

UNIVERSIDAD DE SONORA

**DIVISIÓN DE CIENCIAS BIOLÓGICAS Y DE LA SALUD
DEPARTAMENTO DE CIENCIAS DE LA SALUD**

**Relación de Estilos de Vida e Índice de Masa Corporal en
Adolescentes de Tercer Grado de la Escuela Secundaria
General No. 6 “Salvador González Partida” de Ciudad
Obregón, Sonora**



Presenta:

**Priscila Elena Díaz Parra
Julissa Adaissa Saavedra García**

Ciudad Obregón, Sonora

Enero 2017

Universidad de Sonora

Repositorio Institucional UNISON



**"El saber de mis hijos
hará mi grandeza"**



Excepto si se señala otra cosa, la licencia del ítem se describe como openAccess

AGRADECIMIENTOS

Agradezco a Dios primeramente por haberme permitido llegar hasta esta etapa de mi carrera, a mis padres por su apoyo incondicional y su esfuerzo día con día, a mi abuela y mis hermanos que son parte fundamental en mi vida. Reconozco la labor de mi asesora de tesis Edith Valbuena, por su dedicación y apoyo en todo momento, muchísimas gracias. Igualmente, al Dr. Marco Antonio López por sus consejos brindados y su valiosa aportación en este proyecto.

De igual manera a las maestras Irma Díaz, Elizabeth Peña y al Dr. Hiram Uriarte, siempre dispuestos a apoyar a los alumnos e impulsarlos a ser mejor cada día, muchas gracias por su tiempo y entrega. A mi compañera de tesis Julissa Saavedra que sin su apoyo nunca hubiésemos terminado, somos un gran equipo, gracias amiga. A mis amigos que fueron un apoyo importante en este proyecto.

Priscila Elena Díaz Parra

Quiero agradecer primeramente a Dios por permitirme concluir un gran reto, por ser mi fortaleza en los momentos más difíciles y por brindarme una vida llena de aprendizajes y experiencias, así como guiarme a lo largo de mi carrera.

Le doy gracias a mis padres por apoyarme incondicionalmente en todo momento, por los consejos, las palabras de aliento, los ánimos para que pudiera realizar un sueño más, por ver las cosas imposibles como posibles, por ayudarme a no desertar en esta meta tan importante, por los valores que me han inculcado y por haberme dado la oportunidad de tener una excelente educación en el transcurso de mi vida y sobre todo por ser siempre un ejemplo de vida a seguir.

A mis hermanas por ser parte importante en mi vida, por sus ánimos y apoyo para que pudiera cumplir con una meta más y por llenar mi vida de alegrías y amor cuando más lo he necesitado.

A mis amigos por los ánimos durante este proyecto y el comprender no estar en momentos especiales para ellos. Gracias a mi compañera y gran amiga de toda la vida Priscila Díaz por ser parte de esta gran aventura de trabajar juntas, por su paciencia, por las risas, los enojos, pero siempre con la certeza y fe de concluir este proyecto.

Gracias a mi familia y a todas aquellas personas que estuvieron a mi lado y me apoyaron de alguna u otra manera para la realización de este trabajo de tesis.

Universidad de Sonora

Repositorio Institucional UNISON



**"El saber de mis hijos
hará mi grandeza"**



Excepto si se señala otra cosa, la licencia del ítem se describe como openAccess

Agradecida con mi directora de tesis M. C. Edith Valbuena por darme la oportunidad de crecer profesionalmente, por la confianza brindada durante este proyecto, gracias por su tiempo, dedicación y paciencia, ya que sin su apoyo no sería posible concluir con este trabajo de tesis. Igualmente, agradecida con el Dr. Marco Antonio López por el apoyo y las críticas tan acertadas, por los ánimos, los sabios consejos, por el tiempo dedicado para la realización de este proyecto y por ser un ejemplo a seguir para sus alumnos.

Asimismo, agradezco al equipo de sínodos que estuvieron presentes durante el transcurso de este trabajo de tesis, Maestra Elizabeth Peña, Maestra Irma Díaz y al Dr. Hiram Uriarte por sus valiosas observaciones y comentarios y sobre todo por el tiempo que le dedicaron a este proyecto.

Julissa Adaissa Saavedra García

DEDICATORIAS

Dedico esta tesis a mis padres por el apoyo brindado durante este proyecto, por estar conmigo en los buenos y malos momentos, por motivarme a cumplir una meta más, por depositar su confianza en mí, por sus consejos y palabras de aliento para concluir este trabajo de tesis.

Priscila Elena Díaz Parra

Dedico este trabajo de tesis a mis padres y a mis hermanas por haberme apoyado en todo momento, por ser pilar fundamental para cumplir mis metas, por creer en mí y en este proyecto, por alentarme a continuar y tener la perseverancia y constancia para no desertar en este reto, por su amor incondicional y la motivación constante, por los ánimos de cada día y estar siempre presente en cada momento de mi vida.

Julissa Adaissa Saavedra García

CONTENIDO

	Página
LISTA DE TABLAS.....	7
LISTA DE FIGURAS.....	8
RESUMEN.....	9
INTRODUCCIÓN.....	10
OBJETIVOS.....	11
General.....	11
Particulares.....	11
ANTECEDENTES.....	12
MATERIALES Y MÉTODOS.....	24
Población y Sujetos del Estudio.....	24
Diseño del Estudio.....	24
Evaluación Antropométrica.....	25
Peso.....	25
Talla.....	26
Índice de Masa Corporal.....	26
Evaluación de Estilos de Vida.....	28
Análisis Estadístico de los Datos.....	29
RESULTADOS Y DISCUSIÓN.....	30
CONCLUSIONES.....	37
RECOMENDACIONES.....	38
BIBLIOGRAFÍA.....	39

ANEXOS.....	47
Anexo 1. Carta de Consentimiento Informado.....	47
Anexo 2. Cuestionario de Perfil de Estilos de Vida.....	49

LISTA DE TABLAS

Tabla		Página
1.	Puntos de corte de IMC en Mujeres adolescentes	27
2.	Puntos de corte de IMC en Hombres adolescentes	28
3.	Indicadores y reactivos del cuestionario de perfil de estilo de vida	29
4.	Descripción de la población (n=100)	30
5.	Características de los sujetos de estudio	31

LISTA DE FIGURAS

Figura		Página
1.	Diseño del estudio realizado de la Secundaria Salvador González Partida	25
2.	Prevalencia del estado nutricional de los sujetos de estudio de acuerdo al IMC para la edad (n=100)	32
3.	Prevalencia del estado nutricional de los sujetos de estudio por género de acuerdo al IMC para la edad	33
4.	Correlación entre el EVS - IMC vs EVNS – IMC	34
5.	Estilo de Vida Saludable (EVS) y Estilos de Vida No Saludable (EVNS) de hombres (n=50) y mujeres (n=50) adolescentes	35
6.	Relación de estilos de vida e IMC en adolescentes de tercer grado de la secundaria de Ciudad Obregón, Sonora	36

RESUMEN

La adolescencia es una etapa donde surgen grandes cambios, es en este transcurso donde adoptan la manera en la que van a desenvolverse a lo largo de la vida influenciados primeramente por los padres. En esta etapa los adolescentes comienzan a tener una vida social activa, acostumbran a tener un alto consumo de comida rápida y por el auge de la tecnología se vuelven sedentarios y dejan por un lado la actividad física. Resulta de gran importancia llevar un estilo de vida saludable desde una edad temprana, para tener un estado de salud y una calidad de vida óptima en etapas posteriores; es por ello que el objetivo de este estudio fue determinar la relación de estilos de vida e Índice de Masa Corporal en adolescentes de Tercer grado de Secundaria de Ciudad Obregón, Sonora. Para ello se seleccionaron 100 adolescentes, 50 hombres y 50 mujeres de 13 a 15 años de edad en donde se realizaron mediciones antropométricas para la evaluación del Índice de Masa Corporal y evaluación de estilos de vida con el “Cuestionario de perfil de estilo de vida” de Pender (1996). Los resultados mostraron una diferencia significativa ($p=0.001$) en la talla, lo que indica que los niños son más altos que las niñas; conforme al IMC para la edad se observó una alta prevalencia de sobrepeso y obesidad en este grupo de adolescentes donde el 31% presentó obesidad, 30% sobrepeso y 39% un IMC dentro de los rangos normales, al combinar el sobrepeso más la obesidad las mujeres presentaron mayor prevalencia que los hombres. De acuerdo al cuestionario de estilos de vida, se observó que los hombres tienen un mejor estilo de vida saludable que las mujeres. No se encontró relación entre el EVS - IMC vs EVNS – IMC. Por otro lado, se encontraron diferencias entre los adolescentes que presentan sobrepeso u obesidad y que mostraron un EVNS en comparación con los jóvenes con EVS que presentaron un estado nutricional dentro del rango de normalidad.

INTRODUCCIÓN

El estilo de vida es el conjunto de comportamientos que habitualmente practica una persona en forma consciente y voluntaria, de tal manera que se desarrolla durante la vida del sujeto. En los primeros años de vida es ejercido exclusivamente por los padres (Córdova y col., 2013), sin embargo, durante la adolescencia, tienden a imitar conductas de sus grupos sociales y, principalmente, se inclinan a copiar estilos que se originan del mismo grupo al que quieren pertenecer o por influencia de los medios de difusión o redes sociales (Cid y col., 2006).

Se han considerado diferentes elementos que integran el estilo de vida como son, las conductas y preferencias relacionadas con el tipo de alimentación y actividad física; el tiempo de sueño; la ingesta de drogas; el cuidado de la salud; el tiempo y la intensidad laboral; el tipo y duración de las actividades recreativas; las relaciones entre dos o más personas; las prácticas sexuales; entre otras conductas que hacen a las personas más o menos propensas a la enfermedad o a mantener un buen estado de salud (Córdova y col., 2013).

La adolescencia es un período de grandes cambios, ya que marca la transición de niño a la edad adulta. La Organización Mundial de la Salud (OMS), establece esta etapa entre los 10 y 19 años, donde acontecen cambios físicos, psicológicos, biológicos, intelectuales y sociales. La adolescencia puede dividirse en tres etapas: adolescencia precoz o temprana de 11 a 13 años, adolescencia media de los 14 a 17 años y tardía que comprende entre 17 y 21 años de edad (Casas y González, 2005).

Durante esta etapa ocurren cambios biológicos, psicológicos, que van a determinar la conducta y el estilo de vida del adolescente como también las características geográficas, culturales, sociales y de personalidad afectan en este periodo a los jóvenes, dichos factores se exponen como conductas que figuran un riesgo para la salud (Blázquez y col., 2010) y tienden a adoptar estilos de vida poco favorables como la poca o nula actividad física, que son consecuencia del incremento en el uso de la tecnología ya sea por el uso de videojuegos computadoras, televisión, celulares y otros dispositivos, así como también al tipo de alimentación que llevan siendo un alto consumo de carbohidratos simples y grasas saturadas. Dichas conductas o estilos de vida llevan a que en el adolescente se incremente su índice de masa corporal (IMC), además de la masa grasa (Guevara y col., 2015).

OBJETIVOS

General

Determinar la relación de estilos de vida e Índice de Masa Corporal en adolescentes de tercer grado de secundaria de Ciudad Obregón, Sonora.

Particulares

- Determinar el Índice de Masa Corporal con base a mediciones antropométricas de peso y talla en adolescentes de tercer grado de secundaria de Ciudad Obregón, Sonora.
- Identificar los estilos de vida en adolescentes de tercer grado de secundaria de Ciudad Obregón, Sonora.

ANTECEDENTES

Adolescencia

El término adolescencia viene del latín *adolescere*, es decir, crecer o avanzar hacia la madurez. En esta etapa se da el segundo brote de crecimiento por lo cual es considerada una de las etapas más importantes del ciclo de vida del ser humano, ya que es cuando el individuo llega a la tasa máxima de crecimiento y desarrollo y culmina en la plena capacidad de reproducción (Marín, 2011). Sin embargo, la adolescencia también es un periodo de desequilibrio debido a los cambios hormonales que se presentan, ya que en dicha etapa ocurre la transición a la edad adulta con cambios físicos, psicológicos, sociales y sexuales, dicha transición a su vez es influenciada por factores individuales, familiares y sociales para facilitar el éxito o fracaso en las tareas de desarrollo propias de esta edad (Vargas y col., 2012).

De acuerdo a Noguera y Alvarado (2012) la adolescencia se divide en tres estadios: adolescencia temprana (entre los 10 y 14 años) ésta se caracteriza por grandes cambios a nivel físico y coincide con la pubertad. La adolescencia intermedia (entre los 15 a 17 años) corresponde a un periodo caracterizado por una independencia creciente de los padres y de la familia, la deserción escolar y el embarazo temprano y la adolescencia avanzada (entre los 17 y 19 años de vida) esta etapa se caracteriza porque el adolescente busca reafirmar su relación de pareja y piensa en aspectos como el económico.

Las características que se presentan en esta etapa son un crecimiento acelerado, cambios importantes en la composición corporal, debido al proceso de maduración y desarrollo que implica el paso de niño a adulto (Valdés y col., 2011). Esta etapa se caracteriza por la gran diferencia que se observa entre hombres y mujeres en su composición corporal, pero principalmente en el contenido de grasa corporal ya que tiende a aumentar más en las mujeres que en los hombres

Uno de los cambios que se presentan en esta etapa es la composición corporal y sus diferencias entre varones y mujeres, pueden ser más variados que en ningún otro periodo de la vida. Particularmente los cambios en la proporción de contenido graso corporal pueden tener especial importancia en la adolescencia. Durante la pubertad, en los varones se incrementa principalmente la masa muscular y el porcentaje de grasa corporal (hasta los 17 años). En las mujeres, también hay una disminución inicial de la grasa, además, sin embargo, posteriormente aumenta la proporción de grasa corporal (25%) y en los hombres en los que se aproxima al 12% (Redondo y col., 2008). Aparecen por primera vez las características sexuales y reproductivas

con la menstruación y la primera emisión seminal. Estos cambios se acompañan también por el desarrollo de los deseos y las pulsiones sexuales, que constituyen uno de los elementos más difíciles de asimilar emocionalmente (Lillo, 2004), aunado a las transformaciones físicas que se presentan. La adolescencia es considerada una etapa crítica (Iglesias, 2013).

Estilos de Vida

Cabrera (2013), indica que el estilo de vida, al igual que lo biológico, lo ambiental y los servicios de salud son elementos básicos del campo de salud y lo define como “la manera general de vivir, basada en la interacción entre las condiciones de vida, en un sentido más amplio, y las pautas individuales de conducta, determinada por factores socioculturales y características individuales”; un estilo de vida saludable implica conductas y hábitos que influyen de manera positiva en la salud de la persona.

Por lo cual se ha observado que el estilo de vida es cambiante de acuerdo al entorno en el que se encuentre el sujeto, la salud ha de mejorarse permitiendo a los individuos cambiar sus estilos de vida, por lo que es importante que la acción debe ir dirigida no solamente al individuo, sino también a las condiciones sociales. Sin embargo, es importante reconocer que no existe un estilo de vida “óptimo” al que puedan regirse todas las personas. (Meza y col., 2011; Páez y Castaño, 2009)

Existen estrategias que deben implementarse y centrarse en los cambios de hábitos no adecuados o no saludables de la población, tomando en cuenta, la cultura, la religión, los ingresos económicos, la actividad laboral, entre otros. A lo que se le llaman factores condicionantes de los estilos de vida, los cuales dependen de la interpretación de cada individuo y a las situaciones que se presenta (Guerrero, 2010).

Debido a la importancia que se les da a los factores sociales, el proceso salud-enfermedad ha cambiado con el tiempo. Las enfermedades como el infarto, el alcoholismo, los accidentes y otros, están más relacionados con las condiciones de vida de las personas que con factores genéticos y fisiológicos (Espinosa, 2004), estilos de vida como pueden ser los hábitos alimentarios y la dieta.

Hábitos de Alimentación y Dieta

La creación de hábitos alimenticios en jóvenes es un factor determinante del estilo de vida que se adquiere durante la infancia, este comienza a ser influenciado por varios factores como lo son

la cultura, las costumbres y el ambiente en el que la persona se desenvuelve. Desde edad temprana se inicia con la adopción de hábitos alimenticios, los cuales son la base de edades posteriores (García y col., 2012). Los hábitos alimentarios son un factor determinante del estado de salud, tanto a nivel individual como poblacional (Hu, 2002).

El desarrollo de la sociedad ha supuesto una serie de cambios sociológicos y culturales que afectan inevitablemente a los hábitos y preferencias alimentarias (Dura y Castroviejo, 2011), a lo que se le ha llamado transición alimentaria y nutricional, esta se caracteriza por el cambio de la dieta tradicional (rica en frutas, verduras, cereales y tubérculo) por la occidental (alta en grasas y azúcares) (Ortiz y col., 2006).

De acuerdo a Aranceta (2001), se dedica menos tiempo a la compra de alimentos saludables y a la elaboración de las comidas caseras, se opta principalmente por comer en establecimientos como restaurantes o cocinas económicas, las cuales cocinan con gran cantidad de grasa o se consumen alimentos procesados que requieren el mínimo de tiempo para su preparación, pero que son altos en grasas o azúcares refinados, con ello incrementando el colesterol en la dieta, así como las grasas y carbohidratos simples, y a una disminución de las frutas y verduras principalmente.

Según García (2012), cuando no existe una alimentación balanceada, se producen alteraciones dañinas para la salud, conduciendo a patologías con riegos tanto físicos como psicológicos, causando problemas que podrían ser irreversibles. Dentro de estos trastornos encontramos el sobrepeso, la obesidad, la anorexia y la bulimia, estas dos últimas, caracterizadas por ser patologías propias de la sociedad contemporánea, y prevalentes en la población juvenil, debido a su expansión territorial y a su relación con algunos rasgos culturales.

Como factores que determinan la selección de los alimentos que integrarán la dieta se encuentran los factores socioculturales y familiares junto con la capacidad de elección, determinada por la disponibilidad económica, el grado de educación nutricional y el estado de salud del individuo. Dentro de los condicionantes socioculturales se englobarían diversos factores, como creencias religiosas, costumbrismo y tradiciones, modas y las campañas de publicidad y marketing que pretenden promocionar una determinada cultura o modelo alimentario (Serra y col., 2008).

Estos factores pueden ocasionar hábitos alimenticios inadecuados, los cuales se relacionan con numerosas enfermedades de elevada prevalencia y mortalidad (enfermedades cardiovasculares, algunos tipos de cáncer, obesidad, osteoporosis, anemia, caries dental, cataratas y ciertos trastornos inmunitarios, entre otras). Estas modificaciones en la dieta se

acompañan de importantes cambios en el entorno, en los estilos de vida y en una progresiva disminución de la actividad física y el gasto energético (Serra y col., 2008).

Por lo que es importante, tener un conocimiento sobre los componentes de la dieta, ya que a través de esta se pueden prevenir diferentes patologías, por medio de acciones de salud como la promoción o acciones enfocadas en la educación nutricional que favorecerán al cambio de hábitos y costumbres, mejorando la alimentación y los hábitos de las personas (Macias y col., 2012).

Según Páez (2012), la adopción de los estilos de vida en adolescentes y jóvenes también cobra relevancia. En un estudio trasnacional publicado en el 2007, en seis países europeos: Finlandia, Lituania, República Checa, Ucrania, Groenlandia y España, con 17.761 jóvenes de secundaria entre 13 y 15 años, confirman que la familia influye en la adopción de los estilos de vida en adolescentes y jóvenes, el papel de la estructura familiar y el estatus económico en la distribución de actividades compartidas en familia, lo cual debe tenerse cuenta por parte de los promotores de salud.

Actividad Física

Como parte de un estilo de vida saludable la actividad física es un factor fundamental, el cual aporta múltiples beneficios para los seres humanos. Se ha demostrado la importancia de la actividad física en el desarrollo y crecimiento de los infantes, debido a la disminución de los factores de riesgo, y por la forma como establece hábitos de vida saludables, los cuales son interpretados como factores protectores. Los patrones de vida adquiridos en edades tempranas tienen influencia en los hábitos y estilo de vida de la edad adulta, reduciendo las probabilidades de sufrir enfermedades (García y col., 2012).

La infancia se caracteriza por ser un periodo donde los infantes tienen mayor preocupación por los juegos y realizan con más frecuencia actividad física. Al llegar a la edad adolescente en el transcurso de primaria a secundaria las niñas comienzan a descubrir nuevos intereses algunas por el deporte o el baile u otras por la moda y la cocina, mientras que por las diferentes influencias y por la transición muchos adolescentes se vuelven sedentarios (García y col., 2012).

Se puede afirmar que las necesidades de proteínas, vitaminas y nutrimentos inorgánicos son similares para los jóvenes que realizan actividad física u algún deporte que para los que son sedentarios. Los cambios que se recomiendan en el consumo de energía se deben hacer con base en el tiempo de entrenamiento y el tipo de actividad física que se realice. La actividad física

tiene un efecto sobre el cuerpo óseo. En un estudio realizado con adolescentes de entre 16 y 18 años de edad se encontró que la práctica de una hora o más de actividad física de gran intensidad estaba asociada con mayor densidad mineral ósea, en especial de la cadera (Casanueva, 2008).

Por otra parte, la actividad física intensa aumenta las pérdidas urinarias de calcio, para los jóvenes que realizan ejercicio físico vigoroso tienen un riesgo más elevado de presentar deficiencia de calcio. En estos casos en particular, y a lo largo de toda la adolescencia, se debe vigilar el consumo de calcio, asegurándose que se incluyan en la dieta diaria alimentos ricos en calcio como lo son la leche, queso, yogurt, charales, sardinas, tortillas de maíz entre otros. (Casanueva, 2008).

La actividad física es uno de los principales determinantes de la salud relacionado con el estilo de vida, la actividad física se define como cualquier movimiento voluntario producido por los músculos esqueléticos que conlleva a un mayor gasto de energía (OMS, 2016). Existen diversas definiciones sobre actividad física entre las que encontramos:

- “Todos los movimientos corporales en que el gasto de energía. Esto incluye las actividades diarias de rutina, tales como tareas del hogar, compras, trabajo. La actividad física se refiere a toda la energía gastada por el movimiento. Los principales contribuyentes son actividades cotidianas que hay que mover el cuerpo alrededor, tales como caminar, montar en bicicleta, subir escaleras, quehacer doméstico, y las compras, con gran parte de lo que ocurre como una parte accesoria de nuestras rutinas” (EUFIC, 2009)
- “El movimiento corporal producido por la contracción de músculo esquelético que aumenta el gasto energético por encima del nivel basal” (CDC, 1999).

Por otro lado, el sedentarismo es la ausencia de actividad física, es cuando la persona no realiza una mínima cantidad de movimiento (por lo menos entre 25 y 30 minutos), generando un gasto energético mayor al 10% de sus actividades diarias. En los adolescentes el sedentarismo y la actividad física están más influenciadas por la familia. La atención se ha dirigido principalmente en la evaluación de la influencia de la estructura familiar sobre la conducta de los adolescentes. Se muestra que los adolescentes que viven con ambos padres ven menos TV que los que viven con uno solo. Además, las personas que pasan más tiempo en redes sociales y nuevas tecnologías aumentan el riesgo de desarrollar enfermedades cardiovasculares (Lavielle y col., 2014).

Diferentes estudios muestran que una gran parte de adolescentes en países desarrollados y en vías de desarrollo ven más de 4 horas por día la TV, más del tiempo recomendado. Por otro lado, los patrones de conducta se forman en la adolescencia y aunque

estos no tengan efectos nocivos para la salud en esta etapa en la edad adulta tendrán un efecto secundario (Lavielle y col., 2014).

Es por eso que el realizar actividad física es benéfico para la salud, ya que, reduce el riesgo de padecer enfermedades crónico degenerativas; mejora la salud ósea y funcional, y es un determinante clave del gasto energético, y es por tanto fundamental para el equilibrio calórico y el control del peso, un punto clave para un adecuado estilo de vida saludable (OMS, 2016).

Consumo de Drogas y Alcohol

En la actualidad el consumo de drogas va siendo más popular y consumidas no solo por hombres adolescentes, sino también por las mujeres (Antona y col., 2003). De acuerdo al Encuesta Nacional de Consumo de Drogas en Estudiantes (ENCODE) 2014 en la región norte de México (encontrándose Sonora), se presenta una mayor prevalencia (2.6%) en el consumo de drogas ilegales, en comparación a la región sur (0.9%).

Según García 2012, en el siglo XX el consumo de drogas era considerado como parte del crecimiento y desarrollo del individuo que pasaba de ser niños a adolescente y se integraba más a la sociedad, esta etapa iniciaba en edades tempranas. En México se ha encontrado que el consumo de drogas se da antes de los 14 años aumentando a los 15 años de edad y disminuye hacia cumplir los 18 años (ENCODE, 2004). Sin embargo, se ha encontrado en los Centros de Integración Juvenil (CIJ) que la edad de mayor riesgo en el consumo de drogas ilegales es entre los 10 y 18 años de edad, ya que es la edad de inicio (AIC, 2015).

En relación al consumo de alcohol en países subdesarrollados de América el consumo per cápita es de 9.3 L de alcohol puro para personas de 15 años de edad o más. En América el alcohol supera al tabaquismo en factor de riesgo más importante para la carga de morbilidad (García y col., 2012).

El consumo de alcohol es el primer factor de riesgo en países en desarrollo y el tercero en los países desarrollados, lo cual trae consecuencias negativas a la salud (OMS, 2008). De acuerdo a Villareal el problema en el consumo del alcohol se ha convertido en un problema de salud, sanitario y social, ya que trae como consecuencias accidentes de tráfico, violencia, suicidios, entre otros problemas (Villareal y col., 2010).

En Europa se reportó en el 2010 que más del 90% de los jóvenes entre 15 y 16 años han consumido algún tipo de bebida alcohólica, además de beber grandes cantidades en una misma ocasión. Lo anterior puede deberse a que el alcohol es una bebida que pueden adquirir fácilmente los adolescentes y jóvenes (Salamo y col., 2010). De acuerdo a Rojas y col., (2013) y a Villarreal

y col., (2010) reportan que el alcohol es la sustancia legal más consumida entre los escolares y adolescentes, teniendo una edad promedio de inicio de 13 años y mínimo a los 8 años, además encontraron que el consumo entre hombres y mujeres la diferencia es mínima (20.6% y 18.7% respectivamente), siendo que de cada 10 hombres hay 9 mujeres que beben alcohol.

En México los jóvenes y adolescentes utilizan la combinación del alcohol y algún tipo de droga para divertirse y ser parte de la sociedad, por lo cual representan una población vulnerable y preocupante, ya que el abuso de estas sustancias pone en riesgo el desarrollo del adolescente (Espada y col., 2003). El consumo de alcohol en México, al igual que en los países europeos, es ilegal para los menores de edad que aún no han cumplido los 18 años y, en consecuencia, está prohibida la venta y consumo por debajo de esta edad. El hecho de que los adolescentes consuman alcohol a edades tempranas conlleva un importante peligro tanto para la salud individual como para la salud pública, con el agravante de que, bajo ciertas condiciones, aumenta la probabilidad de que se mantenga o agudice este problema durante la vida adulta (Villarreal y col., 2010).

En la última encuesta del Plan Nacional sobre Drogas dirigida a estudiantes de secundaria entre 14 y 18 años se revela las tendencias del consumo adolescente de alcohol y otras drogas, destacando: a) las sustancias más consumidas son el alcohol (76%) y el tabaco (34%), b) el consumo de alcohol y el de tabaco presentan la mayor continuidad c) el consumo de alcohol se da principalmente los fines de semana, d) el patrón de consumo de alcohol es experimental u ocasional, vinculado principalmente a contextos lúdicos, e) las mujeres consumen alcohol, tabaco y tranquilizantes, con más frecuencia pero en menor cantidad, mientras que los chicos consumen drogas ilegales en mayor proporción, f) el éxtasis es la sustancia psicoestimulante con mayor porcentaje de consumidores habituales (2,5%) (Espada y col., 2003).

Según Sálamo (2010), en España la encuesta realizada por el Ministerio de Sanidad y Consumo (2007) en población estudiantil entre 14 y 18 años muestra que un 58% de los escolares han consumido alcohol en los últimos 30 días y casi la mitad (44%) se ha emborrachado en el mismo periodo, detectándose un aumento del porcentaje respecto a años anteriores.

El consumo de alcohol en adolescentes se ha explicado a partir de contextos tales como la familia, la escuela y la comunidad. En el sistema familiar se ha constatado que juega un papel fundamental en el consumo de alcohol en los hijos, las pautas de interacción familiar, la cohesión y adaptabilidad de los miembros y el consumo de los propios padres. También, la comunicación familiar positiva favorece la cohesión y la adaptabilidad de la familia; en cambio, los problemas de funcionamiento y comunicación entre padres e hijos adolescentes constituye un factor de riesgo estrechamente vinculado con el consumo de alcohol y drogas en los hijos (Villareal y col.,

2010). Páez (2012), identifica una asociación significativa entre síntomas depresivos, percepción de bajo rendimiento académico y el consumo de cigarrillo y alcohol en estudiantes de 15 a 19 años de educación media vocacional de la ciudad de Bucaramanga, Colombia.

El alcohol, es sin duda, el tercer factor de riesgo para la salud en importancia por detrás del consumo de tabaco y la hipertensión arterial, provocando una morbimortalidad prematura. Como factor de riesgo para la salud es 3 veces más importante que la diabetes y 5 veces más importante que el asma (Anderson y Baumberg, 2006).

Consumo de tabaco. El producto de tabaco es el que está hecho total o parcialmente con tabaco, ya sea para masticar, chupar, fumar o aspirar por la nariz. Enfermedades pulmonares, cardiovasculares y el cáncer pueden llegar a aparecer al consumir tabaco, sin embargo, su consumo es muy elevado en todo el mundo (OMS, 2016). Los últimos datos de la Encuesta Estatal sobre Uso de Drogas en Estudiantes de Enseñanzas Secundarias (ESTUDES) exponen una estabilización del consumo de tabaco entre adolescentes de 14 a 18 años en el año 2008 respecto al 2006 (PNSD, 2009).

Arenas y col., (2004), en su estudio realizado en Morelos, México encontró que la edad de los adolescentes fumadores está entre los 14 y 15 años un 75% y el 59.09% fumó el primer cigarrillo entre los 13 y los 15 años de edad. Así también, indica que son las áreas públicas donde los adolescentes reportan que han fumado, como las fiestas con un 66%, seguido de las discotecas con un 43 % y la calle con un 46.6%, disminuyendo los porcentajes en zonas privadas como la casa y la escuela.

Del mismo modo, Kuri y col., (2006), informa que en México, D.F. la edad de inicio de los adolescentes a fumar es entre los 15 y 17 años, agregando que son en las zonas urbanas donde mayor prevalencia tienen con respecto a las zonas rurales, siendo los varones con mayor porcentaje con esta adicción. Según González y Berger (2002), reportan que en adolescentes de la ciudad de Valparaíso, Chile la mayoría de los jóvenes iniciaron este hábito entre los 12 y 13 años, encontrando un porcentaje significativo en su muestra con casi el 50%. El consumo de tabaco en los países en desarrollo habitualmente ocurre en la adolescencia, lo cual lleva a que en la edad adulta se tenga este mal hábito, el cual tiene como consecuencias efectos nocivos sobre el sistema respiratorio, dañando gravemente bronquios y pulmones produciendo bronquitis crónicas, enfisema y cáncer pulmonar; así también, el tabaco es tan adictivo como la droga pura, ya que es un producto psicoactivo que afecta los procesos químicos del cerebro y del sistema nervioso (González, 2002; Gold, 1996).

Existe un porcentaje importante de hombres y mujeres que fuman regularmente en la adolescencia. En una investigación que se realizó en Santiago de Chile, se reporta que a la edad en que los jóvenes empiezan a fumar es entre los 13 y 14 años, acrecentando los fumadores a mayor edad escolar y existiendo una mayor prevalencia en las mujeres (40% en un universo de 2.967 escolares de educación básica y media). (Ivanovic, 1997).

Entre las razones por las cuales los jóvenes tienen adicción al tabaco se han reportado la falta de comunicación con la familia, así como, la solución a problemas; también por la convivencia y aceptación social, además tomándolo para afrontar emociones negativas, por placer, curiosidad, rebeldía, insatisfacción con el medio que los rodea y la familia (García, 2012; Ivanovic, 1997).

Es realmente importante que las organizaciones encargadas de la atención de los adolescentes tengan presente las causas por las cuales, en este periodo se comienza a tener adicción por el tabaco, para que puedan ayudar a que éstos adquieran estilos de vida saludable para que tengan una mejor calidad de vida. Se considera que las influencias de determinados modelos sociales (adaptarse a un grupo de fumadores, bajo rendimiento escolar), las actitudes familiares (consumo por parte de los padres, mala relación con la familia) y ciertos factores personales (ansiedad, rebeldía) parecen ser determinantes para el consumo de tabaco (Caballero y col., 2005).

Descanso y Sueño

El descanso y el sueño son de suma importancia para tener una vida saludable y fundamental para poder tener una mejor calidad de vida, así como también se encuentra mental y físicamente tranquilo y relajado, se ha observado que una persona que no tiene descanso se ve alterado su humor, concentración para realizar actividades cotidianas (Vernon, 1998).

Según Masalán (2013), en la adolescencia, se demanda entre 9 a 10 horas al día, pero si hay un retraso en el horario de dormir, esto se verá reflejado también en el despertar. En condiciones normales, los despertares durante el sueño van disminuyendo significativamente en la etapa prepuberal, respecto a la infancia. Se ha determinado que alrededor de un 60% de adolescentes de 12 y 15 años se sienten cansados por falta de sueño o dificultad para dormir, lo que llevaría a un mayor riesgo de sufrir accidentes, a un menor rendimiento escolar y afectaría su calidad de vida.

Asimismo, los adolescentes que tienen algún trastorno del sueño disminuyen su productividad intelectual, manifestando un rendimiento escolar inestable y expresando

irritabilidad, cambios bruscos de humor y más propensos a la adopción de conductas adictivas. Por ende, la inadecuada calidad del sueño está asociada con mala salud y confusa condición física. La mala calidad de sueño también puede asociarse a estrés o en indicadores de un estilo de vida poco saludable (Tynjälä y col., 1997).

Igualmente, Solari (2015), en su investigación sobre los trastornos del sueño en la adolescencia, señala que la falta de sueño en la juventud lleva a bajo rendimiento académico y baja capacidad de memoria, ánimo negativo, abuso de cafeína, alcohol y otras sustancias, menor control de emociones y aumento de las conductas ansiosas o depresivas. Destaca que los trastornos del sueño se deben a los malos hábitos de sueño y a que los horarios que tiene el adolescente no son los apropiados, por lo que la familia debe prestar atención, ya que es parte fundamental en esto.

De la misma manera Carillo (2013), menciona que el consumir café, alcohol o fumar por la noche, los horarios de sueño irregulares, los malos hábitos dietéticos y el sedentarismo, son malos hábitos del sueño, los cuales están causando que el tiempo destinado para dormir de los adolescentes vaya disminuyendo a lo largo de los años. Destaca que las enfermedades como hipertensión, obesidad, diabetes, cardiovasculares, depresión, son algunas que pudieran presentarse con mayor frecuencia en individuos con trastornos del sueño.

Liu y Zhou, (2002), indican que la falta de sueño nocturno tiene otras consecuencias negativas en el organismo que son a largo plazo. En la niñez y en la adolescencia, puede alterarse la función hormonal y la presión arterial. La falta de sueño se relaciona con una disminución en la eficiencia y capacidad de concentración, así como con un aumento de peso, diabetes, depresión y abuso de medicamentos.

Según Chen (2006), en su estudio efectuado en jóvenes entre 13 y 18 años de ambos sexos, se identificaron buenos hábitos de sueño y se descartó una asociación significativa entre los trastornos del sueño y variables como la estructura familiar, el sitio de vivienda y el tiempo dedicado a la televisión o computador. Los resultados de esta investigación evidenciaron que dormir entre 6 y 8 horas diarias se relaciona con buena salud y la adopción de conductas saludables.

Por otra parte, Portuondo (2000), realizó un estudio en adolescentes de 12 y 14 años de edad en la República de Nicaragua, identificó trastornos del sueño en la mayoría de su población (66%), resaltando en cuanto al sueño no reparador y el despertar varias veces en la noche con predominio de ambos en el sexo masculino. Se definió una relación inversa entre el sueño inadecuado y algunas conductas relacionadas con la salud. Además, las relaciones en el hogar desempeñaron un papel predominante en los trastornos del sueño del adolescente.

Índice de Masa Corporal

El índice de masa corporal (IMC), según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2009), es una medida antropométrica utilizada en la identificación de sobrepeso en niños, adolescentes y adultos. Sin embargo, no distingue la masa magra de la masa grasa, y por lo tanto, no representa la distribución de la grasa corporal (Benjumea y col., 2008). El valor que resulta indica si el peso de la persona se encuentra por debajo, dentro o por encima del establecido como normal para su estatura. (OMS, 2016).

Ríos (2015), menciona que las tasas de obesidad en el mundo se han incrementado sobre todo en niños, escolares y adolescentes. Destacó que las entidades federativas con mayor prevalencia en obesidad, en el caso de los hombres es Tamaulipas con un 32.1% y en el caso de las mujeres es Sonora con un 46.9%.

Asimismo, Lozano (2014), en su investigación de adolescentes de Perú, mostró una alta prevalencia de sobrepeso y obesidad en escolares de 12 a 17 años de edad, por lo cual uno de cada dos o tres escolares de la población presentan obesidad o sobrepeso. Resaltó Lozano que la prevalencia de exceso de peso predominó en los varones de instituciones educativas privadas.

Lima (2012), reporta que el 12.7% de los adolescentes estudiados presentaron sobrepeso y 5.6% obesidad, es decir que 18.3% tenían exceso de peso. Se encontró que el 80.4% de los adolescentes con sobrepesos procedían de familias monoparentales; así también, la actividad física intensa resultó menor para los grupos con sobrepeso que para las personas con normopeso.

Según la ENSANUT (2012), con respecto a los adolescentes de 12 a 19 años de edad refiere que más de uno de cada cinco adolescentes tiene sobrepeso y uno de cada diez presenta obesidad. La prevalencia nacional combinada de sobrepeso y obesidad en adolescentes fue de alrededor de 35.8% para el sexo femenino y 34.1% en el sexo masculino en 2012. La proporción de sobrepeso fue más alta en mujeres (23.7%) que en hombres (19.6%) y para obesidad los datos revelan que el porcentaje de adolescentes de sexo masculino con obesidad fue mayor (14.5%) que en las de sexo femenino (12.1%, 2.4).

Programas de Estilos de Vida Saludable

En México se realizan diferentes programas para promover estilos de vida saludable para su población, uno de ellos es "Prácticas y experiencias sobre estilos de vida saludables en la

población mexicana” y es por medio de sesiones virtuales donde comparten experiencias de Promoción de la Salud, esto es dirigido por la Dirección General de Promoción de la Salud (DGPS) y la Representación de la OPS/OMS.

Este programa trata de realizar sesiones virtuales el primer jueves de cada mes, exponiendo y manifestando temas y experiencias relacionados con estilos de vida saludables donde los promotores de la salud aplican en su quehacer diario (OMS, 2016).

Los temas centrales de las sesiones virtuales son:

- Alimentación correcta
- Consumo de agua simple potable
- Actividad Física
- Lactancia materna y alimentación complementaria adecuada
- Regulación de alimentos y bebidas en el entorno escolar
- Etiquetado y publicidad de alimentos y bebidas dirigidas a público infantil
- Unidades Móviles de Orientación Alimentaria y Actividad Física (OMS, 2016).

Por lo anterior, la adolescencia es una etapa que está condicionada a la adquisición de estilos de vida, si estos son adecuados podrán contribuir a un buen estado de salud durante las etapas siguientes. El aprendizaje de éstos es ejercido primeramente por el entorno familiar, sin embargo, son modificados por diferentes factores sociales, culturales y económicos, así como el ámbito escolar, los cuales son influenciados a su vez por los medios de comunicación. Los estilos de vida pueden ser conductas individuales y grupales que a través del tiempo y de la práctica se estabilizan, sin embargo, pueden ser modificables durante el transcurso de la vida. Dichos factores pueden tener una fuerte influencia en el Índice de Masa Corporal de las personas y ocasionar una alteración en la salud; pero esto podría prevenirse creando acciones como programas de información educacionales para adolescentes de escuelas secundarias que promuevan estilos de vida saludable presentando temas para el fomento de la actividad física, alimentación adecuada, responsabilidad en salud, percepciones de la vida, manejo del estrés, que ayuden a sensibilizar y concientizar a la población para que tenga un óptimo estado físico y mental.

MATERIALES Y MÉTODOS

Población y Sujetos del Estudio

El estudio se realizó con participantes seleccionados con el método de muestreo intencional no probabilístico, tomando como variables de inclusión adolescentes de 13 a 15 años de edad, que estén cursando por el tercer grado de la secundaria General No.6 "Salvador González Partida" del turno matutino de Cd. Obregón, Sonora. Dicha escuela es de dependencia de gobierno y como característica de la población la mayoría de los estudiantes son de un nivel socioeconómico medio bajo.

La muestra del estudio fue una $n=100$ teniendo como criterio de exclusión que no cuenten con la edad seleccionada, que no se encuentren en el tercer grado de secundaria de dicha escuela y que no sean del turno matutino.

Diseño del Estudio

Se llevó a cabo un estudio transversal correlacional en la secundaria Salvador González Partida General No.6 de Cd. Obregón, Sonora, México en donde se realizaron mediciones antropométricas para la evaluación del Índice de Masa Corporal y evaluación de estilos de vida con el "Cuestionario de perfil de estilo de vida" de Pender (1996) (Ver figura 1).

Se les informó a los adolescentes la finalidad del estudio y los procedimientos realizados, así como la entrega de una carta de consentimiento informado a los que aceptaron participar en el estudio (ver anexo 1).

El tipo del diseño del estudio es no experimental, correlacional y transversal.

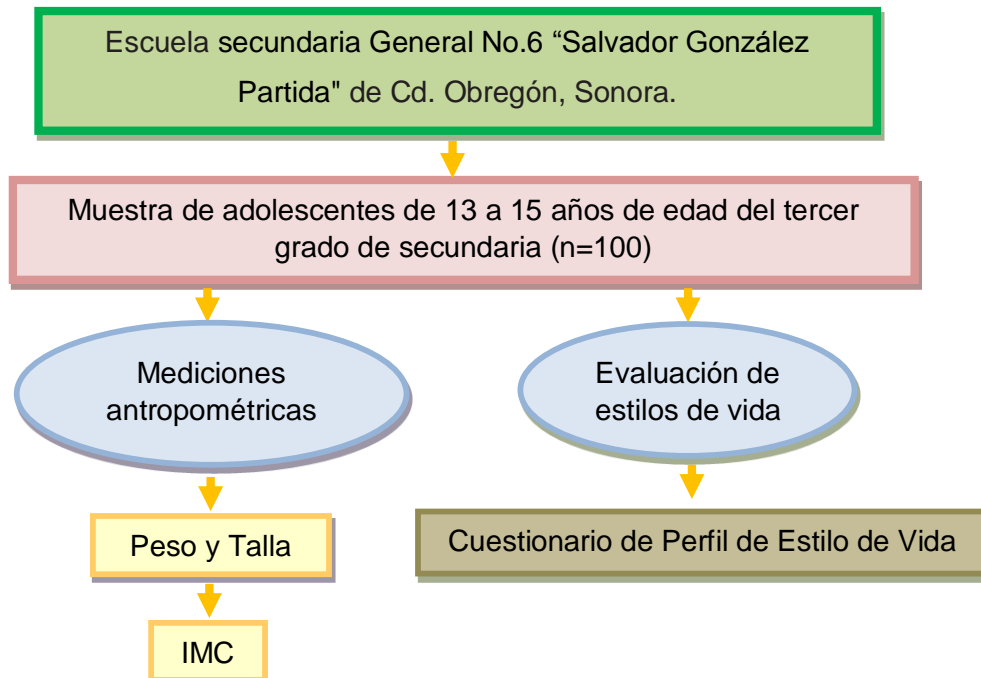


Figura 1. Diseño del estudio realizado en adolescentes de la secundaria Salvador González Partida General No.6 de Cd Obregón, Sonora, México.

Métodos

Evaluación Antropométrica

La antropometría es una técnica incruenta y poco costosa, portátil y aplicable en todo el mundo para evaluar el tamaño, las proporciones y la composición del cuerpo humano. Refleja el estado nutricional y de salud y permite predecir la salud y la supervivencia. Como tal, es un instrumento valioso actualmente subutilizado en la orientación de las políticas de salud pública y las decisiones clínicas (OMS, 2016).

Peso. Para la medición del peso se utilizó una báscula marca BAME (número de serie: BB425-100, país de origen: México) utilizando como unidad el kilogramo y con un peso máximo 160 kilogramos y una estatura de 192 centímetros.

Para el registro del peso los adolescentes se encontraban descalzos, sin ningún objeto que pudiera alterar el peso, la técnica utilizada fue la propuesta por Aguilar y col., (2013).

Talla. Para la determinación de la Talla se utilizó el estadiómetro que está incluido en la báscula marca BAME, utilizándose como unidad de medida el centímetro. La técnica que se siguió es la descrita por Aguilar y col., (2013). Para la medición de ésta, los adolescentes se encontraban descalzos y sin ningún objeto en la cabeza, que pudieran interferir con los datos de la talla.

Índice de masa corporal. A partir del peso y talla se determinó el índice de masa corporal (IMC). El IMC, es un indicador simple de la relación entre el peso y la talla que se utiliza frecuentemente para identificar el sobrepeso y la obesidad en los adultos (OMS, 2016). Es empleado como uno de los indicadores para valorar el estado nutricional, el cual se correlaciona con la masa grasa corporal y el riesgo de complicaciones cardiovasculares asociadas a la obesidad (Padilla, 2014).

La unidad utilizada para expresar sus valores son los kilogramos sobre metros al cuadrado y su fórmula para calcularlo es la siguiente:

$$\text{IMC} = \frac{\text{Peso (kg)}}{\text{Talla (m}^2\text{)}}$$

Los puntos de corte en relación al IMC utilizados en el presente estudios se muestran en la tabla 1 y tabla 2.

Tabla 1. Puntos de corte del IMC en mujeres adolescentes

Edad (años)	BAJO PESO	NORMAL	SOBREPESO	OBESIDAD
10	≤13.5	16.6	≥19.0	≥22.6
11	≤13.9	17.2	≥19.9	≥23.7
12	≤14.4	18.0	≥20.8	≥25.0
13	≤14.9	18.8	≥21.8	≥26.2
14	≤15.4	19.6	≥22.7	≥27.3
15	≤15.9	20.2	≥23.5	≥28.2
16	≤16.2	20.7	≥24.1	≥28.9
17	≤16.4	21.0	≥24.5	≥29.3
18	≤16.4	21.3	≥24.8	≥29.5
19	≤16.5	21.4	≥25.0	≥29.7

(Fuente: OMS, 2007)

Tabla 2. Puntos de corte del IMC en hombres adolescentes

Edad (años)	BAJO PESO	NORMAL	SOBREPESO	OBESIDAD
10	≤13.7	16.4	≥18.5	≥21.4
11	≤14.1	16.9	≥19.2	≥22.5
12	≤14.5	17.5	≥19.9	≥23.6
13	≤14.9	18.2	≥20.8	≥24.8
14	≤15.5	19.0	≥21.8	≥25.9
15	≤16.0	19.8	≥22.7	≥27.0
16	≤16.5	20.5	≥23.5	≥27.9
17	≤16.9	21.1	≥24.3	≥28.6
18	≤17.3	21.7	≥24.9	≥29.2
19	≤17.6	22.2	≥25.4	≥29.7

(Fuente: OMS, 2007)

Evaluación de estilos de vida

Para evaluar los estilos de vida se aplicó el “Cuestionario de perfil de estilo de vida” de Pender (1996). Este cuestionario ha sido validado en países latinos, como el realizado en Chile por Cid y col., (2006), así también los estudios hechos en México en la Universidad de Juárez en el Estado de Durango por Beristaín y Díaz (2009) y en la localidad de Ocuilapa de Juárez del municipio de Ocozocoautla, Chiapas por Bezares y Sarmiento, (2014). Este cuestionario está dividido en seis factores o indicadores: autoactualización, responsabilidad con su salud, ejercicio, nutrición, soporte interpersonal y manejo de estrés. Se compone de 48 preguntas, con cuatro opciones de respuesta: N (nunca), V (a veces), F (frecuentemente), R (rutinariamente), donde los valores corresponden a N=1, V=2, F=3, R=4, con una puntuación mínima posible de 48 y máxima de 192. La evaluación global del cuestionario, se realizará tomando en cuenta lo siguiente: un puntaje

alto (más del 60%) indica estilo de vida saludable, y un puntaje bajo (menos del 60%) corresponde a estilo de vida no saludable (ver anexo 2).

Tabla 3. Indicadores y reactivos del “cuestionario de perfil de estilo de vida”

No.	Subescalas	No. Variables	Reactivos
1	Nutrición	6	1,5,14,19,26,35
2	Ejercicio	5	4,13,22,30,38
3	Responsabilidad en Salud	10	2,7,15,20,28,32,33,42,43,46
4	Manejo del Estrés	7	6,11,27,36,40,41,45
5	Soporte Interpersonal	7	10,18,24,25,31,39,47
6	Autoactualización	13	3,8,9,12,16,17,21,23,29,34,37,44,48

(Fuente: Pender, 1996)

Análisis Estadístico de los Datos

Se realizó un análisis estadístico descriptivo entre las variables categóricas que serán expresadas en porcentajes y una comparación estadística mediante la prueba de proporciones (Ji-cuadrado) y correlación de Pearson, utilizando el paquete estadístico NCSS.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

La población de estudio fue de 100 estudiantes de la Secundaria General Federal No. 6 Salvador González Partida, se encontró un promedio de edad de 14.1 años, con un peso de 64.8 kg, una talla de 1.65 m y un IMC de 23.8 kg/m², y la media del puntaje del cuestionario estilo de vida fue de 116.4 (Tabla 4).

Tabla 4. Descripción de la Población (n= 100)

Características	Media ± D.S*
Edad (años)	14.15 ± 0.60
Peso (kg)	64.85 ± 11.46
Talla (m)	1.65 ± 0.08
IMC (kg/m ²)	23.84 ± 4.10

*D.S. Desviación estándar

En la tabla 5 se muestran las características de los sujetos de estudio por género, donde se evaluó a 50 mujeres y 50 hombres, se encontró una media de edad para mujeres de 14.08 años y para hombres de 14.22 años, una talla media en mujeres de 1.61±0.06 m y en hombres de 1.68±0.07 m, obteniéndose una diferencia significativa ($p=0.001$) entre ambos géneros, lo que indica que los niños son más altos que las niñas. Un estudio realizado por Fernández y Comarca, (2011) en varones y mujeres de 12 a 18 años de edad en la ciudad de Cádiz, reportó datos similares a los del presente estudio donde expone que a partir de los 14 años, los varones muestran una mayor estatura, incrementándose esta diferencia con el paso de los años; igualmente Redondo y col., (2013), establece que los adolescentes varones a los 14 años de edad en la provincia de Cantabria dan el estirón puberal y alcanzan una talla significativamente superior a las mujeres de igual edad, siendo similar a lo encontrado en la presente investigación.

Tabla 5. Características de los sujetos de estudio por género.

Características	Mujeres (n= 50)	Hombres (n= 50)	p^*
	Media \pm DS**	Media \pm DS**	
Edad (años)	14.08 \pm 0.60	14.22 \pm 0.66	0.156
Peso (kg)	63.22 \pm 10.00	66.48 \pm 12.64	0.134
Talla (m)	1.61 \pm 0.06	1.68 \pm 0.07	0.001
IMC	24.38 \pm 3.99	23.29 \pm 4.18	0.185
Puntaje CEV	113.92 \pm 21.54	119 \pm 26.53	0.295

*Indica la probabilidad de la comparación de las prueba-t (2- muestras), utilizando $\alpha = 0.05$ para la toma de decisiones. **DS, indica la desviación estándar.

En la figura 2 se presenta la prevalencia del estado nutricional de los sujetos de estudio de acuerdo al IMC para la edad, donde se observa que una alta prevalencia de sobrepeso y obesidad en este grupo de adolescentes, siendo similar a lo reportado en la ENSANUT 2012, donde se indica que el 35% de los adolescentes entre 12 y 19 años presentan sobrepeso u obesidad. Otro estudio realizado por Lozano y col., (2014) en adolescentes de Lima, Perú, encontraron datos similares con la prevalencia de obesidad (33.7%) que la del presente estudio (31.0%), sin embargo, respecto al sobrepeso la prevalencia del presente estudio (30%) es mayor que la reportada en los jóvenes de Lima, Perú (14.4%). De acuerdo a Gutiérrez y col., (2012), la prevalencia nacional de sobrepeso más obesidad en adolescentes de 12 a 19 años fue de 69.9%, similar a la encontrada en el presente estudio (61.0 %).

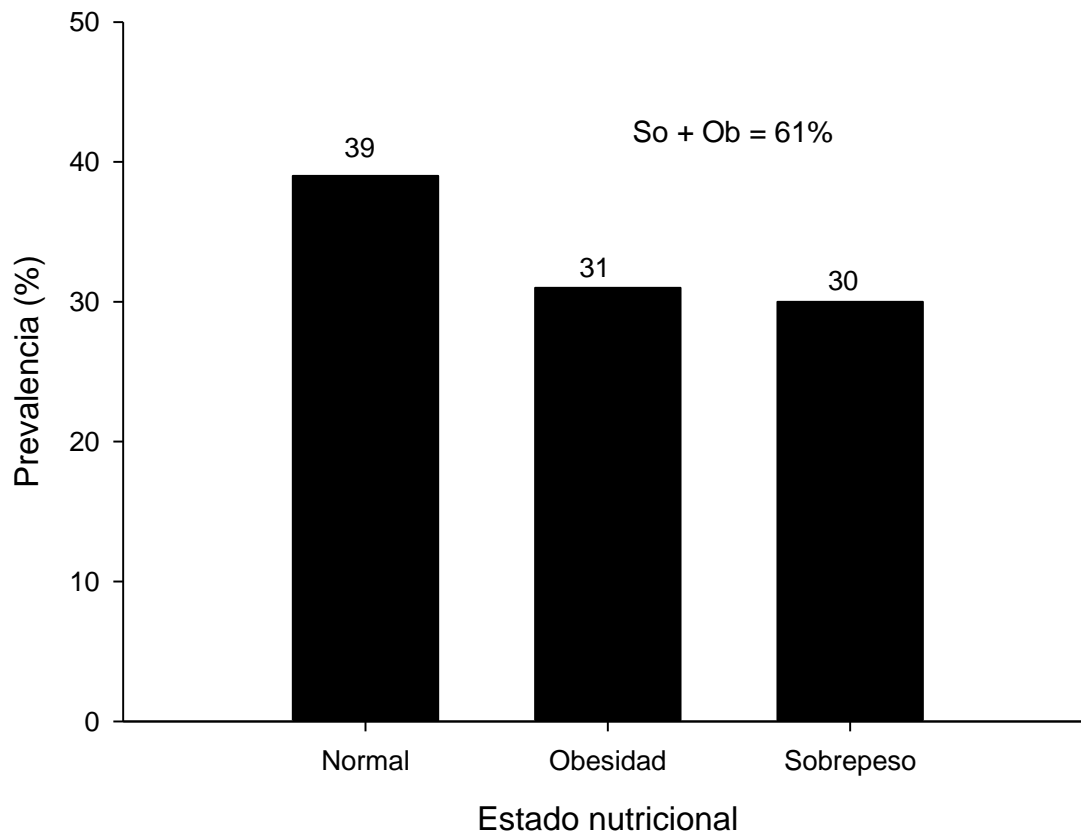
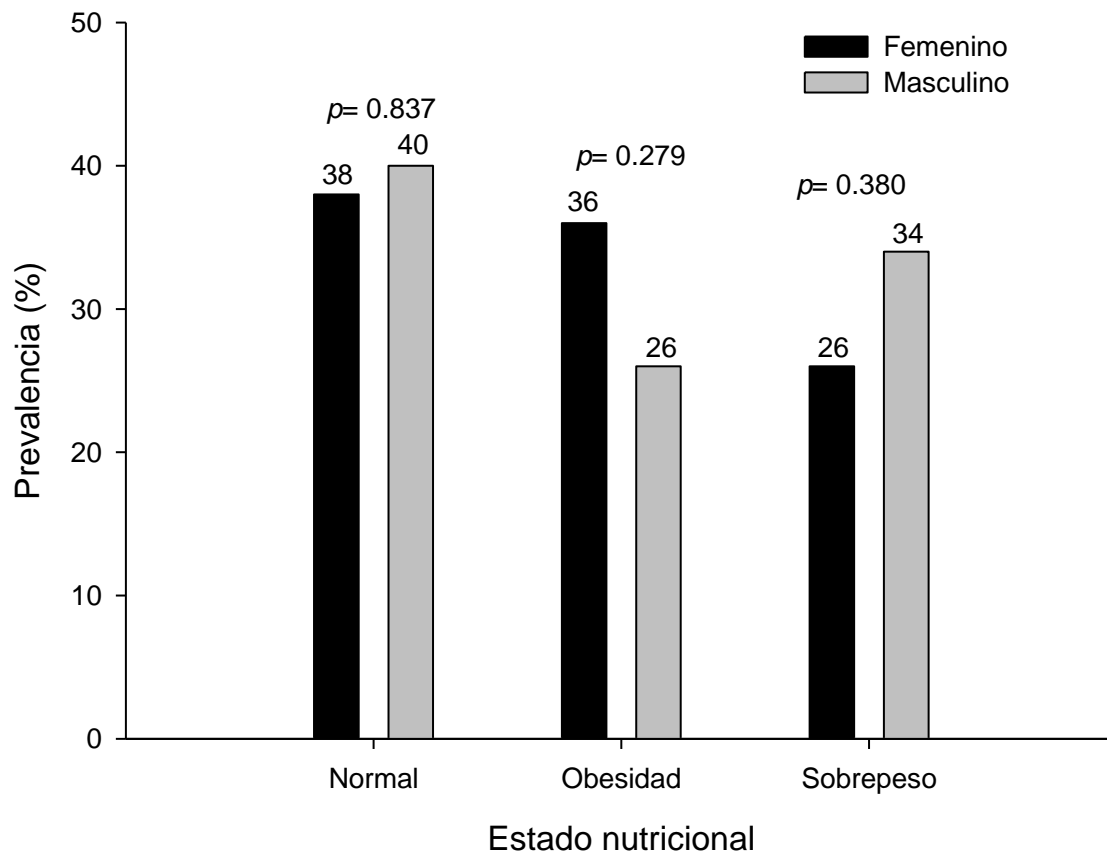


Figura 2. Prevalencia del estado nutricional de los sujetos de estudio de acuerdo al IMC para la edad (n= 100).

En la siguiente figura 3 se muestra la prevalencia del estado nutricional de los sujetos de estudio por género de acuerdo al IMC para la edad, se encontró que las mujeres presentan mayor obesidad que los hombres, sin embargo, los hombres presentan más sobrepeso que las mujeres. En la ENSANUT 2012, se reportó lo contrario, donde los hombres presentan más obesidad (14.5%) que las mujeres (12.1%), pero las mujeres presentan más sobrepeso (23.7%) que los hombres (19.6%). Otro estudio realizado en Argentina, en adolescentes reportan que la prevalencia de obesidad es similar en ambos géneros (14.7% en hombres y 14.8% en mujeres), sin embargo, la prevalencia de sobrepeso es mayor en las mujeres (28.3%) que en los hombres (26.2%), (Ibañez, 2013) difiriendo del presente estudio. Gutiérrez y col. (2012) reportan una prevalencia combinada de sobrepeso y obesidad en mujeres adolescentes de un 35.8%, siendo

mayor la del presente estudio (62%) y en el caso de los hombres Gutiérrez y col. (2012) encontraron un 34.1% siendo mayor la prevalencia en la presente investigación (60%).



Comparación estadística mediante la prueba de proporciones (Ji-cuadrado), en donde la $p > 0.05$ indica no diferencias significativas

Figura 3. Prevalencia del estado nutricional de los sujetos de estudio por género de acuerdo al IMC para la edad.

En la figura 4 se muestra la correlación entre el EVS - IMC vs EVNS – IMC, donde podemos observar que no existe una fuerte correlación del IMC con los estilos de vida de los sujetos, esto puede deberse al tamaño de muestra, la variabilidad biológica que se presenta en los adolescentes, en su IMC, ya que hay una diversidad en los cambios del somatotipo de los

adolescentes y a las propias variables del cuestionario. Esto difiere con la investigación de Córdova y col., (2013) realizada en la Ciudad de México, donde menciona que sí existe una correlación significativa entre el estado nutricional y el estilo de vida de 99%. Sin embargo, manifiesta que esta correlación es débil porque al ser el estilo de vida un comportamiento en el que intervienen diferentes variables, se infiere que cada una de ellas aporta cierto nivel de importancia, pero no puede atribuírsele únicamente a una de ellas un impacto altamente significativo.

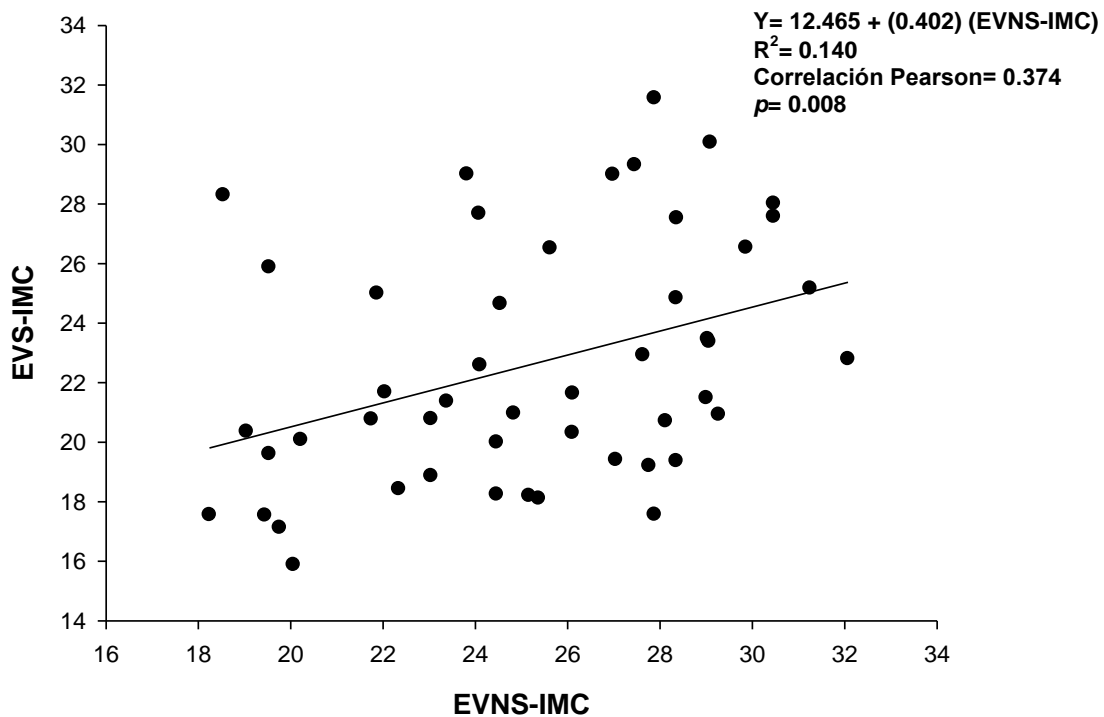
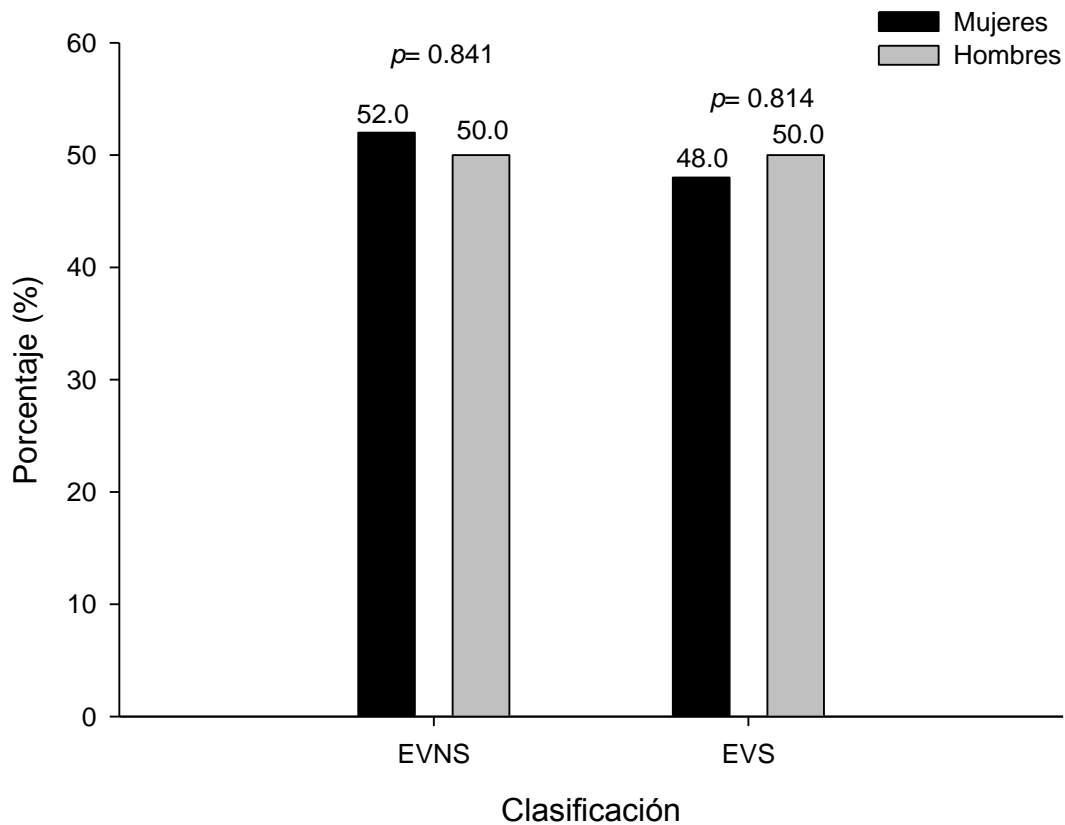


Figura 4. Correlación entre el EVS - IMC vs EVNS – IMC.

Debido a que no se encontró una correlación fuerte, se realizaron comparaciones para establecer si existían diferencias entre el estado de nutrición y los estilos de vida. En la figura 5 se muestra Estilos de vida saludable (EVS) y Estilos de vida no saludable (EVNS) de hombres (n= 50) y mujeres (n= 50) adolescentes presentando mayor porcentaje de EVS los hombres con

respecto a las mujeres, según Vélez y Betancurth en el 2015, en un estudio similar realizado con adolescentes escolarizados de un municipio de Colombia muestra que de igual manera el sexo masculino presenta un nivel más alto de estilo de vida saludable con un 71.9% en relación con las mujeres con un 28.1%. En cambio, Fernández y Comarca en el 2011 en un estudio realizado en España en adolescentes de nivel secundaria, sus resultados arrojan que el sexo femenino muestra un mejor resultado en estilo de vida saludable en comparación con los hombres.

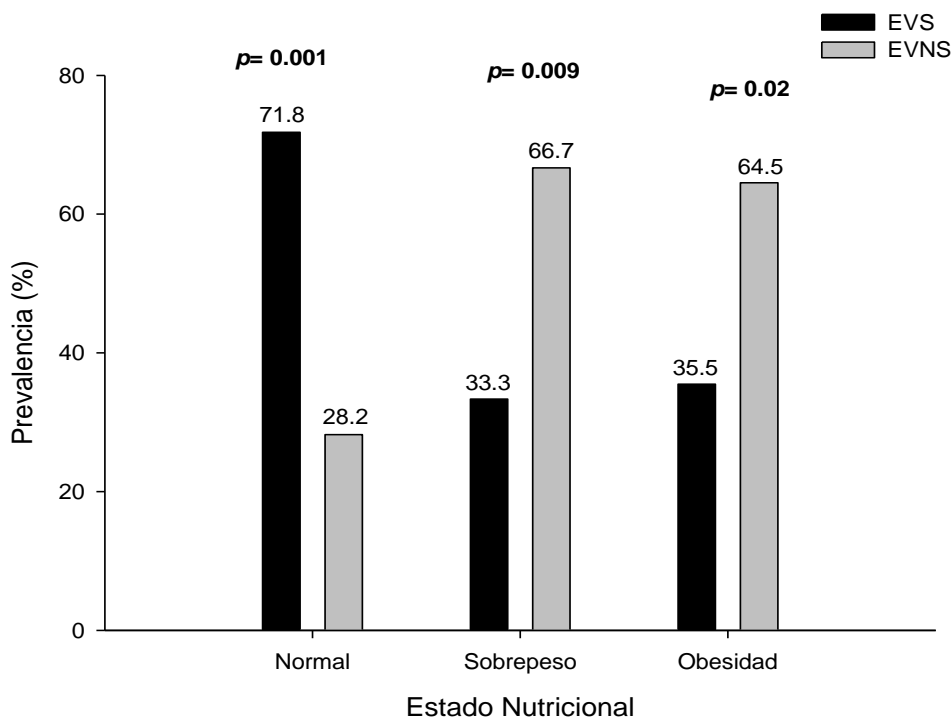


Comparación estadística mediante la prueba de proporciones (Ji-cuadrado), en donde la $p > 0.05$ indica no diferencias significativas.

Figura 5. Estilos de vida saludable (EVS) y Estilos de vida no saludable (EVNS) de hombres (n= 50) y mujeres (n= 50) adolescentes.

En la figura 6 se muestra la relación de estilos de vida e Índice de Masa Corporal en adolescentes de Tercer grado de Secundaria de Ciudad Obregón, Sonora. Se encontró una

diferencia significativa ($p= < 0.05$) en la relación del estilo de vida de los sujetos de estudio respecto a su IMC, se puede observar que la menor prevalencia de jóvenes que presentan sobrepeso u obesidad son los que tienen un EVS en comparación a los que presentan un EVNS y muestran una alta prevalencia de sobrepeso u obesidad. En concordancia los sujetos con un EVS, su estado nutricional se encuentra dentro del rango de normalidad. Lo anterior concuerda con Guevara y col., (2015), en su artículo realizado en adolescentes de Monterrey, México; donde reporta que el 60.8% de la muestra presentan sobrepeso u obesidad, siendo estos los que manifiestan estilos de vida no saludables. Otro estudio realizado en Perú, menciona que el 47.2% de la población presenta un estado nutricional normal mostrando un nivel de estilo de vida saludable, en cambio, los adolescentes que manifiestan sobrepeso son los que presentan un estilo de vida no saludable (Chalco y Mamani, 2014) concordando con los resultados del presente estudio donde los sujetos que presentan un IMC normal tienen un EVS ($p=0.001$), que los que presentan EVNS.



*Comparación por pruebas de proporciones utilizando la prueba de Ji-cuadrado, tomando como decisión una $p < 0.05$ como diferencia significativa.

Figura 6. Relación de estilos de vida e Índice de Masa Corporal en adolescentes de tercer grado de la secundaria de Ciudad Obregón, Sonora.

CONCLUSIONES

Se encontró una alta prevalencia de sobrepeso y obesidad en la población de estudio, al combinar el sobrepeso más la obesidad las mujeres presentaron mayor prevalencia que los hombres. De acuerdo al cuestionario de estilos de vida, se observó que los hombres tienen un mejor estilo de vida saludable que las mujeres. No se encontró relación entre el EVS - IMC vs EVNS – IMC. Por otro lado, se encontraron diferencias entre los adolescentes que presentan sobrepeso u obesidad y que mostraron un EVNS en comparación con los jóvenes con EVS que presentaron un estado nutricional dentro del rango de normalidad.

RECOMENDACIONES

Se sugiere que las autoridades de la escuela Secundaria General No.6 "Salvador González Partida" realicen diferentes programas para promover estilos de vida saludable en su población manifestando temas como alimentación saludable, actividad física, manejo del estrés y percepción de la vida en esta etapa.

También se recomienda implementar en las escuelas secundarias espacios para fomentar la actividad física o actividades recreativas mejorando de esta forma la calidad de vida de los adolescentes.

Además, se propone impulsar la promoción de estilos de vida saludable para un óptimo estado nutricional en los adolescentes a través de estrategias eficaces de promoción de la salud y prevención de enfermedades.

Asimismo, es importante intervenir a la población con capacitación continua en la educación transfiriéndole al adolescente la importancia de la responsabilidad de su propia salud.

De igual manera, realizar estudios similares de investigación ampliando la muestra en adolescentes de otras instituciones con el fin de establecer comparaciones en lo que respecta a los estilos de vida y su estado nutricional.

BIBLIOGRAFÍA

Arenas L, Jasso R, Bonilla P. 2004. Prevalencia de tabaquismo en adolescentes de un Colegio de Bachilleres del estado de Morelos, México. *Rev. Inst Nal Enf Resp Mex* 17(1).

Aguilar L, Contreras M, Del Canto J. 2013. Guía técnica para la valoración nutricional antropométrica de la persona adulta mayor. 1era ed. Perú. Instituto Nacional de Salud. 13-15 p.

Anderson P, Baumberg B. 2006. El alcohol en Europa una perspectiva de salud pública. España. Institut of Alcohol Studies.

Antona A, Madrid J, Máximo A. 2003. Adolescencia y salud. *Rev Papeles del Psicólogo*, 23(84) 45-53.

Aranceta J. 2001. Spanish Food Patterns. *Rev. Public Health Nutr.* 4(6a):1399-1402.

Benjumea M, Molina D, Arbeláez P, Agudelo L. 2008. Circunferencia de la cintura en niños y escolares manizaleños de 1 a 16 años. *Rev. Colomb. Cardiol.* 15(1):23-4.

Beristaín I, Díaz M. (2009). Guía de Valoración del Paciente Adulto Basado en el Modelo de Promoción de la Salud. *Rev. Desarrollo Cientif Enferm.* 17(6).

Bezares V, Sarmiento S. 2014. Estilos de vida de las mujeres de Ocuilapa de Juárez, Ocozocoautla, Chiapas. *Rev. Ciencia UAT.* 27(1):06-10.

Blázquez M, Torres I, Pavón P. 2010. Estilos de vida en embarazadas adolescentes. *Rev Salud Tabasco.* 16(1):883-890.

Caballero A, González B, Pinilla J. 2005. Factores predictores del inicio y consolidación del consumo de tabaco en adolescentes. *Rev. Gac. Sanid.* 19:440-447.

Cabrera VE, Salazar PA, Docal MC. 2013. Estilo de vida de los jóvenes y las necesidades de educación sexual. 1era ed. Bogotá (Colombia). Ed. Instituto de Estudios del Ministerio Público. 16 p.

Casanueva E. 2008. Nutriología Médica. 3 era ed. México DF: Panamericana 126 p.

Casas J, González M. 2005. Desarrollo del adolescente. Aspectos físicos, psicológicos y sociales. Rev. Pediat Integral. 9(1):20-24.

Carrillo M, Ramírez J, Magaña K. 2013. Neurobiología del sueño y su importancia: antología para el estudiante universitario Rev. Fac. Med. 56(4):5-15.

[CDC] NATIONAL CENTER for chronic disease prevention and health promotion. 1999. Physical activity and health: a report of the surgeon general. Ed. NATIONAL CENTER for chronic disease prevention and health promotion. Disponible en: <http://www.cdc.gov/nccdphp/sgr/contents.htm>

Chalco G, Mamani R. 2014. Estilos de vida saludable y estado nutricional en estudiantes del 5° año del nivel secundario, Colegio José Antonio Encinas, Juliaca 2013. Rev Científica de Ciencias de la Salud 7:2.

Chen M, Wang E, Jeng Y. 2006. Adequate sleep among adolescents is positively associated with health status and health-related behaviors. BMC Public Health 6:59.

Cid HP, Merino JM, Stieповich J. 2006. Factores biológicos y psicosociales predictores del estilo de vida promotor de salud. Rev. Med. Chile. 134:1491-1499.

Córdova D, Carmona M, Terán OE. 2013. Relación de estilo de vida y estado de nutrición en estudiantes universitarios: estudio descriptivo de corte transversal. Rev. Medwave. 13(11):e5864-5867.

Dura T, Castroviejo A. 2011. Adherence to a Mediterranean diet in a college population. Rev Nutr Hosp. 26(3):602-608.

[ENCODE] Encuesta Nacional de Consumo de Drogas en Estudiantes. 2004. Encuesta Nacional de Consumo de Drogas en Estudiantes: Reporte de Drogas. 1er ed. Ed. Secretaria de Salud. México.

[ENSANUT] Ver Gutiérrez J, Rivera J, Shamah T, Villalpando S, Franco A, Cuevas L. 2012.

Espada J, Méndez X, Griffin K. 2003. Adolescencia: consumo de alcohol y otras drogas. Rev Papeles del Psicólogo. 23 (84):9-17.

Espinosa L. 2004. Cambios del modo y estilo de vida; su influencia en el proceso salud-enfermedad. Rev Cubana de Estomatología. 41(3).

[EUFIC] European Food Information Council. 2009. Physical Activity. Ed European Food Information Council. Disponible en: <http://www.eufic.org/page/en/page/energy-physical-activity/?article=12>

Fernández B, Comarca M. 2011 Hábitos de vida y adolescencia. Diseño y pilotaje de un cuestionario sobre hábitos de vida en un grupo de adolescentes guipuzcoanos (13-17 años). Rev. Bibliid 34:75-105.

García D, García G, Tapiero Y. 2012. Determinantes de los estilos de vida y su implicación en la salud de jóvenes universitarios. Rev hacia la promoción de la salud 17(2):169-185.

Gold D. 1996. Effects of Cigarette Smoking on Lung Function in Adolescent Boys and Girls. New England Journal of Medicine. 335(13):931-37.

González L, Berger K. 2002. Consumo de tabaco en adolescentes. Factores de riesgo y factores protectores. Rev. Ciencia y Enfermería. 8(2).

Guerrero LR. 2010. Estilo de Vida y Salud. Rev EDUCERE, artículos arbitrados. (48):13-19.

Guevara MC, Espinoza DP, Paz MA. 2015. Estilos de vida e Índice de masa corporal en adolescentes universitarios de Monterrey, México. Rev. Enfermería Herediana. 8(1):29-33.

Gutiérrez J, Rivera J, Shamah T, Villalpando S, Franco A, Cuevas L. 2012. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición. Resultados Nacionales. Cuernavaca, México.

Hu FB. 2002. Dietary Patterd Analysis: a new direction in nutritional epidemiology. *Rev Curr Opin Lipidol.* 13(1):3-9.

Ibáñez M. 2013. Prevalencia de sobrepeso y obesidad, hábitos alimentarios y actividad física en la adolescencia. Tesis. Universidad Abierta Interamericana.

Iglesias J.L. 2013. Desarrollo del adolescente: aspectos físicos, psicológicos y sociales. *Pediatr Integral.* XVII (2): 88-93.

Ivanovic, Daniza. 1997. Factors Affecting Smoking of Elementary and High School Children from Chile. *Rev. Saude Pública.* 31(1):30-43.

Kuri P, González J, Cortés M. 2006. Epidemiología del tabaquismo en México. *Rev. Salud Pública Mex.* 48:91-98.

Lavielle P, Pineda V, Jauregui O. 2014. Actividad física y sedentarismo: Determinantes sociodemográficos, familiares y su impacto en la salud del adolescente. *Rev Salud pública.* 16(2):161-172.

Lillo J. 2004. Crecimiento y comportamiento en la adolescencia. *Rev de la Asociación Española de Neuropsiquiatría,* (90):57-71.

Liu X, Zhou H. 2002. Sleep duration, insomnia and behavioral problems among Chinese adolescents. *Psychiatry Res.* 111:75-85.

Lozano G, Cabello E, Hernández H, Loza C. 2014. Prevalencia de sobrepeso y obesidad en adolescentes de un distrito urbano de Lima, Perú. Rev Peru 31(3).

Masalán M, Sequeida J, Ortiz M. 2013. Sueño en escolares y adolescentes, su importancia y promoción a través de programas educativos. Rev Chil Pediatr. 84(5):554-564.

Macías A, Gordillo L, Camacho E. 2012. Hábitos alimentarios de niños en edad escolar y el papel de la educación para la salud. Rev Chilena de Nutrición 39(3): 40-43.

Marín F. 2011. Adolescentes y maternidad en el cine: Juno, Precious y The Greates, Rev Científica de Educomunicacion 18 (36):115-122.

Noguera N, Alvarado H. 2012. Embarazo en adolescentes: una mirada desde el cuidado de enfermería. Rev Colombiana de Enfermería. 7:151-160.

[OMS] Organización Mundial de la Salud.2016. El estado físico: uso e interpretación de la antropometría. Ed. Organización Mundial de la Salud. Disponible en: http://www.who.int/childgrowth/publications/physical_status/es/

[OMS] Organización Mundial de la Salud. 2016. Estrategia mundial sobre régimen alimentario, actividad física y salud. Ed. Organización Mundial de la Salud. Disponible en: <http://www.who.int/dietphysicalactivity/pa/es/>

[OMS] Organización Mundial de la Salud. 2016. Global Strategy on Diet, Physical Activity and Health. Ed. Organización Mundial de la Salud. Disponible en: <http://www.who.int/dietphysicalactivity/pa/en/>

[OMS] Organización Mundial de la Salud. 2008. Informe sobre la salud en el mundo 2014. Cambiemos el mundo de la historia. Ed. Organización Mundial de la Salud. Disponible en: <http://who.int/whr/2004/es/>

[OMS] Organización Mundial de la Salud. 2016. Nutrición de las mujeres en el periodo pregestacional. Durante el embarazo y durante la lactancia, Ed. Organización mundial de la Salud. Disponible en: http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB130/B130_11-sp.pdf

[OMS] Organización Mundial de la Salud. 2007. Patrones de crecimiento infantil. Ed. Organización Mundial de la Salud Disponible en: http://www.who.int/childgrowth/standards/imc_para_edad/es/

[OMS] Organización Mundial de la Salud. 2016. Prácticas y experiencias sobre estilos de vida saludables en la población mexicana. Ed. Organización Mundial de la Salud. Disponible en: http://www.paho.org/mex/index.php?option=com_content&view=article&id=975%3A practicas-y-experiencias-sobre-estilos-de-vida-saludables-en-la-poblacion-mexicana&Itemid=499

[OMS] Organización Mundial de la Salud. 2009. Population-based prevention strategies for childhood obesity. Ed. Organización Mundial de la Salud. Disponible en: <http://pe.skola.edu.mt/wp-content/uploads/2010/05/OMS-Population-Based-Prevention-Strategies-for-Childhood-Obesity.pdf>

[OPS] Organización Panamericana de Salud. 2008. Alcohol y atención primaria de la Salud. Ed. Organización Panamericana de Salud. Washington, D.C. Disponible en: http://www.who.int/substance_abuse/publications/alcohol_atencion_primaria.pdf

Ortiz L, Delgado G, Hernández, A. 2006. Cambios en factores relacionados con la transición alimentaria y nutricional en México. *Gac Méd Méx.* 142(3).

Oviedo H, Campo A. 2005. Aproximación al uso del coeficiente alfa de Cronbach. *Rev. Colombiana de Psiquiatría.* 34(4).

Padilla J. 2014. Relación del índice de masa corporal y el porcentaje de grasa corporal en jóvenes venezolanos. *Rev. Iberoamericana de Ciencias de la Actividad Física y el Deporte.* 3(1):27-33.

Páez ML, Castaño JJ. 2009. Estilos de vida y salud en estudiantes de la facultad de medicina de la Universidad de Manizales, 2008. *Rev. Archivos de medicina.* 9(2):146-164 p.

Páez M. 2012. Universidades saludables: los jóvenes y la salud. Rev. Archivos de Medicina 12(2):205-220.

PNSD, Plan Nacional Sobre Drogas. (2009). México, 2009 disponible en: <http://www.pnsd.mssi.gob.es/pnsd/memorias/docs/memo2009.pdf>

Portuondo O, Fernández C, Cabrera P. 2000. Trastornos del sueño en adolescentes. Rev Cubana Pediatr 72(1):10-14.

Redondo C, Galdo G, García M. 2008. Atención al adolescente. 1era ed. España: Universidad de Cantabria. 51 p.

Ríos M. 2015. Estilo de vida y obesidad en estudiantes universitarios: una mirada con perspectiva de género. Alternativas en Psicología. Revista Semestral 87-100.

Rojas M, Rodríguez A, Zereceda J, Otiniano F. 2013. Abuso de drogas en adolescentes y jóvenes y vulnerabilidad familiar. Oficina de las Naciones Unidas Contra la Droga y el Delito (UNODC). Lima-Perú.

Salamó A, Gras M, Font-Mayolas S. 2010. Patrones de consumo de alcohol en la adolescencia. Rev. Psicothema 22(2):189-195.

Sánchez A, Guerrero A, Barón M. 2012. Composición corporal y desarrollo puberal en adolescentes venezolanas. Salus 16(1):5-10.

Serra L, Rivas L, Álvarez E. 2008. Nutrición y salud pública. Problemas nutricionales. 11ava ed. Barcelona (España). Ed. Medicina preventiva. 119-129.

Solari F. 2015. Trastornos del sueño en la adolescencia. Rev Med Clin Condes 26(1): 60-65.

Tynjälä J, Kannas L, Levälähti E. 1997. Perceived tiredness among adolescents and its association with sleep habits and use of psychoactive substances. J Sleep Res. 6:189-98.

Valdés W, Leyva G, Espinosa T. 2011 Estado nutricional en adolescentes, exceso de peso corporal y factores asociados. Rev Cubana Endocrinología 22 (3):225-236.

Vargas E, Morales E, Galicia L. 2012. La sexualidad en adolescentes. Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc 20 (3):149-156.

Vélez C, Betancurth D. 2015. Estilos de vida en adolescentes escolarizados de un municipio colombiano. Rev Cubana Pediatr 87(4):440-448.

Vernon W. 1998. Retorne a lo natural. Ed. Editorial Sudamericana. 219-22 p.

Villareal ML, Sánchez JC, Musitu G. 2010. El consumo de alcohol en adolescentes escolarizados: propuesta de un modelo sociocomunitario. Rev. Intervención Psicosocial. 19(3):253-264.

ANEXOS

ANEXO 1. Carta de Consentimiento Informado



Universidad de Sonora

División de Ciencias Biológicas y de la Salud

Departamento de Ciencias de la Salud

Carta de Consentimiento Informado

Ciudad Obregón, Sonora a Junio de 2016

Se expide la presente carta de Consentimiento Informado para Participantes de Investigación en el proyecto de tesis de las pasantes de la Licenciatura en Ciencias Nutricionales Saavedra García Julissa Adaissa y Díaz Parra Priscila Elena, que lleva por título “**Relación de estilos de vida e Índice de Masa Corporal en adolescentes de tercer grado de secundaria de Cd. Obregón Sonora**”.

La presente investigación es dirigida por la M.C. Valbuena Gregorio Edith de la Universidad de Sonora Campus Cajeme (edith.valbuena@cajeme.uson.mx).

La participación en este estudio es estrictamente voluntaria. La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de la presente investigación. Si tiene alguna duda sobre este proyecto, puede hacer preguntas en cualquier momento durante su participación. Igualmente, puede retirarse del proyecto en cualquier momento sin que eso lo perjudique en ninguna forma o tenga repercusiones en sus calificaciones. Si alguno de los procedimientos durante la investigación le parecen incómodos, tiene usted el derecho de hacérselo saber al investigador o de no realizarlos.

Acepto participar voluntariamente en esta investigación, reconozco que la información que yo proporcione en el curso de esta investigación es estrictamente confidencial y no será usada para ningún otro propósito fuera de los de este estudio sin mi consentimiento. He sido informado de que puedo hacer preguntas sobre el proyecto en cualquier momento y que puedo retirarme del

mismo cuando así lo decida, sin que esto ocasione daño a mi persona o alguna alteración en mi calificación.

Nombre y Firma del Participante

ANEXO 2. Cuestionario de Perfil de Estilos de Vida (Pender, 1996)



Universidad de Sonora
División de Ciencias Biológicas y de la Salud
Departamento de Ciencias de la Salud
Campus Cajeme

**“Cuestionario de Perfil de Estilo de Vida”
 (PEPS-I) (Pender, 1996)**

1= Nunca 2= A veces 3= Frecuentemente 4=Rutinariamente

1	Desayunas por la mañana	1	2	3	4
2	Le comunicas al médico cualquier síntoma extraño	1	2	3	4
3	Te quieres a ti mismo (a)	1	2	3	4
4	Haces ejercicios para estirar los músculos al menos 3 veces por semana	1	2	3	4
5	Eliges comidas que no contienen ingredientes o químicos para conservarlos	1	2	3	4
6	Tomas tiempo cada día para relajarte	1	2	3	4

7	Conoces el nivel de colesterol (sustancia grasa) en tu sangre	1	2	3	4
8	Eres entusiasta y optimista con respecto a tu vida	1	2	3	4
9	Crees que estas creciendo y cambiando en direcciones positivas	1	2	3	4
10	Compartes con personas cercanas tus preocupaciones y problemas personales	1	2	3	4
11	Tienes claro cuáles son los motivos que producen estrés en tu vida	1	2	3	4
12	Te sientes feliz y contento (a)	1	2	3	4

13	Haces ejercicio intenso por 20 o 30 minutos al menos tres veces a la semana	1	2	3	4
14	Comes tres comidas al día	1	2	3	4
15	Lees revistas o folletos sobre cómo cuidar tu salud	1	2	3	4
16	Eres consciente de tus capacidades y debilidades personales	1	2	3	4
17	Trabajas por lograr metas a largo plazo en tu vida	1	2	3	4
18	Aplaudes fácilmente el éxito de otras personas	1	2	3	4

19	Lees las etiquetas de los alimentos etiquetados para identificar su contenido (sodio o sal, conservadores)	1	2	3	4
20	Le preguntas a otro médico o buscas otra opción cuando no estás de acuerdo con lo que el tuyo te recomiendo para cuidar tu salud	1	2	3	4
21	Miras hacia el futuro	1	2	3	4
22	Participas en programas o actividades de ejercicio físico con la supervisión de una persona	1	2	3	4
23	Eres consciente de lo que te importa en la vida	1	2	3	4
24	Te gusta expresar y que te expresen cariño personas cercanas a ti	1	2	3	4

25	Mantienes relación con dos o más personas que te dan satisfacción	1	2	3	4
26	Incluyes en tu dieta alimentos que contienen fibra (frutas crudas, verduras crudas)	1	2	3	4
27	Pasas de 15 a 20 minutos diariamente en relajamiento o meditación	1	2	3	4
28	Comunicas a personas profesionales tus inquietudes respecto al cuidado de tu salud	1	2	3	4
29	Respetas tus propios éxitos	1	2	3	4
30	Checas tu pulso durante el ejercicio físico	1	2	3	4

31	Pasas tiempo con tus amigos cercanos	1	2	3	4
32	Mides tu presión arterial y sabes el resultado	1	2	3	4
33	Asistes a programas educativos sobre el mejoramiento del medio ambiente en que vives	1	2	3	4
34	Ves cada día como interesante y lleno de retos	1	2	3	4
35	Planeas o escoges comidas que incluyan los cuatro grupos de alimentos cada día (proteínas, carbohidratos, grasas, vitaminas)	1	2	3	4
36	Relajas conscientemente tus músculos antes de dormir	1	2	3	4

37	Encuentras agradable y satisfecho el ambiente de tu vida	1	2	3	4
38	Realizas actividades físicas de recreo como caminar, nadar, jugar futbol, ciclismo	1	2	3	4
39	Expresas fácilmente interés, amor y calor humano hacia otros	1	2	3	4
40	Te concentras en pensamientos agradables a la hora de dormir	1	2	3	4
41	Pides información a los profesionales para cuidar de tu salud	1	2	3	4
42	Encuentras maneras positivas para expresar tus sentimientos	1	2	3	4

43	Observas al menos cada mes tu cuerpo para ver cambios físicos o señas de peligro	1	2	3	4
44	Eres realista en las metas que te propones	1	2	3	4
45	Usas métodos específicos para controlar los nervios	1	2	3	4
46	Asistes a programas educativos sobre el cuidado de la salud personal	1	2	3	4
47	Te gusta mostrar y que te muestren afecto con palmadas, abrazos y caricias, por personas que te importan (papás, familiares, profesores, y amigos)	1	2	3	4
48	Creer que tu vida tiene un propósito	1	2	3	4