferentes puntos de vista (auto reporte por medio de una encuesta cuantitativa y por percepción de forma cualitativa). El estudiar estas variables en adolescentes es relevante debido a que en diversos estudios se han comprobado diversos factores de riesgo a los que se encuentran expuestas las personas en esta etapa de la vida, los cuales pueden ser desfavorables para la percepción de su salud.

En lo que respecta la variable de perfil de salud esta detecta estados positivos y negativos en diversas dimensiones de salud física y mental, percibidos por el individuo, estos son explorados desde ocho dimensiones, donde se encontró que la que presenta porcentaje de “peor salud” es la de “bienestar emocional” (55.3%), indicando así que los adolescentes estudiados sienten cierto grado de depresión, ansiedad y pérdida del autocontrol. Las mujeres mostraron mayor porcentaje de peor salud emocional que los hombres, 64 y 61.5% respectivamente; otra dimensión en la que se observó un alto porcentaje de peor salud es la “salud general” (52.1%), la cual está relacionada con la valoración personal de la salud que incluye la salud actual y perspectivas en el futuro. Cabe destacar que en las mujeres este porcentaje de peor salud general fue superior al

que se presento en hombres encontrando 59.2% y 38.5% respectivamente. La dimensión “función social” tambien se observa afectada encontrando un 50% de peor salud. En está dimensión los problemas de salud fisica o emocional interfieren en su vida social habitual, encontrandose más afectado en mujeres. (mujeres 61.6% y hombres 27.7%). Así mismo es importante observar que en 48% de estas mujeres los problemas emocionales interfieren en su trabajo u otras actividades diarias (“limitación del rol emocional”)

Dentro del estado positivo de la salud se encontro que el 91.1% presenta “buena *funcion fisica*” (capacidad que tienen las personas para desarrollar las actividades relacionadas en con las actividades fisicas como caminar, correr, subir escaleras etc.), seguida de “Mejor salud” relacionada a “limitación de rol físico” (el grado en que la salud física interfiere en el trabajo y otras actividades diarias incluyendo rendimiento menor que el deseado) (Tabla 13).

Tabla 13 Perfil de salud. Percepción del estado de salud por dimensión

Dimensión	Práctica	GLOBAL n=78		HOMBRE n=29		MUJER n=49	
		f	%	f	%	f	%
Función física	Mejor salud	173	91.1	59	90.8	114	91.2
	Peor salud	17	8.9	6	9.2	11	8.8
Limitación de Rol físico	Mejor salud	164	86.3	56	86.2	108	86.4
	Peor salud	26	13.7	9	13.8	17	13.6
Limitación de rol emocional	Mejor salud	115	60.5	50	76.9	65	52.0
	Peor salud	75	39.5	15	23.1	60	48.0
Energía y fatiga (Vitalidad)	Mejor salud	139	73.2	58	89.2	81	64.8
	Peor salud	51	26.8	7	10.8	44	35.2
Bienestar emocional o salud mental	Mejor salud	85	44.7	40	61.5	45	36.0
	Peor salud	105	55.3	25	38.5	80	64.0

Función social	Mejor salud	95	50.0	47	72.3	48	38.4
	Peor salud	95	50.0	18	27.7	77	61.6
Dolor corporal	Mejor salud	109	57.4	43	66.2	66	52.8
	Peor salud	81	42.6	22	33.8	59	47.2
Salud general	Mejor salud	91	47.9	40	61.5	51	40.8
	Peor salud	99	52.1	25	38.5	74	59.2

7.2. Resultados cualitativos

En esta investigación desde el enfoque cualitativo se observó como la alimentación y bienestar tienen un enfoque social, cultural, individual, grupal psicológico y emocional, una de sus causas es la presión social por cumplir con un patrón estético de belleza impuesto por la sociedad teniendo como resultado un efecto el cuidado de la alimentación y la salud.

El tema a tratar en las sesiones de grupo focal fue “Salud nutrición y bienestar”. Se obtuvieron resultados de cada fase del análisis siendo estos los siguientes:

Pre-análisis: se sistematizó el *corpus textual* en Alimentación y estereotipos.

Extracto de Narrativa de grupo de adolescente
<p><<CB: ¿al ver estos tres personajes que les dice?</p> <p>E3: la primera persona digamos que tiene un sentido que goza estar así, está más delgada de lo normal, aunque presenta un tipo de desnutrición o bulimia, en su persona, un descuido de alimentación. La segunda decíamos, que tal vez podría estar sana, digamos porque se ve, que se ve bien. Y la tercera decíamos que se veía ya como un exceso en su alimentación y falta de ejercicio o un poco de descuido en sus niveles de nutrición y salud</p>

E2: Pues como lo decía, lo estereotipos que nos ha puesto la sociedad, porque por ejemplo, la de en medio puede estar más sana que la gordita y la gordita puede estar más sana que las otras dos anteriores, o la que se ve más flaca o menos, con menos salud puede estar menos sana que las otras dos, sí que,

E5: tenemos el prototipo de la sociedad

E6: lo importante es que, se sientan bien consigo mismas y ya lo demás no importa, de una u otra manera pero estén bien con ellas.

E1: Yo creo que habla de autoestima ¿no?, porque yo veo que y así lo hizo en vez de aceptarse como era, entonces por ejemplo, habla como de la persona, porque a lo mejor a ella la vemos gordita pero no sabemos si ella se siente bien consigo o misma o sí. Ella guarda mucho, mucho rencor hacia su cuerpo. Belinda pues no es su cuerpo real, es como por la autoestima, ella tuvo su mentalidad de que ese era el cuerpo perfecto ella pues no sé qué le paso. >>

Principales resultados fase de pre-análisis

- El tema a tratar en el grupo fue salud nutrición y bienestar y ellos hablaron sobre alimentación, bienestar y estereotipos.
- La alimentación la ven como una necesidad para sentirse bien.
- Para las mujeres existen estereotipos, para hombres no.
- Los adolescentes se enfocaron en el análisis de las figuras xperienc.

Exploración de material y tratamiento de los resultados

Dentro del análisis se encontraron distintas codificaciones:

a) Bien, b) Estar, c) Sentirse satisfecho, sentir, d) Saber lo que consume, comer, e) Necesidades corporales o trato, f) Dieta saludable, g) imagen h) acción/sociedad.

La frecuencia ponderada permite observar el tema del que más hablan los estudiantes, encontrando que los tres principales temas que emergieron son “el consumo de alimentos”, “la imagen corporal” y “sentirse bien o satisfecho” dentro de los diálogos de los adolescentes. El tema menos abordado fue el de las necesidades de cuerpo y el trato que se le da.

En el análisis se encontró la presencia de dos tipos de construcciones respecto a la alimentación, nutrición y salud

1. Construcción cultural

- Conciencia ingenua y transitiva

2. Construcción individual

- Estereotipo social de bienestar internalizado en su consciencia y estereotipo social de salud

3. NARRATIVA DE GRUPO	UR2
<p>ADOLESCENTE</p> <p><<CB: ¿al ver estos tres personajes que les dice?</p> <p>E3: <i>la primera persona digamos que tiene un Deseo que goza estar así, está más delgada de lo normal (6), aunque presenta un tipo de desnutrición o bulimia (BULIMIA SÓLO NEIDE; 4) en su persona, un descuido de alimentación (2). La segunda decíamos, que tal vez podría estar sana (4), digamos porque se ve, que se ve bien (3). Y la tercera decíamos que se veía ya como un exceso en su alimentación y falta de ejercicio o un poco de descuido en sus niveles de nutrición y salud (3)</i></p>	<p>¿Qué les transmite un personaje con peso bajo, peso normal y con sobrepeso u obesidad?</p> <p><i>Está más delgada (Fig. 1) de lo normal, aunque presenta un tipo de desnutrición o bulimia, un descuido de alimentación (g1)...</i></p>  <p>Figura 1. Personaje 1.</p> <p><i>... podría estar sana... que se ve bien... (Figura 2.) (g3)</i></p>
<p>E2: <i>Pues como lo decía, lo estereotipos que nos ha puesto la sociedad, porque por ejemplo, la de en medio puede estar más sana que la gordita y la gordita puede estar más sana que las otras dos anteriores, o la que se ve más flaca o menos, con menos salud puede estar menos sana que las otras dos, sí que, sí que (2)</i></p>	 <p>Figura 2. Personaje 2.</p> <p><i>se veía ya como un exceso en su alimentación y falta de ejercicio o un poco de descuido en sus niveles de nutrición y salud (g1)...(Figura 3).</i></p> 

<p>menos sana que las otras dos, sí que, sí que (2)</p> <p>E5: tenemos el prototipo de la sociedad>></p> <p>E6: lo importante es que, se sientan bien consigo mismas (ROMPER COM ESTEROTIPO — MARICELA) y ya lo demás no importa, de una u otra manera pero estén bien con ellas (4 participantes. GF único)</p> <p>E1: Yo creo que habla de autoestima ¿no?, porque yo veo que (1) y así lo hizo en vez de aceptarse como era, entonces por ejemplo, habla como de la persona, porque a lo mejor a ella la vemos gordita pero no sabemos si ella se siente bien</p>	<p>y salud (g1)...(Figura 3).</p>  <p>Figura 3. Personaje 3.</p> <p>Pues como lo decía, lo estereotipos que nos ha puesto la sociedad, porque por ejemplo, la de en medio (Figura 2) puede estar más sana que la gordita (Figura 3) y la gordita (Figura 3) puede estar más sana que las otras dos anteriores (Figura 1 y 2), o la que se ve más flaca (Figura 1), con menos salud puede estar menos sana que las otras dos (Figura 2 y 3), sí que, (h1) (E2)</p>
--	--

Los resultados permiten establecer, en este grupo de adolescentes, que la alimentación tiene principalmente un enfoque cultural y social y el bienestar un enfoque cultural y grupal.

Causas:

	CULTURAL	SOCIAL	Psicologico/emocional
	Satisfacción	Cuidado	Deseo (conciencia ingenua)
	Exceso	Autocuidado	Bienestar
Alimentación	Falta de cuidado (cantidad y cualidad)	Alimentación balanceada	
		Conciencia ingenua y transitiva	
		Patrón de belleza	
		Causa: presión social	
		Consecuencia: descuido biológico por cumplir un patrón estético de la sociedad	
		Construcción cultural de la alimentación: presión de la sociedad y construcción social de un patrón de estética-	
		Resultado de un efecto sobre la salud, propiciando un efecto en el cuidado de la alimentación.	

	CULTURAL	SOCIAL	ENFOQUE GRUPAL
	Satisfacción, estar bien, sentirse bien	Los personajes con los que se representan son construcciones sociales, símbolos de la celebridad	El bienestar lo asocian al placer por consumir ciertos alimentos
Bienestar	Construcción de genero	Estos personajes están generando aprendizaje del ideal estético	Sentirse bien y satisfecho, cumplir con un gusto, con un ideal
	Es un instrumento mediador: la imagen, (mujer delgada, joven y posiblemente saludable) la estética		Seguir un patrón de belleza o moda de consumo
			Aceptación
	Construcción sociocultural de naturaleza familiar y grupal. Asocian la alimentación y salud al bienestar emocional. El bienestar es asociado a la inclusión grupal.		

Inferencia e interpretación

La variable de incidencia es “alimentación y bienestar de los adolescentes”, el material analizado fueron los diálogos de los grupos focales y la interpretación explicativa “Las percepciones sobre alimentación y bienestar presentaron una construcción cultural, social, emocional y grupal donde se encontró que los alumnos se desenvuelven en la conciencia ingenua y transitiva, no hay conciencia crítica respecto a estos temas”.

Se presentaron contradicciones dentro de los diálogos respecto a la construcción cultural, social y grupal. Los adolescentes al no desenvolverse en la conciencia crítica respecto al tema, ven el constructo nutrición como alimentación y a la salud como bienestar, actúan en base a lo que se les ha enseñado cultural,

social y grupalmente y no analizan y concientiza la información estructurada sobre nutrición y salud que se les ha enseñado.

La presión de la sociedad a causa de la construcción cultural, es causa de un patrón estético, que trae como consecuencia, un descuido en la alimentación, en la ideología de lo estético, que trae como consecuencia un efecto sobre la salud, no solo sobre comer.

Dentro de los diálogos de los adolescentes se perciben dos movimientos, la sociedad para cultura y la cultura de la sociedad. En la dimensión cultural se observan los instrumentos mediadores que se presenta por medio de herramientas y signos. Esos instrumentos mediadores, de acuerdo a lo que se observó en la concepción de los adolescentes son la imagen y la estética, que se traduce en la mujer magra y joven, esta se presenta como la ideología de esa mujer, posiblemente saludable, famosa, rica, celebridad.

Las mujeres artistas son símbolos para ellos, son personas que los representan, construcciones culturales y no sociales. Esos signos que están trayendo están generando aprendizaje que están influenciando en la alimentación de ellos, del bienestar y del autocuidado.

Ven la alimentación saludable a través del discurso de otro, mostrando una conciencia ingenua, respecto a esta. Cuando traen el discurso de ellos se trae como un movimiento social, la sociedad, amigos, lo que da placer.

Estos adolescentes hacen lo que ven, con tal de integrarse a un grupo, de afirmarse a un grupo. En estos adolescentes se presenta una construcción social, cultural y grupal. Se observa que el adolescente precisa crear una identidad con el grupo, entonces se va direccionando y cae en la contradicción de discursos.

Para ellos el bienestar lo relacionan con sentirse bien en un grupo familiar o un grupo de adolescentes, este no está relacionada a la salud ni al autocuidado. Estos adolescentes presentan un Modelo explicativo histórico sociocultural.

Los resultados del análisis cualitativo permitieron profundizar en las contradicciones que se encuentran dentro de las motivaciones para hacer o no hacer ejercicio y alimentarse adecuadamente. En la profundización del tema se encontró que Adolescentes tienen explicaciones fabricadas, mediadas por la cultura donde se encontró un estereotipo social de bienestar internalizado en su consciencia y un estereotipo social de salud, que están en conjunto al desarrollo de la conciencia en su fase ingenua y transitiva por la cual transitan los adolescentes.

En México entorno a la alimentación giran el placer y el hedonismo, aunado al control del consumo de ingesta calórica. La comida industrializada ofrece un sinfín de alternativas para el consumo de alimentos que no aporte gran contenido energético, por lo que la sociedad está constantemente expuesta a múltiples mensajes que son contradictorios: el placer, el control del placer, la salud, el gusto, la imagen entre otros (Navas, j., 2012).

7.3. Limitaciones

Las principales limitaciones tienen que ver fundamentalmente con tres aspectos. En primer lugar, la gran cantidad de variables incluidas en este estudio fueron acotadas a la edad, género y al grupo de CAR al que pertenecían. Sin embargo, se podría haber recolectado más datos sociodemográficos. En segundo lugar, el tamaño de la muestra, al ser un grupo específico de la ciudad de Querétaro Qro. No es suficiente para extrapolar los resultados a otros grupos de adolescentes y otros estratos sociales, lo que limita las acciones que se puedan tomar respecto a los resultados. En último lugar, el no contar con estudios mexicanos en donde se haya utilizado las mismas dimensiones de la variable estilo de vida o el perfil de salud relacionado a las CAR, no permite realizar mayores comparaciones entre las variables analizadas.

VIII. CONCLUSIONES

- De acuerdo al entorno que vive los adolescentes, no hay integración objetiva de lo que se aprende con lo que se transmite (padre a hijos, profesionista a adolescente, entre pares). La conducta alimentaria y el estilo de vida se modifican por el rol de género. A la alimentación y salud se le atribuye un significado de bienestar.
- La percepción que el grupo de estudio refirió respecto a su salud física y mental se relacionó con lo que externaron en el grupo focal. Lo que evidencia como el factor social, grupal y emocional son factores que contribuyen a la presencia de las conductas alimentarias de riesgo
- Es importante seguir estudiando la relación del perfil y percepción de salud con las conductas alimentarias de riesgo, ya que éstas forman parte de las acciones preventivas que se deben tener en cuenta en el cuidado de la salud en la adolescencia.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

La revisión bibliográfica utilizada para el presente proyecto es la siguiente:

- Acevedo, G., Estario, J.C. (2007). Manual de salud publica. Ed. Encuentro. Argentina. P.75
- Aceves, M.M., Llauradó, E., Tarro, L., Sola, R., Giralt, M. (2016). Obesity-promoting factors in Mexican children and adolescents: challenges and opportunities. *Global Health Action*, 9, 10.3402/gha.v9.29625. <http://doi.org/10.3402/gha.v9.29625>
- Acuerdo Nacional para la Salud Alimentaria (2010). Estrategia contra el sobrepeso y la obesidad. Salud. Gobierno Federal. [en línea] Consultado: 02 de junio 2016. Disponible en: www.salud.gob.mx
- Agudelo, L.S., Giraldo, V.A., Romero, N.V., (2012). Percepción del estado de salud en la región central colombiana: Encuesta Nacional de Salud, 2007. REVISTA DE SALUD PÚBLICA • Volumen 14 (6), Octubre 2012.
- Altamirano, M.M., Vizmanos, L.B., Unikel, S.C., (2011). Continúo de conductas alimentarias de riesgo en adolescentes de México. *Rev. Panam. Salud Pub.* 30(5) p.401.
- Álvarez, B.J., (2004). Los jóvenes y sus hábitos de salud. México. Ed Trillas.
- American Psychiatric Association (APA). (2002). Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-IV-TR. Barcelona: Masson.
- American Psychiatric Association (APA). (2014). Manual Diagnostico y estadístico de los trastornos mentales. DSM-5. Ed. Panamericana. 5ta
- Arroyo, I.M., Rocandio, P.A., Ansostegui, A.L., Pascual, A.E., Salces, B.I., Rebato, O.E. (2006). Calidad de la dieta, sobrepeso y obesidad en estudiantes
- Barriguete, M.J., Unikel, S.C., Aguilar, S.C., Córdoba, V.J., Shamah X.X., (2009). Prevalence of abnormal eating behaviors in adolescents in Mexico (Mexican National Health and Nutrition Survey 2006). *Salud Pública Méx*; 51 supl.4:
- Behar, R. (2010). La construcción cultural del cuerpo: el paradigma de los trastornos de la conducta alimentaria. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*, 48(4), 319-334.

- Blos, P (1981). La transición adolescente. Buenos Aires: Amorrortu editores.
- Cantarero, L. (2011). Antropología de la alimentación: espacios, memorias, paisajes. Antropología ibérica en el siglo XXI. León, España.)
- Capdevila Seder, A., & Bellmunt Villalonga, H., & Domingo, C. (2015). Estilo de vida y rendimiento académico en adolescentes: comparación entre deportistas y no-deportistas. *RETOS. Nuevas Tendencias en Educación Física, Deporte y Recreación*, (27), 28-33.
- Castro-López, R., Cachón, J., Valdivia-Moral, P., Zagalaz, M. (2015). ESTUDIO DESCRIPTIVO DE TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA Y AUTOCONCEPTO EN USUARIOS DE GIMNASIOS. *Revista Iberoamericana de Psicología del Ejercicio y el Deporte*, 10 (2), 251-258.
- Contreras, J., Gracia, M. (2005) Alimentación y cultura. Perspectivas antropológicas. Ariel.
- Cortez, D., Gallegos, M., Jiménez, T., Martínez, P., Saravia, S., Cruzat-Mandich, C., Díaz-Castrillón, F., Behar, R., Arancibia, M. (2016). Influence of sociocultural experienci body image from the perspective of adolescent girls. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios*. 7, 116---124.
- Duffey, K.J., Pereira, R.A., Popkin, B.M., (2013). La prevalencia de consumo de energía y los refrigerios en Brasil: análisis de la primera encuesta individual a nivel nacional *Eur J Clin Nutr*; 67 : 868 – 74 .
- Freire, P. (1969). La Educación como Practica de la Libertad *Pedagogía del Oprimido*. Siglo Veintiuno Editores. Argentina.
- Freire, P. (1970). *Pedagogía del Oprimido*. Siglo Veintiuno Editores. México.
- Freire, P. (1974). *Concientización. Teoría y Práctica de la Liberación*. Siglo Veintiuno Editores. México.
- García, P.A. (2014). El trastorno por atracón en el DSMV. *C. Med. Psicosom*, N° 110.

- Greenbaum, T.L. (1998) The handbook for focus group research. 2ª Ed. Thousand Oaks: Sage.
- Guía de práctica clínica (2012). Prevención y diagnóstico oportuno de los trastornos de la conducta alimentaria: Anorexia nerviosa y bulimia nerviosa en el primer nivel de atención.
- González-Alfaya, M. E. (2008). Intervención de la universidad en la promoción de la salud de sus estudiantes. Universidad de Santiago de Compostela, Santiago de Compostela.
- González Sánchez, Raquel, Llapur Milián, René, Díaz Cuesta, Mercedes, Illa Cos, María del Rosario, Yee López, Estela, & Pérez Bello, Dania. (2015). Estilos de vida, hipertensión arterial y obesidad en adolescentes. Revista Cubana de Pediatría, 87(3), 273-284. Recuperado en 01 de noviembre de 2017, de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75312015000300003&lng=es&tlng=es.
- Gutiérrez, J, Rivera DJ, Shaman LT, Villalpando HS, Franco A, Cuevas NL, Romero MM, Hernández AM. (coordinadores) (2012) Encuesta Nacional de salud y nutrición 2012. Resultados Nacionales, Instituto Nacional de Salud Pública, Cuernavaca México. P.168-170, 178).
- INEGI (2015). Instituto Nacional de Estadística y Geografía. www.inegi.org.mx
- Jáuregui Lobera, Ignacio, Estébanez Humanes, Sonia, & Santiago Fernández, María José. (2008). Ejercicio físico, conducta alimentaria y patología. Archivos Latinoamericanos de Nutrición, 58(3), 280-285. Recuperado en 01 de noviembre de 2017, de http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-06222008000300010&lng=es&tlng=es.
- Krueger, R. A.; Casey, M.A. (2000). Focus Groups: A practical guide for applied research. 3rd edition. London: Sage Publications, pp. 21-37.
- Lema S.L., Salazar T.I., Varela A.M., Tamayo, C.J., Rubio, S.A., Botero, P.A. (2009). Comportamiento y salud de los jóvenes universitarios: satisfacción con el estilo de vida. Pensamiento Psicológico. Vol. 5. Nº 12. Pp71-88.

- León JM, Barriga S, Gómez T, González B, Medina S, Cantero FJ (experi.). (2006) *Psicología Social*. McGraw-Hill, pp. 89-100.
- Lora C., Saucedo M. (2006). Conductas alimentarias de riesgo e imagen corporal de acuerdo al índice de masa corporal en una muestra de mujeres adultas de la ciudad de México. *Salud mental*, Vol. 29, No. 3
- Mendoza González, MF.; Olalde Libreros, GJ.; Vázquez-Cabrera, A.; Gómez Fernández, CI.; Sánchez Hirata, MM.; Sánchez Lázaro, D.; Pérez Cruz, R; Riveros Castillo, K.; Aguilar-García, MA. (2014) Prevalencia y factores asociados a conductas alimentarias de riesgo en adolescentes de educación media superior. *Medicina Salud y Sociedad*. (5)1.
- Mintz, S. (1996). *Tasting food, tasting freedom: excursions into eating, culture, and the past*. Boston: Beacon Press. 176pp.
- Moreno M, Ortiz G (2009). Trastornos alimentarios y su relación con la imagen corporal y la autoestima en adolescentes. *Terapia psicológica*, 27:2, 181-190.
- Navas J.(2012) *La otra cara de la obesidad: enfermedad o canon estético. La antropología de la alimentación en España: perspectivas actuales*. Barcelona: Ars Alimentaria; p. 97-112.
- Norma Oficial Mexicana, (2010). NOM-015-ssa2-2010, "Para la prevención, tratamiento y control de la diabetes mellitus".
- Norma Oficial Mexicana, (2013). NOM-043-SSA2-2012. Servicios básicos de salud. Promoción y educación para la salud en materia alimentaria. Criterios para brindar orientación. [Página web], consultado: 02 de junio 2016.
http://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5285372&fecha=22/01/2013
- Nuviala, N.A., Grao, C.A., Fernández, M.A., Alda, S.O., Burges, A.J., Jaume, P.A. (2009).
- OMS, sf. *Salud de la madre, el recién nacido, del niño y del adolescente: Salud del adolescente* [Página web], consultado: 01 de junio 2016.
http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/dev/es/
- OMS (1998). *Promoción de la salud glosario*. Ed World Health Organization. P12

- OMS. (1998). Glosario de términos básicos en promoción de la salud. Ginebra: OMS Retrieved from.
- OMS, (2002). The World health report 2002. Reducing risks to health, promoting healthy life. Disponible en: <http://www.who.int/whr/2002/en/> Consultado: agosto 2016.
- OMS (2007) Referencias de Crecimiento 5-19 años. [Monografía en internet] Suiza 2007 [citado en 2016]. Disponible: http://www.who.int/growthref/who2007_bmi_for_age/en/.
- Osorio, E.J., Weisstaub N.G., Castillo D.C., (2002). Desarrollo de la conducta alimentaria en la infancia y sus alteraciones. Revista chilena de nutrición, 29(3),280-285. <https://dx.doi.org/10.4067/S0717-75182002000300002>
- Ortega, M.L., Álvarez, R.G., Garner, M.D., Amaya, H.A., Bautista, D.M., Mancillas, D.J. (2015). Systematic review of disordered eating behaviors: methodological considerations for epidemiological. Mex. Jour. Eat. Disorder. 6, 51-63
- Ortiz Estrella Ana Laura. (2016). Factores de riesgo que favorecen trastornos alimentarios en alumnos de nuevo ingreso a la Universidad Autónoma de Querétaro. Maestría en Ciencias de la Nutrición Humana. Universidad Autónoma de Querétaro
- Palma, O., Shamah-Levy, T., Franco, A., Olaiz, G., Méndez-Ramírez I. (2006). (coordinadores) Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2006. Cuernavaca, México: Instituto Nacional de Salud Pública, 70-71.
- Safarino EP. (2006). Health Psychology. Biopsicosocial interactions. (5ta. Ed.) United States of America: Wiley.
- Salazar, I.C., Varela, M.T., Lema, L.F., Tamayo, J.A., Duarte, C. (2010). Manual del Cuestionario de estilos de vida en jóvenes universitarios (CEVJU-R). Documento sin publicar, Pontificia Universidad Javeriana Cali.

- Sámano, R., Zelonka, R., Martínez-Rojano, H., Sánchez-Jiménez, B., Ramírez, C., Ovando, G. (2012). Asociación del índice de masa corporal y conductas de riesgo en el desarrollo de trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes mexicanos. ARCHIVOS LATINOAMERICANOS DE NUTRICION. Organo Oficial de la Sociedad Latinoamericana de Nutricion. (6)2.
- Saucedo, M.T., (2003). Modelos predictivos de la dieta restringida en púberes, hombres y mujeres y sus madres. Tesis para obtener el grado de Doctor en Psicología, Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Psicología, División de Estudios de Posgrado.*1
- Saucedo, M.T., Gómez, P.M., (2004). Modelo Predictivo de la dieta restringida en púberes mexicanas, Revista de Psiquiatría, Facultad de Medicina Barna. 31 (2):69-74. 14. *2
- Saucedo, M.T., Gómez, P.M. (2005). Modelo Predictivo de la dieta restringida en varones mexicanos, Revista de Psiquiatría, Facultad de Medicina Barna. (2):67-74.*3
- Saucedo-Molina, T., & Unikel-Santoncini, C. (2010). Validez de un instrumento multidimensional para medir factores de riesgo asociados a trastornos de la conducta alimentaria en púberes mexicanos. *Revista Chilena de Nutrición*, 37 (1), 60-69.
- Secretaría de salud, 2016. Dirección General de Planeación y Desarrollo en Salud. Cuestionario de salud.
- Sehnm, G.D.; Alves, C. N.; Wilhelm, L. S.; Ressel, L. B. (2015). Utilização do grupo focal com técnica de coleta de dados em pesquisas: relato de experiência. *Cienc Cuid Saude*, v. 14, n. 2, p. 1194-200.
- SEP, (2014). Secretaría de Educación Pública. Tercera Encuesta Nacional sobre Exclusión, Intolerancia y Violencia en Escuelas de Educación Media Superior. Reporte temático; [acceso 1 de junio de 2016]. Disponible en: http://www.sems.gob.mx/work/models/sems/Resource/11599/5/images/sems_encuesta_violencia_reporte_130621_final.pdf

- Serra, S.V., Rajmila, L., Alonso J., Rileyc A., Starfield B. (2003). Reference population values for the Spanish Child Health and Illness Profile- Adolescent Edition [CHIP-AE] using a representative school-based sample. *Gac Sanit* 2003;17(3):181-9
- Society for the Advancement of Kinanthropometry. 2011.
- Tamayo, J.A., Rodríguez, K., Escobar, K., Mejía, A.M. (2015). Estilos de vida de estudiantes de odontología. *Hacia promoc. Salud.* 20(2): 147-160. <http://www.dgplades.salud.gob.mx/Contenidos/Documentos/CuestionarioSalud.pdf>
- Solana, MC. (2016). Significado externo de “alimentación correcta” en México. *Salud Colectiva*, 12(4), 575-588. <https://dx.doi.org/10.18294/sc.2016.1103>
- UNICEF México, sf. Los derechos de la niñez y la adolescencia en México. Internet. Citado en octubre 2016. http://www.unicef.org/mexico/spanish/17054_17505.htm
- UNICEF (2002). Adolescencia una etapa fundamental, p.2, 5, 9 [en línea]. Consultado, 01 de junio de 2016. http://www.unicef.org/spanish/publications/files/pub_adolescence_sp.pdf.
- UNICEF, (2011). Estado mundial de la infancia: La adolescencia una época de oportunidades p. 21-22.
- Unikel, S.C., Bojorquez, C.I., Carreño, G.S. (2004). Validación de un cuestionario breve para medir conductas alimentarias de riesgo. *Salud pública de México.* 46:509-515
- Urzúa M, A., Avendaño H, F., Díaz C, S., Checura, D., (2010). Calidad de vida y conductas alimentarias de riesgo en la pre-adolescencia. *Revista Chilena de Nutrición*, 37(3), 282-292.
- Varela, A.M., Duarte, C., Salazar, I.C., Lema, L.F., Tamayo, J.A. (2011). Actividad física y sedentarismo en jóvenes universitarios de Colombia: prácticas, motivos y recursos para realizarlas. *Colombia médica.* (42)3.
- Varela, A.M., Ochoa, M.A., Tovar, C.J. (2016). Tipologías de estilos de vida en jóvenes universitarios. *Rev Univ. Salud.* 18(2):246-256.

- Vega, R.P., Álvarez, A.A., Bañuelos, B.Y., Reyes, R.B., Hernández, C.M. (2015). Estilo de vida y estado de nutrición en niños escolares. *Enfermería universitaria* (12)4.Pp. 182-187.
- Videra GA., Reigal GR. (2013). Autoconcepto físico, percepción de salud y satisfacción vital en una muestra de adolescentes. *Anales de psicología*, 2013, vol. 29, nº 1.
- Vilagut, G., Ferrera, M., Rajmilb, L., Rebolloc, P., Permanyer, M.G., Quintanae, J., Santeda, R., Valderas, J., Riberad, A., Domingo, S.A., Alonso, J. (2005). El Cuestionario de Salud SF-36 español: una década de experiencia y nuevos desarrollos. *Gaceta Sanitaria* 19(2):135-50.
- Zúniga MA, Carrillo-Jiménez GT, Fos PJ, Gandek B, Medina-Moreno MR. (1999). Evaluación del estado de salud con la Encuesta SF-36: resultados preliminares en México. *Salud Pública México*. 41:110-118.



Anexo 1 Consentimiento informado.



CONDUCTAS ALIMENTARIAS DE RIESGO Y SU RELACIÓN CON ESTILOS DE VIDA Y PERFIL DE SALUD

Investigador principal: Brenda Morales Vélez.

Sede donde se realizará la investigación: Escuela de bachilleres plantel Bicentenario de la UAQ.

Nombre de la participante: _____

Introducción

Se te está invitando a participar en este estudio de investigación. Antes de decidir si participas o no, debes conocer y comprender cada uno de los siguientes apartados. Este proceso se conoce como consentimiento informado. Siéntete con toda la libertad de preguntar sobre cualquier aspecto que te ayude a aclarar tus dudas al respecto. Una vez que hayas comprendido el estudio y si tu deseas participar, se te pedirá que tu papá, mamá o tutor, según sea tu caso, firme esta forma de consentimiento informado de la cual se te entregara una copia, así mismo, firmes la forma de asentimiento, donde se confirma tu voluntad de participar en el estudio.

Justificación del estudio

La adolescencia es una etapa de crecimiento, cambios y de preparación para la edad adulta, donde vives distintas experiencias que te llevan a adoptar determinadas conductas. Por lo que queremos investigar qué conductas de alimentación realizas de forma cotidiana.

Objetivo del estudio

En este estudio se determinará la relación que hay entre las conductas alimentarias de riesgo, estilos de vida y el perfil de salud que tienes.

Beneficios del estudio

Este estudio te llevara a tener un mejor entendimiento de los factores presentes que pueden llevar a que se presente alguna conducta alimentaria que afecte tu salud. Esta información puede ser usada para respaldar la toma de decisiones tanto a nivel individual como a nivel familiar. Los resultados del estudio serán entregados a tu padre o tutor al terminar la investigación y en caso de ser necesario se te canalizarán a las instancias correspondientes, previa autorización de tus padres o tutor.

Procedimientos del estudio

Aplicación de encuestas

De aceptar participar se te solicitará que respondas algunos cuestionarios que abordan los siguientes puntos:

1. Conocer ciertas conductas relacionadas con tu alimentación
2. Identificar la percepción de salud física, social, emocional etc.
3. Identificar tu estilo de vida

Al finalizar los cuestionarios tu participación habrá concluido. Toda la información será procesada para la obtención de resultados. Tú información será codificada de acuerdo al número que se te asigne en el estudio. La información generada de este proyecto podrá ser utilizada para el desarrollo de investigaciones futuras.

Aclaraciones del estudio

- ✓ Tu decisión de participar en el estudio es completamente voluntaria.
- ✓ En caso de no aceptar la invitación, no habrá ninguna consecuencia desfavorable para ti,
- ✓ Si así lo decides, puedes retirarte del estudio en el momento que lo desees, aun cuando el investigador responsable no te lo solicite, pudiendo informar o no, las razones de tu decisión, la cual será respetada en su integridad.
- ✓ No tendrás que hacer gasto alguno durante el estudio.
- ✓ No recibirás pago por tu participación
- ✓ Puedes solicitar información actualizada sobre el proyecto al investigador responsable.

Confidencialidad

La información obtenida en este estudio, utilizada para la identificación de cada alumno, será mantenida con estricta confidencialidad por el grupo de investigadores. Los datos se utilizarán exclusivamente con fines estadísticos generales sin dar a conocer los nombres de los alumnos.

Información de contacto

Si tienes alguna pregunta del estudio, puedes solicitar información actualizada al investigador responsable al correo brenda.moralesve@gmail.com con Brenda Morales o al teléfono: 192 12 00 ext. 5308 con la Dra. Blanca Lilia Reyes Rocha.

Así mismo tienes acceso al Comité de Bioética de la Facultad de Ciencias Naturales al teléfono: 192 12 00 con la Dra. María Concepción Méndez Gómez en caso de que tenga dudas sobre sus derechos como participante.

Si consideras que no hay dudas ni preguntas acerca de tu participación, puedes, si así lo deseas, firmar el asentimiento informado que a continuación se presenta, lo cual da por hecho tu deseo de participar en este estudio. A su vez, será necesario contar con la aprobación de tus papas o tutor a fin de que puedas participar, por lo

que se les solicitará que firmen el consentimiento informado cuyo formato encontraras al final de este documento.

Asentimiento informado

Yo _____,
menor de edad, estudiante de la Escuela de Bachilleres Plantel Norte de la U.A.Q., sé que puedo elegir participar en la investigación o no hacerlo. Sé que puedo retirarme cuando quiera. He leído esta información y la entiendo. Me han respondido las preguntas y sé que puedo hacer preguntas más tarde si las tengo. Entiendo que cualquier cambio se discutirá conmigo. Acepto participar en la investigación.

Lugar y fecha _____

Firma _____

Consentimiento informado

Yo _____, responsable directo de (el, la) joven _____
_____ de _____ años de edad, manifiesto que se ha obtenido su asentimiento y otorgo de manera voluntaria mi permiso para que se le incluya en el proyecto de investigación "Conductas alimentarias de riesgo y su relación con factores psicosociales y estilo de vida", luego de haber comprendido en su totalidad la información sobre dicho proyecto y sobre los beneficios de su colaboración en el estudio.

Lugar y fecha _____

Nombre y firma del responsable _____

Parentesco o relación con el participante _____

Nombre y firma de quien proporcione la información para fines de consentimiento _____

Testigo 1

Testigo 2

Nombre:

Nombre:

Fecha:

Fecha:

He explicado al alumno(a) _____ el objetivo y los propósitos de la investigación; le he explicado acerca de los beneficios de su

participación. He contestado a las preguntas en la medida de lo posible y he preguntado si tiene alguna duda. Acepto que he leído y conozco la normatividad correspondiente para realizar investigación con seres humanos y me apego a ella. Una vez concluida la sesión de preguntas y respuestas se procedió a firmar el presente documento.

Firma del investigador

Fecha _____

Anexo 2 Cuestionario datos sociodemográficos



--	--	--

Folio



Nombre: _____

Fecha: _____

Semestre _____ Grupo: _____ Plantel: _____

Marca con una X la respuesta que corresponda a tu situación:

DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS:

Género: 1. Hombre _____ 2. Mujer _____ Edad: _____ años

Fecha de nacimiento: _____

Turno: 1. Matutino _____ 2. Vespertino _____

¿Tienes novio (a)? 1. Si _____ 2. No _____ ¿Estas casado (a)? 1. Si _____ 2. No _____

¿Vives en unión libre con tu pareja/novio(a)? 1. Si _____ 2. No _____

¿Trabajas actualmente? 1. Si _____ 2. No _____

Peso actual _____ Kg Estatura actual _____ Cm

Anexo 3 Cuestionario conductas alimentarias de riesgo



--	--	--

Folio



En los últimos tres meses (marca una opción para cada inciso)

	Nunca o casi nunca	A veces	Con frecuencia (Dos veces en una semana)	Con mucha frecuencia (Mas de dos veces en una semana)
1. Me ha preocupado engordar				
2. En ocasiones he comido demasiado, me he atascado de comida				
3. He perdido el control sobre lo que como (tengo la sensación de no poder parar de comer)				
4. He vomitado después de comer, para tratar de bajar de peso				
5. He hecho ayunos (dejar de comer por 12 horas o más) para tratar de bajar de peso				
6. He hecho dietas para tratar de bajar de peso				
7. He hecho ejercicio para tratar de bajar de peso				
8. He usado pastillas para tratar de bajar de peso. Especifica cuál(es) _____				
9. He tomado diuréticos (sustancia para perder agua) para tratar de bajar de peso. Especifica cuál(es) _____ _____				
10. He tomado laxantes (sustancia para facilitar la evacuación) para tratar de bajar de peso. Especifica cuál(es) _____				

Unikel Santocini et al. 2014

Anexo 4 Cuestionario Estilo de Vida



--	--	--

Folio



Nombre: _____

Fecha: _____

Semestre _____

Grupo: _____

Plantel: _____

El objetivo de este cuestionario es conocer diferentes aspectos de la vida de los jóvenes. Lee detenidamente cada pregunta y selecciona la respuesta que más refleje lo que tú haces, piensas o valoras. Tus respuestas son confidenciales y no serán evaluadas como buenas o malas. Muchas gracias por tu sincera colaboración.

Marca con una X la respuesta que corresponda a tu situación:

DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS:

Género: 1. Hombre _____ 2. Mujer _____ Edad: _____ años

Fecha de nacimiento: _____

Turno: 1. Matutino _____ 2. Vespertino _____

¿Tienes novio (a)? 1. Si _____ 2. No _____ ¿Estas casado (a)? 1. Si _____

2. No _____

¿Vives en unión libre con tu pareja/novio(a)? 1. Si _____ 2. No _____

¿Trabajas actualmente? 1. Si _____ 2. No _____

Peso actual _____ Kg Estatura actual _____ Cm

ACTIVIDAD FÍSICA

Señala la frecuencia con la que has realizado las siguientes actividades durante los últimos seis (6) meses:

	1. Siempre	2. Frecuente-mente	3. Pocas veces	4. Nunca
1. Caminar o andar en bicicleta en lugar de utilizar otro medio de transporte si debe desplazarse a un sitio más cercano				
2. Practicar algún deporte con fines competitivos				
3. Hacer algún ejercicio o actividad física durante al menos 30 minutos tres veces a la semana				

4. El principal motivo para hacer algún ejercicio o actividad física es (**escoge una sola opción**):

1. Mejorar tu figura
2. Relacionarte con amigos o nuevas personas
3. Mejorar el estado de animo
4. Beneficiar tu salud
5. Llevar el mismo estilo de vida de tus padre o hermanos
6. Llevar el mismo estilo de vida de tu pareja o amigos cercanos
7. Otro. ¿Cuál?

5. El principal motivo para No hacer (o dejar de hacer) ejercicio y actividad física es **(escoge una sola opción):**

1. Temor a hacer el ridículo
2. Implica mucho esfuerzo y te cansas fácilmente
3. Pereza o flojera
4. Insistencia de amigos, pareja o familia para no hacerlo
5. Las personas cercanas a ti, te han criticado por hacer ejercicio o actividad física
6. Otro. ¿Cuál? _____

6. Respecto a tus prácticas de ejercicio y actividad física consideras que **(escoge una sola opción):**

1. Estás satisfecho con tus prácticas y no piensas que sean problemáticas
2. Podrías cambiarlas, pero no sabes si lo harás
3. Podrías cambiarlas en poco tiempo y ya tienes un plan para lograrlo
4. Ya has hecho algunos cambios, pero aún te falta lograr lo que quieres
5. Estás satisfecho con los cambios que has logrado y piensas mantenerlos

7. Si quieres realizar algún ejercicio o actividad física ¿con cuáles de los siguientes recursos cuentas? **(puedes escoger varias opciones):**

- A. Implementos deportivos (ropa, zapatos, maquinas, elementos de seguridad, balones, etc.) necesarios
- B. Dinero
- C. Tiempo para realizarlo
- D. Personas con quien realizarlo en caso de querer compañía
- E. Habilidades (Coordinación, agilidad, equilibrio, etc.) y cualidades físicas (fuerza, resistencia y flexibilidad)
- F. Buen estado de salud
- G. Conocimiento de la realización adecuada de las practicas
- H. Espacios y oferta de actividades físicas y deportivas en la universidad
- I. Otro ¿Cuál? _____

1.s/

TIEMPO DE OCIO (Aquel que se dedica al descanso, a la diversión, a las actividades culturales, sociales o artísticas)

• En una semana habitual, con qué

1. Todos los días	2. La mayoría de los días	3. Algunos días	4. Ningún día
-------------------	---------------------------	-----------------	---------------

frecuencia:				
8. Realizas alguna actividad para descansar y relajarte (ver televisión, dormir, escuchar música, meditar, etc.)				
9. Compartes tiempo o actividades con la familia, amigos o pareja				

• En un mes habitual, con qué frecuencia:	1.Todas las semanas	2.La mayoría de semanas	3.Algunas semanas	4. Ninguna semana
10. Caminas o andas en bicicleta en lugar de utilizar otro medio de transporte si debes desplazarte a un sitio más cercano				

11. El principal motivo para realizar actividades de ocio (culturales, sociales, artísticas, de descanso o de diversión) es **(escoje solo una opción):**

1. Sentirte mejor
2. Relacionarte con otras personas
3. Cambiar la rutina académica y laboral
4. Olvidarte de los problemas o las preocupaciones
5. Llevar el mismo estilo de vida de tus padres o hermanos
6. Llevar el mismo estilo de vida de tu pareja o amigos
7. Otro ¿Cuál? _____

12. El principal motivo para No realizar (o dejar de realizar) actividades de ocio (culturales sociales, artísticas, de descanso o de diversión) es **(escoje una sola opción):**

1. No sabes cómo ocupar tu tiempo libre
2. No te parecen interesantes las actividades programadas
3. Prefieres seguir estudiando o trabajando
4. No te interesa este tipo de actividades
5. Las personas cercanas a ti te han criticado por realizar este tipo de actividades
6. Otro ¿Cuál? _____

13. Respecto al tiempo que dedicas a las actividades culturales, sociales, artísticas, de descanso o de diversión, consideras que:

1. Estas satisfecho con él y no piensas que sea problemático
2. Podría mejorar pero no sabes si lo hará
3. Podría mejorar en poco tiempo y ya tienes un plan para lograrlo
4. Ya has hecho algunos cambios, pero aun te falta lograr lo que quieres
5. Estas satisfecho con los cambios que has logrado y piensas mantenerlos

14. Si quieres realizar actividades de ocio (culturales, sociales, artísticas, de descanso o de diversión) ¿con cuáles de los siguientes recursos cuentas? **(puedes escoger varias opciones):**

- A. Recursos materiales o dinero
 - B. Tiempo para realizarlas
 - C. Personas con quien realizarlas en caso de querer compañía
 - D. Espacios y oferta de actividades de ocio en la universidad
 - E. Espacios y oferta de actividades de ocio en la ciudad
 - F. Otro ¿Cuál?
-

1.Si

ALIMENTACIÓN

- En una semana habitual, con qué frecuencia:

	1. Todos los días	2. La mayoría de los días	3. Algunos días	4. Ningún día
15. Consume comidas rápidas (hamburguesas, hot-dog etc.), frituras, dulces o golosinas				
16. Consume gaseosas o bebidas artificiales				
17. Desayunas, comes y cenas en horarios habituales				
18. Desayunas, comes y cenas en horarios habituales				
19. Dejas de comer aunque tengas hambre				
20. Comes en exceso aunque no tengas hambre				
21. Vomitas o tomas laxantes después de comer en exceso				

22. El principal motivo para alimentarte adecuadamente es **(escoge una sola opción):**

- 1. Mantener tu figura
 - 2. Bajar de peso
 - 3. Mejorar tu rendimiento (físico y mental)
 - 4. Mantener tu salud
 - 5. Verte mejor
 - 6. Llevar el mismo estilo de vida de tus padre o hermanos
 - 7. Llevar el mismo estilo de vida de tu pareja o amigos cercanos
 - 8. Otro ¿Cuál?
-

23. El principal motivo para No alimentarte adecuadamente es **(escoge una sola opción):**

1. Conservar o mejorar tu figura
2. No te gusta restringirte en lo que comes
3. No puedes controlar lo que comes
4. No piensas en las consecuencias negativas de una mala alimentación
5. Las personas cercanas a ti te han criticado por tus hábitos de alimentación saludables
6. Otro ¿Cuál? _____

24. Respecto a tus prácticas de alimentación consideras que **(escoge una sola opción):**

1. Estás satisfecho con tus prácticas y no piensas que sean problemáticas
2. Podrías cambiarlas, pero no sabes si lo harás
3. Podrías cambiarlas en poco tiempo y ya tienes un plan para lograrlo
4. Ya has hecho algunos cambios, pero aún te falta lograr lo que quieres
5. Estás satisfecho con los cambios que has logrado y piensas mantenerlos

25. Si quieres alimentarte de forma adecuada ¿con cuáles de los siguientes recursos cuentas? **(puedes escoger varias opciones):**

- A. Dinero para comprar alimentos saludables
- B. Tiempo suficiente para realizar tus tres comidas principales
- C. Disponibilidad de alimentos saludables en la escuela
- D. Espacios adecuados y suficientes para comer en la escuela
- E. Conocimientos para elegir alimentos saludables
- F. Disponibilidad de alimentos saludables
- G. Otro ¿Cuál? _____

1.Si

CONSUMO DE ALCOHOL, CIGARRILLO Y DROGAS ILEGALES (marihuana, cocaína, éxtasis, heroína, Popper, otros alucinógenos, etc.)

- Señala cuál de las siguientes afirmaciones describe mejor tu consumo de alcohol, cigarrillo y otras drogas:

26. Alcohol **(escoge una sola opción):**

1. Tomo bebidas alcohólicas varias veces en el día
2. Tomo bebidas alcohólicas una vez al día

3. Tomo bebidas alcohólicas por lo menos una vez a la semana
4. Tomo bebidas alcohólicas de vez en cuando (celebraciones, eventos sociales, ocasiones especiales)
5. No tomo bebidas alcohólicas
27. Cigarrillo **(escoge una sola opción):**
1. Fumo varias veces en el día
2. Fumo una vez al día
3. Fumo por lo menos una vez a la semana
4. Fumo de vez en cuando (celebraciones, eventos sociales, ocasiones especiales)
5. No fumo
28. Otras drogas ilegales (marihuana, cocaína, éxtasis, heroína, Popper, otros alucinógenos, etc.) **(escoge una sola opción):**
1. Consumo drogas ilegales varias veces en el día
2. Consumo drogas ilegales una vez al día
3. Consumo drogas ilegales por lo menos una vez a la semana
4. Consumo drogas ilegales (en celebraciones, eventos sociales, ocasiones especiales)
5. No consumo drogas ilegales

• Señala la frecuencia con la que se has realizado las siguientes actividades durante los **últimos seis (6) meses:**

	1.Siempre	2.Frecuente-mente	3.Pocas veces	4. Nunca
29. Dejar de hacer actividades sociales, académicas o laborales por tomar bebidas alcohólicas o consumir drogas ilegales				
30. Ir a la universidad después de tomar bebidas alcohólicas o consumir drogas ilegales				

31. Selecciona el **principal motivo** para consumir alcohol (en la casilla A), Cigarrillo (en la casilla B) y drogas ilegales (casilla C) **(escoge una sola opción por cada sustancia):**

	A.Alcohol	B.Cigarrillo	C.Drogas
1. Sentirte mejor			
2. Ser más sociable			
3. Expresar sentimientos			
4. Experimentar nuevas sensaciones			
5. Olvidarte de los problemas			
6. Disminuir la tensión, ansiedad o el estrés			
7. Insistencia de amigos, pareja o familia			
8. Es común en los lugares que frecuentas			
9. Ser aceptado			

	A. Alcohol	B. Cigarrillo	C. Drogas
1. No lo necesitas para divertirte			
2. No lo necesitas para sentirte mejor			
3. Te disgusta su sabor, olor o efecto			
4. Trae consecuencias negativas (en la salud, las relaciones con los demás, en el desempeño académico etc.)			
5. Las personas cercanas a ti te han criticado			
6. Las personas cercanas a ti no lo consumen			
7. Te disgusta el comportamiento de los otros cuando están bajo su efecto			
8. Otro. ¿Cuál? _____			
10. Ser parte del estilo de vida de tus padres o hermanos			
11. Ser parte del estilo de vida de tu pareja o amigos			
12. Otro. ¿Cuál? _____			

32. Selecciona el principal motivo para evitar consumir alcohol (en la casilla A), cigarrillo (en la casilla B) y drogas ilegales (casilla C) **(escoge una sola opción por cada sustancia):**

33. Respecto a tus prácticas de consumo de alcohol, cigarrillo o drogas, consideras que **(escoge una sola opción):** :

1. Estas satisfecho con tus prácticas y no piensas que sean problemáticas
2. Podrías cambiarlas, pero no sabes si lo harás
3. Podrías mejorar en poco tiempo y ya tienes un plan para lograrlo
4. Ya has hecho algunos cambios, pero aun te falta lograr lo que quieres
5. Estas satisfecho con los cambios que has logrado y piensas mantenerlos

34. Si tú quisieras consumir alcohol, cigarrillos o drogas ilegales ¿con cuáles de los siguientes recursos cuentas? **(puedes escoger varias opciones):**

- A. Tengo dinero para comprarlos
- B. Me negaría a consumir aunque otras personas me insistan
- C. Sé a qué lugar acudir para comprar drogas ilegales
- D. En la escuela puedo comprar alcohol

1.Si

- E. En la escuela puedo comprar cigarrillos
- F. En la escuela puedo comprar drogas ilegales
- G. Conozco sitios cercanos a la escuela donde vendan alcohol, cigarrillo o drogas ilegales
- H. Frecuento sitios en los cuales vendan alcohol, cigarrillo o drogas ilegales
- I. Otro ¿Cuál? _____

SUEÑO

- Señala la frecuencia con la que realiza las siguientes actividades en una semana habitual:

	1.Todos los días	2.La mayoría de los días	3.Algunos días	4. Ningún día
35. Tener una hora habitual para acostarte y levantarte				
36. Despertarte en la madrugada y tener dificultad para dormirte nuevamente				
37. Despertarte varias veces en la noche				

38. El principal motivo para dormir el tiempo que necesitas es **(escoje una sola opción)**:

- 1. Descansar
- 2. Tener un buen rendimiento físico y/o mental
- 3. Evitar amanecer irritable
- 4. Ser parte del estilo de vida de tus padre o hermanos
- 5. Ser parte del estilo de vida de tu pareja o amigos
- 6. Otro ¿Cuál? _____

39. El principal motivo para No dormir el tiempo que necesita (o dejar de hacerlo) es **(escoje una sola opción)**:

- 1. Tienes mucha carga académica o laboral
- 2. Tienes responsabilidades distintas al estudio o trabajo que te impiden dormir el tiempo que necesitas (hijo, familiar enfermo, arreglo del hogar, etc.)
- 3. Tus amigos o pareja te incitan a realizar actividades de noche que interrumpen tus horas de sueño
- 4. Tienes muchas preocupaciones y asuntos que pensar
- 5. Te gusta hacer actividades por la noche (chatear, ver un programa, hacer ejercicio, leer, etc.)
- 6. Alguien o algo suele despertarte
- 7. Las personas cercanas a ti te han criticado por dormir más tiempo del que necesita
- 8. Otro ¿Cuál? _____

40. Respecto a tus prácticas de sueño consideras que **(escoje una sola opción):**

1. Estás satisfecho con tus prácticas y no piensas que sean problemáticas
2. Podrías cambiarlas, pero no sabes si lo harás
3. Podrías cambiarlas en poco tiempo y ya tienes un plan para lograrlo
4. Ya has hecho algunos cambios, pero aún te falta lograr lo que quieres
5. Estás satisfecho con los cambios que has logrado y piensas mantenerlos

41. Si quieres dormir adecuadamente ¿con cuáles de los siguientes recursos cuentas? **(puedes escoger varias opciones):**

- A. Lugar cómodo y agradable para dormir (sin ruidos, sin exceso de luz, colchón adecuado, temperatura adecuada, etc.)
- B. Dinero necesario para adecuar el lugar en el que duermes (cambiar el colchón o la almohada cuando se daña, cubrir las ventanas con cortinas o persianas, etc.)
- C. Tiempo para dormir lo que necesitas
- D. Conocimientos sobre las condiciones necesarias para tener un sueño óptimo (temperatura, ruido, iluminación, etc.)
- E. Estrategias para controlar los pensamientos y emociones que podrían interferir con tu sueño
- F. Otro ¿Cuál? _____

1.Si

Relaciones inter personales

- En general tu:

	1.A todas las personas	2.A la mayoría de las personas	3.A algunas personas	4. A ninguna persona
42. Expresas de manera adecuada tu disgusto o desacuerdo				
43. Expresas tus opiniones adecuadamente				
44. Escuchas y respetas la opinión de otras personas				
45. Expresas a personas cercanas el afecto mediante palabras o contacto físico (caricias, besos, abrazos, etc.)				
46. Aceptas las expresiones de afecto de los demás				

47. El principal motivo para relacionarte con otras personas es **(escoge una sola opción):**

1. Estar acompañado
2. Dar o recibir afecto y apoyo
3. Pertenecer a un grupo
4. Divertirse
5. Otro ¿Cuál? _____

48. El principal motivo para No relacionarte con otras personas es **(escoge una sola opción):**

1. Prefieres estar solo
2. Temor a que te rechacen
3. La gente te rechaza
4. No te interesa establecer relaciones
5. Las personas cercanas a ti te han criticado por tu forma de relacionarse con los demás
6. Otro ¿Cuál? _____

49. Respecto a la forma de cómo te relacionas con otras personas, consideras que **(escoge una sola opción):**

1. Estás satisfecho con tus prácticas y no piensas que sean problemáticas
2. Podrías cambiarlas, pero no sabes si lo harás
3. Podrías cambiarlas en poco tiempo y ya tienes un plan para lograrlo
4. Ya has hecho algunos cambios, pero aún te falta lograr lo que quieres
5. Estás satisfecho con los cambios que has logrado y piensas mantenerlos

50. Si quieres establecer y mantener una relación interpersonal ¿con cuáles de los siguientes recursos cuentas? **(puedes escoger varias opciones):**

- A. Tiempo para relacionarte con otras personas por motivos distintos al estudio o al trabajo
- B. Dinero para realizar actividades en las que te relaciones con otras personas
- C. Habilidades para relacionarte con otras personas
- D. Otro ¿Cuál? _____

1.Si

AFRONTAMIENTO

Señala la frecuencia con la que tu:

	1.Siempre	2.Frecuente-mente	3.Algunas veces	4. Nunca
51. Reaccionas adecuadamente ante la expresión de molestia de otras personas				
52. Admites ante los demás cuando te equivocas				
53. Dices "no" cuando consideras que te hacen peticiones que consideras poco razonables				

• Señala la frecuencia con la que has realizado las siguientes actividades durante los últimos dos (2) meses, cuando te enfrentas a una situación difícil o problemática:

	1.Siempre	2.Frecuente-mente	3.Pocas veces	4. Nunca
54. Te esfuerzas por comprender en que consiste antes de intentar solucionarla				
55. Evalúas si puedes hacer algo para cambiarla				
56. Buscas ayuda o apoyo por parte de otras personas				
57. La resuelves si esta tiene solución				
58. Aceptas y te ajustas a aquellas situaciones que consideras que tú no puedes cambiar				

59. El principal motivo para buscar soluciones a una situación difícil o problemática es **(escoje una sola opción)**:

1. No sentir que los problemas dominan tu vida
2. Disminuir el malestar que ocasionan los problemas
3. Evitar que los problemas interfieran en tu rutina
4. La búsqueda de soluciones ante los problemas para ser parte del estilo de vida de tus padres y/o hermanos
5. La búsqueda de soluciones ante los problemas para ser parte del estilo de vida de tu pareja o amigos
6. Otro ¿Cuál? _____

60. El principal motivo para No buscar soluciones a una situación difícil o problemática es **(escoje una sola opción)**:

1. Consideras que no está en tus manos solucionarlo
2. Prefieres no pensar en los problemas
3. Prefieres no enfrentar las consecuencias de resolver el problema
4. Las personas cercanas a ti te han criticado por tu forma de

enfrentar los problemas
 5. Otro ¿Cuál? _____

61. Respecto a la forma de cómo generalmente enfrentas las situaciones difíciles o problemáticas, consideras que ***(escoge una sola opción):***

1. Estás satisfecho con tus prácticas y no piensas que sean problemáticas
2. Podrías cambiarlas, pero no sabes si lo harás
3. Podrías cambiarlas en poco tiempo y ya tienes un plan para lograrlo
4. Ya has hecho algunos cambios, pero aún te falta lograr lo que quieres
5. Estás satisfecho con los cambios que has logrado y piensas mantenerlos

62. Si tienes que enfrentar situaciones difíciles o problemáticas ¿con cuáles de los siguientes recursos cuentas? ***(puedes escoger varias opciones):***

- A. Recursos materiales y económicos
- B. Personas que pueden apoyarte
- C. Ayuda profesional si la necesitas
- D. Habilidades para solucionar problemas
- E. Otro ¿Cuál? _____

1.Si

ESTADO EMOCIONAL

• **En los últimos dos (2) meses,** con qué frecuencia has sentido:

	1.Siempre	2.Frecuente-mente	3.Pocas veces	4. Nunca
63. Tristeza, decaimiento o aburrimiento				
64. Enojo, ira u hostilidad				
65. Alegría o felicidad				
66. Soledad				
67. Optimismo o esperanza				
68. Angustia, estrés o nerviosismo				

(CEVJU-R)

**Por favor verifica que hayas contestado todas las preguntas.
 MUCHAS GRACIAS POR TU PARTICIPACIÓN!!!**

Anexo 5 Cuestionario Percepción de salud



Iniciales			Folio		Grupo		



1. En general, usted diría que su salud es:

1.Excelente 2.Muy Buena 3.Buena 4.Regular 5.Mala _____

2. ¿Cómo diría usted que es su salud actual, comparado con la de hace un año?

1-Mucho mejor ahora que hace un año _____ 2- Algo mejor ahora que hace un año _____

3- Más o menos igual que hace un año _____ 4- Algo peor ahora que hace un año _____

5- Mucho peor ahora que hace un año _____

Las siguientes preguntas se refieren a actividades o cosas que usted podría hacer en un día normal. Su salud actual ¿le limita para hacer esas actividades o cosas? Si es así, ¿Cuánto?

	1-Si, si me limita mucho.	2- Si, si me limita un poco	3- No, no me limita nada
3. Esfuerzos intensos, tales como correr, levantar objetos pesados, o participar en deportes agotadores	_____	_____	_____
4. Esfuerzos moderados, como mover una mesa, pasar la aspiradora, jugar a los bolos o caminar más de una hora	_____	_____	_____
5. Coger o llevar la bolsa de la compra	_____	_____	_____
6. Subir varios pisos por la escalera	_____	_____	_____
7. Subir un solo piso por la escalera	_____	_____	_____
8. Agacharse o arrodillarse	_____	_____	_____
9. Caminar un kilómetro o más	_____	_____	_____
10. Caminar varias manzanas (varios centenares de metros)	_____	_____	_____
11. ¿Caminar una sola manzana (unos 100 metros)?	_____	_____	_____
12. ¿le limita para bañarse o vestirse por sí mismo?	_____	_____	_____

Durante las últimas semanas, ¿ha tenido alguno de los siguientes problemas en su trabajo o en sus actividades cotidianas, a causa de su salud física?

	1- SI	2- No
13. ¿tuvo que reducir el tiempo dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas, a causa de su salud física?	_____	_____
14. ¿hizo menos de lo que hubiera querido hacer, a causa de su salud física?	_____	_____
15. ¿tuvo que dejar de hacer algunas tareas en su trabajo o en sus	_____	_____

<i>actividades cotidianas, a causa de su salud física?</i>		
16. <i>¿tuvo dificultad para hacer su trabajo o sus actividades cotidianas (por ejemplo, le costó más de lo normal), a causa de su salud física?</i>		

Durante las últimas 4 semanas, ¿ha tenido alguno de los siguientes problemas en su trabajo o en sus actividades cotidianas, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido o nervioso)?

	1- SI	2- No
17. <i>¿Tuvo que reducir el tiempo dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas, a causa de algún problema emocional (¿cómo estar triste, deprimido, o nervioso)?</i>		
18. <i>¿Hizo menos de lo que hubiera querido hacer, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido, o nervioso)?</i>		
19. <i>¿No hizo su trabajo o sus actividades cotidianas tan cuidadosamente como de costumbre, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido, o nervioso)?</i>		

20. *Durante las 4 últimas semanas, ¿hasta qué punto su salud física o los problemas emocionales han dificultado sus actividades sociales habituales con la familia, los amigos, los vecinos u otras personas?*

1. Nada 2. Un poco 3. Regular 4. Bastante 5. Mucho

21. *¿Tuvo dolor en alguna parte del cuerpo durante las 4 últimas semanas?*

1. No, ninguno 2. Sí, muy poco 3. Sí, un poco
4. Sí, moderado 5. Sí, mucho 6. Sí muchísimo

22. *Durante las últimas 4 semanas ¿hasta qué punto el dolor le ha dificultado su trabajo habitual (incluido el trabajo fuera de casa y las tareas domésticas)?*

1. Nada 2. Un poco 3. Regular 4. Bastante 5. Mucho

Las preguntas que siguen se refieren a cómo se ha sentido y cómo le han ido las cosas durante las 4 últimas semanas. En cada pregunta responda lo que se parezca más a cómo se ha sentido usted.

	1-Siempre	2-Casi siempre	3-Muchas veces	4-Algunas veces	5-Solo alguna vez	6-Nunca
23. <i>¿Cuánto tiempo se sintió lleno de vitalidad?</i>						
24. <i>¿Cuánto tiempo estuvo muy nervioso?</i>						
25. <i>¿Cuánto tiempo se sintió tan bajo de moral que nada podía animarle?</i>						
26. <i>¿Cuánto tiempo se sintió</i>						

calmado y tranquilo?						
27. ¿Cuánto tiempo tuvo mucha energía?						
28. ¿Cuánto tiempo se sintió desanimado y triste?						
29. ¿Cuánto tiempo se sintió agotado?						
30. ¿Cuánto tiempo se sintió feliz?						
31. ¿Cuánto tiempo se sintió cansado?						

32. *Durante las 4 últimas semanas, ¿con qué frecuencia la salud física o los problemas emocionales le han dificultado sus actividades sociales (como visitar a los amigos o familiares)?*

1. Siempre 2. Casi siempre 3. Algunas veces 4. Solo algunas veces 5. Nunca

Por favor, diga si le parece cierta o falsa cada una de las siguientes frases.

	1-Totalmente cierta	2-Bastante cierta	3-No lo sé	4-Bastante falsa	5-Totalmente falsa
33. <i>Creo que me pongo enfermo más fácilmente que otras personas</i>					
34. <i>Estoy tan sano como cualquiera.</i>					
35. <i>Creo que mi salud va a empeorar.</i>					
36. <i>Mi salud es excelente.</i>					

Cuestionario SF-36