



UNIVERSIDAD DE MURCIA

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

Trastornos de la Conducta Alimentaria en el Alumnado
de la Universidad de Murcia: Salud, Satisfacción Vital y
Estilos de Vida

Dña. Lorena Belmonte García
2017



UNIVERSIDAD DE MURCIA

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

Trastornos de la Conducta Alimentaria en el alumnado de
la Universidad de Murcia: salud, satisfacción vital y
estilos de vida

D.^a Lorena Belmonte García

2017

UNIVERSIDAD DE MURCIA
FACULTAD DE PSICOLOGÍA



TESIS DOCTORAL

**TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA EN EL
ALUMNADO DE LA UNIVERSIDAD DE MURCIA: SALUD,
SATISFACCIÓN VITAL Y ESTILOS DE VIDA**

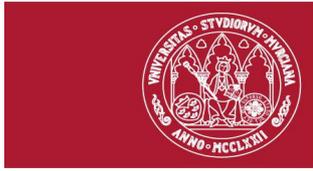
PRESENTADA POR

D.^a Lorena Belmonte García

DIRECCIÓN

Dra. D.^a Eva Herrera Gutiérrez

Murcia, 2017



D.^a Eva Herrera Gutiérrez, Profesora Titular de Universidad del Departamento de Psicología Evolutiva y de la Educación de la Universidad de Murcia,

AUTORIZA

La presentación de la Tesis Doctoral titulada “Trastornos de la Conducta Alimentaria en el alumnado de la Universidad de Murcia: salud, satisfacción vital y estilos de vida”, realizada por **D.^a Lorena Belmonte García**, bajo mi inmediata dirección y supervisión, y que presenta para la obtención del grado de Doctora por la Universidad de Murcia.

En Murcia, a veintitrés de marzo dos mil diecisiete.

Dedicado a mi madre, TOÑI GARCÍA. Quien a través de su superación, arte, creatividad y brillantez me ha transmitido el sentido de la vida, de la búsqueda de la identidad y de la superación constante.

AGRADECIMIENTOS

Comienzo la parte más emocional de este trabajo agradecida a la Dra. Eva Herrera Gutiérrez, mi directora de Tesis Doctoral y amiga. Porque sin ella no estaría escribiendo estas líneas. Gracias por tu incondicionalidad, comprensión, apoyo, sacrificio y esfuerzo. Sembraste en mí la vocación como profesora y me guiaste hasta conseguirlo. Y lo mismo has hecho con este trabajo. Sin tus palabras de ánimo, tu motivación y tirones de oreja, sabes que no habría sido posible.

Al Vicerrectorado de Estudiantes, en especial a la Oficina de Universidad Saludable REUS-UMU (Red Española de Universidades Saludables-Universidad de Murcia), por su respaldo y trabajo.

Al Servicio de Promoción y Educación para la Salud de la Consejería de Sanidad de la Región de Murcia, en particular a la Dra. Adelaida Lozano Polo, por su colaboración y apoyo.

A los miembros del Grupo de Investigación EVASALUD (Educación, Valores, Adicciones y Salud) al que pertenezco. En especial a su directora Eva Herrera y a Fina, Lorena, Andrea, María Teresa y Ester. Por ser unas impecables compañeras y por formar parte de este proyecto, que busca aportar nuestro granito de arena a la mejora de la condición humana.

A la Universidad de Murcia, por darme un sitio donde formarme, desarrollarme y madurar, a la vez que me volvió a abrir sus puertas, para hacer realidad el sueño de formar parte de ella como profesora.

A la asociación ADANER Murcia, por acogerme y confiar en mis capacidades como psicóloga, acercándome al mundo de los Trastornos de la Conducta Alimentaria y al alma de tantas personas, que quedarán grabadas en mi inconsciente para siempre. Y a todas mis compañeras y compañeros convertidos en amigos, por brindarme su atención, apoyo y orientación en este difícil y apasionante camino de ayuda al otro. En particular a Mati, por estar siempre dispuesta a ayudarme a lo largo de este recorrido.

A mi maestro, Francisco Toledo, por creer en mí como profesional. Por regalarme tus conocimientos y sabiduría. Gracias a tu confianza, he podido forjarme mi sitio y encontrar mi camino en la psicología. Poder formar parte de tu equipo es un regalo impagable.

A mi familia materna y a mis amistades. En especial a Noe y Susi por ser mis hermanas de no sangre. A Llanos, Mariángeles y Mariluz, por hacerme sentir privilegiada con vuestra existencia y permitirme conocer el verdadero sentido de la amistad. A Martín e Isa, por ser mis gestálticos de cabecera. A Sergio, por habernos acompañado tanto tiempo, y poder continuar ahora ayudándonos y admirándonos el uno al otro. A Carmen, por cruzarte hace un año en mi camino cuando, sin saberlo, más te iba a necesitar. Y a todas las demás personas, que afortunadamente son muchas, que me acompañan y me reciben de la mejor manera y que siempre están ahí (Rocío, Elena, María, Sylvia, Elena Kastryskaya, Merce, Andrea, Carmen María, Fuen, Delia...).

A mis perros. A los que anduvieron parte de mi camino y a los que siguen en él. Cloe, Ody y Vincent. Por estar en todos y cada uno de los momentos de esta Tesis. Eso es amor incondicional.

A todas aquellas personas que han pasado por mi vida y que ya no están, porque me han permitido entender el valor del perdón, de la comprensión y del olvido y a valorar mejor a las que permanecen.

A mi hermano y mi sobrina. Por ser mi sangre. Por protegerme, defenderme y aguantar mis rabietas de hermana pequeña. Por vuestro amor en forma de actos. Espero María, poder ser un referente para ti en algo, algún día.

Y por último a mi MADRE. Por sus enseñanzas y valores, éxitos y fracasos. Por no fallarme nunca. Por quererme de forma infinita. Te debo la vida, pero sobre todo te debo saber vivirla, y eso no tiene precio.

A todos y cada uno de vosotros, gracias por ayudarme a ser lo que soy y por darle sentido a mi existencia.

OS QUIERO en el alma.

ÍNDICE

| | |
|---|-----------|
| INTRODUCCIÓN..... | 1 |
| PRIMERA PARTE: MARCO TEÓRICO | |
| CAPÍTULO I. TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA (TCA) | 9 |
| <hr/> | |
| 1.1 EVOLUCIÓN HISTÓRICA..... | 11 |
| 1.1.1 Historia de la Anorexia Nerviosa..... | 11 |
| 1.1.2 Historia de la Bulimia Nerviosa..... | 14 |
| 1.2 CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DE LOS TCA EN LOS SISTEMAS DE CLASIFICACIÓN ACTUALES.... | 16 |
| 1.2.1 Anorexia Nerviosa..... | 16 |
| 1.2.2 Bulimia Nerviosa..... | 23 |
| 1.2.3 Trastorno por Atracón..... | 26 |
| 1.2.4 Otros TCA..... | 29 |
| 1.2.5 Manifestaciones clínicas..... | 29 |
| 1.3 EPIDEMIOLOGÍA, COMORBILIDAD Y CURSO..... | 35 |
| 1.4 FACTORES IMPLICADOS EN EL DESARROLLO DE LOS TCA..... | 43 |
| 1.4.1 Factores de riesgo..... | 43 |
| 1.4.2 Modelos explicativos..... | 50 |
| 1.5 EVALUACIÓN Y TRATAMIENTO DE LOS TCA..... | 57 |
| 1.5.1 Evaluación de los TCA..... | 57 |
| 1.5.2 Tratamiento de los TCA..... | 59 |
| CAPÍTULO II: SALUD EN POBLACIÓN UNIVERSITARIA | 63 |
| <hr/> | |
| 2.1 LA SALUD Y SUS DETERMINANTES..... | 65 |
| 2.1.1 Los determinantes de la salud..... | 67 |
| 2.1.2 Los determinantes sociales de la salud..... | 69 |
| 2.2 ESTILOS DE VIDA, SALUD Y SATISFACCIÓN VITAL EN UNIVERSITARIOS..... | 72 |
| 2.2.1 Factores condicionantes de los estilos de vida..... | 72 |

| | |
|--|------------|
| 2.2.1.1 Alimentación y dieta..... | 75 |
| 2.2.1.2 Actividad física..... | 80 |
| 2.2.1.3 Consumo de alcohol, tabaquismo y otras drogas..... | 84 |
| 2.2.1.4 Otros hábitos, salud y satisfacción vital..... | 92 |
| 2.3 PREVENCIÓN Y PROMOCIÓN DE LA SALUD EN UNIVERSITARIOS..... | 100 |
| 2.3.1 Educación para la salud..... | 100 |
| 2.3.2 Prevención y promoción de la salud..... | 103 |
| 2.3.3 La Universidad como entorno promotor de la salud..... | 107 |
| CAPÍTULO III: TCA EN UNIVERSITARIOS | 115 |
| 3.1 Estudios epidemiológicos..... | 117 |
| 3.2 Salud y TCA..... | 124 |
| 3.2.1 Estado de salud y calidad de vida en TCA..... | 124 |
| 3.3 Satisfacción vital y TCA..... | 131 |
| 3.3.1 Ansiedad, estrés y depresión en TCA..... | 132 |
| 3.3.2 Autoestima en TCA..... | 136 |
| 3.4 Estilos de vida y TCA..... | 141 |
| 3.4.1 Actividad física..... | 141 |
| 3.4.2 Hábitos alimentarios, peso e IMC, percepción corporal y dieta..... | 146 |
| 3.4.3 Drogas..... | 150 |
| 3.4.4 Ocio y tiempo libre..... | 155 |
| SEGUNDA PARTE: INVESTIGACIÓN | |
| CAPÍTULO IV: ESTUDIO EMPÍRICO | 161 |
| 4.1. Introducción..... | 163 |
| 4.2. Objetivos e hipótesis de investigación..... | 168 |
| 4.2.1. Objetivo general y específicos..... | 168 |
| 4.2.2. Hipótesis de investigación..... | 168 |
| 4.3. Método..... | 170 |
| 4.3.1. Muestra..... | 170 |
| 4.3.2. Instrumento..... | 170 |
| 4.3.3. Procedimiento..... | 174 |
| 4.3.4. Análisis estadísticos..... | 176 |
| 4.4. Resultados..... | 177 |
| 4.4.1. Estadísticos descriptivos..... | 177 |
| 4.4.2. Comparación de medias | 178 |

| | |
|---|-----|
| 4.5. Discusión..... | 199 |
| 4.5.1. Salud y TCA..... | 201 |
| 4.5.2. Satisfacción vital y TCA..... | 206 |
| 4.5.3. Estilos de vida y TCA..... | 212 |
| CAPÍTULO V: CONCLUSIONES GENERALES Y LÍNEAS FUTURAS DE INVESTIGACIÓN | 223 |
| 5.1. Conclusiones..... | 224 |
| 5.2. Limitaciones del estudio y consideraciones para futuras investigaciones..... | 229 |
| REFERENCIAS..... | 231 |
| ANEXOS..... | 291 |

INTRODUCCIÓN

INTRODUCCIÓN

Esta Tesis Doctoral se enmarca en el *Proyecto de Universidad Saludable de la Universidad de Murcia*, cuya responsable es la profesora Dra. Eva Herrera Gutiérrez. Además, corresponde a una de las líneas primordiales del Grupo de Investigación EVASALUD (Educación, Valores, Adicciones y Salud), que también dirige la Dra. Herrera-Gutiérrez en esta institución docente, la enfocada a la *Promoción de la Salud y Prevención de las Adicciones*.

Siendo consciente de la interrelación entre calidad de vida y bienestar físico y mental, la Universidad de Murcia viene realizando diversas iniciativas y acciones destinadas a mejorar los estilos de vida de sus miembros, en particular del alumnado. Así, precisamente para lograr este fin, en octubre de 2008 se une a la red nacional REUS y crea la *Oficina de Universidad Saludable REUS-UMU (Red Española de Universidades Saludables-Universidad de Murcia)*, vinculada al Vicerrectorado de Estudiantes desde ese momento hasta la actualidad (<http://www.um.es/web/reus/>).

Ese mismo año, igualmente esta institución docente se incorpora a las redes europea e iberoamericana de Universidades Promotoras de la Salud y, más próximos a nuestros días, en Consejo de Gobierno de fecha 22 de julio de 2016, se acuerda la anexión de la Universidad de Murcia la Asociación REUS, constituida únicamente por universidades.

La Oficina REUS-UMU se ocupa, entre otras funciones, de desarrollar y acometer el Proyecto de Universidad Saludable y de impulsar, coordinar y llevar a cabo actividades promotoras de la salud en el contexto de la Universidad de Murcia, en colaboración con la Administración Sanitaria de nuestra Comunidad Autónoma. Todo ello en base a las directrices de la OMS (1998) y la OPS (1999) y al amparo del Convenio Marco firmado entre estos dos organismos en 2010 (BORM nº 20, de 26 de enero de 2010) y suscrito de nuevo en 2014 (BORM nº 226, de 30 de septiembre de 2014).

En una fase inicial, y como parte del Proyecto de Universidad Saludable (Herrera-Gutiérrez et al., 2011; Herrera-Gutiérrez y Lozano, 2013) que la Universidad de Murcia y la Consejería de Sanidad han puesto en marcha, se llevó a cabo el *Estudio sobre factores relacionados con la salud en el alumnado de la Universidad de Murcia* (Lozano y Herrera-Gutiérrez, 2013). Ahora, utilizando los datos de este estudio, el objetivo de la presente Tesis Doctoral es analizar los factores de salud, satisfacción vital y estilos de vida de los estudiantes de la Universidad de Murcia con riesgo de manifestar un Trastorno de la Conducta Alimentaria (TCA) y compararlos con el resto del alumnado.

Los TCA son considerados la tercera enfermedad mental más frecuente entre los adolescentes y que mayores tasas de mortalidad presenta (American Dietetic Association, 2006; Herpertz-Dahlmann, 1987; Peláez, Labrador y Raich, 2004). La edad de inicio promedio para los TCA se sitúa entre los 15-24 años (Behar y Figueroa, 2004; Taylor et al., 2006), aunque algunos autores sugieren que estos trastornos pueden comenzar a edades más tardías, entre los 20 y los 29 años (Bulik, 2002a, 200b; Correa, Zubarew, Silva y Romero, 2006; Gowers et al. 2004). Por tanto, el periodo universitario se convierte en una etapa de riesgo para la manifestación de la enfermedad.

Se pretende, no sólo encontrar prevalencias de TCA en el medio universitario, sino realizar un análisis pormenorizado de muchas de las variables que se manifiestan conjuntamente a la enfermedad, y que nos posibilitará un mejor entendimiento y abordaje de estas disfunciones, así como la puesta en marcha de estrategias de prevención y promoción de la salud, dirigidas entre otras, a establecer hábitos saludables de alimentación y actividad física.

Esta Tesis está conformada por cinco capítulos, de los cuales, los tres primeros hacen referencia al marco teórico que sustenta nuestra investigación, el cuarto al estudio empírico y el último recoge las conclusiones obtenidas y las discusiones al respecto, así como posibles líneas de trabajo y limitaciones observadas en este estudio.

En el capítulo I llevaremos a cabo una revisión acerca del concepto de TCA. Nos centraremos en los puntos principales para entender el trastorno, su desarrollo histórico, criterios diagnósticos, epidemiología, comorbilidad y curso. Además, exploraremos los factores implicados en su desarrollo y las técnicas de evaluación y tratamiento existentes.

En el capítulo II trataremos el tema de la salud en población universitaria. Los factores condicionantes de los estilos de vida de los alumnos están íntimamente vinculados al bienestar y a la calidad de vida. Conscientes de esto, la prevención y promoción de la salud en universidades es una realidad, y organismos como la Red Española de Universidades Saludables son de vital importancia para su puesta en marcha.

Nuestro capítulo III abordará los TCA en universitarios. En él, desarrollaremos las variables objeto de nuestro estudio: salud, satisfacción vital y estilos de vida. Además, llevaremos a cabo las revisiones de las investigaciones existentes, las cuales nos permitirán obtener una visión acerca del estado del mismo y nos servirán de referente con respecto a los resultados y conclusiones de esta investigación.

El capítulo IV recogerá el estudio empírico llevado a cabo. Este analizará los resultados obtenidos en las variables salud, satisfacción vital y estilos de vida en aquellos estudiantes universitarios con riesgo de presentar un TCA y los comparará con aquellos que no lo manifiestan. Al finalizar este capítulo, se realizará la discusión de los datos obtenidos.

Por último, el capítulo V irá destinado a las conclusiones generales y a la reflexión sobre futuras líneas de investigación y limitaciones de nuestro estudio.

PRIMERA PARTE: MARCO TEÓRICO

CAPÍTULO I

TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA (TCA)

1.1 EVOLUCIÓN HISTÓRICA

Los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA) son enfermedades mentales caracterizadas por alteraciones en la ingesta de alimentos cuyos comportamientos afectan a la salud de quienes los manifiestan (Calvo, 2002). Hasta llegar a las actuales clasificaciones internacionales vigentes (DSM-5 y CIE-10) han surgido toda una serie de interpretaciones y miradas encaminadas a describir y explicar las alteraciones alimentarias más conocidas, la Anorexia Nerviosa (AN) y la Bulimia Nerviosa (BN). En los apartados siguientes se abordará el curso histórico desde sus primeras conceptualizaciones.

1.1.1 Historia de la Anorexia Nerviosa

Los TCA han existido siempre y las diversas descripciones encontradas conforman pruebas de ello. Ya Hipócrates y Galeno hicieron referencia a las consecuencias físicas de la pérdida de peso voluntaria mantenida en el tiempo (León y Castillo, 2005). En manuscritos persas, escritos chinos y jeroglíficos egipcios también se constatan manifestaciones similares a los TCA y en algunas tribus africanas se practicaban ritos relacionados con la inanición (Almenara, 2003).

La restricción alimentaria estuvo entre los siglos V y XVI vinculada a lo místico y religioso. Friderada Von Treuchtlingen, una joven Bávara, se convierte en la referencia más antigua datada. En el año 895 fue curada de los efectos de su restricción alimentaria por Santa Walburgis tras rezos y oraciones (Cook-Darzens & Doyen, 2006). En el siglo XIV nos encontramos entre otras a Santa Catalina de Siena quien se sometió a periodos prolongados de ayuno y murió con apenas 25 kilos de peso. Estas mujeres manifestaban síntomas típicos de la enfermedad como amenorrea e insomnio, aunque su entorno valoraba estas conductas como síntomas divinos y muchas de ellas fueron canonizadas (Bell, 1985).

Estos y otros ejemplos (Santa Rosa de Lima, Adolio de Tarso, Colomba de Rieti, Sor Juana Inés de la Cruz, Santa Genoveva, Santa Juana de Arco, Santa Liberata, Santa

Verónica) son reseñas de manifestaciones acordes con estos trastornos. Sin embargo, no es hasta 1689 cuando Richard Morton lleva a cabo lo que se considera la primera descripción formal de la AN, el caso de Miss Duke que denominó “consunción nervosa, atrofia nervosa o ptisis nervosa” en un texto titulado “A Treatise of Compsumptions”. Morton observó un cuadro caracterizado por aparente falta de apetito, rechazo a la alimentación, amenorrea, hiperactividad, estreñimiento y caquexia sin encontrar alteraciones físicas que lo justifiquen (Rausch-Herscovici & Bay, 1991).

Es en el siglo XIX cuando el internista inglés Sir William Withey Gull y el neurólogo francés Ernest Charles Lasègue describen por primera vez el cuadro como una entidad clínica que necesita un tratamiento. Gull en 1874 usa la expresión de “anorexia nerviosa”, describiendo la negación perversa a comer, y Lasègue en 1873, la de “anorexia histérica”, indicando el rechazo a ingerir alimentos manifestado en la adolescencia. Ambos consideraban que se trataba de una enfermedad psicológica y que el entorno del paciente debería ser controlado por la influencia de este en la enfermedad (León y Castillo, 2005). Charcot (1890) y Gilles de la Tourette (1895) coincidían en la necesidad de la separación y el aislamiento del paciente de su familia y Freud en 1893 relata un caso de curación de la enfermedad con hipnosis. Este autor en 1895 consideraba la anorexia como un tipo de melancolía, siendo el nexo común entre ambas la pérdida. “La tan conocida anorexia nerviosa de los adolescentes me parece representar, tras detenida observación, una melancolía en presencia de una sexualidad rudimentaria” (Freud, 1988). Freud puso el acento en su teoría de la libido para explicar la enfermedad, asociando la conducta de no comer con la ausencia de impulso sexual y dejó de lado factores socio-culturales.

En 1908 Janet refiere el caso Nadia a quien diagnosticó de Anorexia Histérica. Se impuso durante años una estricta dieta y manifestaba miedo a convertirse en obesa resistiendo cualquier impulso a comer (Garner y Garfinkel, 1997). Janet diferenciaba tres tipos: obsesivo, psicasténico e histérico.

Hemos de tener en cuenta que este enfoque psicológico convivió con la perspectiva fisiopatológica (Almenara, 2003; Jorquera et al., 2010). Entre otros, se consideró un tipo de tuberculosis y una alteración hormonal. Simmonds, un patólogo

alemán, la identifica en 1914 como una insuficiencia pituitaria, proponiéndose a partir de entonces un tratamiento endocrinológico. Esta visión es refutada en 1949 cuando Sheehan y Summers afirman que lo único que compartían ambos síndromes era la amenorrea y el metabolismo acelerado. Leibrand (1939), en su ensayo “El bastón divino de Esculapio”, se convierte en uno de los primeros autores que considera los factores psicológicos los responsables de la AN, entre los que se encontraban el rechazo a la adultez, problemas de desarrollo, refugio en una infancia imaginaria y el ayuno como forma de detener el desarrollo. Haciendo alusión a la dificultad diagnóstica del cuadro clínico, en 1945 Biswanger describió una anorexia purgativa que evolucionó a bulimia, el caso de Ellen West. Esta última, fue diagnosticada de melancolía por Kraepelin, de esquizofrenia simple por Bleuler y Biswanger y de trastorno endógeno psiquiátrico y endocrinológico por Zutt (León y Castillo, 2005).

Es a partir de los años 30 cuando se fortalece la imagen de la AN como un trastorno psicológico y el panorama se va transformando. Hasta los años 60 la perspectiva predominante fue psicoanalítica, investigándose desde la perspectiva de la neurosis y el tratamiento de elección el aislamiento. En 1973 la Dra. Hilde Bruch, describe el funcionamiento psíquico de la anorexia y señala como características de la enfermedad la distorsión de la imagen corporal, el sentimiento de ineficacia personal y la dificultad para reconocer las necesidades corporales.

Autores como Arthur Crisp, Gerad Rusell, Mara Selvini Palazolli, Salvador Mincuhin, Paul E. Garfinkel, David M. Garner y Walter Vandereycken han contribuido a partir de la década de los 70 en adelante a aportar información sobre la etiogenia, características y tratamientos de la enfermedad integrando a las familias y llegando al modelo biopsicosocial que se plantea en la actualidad (Chinchilla, 1994; León y Castillo, 2005).

1.1.2 Historia de la Bulimia Nerviosa

La primera descripción clínica del trastorno, tal y como lo entendemos hoy en día, la realizó Russell en 1979 en su artículo “Bulimia nervosa: An ominous variant of anorexia nervosa”, pero las conductas de atracones y purgas se retrotraen muchos años atrás (Almenara, 2003). La ingesta masiva de alimentos en la antigüedad era un comportamiento habitual tras la caza, que permitía almacenar la grasa suficiente para soportar periodos prolongados de ayuno. También en la época de los romanos era típico atracarse e inducirse el vómito para poder seguir ingiriendo alimentos (León y Castillo, 2005; Morandé, Graell y Blanco, 2014).

Hipócrates y Galeno describieron cuadros de hambre voraz con vómitos después de comer grandes cantidades de comida. Varios autores en el s. XVIII refirieron síntomas relacionados con la ingesta exagerada de alimentos y posteriores vómitos, como son James, Martyn, Cullen y Motherby (Almenara, 2006). James en 1743 describió un conjunto de síntomas que definió como “boulimus” y “caninus appetitus”, donde aparecía una intensa preocupación por la comida e ingesta en periodos cortos de una cantidad importante de alimento seguida de desmayos y vómito. Martyn (1744) relata el caso de J. Cookson, un niño de 10 años que, tras un periodo febril, siguió manifestando vómitos que terminaron acompañados de un gran apetito. Cullen (1772) hablaba de pacientes que ingerían más alimento del normal. Motherby (1785) incluye, en la primera y segunda edición de su diccionario médico los términos “Appetitus Caninus” y “Bulimia” y habla del hambre pura a la que le seguía desvanecimiento y vómitos. Hooper (1798) distinguió tres tipos de bulimia y Wulff (1932) describió en “Un interesante complejo sintomático oral y su relación con la adicción” cuatro casos que corresponden al trastorno. En el s. XIX se incluye en la Enciclopedia Británica el concepto de bulimia como atracón (Rava & Silber, 2004).

Stunkard (1959) realiza una definición de los estilos alimentarios presentes en personas con obesidad, que tendrá mucha influencia en el DSM-III. En concreto, describe: a) el síndrome del comedor nocturno, caracterizado por anorexia por el día e hiperfagia por la noche, insomnio e incapacidad de controlar la ingesta en presencia de

alimento, b) el atracopurgador, consistente en problemas con el peso y vómitos; y c) el que come sin saciarse, con ingesta impulsiva y descontrolada de cantidades ingentes de comida en un corto periodo de tiempo. Otto Dörr-Zegers (1972/1997) define la “hiperfagia seguida de vómitos” que consideraba “un tipo particular de perversión oral en la mujer”. Rau y Green (1975) definieron la bulimia como “un síndrome de ingesta compulsiva que incluye episodios irregulares impredecibles y ego distónico, durante los cuales se consume una gran cantidad de alimento en contra de la voluntad de quien la come”. Es finalmente Russell en 1979, como indicamos al principio, quien acuña el término BN para referirse a una condición psiquiátrica específica, aunque al principio la considerara parte de la anorexia nerviosa (Almenara, 2006; Morandé et al., 2014).

1.2 CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DE LOS TCA EN LOS SISTEMAS DE CLASIFICACIÓN ACTUALES

Los sistemas de referencia de clasificación de las enfermedades mentales, son la Clasificación Internacional de enfermedades décima versión, CIE-10 (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems) y el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales quinta versión, DSM-5 (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders). La CIE es publicada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el DSM por la Asociación Americana de Psiquiatría (APA).

La APA (2013) en su quinta edición, denomina a los TCA como “Trastornos Alimentarios y de la Ingestión de Alimentos” y los clasifica en los siguientes síndromes clínicos: pica, trastorno de rumiación, trastorno de evitación o restricción de la ingesta de alimentos, anorexia nerviosa, bulimia nerviosa, trastorno de atracones, otro trastorno alimentario o de la ingestión de alimentos especificado y trastorno alimentario o de la ingestión de alimentos no especificado.

Expondremos la evolución y conceptualización de los que consideramos más importantes y con mayor prevalencia; la AN y la BN, así como el Trastorno por Atracón (TA), considerado como TCA con entidad propia, a partir del DSM-5 (APA, 2013).

1.2.1 Anorexia Nerviosa

La AN es una enfermedad que se encuadra dentro de los TCA, y que se caracteriza por una obsesión desmedida por estar delgado, para cuyo objetivo, ponen en marcha procedimientos encaminados a conseguir ese peso ideal, como son dieta restrictiva estricta y conductas purgativas (vómitos autoinducidos, abuso de laxantes, uso de diuréticos, etc.). Además, existe un miedo profundo a convertirse en obeso, a pesar del bajo peso que pueden llegar a tener. Estos pacientes, presentan distorsión de la imagen corporal, con preocupación extrema por la comida, el cuerpo y el peso y manifiestan conductas evitativas con los alimentos, con acciones compensatorias para

contrarrestar lo que ingieren (hiperactividad física desmesurada, conductas de purga, etc.). Es característica la nula conciencia de enfermedad, no dándose cuenta tampoco, de la gravedad de su conducta. Su vida gira en torno a la pérdida de peso, lo que les pone en un grave riesgo nutricional y vital (APA, 2000; APA, 2013).

La primera clasificación de los criterios que conformaban la enfermedad la llevaron a cabo Feighner, Robins y Guze en 1972. Especificaron los criterios diagnósticos para varios trastornos mentales y entre ellos, los de la AN, que estaba constituida por los seis siguientes:

- Inicio antes de los 25 años.
- Anorexia, con pérdida de peso de al menos el 25% del peso ideal.
- Conducta anómala en relación con el peso y la ingesta de alimentos.
- Ausencia de enfermedad orgánica que justifique la anorexia y la pérdida de peso.
- Ausencia de enfermedad psiquiátrica conocida.
- Coexistencia de al menos dos de las siguientes manifestaciones: amenorrea, lanugo, bradicardia, hiperactividad, atracones o vómitos autoinducidos.

El primero de los criterios recibió críticas, puesto que algunos autores (Halmi y cols., 1975; Morgan & Russell, 1975) encontraron el inicio de la enfermedad en muchas de las pacientes entre los 25 y 30 años. En 1980 la APA utiliza los criterios de Feighner como referencia, e incluye a la AN en el DSM-III. Sin embargo, por las discrepancias existentes en torno a los mismos son modificados en la edición revisada, DSM-III-R (tabla 1). Una de las diferenciaciones más importantes en esta edición, es la relativa al porcentaje de infrapeso que se necesita para el diagnóstico. Se baja del 25% al 15% del peso esperado para su edad o talla. Por otro lado, se incluye la amenorrea como síntoma obligatorio y se especifica mejor el criterio referente a la alteración del peso, talla o silueta corporal. Sin embargo, esta edición adolece de dificultades en la precisión del diagnóstico, no incluía diferencias con respecto a la gravedad, ni tampoco mencionaba subtipos.

Tabla 1: Criterios diagnósticos del DSM-III-R para la AN

A. Rechazo contundente a mantener el peso corporal por encima del valor mínimo normal considerando la edad y la talla. Por ejemplo, pérdida de peso hasta un 15% por debajo del peso teórico, o fracaso para conseguir el aumento de peso esperado en el período de crecimiento, resultando un peso corporal un 15% por debajo del peso teórico.

B. Miedo intenso a ganar peso o a convertirse en obeso, incluso estando por debajo del peso normal.

C. Alteración en la percepción del peso, la talla o la silueta corporal; por ejemplo, la persona se ve que “se encuentra obesa” aun estando emaciada o cree que alguna parte de su cuerpo resulta “desproporcionada”, incluso estando por debajo del peso normal.

D. En las mujeres, ausencia de por lo menos 3 ciclos menstruales consecutivos (amenorrea primaria o secundaria). (Se considera que una mujer sufre amenorrea cuando sus menstruaciones aparecen únicamente con tratamientos hormonales; por ejemplo, con la administración de estrógenos).

Fuente: APA (1987)

En 1994, en la nueva revisión de la clasificación internacional DSM-IV (tabla 2) se incluyen como criterios las propuestas de Fairburn y Wilson (1993), que tienen en cuenta dos subtipos en AN:

- Restrictivo: si el individuo no recurre regularmente a atracones o a purgas.
- Compulsivo/purgativo: el individuo recurre regularmente a atracones o purgas.

Como se puede apreciar, las diferencias entre DSM-III-R y DSM-IV, se circunscriben a la inclusión del subtipo restrictivo/purgativo, distinguiendo así entre las AN que usan la purga como método de control del peso y aquellas que no lo hacen.

La cuarta versión revisada DSM-IV-R, se publica en el año 2000 y no supone cambios con respecto a su predecesor, a diferencia de lo que ocurre con la quinta edición, donde si observamos modificaciones. En concreto, en el DSM-5 (tabla 3) que publica la APA en el 2013 desaparece en el criterio A el ejemplo del peso inferior al 85% del esperable, al estar empleándose este con un uso diagnóstico y no como referencia. La expresión “Rechazo a mantener un peso mínimo...” se modifica por no ser una

conducta observable y por tener connotaciones negativas, por “Restricción del consumo energético...”. En el criterio B, la expresión “temor o miedo a ganar peso” se completa y matiza añadiendo “o una conducta persistente para evitar ganar peso”. Se elimina la necesidad de amenorrea, debido a que se había visto que muchas pacientes cumplían todos los criterios en presencia de ciclos regulares (Behar y Arancibia, 2014).

Tabla 2: Criterios diagnósticos del DSM-IV para la AN

A. Rechazo a mantener el peso corporal igual o por encima del valor mínimo normal considerando la edad y la talla (por ejemplo, pérdida de peso que da lugar a un peso inferior al 85 % del normal, o fracaso en conseguir el aumento de peso normal durante el período de crecimiento, dando como resultado un peso corporal inferior al 85 % del peso normal).

B. Miedo a ganar peso o a convertirse en obeso, incluso estando por debajo del peso normal.

C. Alteración de la percepción del peso o la silueta corporales, exageración de su importancia en la autoevaluación o negación del peligro que comporta el bajo peso corporal.

D. En las mujeres pospuberales, presencia de amenorrea; por ejemplo, ausencia de al menos tres ciclos menstruales consecutivos. (Se considera que una mujer presenta amenorrea cuando sus menstruaciones aparecen únicamente con tratamientos hormonales, como la administración de estrógenos.)

Especificar tipo:

Tipo restrictivo. Durante el episodio de anorexia nervosa, el individuo no recurre a atracones o a purgas (por ejemplo, provocación del vómito o uso excesivo de laxantes, diuréticos o enemas).

Tipo compulsivo/purgativo. Durante el episodio de anorexia nervosa, el individuo recurre a atracones o purgas (por ejemplo, provocación del vómito o uso excesivo de laxantes, diuréticos o enemas).

Fuente: APA (1994)

Con respecto a los subtipos, el DSM-5 incluye un criterio temporal de tres meses de presencia de síntomas para poder diagnosticarlos y se contemplan los estados de remisión parcial o total y el criterio de gravedad, fundamentado en el IMC si es adulta o en el percentil del IMC, si es niño o adolescente.

Finalmente, haremos mención a los criterios europeos de la última clasificación en vigor desde 1992, la CIE-10, expuestos en la tabla 4. En esta edición, se incorporaron

criterios no reflejados en las anteriores, como es el de la distorsión de la imagen corporal, y se especifica la pérdida del peso de al menos un 15%, equiparándose al DSM. Se describen los vómitos, hiperactividad, consumo de laxantes o diuréticos como conductas dirigidas a la disminución del peso. Se hace alusión en el criterio D, al trastorno endocrino manifestado por amenorrea en la mujer y pérdida de interés sexual e impotencia en el varón. Sin embargo, no se distinguen entre tipos de anorexia, y contempla la afectación en la edad adulta como algo poco frecuente.

Tabla 3: Criterios diagnósticos para Anorexia Nerviosa, según el DSM-5.

A. Restricción de la ingesta energética en relación con las necesidades, que conduce a un peso corporal significativamente bajo con relación a la edad, el sexo, el curso del desarrollo y la salud física. Peso significativamente bajo se define como un peso que es inferior al mínimo normal o, en niños y adolescentes, inferior al mínimo esperado.

B. Miedo intenso a ganar peso o a engordar, o comportamiento persistente que interfiere en el aumento de peso, incluso con un peso significativamente bajo.

C. Alteración en la forma en que uno percibe su propio peso o constitución, influencia impropia del peso o la constitución corporal en la autoevaluación, o falta persistente de reconocimiento de la gravedad del peso corporal bajo actual.

Nota de codificación: El código CIE-9-MC para la anorexia nerviosa es **307.1**, que se asigna con independencia del subtipo. El código CIE-10-MC depende del subtipo (véase a continuación).

Especificar si:

(F50.01) Tipo restrictivo: Durante los últimos tres meses, el individuo no ha tenido episodios recurrentes de atracones o purgas (es decir, vómito autoprovocado o utilización incorrecta de laxantes, diuréticos o enemas). Este subtipo describe presentaciones en la que la pérdida de peso es debida sobre todo a la dieta, el ayuno y/o el ejercicio excesivo.

(F50.02) Tipo con atracones/purgas: Durante los últimos tres meses, el individuo ha tenido episodios recurrentes de atracones o purgas (es decir, vómito autoprovocado o utilización incorrecta de laxantes, diuréticos o enemas).

Especificar si:

En remisión parcial: Después de haberse cumplido con anterioridad todos los criterios para la anorexia nerviosa, el Criterio A (peso corporal bajo) no se ha cumplido durante un período continuado, pero todavía se cumple el Criterio B (miedo intenso a aumentar de peso o a engordar, o comportamiento que interfiere en el aumento de peso) o el Criterio C (alteración de la autopercepción del peso y la constitución).

En remisión total: Después de haberse cumplido con anterioridad todos los criterios para la anorexia nerviosa, no se ha cumplido ninguno de los criterios durante un período continuado.

Especificar la gravedad actual:

La gravedad mínima se basa, en los adultos, en el índice de masa corporal (IMC) actual (véase a continuación) o, en niños y adolescentes, en el percentil del IMC. Los límites siguientes derivan de las categorías de la Organización Mundial de la Salud para la delgadez en adultos; para niños y adolescentes, se utilizarán los percentiles de IMC correspondientes. La gravedad puede aumentar para reflejar los síntomas clínicos, el grado de discapacidad funcional y la necesidad de supervisión.

Leve: IMC ≥ 17 kg/m

Moderado: IMC 16–16,99 kg/m

Grave: IMC 15–15,99 kg/m

Extremo: IMC < 15 kg/m

Fuente: APA (2013)

Tabla 4: Criterios diagnósticos para Anorexia Nerviosa según CIE-10

A) Pérdida significativa de peso (IMC $<17,5$ kg/cm²). Los enfermos prepúberes pueden no experimentar la ganancia de peso propia del período de crecimiento.

B) La pérdida de peso está originada por el propio enfermo, a través de: evitación de consumo de “alimentos que engordan” y por uno o más de uno de los síntomas siguientes: vómitos autoinducidos, purgas intestinales autoprovocadas, ejercicio excesivo y consumo de fármacos anorexígenos o diuréticos.

C) Distorsión de la imagen corporal que consiste en una psicopatología específica caracterizada por la persistencia, con el carácter de idea sobrevalorada intrusa, de pavor ante la gordura o la flacidez de las formas corporales, de modo que el enfermo se impone a sí mismo el permanecer por debajo de un límite máximo de peso corporal.

D) Trastorno endocrino generalizado que afecta al eje hipotálamo-hipofisariogonadal manifestándose en la mujer como amenorrea y en el varón como una pérdida del interés y de la potencia sexual (una excepción aparente la constituye la persistencia de sangrado vaginal en mujeres anoréxicas que siguen una terapia hormonal de sustitución, por lo general con píldoras contraceptivas). También pueden presentarse concentraciones altas de hormona del crecimiento y de cortisol, alteraciones del metabolismo periférico de la hormona tiroidea y anomalías en la secreción de insulina.

E) Si el inicio es anterior a la pubertad, se retrasa la secuencia de las manifestaciones de la pubertad, o incluso ésta se detiene (cesa el crecimiento; en las mujeres no se desarrollan las mamas y hay amenorrea primaria; en los varones persisten los genitales infantiles). Si se produce una recuperación, la pubertad suele completarse, pero la menarquia es tardía.

Excluye: Anorexia, falta de apetito (R63.0). Anorexia psicógena (F50.8).

Fuente: CIE (1998)

Por tanto, las características más destacables de la AN en ambas clasificaciones son, el peso corporal por debajo del adecuado y la alteración de la imagen corporal, siendo el Índice de masa corporal o Índice de Quetelet, el más utilizado para referenciar la idoneidad del peso. Este se calcula dividiendo el peso en kg por la altura al cuadrado y siguiendo la clasificación de la OMS, quedaría de la siguiente manera:

- < 16: criterio de ingreso.
- 1 a 17: infrapeso.
- 17-18: bajo peso.
- 18 a 25: normopeso.
- 25-30: obesidad tipo I.
- 30-35: obesidad grado II.
- 35-40: obesidad grado III.

1.2.2 Bulimia Nerviosa

La BN es un TCA que se caracteriza por episodios recurrentes de atracones (ingesta voraz e incontrolada), en los que normalmente se ingiere una gran cantidad de alimento en poco espacio de tiempo de forma secreta. Para compensar los efectos de la sobreingesta y evitar el aumento del peso, introducen conductas compensatorias como vómitos autoinducidos y/u otras maniobras de purga (abuso de laxantes, uso de diuréticos, ayuno, etc.) e hiperactividad física. Muestran preocupación obsesiva por el peso y la figura. En la BN se puede presentar peso normal, bajo o sobrepeso. Debido a que en la mayoría de los casos hay normopeso, suele ser más difícil de detectar y su diagnóstico es más tardío (APA, 2000 y 2013).

En 1979, Russell publicó los primeros criterios diagnósticos para la BN. En concreto, consideraba que los pacientes habían perdido el control respecto a la comida, manifestaban conductas compensatorias para controlar el peso y presentaban una profunda preocupación por la imagen corporal. Posteriormente aparecen nuevos criterios DSM-III y DSM-III-R, pero estos no diferenciaban entre bulimia como síntoma o como síndrome. Es en 1994 cuando la Asociación Americana de Psiquiatría publica los criterios diagnósticos para la BN, que recogemos a continuación en la tabla 5.

El DSM-5 no incorpora cambios significativos en los criterios diagnósticos respecto al DSM-IV, salvo para los atracones y las conductas compensatorias. Lo más relevante, es la desaparición del subtipo bulimia nerviosa no purgativa, que corresponde ahora a la categoría de trastorno por atracón. Al igual que antes, se añaden especificadores en cuanto al tiempo (remisión parcial y remisión total) y la gravedad:

- Leve: de 1-3 episodios de conducta compensatoria a la semana
- Moderada: entre 4 y 7 episodios de conducta compensatoria a la semana
- Grave: entre 8 y 13 de episodios de conducta compensatoria a la semana
- Extremo: 14 o más episodios de conducta compensatoria a la semana.

Tabla 5: Criterios diagnósticos del DSM-IV para la BN

A. Presencia de episodios recurrentes de atracones. Un episodio de atracón se caracteriza por las dos condiciones siguientes:

1. Ingesta, en un breve período de tiempo (por ejemplo, en 2 horas), de una cantidad de comida superior a la que la mayoría de la gente podría ingerir en el mismo tiempo y en las mismas circunstancias.

2. Sensación de pérdida de control sobre la ingesta durante el episodio (por ejemplo, sensación de no poder parar de comer ni de controlar el tipo o la cantidad de comida que se ingiere).

B. Conductas compensatorias inapropiadas de manera repetida, con el fin de no ganar peso, como son provocación del vómito o uso excesivo de laxantes, diuréticos, enemas u otros fármacos, ayuno y ejercicio excesivo.

C. Los atracones y las conductas compensatorias inapropiadas tienen lugar, como promedio, al menos dos veces a la semana durante un período de tres meses.

D. La autoevaluación está exageradamente influida por el peso y la silueta corporales.

E. La alteración no aparece exclusivamente en el transcurso de la anorexia nervosa.

Especificar tipo:

Tipo purgativo: durante el episodio de bulimia nervosa, el individuo se provoca el vómito o usa laxantes, diuréticos o enemas en exceso.

Tipo no purgativo: durante el episodio de bulimia nervosa, el individuo emplea otras conductas compensatorias inapropiadas, como el ayuno o el ejercicio intenso, pero no recurre regularmente a provocarse el vómito ni usa laxantes, diuréticos o enemas en exceso.

Fuente: APA (1994)

En la tabla 6 exponemos los criterios diagnósticos para la BN:

Tabla 6: Criterios diagnósticos para Bulimia Nerviosa, según el DSM-5.

A. Episodios recurrentes de atracones. Un episodio de atracón se caracteriza por los dos hechos siguientes:

1. Ingestión, en un periodo determinado (p. ej., dentro de un período cualquiera de dos horas), 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.

2. Sensación de falta de control sobre lo que se ingiere durante el episodio (p. ej., sensación de que no se puede dejar de comer o controlar lo que se ingiere o la cantidad de lo que se ingiere).

- B. Comportamientos compensatorios inapropiados recurrentes para evitar el aumento de peso, como el vómito autoprovocado, el uso incorrecto de laxantes, diuréticos u otros medicamentos, el ayuno o el ejercicio excesivo.
- C. Los atracones y los comportamientos compensatorios inapropiados se producen, de promedio, al menos una vez a la semana durante tres meses.
- D. La autoevaluación se ve indebidamente influida por la constitución y el peso corporal.
- E. La alteración no se produce exclusivamente durante los episodios de anorexia nerviosa.

Especificar si:

En remisión parcial: Después de haberse cumplido con anterioridad todos los criterios para la bulimia nerviosa algunos, pero no todos los criterios, no se han cumplido durante un período continuado.

En remisión total: Después de haberse cumplido con anterioridad todos los criterios para la bulimia nerviosa, no se ha cumplido ninguno de los criterios durante un periodo continuado.

Especificar la gravedad actual:

La gravedad mínima se basa en la frecuencia de comportamientos compensatorios inapropiados (véase a continuación). La gravedad puede aumentar para reflejar otros síntomas y el grado de discapacidad funcional.

Leve: Un promedio de 1–3 episodios de comportamientos compensatorios inapropiados a la semana.

Moderado: Un promedio de 4–7 episodios de comportamientos compensatorios inapropiados a la semana.

Grave: Un promedio de 8–13 episodios de comportamientos compensatorios inapropiados a la semana.

Extremo: Un promedio de 14 episodios de comportamientos compensatorios inapropiados a la semana.

Fuente: APA (2013)

Para la CIE-10, deben aparecer todas las alteraciones siguientes indicadas en la tabla 7, aceptándose dentro de cada apartado algunas variaciones:

Tabla 7: Criterios diagnósticos para Bulimia Nerviosa según CIE-10

A) Preocupación continua por la comida, con deseos irresistibles de comer, de modo que el enfermo termina por sucumbir a ellos, presentándose episodios de polifagia durante los cuales consume grandes cantidades de comida en períodos cortos de tiempo.

B) El enfermo intenta contrarrestar el aumento de peso así producido mediante uno o más de uno de los siguientes métodos: vómitos autoprovocados, abuso de laxantes, períodos intervalares de ayuno, consumo de fármacos tales como supresores del apetito, extractos tiroideos o diuréticos. Cuando la bulimia se presenta en un enfermo diabético, éste puede abandonar su tratamiento con insulina.

C) La psicopatología consiste en un miedo morboso a engordar, y el enfermo se fija de forma estricta un dintel de peso muy inferior al que tenía antes de la enfermedad, o al de su peso óptimo o sano. Con frecuencia, pero no siempre, existen antecedentes previos de anorexia nerviosa con un intervalo entre ambos trastornos de varios meses o años. Este episodio precoz puede manifestarse de una forma florida o por el contrario adoptar una forma menor o larvada, con una moderada pérdida de peso o una fase transitoria de amenorrea.

Fuente: CIE (1998)

1.2.3 Trastorno por Atracón

El trastorno por atracón (TA) se caracteriza por la presencia de episodios de comida compulsiva (atracones) que se definen por dos características esenciales, la ingesta en poco tiempo de una cantidad de alimento excesiva y la pérdida de control sobre esa ingesta. Estas conductas van seguidas de culpa y malestar y no emplean métodos compensatorios frente a las mismas. Normalmente se asocia con obesidad y patología psiquiátrica y médica (Hudson, Hiripi, Pope & Kessler, 2007).

Los atracones suelen estar desencadenados por emociones negativas, estresores interpersonales, restricción alimentaria, aburrimiento, sentimientos disfóricos frente al alimento o insatisfacción con la figura y/o el peso.

El TA en el DSM-IV, se encuentra recogido dentro de los trastornos de la conducta alimentaria no especificados (TCANE). El TA se consideró una entidad en fase experimental, y se incluyó en el apéndice de criterios y ejes propuestos para estudios posteriores. Se contemplaba la disyuntiva de si era una forma de BN o un trastorno distinto a los TCANE. Sus criterios aparecen en la tabla 8.

Tabla 8: Criterios diagnósticos para Trastorno por Atracón, según el DSM-IV.

A. Episodios recurrentes de atracones. Un episodio de atracón se caracteriza por las dos condiciones siguientes:

1. Ingesta, en un breve período de tiempo (por ejemplo, en 2 horas), de una cantidad de comida superior a la que la mayoría de la gente podría ingerir en el mismo tiempo y en las mismas circunstancias.
2. Sensación de pérdida de control sobre la ingesta durante el episodio (por ejemplo, sensación de no poder parar de comer ni de controlar el tipo o la cantidad de comida que se ingiere).

B. Los episodios de atracón se asocian a tres (o más) de los siguientes síntomas:

1. Ingesta mucho más rápida de lo normal.
2. Comer hasta sentirse harto.
3. Ingesta de grandes cantidades de comida a pesar de no tener hambre.
4. Comer a solas para esconder su voracidad.
5. Sentirse a disgusto con uno mismo, depresión, o gran culpabilidad después del atracón.

C. Profundo malestar al recordar los atracones.

D. Los atracones tienen lugar, como media, al menos dos días a la semana durante 3 meses.

E. El atracón no se asocia a estrategias inadecuadas (por ejemplo, purgas, ayuno, ejercicio físico excesivo) y no aparecen exclusivamente en el transcurso de una anorexia o bulimia nervosas.

Fuente: APA (2013)

En el 2013, con la publicación del DSM-5, aparece por primera vez como trastorno con entidad clínica propia, dentro del capítulo de trastornos alimentarios y de la ingestión de alimentos y cuyos criterios diagnósticos, aparecen reflejados en la tabla 9. Se han mantenido los mismos criterios de investigación del DSM-IV, circunscribiéndose el cambio al criterio temporal. En concreto, en el DSM-IV-TR la frecuencia de atracones necesaria para hacer el diagnóstico es de dos veces por

semana en los últimos seis meses y en el DSM-5, es de una vez a la semana durante tres meses. En la CIE-10, no aparece especificado como TCA.

Tabla 9: Criterios diagnósticos para Trastorno de Atracones, según el DSM-5.

A. La ocurrencia de episodios recurrentes de atracones. Un episodio de atracón se caracteriza por los dos hechos siguientes:

1. Ingestión, en un período determinado (p.ej., de un período cualquiera de dos horas), 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.
2. Sensación de falta de control sobre lo que se ingiere durante el episodio (p.ej., sensación de que no se puede dejar de comer o no se puede controlar lo que se ingiere o la cantidad de lo que se ingiere).

B. Los episodios de atracones se asocian a tres (o más) de los hechos siguientes:

1. Comer mucho más rápidamente de lo normal.
2. Comer hasta sentirse desagradablemente lleno.
3. Comer grandes cantidades de alimentos cuando no se siente hambre físicamente.
4. Comer solo, debido a la vergüenza que se siente por la cantidad que se ingiere.
5. Sentirse luego a disgusto con uno mismo, deprimido o muy avergonzado.

C. Malestar intenso respecto a los atracones.

D. Los atracones se producen, de promedio, al menos una vez a la semana durante tres meses.

E. El atracón no se asocia a la presencia recurrente de un comportamiento compensatorio inapropiado, como en la bulimia nerviosa, y no se produce exclusivamente en el curso de la bulimia nerviosa o anorexia nerviosa.

Especificar si: En remisión parcial: Después de haberse cumplido con anterioridad todos los criterios para el trastorno de atracones, los atracones se producen con una frecuencia media inferior a un episodio semanal durante un período continuado. En remisión total: Después de haberse cumplido con anterioridad todos los criterios para el trastorno de atracones, no se ha cumplido ninguno de los criterios durante un período continuado.

Especificar la gravedad actual: La gravedad mínima se basa en la frecuencia de los episodios de atracones (véase a continuación). La gravedad puede aumentar para reflejar otros síntomas y el grado de discapacidad funcional. Leve: 1-3 atracones a la semana. Moderado: 4-7 atracones a la semana. Grave: 8-13 atracones a la semana. Extremo: 14 o más atracones a la semana

Fuente: APA (2013)

1.2.4 Otros TCA

En el DSM-5, dentro del epígrafe “Trastornos alimentarios y de la ingestión de alimentos”, aparecen otros que anteriormente estaban incluidos en el DSM-IV (APA, 1994), en el capítulo de trastornos de inicio en la infancia y adolescencia. En concreto, encontramos pica (ingestión persistente de sustancias no nutritivas), trastorno por rumiación (regurgitación de comida) y trastorno de evitación/restricción de la ingestión de alimentos (pérdida aparente de interés por comer o alimentarse).

Junto a estos, nos encontramos la categoría de “Otro trastorno alimentario o de la ingestión de alimentos especificado” y el TCANE. Los primeros, incluyen aquellas presentaciones que manifiestan síntomas característicos de un TCA pero que no cumplen los criterios completos, teniéndose que especificar, cuál de ellos es el que no presenta. Algunos de los que se incluyen bajo este epígrafe son la AN atípica, la BN de frecuencia baja y/o duración limitada, TA de frecuencia baja y/o duración limitada, trastorno por purgas y síndrome de ingestión nocturna de alimentos.

Los TCANE son normalmente cuadros de AN o BN incompletos, que no llegan a cumplir todos los criterios propuestos. Sin embargo, aunque no llegan a configurar una AN o BN, no implican menor gravedad. Esta categoría, se emplea cuando se opta por no especificar el motivo de incumplimiento de criterios, o cuando no existe suficiente información como para hacer un diagnóstico más concreto.

1.2.5 Manifestaciones clínicas

Ahondando de una forma más profunda en las características de los TCA, realizaremos una descripción de las manifestaciones conductuales, emocionales, cognitivas y biológicas, presentes en los mismos.

Conductuales

Las conductas más representativas de la enfermedad tienen que ver con la dieta y las purgas. El ayuno es típico y se caracteriza por ingerir menores cantidades de comida de las necesarias, saltarse ingestas y tener alimentos prohibidos. Rechazan alimentos, utilizan laxantes y diuréticos, así como los vómitos como medios compensatorios. El ejercicio físico puede ser ritualista y excesivo, así como estar presente hiperactividad física. Aparecen conductas extrañas con la comida como ocultarla, trocearla o comer muy lentamente. El sueño puede estar afectado. A veces se acompaña de aislamiento social y familiar. La parte sexual puede encontrarse disminuida o aumentada, típico esta última, de una conducta impulsiva donde pueden aparecer conjuntamente mentiras y autolesiones. También son muy frecuentes las conductas encaminadas a comprobar el peso y el cuerpo, como mirarse, tocarse determinadas partes o pesarse (Morandé et al., 2014).

Emocionales

En los pacientes con TCA, la ansiedad se manifiesta siempre en mayor o menor medida. En la bulimia precede al atracón, el cual la calma temporalmente, volviendo tiempo después con mayor intensidad. En la anorexia, aparece sobre todo cuando la paciente se enfrenta a las comidas. En la búsqueda de ese ideal de cuerpo que nunca consiguen, se sienten ansiosas ante la ropa que se han de poner o ante el peso, pudiendo manifestarse como ansiedad fóbica al cuerpo, peso o comida o ansiedad generalizada. También suelen aparecer problemas de ansiedad social, que provocan situaciones de evitación y aislamiento (Morandé, 1995).

Los síntomas depresivos también son frecuentes, y pueden aparecer en forma de llanto, inestabilidad emocional, irritabilidad, tristeza, apatía, sentimientos de culpa o fracaso, llegando a tener ideas o intentos suicidas. La inanición es condición suficiente para el inicio de la depresión, aunque está demostrado que, con la realimentación estos síntomas suelen mejorar (Toro y Vilardell, 1987).

Un factor que media en la aparición de ansiedad y depresión en el TCA es la autoestima y diversos autores lo ponen de manifiesto (Southall & Roberts, 2002; Stice, Marti & Durant, 2011). Una autoestima baja es un factor importante para el inicio y mantenimiento de los trastornos alimentarios (Beato, Rodríguez, Belmonte y Martínez, 2004; Fairburn, Cooper, Doll & Welch, 1999). Gual et al. (2002) encontraron conductas alimentarias de riesgo en aquellas personas que manifestaban baja autoestima y Schmidt (2001) describió la relación existente entre baja autoestima y conducta restrictiva.

Cognitivos

El miedo a engordar es la mayor preocupación que aparece a este nivel. Manifiestan pensamientos erróneos sobre comida y peso (“comer engorda”, “debo tener un peso estático”, “las grasas son malas”) y sobre el cuerpo y la imagen corporal (“tengo que pesar poco”, “tengo que tener los huesos marcados”, “estoy gorda”).

Las distorsiones cognitivas son frecuentes, siendo la de la imagen corporal una de las fundamentales. Esta es compleja de tratar, y su gravedad aumenta conforme disminuye el peso de la paciente (Lechuga y Gámiz, 2005).

Recogemos a continuación las distorsiones cognitivas más frecuentes descritas por Cash y Brown (1987):

- La Bella o La Bestia: o guapa o fea, o delgada o gorda, o baja o alta; no hay punto intermedio.
- El Ideal irreal: comparar el propio aspecto con el ideal de belleza del momento: modelos, cantantes...
- Comparación injusta: compararse con gente que conocemos que tienen atributos físicos que uno desea.
- La lupa: atención excesiva sobre los defectos que uno percibe en sí mismo.
- La ceguera mental: minimizar los aspectos físicos propios positivos.

- Expansión de la fealdad: generalizar el descontento hacia uno mismo por algún aspecto que a uno no le gusta.
- Juego de culpa: inferir que el aspecto de uno ha sido la causa de algo que no se quería que ocurriese.
- Leer (mal) la mente: si yo lo pienso, los demás también lo piensan.
- Predecir la desdicha: creer que el propio aspecto llevará a consecuencias negativas en el futuro.
- La atadura de la belleza: pensar que la apariencia propia prohíbe o dificulta hacer ciertas actividades.
- Sentirse fea: tomarlo como evidencia de que se es fea.
- El espejo malhumorado: generalizar pensamientos o estados de ánimo negativos a experiencias corporales.

Biológicos

Aunque los TCA pueden existir sin la presencia de síntomas físicos evidentes, hay toda una serie de posibles signos que están relacionados con la enfermedad (Banker et al., 2012):

Generales:

- Marcada pérdida de peso, ganancia o fluctuaciones.
- Pérdida de peso, mantenimiento del peso o ausencia de ganancia de peso en un niño o adolescente que aún está en crecimiento y desarrollo.
- Intolerancia al frío.
- Debilidad.
- Fatiga o letargia.
- Mareo.
- Síncope.
- Bochornos, episodios de sudoración.

Oral y Dental:

- Trauma oral / laceraciones.
- Erosiones dentales y caries dentales.
- Perimolisis.
- Agrandamiento de las parótidas.

Cardiorrespiratorio:

- Dolor precordial.
- Palpitaciones cardíacas.
- Arritmias.
- Falta de aliento.
- Edema.

Gastrointestinal:

- Molestia epigástrica.
- Saciedad inmediata, vaciamiento gástrico retardado.
- Reflujo gastroesofágico.
- Hematemesis.
- Hemorroides y prolapso rectal.
- Constipación.

Endocrino:

- Amenorrea o irregularidades menstruales.
- Pérdida de libido.
- Densidad mineral ósea baja con riesgo incrementado de fractura de huesos y osteoporosis.
- Infertilidad.

Neuropsiquiátrico:

- Convulsiones.
- Pérdida de memoria / Pobre concentración.

- Insomnio.
- Depresión/Ansiedad/Conductas obsesivas.
- Autoagresión.
- Intento suicida/Ideación suicida.

Dermatológico:

- Lanugo.
- Pérdida de cabello.
- Decoloración amarillenta de la piel.
- Callos o cicatrices en el dorso de la mano (Signo de Russell).
- Pobre cicatrización.

1.3 EPIDEMIOLOGÍA, COMORBILIDAD Y CURSO

Los TCA representan una problemática social de tal índole, que han pasado a constituirse como la tercera enfermedad crónica en mujeres adolescentes de sociedades del primer mundo. Desde los años 60 han aumentado su incidencia de dos a cinco veces, y la gravedad de sus síntomas unido a la dificultad del tratamiento, han hecho de estos trastornos un foco de atención ineludible (Peláez, Labrador y Raich, 2004). En concreto, la AN es uno de los trastornos mentales que mayores muertes produce debido a la malnutrición, las purgas y la conducta suicida, siendo su tasa de mortalidad 12 veces mayor que la de mortalidad femenina en población general (Sullivan, 1995). Como indica Calvo (2002), los TCA son enfermedades de países occidentales y desarrollados, en los cuales la belleza y la delgadez se han convertido en un ideal que conseguir, señal estos de éxito, felicidad, poder y autocontrol.

Un artículo publicado por Fairburn en 1980 en la revista *Cosmopolitan*, da cuenta de este incremento. En él, describió las características de la enfermedad, y pidió a las lectoras que se sintieran identificadas, que se pusieran en contacto, lo que le permitió comprobar que la BN no estaba siendo detectada en la mayor parte de las pacientes. De más de 1000 lectoras que parecían padecer la enfermedad, sólo el 2.5% estaba en tratamiento (Fairburn & Cooper, 1982).

Como encuentra Anaya (2004), en la revisión de estudios epidemiológicos se constata que el 90-95% de los sujetos afectados son mujeres. La relación entre mujeres y varones viene a ser de 9-10:1 (Lucas, Beard, O'Fallon & Kurland, 1991; Nielsen, 1980).

Para algunos autores los TCA pueden empezar tardíamente, entre los 20 y los 29 años (Bulik, 2002a, 2002b; Correa et al., 2006; Gowers et al., 2004). Sin embargo, se considera edad de inicio promedio entre los 15 y 24 años (Behar y Figueroa, 2004; Taylor et al., 2006).

Con respecto a la AN, aunque pueden aparecer cada vez con mayor frecuencia casos de inicio más temprano, el comienzo de la enfermedad se sitúa al final de la adolescencia, con mayor presencia en torno a los 15-18 años. Se observa una considerable disminución a partir de esa edad y suele ser infrecuente el inicio a partir de los 20 años. Por otro lado, suele estar asociada a clases altas o medias-altas (Lechuga, Caro y Guerra, 2000).

En el caso de la BN, el inicio suele ser al final de la etapa puberal y principio de la edad adulta y es mayor en clase media-baja, siendo muy frecuente haber ido precedida de AN u obesidad. En los trastornos alimentarios la relación con respecto al sexo es de un hombre por cada mujer, por lo que nos encontramos con una prevalencia en chicos diez veces menor (APA, 2013). No podemos perder de vista que, aunque los TCA son enfermedades propias de clases medias-altas, cada vez se va generando un desplazamiento hacia clases más pobres.

Los datos internacionales nos indican una gran variabilidad en la distribución de la prevalencia. Varias investigaciones (Isomaa et al., 2010; Santana et al., 2012; Starr & Kreipe, 2014; Swanson et al., 2011) nos muestran los siguientes porcentajes:

- AN: 0.1% a 1.5%.
- BN: 1% a 3%.
- TA: 1.6%
- TCA no especificados: 1.6%-5%.

Con respecto a la incidencia, existen muy pocos estudios que la refieran. Lahortiga-Ramos et al., en el 2005, encuentran unos porcentajes de 0.3% tanto para AN como para BN y un 4.8% para TCA no especificados. En AN en población general, es de 1 de cada 100.000 y en mujeres entre 10 y 34 años, entre 20-30 de cada 100.000. Con respecto a la BN, en mujeres es de 26.5 cada 100.000, y en varones de 0.8 de cada 100.000.

En España, la mayoría de trabajos llevan a cabo el análisis con los datos de comunidades autónomas específicas y no son estudios de prevalencia como tal. Usan como screening test de actitudes hacia la comida, peso y cuerpo y pocos utilizan además la confirmación con una segunda etapa a través de los criterios DSM con entrevistas clínicas, por lo que se obtienen en muchos de ellos porcentajes de población en riesgo de desarrollar el trastorno, y no diagnósticos de TCA (Ortiz-Moncada, 2007).

La existencia de TCA en España, es similar al de otras sociedades desarrolladas (Europa occidental y Norteamérica). Diversos autores (Martínez-González e Irala, 2003; Olesti Baiges et al., 2008; Peláez Fernández et al., 2004; Pérez-Gaspar et al., 2000; Ruiz-Lázaro et al., 2010) estiman las siguientes cifras de TCA en nuestro país:

- AN: 0.3-0.9%.
- BN: 0.8-2.9%.
- TCA no especificados: 0.7% al 2.8-12.6%.

Sin embargo, cuando tomamos en cuenta la presencia de síntomas alimentarios sin la necesidad de que lleguen a conformar un diagnóstico de TCA, se reflejan tasas de prevalencia en torno al 5% (Behar, 1998). Esto nos hace reflexionar sobre la posible subestimación de la presencia de la enfermedad en formas menos graves, pero no por ello menos importantes.

La comorbilidad en los TCA es la norma y no la excepción (Flament, Godart, Fermanian & Jeammet, 2001; Kaye, Bulik, Thornton, Barbarich & Masters, 2004).

Bran, Sunday y Haimi (1994), utilizando la entrevista estructurada SCID y SCID II administrada a 105 pacientes con TCA, encontraron que el 81.9% tenían otro diagnóstico añadido del Eje I. Depresión, ansiedad y abuso de sustancias eran los más comunes. Los trastornos del Eje II también son frecuentes. El 69% cumplían criterios para un trastorno de personalidad (TP) y la mayoría de los que manifestaban TCA y TP,

tenía otro diagnóstico del eje I (93%). A diferencia de la BN, las pacientes con AN manifestaban el TCA, antes que la otra sintomatología.

Lázaro et al. (1996) recogen en su estudio que los trastornos psiquiátricos más frecuentes en AN eran la depresión mayor y el TOC (21,2%).

Spindler y Milos (2007) hallaron que la comorbilidad de ambos ejes está relacionada con mayor gravedad de la patología alimentaria. En concreto, los trastornos afectivos y de ansiedad se relacionaban con una mayor intensidad en el miedo a engordar y en la distorsión corporal, siendo los segundos los que más influían en la severidad de los síntomas alimentarios. La presencia de atracones y purgas se asoció a la comorbilidad con trastornos de ansiedad, los relacionados con sustancias o trastornos de personalidad del clúster B.

Los trastornos del estado de ánimo están íntimamente relacionados con los trastornos alimentarios. La prevalencia oscila entre el 40% y el 80%, siendo más frecuentes en BN (Casper, 1988; Enns, Swenson, McIntyre, Swinson & Kennedy, 2001). La depresión en TCA se puede manifestar de diversas maneras; como insomnio, irritabilidad, baja autoestima, anhedonia, apatía, aislamiento social o insatisfacción corporal entre otros (Behar, Barahona, Iglesias, Bernardita y Casanova, 2007; Geist, Davis & Heinmaa, 1988; Silberg & Bulik, 2005). La aparición de esta sintomatología varía según el tipo de TCA y los estudios. En AN es de entre el 20-100% (Halmi, Eckert, Marchi, Sampugnaro, Apple & Cohen, 1991; Hamilton, 1967) y en BN de entre el 11-100% (Hatsukami, Eckert, Mitchell & Pyle, 1984; Stern, Dixon, Nemzer, Lake, Sansone & Smeltzer, 1984). Si nos referimos a un trastorno depresivo mayor, los estudios encuentran porcentajes que oscilan del 30% al 60% (Fornari, Kaplan, Sandberg, Matthews, Skolnick & Katz, 1992).

Strober y Katz (1987) corroboran en su estudio que la presencia de TCA y depresión es frecuente. En concreto, encontraron que entre 25% y 80% de los pacientes con TCA presentan alta prevalencia de depresión en la Escala de Hamilton.

Herzog, en el 1984, también ratifica la relación entre TCA y depresión; el 40,7% de los pacientes con AN y el 23,6% de aquellos con BN obtuvieron puntuaciones medias o altas en la Escala de Hamilton. Edelstein y Yager (1992) consideran que la depresión es consecuente a la inanición y a la pérdida de peso, unido al estrés mantenido, el cual afecta negativamente a su autoestima y autoconcepto.

La ansiedad está tan presente en los TCA, que cuesta diferenciar si es parte de la enfermedad u otra patología asociada. Los estudios indican unas prevalencias que oscilan entre el 10% y el 40% (Godart, Flament, Perdereau & Jeammet, 2002; Swinbourne & Touyz, 2007). Podemos observar crisis de pánico, ansiedad generalizada, fobias con respecto al peso o a los alimentos, fobias simples, claustrofobia o fobia social. La fobia social es un trastorno que se presenta en AN y BN, de una forma frecuente. Diversos autores han encontrado porcentajes que oscilan entre el 48% y el 60% (Behar, Barahona, Iglesias y Casanova, 2007; Herzog, Nussbaum & Marmor, 1996; Schwalberg, Barlow, Alger & Howard, 1992). En AN es 10 veces más frecuente, existiendo datos que indican que la mitad de las pacientes con este trastorno cumplen criterios de fobia social (Steere, Butler & Cooper, 1990).

Behar (2010b), en su revisión de los estudios publicados durante 15 años, encuentra que la prevalencia de ansiedad social en TCA fue del 40,7%, de depresión severa del 18,5% (más en AN, 66,6%) y de trastorno obsesivo compulsivo (TOC) del 26% (también más en AN, 33,3%).

Los rasgos de personalidad obsesivos son comunes en AN, presentándose hasta en un 40% de los casos un TOC (Halmi, Tozzi, Thornton, Crow, Fichter & Kaplan, 2005; Serpell, Hirani, Willoughby & Neiderman, 2006).

Se calcula que la comorbilidad con alteraciones de la personalidad en pacientes con TCA, va del 53 a 93% (Garner, 1993). Alrededor del 30% de las AN, presentan trastornos de personalidad, siendo los de personalidad por evitación, dependiente y obsesivo-compulsivo, los más característicos. En BN, son más prevalentes que en AN, y

los del cluster B (histriónico, límite, narcisista y antisocial) los más frecuentes (God, 2008; Sansone & Levitt 2005).

El consumo de drogas inicialmente, puede estar vinculado al intento de manejar el hambre, aunque es más típico en un contexto de impulsividad característico de las BN. Los trastornos relacionados con sustancias, aparecen en hasta el 40% de las pacientes con AN o BN (Gadalla & Piran, 2007; Holderness, Brooks-Gunn & Warren, 1994) fluctuando desde el 6% para las anorexias restrictivas, hasta el 30% en las bulimias, en las cuales están asociadas a la impulsividad y trastornos de personalidad comórbidos (Behar, 2004).

El curso de los TCA es bastante heterogéneo y se consideran enfermedades de larga evolución, con deterioro grave de la salud. El trastorno puede manifestarse de diversas maneras; formas cortas con buena resolución de los síntomas, un curso fluctuante con episodios alternantes de recuperación y recaída, o una evolución mantenida en el tiempo con un camino hacia la cronicidad (APA, 2000; Morandé et al., 2014). Fairburn (2000) indica que una tercera parte sigue cumpliendo criterios cinco años después de haber comenzado el TCA, por lo que nos situamos frente a una patología refractaria al tratamiento.

La AN, precisa de un tratamiento multidisciplinar y un abordaje terapéutico precoz, para impedir la cronificación de los síntomas y su posible evolución hasta la muerte. Gracias a la mejora del conocimiento y de la información acerca de estos trastornos, la detección precoz se hace posible, y los pacientes acuden a los recursos asistenciales cuando los familiares o a veces ellos mismos, detectan síntomas de la enfermedad. Como hemos indicado anteriormente, el curso es diverso, pudiendo observar pacientes que necesitan intervenciones cortas y otros más prolongadas.

Según Herzog et al. (1996), con el tiempo, muchas pacientes con AN siguen manifestando alteraciones en las comidas y en la imagen corporal. La mayor parte de los estudios realizados con pacientes en tratamiento en AN, indican que en torno al 50% de las pacientes se recuperan de una manera completa, un 30% presenta

recuperación parcial, el 20% cronificación y un 5% muere (Halmi et al., 1991; Steinhausen, 2002 & Sullivan, 1995) aunque a los 20 años, como indica Sullivan (1995) las cifras de fallecimientos ascienden hasta casi el 20%. Detrás de la mortalidad se encuentran la inanición, enfermedades infecciosas resultantes del estado físico, alteraciones electrolíticas y el suicidio, responsable del 27% de las muertes según Sullivan (Herzog et al. 2000; Sullivan, 1995).

Strober, Freeman y Morrell (1997, 1999) estiman el tiempo necesario de recuperación completa de la enfermedad, en torno a 58 meses en un 76% de los casos, en un estudio longitudinal.

La APA (2000) considera cronicidad en el trastorno alimentario cuando se manifiesta por un periodo de 10 años o más. Un inicio tardío de la enfermedad, larga evolución, bajo IMC, conductas purgativas, dificultades personales, académicas y/o sociales y ser hombre, están dentro de los factores relacionados con un peor pronóstico (Herzog et al., 1996; Steinhausen, 2002). En consonancia con estos datos, Deter y su equipo (2005), en un estudio con seguimientos entre los 9 y 19 años, hallaron que la edad en el inicio de la enfermedad, las purgas, la albúmina baja, la transaminasa glutámica oxalacética alta y la psicopatología asociada, eran variables importantes en la recuperación de las pacientes.

En el caso de la BN, su curso puede ir desde una recuperación completa hasta la cronicidad, y si no es tratada manifiesta una evolución fluctuante, agravada sintomatológicamente por conflictos emocionales y personales. La mortalidad en BN es menor que en AN. Tendrán peor pronóstico aquellos pacientes que manifiesten trastornos de personalidad comórbidos o del estado de ánimo previos, dificultades parentales y edad de inicio precoz (Seijas y Sepúlveda, 2005).

Fichter y Quadflieg (1997), con respecto al pronóstico de la enfermedad, señalan los siguientes porcentajes en los tratamientos de la BN: el 60% tendrían

evolución favorable, un 29% una evolución media, crónicos el 10% y un 1% de mortalidad.

Eddy (2007), en un estudio longitudinal de 9 años de duración con 5.176 pacientes con BN, encontraron que aquellos que no habían padecido previamente AN se movían con más frecuencia a un diagnóstico de TCANE, y de ahí a la mejoría completa. Sin embargo, las que manifestaban historia restrictiva anterior, tenían más probabilidad de virar a un TCANE y de ahí otra vez a una AN.

Fichter y Quadflieg (2007), en un estudio prospectivo con una muestra de 5311 personas con diagnóstico de TCA que duró 12 años, evidenciaron que la estabilidad diagnóstica era del 41,4% para las AN, del 34,4% para las BN, del 3% para el TA y del 3,2% para los TCANE. Los cambios diagnósticos más frecuentes eran, de AN a BN y de TA a BN. La BN y el TA, tenían mejor pronóstico frente al tratamiento que la AN.

Ambos estudios, ponen la atención en los cursos evolutivos de los TCA que tienden a oscilar de la AN a la BN o a formas parciales de la enfermedad, y que están recogidos en la “Teoría Transdiagnóstica” de Fairburn, Cooper y Shafran (2003), que describiremos más adelante.

1.4 FACTORES IMPLICADOS EN EL DESARROLLO DE LOS TCA

1.4.1 Factores de riesgo

Son muchas las causas responsables del inicio de un TCA y, por tanto, se hace imprescindible adoptar una mirada multidimensional para su entendimiento. Los modelos actuales incluyen factores biológicos, psicológicos, socio-culturales y familiares. Utilizaremos estas dimensiones para analizar las variables relacionados en la aparición de la enfermedad, pero primero haremos alusión al modelo de Garner (1993) que muestra la figura 1, que divide dichos factores en: a) aquellos que tienen que ver con el origen y desarrollo del TCA, predisponentes y precipitantes; y b) aquellos que permiten el mantenimiento, prolongan la duración o influyen negativamente en la recuperación, considerados perpetuantes.

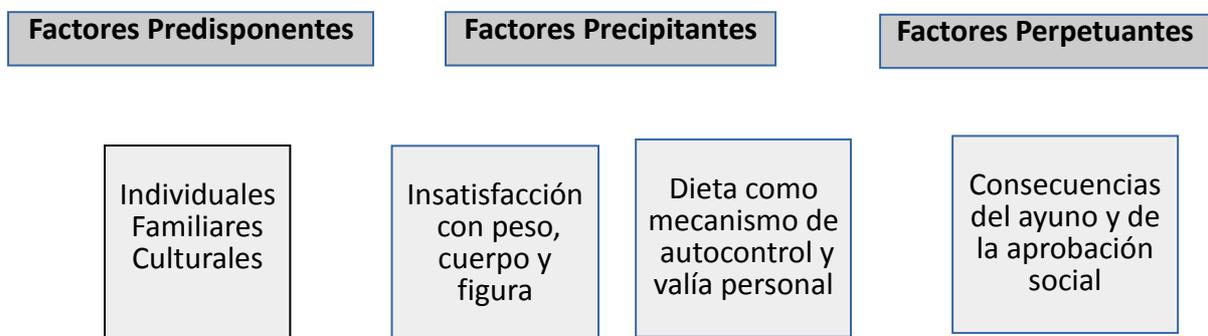


Figura 1. Modelo multifactorial de los TCA (adaptado de Garner, 1993).

Entre los factores predisponentes se encuentran, entre otros, ser mujer y adolescente, tener sobrepeso, el perfeccionismo o antecedentes familiares de depresión o adicciones. Fairburn (1999) señaló a la baja autoestima, el perfeccionismo y los problemas parentales como factores de riesgo para el inicio de una AN. Como indican Garner y otros autores (Calvo, 2002; Garner & Garfinkel, 1982), el inicio de una dieta suele actuar como desencadenante de estos trastornos, así como la insatisfacción

con el peso y el cuerpo. Tener sobrepeso u obesidad es un factor de riesgo para desarrollarlos (Agüera et al., 2011; Burrows & Cooper, 2002). Uno de los factores más importante en el mantenimiento de la enfermedad, tiene que ver con el propio estado de desnutrición y la distorsión de la imagen corporal. Por otro lado, los familiares y amigos pueden contribuir a que se perpetúen, a través de la falta de acuerdo entre los padres frente a la enfermedad, su culpabilidad o el refuerzo del grupo de iguales, frente a la pérdida de peso.

Teniendo en cuenta esta perspectiva, vamos a describir los factores implicados, englobados de la siguiente manera: biológicos, psicológicos, familiares y socioculturales.

Factores Biológicos

Se considera que puede existir una base genética para estos trastornos, puesto que aparecen con más frecuencia en familiares de personas con TCA, que en el resto. Según Toro (1999), en la AN la genética explica entre el 60-70% de la vulnerabilidad para la enfermedad. Bulik et al. (2003) hallaron en una muestra de 308 familias con TCA, que el cromosoma 10 está relacionado con la susceptibilidad a la BN.

A través de la investigación con gemelos se puede concluir que, en el caso de los monocigóticos, existe una concordancia del 50%, frente al 7% en dicigóticos (Treasure & Holland, 1995). Con respecto a las familias se encuentra, que el porcentaje que manifiesta un TCA es superior en aquellas que presentan la enfermedad, en comparación con el grupo control (Halmi et al. 1991; Rastam, 1990; Treasure & Holland, 1995).

A través de la genética molecular se han estudiado los sistemas serotoninérgico, dopaminérgico y neurotrofinas, ya que parece que ciertos poliformismos están implicados en la enfermedad. Sorbi et al. (1998) encontraron diferencias significativas en la presencia de un poliformismo en la región promotora del gen 5-HT 2A. En

concreto, el genotipo 1438A/A apareció en el 41,86% de las pacientes anoréxicas restrictivas, pero solo en el 9,34% de las controles.

Los niveles alterados en sangre del factor neurotrófico derivado del cerebro, conocido como BDNF, se han vinculado en algunos estudios con la presencia de TCA y sus síntomas (Clarke, Ramoz, Fladung, Gorwood, 2016; Klenotich, McMurray, Dulawa, 2016; Madra & Zeltser, 2016). También se ha encontrado relación entre los niveles en plasma de BDNF y el TCA. Los datos indican que cantidades alteradas de esta proteína pueden estar implicadas en la gravedad de la enfermedad, a través de la modulación de rasgos psicopatológicos del trastorno (Mercader, Fernández-Aranda, Gratacòs, Agüera & Forcano, 2010; Mercader et al., 2007).

El NTRK2, un receptor específico de BDNF, parece contribuir a la susceptibilidad genética de los trastornos alimentarios, en concreto de la AN purgativa (Ribases et al., 2005).

Sin embargo, los resultados de estos estudios son indicativos y no concluyentes, y aunque pueden predisponer, no debemos perder de vista la compleja interacción entre biología, psicología y ambiente.

Factores Psicológicos

Los rasgos de personalidad que se han asociado con la predisposición a manifestar la enfermedad son: perfeccionismo, neuroticismo, emocionalidad negativa, evitación del daño, baja auto-dirección, baja cooperatividad, rasgos límites en BN y rasgos obsesivos en AN (Agüera et al., 2011; Álvarez-Moya et al., 2007 Fassino et al., 2002; Fernández-Aranda et al., 2006).

En el caso de la AN, se identifican tendencia a la inhibición, dificultades en la expresión emocional, falta de iniciativa y un alto grado de conformismo (Cloninger,

1987; Herzog, Keller, Lavori, Kenny & Sacks, 1992; Strober, 1980). Por otro lado, otros autores encuentran en las pacientes con AN restrictiva, obsesividad, rigidez, perfeccionismo, dependencia y tendencia a la evitación social (Sohlberg & Strober, 1994).

En la BN, se encuentra una elevada evitación del daño y neuroticismo, con una personalidad aprensiva, preocupada y ansiosa (Díaz, Carrasco, Prieto y Sáiz, 1999; Hamer y Copelan, 1998). Los estudios describen alta impulsividad, búsqueda de sensaciones y novedad, rasgos límites, alta sensibilidad en las relaciones interpersonales y conductas agresivas e impredecibles (Newton, Freeman & Munro, 1993).

El funcionamiento psicosocial suele estar alterado. Es frecuente que manifiesten elevada preocupación por la opinión que los demás tengan de ellos, alexitimia, falta de asertividad y pobres habilidades sociales, lo que se traduce en dificultades en la relación con sus compañeros (Behar, 2010a; Steiger, Leung & Thibaudeau, 1993).

La baja autoestima es otro factor relacionado con estas patologías, convirtiéndose un nivel elevado en esta variable, en protector frente al trastorno (Cervera et al., 2003; Gordon, 1993). Por tanto, una autoestima alta implicará un riesgo de TCA bajo.

No debemos olvidar que un acontecimiento traumático, como un abuso físico, psicológico o sexual, se puede convertir en un precipitante del trastorno (Gordon, 1990). El haber recibido críticas por su aspecto y/o peculiaridades o alguna situación vital que suponga cambios importantes, son en muchas ocasiones antecedentes del TCA. Ejemplos de esto último lo constituyen pérdidas cercanas, divorcio de los progenitores, enfermedad o cambios de residencia.

Factores Familiares

Bruch, en 1978, pone la atención en la importancia del contexto familiar en la construcción de la personalidad. Aunque la carga genética nos determina con un temperamento, el carácter se forma en familia y la visión de la vida y la capacidad de flexibilizar el pensamiento, estará en parte determinada por lo que aprendemos durante el desarrollo a través de nuestras experiencias.

Factores de los padres que pueden predisponer a la enfermedad son, antecedentes del trastorno en la familia, psicopatología, obesidad o consumo de drogas. Se ha relacionado la existencia de padres ausentes física o emocionalmente y/o adictos a sustancias, con la presencia del TCA (Pool López, 2016).

Las manifestaciones depresivas en las madres de las pacientes han sido ampliamente estudiadas. García y De Simone en el 2003, encontraron que las madres de personas con TCA presentan más síntomas de TCA y depresión, que los controles. Barbin et al. (2002) también hallan que las progenitoras tienen mayor depresión, estrés y complicaciones perinatales.

Se ha encontrado en las madres de pacientes con TCA, mayor insatisfacción con el cuerpo (Pike & Rodin, 1991). Es frecuente que recurran a dietas y manifiesten conductas o pensamientos alimentarios restrictivos: presencia en casa de alimentos "light", bajos en grasas, maniobras compensatorias frente a pensamientos de haber comido en exceso, y verbalizaciones acerca de la idoneidad o lo inadecuado que resultan ciertos alimentos. Por otro lado, en ocasiones son madres que sobrealimentan a sus hijos y donde las pautas con la comida no están bien definidas, encontrando un ambiente en el que las ingestas no están reguladas y donde en ocasiones el alimento, se convierte en una forma de transmitir el afecto.

Como señalan Rodríguez-Ruiz et al., en el 2013, las familias influyen en la insatisfacción corporal de sus hijos y, por tanto, en una de las características del

trastorno, a través de comentarios críticos hacia su propio cuerpo y el ajeno. Pueden generar un ideal de cuerpo inalcanzable, que genera frustración y odio hacia sí mismo, a través de lo que se conoce como “fat talk”. Este es un tipo de lenguaje crítico hacia el cuerpo, donde se resalta la delgadez y que fomenta conductas restrictivas y compensatorias (“esta noche no ceno”, “eso engorda”, “hay que quemar calorías”, “he engordado”). Como encuentran Stice, Maxfield y Wells (2003) en su estudio, el “fat talk” generó un aumento significativo de la insatisfacción corporal en mujeres jóvenes.

El funcionamiento familiar ha sido ampliamente abordado. Gordon (1990) identifica determinadas dinámicas familiares como sobreprotección, control excesivo, carencia de figuras de autoridad o de reglas establecidas, que suelen estar detrás de estos trastornos. Con respecto a las diferencias entre familias de AN y BN, Turón (1997) halló que las relaciones en los hogares de las pacientes con BN estaban más desorganizadas, encontrando peores relaciones afectivas con el padre, menor organización y cohesión, diferente modo de permitir la individualización y mayor conflictividad. Planteamientos estos, acordes con el de otros autores (Quiles, Terol y Quiles, 2003; Vidovic et al., 2005).

En el caso de la AN, Selvini-Palazzoli (1979) y Minuchin (1974) señalaron ambientes sobreprotectores, rígidos, evitadores de conflictos, con elevada implicación interpersonal y un no reconocimiento de la individualidad. Coo-Darzens et al. (2005) y Vázquez et al. (2001) también hablan de dificultades en la solución de problemas y sobreprotección en estas familias.

Una vez más, no debemos olvidar la perspectiva multifactorial de estas disfunciones. Que determinadas dinámicas, síntomas o trastornos acompañen con más frecuencia a los TCA, no implica que sean las responsables de su aparición, puesto que muchas familias de estos pacientes no los manifiestan. Es importante adoptar una postura desculpabilizadora con las familias, que se centre en señalar las potencialidades y transformar las dificultades.

Factores Socioculturales

Los mensajes de los medios de comunicación, las modas y los cánones de belleza establecidos, pueden estar detrás de la manifestación de la AN y la BN (Gordon, 1990). Nos encontramos ante una sociedad que otorga a la apariencia física un lugar que no le corresponde, y en un momento histórico donde la delgadez es buscada inexorablemente, cueste lo que cueste. Mayores e iguales y sociedad en general, transmiten mensajes de equiparación de la delgadez con poder, éxito y belleza. Esta información recibida por los adolescentes, si no es filtrada adecuadamente y enjuiciada, puede provocar una sin razón de conductas dirigidas a la obtención de un cuerpo, totalmente alejado del que tendría que ser su referente físico.

La moda, los medios de comunicación, revistas y publicidad pueden generar insatisfacción y actitudes negativas hacia el cuerpo. Toro allá por el 1996, afirmó que los medios de comunicación eran capaces de conseguir el “lavado de cerebro” que podría estar afectando a la salud mental de la población.

La televisión y prensa nos acerca un ideal de mujer difícilmente alcanzable y en muchas ocasiones irreal, debido a la manipulación de las imágenes y a el control de las variables estéticas, al que son sometidos los referentes televisivos o publicitarios. Existen estudios que analizan la influencia de esta variable, en el origen y desarrollo de los trastornos alimentarios. Stice, Schupak-Neuberg, Shaw, y Steinert (1994) concluyen que los medios influyen en los TCA, a través de las mujeres delgadas que aparecen.

Las revistas suelen presentar gran difusión de dietas y de exhibición del cuerpo, y aquellas dirigidas a la población adolescente son numerosas. Martínez, Toro, Salamero, Blecua y Zaragoza (1993) mostraron que el 65% de 657 jóvenes y adolescentes encuestadas, se interesó por aquellos reportajes que versan sobre comida, cuerpo y belleza y a el 42% le preocupaban las calorías de los alimentos.

Otra variable importante, tiene que ver con la influencia de amigos y padres en el trastorno. Como ya apuntamos, los padres pueden transmitir estereotipos referentes a la importancia de las dietas, la delgadez y el cuerpo, pero también los compañeros pueden producir un efecto crítico en la percepción del mismo, a través de mensajes o conductas inadecuadas.

Ruiz, Vázquez, Mancilla y Trujillo (2013) señalan que el modelo estético de delgadez se transmite a través de las madres en pacientes con TCA y que esta influencia, unida a la de amigos y familiares, es la que favorece el riesgo de su presentación (Wilksch, Tiggemann & Wade, 2006). Wasilenko, Kulik y Wanick (2007) identifican en el género femenino, que la simple presencia de otra mujer puede activar comparaciones con su físico.

Es en la adolescencia donde estos trastornos se fraguan, fruto entre otras variables, de la incapacidad a nivel madurativo de poder defenderse de las comparaciones, y del lenguaje “fat talk” del que hablamos anteriormente. Es un momento de cambios físicos y psíquicos derivados de la pubertad, donde el cuerpo es uno de los mayores afectados. La inestabilidad del autoconcepto propia de su edad, unido a estos mensajes por parte del contexto social, están implicados en la génesis de los TCA y, por tanto, son factores importantes a tener en cuenta.

1.4.2 Modelos explicativos

En el inicio de un TCA se considera que están implicados factores socioculturales, familiares e individuales. Dentro de estos últimos se suelen destacar los relacionados con el sobrepeso (Carretero, Sánchez, Rusiñol, Raich y Sánchez, 2009), la existencia de afecto negativo o necesidad de control (Polivy & Herman, 2002), así como el inicio de una dieta (Fairburn, 1995).

Los modelos teóricos que hacen referencias a los trastornos alimentarios son múltiples y se retrotraen al S. XIX. En primer lugar, abordaremos aquellos concernientes a la AN para pasar posteriormente, a los de la BN.

Anorexia

Freud relacionó a la AN con la histeria y melancolía. Otros autores psicoanalíticos (Brusset, 1990; Kestemberg, Kestemberg & Decobert, 1972) resaltan organizaciones narcisistas.

Desde perspectivas sistémicas, cabe destacar a Hilde Bruch y Mara Selvini-Palazzoli. Bruch (1962, 1978) describe a las alteraciones de la imagen corporal, a las distorsiones interoceptivas y al sentimiento de ineficacia personal como características de la AN. Identifica a los padres como en continua competición por el sacrificio hacia su hija, unido a la imposición a ésta de unas exigencias difíciles de alcanzar.

Selvini-Palazzoli (1963, 1985) parte de las relaciones madre-hija para pasar a considerar que el sistema familiar es fundamental en el trastorno. Los padres son negadores de conflictos y ambivalentes, con respecto al reconocimiento hacia el hijo. No dejan atrás, por tanto, la consideración de la importancia de los factores culturales y sociales en la enfermedad.

Minuchin y su grupo (Minuchin, Rosman & Baker, 1978) consideran que en la AN existen relaciones familiares demasiado cercanas, con límites difusos, sobreprotección, rigidez, ausencia de resolución de conflictos e implicación del hijo en los problemas conyugales.

Las primeras teorías conductuales defendían que la conducta de no comer era aprendida y se mantenía por el refuerzo positivo, el cual se conseguía a través de la atención (Allyon, Haughton & Osmond, 1964), y también del refuerzo negativo, provocado por evitar la ansiedad asociada a comer y ganar peso (Agras, 1987). Desde estas visiones, el rechazo del alimento es lo principal en la AN.

A partir de los años 80, se empiezan a desarrollar las teorías cognitivas de la AN. Garner y Bemis (1982) adoptan el modelo de la depresión de Beck en la enfermedad. Para estos autores, las distorsiones cognitivas son las que explican el mantenimiento de la AN, y el perfeccionismo subyace a esa manera de pensamiento, siendo un rasgo típico en estas pacientes. También consideran a los conflictos familiares, relacionados con la maduración y la autonomía, como mantenedores del trastorno. Por otro lado, consideran a la pérdida de peso, como un síntoma egosintónico.

Slade (1982) planteó que los problemas familiares junto a los interpersonales, provocarían insatisfacción. Ésta, unida a una tendencia al perfeccionismo y necesidad de control, junto a acontecimientos vitales y el refuerzo negativo (miedo a engordar o evitar estresores), produciría el inicio de la dieta, que se mantendría por refuerzo positivo al generar sentimientos de éxito.

En 1983, Guidano y Liotti definen a la AN como producto del fracaso en el desarrollo de la autonomía y la expresión en la infancia, que se manifiesta en un déficit en las estructuras cognitivas relacionadas con la identidad.

Vitousek y Hollon (1990) consideran que la AN está precedida de rasgos de perfeccionismo y dificultad para regular las emociones, y se mantiene por la sobrevaloración del peso y la figura.

En 1995, Slade reformula su modelo, dándole más prioridad al perfeccionismo y la insatisfacción con uno mismo como factores predisponentes. El trastorno, además de la función de permitir sentir el control, generaba una focalización permanente en cuerpo y comida, que evita contactar con los problemas reales.

Wolff y Serpell, en 1998, construyen un modelo encaminado a identificar las creencias que el paciente tiene sobre padecer la enfermedad y las conductas de seguridad manifiestas, existiendo creencias pro-anorexia y anti-anorexia. Resaltan la importancia de las sensaciones negativas acerca de la comida, peso y cuerpo.

Fairburn et al. (1998), en su modelo de la AN, consideran a la búsqueda del autocontrol a través de la comida como la problemática principal. La restricción está relacionada con la exigencia, baja autoestima y perfeccionismo, y produce resultados tangibles e inmediatos. Una vez iniciada, se mantiene por tres causas:

1. Aumento del sentimiento de auto-control y auto-valía.
2. La inanición aumenta la restricción por la amenaza al control que supone el hambre.
3. La preocupación extrema por el peso y la figura alienta la restricción.

Unido a lo anterior, estos pacientes manifiestan sesgos en su atención e interpretación, en relación a la información referida a peso, cuerpo y comida, que se traduce en conductas de verificación y una atención constante a estas áreas.

Los mismos autores, seis años más tarde, elaboran la teoría transdiagnóstica. Consideran que los TCA se caracterizan por la misma psicopatología, estando en un continuo con respecto a los síntomas. En el caso de la AN y BN, encuentran una distorsión cognitiva con respecto a la sobrevaloración del peso, cuerpo y comida y un perfeccionismo clínico, baja autoestima, irritabilidad y dificultades interpersonales.

Ambos modelos de Fairburn (1999, 2003) establecen cinco afirmaciones en su teoría:

- El humor negativo se relaciona causalmente con los atracones.
- El autocontrol es una característica central del trastorno, sobre todo en AN.
- La restricción promueve el aumento del autocontrol.
- El perfeccionismo es muy alto en AN.
- Existen bastantes dificultades interpersonales.

Otras teorías posteriores, de corte cognitivo, son las de Waller, Kennerley y Ohanian (2004) y la de Cooper (2005). Ambas estudian los pensamientos y su relación con las emociones y la conducta.

Bulimia

Podemos identificar dos tipos de modelos acerca de la BN (Gómez, 2007): 1) aquellos que se centran en la dieta, atracón y sus efectos, como los principales mantenedores del trastorno (modelo adictivo, modelo del atracón condicionado y modelo espiral de la restricción dietética) y 2) los que tienen en cuenta, unidos a estos factores, aspectos emocionales y socioculturales (modelo de la doble vía y teoría transdiagnóstica).

En el modelo adictivo, se asemeja la conducta bulímica con la del abuso de alcohol y drogas (Gómez, 2007). Consideran que aparece un deseo impulsivo de consumir el alimento, cuya conducta alivia la tensión, unido a una pérdida de control. Al disminuir sensaciones negativas, la comida se convierte en un regulador emocional. Además, aparecen pensamientos rumiativos relacionados con el alimento. Son comportamientos mantenidos en secreto, negados además por el paciente, como peligrosos para su salud. Llevan a cabo intentos para manejar la conducta y, sin embargo, a pesar de las consecuencias negativas, no pueden dejar de hacerlo sin dificultad.

Desde este paradigma se considera que ciertos alimentos como por ejemplo los dulces, generarían dependencia. Por tanto, el tratamiento irá encaminado a su no consumo. Sin embargo, en la BN no encontramos tolerancia, ni dependencia física y la comida no es una sustancia tóxica que deba ser evitada. Además, el considerar cierto tipo de alimentos como prohibidos y restringir su ingesta, no hace más que aumentar la obsesión y ganas de consumirlos.

El modelo del atracón condicionado (Jansen, 1998; Nederkoorn & Jansen, 2002) postula, que la conducta de comer de forma desproporcionada, está asociada a claves del contexto presentes durante el atracón. Su presencia posterior, provocará una serie de reacciones fisiológicas condicionadas, que inducirán hambre y la posibilidad del

descontrol alimentario. Por tanto, el tratamiento está encaminado a la exposición exitosa, frente al alimento que produce la conducta problema.

El modelo espiral de la restricción dietética, plantea que una dieta estricta aumenta el riesgo de una alimentación compulsiva (Fairburn, Marcus & Wilson, 1993; Heatherton & Polivy, 1992). Esto sería consecuencia de la deprivación calórica. Cuando el individuo manifiesta una preocupación extrema con respecto a su peso y figura, normalmente aparecen mecanismos controladores a través de una dieta rígida. Debido a lo irreal de sus exigencias, esta termina siendo incumplida y compensándose a través del atracón. La aparición de estos a su vez, produce conducta purgativa e intento férreo de controlar de nuevo la alimentación, produciéndose un círculo vicioso. Derivado de esto, aparecen síntomas ansioso-depresivos que facilitan la aparición de los atracones.

El modelo de la doble vía (Stice, 1994) considera a la BN resultado de la interacción de diversas causas y procesos. Propone que tanto la restricción alimentaria como el afecto negativo influyen en la conducta bulímica. Un ideal de belleza de delgadez extrema, unido a la presencia de sobrepeso, favorecen sentimientos de insatisfacción corporal. Esto produce emociones negativas y la restricción de la ingesta como mecanismo para disminuirlas, lo que predispone al atracón. Por tanto, dicho modelo considera que la dieta, las distorsiones afectivas o una combinación de ambas, previa base de insatisfacción, conducen a las conductas bulímicas.

Cooper, Wells y Todd (2004) y Cooper (2005) también tienen en cuenta en su modelo esta doble vía. Ellos postulan que la conducta de comer compulsivamente, es una manera de manejar las emociones como ansiedad, culpa o depresión, derivadas de las creencias negativas, vinculadas a pensamientos negativos sobre la aceptación por los demás y por uno mismo. Inicialmente, la comida distrae de estas sensaciones, sin embargo, a medio plazo aparecen las consecuencias de comer, que se vivencian angustiosamente. Además, esto produce la imagen de sí mismo como un comedor incontrolable.

Fairburn en 2003, reelabora sus planteamientos anteriores (Fairburn, 1985; Fairburn, Marcus & Wilson, 1993) para la BN y los extiende a todos los TCA. En su formulación inicial, plantea que los atracones se desencadenan como respuesta a cambios en el estado de ánimo. Estos, tendrían una función reguladora de ese estado disfórico. Esta extensión es denominada “Teoría Transdiagnóstica”. La misma, enfatiza que los estados anímicos negativos, están relacionados con los atracones. La necesidad de control es importante y suele ser buscada a través de la restricción alimentaria, estando el perfeccionismo muy presente, sobre todo en AN, y siendo las dificultades interpersonales relevantes. Propone que hay cuatro mecanismos mantenedores en los TCA:

- Perfeccionismo clínico: la valía personal está determinada por el esfuerzo destinado a conseguir objetivos y la consecución de los mismos. Estas metas suelen ser difíciles de lograr y ocasionan consecuencias perjudiciales en el intento de obtenerlos.
- Baja autoestima: existe una autoimagen negativa que forma parte de su identidad y que dificulta la posibilidad de cambio. Origina desesperanza y generan movimientos en busca de esos cambios valorados (control de la comida, cuerpo y peso) que son difícilmente logrables.
- Irritabilidad e intolerancia emocional: manifiestan dificultades para regular sus estados emocionales y pueden recurrir a conductas dañinas como autolesiones, consumo de drogas, atracones o vómitos para modular estos sentimientos.
- Dificultades interpersonales: es frecuente que presenten problemas en las áreas de comunicación con los otros.

1.5 EVALUACIÓN Y TRATAMIENTO DE LOS TCA

1.5.1 Evaluación de los TCA

Para disminuir las cifras de prevalencias de los TCA y realizar un adecuado tratamiento, disminuyendo los tiempos entre el inicio de la enfermedad y su diagnóstico, es necesario detectar la existencia de estos problemas alimentarios de forma prematura. Para ello, se utilizan instrumentos de cribado que, si bien sólo proporcionan la sospecha de un TCA, permiten seleccionar de entre la población encuestada, a aquellas personas que deberán de ser evaluadas mediante una entrevista estructurada.

El proceso de diagnóstico de un TCA, va precedido de una rigurosa evaluación, destinada a identificar que variables relacionadas con los síntomas alimentarios, están en marcha en la conducta, emoción o pensamiento del individuo. Esta, implica una historia de la vida del paciente, escrutinio de los síntomas presentes, del estado físico y del peso y rastreo de posibles patologías comórbidas, como trastornos depresivos, de ansiedad, de personalidad o abuso de sustancias.

A continuación, expondremos algunos de los principales cuestionarios dirigidos a detectar presencia de anomalías alimentarias:

- SCOOF (Morgan Reid & Lacey, 1999): el Sick, Control, One, Fat, Food Questionnaire es un cribado para detectar posibles TCA. Compuesto por cinco preguntas de elección dicotómica. El punto de corte es de dos respuestas afirmativas.
- EAT (Garner & Garfinkel, 1979): el Eating Attitudes Test es el más conocido y utilizado. Consta de 40 ítems en una escala de seis puntos tipo likert, sobre síntomas relacionados con el control oral, dieta y bulimia. El punto de corte es de 30 para los autores, aunque en la adaptación española (Castro, Toro,

Salamero y Guimera, 1991) se recomienda emplear un punto de corte de 20. Existe una versión reducida, EAT-26 (Garner, Olmstead, Bohr & Garfinkel, 1982), cuya puntuación de corte es también de 20 y que cuenta con varias validaciones en España. Se utiliza en población no clínica.

- EDI (Garner, Olmstead & Polivy, 1983): el Eating Disorders Inventory es un autoinforme que pretende evaluar características conductuales y de personalidad relevantes en estos trastornos. Incluye ocho subescalas (motivación para adelgazar, bulimia, insatisfacción corporal, ineficacia, perfeccionismo, desconfianza interpersonal, conciencia interoceptiva y miedo a madurar) con un total de 64 ítems con 6 alternativas de respuesta. Existe una versión revisada, EDI-2, que incluye la medida del ascetismo, regulación del impulso e inseguridad social.
- EDE-Q (Fairburn & Beglin, 1994): el Eating Disorder Examination Questionnaire, exámen de los trastornos alimentarios, es un auto-informe de 40 ítems que evalúa actitudes, sentimientos y comportamientos relacionados con la comida y la imagen corporal en los últimos 28 días en una escala tipo likert.

Para Peterson (2005), los factores a evaluar durante la entrevista diagnóstica relacionados con la enfermedad son el peso corporal, la conducta alimentaria y los patrones de comida, restricción e imagen corporal. Además, habrá que explorar síntomas comórbidos, tratamientos previos, historial médico, historia familiar, social y del desarrollo y deterioro del funcionamiento psicosocial.

Con respecto al peso corporal, aunque hay varios (índice de peso relativo, índice de Broca) el índice de referencia es el Índice de Quetelet o de Masa Corporal (IMC). Este se obtiene dividiendo el peso en Kg por la talla al cuadrado en cm. En adultos, un IMC entre 18.5 y 25 se considera adecuado. Un IMC de 17 o inferior, es un buen indicador de probabilidad de AN.

La conducta alimentaria es evaluada a través de diversos métodos, como son entrevistas al paciente y a sus familiares, cuestionarios, autorregistros y observación externa. Hay que tener en cuenta que en el caso de pacientes que acuden a consulta obligados o sin conciencia de enfermedad, van a minusvalorar u ocultar estas conductas, por lo que los referentes externos serán más adecuados.

La EDE (Eating Disorder Examination) de Fairburn y Wilson (1993) es una entrevista estructurada que permite el diagnóstico de TCA. Incluye cuatro subescalas: restricción, preocupación por la forma corporal, por la comida y por el peso. Se centra en identificar conductas, pensamientos y sentimientos en torno a la enfermedad.

La distorsión de la imagen corporal es una característica de estos trastornos, por lo que su evaluación es muy importante debido a que su sobreestimación es un precursor de la enfermedad. Los procedimientos utilizados para evaluar la percepción corporal, como señala Raich (2006), son varios (de distorsión de imagen, analógicos, siluetas, trazado de imagen...). En estos procedimientos, se confronta al paciente con las medidas estimadas por él y las reales. Por otro lado, es importante evaluar la insatisfacción corporal fruto de las distorsiones cognitivas presentes. Para ello existen entrevistas estructuradas como la Body Dismorphic Disorder Examination (Rosen & Reiter, 1995) o el cuestionario de la forma corporal, Body Shape Questionnaire (BSQ), de Cooper, Fairburn y Taylor (1987), adaptado por Raich et al. en 1997.

1.5.2 Tratamiento de los TCA

El tratamiento de estos pacientes es multidisciplinar y aborda los niveles médico, nutricional, psicológico y psiquiátrico. Según la Guía de Práctica Clínica sobre Trastornos de la Conducta Alimentaria (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2009), los objetivos del tratamiento son:

- Restaurar o normalizar el peso.
- Tratar las complicaciones físicas.

- Proporcionar educación sobre patrones alimentarios y nutricionales sanos.
- Modificar y mejorar las disfunciones previas, adquiridas como consecuencia de los TCA.
- Tratar los trastornos asociados.
- Conseguir el apoyo familiar.
- Prevenir las recaídas.

Es preciso realizar un examen físico, que incluya una analítica para detectar posibles anomalías y/o deficiencias físicas y una revisión del estado del pulso cardíaco, mucosas y glándulas parótidas y salivares. A nivel médico y nutricional, los objetivos primarios son la renutrición en casos de IMC y masa grasa bajos y el consejo nutricional, y en algunos casos suplementación vitamínica o mineral. Se puede necesitar el ingreso hospitalario para la recuperación del peso en el caso de las AN, a través de la sonda nasogástrica o parenteral en casos específicos (National Collaborating Centre for Mental Health, NICE, 2004). Las recomendaciones alimentarias dependerán del peso que presente el paciente. Se deberá restaurar el desequilibrio electrolítico en el caso de que este ocurra, e informarles de la necesidad de la suspensión del uso de laxantes y diuréticos.

A nivel psiquiátrico, los antidepresivos que se han identificado con evidencia científica son los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS), los tricíclicos y otros como la sibutramina y la trazodona (NICE, 2004). En el caso de la AN, los resultados de la eficacia de los antidepresivos no están claros. Existe evidencia de diferencias significativas en el aumento de peso con un tratamiento multimodal que incluye antidepresivos, comparado con placebo (Attia, 1998; Biederman et al., 1985). Sin embargo, no se encuentra al comparar ISRS con lista de espera (Fassino, 2002). Por otro lado, los antidepresivos tricíclicos no se asocian con mejoría de peso, aunque sí en los síntomas secundarios al trastorno.

En el caso de BN, la fluoxetina es el fármaco de primera elección. Esta logra reducir atracones y purgas, así como síntomas psicológicos relacionados con el TCA, en un corto periodo de tiempo (Goldstein, 1995; Walsh, 1991).

En TA, en estudios a corto plazo, el tratamiento con ISRS reduce los síntomas relacionados con el TCA, el peso y la gravedad de la enfermedad. Dosis bajas de imipramina, unido a terapia psicológica y consejo nutricional, se relaciona con disminución en los atracones y en el peso.

A nivel psicológico, la terapia cognitivo comportamental en BN, obtiene mejores resultados frente a la terapia de conducta o la terapia expresiva de apoyo psicodinámica, encontrándose en un seguimiento de 6 y 12 meses, una reducción del 90% de los atracones y purgas, disminuyendo los porcentajes al 36% al año (NICE, 2004). Con respecto a la terapia interpersonal, la cognitivo comportamental reduce los síntomas en menos tiempo (Fairburn, 1991) y es considerada una alternativa. El tratamiento tipo está estipulado en 16 y 20 sesiones llevadas a cabo en 4 o 5 meses.

En la AN, el objetivo del tratamiento es reducir el riesgo físico, restituir el peso, reducir síntomas de la enfermedad y facilitar la recuperación física y psicológica. Se trabajará para modificar actitudes disfuncionales hacia el cuerpo, comida y peso. Los tratamientos mínimos son de 6 meses a nivel ambulatorio y de 12 meses cuando han estado hospitalizados. Aparte del recurso ambulatorio y del ingreso, existen unidades intermedias donde las pacientes están ingresadas de forma parcial y que son preferibles cuando la atención ambulatoria se queda escasa, siempre que no esté recomendado el ingreso.

Según señala el NICE (2004), hay poca evidencia de que la terapia cognitivo comportamental sea más eficaz que la terapia nutricional para el incremento del peso en AN. Tampoco se encuentran diferencias de esta, frente a la terapia interpersonal y el tratamiento de apoyo no específico. No hay suficiente evidencia de que la terapia cognitivo conductual sea efectiva en la fase aguda de la enfermedad, donde se propone

rehabilitación nutricional y terapia de conducta. Hay limitada evidencia de que la cognitivo conductual sea más efectiva que la terapia nutricional para AN, cuando están hospitalizadas y ya se ha recuperado el peso (Pike, 2003), aunque puede reducir el riesgo de recaídas.

La terapia de familia está indicada en niños y adolescentes con AN para mejorar la comunicación, apoyar el tratamiento conductual y transmitir información relativa al tratamiento. Referente al TA, la terapia cognitivo conductual es más efectiva en reducir la frecuencia de los atracones y en remitirlos y mejora aspectos psicológicos, aunque no se asocia con una pérdida de peso (Gorin, Le Grange & Stone, 2003; Hilbert, 2004).

CAPÍTULO II

SALUD EN POBLACIÓN UNIVERSITARIA

2.1 LA SALUD Y SUS DETERMINANTES

El concepto de salud ha sufrido modificaciones en las últimas décadas. Hasta mediados del siglo XX, la concepción de salud estaba basada en la ausencia de enfermedad, incapacidad o invalidez. Esto implicaba establecer el límite entre lo que es enfermedad y lo que no lo es con la consecuente dificultad, además de perder de vista la relación entre la salud y el bienestar.

A partir de los años 40, esta perspectiva cambia y comienza a definirse la salud desde una visión positiva, pasando a considerar sano al individuo o colectivo que manifiesta bienestar en ausencia de malestar. Varias son las definiciones que tienen en cuenta este paradigma y que van introduciendo diferentes dimensiones implicadas, hasta considerar el componente físico, psíquico y social (Dubos, 1956; Dunn, 1959, Godoy, 1999; Sigerist, 1941; Singer & Ryff, 2001).

En 1945, Stampar incluye en su definición de salud esas tres dimensiones de una manera sencilla, considerándola como un estado óptimo de bienestar físico, mental y social. Esta definición fue ampliamente aceptada y recogida por la OMS en 1946, lo cual supuso un avance a la vez que se convirtió en caldo de cultivo de críticas: *“El estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”* (p.1).

Y añade:

La salud es el mejor instrumento para el desarrollo y más aún, la mejor plataforma para la paz. La protección y promoción de la salud del pueblo es indispensable para un desarrollo económico-social duradero, y contribuye a mejorar la calidad de vida y alcanzar la paz mundial. (OMS, 1946, p.1).

La definición de la OMS tiene la ventaja de considerar a la salud en sentido positivo, incluyendo interrelacionados los componentes, físico, mental y social, y

aportando una visión más integradora de la salud, que tiene en cuenta al individuo y a su contexto. Sin embargo, se le critica entre otras cosas, que se equipare salud con bienestar y que es una definición estática, cuando la salud es una realidad dinámica, cambiante y subjetiva (López-Fernández y Aranda-Regules, 1994). Además, propone un enfoque difícilmente alcanzable, por referirse a un ideal de salud. Dubos (1967) redefine este término, de la siguiente manera: *“La salud es el estado de adaptación al medio y la capacidad de funcionar en las mejores condiciones en dicho medio.”* (p.3).

A partir de los años setenta se empieza a tener en cuenta a la salud como un fenómeno dinámico y desde una perspectiva ecológica, como la capacidad del individuo para adaptarse al entorno.

Antonovsky (1979, 1987) desarrolló en los años 70 la teoría salutogénica, que se centra en establecer recursos para la salud y en la promoción de la salud. Para él, la salud es un producto sociológico, donde se relacionan factores de conducta, genéticos, ambientales, económicos, políticos y sociales.

En 1980, Milton Terris retoma la definición de Stampar y la OMS y la modifica, y define la salud como el bienestar físico, psíquico y social, con capacidad de funcionamiento y no sólo la ausencia de enfermedad. En su modelo, salud y enfermedad son dos estados con distintos grados, en los cuales influyen factores sociales, culturales, económicos, biológicos y ambientales.

Para Sanmartín (1982), la salud y la enfermedad son interdependientes, teniendo que tener en cuenta esta relación en su definición. Costa y López (2005) la consideran como desarrollo personal y social. Piedrola, en 2008, define a la salud como la capacidad de funcionamiento medida por el bienestar físico, mental y social y no sólo como ausencia de enfermedad, permitiendo la posibilidad de medir el grado de salud, al hacer alusión el funcionamiento a la capacidad de trabajar, estudiar, disfrutar de la vida, etc. Para Salleras (1986) y Girón Daviña (2010), es el logro asociado al mayor

nivel de bienestar físico, mental y social, teniendo en cuenta la capacidad de funcionamiento.

En las primeras décadas del siglo XIX, se evidenció que las enfermedades estaban relacionadas con condiciones económicas, ambientales y de alimentación, de los obreros de las grandes fábricas europeas que no disponían de recursos. Esto puso de manifiesto la relación entre los estilos de vida y la salud, y la necesidad de poner en marcha políticas para controlar las enfermedades, que estaban produciendo altas tasas de mortalidad entre los trabajadores, centradas más allá de los componentes biológicos.

Por tanto, analizando el devenir histórico del término, hemos pasado de un concepto de salud entendido como ausencia de enfermedades o invalideces, a una visión holística e integral, que la considera como el fruto del desarrollo personal y social.

2.1.1 Los determinantes de la salud

Los determinantes de la salud son factores personales, sociales, económicos y ambientales que determinan el estado de salud de los individuos o de las poblaciones (OMS, 1998b). Están constituidos por los estilos de vida saludables, educación, ingresos económicos y posición social, trabajo y condiciones laborales, entornos físicos y el acceso a la sanidad. Estos se pueden dividir a su vez, en dos grandes grupos:

- Los responsables del estado: determinantes económicos, sociales y políticos.
- Los de responsabilidad del sector Salud: estilos de vida, factores ambientales, aspectos genéticos y biológicos y servicios de salud.

Durante los años setenta, aparecieron varios modelos cuyo fin era explicar los determinantes de la salud y de su pérdida, entre los que destacan el modelo de Laframboise (1973), el ecológico de Austin y Werner (1973) y el de bienestar de Travis

(1977). El esquema de Laframboise fue desarrollado por Marc Lalonde, ministro de sanidad canadiense. El Informe Lalonde estableció en 1974 un modelo referente acerca de los factores que determinan el estado de salud de una comunidad, formado por cuatro grandes grupos: estilo de vida y conductas de salud, ambiente, biología humana y servicios de cuidados de salud.

En concreto, estos hacen referencia a:

- Medio ambiente: relacionado con los factores ambientales físicos, biológicos, de contaminación atmosférica, de contaminación química, tanto del suelo, agua y aire, y los factores socio-culturales y psicosociales. Los cuales están detrás de un número considerable de patologías.
- Estilos de vida: relacionados con los hábitos personales y de alimentación, actividad física, adicciones, conductas temerarias o peligrosas, actividad sexual y utilización de los servicios de salud. Estos comportamientos pueden afectar negativamente y frente a ellos se pueden establecer mecanismos de control.
- Biología: aspectos relacionados con la genética y con el proceso de crecimiento, desarrollo y de envejecimiento. A pesar de que han sido considerados hasta el s.XX con poca capacidad de modificación, los avances científicos están permitiendo mayores cambios.
- Atención sanitaria: relacionada con la calidad, accesibilidad y financiación de los servicios de salud que intervienen a través de los programas de prevención y de intervención terapéutica.

Su presencia influye y condiciona la salud de los individuos y de las comunidades (Public Healthy Agency of Canada, 2011). En su informe “A new perspective on the health of Canadians” Lalonde (1974) considera que un gran número de muertes prematuras y de incapacidades podían ser evitadas.

Este modelo tiene en cuenta diferentes aspectos y ha sido tomado como referente para formulaciones posteriores. Desde entonces, este marco básico se ha reforzado y expandido. Establece un modelo causal probabilístico, el cual incluye todos los determinantes conocidos de la salud. En concreto, el Ministerio de Salud de Canadá considera:

- El ingreso y el estatus social.
- Las redes de apoyo social.
- La educación.
- El empleo/las condiciones de trabajo.
- Los ambientes sociales.
- Los ambientes físicos.
- La práctica de salud personal y las habilidades para cubrirse.
- El desarrollo infantil saludable.
- La biología y la dotación genética.
- Los servicios de salud.
- El género.
- La cultura.

Actualmente, se parte de la base de que casi todos los factores vinculados a la salud son en parte modificables, incluyendo a la biología humana, a través de la genética y biotecnología. Estudios llevados a cabo en Estados Unidos y Europa ponen de relieve la importancia de los estilos de vida como determinantes de la salud, estando desigualmente distribuidos los recursos hacia la asistencia sanitaria, con el consiguiente perjuicio que esto provoca (Piedrola, 2008).

2.1.2 Los determinantes sociales de la salud

En el año 2003, la OMS publica la segunda edición de “Los Determinantes Sociales de la Salud. Los hechos contundentes”, editada por Richard Wilkinson y Michael Marmot (2003). En este trabajo se indica que son las condiciones sociales y

económicas (y a veces ambientales) las que afectan a la salud de la gente, como lo demuestra la evidencia acumulada que los relaciona con enfermedades físicas, enfermedades mentales y mortalidad. En concreto:

- Gradiente social
- Estrés
- Infancia temprana
- Exclusión social
- Condiciones de trabajo
- Desempleo
- Apoyo social
- Adicciones
- Alimentación saludable
- Transporte

La epidemiología social busca investigar los determinantes sociales que están implicados en la distribución de la salud, la enfermedad y el bienestar en las poblaciones (Krieger, 2001).

Los determinantes sociales de la salud (DSS) son las condiciones sociales en que las personas viven y trabajan. Tienen que ver tanto con las características específicas del contexto social, como con los mecanismos por los cuales esas condiciones afectan a la salud (Marmot, 2001; WHO, 2005), cuyas situaciones pueden ser alteradas a través de intervenciones (Krieger, 2002). Aunque no determinan en el más estricto sentido de la palabra, sí fijan ciertos límites y se convierten en factores importantes. Como afirma Graham (2004), la distribución desigual de los determinantes de la salud, lleva a desigualdades en esta área.

Este concepto de DSS surge en respuesta a la crítica de las intervenciones que se pusieron en marcha a finales de la década de 1970, dirigidas a mejorar el estado de salud, modificando los riesgos de la enfermedad. Se considera que la salud está

condicionada no sólo por factores biológicos, sino también por componentes sociales, que deben ser tenidos en cuenta para mejorar las condiciones de bienestar.

Estos factores están interrelacionados y actúan a múltiples niveles (individual, familiar, local o comunitario), son acumulativos, tienen una vinculación directa o indirectamente con el estado de salud y una relación bidireccional; es decir, las circunstancias sociales afectan a la salud y viceversa.

Su análisis tiene como objetivo, por un lado, determinar aquellas diferencias en el estado de salud que son evitables y por lo tanto injustas (Whitehead, 1991). Por otro, observar cómo esta distribución desigual de los bienes sociales –ingresos, riqueza, empleo estable, alimentación saludable, hábitos de vida saludables, acceso a servicios de salud, educación u ocio– se manifiestan generando diferencias en el estado de salud de la población, para poder poner en marcha los protocolos necesarios.

2.2 ESTILOS DE VIDA, SALUD Y SATISFACCIÓN VITAL EN UNIVERSITARIOS

2.2.1 Factores condicionantes de los estilos de vida

En el mencionado estudio de Lalonde (1974) se revela, en el caso de Canadá, que el medio ambiente junto con el estilo de vida (EV) son los grupos que más influencia tienen sobre la salud. En el estudio de Dever (1977), el análisis epidemiológico de la mortalidad de Estados Unidos entre 1974 y 1976 reveló que el factor más importante en el nivel de salud de los americanos era el estilo de vida (43%), frente al 11% de la asistencia sanitaria.

Estudios realizados por el Center For Disease Control de Atlanta (U.S. Department of Health and Human Services, 1977) encuentran que, una vez superado el primer año de vida, los EV están relacionados con el 50% de la mortalidad.

En la sociedad actual las enfermedades infectocontagiosas han dejado de ser la primera causa de muerte y otras, como las cardiovasculares o los accidentes, ocupan los primeros puestos. La mayoría de los problemas de salud de los países desarrollados están relacionados con los EV: la alimentación y nutrición, la salud mental, los accidentes, el ejercicio físico, el uso de tabaco, alcohol y drogas (García, Sáez y Escarbajal, 2000).

La OMS calcula que el 70% de los fallecimientos prematuros en la adultez se debe a conductas iniciadas en la adolescencia. Las enfermedades cardiovasculares y pulmonares, cáncer, depresión, abuso de sustancias, problemas nutricionales, VIH y violencia serán las principales causas de muerte y de discapacidad. Estas pueden ser reducidas a través de la prevención de:

- Consumo de tabaco.
- Uso de alcohol y otras sustancias.
- Hábitos nutricionales e higiénicos inadecuados.
- Sedentarismo.
- Conductas sexuales de riesgo.
- Conductas violentas.

Según Menéndez (1998), el concepto de EV surge a partir de posicionamientos teóricos como el marxismo, el comprensivismo weberiano, el psicoanálisis y el culturalismo antropológico.

Para la OMS (1986), son formas de vida basadas en la interacción entre las condiciones de vida y los patrones individuales de conducta, que están determinados por los factores socioculturales e individuales. Es la forma de vida de las personas o de los grupos (Pastor, 1999).

Los EV, desde una perspectiva integral, están conformados por tres aspectos interrelacionados: el material, el social y el ideológico (Bibeau, Pedersen y Fuentes, 1985).

El nivel material tiene que ver con las manifestaciones respecto a vivienda, alimentación y vestido. El social con las formas y estructuras organizativas, como son el tipo de familia, las redes sociales de apoyo, y las instituciones y asociaciones de soporte. El ideológico se relaciona con la manera de pensar expresada a través de ideas, creencias y valores que están detrás del comportamiento y actuaciones individuales.

Por tanto, los EV están imbricados con el contexto social, económico, político y cultural al que pertenecen, y su manejo tiene que ir encaminado a mejorar las condiciones de vida y aumentar el bienestar personal. Es decir, a obtener EV saludables. Estos se pueden definir como los procesos sociales, tradiciones, hábitos,

conductas y comportamientos que conllevan a la satisfacción de las necesidades humanas, para alcanzar un funcionamiento lo más óptimo posible (Maya, 2001).

El EV está compuesto de opiniones, gustos y estados de ánimo que se manifiestan en comportamientos diarios, sin necesidad de un proceso reflexivo, configurando un perfil social-individual. Se entendería como una muestra de diferenciación cultural de gustos y preferencias (Ruiz Olabuenaga 1988, 1989, 1994).

Los EV son los que mayor repercusión ejercen sobre la salud pública y, sin embargo, la dotación de recursos es más deficitaria. Además, no hay que olvidar que estos pueden ser modificados a través de la educación para la salud.

La salud, por tanto, depende los propios comportamientos y EV, donde una alimentación, actividad física e intelectual idóneos, junto con un adecuado ciclo sueño-vigilia y unas relaciones personales satisfactorias, van a conformar una adecuada salud. Maya (2011) señala que el EV saludable comprende tradiciones, hábitos y conductas dirigidas a la satisfacción de las necesidades humanas con el objetivo de obtener una vida satisfactoria.

Generar y mantener unos hábitos de vida saludables influyen en la calidad de vida y en el estado de salud de las personas. Está comprobado que se relaciona con la disminución de enfermedades crónicas no transmisibles (Vio y Albala, 2000; Vio, Albala y Crovetto, 2000). La infancia es una etapa fundamental donde se generan estos estilos de vida beneficiosos, pero la vida universitaria conlleva cambios a nivel de actividad y alimentación que, si no se manejan de la manera adecuada, pueden ser inicio de alteraciones que desencadenen en hábitos de vida inadecuados en la edad adulta (Troncoso y Amaya, 2009).

El EV de los países desarrollados ha sufrido grandes modificaciones, entre los que se encuentran los cambios en la alimentación (ingesta excesiva de grasas saturadas y de sal, pobre consumo de frutas y verduras), la disminución del trabajo físico, el

aumento del sedentarismo, del consumo de alcohol y tabaco y el estrés y aislamiento. Son cambios que están generando el aumento de cierto tipo de enfermedades (Bouchard, León, Rao, Skinner & Wilmore, 1990).

Los estudiantes universitarios forman un grupo diferenciado del resto de la población por la franja de edad en la que se encuentran, por su estatus económico y social (aunque sea una generalización arriesgada), pero también por sus EV. En el periodo universitario, los jóvenes están en un momento crítico, puesto que el desarrollo de sus EV tendrá impacto en su desempeño académico y en su salud futura (Cervera et al., 2013).

La Universidad de Navarra (Corera et al., 2006) llevó a cabo un estudio sobre salud, bienestar y calidad de vida de la comunidad universitaria, donde se encontró que se consumen con una frecuencia elevada gaseosas y colas (48,9%), salados (46,4%), golosinas (45,5%), pasteles y bollería (34,4%) y comida rápida o latas (25,4%). La mayor parte de la población estudiantil lleva a cabo entre tres o cuatro comidas (35,2% y 36,6%) y sólo el 24,5% indica realizar cinco ingestas.

A continuación, vamos a analizar en el ámbito universitario algunos de los factores que la investigación ha demostrado más implicados en un EV saludable.

2.2.1.1 Alimentación y dieta

La alimentación es uno de los factores que más relacionado está con la salud de las personas, interviniendo decisivamente en el crecimiento, la reproducción y el rendimiento físico e intelectual.

Los hábitos alimentarios se adquieren desde la infancia, y sus pautas están relacionadas con patologías en la edad adulta, debido a la malnutrición o el exceso alimentario. Estos se relacionan con muchas enfermedades que aumentan la

mortalidad, como son las cardiovasculares, algunos tipos de cáncer, obesidad, anemia, caries dentales o trastornos inmunitarios (Busdiecker, Castillo y Salas, 2007). Estas conductas determinan en gran manera el estado de salud a nivel individual y social (Hu, 2002).

Los factores económicos, ambientales y sociales inciden en la biología y en los hábitos comportamentales, condicionando los EV y mediando en la manifestación de patologías crónicas. Cultura, familia, economía, grado de educación nutricional y el estado de salud del individuo están, entre otros, detrás de las elecciones alimentarias. Cada vez se consumen más alimentos procesados, azúcares refinados y proteínas de origen animal, con la repercusión orgánica que ello supone, al aumentar los niveles de grasas saturadas y colesterol, en contraposición con las fuentes de hidratos de carbono complejos y proteínas de origen vegetal (Sofi et al., 2005; Tur, Romaguera y Pons, 2005).

La juventud es una etapa crucial en el desarrollo de la persona, en la que se van adquiriendo hábitos que suelen mantenerse con el paso del tiempo, con el consiguiente beneficio o perjuicio para la salud (OMS, 1990). La universidad supone un cambio importante en su estilo de vida, y esta transición hace que los estudiantes se conviertan en un sector vulnerable desde el punto de vista nutricional.

La alimentación de los universitarios es proclive a la adquisición de comportamientos que ponen en riesgo su alimentación. Los horarios de las actividades académicas, muchas veces compaginando clases teóricas y prácticas y tiempos largos de permanencia en las instalaciones universitarias, así como el estrés derivado de las responsabilidades académicas, suelen estar detrás de estos comportamientos insanos. Se encuentran en una etapa de su vida en la que los hábitos alimentarios son su responsabilidad mayormente, y estos influyen en su rendimiento académico.

Los universitarios tienen información acerca de la alimentación saludable y, sin embargo, presentan conductas poco o nada positivas para su bienestar físico, con poco

seguimiento de la dieta mediterránea, con ingestas de energía inferior a las recomendadas e ingiriendo con frecuencia “comida rápida”, siendo los hombres los que manifiestan prácticas menos saludables (Arrivillaga, Salazar, y Correa 2003; Bernárdez, Castro, Collins y De la Montaña, 2013; Montero, Úbeda y García 2006).

Está documentado que el sobrepeso es mayor en los hombres y por tanto sus hábitos alimentarios son peores que los de las mujeres (Bernárdez et al., 2013; Badir, Tekkas & Topan, 2014; Hernán, Fernández y Ramos, 2004; Rethaiaa, Fahmy & Shwaiyat, 2010). Algunos datos señalan un sobrepeso del 17% para los varones y un 6.3% de peso insuficiente para las mujeres (Cervera, Serrano, Vico, Milla y García, 2013).

Cuando se han analizado los patrones alimentarios en alumnado de Ciencias de la Salud, se ha podido comprobar que estos estudiantes no aplicaban en su vida los conocimientos nutricionales de los que disponían, consumiendo alimentos con alto contenido calórico y con ingestas desequilibradas (Gómez y Salazar, 2010; Gopalakrishnan, Ganeshkumar, Prakash & Amalraj, 2012; Rizo y Cortés, 2014).

A continuación, hacemos una revisión de algunos de los estudios sobre hábitos de alimentación de los estudiantes en la etapa universitaria:

Lameiras, Calado, Rodríguez y Fernández (2002), en una muestra de universitarios españoles, encontraron que el 38,6% de las chicas y el 19,1% de los chicos han realizado dieta al menos una vez al mes en los últimos seis meses. Resultados similares a los de otros trabajos en los que se ha estudiado la frecuencia de la dieta en mujeres, donde los valores oscilan entre el 11% y el 47,2% (Davies & Furnham, 1986; Ferreira, 1998; Futch, Wingard & Felice, 1988; Hart & Ollendick, 1985; Loureiro, Domínguez y Gestalt, 1996).

Oliveras, Nieto, Agudo y Martínez (2006) observaron, en su estudio realizado en Granada con 50 alumnos, que el consumo proteico y de lípidos era ligeramente superior al recomendado, estando el consumo de frutas y verduras por debajo del

recomendable. Presentaban deficiencias de micronutrientes tales como zinc, calcio, yodo, cobre, selenio, vitamina E y ácido fólico.

En España, Irazusta et. al (2007) analizaron los hábitos alimentarios de estudiantes de la Leioa (Bizkaia) a través de 111 alumnos. Una alta tasa, el 25%, manifestaron sobrepeso y obesidad. Su dieta era rica en proteínas y grasas y pobres en glúcidos, sobre todo glúcidos complejos ricos en fibra, con un exceso de alimentos de origen animal y un déficit de alimentos de los grupos de cereales, frutas y verduras. Por otro lado, el desayuno de los estudiantes no contribuía energéticamente en la medida de los requerimientos nutricionales establecidos como saludables.

En Chile, Troncoso y Amaya (2009) demostraron en una muestra universitaria, la existencia de hábitos alimentarios irregulares, tanto por exceso como por defecto. No mantenían unos horarios, no llevaban a cabo todas las ingestas y consumían alimentos con un elevado nivel calórico. En estos, los participantes consideraron que las familias influyen positivamente, mientras que los amigos al elegir estos con más frecuencia alimentos “no saludables”, y la estructura universitaria por los horarios, lo hacían de manera inadecuada.

Spinoza, Rodríguez, Gálvez y Norman (2011), en una muestra de 169 estudiantes de la Universidad Pontificia Católica de Valparaíso (Chile), hallaron que estos tienen una mala percepción de la calidad del servicio de alimentación de la universidad, a pesar de reconocer la oferta de alimentos saludables y no saludables, ingiriendo alimentos ricos en grasas y carbohidratos. Por otro lado, los niveles de triglicéridos en las chicas, y la hipertensión arterial en los chicos, fue elevada.

Bennasar (2012) encontró, en una muestra de 507 estudiantes de la Universidad de Islas Baleares, que sólo el 9,9% de los alumnos manifestaba una alta adherencia a una alimentación saludable, obteniendo diferencias significativas en cuanto al sexo, teniendo las mujeres mejores puntuaciones. Los hombres realizan un promedio de tres comidas y las mujeres entre tres y cuatro, siendo muy baja la proporción de

estudiantes que hacían cinco ingestas. Sólo el 63,1% desayuna todos los días. Es de destacar el consumo frecuente de embutidos y carnes grasas, así como de dulces, snacks y refrescos (cuatro raciones a la semana). Los hombres consumen más carnes magras, embutidos, carnes grasas y frutos secos que las mujeres, mientras que ellas presentan un consumo superior de verduras y hortalizas.

Gopalakrishnan et al. (2012) encontraron en una muestra de 290 universitarios de Malasia, malos hábitos alimenticios, mala calidad de la dieta y como consecuencia sobrepeso y obesidad.

Rodríguez et al. (2013) proporcionan datos que evidencian que muchos de los universitarios no desayunan, no hacen las cinco ingestas por falta de tiempo, consumen demasiada comida rápida con demasiada grasa, toman bebidas gaseosas y pasan largos periodos sin consumir alimento.

En Guadalajara (México) Gómez, Landeros, Romero y Troyo (2016) analizaron los EV de 335 alumnos a través de una entrevista personal, cuestionarios y mediciones antropométricas. El 11% presentó un bajo peso y un 28.8% sobrepeso u obesidad, identificándose riesgo cardiovascular en el 40% de los hombres y 35% de las mujeres.

Fajardo, Camargo, Buitrago, Peña y Rodríguez (2016), en un estudio transversal realizado a través de una encuesta que incluía aspectos sobre consumo actual de alimentos en la universidad, características generales, datos antropométricos y propiedades organolépticas de los alimentos, hallaron que el 17,6% refirió tomar bebidas energéticas y el 41,5% bebidas gaseosas, al menos una vez por semana. El 37,5% escogió al menos una vez a la semana comidas rápidas, y el consumo diario de productos lácteos, frutas y verduras sólo correspondió al 20% de los estudiantes.

Podemos concluir, que un porcentaje elevado del alumnado universitario posee hábitos alimentarios inadecuados e insuficientes. Por tanto, no se debe olvidar la

importancia de introducir estrategias de educación nutricional en este nivel educativo, para favorecer y promover la salud.

2.2.1.2 Actividad física

Son numerosos los estudios en los que se han comprobado los beneficios físicos y psicológicos de la práctica regular de actividad física, tanto en niños y adolescentes como en adultos (Coll et al., 2009; Herrera-Gutiérrez, 1992, 1994; Herrera-Gutiérrez, Brocal, Sánchez-Mármol y Rodríguez, 2012; Herrera-Gutiérrez, Gómez-Amor, Zamora y Sastre, 1993; Herrera-Gutiérrez, Olmos y Brocal, 2015; Kim et al., 2004).

Así, en mujeres universitarias niveles moderados de actividad física disminuyen los síntomas de ansiedad y otros síntomas psicósomáticos (Herrera-Gutiérrez, 1992, 1994; Herrera-Gutiérrez et al., 1993; Kull, 2003), evidenciándose diferencias psicofisiológicas y de personalidad asociadas a la práctica de ejercicio físico (Herrera-Gutiérrez & Gómez-Amor, 1995, 1996).

Está ampliamente reconocido que la actividad física es una parte esencial del estilo de vida de una persona para que este sea considerado saludable. Una vida activa, reduce el riesgo de presentar obesidad y otras enfermedades crónicas degenerativas. Sin embargo, el 60% de la población en el mundo, no realiza las recomendaciones mínimas de actividad física moderada de 30 minutos al día (OMS, 2004; WHO, 2003, 2006).

Se habla de sedentarismo, cuando no se realizan diariamente entre 25 y 30 minutos de actividad que implique un gasto energético mayor del 10% del que se lleva a cabo con las actividades cotidianas. Se puede medir según la duración y tipo de actividad. Según la OMS (2010), se entiende por actividad física moderada la que acelera de forma perceptible el ritmo cardíaco. Ejemplos de ejercicio moderado serían: bailar, las tareas domésticas, andar a paso rápido, etc. Una actividad física intensa, por el contrario, requiere una gran cantidad de esfuerzo, con respiración rápida y aumento

importante de la frecuencia cardíaca, como pueden ser el footing, bicicleta, natación, deportes o juegos competitivos.

El sedentarismo se considera hoy un importante problema de salud pública a nivel mundial, debido a sus graves implicaciones para la salud. En los últimos años este y la disminución del ejercicio físico se han visto aumentados de forma importante. Su prevalencia, según la OMS (2003), se estima a nivel mundial en los adultos en torno al 17%, y la de actividad física moderada está entre el 31% y el 51%. Los avances tecnológicos y en el transporte, unido a las condiciones no favorables del medio urbano para la práctica de actividad física, han producido una reducción de los desplazamientos a pie y de la actividad diaria. Por tanto, son necesarias las medidas de salud pública encaminadas a promover la actividad física y mejorar la salud mundial, y en el contexto que nos ocupa, de los estudiantes universitarios (Douglas et al., 2006).

Una actividad física regular, forma parte de un estilo de vida saludable e implica beneficios a nivel físico, psíquico y social (Telama et al., 2005; Gray & Leyland, 2008). Aquellos que practican un estilo de vida activo presentan menor mortalidad y mayor longevidad que las personas sedentarias (Paffenbarger et al., 1994; Knoop et al., 2004).

La ciencia pone de manifiesto que la actividad física, además de proteger de diversas enfermedades, mejora la calidad de vida y supone una reducción del riesgo de muerte debido a cualquier causa (Abu-Omar & Rutten, 2008) lo que supone una medida preventiva de enfermedad de alto impacto mundial. Un estilo de vida activo se relaciona con menor riesgo de osteoporosis (Vuori, 2001), cardiopatía isquémica (Warburton, Nicol & Bredin, 2006), hipertensión arterial (Pescatello et al., 2004), obesidad (Wing & Phelan, 2005) y diabetes (Sigal, Kenny, Wasserman & Castaneda-Sceppa, 2004) entre otras, así como insomnio o trastornos del estado de ánimo (Brosse, Sheets, Lett & Blumenthal, 2002). Ayuda a controlar el peso, reduce las caídas en personas mayores, mejora el estado de los músculos, huesos y articulaciones y disminuye el uso de medicamentos y visitas médicas.

Estudios en España muestran cifras de práctica de actividad física insuficiente. Según García Ferrando (1990), el 35 % de la población comprendida entre los 15 y los 60 años practica algún tipo de actividad física, siendo más activos los hombres que las mujeres; el 26 % ha dejado de practicar actividad física, aunque anteriormente sí lo hacía, y el 36 % restante no practica ni ha practicado con anterioridad actividad física alguna. Hernán, Ramos y Fernández (2002), en 1693 jóvenes españoles de entre 18 y 29 años, hallaron que la práctica deportiva oscilaba entre el 42% y el 66% en mujeres y hombres, de áreas urbanas y rurales. Ramón y Serra (2004) también encontraron, en su estudio con 1130 mujeres catalanas, que el 66% eran sedentarias y sólo el 21,4% realizaba actividad física moderada.

En Colombia, Gómez, Mateus y Cabrera (2004) llevaron a cabo un estudio con 1045 mujeres entre 18 y 69 años, en el que hallaron que el 79,1% no realizaba actividad física moderada de al menos 10 minutos diarios.

Sánchez, García, Landabaso y De Nicolás (2003) indican que un gran porcentaje de los participantes en el estudio que realizaron sobre una muestra de 273 alumnos de la Universidad de Deusto, no es suficientemente activo, a pesar del reconocimiento de la importancia de la práctica deportiva.

Rodríguez et al. (2003) en un estudio con 799 alumnos de cuatro universidades de Chile, encontraron un nivel de actividad física preocupante, siendo este inferior en las mujeres (12%) frente al de los hombres (30%). Las razones para no realizarlo eran pereza y falta de tiempo.

En la Universidad de Murcia, de 1512 alumnos encuestados, el 52,7% hacía ejercicio físico, por lo que casi la mitad de los estudiantes no cumplen con los requisitos físicos para un estilo de vida saludable (Pavón y Moreno, 2008).

Olivares, Lera y Bustos (2008), en un estudio descriptivo transversal, realizado a través de una encuesta en 355 sujetos universitarios entre otros, sobre la percepción

de beneficios y barreras en la actividad física, encontraron que los hombres son más activos que las mujeres, siendo las razones de ellos para practicarlo “me entretiene” y “me hace sentir bien”, y “perder peso” para las mujeres. El 25% de los hombres y el 16% de las mujeres, manifestaron estar realizando actividad física al menos 30 minutos, 5 veces o más a la semana desde hacía 6 meses y un 32% de hombres y 11% de mujeres, desde hacía más de 6 meses.

Lema et al. (2009) obtienen resultados parecidos en una muestra universitaria de 598 alumnos, donde el 77% realizaba poco o ningún tipo de ejercicio, durante al menos 30 minutos con una frecuencia de 3 veces semanales.

Spinoza, Rodríguez, Gálvez y Norman (2011), en una muestra de 169 estudiantes de la Universidad Pontificia Católica de Valparaíso (Chile), manifestaron una actividad física reducida, presentando los alumnos un IMC promedio en el límite del sobrepeso. Estos señalaron, que la universidad no contaba con espacios ni ofertas ajustadas a sus intereses relacionados con el deporte.

En la misma línea, los datos aportados por Varela-Mato, Cancela, Ayan, Martín y Molina (2012) revelan que sólo el 27,4% de los estudiantes universitarios españoles pueden ser considerados suficientemente activos, siendo las mujeres menos activas y más sedentarias que los hombres.

Práxedes, Sevil, Moreno, Del Villar y García (2016), con resultados parecidos a anteriores estudios, encuentran en 901 estudiantes universitarios evaluados, que el 51,39% no alcanzaban los 30 minutos diarios de práctica recomendados por los organismos internacionales, siendo superior ésta en los hombres.

Gil, González, Pastor y Fernández (2016), en una muestra de 1090 alumnos de la Universidad de Albacete, encontraron resultados dispares de actividad física en función de la Facultad de pertenencia. Los de empresariales practicaban actividades físico-deportivas en el 39% de los casos, en enfermería el 37%, en económicas el 35%, y

en medicina el 30%. Estos estudiantes llevan una vida más sedentaria que quienes cursan los estudios de magisterio (47,5%). Sin embargo, los de derecho (60%), forestales (54%) y los jóvenes no universitarios (50%) son los más activos.

La evidencia científica disponible, arroja unas cifras de hábitos deportivos muy por debajo de los recomendados. Por tanto, la etapa universitaria constituye un periodo crítico donde la actividad física disminuye considerablemente. Los cambios en el estilo de vida y en los hábitos saludables (Varela-Mato et al., 2012) unido a la desaparición de las clases de educación física (Chen, Kim & Gao, 2014) y a la falta de adecuación o escasez de actividades deportivas planificadas (Rona & Gokmen, 2005) y falta de tiempo (Martínez-Lemos et al., 2014) pueden estar detrás de este hecho. No debemos olvidar que los patrones que se manifiesten a esta edad se convertirán con mucha probabilidad, en los hábitos futuros (Hultquist, Duckham, Stinson & Thompson, 2009; Molina-García, Castillo & Pablos, 2009) por lo que fomentar su realización en estos años cobra un especial sentido, debido a los ya reconocidos efectos protectores y salutogénicos que genera la actividad física.

2.2.1.3 Consumo de alcohol, tabaquismo y otras drogas

El consumo de drogas es uno de los comportamientos más problemáticos actualmente en los jóvenes, siendo la adolescencia la etapa de mayor riesgo para el inicio de estos consumos. Las características de este momento vital, tales como la búsqueda de la identidad y de sensaciones nuevas y la importancia que se le da al grupo de iguales, origina con más facilidad estas conductas (Luengo, Otero, Romero y Gómez, 1996). El consumo de este tipo de sustancias, constituye un problema de salud pública, con consecuencias desastrosas a corto y largo plazo.

En el último informe del Observatorio Español sobre Drogas (Plan Nacional Sobre Drogas, 2016), a través de encuestas en población general y estudiantil (15-64 años), los datos obtenidos en el 2013 indicaron que el alcohol (78%) y el tabaco (41%)

son las drogas más consumidas, seguidas a cierta distancia, por los hipnosedantes (12%), cannabis (9%) y cocaína (2%).

Los datos del 2014 en jóvenes de 14-18 años, indican que un 78,9% había consumido alcohol alguna vez, 38,4% tabaco, 29,1% cannabis, 16,1% hipnosedantes, 3,5% cocaína, 0,9% éxtasis y anfetaminas y un 1,2% alucinógenos.

El inicio más precoz es para el alcohol (17 años), seguida del cannabis (19 años), siendo el de los hipnosedantes el más tardío. Encuentran mayores prevalencias de consumo en el grupo de 15 a 34 años. Este es mayor en hombres, excepto para los hipnosedantes, acentuándose las diferencias entre géneros para la cocaína y el cannabis. Es de destacar la disminución de la percepción de riesgo para el cannabis, persistiendo la idea de que el tabaco es más peligroso que este.

En España, el alcohol es una droga ampliamente aceptada, asentada en nuestras costumbres y valorada socialmente, lo que ha permitido el inicio del consumo a una edad más joven y su ingesta excesiva. Además, se observa cierta permisividad familiar, lo que facilita el acceso a las bebidas alcohólicas (Del Barrio y Alonso, 1994).

El alcoholismo es la causa de muerte de 2.5 millones de personas en el mundo, de los cuales, 1.8 millones pertenecen a población de 15 a 24 años de edad. A nivel mundial, este consumo ocupa el tercer lugar entre los principales factores de riesgo que causan daño a la salud, es la cuarta causa de mortalidad y la primera de discapacidad en América (OMS, 2010).

Es una droga muy adictiva, usada en mayor proporción por jóvenes, sobre todo en universitarios y especialmente en hombres (Arrieta, 2009; Díaz et al., 2008). Aunque el consumo diario en adolescentes ha disminuido en los últimos años (Ballester, Gil y Guirado, 2000; Del Barrio y Alonso, 1994), ha aumentado el de los fines de semana (entre el 50 y 75% dependiendo del estudio) a la vez que ha descendido la edad de inicio de dicha conducta (Gil y Ballester, 2002).

El abuso de esta sustancia está relacionado con cirrosis hepática, cáncer (Allen et al., 2009) lesiones por accidentes en carretera, dependencia y homicidios. También se le vincula con enfermedades del sistema circulatorio, del aparato digestivo, el hígado, el sistema nervioso central, con trastornos alimentarios y psíquicos y con el deterioro de las funciones intelectuales (Pascual Pastor, 2002). Por otro lado, su uso en jóvenes aumenta la probabilidad de manifestar depresión, conductas violentas e intentos de suicidio (Urquieta et al., 2006; Yeh et al., 2013).

El tabaquismo es otro de los problemas que interfiere con más gravedad en la salud. Igual que en el caso del alcohol, la adolescencia se convierte en un periodo crítico en el cual, tras el inicio del consumo, el individuo se vuelve dependiente y le resulta muy difícil abandonar la conducta.

Con relación al consumo de tabaco, la OMS (2011) estima que mata a casi 6 millones de personas en el mundo cada año, y más de 600.000 muertes ocurren entre personas fumadoras pasivas. Unos 150 millones de jóvenes en todo el mundo, consumen esta droga.

Es un factor muy nocivo que actúa aumentando el riesgo de enfermar, siendo la primera causa mundial en países desarrollados, de mortalidad evitable. Según la OMS, el tabaco genera una dependencia física leve en contraposición con la psíquica, que es más fuerte. La nicotina, es la sustancia que genera la dependencia y posterior abstinencia y la que hace del tabaco una droga. Está documentado que las enfermedades derivadas de su consumo son graves y mortales, entre las cuales se encuentran las cardiovasculares, las respiratorias y ciertos tipos de cáncer, como es el caso del de pulmón (Becoña y Míguez, 2004). Otros tantos estudios hablan de la relación entre este y las concentraciones elevadas de colesterol, osteoporosis, aumento de riesgo perinatal (Braganza et al., 2014; Pfeffer et al., 2008; Waldentröm et al., 2014). Aunque el riesgo de desarrollar enfermedades aumenta con el incremento del número de cigarrillos, no hay un umbral de consumo debajo del cual desaparezcan los riesgos

para la salud (Ezzati & López, 2003; U.S. Department of Health and Human Services, 2004).

El tabaquismo, a pesar de ser una droga legal y estar aceptada socialmente, es el problema sanitario que mayor mortalidad y morbilidad causa en España, produciendo un descenso en los años de vida, invalideces, jubilaciones prematuras, hospitalizaciones y atenciones sanitarias de todo tipo (González-Enríquez et al., 2002; Pardell, Salto, Jane y Salleras, 2001).

En los estudiantes, el tener a un compañero fumador, los hace dos veces más propensos a serlo (Colgan et al., 2010). Tanto el hábito enólico como el tabáquico, si se inician en la adolescencia, se convierten en la antesala del consumo de otras sustancias (anfetaminas, marihuana, cocaína, etc.) que tienen un potencial adictivo y de destrucción personal, mucho mayor (Mendoza, Sagrera y Batista, 1994).

El consumo de tabaco en España está descendiendo en varones independientemente del nivel educativo, sin embargo, en mujeres con menor nivel educativo está aumentando, disminuyendo entre las universitarias (García de Albéniz, Guerra-Gutiérrez, Ortega-Martínez, Sánchez-Villegas y Martínez-González, 2004; Paluzie et al., 2001).

Ressia, De Gregorio y Milán (2008) en una muestra universitaria encontraron que los comportamientos de fumar y beber eran los primeros que aparecían en nivel de problemática, tanto en el grupo con comportamiento adictivo como en el que presentaba riesgo del mismo.

El cannabis, es la droga ilegal de uso más extendida en el mundo (ONU, 2011). Después de 20 años de un aumento en su consumo, en los últimos años se ha visto un descenso o estabilización en jóvenes y adolescentes europeos (EMCDDA, 2011).

Según el Plan Nacional sobre Drogas (2016), dentro de las drogas ilegales, la sustancia más consumida por los universitarios es el cannabis. Estando asociado este con el consumo de tabaco y alcohol (Jiménez-Muro, Beamonte, Marqueta, Gargallo y Nerín, 2009). Con frecuencia, estos consumidores toman con anterioridad otras drogas como alcohol y tabaco, lo que se conoce bajo la teoría de la “puerta de entrada”, facilitando las primeras el consumo de las siguientes (Kandel & Davies, 1996).

En España, se asocia un menor riesgo al cannabis en comparación con otras drogas ilegales (Plan Nacional sobre Drogas, 2012, 2015). Sin embargo, esta sustancia origina tolerancia, dependencia y síndrome de abstinencia, observándose nerviosismo, alteración del apetito y del sueño, síntomas depresivos e inquietud (Baños, Ramos, López, Antonio y Guillén, 2004), sin olvidar que, en algunas personas con predisposición, puede originar el desarrollo de trastornos del espectro psicótico. Además, puede afectar al aprendizaje, a las relaciones sociales y familiares (Hall & Degenhardt, 2009).

López, Santín, Torrico y Rodríguez (2014), en un estudio con 90 alumnos de la licenciatura de psicopedagogía de la Universidad de Huelva, no encontraron consumo de heroína, anfetaminas ni crack. Siete sujetos, afirmaron haber probado en algún momento, inhalantes. El alcohol, con inicio sobre los 15 años, es la primera sustancia consumida, habiéndola consumido casi la totalidad de la muestra, en alguna ocasión. El 86,6% declaró haberlo tomado en los últimos treinta días. El 43,3% declaró haber tenido alguna vez contacto con el cannabis, siendo un 24,44% los que la consumían en la actualidad, siendo todos estos además consumidores de alcohol. En el caso de los alucinógenos, cocaína, éxtasis y tranquilizantes, los porcentajes relativos a aquellos alumnos que las habían probado en alguna ocasión fueron del 12,2% para la cocaína, 8,8% para los tranquilizantes e hipnóticos, y 6,6% para los alucinógenos. Los porcentajes oscilaron entre el 1 y el 3% para aquellos que mantenían en la actualidad, con una frecuencia por debajo de la semanal, el consumo de la sustancia. En el caso del éxtasis, un 2,2% seguía consumiéndola en la actualidad.

Reiq, Cabrero, Ferrer y Richart (2001), en un estudio sobre la calidad de vida y el estado de salud en 527 estudiantes de la Universidad de Alicante, encontraron que el 68% de los estudiantes manifestaron ser consumidores habituales de bebidas alcohólicas, siendo significativamente mayor, la prevalencia en varones (74%). El 25% tuvo alguna vez la sensación de que debía reducir su consumo. Las bebidas de alta graduación son las más prevalentes (60%), siguiendo la cerveza (40%) y el vino y similares (22%). El 34% es fumador habitual y 14% fuma ocasionalmente, siendo más las mujeres que fuman (40%) que los hombres (27%). El 26% son fumadores moderados (entre 1 y 5 cigarrillos), el 53% fumadores medios (entre 6 y 19) y el 21% elevado (veinte o más cigarrillos). En torno al 5% es ex fumador. El cannabis es la droga ilegal más consumida (46%), siguiéndole la cocaína, el éxtasis y los tranquilizantes, con valores en torno al 15%. Anfetaminas y LSD las han consumido un 5% y la heroína un 1%. El 10% consume cannabis de forma regular.

Bennassar Veny (2012), en su Tesis Doctoral, recoge los resultados llevados a cabo en un estudio con 2802 alumnos de la Universidad de Islas Baleares donde se encontró lo siguiente: el 80,5% no fuma, de los cuales un 12,4% son exfumadores y el 68,1% no han consumido más de 100 cigarrillos a lo largo de su vida. Un 2,3% fuma de manera ocasional y un 17,2% de manera habitual. Sin significación estadística, se observa mayor prevalencia en mujeres (21,3%) que en hombres (15,5%). En el grupo de edad de mayores de 30 años, se observa un mayor porcentaje de fumadores, estadísticamente significativo (46,2%). Con respecto a los cambios producidos desde que están en la universidad en su conducta tabáquica, el 11,2% refiere haber empezado a fumar en ella, el 21,6% que fuma igual que antes, el 26,9% fuma más, el 17,2% fuma menos y el 23,1% dejó de fumar. El 58% de los estudiantes son consumidores habituales de bebidas alcohólicas, tomando el 61,5% entre 1 y 2 consumiciones diarias y un 25,2% que toma entre 3 o 4 al día. El 26,5% ha consumido en alguna ocasión cannabis, un 13,8% tranquilizantes, un 5,9% cocaína, un 4,5% alucinógenos, un 2,9% éxtasis y un 2,3% anfetaminas. Las únicas drogas que tienen un consumo regular son el cannabis (3,1%) y los tranquilizantes (0,4%). Es de destacar que

un 7,7% refiere consumir más y un 8,5% empezó a consumir, desde que están en la universidad.

Fernández Villa et al. (2013), a través del análisis enmarcado en su proyecto unHicos, de los 1363 estudiantes de las universidades públicas de Cantabria, Granada, Huelva, Jaén, León, Salamanca y Vigo, el 94% afirmó haber consumido alcohol alguna vez en la vida, siendo un 38% los que reconocían un consumo intenso. La prevalencia de fumadores encontrada fue del 25%, y el cannabis la droga ilegal más consumida (44% de los alumnos).

Cebrián Fernández (2013), en una Tesis Doctoral donde se evaluó a 2137 jóvenes universitarios de primer ciclo de Girona, con edades entre los 17 y 35 años, encuentra que un 20,4% se definen como consumidores de cannabis.

Patiño-Masó, Gras-Pérez, Font-Mayolas y Baltasar-Bagué (2013), en un estudio llevado a cabo en las Facultades de Educación, Psicología y Ciencias y las Escuelas de Enfermería y Politécnica Superior de la Universidad de Girona con 2.139 estudiantes de primer ciclo, encontraron que un 1% de los participantes son consumidores habituales de cocaína siendo frecuente el acompañamiento con otras sustancias (95,2% en el caso de alcohol y 90,5% en el del cannabis).

Ahondando en las creencias o factores asociados al consumo, Antonio López et al. (2015), en una muestra de estudiantes universitarios de la Facultad de Ciencias de la Comunicación de la BUAP en México, encuentran relación entre un nivel bajo de consumo de alcohol, tabaco y drogas con una alta resiliencia. Colgan et al. (2010), por otro lado, confirman que el estrés contribuye al inicio del tabaquismo, y una conducta descontrolada, influiría en la decisión de fumar el primer cigarrillo (Myers, Doran, Trinidad, Klonoff & Wall, 2009). También Ardila y Herrán (2008) muestran que tras el consumo de alcohol existe la creencia de que sirve para destensar física y psicológicamente.

Gómez, Landeros, Romero y Troyo (2016) analizaron los EV de 335 alumnos y encontraron que el 80% de la población reportó ingerir bebidas alcohólicas (45% hombres y 35% mujeres) y un 27% reportaron tabaquismo (16% hombres y 11% mujeres).

Barradas, Fernández y Gutiérrez (2016), a través de un cuestionario aplicado a 4.821 alumnos de la Universidad de Veracruz (México), observaron porcentajes altos en consumo de alcohol. En concreto, el 7,8% manifestó un consumo de riesgo, el 7,4% un consumo abusivo y el 52,8% un consumo moderado.

Gil, González, Pastor y Fernández (2016), en el estudio anteriormente nombrado en la Universidad de Albacete, donde analizan las diferencias en los estilos de vida en función de la Facultad de pertenencia, encontraron que los de medicina son los que más fuman (60%), en derecho el 50% son fumadores, en magisterio y enfermería el 35%, en forestales el 25% y en empresariales el 25%. Frente a los datos de los jóvenes no universitarios con el 18% sólo de fumadores.

Actualmente los estudios siguen confirmando una prevalencia elevada de consumo de alcohol entre universitarios y, más específicamente, lo que se conoce como Consumo Intensivo de Alcohol (CIA) o "Binge Drinking" (García, Calvo Carbonell y Giralt, 2017). Este último resulta de la ingesta alcohólica aguda típicamente en fines de semana, acompañados de su grupo de iguales, con el objetivo de alcanzar un estado etílico significativo (Calafat, 2007). En su investigación García et al. (2017) encuentran, en 172 estudiantes del Grado de Educación Social, un patrón de consumo tipificado como CIA dentro de los últimos 6 meses, del 43,6%. El 52,9% refirió consumo de tabaco, el 29,7% de cannabis, el 1,7% de cocaína, 0,6% de éxtasis y el 2,9% de otras drogas no especificadas. El resultado para los alucinógenos y la heroína fue de cero. El consumo de estas sustancias resultó ser más alto, en aquellas que realizaban CIA, en concreto tabaco y cannabis. De entre los problemas asociados al CIA, se encuentran los relacionados con las conductas sexuales de riesgo, que pueden verse afectadas de forma sustancial (Rodríguez et. al, 2007). El alcohol produce alteraciones en el

comportamiento sexual de los individuos y suele estar detrás de prácticas sexuales de riesgo. En Europa, un tercio de los jóvenes están bajo los efectos del alcohol en su primera experiencia sexual, lo que aumenta las probabilidades de tener relaciones sexuales sin preservativo (Bellis y Hughes, 2004).

Es evidente que el consumo de drogas entre los Universitarios Españoles es un tema de vital importancia, debido a que las prevalencias existentes nos muestran a una población estudiantil, con tasas de consumo de alcohol, tabaco y cannabis bastante elevadas, con las repercusiones negativas que este tipo de sustancias generan y la afectación a la salud a medio, corto y largo plazo que pueden originar.

2.2.1.4 Otros hábitos, salud y satisfacción vital

Junto con la inadecuada nutrición, el sedentarismo y el consumo de drogas tanto legales como ilegales, que suponen las principales causas de morbilidad y mortalidad evitables en el mundo desarrollado (OMS, 2004), durante la etapa universitaria se pueden adquirir otros hábitos de vida que pueden influir negativamente en la salud. A continuación, vamos a referirnos a algunos de ellos.

Ocio y Tiempo libre

El ocio es uno de los fenómenos psicosociológicos más importantes y característicos del mundo occidental. El ocio, dentro del tiempo libre es aquel tiempo conformado por actividades elegidas libremente, que satisfacen las necesidades personales y que generan descanso, diversión o desarrollo del sujeto (Rodríguez y Agulló, 1999).

Reig, Cabrero, Ferrer y Richart (2001) hallaron en su estudio, que las actividades más frecuentes en las que empleaban su tiempo libre los universitarios, fueron salir con los amigos y ver la televisión. Los varones dedican más tiempo a practicar deporte, navegar por Internet o jugar con el ordenador y leer periódicos y revistas.

Corera et al. (2006), en su estudio con universitarios en Navarra, encontraron que las actividades más frecuentes fueron: salir con amigos o pareja (96,7%), ver la televisión (94,4%) leer el periódico (80,2%), hacer deporte u otra actividad física (77,6%), navegar o chatear por Internet (74,3%), lectura de libros (60,9%), actividades culturales como cine, teatro, exposiciones, museos o conciertos (57,6%) y juegos de ordenador o videojuegos (38,3%). La media de horas empleadas en estas actividades es de 12,8 para las salidas con amigos o pareja, de 8,7 para ver la televisión, 3,5 para el deporte y de 3 horas para navegar o chatear. El 11% asistía a actividades culturales con frecuencia, el 43% a veces, el 46% nunca o casi nunca

Bennassar (2012) encuentra en estudiantes universitarios que las mujeres dedican más horas a actividades culturales, estudios, las tareas domésticas, y a leer libros no relacionados con los estudios, empleando más horas los hombres en videojuegos. Dedican una media de 1,7 horas diarias a ver la televisión, siendo 3,4 horas al día que emplean con el ordenador, siendo estos resultados algo mayores en hombres que en mujeres. Las mujeres dedican mayor tiempo que los hombres a actividades culturales, estudio y lectura.

Enfermedades

Los universitarios constituyen una población de referencia y de interés y por tanto su salud ha sido objeto de análisis. Se han llevado a cabo diversos estudios para conocer el estado de salud, de colectivos de estudiantes universitarios (Allgöwer, Stock & Krämer, 2000; Castro y Sánchez, 2000; Stock & Krämer, 2000).

Reig et al. (2001) indican que el 74% de los estudiantes de su muestra, refirió haber tenido un estado de salud bueno o muy bueno durante el último año. Menos del 4% informa de un estado de salud malo. Algo más del 62% opina cuidar bastante o mucho su salud. La media de días de enfermedad es de 9 en un año, siendo la media de las mujeres más alta que la de los hombres. Estas también acuden con más frecuencia

que los varones a la consulta médica. El problema de salud más frecuente fue de dolor de cabeza (44%) y el acné y alergias (20%).

Corera et al. (2006) encontraron en su muestra universitaria, que el colectivo estuvo enfermo una media de 5,4 años en los últimos 12 meses. El 24,9% no ha estado ningún día enfermo, el 39,7% de 1 a 5 días, el 26,1% entre 6 y 10 días, y el 9,3% en mayor número de días. Las mujeres refieren enfermar más que los hombres. 6,5 días en el último año para ellas, frente a los 4,2 de los hombres.

Bennassar (2012) encuentra, en la investigación que recoge en su Tesis, que el 13,4% de los estudiantes universitarios refiere padecer una enfermedad crónica. El 7,0% de los estudiantes refiere padecer una discapacidad, de éstos el 94,0% presentan una discapacidad sensorial (el 88,0% es visual y el 6,0% es auditiva), mientras que el 6,0% una discapacidad motora.

Sueño

La importancia de una buena calidad de sueño no sólo es relevante como factor determinante de la salud, sino por la implicación que tiene este en la calidad de vida. Bennassar (2012) refiere que el 77,4% de los universitarios presenta dificultad para dormir en las últimas semanas, siendo el 9,7% los que indican tener ese problema la mayor parte de los días y el 2%, todos los días. Entre semana, sólo el 10% duerme más de 8 horas, elevándose el porcentaje al 40% en fin de semana. La media de horas que duermen al día es de 7,6 horas.

En el estudio llevado a cabo por la Universidad de Navarra (Corera et al., 2006), los investigadores encontraron que los estudiantes duermen una media de 7,8 horas diarias a la semana y de 9,2 los fines de semana. El 9,6% duerme 6 horas o menos entre semana y el 4,9% los fines de semana.

Sierra, Jiménez y Martín (2002), en una investigación hecha con una muestra de 716 universitarios de México, recogen que en torno al 30% del alumnado presenta una mala calidad de sueño, eficiencia habitual del sueño, alteraciones del sueño, uso de medicación hipnótica y disfunción diurna.

Reig et al. (2001), en la Universidad de Alicante, encontraron que los estudiantes dormían una media de 7 horas y media entre semana y algo más de 8 horas los fines de semana.

Calidad de Vida y Salud Percibida

Según la Organización Mundial de la Salud (WHO, 1995), la Calidad de Vida y la Salud incluye las dimensiones física, psicológica y social y es “la percepción del individuo de su posición en la vida en el contexto de la cultura y sistema de valores en el cual él vive y en relación a sus objetivos, expectativas, estándares y preocupaciones”.

Es la consciencia de las necesidades personales o la descripción de cómo la persona dice que es (Gerhardt, Britto, Mills, Biro & Roshental, 2003). La visión que tiene una persona sobre misma con respecto a las variables analizadas en un momento dado, siendo el individuo el que determina lo que es calidad y no lo es, en su propia vida (Galán, Blanco y Pérez, 2000).

Reig et al. (2001) describen en la muestra de universitarios alicantinos, que el 80% informó de una calidad de vida buena o muy buena y el 69,7% está satisfecho con su vida.

En la Universidad de Navarra, Corera et al. (2006), a través del test Euroqol-5d para medir la calidad de vida relacionada con la salud, encontraron que para la mayoría de estudiantes su calidad de vida es buena. Un porcentaje amplio no presenta problemas de movilidad, cuidado personal, en sus actividades cotidianas. Es de destacar que, aunque los porcentajes siguen siendo bajos, el 16% tiene moderado

dolor o malestar y un casi 21% está moderadamente ansioso o deprimido. Con respecto a la salud percibida, de 0 a 100, los estudiantes obtienen una puntuación media de 80,1. Aproximadamente la mitad del colectivo ha acudido al médico por enfermedad y ha tomado algún medicamento en las últimas 4 semanas. El 7,6% del alumnado ha estado alguna vez, en tratamiento psicoterapéutico.

Bennassar (2012) encuentra que el 21,2% de los estudiantes consideran tener muy buena calidad de vida, el 67,7% buena, el 9% regular y el 2% mala. El 91% consideraba que su estado de salud era bueno o muy bueno, frente a un 9% que lo consideró regular, malo o muy malo.

Molina, Sepúlveda, Carmona, Molina y Mac Ginty (2016) llevaron a cabo una investigación sobre calidad de vida, con 1277 estudiantes universitarios de primer año, de institutos y de bachillerato de Chile y que se compararon también con los de un estudio anterior con un grupo de adolescentes de enseñanza media (Sepúlveda et al., 2013). Los resultados arrojan que las dimensiones de Bienestar Físico, Estado de Ánimo, Emociones y Autonomía, Bienestar Psicológico, Amigos y Apoyo Social, tuvieron puntuaciones significativamente por debajo en los estudiantes de la Universidad de Chile, de las encontradas a nivel nacional en adolescentes chilenos, en mujeres y escolares de bajo nivel socioeconómico, con índice de vulnerabilidad escolar o con discapacidad o problema de salud o enfermedad crónica.

En el proyecto unHicos (2013), anteriormente mencionado, los resultados en cuanto a la salud percibida, indican que el 79% de los estudiantes manifestaron un buen estado de salud percibida, existiendo diferencias estadísticamente significativas por sexo, ya que las mujeres valoraron su salud negativamente (Fernández Villaet al., 2013).

Lara, Saldaña, Fernández y Delgadillo (2015), en una muestra de 352 universitarios de México, hallaron que el 69,6% calificó su salud de los últimos 12

meses como muy buena y buena, y el 4,6% como mala y muy mala. Un 4,3% calificó su calidad de vida como mala o muy mala.

Depresión, estrés, ansiedad y autoestima

La depresión es uno de los desórdenes clínicos más frecuentes en población general, existiendo una clara dependencia entre depresión y ansiedad. Estas dos junto al estrés, causan más muertes que el cáncer y el sida juntos (Riveros, Hernández y Rivera, 2007). En población universitaria uno de los principales motivos de atención psicológica lo constituyen la ansiedad y la depresión (Agudelo, Casadiegos y Sánchez, 2008).

La prevalencia encontrada de ansiedad y depresión en universitarios, oscila entre el 25% y el 50%, dependiendo del estudio (Amézquita, González y Zuluaga, 2000; Arrivillaga, Cortés, Goicochea y Lozano, 2004; Campo y Gutiérrez, 2001; Miranda, Gutiérrez, Bernal y Escobar, 2000).

Agudelo, Casadiegos y Sánchez (2011) llevaron a cabo un estudio con 344 estudiantes de una universidad de Colombia. Los resultados reflejan que un 29,9%, según la escala de depresión de Zung, presentó depresión leve, un 14,2% moderada y un 3,2% severa, con mayor prevalencia en el género femenino.

El estrés aumenta conforme el estudiante progresa en sus estudios (Putwain, 2007), está relacionado con la ansiedad y llega a sus grados más altos al cursar estudios universitarios (Dyson & Renk, 2006).

Hernández (2005), en una muestra de 28559 alumnos de 16 universidades españolas, destaca que el 20,84% manifiesta una alta ansiedad a la hora de enfrentarse a los exámenes.

Corera et al. (2006) en Navarra, hallan que más de un tercio de los estudiantes se sienten agobiados siempre o a menudo. En torno al 50% se sienten agobiados por los estudios, las asignaturas, el futuro laboral y la falta de relación de los estudios con la realidad. Entre un 20 y un 30% debido al estrés en general, la situación económica, social y política, y por trabajar y estudiar a la vez. Con menores porcentajes, la vivienda, la relación de pareja, o la situación familiar entre otras, son situaciones generadoras de estrés.

Álvarez, Aguilar y Lorenzo (2012) encontraron que una alta proporción de los estudiantes de la Universidad de Almería, manifestaban una ansiedad preocupante o muy preocupante frente a los exámenes. En concreto, un 25% las presenta en un nivel preocupante y un 10% en un nivel muy preocupante a nivel cognitivo, un 17% las presenta en un nivel preocupante y un 6% en un nivel muy preocupante a nivel fisiológico, y a nivel motórico, un 13% las presenta en un nivel preocupante y un 4% en un nivel muy preocupante.

Bennassar (2012) refleja que el 81,4% de los estudiantes se sienten estresados, siendo un 51% los que consideran que su nivel de estrés es alto o muy alto. Las mujeres se sienten más estresadas, de forma significativa, en comparación con los hombres.

Lara et al. (2015) encontraron que el 63,9% sintió estrés en las dos últimas semanas y que uno de cada cuatro estudiantes sufrió mucho estrés en el trimestre, afectando al 23% de la muestra en sus actividades cotidianas, incluyendo el rendimiento en el estudio. Un 17% manifestó sentir mucho malestar emocional.

González-Arratia, Valdez y Serrano (2003) aplicaron un cuestionario de autoestima a 422 estudiantes mexicanos conformados por aspirantes a psicología y alumnos de primer y de segundo de dicha titulación. Encontraron que las mujeres consideran en mayor proporción, que no valen nada y que todo les sale mal en comparación con los hombres. Los sujetos de entre 18 y 22 años son los que se sienten más inseguros y perdedores. Por otro lado, los aspirantes se evalúan como perdedores,

creen que no valen nada y se sienten inútiles e inseguros en contraste con los de primer curso que se valoran como aplicados, inteligentes y con éxito en lo que hacen.

El 75,9% de los universitarios, en el estudio con estudiantes de la Universidad de Navarra, tuvo una imagen positiva de sí mismos, tanto en lo referido a la esfera intelectual como a sus habilidades personales y sociales (Corera et al., 2006).

Bennassar (2012) describe en su Tesis Doctoral que el 46,3% de los estudiantes universitarios consideró que tenía un nivel de autoestima positiva, siendo los hombres, los que perciben que tienen un nivel de autoestima más alto, frente a la estimación de las mujeres.

2.3 PREVENCIÓN Y PROMOCIÓN DE LA SALUD EN UNIVERSITARIOS

2.3.1 Educación para la salud

La Educación para la Salud (EpS) aunque es una práctica antigua, se ha modificado en función de los paradigmas existentes frente a la salud y se considera que es un concepto relativamente nuevo, que aparece asociado al de salud comunitaria (Schwartz, Newhouse & Phels, 1974).

Se distinguen dos etapas o periodos en la evolución del concepto y del contenido de la EpS (Salleras, 1990), que van de la mano de los cambios sociopolíticos y del avance acerca de los conocimientos de los factores de riesgo.

Como recogen Valadez, Villaseñor y Alfaro (2004), el primer periodo que llega hasta mediados de la década de los setenta, dio lugar a dos enfoques; en el primero, informativo-prescriptivo, los profesionales de la salud son los concedores de los recursos necesarios para el cuidado de la salud y los individuos son meros receptores de esta información, cuyas indicaciones deben poner en marcha. En el segundo, basado en el resultado de la conducta sobre la salud, se considera a la EpS como intervenciones dirigidas a producir cambios en el comportamiento y los estilos de vida saludables.

En esta visión, se parte de la base de una concepción del proceso salud-enfermedad de forma individual y como un fenómeno biológico, sin prestar atención a los condicionantes sociales.

El segundo periodo, plantea la necesidad de reconocer la influencia de los factores sociales, ambientales y económicos y por tanto busca reducir las desigualdades en estos niveles. La EpS aquí, se aleja de la transmisión de un saber, para

generar una búsqueda participativa del individuo que genere el desarrollo de la conciencia y del descubrimiento de su contexto de vida.

En el ámbito sanitario la EpS se denomina Educación Sanitaria, y Salleras (1990) la define como un proceso dirigido a que la población adopte y mantenga estilos de vida saludables, llevando a cabo los cambios ambientales necesarios para dicha consecución.

Para Dueñas (1999), la EpS es una disciplina médica, psicológica y pedagógica, que tiene por objeto la impartición de conocimientos teórico-prácticos para que la población desarrolle actitudes y hábitos correctos a través de su incorporación progresiva en su estilo de vida, como requisito indispensable para preservar el estado de salud en condiciones óptimas.

La OMS (1983) la describe como aquellos procesos de información y educación que motiven en las personas la búsqueda de la salud, individual o colectivamente, buscando ayuda cuando sea necesario.

Salud y EpS son términos que parecen unidos, como indica Serrano (2003), sin embargo, históricamente se desarrollaron como disciplinas paralelas pero aisladas la una de la otra. Es a finales del siglo XVIII cuando se aceptan a los factores externos relacionados con el modo de vida, como elementos que condicionan la presencia o ausencia de enfermedad. Chadwick (1842) en Inglaterra y Shattuck (1850) en Estados Unidos, demuestran la relación entre pobreza y enfermedad lo que determinó el nacimiento del modelo médico-social, originando la creación de la Higiene Social, la Medicina Social y la Salud Pública. Este nuevo paradigma sobre la salud y la enfermedad junto con la epidemiología, permitió abordar las relaciones entre estilos de vida y factores de riesgo.

La EpS, tiene como finalidad mejorar la salud de las personas e incluye dos ámbitos: el preventivo y el de promoción de la salud. A nivel preventivo, actúa

manejando situaciones de riesgo para evitar problemas de salud o sus consecuencias y a nivel promotor de la salud, instruyendo para adoptar estilos de vida salutogénicos (Catalán, Sala y Beguer 1993; Dueñas, 1999; Valadez, Villaseñor y Alfaro, 2004).

Gunay, Cavas y Hamurcu (2015) indican la importancia de abordar desde la infancia los temas relacionados con la salud, tanto en el medio familiar como escolar, debido a la relación existente entre una adecuada salud y mejores condiciones de vida. Numerosos son los autores que ponen de relieve la importancia de la Educación para la Salud con el bienestar en este ámbito (Inel, Günay, Evrekli & Hamurcu 2011; Jourdan, Samdal, Diagne & Carvalho, 2008; Seffrin, 2008).

La EpS se entiende como un proceso de responsabilización del alumno frente a las elecciones de conductas saludables y estilos de vida adecuados. Cada vez cobra más importancia como trabajo educativo y se ha ido incluyendo en las reformas educativas. En concreto, a nivel universitario, la Organización Panamericana de la Salud junto al Instituto para la Educación de la UNESCO, han desarrollado el concepto de “Universidad Saludable”, la cual incluye la promoción de la salud en su proyecto educativo y laboral para mejorar el desarrollo y calidad de vida de los miembros que la conforman y poder estos actuar como modelos de conductas saludables con sus entornos más próximos (Meda et al., 2008).

Los estudios sobre EpS están de actualidad y no sólo son importantes en el nivel de educación primaria y secundaria. Jiménez-Torres y cols., (2013) en una revisión de 245 artículos sobre Educación para la Salud, llevados a cabo entre 1993 y 2013, confirman que las intervenciones en instituciones educativas se fundamentan más en la prevención que en la promoción de la salud; y que los centros universitarios son los que llevan a cabo más tareas encaminadas a la promoción de la salud. De estas investigaciones, más del 40% se refieren a cuestiones teóricas de educación para la salud y a encuestas sobre salud física percibida. El 12,03% versan sobre la promoción de la salud en el contexto de la física y la alimentación saludable. Un 9% de los trabajos abordan las drogodependencias. Un 5,74%, se refiere a la validación de instrumentos

para medir diferentes aspectos relacionados con la educación para la salud. Por debajo del 5% los que abordan la educación afectivo-sexual son en torno al 5% y la prevención de riesgos con un 2%. De todos aquellos, es la Universidad el responsable del 50% de las mismas.

Por tanto, no debemos obviar la importancia del contexto universitario como espacio para la EpS, que sirve para poner en marcha las políticas y actuaciones encaminadas a promover la salud y prevenir las enfermedades y lesiones que mejoren el bienestar de la población.

2.3.2 Prevención y promoción de la salud

La Salud Pública es la ciencia y el arte de impedir las enfermedades, prolongar la vida, fomentar la salud y disminuir las enfermedades mediante el esfuerzo organizado de la comunidad esfuerzo organizado de la comunidad Winslow (1920). La ciencia y el arte de organizar y dirigir los esfuerzos colectivos destinados a proteger, promover y restaurar la salud de los y restaurar la salud de los habitantes (Piédrola, 2016).

Sus objetivos son vigilar el estado de salud de la población y sus necesidades, y desarrollar políticas de salud para garantizar la prestación de servicios sanitarios. Su desarrollo va encaminada a toda la población, poniendo énfasis en la prevención, los factores de riesgo y los determinantes socioeconómicos de la salud, a través de una aproximación multidisciplinar. El proceso de atención integral de la salud, está conformado por cinco funciones de atención a la salud de la comunidad, que de acuerdo con la doctrina de la Salud Pública son:

- Protección de la salud: conductas encaminadas al control sanitario del medio ambiente a través de la vigilancia de la contaminación del agua, aire y suelo y de los alimentos.

- Prevención de la enfermedad (PE): acciones dirigidas a prevenir la aparición de la enfermedad, a detener su avance y a mitigar sus efectos cuando ya se ha producido. Se llevan a cabo mediante programas sanitarios preventivos, educación sanitaria, pruebas de detección.
- Promoción de la salud (PS): actividades cuyo objetivo es proporcionar a la población información y medios para manejar su conducta con el fin de mejorarla.
- Restauración de la salud: acciones a través de los servicios de salud ya sea a nivel de atención primaria en centros, o secundaria en hospitales, destinadas a recuperar la salud perdida.
- Rehabilitación: medidas dirigidas a alcanzar la optimización del individuo a nivel físico, psíquico y social en el caso de limitaciones fisiológicas, anatómicas o medioambientales.

El concepto de PS aparece a mitad del Siglo XX y abarca distintos ámbitos, como son: el educativo, la investigación, los servicios de salud, sectores sociales y políticos. En 1986 tuvo lugar en Ottawa (Canadá), la primera Conferencia Internacional de la PS en la que se redactó la “Carta de Ottawa” cuya meta era, tomando como partida el debate de la Asamblea Mundial de Salud de 1977, conseguir “Salud para todos en el año 2000”.

Esta misiva, pone en relación la salud con las condiciones sociales, económicas, el entorno físico y los estilos de vida lo que da paso a una visión holística de la salud, primordial en la definición de promoción de la salud. Esta es vista como un recurso para la vida diaria, un concepto positivo que pone de relieve las herramientas sociales y personales y las capacidades físicas (OMS, 1986).

Con respecto a la PS, el texto cita lo siguiente:

La Promoción de la Salud es el proceso de capacitar a la población para que aumente el control sobre su propia salud y la mejore. Para alcanzar un estado de completo bienestar físico, mental y social, un individuo o un grupo debe ser capaz de identificar y realizar sus ambiciones, de satisfacer sus necesidades y de cambiar el ambiente o adaptarse a él. La salud se considera, por tanto, como un recurso para la vida diaria, no como el objetivo de la vida. La salud es un concepto positivo que valora los recursos sociales y personales, así como las capacidades físicas. Por tanto, la promoción de la salud no es sólo responsabilidad del sector sanitario, sino que va más allá de los estilos de vida sanos, para llegar al bienestar (OMS, 1986, p.1).

Aunque para la OMS y la OPS es indistintamente una estrategia o una función de la Salud Pública, para muchos autores (Restrepo, 1996; Gómez, 1998; Sanabria, 2007) la PS es un enfoque cualitativamente superior al de salud pública y se considera un nuevo paradigma.

La PS tiene cinco objetivos definidos en la Carta de Ottawa 1986:

1. Desarrollar aptitudes personales para la salud a través de la información, la educación para la salud, y desarrollo de habilidades y competencias necesarias para la vida.
2. Desarrollar entornos favorables donde se protege al ser humano y su entorno natural. Generar entornos de vida y de trabajo seguros, estimulantes, satisfactorios y agradables.
3. Reforzar la acción comunitaria estableciendo prioridades, tomando decisiones, planificando estrategias y en la elaboración y ejecución de acciones para alcanzar un mejor nivel de salud.

4. Reorientar los servicios de salud a través de la transformación de los servicios con el objetivo que trasciendan la función curativa y ejecuten acciones de promoción y prevención de la salud, conectando el sector salud con el componente ambiental.
5. Impulsar políticas públicas que tengan a la salud como eje transversal y donde la equidad se busque en todos los sectores, buscando dirigir la atención hacia la contaminación, los riesgos ocupacionales y la vivienda.

Más tarde, en el Documento “Salud para todos en el siglo XXI”, aprobado en 1998, en la 51ª Asamblea Mundial de la Salud (OMS, 1998b), se considera la necesidad de que los contextos donde discurre la vida de las personas (estudio, trabajo, ocio...) promuevan la salud. Los espacios más habituales son:

- Los servicios sociales.
- Los servicios sanitarios.
- El contexto educativo.
- El ámbito social.
- El entorno laboral.

En la actualidad, se entiende que promover la salud desde un enfoque más amplio no es solo un derecho deseable para los ciudadanos, sino también un freno a la enfermedad (Seligman, 2008). De hecho, hay estudios que demuestran la existencia de correlación entre medidas relacionadas con la salud positiva, como por ejemplo la sensación de bienestar y un correcto funcionamiento de múltiples sistemas biológicos, medidos a través de diversos biomarcadores, como el nivel de cortisol salival, las citoquinas proinflamatorias, el riesgo cardiovascular o la duración de la fase REM del sueño (Ryff, Singer & Love, 2004)

La PE la define la OMS (1998b) como las medidas destinadas a prevenir la aparición de la enfermedad y a detener su avance y atenuar sus consecuencias, una vez que aparece.

Su objetivo es desarrollar recursos para evitar la aparición de la enfermedad. Sus acciones principalmente se ponen en marcha desde los dispositivos sanitarios y van encaminadas a modificar conductas de riesgo en los individuos y las poblaciones. Podemos distinguir tres tipos de prevención:

- Primaria: acciones encaminadas a impedir la aparición de una enfermedad, disminuyendo el número de casos nuevos. Se puede prevenir a través de estrategias sobre el medio ambiente, sobre las personas y mediante las acciones de promoción de la salud.
- Secundaria: actúa sobre la enfermedad en sus primeras fases a través de un diagnóstico precoz y de un tratamiento efectivo. Su objetivo es reducir la mortalidad.
- Terciaria: su objetivo es tratar o rehabilitar la enfermedad ya diagnosticada, con el fin de mejorar la calidad de vida de las personas y su adaptación al medio.

2.3.3 La Universidad como entorno promotor de la salud

El concepto de Universidad Saludable se desarrolla gracias a tres iniciativas de la OMS: la Declaración Alma Ata (1977), que reconoce la relevancia de la atención de la salud a nivel primario y amplía el modelo médico incluyendo factores sociales y económicos, considerando que las actividades de varios sectores, entre ellas las organizaciones formadas por la sociedad civil, pueden mejorar la salud. La segunda es la Estrategia de Salud para todos (1981), que pone de manifiesto la importancia de la igualdad, la participación, la colaboración y la necesidad de reorientar los sistemas y los servicios de salud. Por último, la Carta de Ottawa (1986) dirigida a la búsqueda de ambientes de oportunidad y sistemas públicos que fomenten el desarrollo social (Meda et al., 2008).

Como señalan Herrera-Gutiérrez y López-Martí (2016), las universidades pueden llevar a cabo una importante labor de cambio cultural y promoción de la salud, mejorando la calidad de vida de sus miembros y, por ende, de la sociedad en general. Se trata de considerar a la salud desde una corriente salutogénica (Antonovsky 1979 y 1987), como un producto socio ecológico, donde se relacionan factores de conducta, genéticos, ambientales, económicos, políticos y sociales. De este modo, el énfasis recae en los recursos para la salud y en los procesos promotores de salud en los diferentes entornos y contextos (Álvarez-Dardet y Ruiz Cantero, 2011; Antonovsky, 1996).

Desde los planteamientos del Documento “Salud para todos en el siglo XXI”, se fomentan programas de entornos saludables: ciudades, hospitales, escuelas... y como no, también Universidades Saludables, debido a la importante función que desempeñan en este ámbito.

Una Escuela Promotora de Salud, es aquella que pone en marcha los mecanismos necesarios para constituir un medio saludable donde vivir, aprender y trabajar (OMS, 1998b). Para ello se rigen por unos principios de democracia y de igualdad, participativos y de colaboración entre todos los estamentos que estén relacionados con esta consecución (instituciones educativas, sanitarias, sociales o familiares) y la formación del profesorado y las actividades en el medio, como manera de ponerlo en marcha.

Las Universidades, además de entornos de investigación y laborales, son fundamentalmente contextos educativos. Esta se convierte en un espacio privilegiado para implementar actividades de promoción de la salud.

Para Tsourus, Dowding, Thompson y Dooris (1998), en el informe publicado por la OMS para servir de guía a las Universidades promotoras de salud, el enfoque de promoción de la salud en el contexto universitario mejoraría la salud de las siguientes maneras:

- A través de las políticas y recursos puestos en marcha, que pueden llegar a un número considerable de personas (alumnado, profesorado, personal investigador, y personal de administración y servicios) que no sólo trabajan o estudian, sino que llevan a cabo parte de su vida en las instalaciones.
- Los estudiantes serán futuros profesionales que, si reciben la formación e información adecuada sobre el tema, podrán poner en marcha el compromiso con la salud en su práctica laboral y ampliar por tanto el alcance de esta intervención.
- La universidad tiene medios para favorecer la repercusión de estos conocimientos a nivel local, nacional e internacional.

La mayoría de experiencias vinculadas a las Universidades Saludables se han llevado a cabo bajo la tutela de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) en todo el continente americano: México, Chile, Colombia, Venezuela, Perú, Cuba, USA y Canadá.

En el caso de Europa, es en Lancaster en 1996, cuando se celebró la primera y segunda Conferencia Internacional sobre Universidades Promotoras de Salud. Un año más tarde, en 1997, se produce un segundo evento vinculado a la Oficina Regional de la OMS para Europa, a partir de la cual, se crea la Red de Universidades Europeas Promotoras de la Salud.

Resultado de estos se acuerdos se plantean (Tsouros, Dowding, Thompson & Dooris, 1998):

- Generar en el medio universitario, un espíritu de compromiso con la salud y el bienestar.
- Que la universidad actúe como agente promotor de salud en la comunidad.

- Que estas prácticas de mejora de la calidad de vida, afecten a todos los miembros de la universidad.

En octubre de 2005, en la Universidad de Alberta (Edmonton, Canadá), tiene lugar la II Conferencia Internacional de Universidades Promotoras de Salud, aprobándose la Carta de Edmonton, en la que se proponen los siguientes objetivos:

- Impregnar de una cultura de promoción de la salud y de un entorno sostenible.
- Mejorar el ambiente laboral, académico y de vida, de los estudiantes y del resto de la comunidad universitaria.
- Fomentar las elecciones de estilos de vida saludables.
- Mejorar los servicios de salud para los miembros universitarios.
- Fomentar la adopción de responsabilidad sobre su salud y mejora de vida.
- Dar apoyo a los alumnos para que participen en la vida institucional, defendiendo la promoción de la salud.
- Realizar acciones formativas para que los principios saludables sean trasladados fuera del contexto universitario.
- Promocionar la salud a nivel local, nacional y global.

Es en el III Congreso Internacional de Universidades Promotoras de la Salud, llevado a cabo en México en el 2007, cuando se configura la Red Iberoamericana de Universidades Promotoras de la Salud (RIUPS).

En España, el 22 de septiembre de 2008, se constituye la Red Española de Universidades Saludables (REUS), que actualmente está compuesta por 38 Universidades Españolas y 9 Consejerías de Sanidad de las Comunidades Autónomas, dos Ministerios (Sanidad y Educación) y la Conferencia de Rectores de las Universidades Españolas (CRUE). Existe un Acuerdo Marco de Colaboración entre el Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, el Ministerio de Educación, y la Conferencia de Rectores de las Universidades Españolas para el desarrollo de dicha red. Su objetivo es fomentar el papel de la universidad como promotora de la salud y del bienestar de sus

estudiantes y personal que la conforman y de la sociedad a la que pertenecen, a través de los procesos de cambio social, cuyos objetivos y líneas estratégicas, son las siguientes:

- Potenciar la universidad como entorno promotor de la salud de la comunidad universitaria y de la sociedad en su conjunto.
- Fomentar la investigación y la docencia en PS.
- Favorecer el intercambio de experiencias en PS.
- Promover y favorecer el trabajo conjunto entre los organismos de salud pública, las instituciones comunitarias y las universidades.
- Consensuar líneas estratégicas y de trabajo para llevar a cabo un proyecto de universidad promotora de salud.
- Posibilitar la elaboración y el desarrollo de proyectos comunes en las líneas estratégicas de la Red.
- Potenciar la participación internacional.
- Fomentar la oferta de servicios y actividades dirigidos a promocionar la salud de la comunidad universitaria.

Líneas estratégicas:

1. Entornos universitarios que promuevan la salud.
2. Incorporación en los planes de estudio universitarios de formación en promoción de la salud a nivel de grado y postgrado.
3. Investigación en promoción de la salud.
4. Participación y colaboración entre los organismos de salud pública, las instituciones comunitarias y las universidades.
5. La oferta de servicios y actividades en el campus dirigidas a promocionar la salud de la comunidad universitaria.

El IV Congreso de Universidades Promotoras de la Salud tuvo lugar en Pamplona, en el 2009, en el cual se elaboró la Declaración de Pamplona/Iruña, cuyo

objetivo es continuar con el trabajo a favor de la promoción de la salud y que fue firmado por numerosas universidades, entre otras por la Universidad de Murcia. En concreto:

- Lograr el compromiso decidido de los órganos de gobierno de cada universidad, así como su constancia en sus respectivos planes estratégicos, para alcanzar el óptimo desarrollo de una universidad saludable, sostenible y responsable.
- Consolidar una infraestructura participativa para la coordinación de acciones en responsabilidad Social, sostenibilidad y promoción de salud, integrando al personal más cualificado, sensibilizado y multidisciplinar.
- Estar atentos a las patologías y nuevos estilos de vida emergentes, así como a las directrices autonómicas, nacionales e internacionales relacionadas con la prevención y promoción de la salud, y el fomento de la sostenibilidad y responsabilidad social.
- Redactar un plan integrado de universidad saludable, sostenible y responsable, que defina las necesidades, prioridades y estrategias a seguir, con sus correspondientes programas anuales de acciones.
- Evaluar anualmente las actividades de los sucesivos programas, con el fin de mejorar sus resultados y tratando de lograr una mayor transparencia de los resultados obtenidos mediante la publicación de las respectivas memorias.
- Incorporar en los currícula universitarios aquellos conocimientos y competencias relacionadas con la prevención y promoción de la salud, así como el fomento de la sostenibilidad y la responsabilidad social, tanto de forma transversal como de forma explícita.

- Fomentar la realización de investigaciones en áreas sociosanitarias, preventivas, sostenibles y responsables, profundizando y desarrollando nuevas metodologías y estrategias más apropiadas.
- Establecer cauces y dinámicas de coordinación y de participación en todos los momentos y procesos clave, tratando de integrar a representantes de los tres ámbitos que componen la comunidad universitaria junto con personas procedentes de otras entidades relacionadas y de la sociedad en general.
- Continuar fomentando el trabajo mediante redes y alianzas, tanto entre universidades como con otras instituciones del ámbito local, regional y nacional, para lograr sinergias en los temas abarcados y promover la difusión de las experiencias alcanzadas.

La Universidad de Murcia se incorporó a la REUS en el 2008, a través del acuerdo de Consejo de Gobierno de 24 de octubre de 2008. En la Región, es la Consejería de Sanidad y Política Social el departamento encargado de proponer, desarrollar y ejecutar las propuestas del Consejo de Gobierno en relación a la sanidad, higiene, consumo y drogodependencias entre otras, así como las de promoción y educación para la salud.

Por otro lado, en la Universidad de Murcia se han puesto en marcha diversas iniciativas y proyectos encaminados a mejorar la salud de todos sus miembros, conscientes de la repercusión positiva que tiene sobre la comunidad el cuidado y protección de la salud. En concreto, la Oficina de Universidad Saludable REUS-UMU, el Servicio de Prevención y el Servicio de Atención a la Diversidad y Voluntariado, son ejemplos de ello.

Tras la incorporación a la REUS de la Universidad de Murcia se firmó un Convenio entre la Universidad de Murcia y la Consejería de Sanidad y Política Social de la Región de Murcia (publicado en BORM nº 20 de 26 de enero de 2010), que pretende

la creación y desarrollo del “Proyecto de Universidad Saludable de la Universidad de Murcia” con un enfoque interdisciplinar e intersectorial (Herrera-Gutiérrez et al., 2011; Herrera-Gutiérrez y Lozano, 2013).

Gracias a este convenio se han ido llevando a cabo diferentes actuaciones dirigidas a mejorar la salud de la comunidad universitaria. Dichas acciones, han sido ratificadas y renovadas con la firma del Convenio Marco de Colaboración entre dichos estamentos para el desarrollo, ejecución y seguimiento del Proyecto de Universidad Saludable de la Universidad de Murcia (BORM nº 226 de 30 de septiembre de 2014).

Dentro de las estrategias promotoras de salud, varias universidades europeas (Bielefeld en Alemania, Lituania, Suecia, Suiza, Lancashire y Londres en el Reino Unido, o Navarra y Alicante en España) han realizado un estudio sobre “la calidad de vida y el estado de salud de los estudiantes universitarios”, a través de un cuestionario que se ha ampliado con preguntas específicas en cada universidad.

En la Universidad de Murcia, como parte del Proyecto de Universidad Saludable, se ha realizado también un estudio sobre salud, bienestar y calidad de vida del alumnado de la Universidad de Murcia para llevar a cabo el diagnóstico de salud en la comunidad universitaria, que sirve como marco de referencia y punto de partida para nuestra investigación sobre salud, satisfacción vital y estilos de vida en alumnado con síntomas alimentarios.

CAPÍTULO III

TCA EN UNIVERSITARIOS

3.1 ESTUDIOS EPIDEMIOLÓGICOS

Los TCA, son un problema prioritario de Salud en nuestro país y aunque existen abundantes estudios de prevalencia de la enfermedad en educación primaria y secundaria (Morandé, Celada y Casas, 1998; Pérez-Gaspar et al., 1997; Ruiz et al., 1998), en la etapa universitaria no se han estudiado de forma tan profunda.

Como ya mencionamos, si bien la edad de inicio promedio de los TCA está entre 15 y 24 años (Behar y Figueroa, 2004; Taylor et al., 2006), hay estudios que indican su aparición a edades posteriores, entre 20 y 29 años (Bulik, 2002a, 2002b; Correa et al., 2006; Gowers et al., 2004).

En su mayoría no se detectan hasta tiempo después de su inicio y esta etapa académica supone, como ya señalamos anteriormente, una época de cambios y situaciones estresantes que pueden actuar como precipitante o agravante del trastorno. Muchos de los estudiantes empiezan a vivir de forma independiente, convirtiéndose en los responsables de sus hábitos alimentarios, de adquirir la comida, organizar los menús y los horarios, lo que puede generar inclusión de alimentos precocinados y saltarse las ingestas, favoreciendo la aparición de un TCA (Ayala, Pérez y Obando, 2010).

Los estudios epidemiológicos en universitarios son escasos y suelen utilizar únicamente instrumentos de cribaje, para analizar la prevalencia de la enfermedad (Palmquist, Berglund & Dieken, 1996).

A nivel nacional se han encontrado prevalencias de riesgo del 19% (Sánchez, Sánchez, Cuenca, Gorbe y del Moral, 2010; Sepúlveda, Carroble, Gandarrillas y Gender, 2008), sin embargo, a nivel internacional los valores oscilan con mayor amplitud, encontrándonos con un 39,7% en Grecia y Colombia y un 5,8% en México (Morán, Cruz e Iñárritu, 2009; Swanson, Crow, Le Grange, Swendsen & Merikangas,

2011). En México, Mancilla y colaboradores (1998) reportan una prevalencia universitaria de TCA del 8,3%. Ángel, Vásquez, Martínez, Chavarro y García (2000) y Castrillón, Luna y Aguirre-Acevedo (2007) encuentran en estudiantes universitarias de Colombia prevalencias de TCA similares a la de los países desarrollados.

Ángel, Vásquez y Chavarro (1997), en una muestra conformada por 411 estudiantes universitarios, tras citar y lograr reencuestar a los pacientes y disminuirse ésta a 149 estudiantes, arrojó un diagnóstico clínico mediante un test de cribado y posterior entrevista estructurada, de 79 estudiantes con TCA, de los cuales cinco tenían una BN, dos AN y setenta y dos eran TCANE. La prevalencia global de TCA en esta muestra fue de 30,7%, de los cuales el 2,2% eran BN, el 0,5% AN y el 28% TCANE.

Vásquez, Ángel, García, Martínez y Chavarro (1997) encontraron en una muestra de practicantes de Karate-Do, que los TCA fueron más frecuentes entre estudiantes universitarios de las ramas de la ciencia de la salud.

Cortés, Díaz, Mejía y Mesa (2003) calcularon la existencia de TCA en 196 estudiantes de sexo femenino de varias facultades de Colombia. Para ello utilizaron la entrevista diagnóstica CIDI, que recoge los criterios del DSM- IV y la CIE-10 para BN y AN y TA. Excluyendo el criterio mantenido en el DSM-IV sobre la amenorrea, la prevalencia de AN fue del 3,1%, siendo el grupo de 18 años el único afectado. Teniéndolo en cuenta se redujo al 0.5% La mitad fueron casos de tipo restrictivo y la otra mitad compulsivo-purgativo. Medicina fue la titulación con más presencia (50%), seguida por odontología (33%) y veterinaria (17%). En psicología no hubo casos. El 16,75% de las pacientes presentó un IMC por debajo de 18. El 83,2% de la población estudiada, manifestó un miedo intenso a ganar peso o engordar. El 2,1% cumplía criterios de BN. El 50% se presentó en el grupo de mayores de 20 años. El 75% fue de tipo purgativo y e 25% no purgativo. Medicina, veterinaria y zootecnia fueron las carreras con más prevalencia. Tampoco se encontraron casos en psicología. Fueron reconocidos comportamientos tales como el vómito, uso de laxantes y ejercicio

excesivo por el 41,9% de la población. En el caso del TA, un 1,6% de la muestra cumplió criterios.

Diversos autores encuentran la prevalencia de síntomas de BN en universitarias entre el 10-14%, de las cuales entre el 1-3% presentarían el diagnóstico (Behar y Figueroa, 2004; Riffo, Pérez, González y Aranda, 2003).

La Asociación contra la Anorexia y la Bulimia, ACAB, puso en marcha junto con Adeslas, un estudio sobre la prevalencia de TCA (2004) en el contexto universitario catalán. Los resultados indicaron que un 11,48% presentaba alto riesgo de sufrir un TCA, mientras que un 6,38% lo podría estar sufriendo.

Sepúlveda, Gandarrillas y Carroble (2004), en un estudio de prevalencia de TCA en universitarios con 2.551 estudiantes de entre 18 y 40 años, encuestados a través de varios cuestionarios específicos, encontraron en la Universidad Autónoma de Madrid que el 14,9% de los varones y el 20,8% de las mujeres presenta un alto riesgo de desarrollar un TCA. El 9,6% de los hombres y el 16% de las mujeres manifiestan conductas purgativas. Un 10,6% de los chicos y un 14,5% de las chicas utiliza laxantes.

Góngora y Casullo (2008), a través de una encuesta sociodemográfica y de síntomas alimentarios, el cuestionario de esquemas SQ, el inventario ICA de conductas alimentarias y el cuestionario MAC-R de cogniciones, encontraron en 449 participantes estudiantes de psicología mexicanos, que el 10% de la muestra manifestaba sintomatología importante de TCA, siendo las conductas y cogniciones al respecto de las mujeres, más severas que las de los hombres.

En población norteamericana, Yager y O'Dea (2008) encontraron, en estudiantes universitarias femeninas, unos porcentajes de prevalencia de BN del 19% y de AN entre el 1-4%.

Morán et al. (2009) estudiaron la prevalencia de factores y conductas de riesgo de TCA en 742 estudiantes de medicina, de la Universidad Nacional Autónoma de México. A través de la cumplimentación del EAT-26 se observó que un 5,8% manifestó conductas de riesgo de presentar un TCA. El 9,7% presentaron atracones y el 5,6% vómitos y uso de laxantes.

Páez y Castallo (2010) reportan que un 28,7% de una muestra de 172 alumnos de la Facultad de Psicología de la Universidad de Manizales (Colombia) presentan factores de riesgo para TCA medida con el cuestionario SCOFF (Campo-Arias et al., 2006; Rueda et al., 2005; Rueda-Jaimes et al., 2005).

Domínguez (2012) analizó una muestra de 176 estudiantes matriculados en una universidad de Colombia de ocho facultades distintas. A través de EAT-26, se obtuvo que el 13,8% presentan riesgo de tener un TCA. La carrera que obtuvo más riesgo fue derecho, con un porcentaje del 18,8%, seguida por medicina y enfermería con 18,2%. El grupo de edad en el que se encontró mayor riesgo fue el de 20 años, seguido del de 19 y 22 años. Las mujeres presentan significativamente más riesgo que los hombres, en una proporción 4:1.

Campo-Arias y Villamil-Vargas (2012) analizaron el riesgo de TCA en estudiantes de medicina de una universidad de Bogotá. En el estudio participaron 289 alumnos, de los cuales un 20,4% manifestó probabilidad alta de presentar la enfermedad.

563 estudiantes de la Universidad Complutense de Madrid, pertenecientes a distintas facultades fueron evaluados a través del Inventario de Trastornos del Comportamiento Alimentario (EDI-3-RF) de Garner, Olmstead y Polivy (1983). El 11,9% de los varones y el 29,9% de las mujeres, estaban incluidas en el grupo de “alto riesgo” de presentar la enfermedad. Las mujeres puntuaron más alto en todas las escalas significativamente, excepto en la escala acerca de comportamientos bulímicos, en la que los hombres obtuvieron puntuaciones ligeramente más elevadas (García, Solbes, Expósito y Navarro, 2012).

Hernández-Cortés y Londoño (2013), en una muestra conformada por 417 estudiantes de universidades de Colombia, encontraron a través del EAT-26, que al menos el 63% de los participantes tenía algún riesgo de padecer un TCA. Exactamente el 32.9% riesgo moderado, el 25% alto riesgo y un 5% podría considerarse población clínica. Además, el 33% tenía indicadores de riesgo.

Martínez-González et al. (2014), en una muestra de 1306 jóvenes universitarios españoles, a través de encuesta, encontraron que 255 presentaban criterios de padecer un TCA, lo que supone una prevalencia de 19,5%, siendo más frecuente en mujeres que en hombres (21,2% y 15% respectivamente), en aquellos que cursaban titulaciones distintas a las ciencias de la salud y en los que vivían en colegios mayores o residencias universitarias, en comparación con los que residían en el domicilio familiar.

Peña, López de Arco y Liévano (2014) encuentran que la carrera con mayor prevalencia de ECA positiva fue administración de empresas con un 24.1%, seguida de derecho con un 17,2%, mientras el 24,7% restante pertenecía a otras carreras. Los autores, en su estudio sobre conductas alimentarias en estudiantes universitarios encuentra que el 44% de la muestra obtuvo un puntaje positivo de la encuesta ECA, todas ellas mujeres, mientras que el 56% restante de la población obtuvo un puntaje negativo de la encuesta ECA. Por otro lado, el 100% del 44% de los estudiantes que obtuvieron puntaje mayor o igual a 24 (ECA positiva) tenían una edad promedio de 20 años.

Baader et al. (2014) analizaron la prevalencia de TCA en 804 universitarios de Chile, a través de la Escala de Diagnósticos de Desórdenes de Alimentación (EDDS), encontrando que un 8,8% presenta algún TCA. En concreto, un 6,8% una BN, un 2,6% un TA y el 0,1% AN. De forma subclínica, se identificaron a un 6,5% de estudiantes. Por tanto, en torno al 15% manifestó alguna forma de TCA. Las mujeres manifiestan los síntomas en mayor proporción que los hombres.

Saucedo-Molina Cortés, Villalón, Irecta y Hernández (2015) llevaron a cabo un estudio para evaluar prevalencia de TCA en estudiantes universitarios de México en una muestra de 774 participantes y su relación con los factores asociados. Para ello se utilizaron medidas de la influencia de la forma corporal estética, de los factores relacionados con los TCA, un cuestionario para conductas alimentarias de riesgo y una escala de actitud frente al cuerpo. Encontraron que el 3% informó de conductas alimentarias de riesgo, el 85,5% estaba insatisfecho con su cuerpo, y el 9,2% seleccionó un ideal de cuerpo delgado. Los estudiantes con sobrepeso presentaron mayores factores de riesgo frente a la enfermedad. Se obtuvieron correlaciones positivas entre el IMC y los factores de riesgo evaluados.

Benítez (2016) encuentra en su investigación con 600 estudiantes de la Universidad de Extremadura, que existe una correlación positiva entre insatisfacción corporal e IMC. Los estudiantes de grados relacionados con la docencia, muestran mayor obsesión por la delgadez e insatisfacción corporal, que aquellos no relacionados con la misma. No encuentra relación entre baja adherencia a la dieta mediterránea y riesgo de TCA. En aquellos estudiantes con riesgo de padecer bulimia, no encuentran diferencias significativas en relación a la adherencia a la dieta mediterránea. La insatisfacción corporal es mayor en mujeres, que en hombres. Las mujeres obtienen valores superiores que los hombres en obsesión por la delgadez e insatisfacción corporal, siendo significativamente más altos, los de los varones en la variable que mide comportamientos bulímicos. Sánchez-Quintanar (2016), a través del cuestionario SCOFF administrado a estudiantes de la Universidad de Valladolid, hallaron una prevalencia de TCA del 21,5%, siendo este riesgo 3,16 veces mayor en mujeres,

Como hemos podido comprobar a lo largo de la revisión epidemiológica sobre TCA en universitarios, las cifras obtenidas son muy variables, oscilando entre el 10% y el 20% en la mayoría de estudios, pudiendo ascender la presencia de factores de riesgo para la presentación del trastorno, a un 30% en algunas muestras. Por tanto, nos encontramos ante un problema con unas altas tasas de ocurrencia y el contexto

universitario, es una etapa de vital importancia para la manifestación de estas enfermedades.

3.2 SALUD Y TCA

3.2.1 Estado de salud y calidad de vida en TCA

Cada vez más, la calidad de vida (CV) está siendo valorada como una buena medida del estado de salud de las personas y en concreto de los pacientes, otorgando conocimientos importantes para la intervención y el tratamiento (Testa y Simonson, 1996) y obteniendo en el caso de las enfermedades mentales, información sobre sus características y el impacto de esta, en la vida de los pacientes.

La CV es un concepto que ha sido definido desde la psicología de modos tan diversos como bienestar subjetivo, felicidad, satisfacción, los cuales suelen usarse de manera indiferenciada (García-Viniegras y González, 2000; Palomar, 2004). Se define como un constructo multidimensional, que incluye componentes subjetivos y objetivos, relativos a los ámbitos de la vida (Cummins y Cahill, 2000). Ardila (2003) propone una definición integradora para la CV:

“Calidad de vida es un estado de satisfacción general, derivado de la realización de las potencialidades de la persona. Posee aspectos subjetivos y aspectos objetivos. Es una sensación subjetiva de bienestar físico, psicológico y social. Incluye como aspectos subjetivos la intimidad, la expresión emocional, la seguridad percibida, la productividad personal y la salud objetiva. Como aspectos objetivos el bienestar material, las relaciones armónicas con el ambiente físico y social y con la comunidad, y la salud objetivamente percibida”. (Ardila, 2003, p.173).

Paralelo al concepto de CV, surge el concepto de Calidad de Vida Relacionada con la Salud (CVRS) siendo utilizado este, de manera indistinta al de CV, estado de salud, estado funcional o evaluación de necesidades (Beckie & Hayduk, 1997). Se refiere a la percepción del paciente acerca de los efectos de una enfermedad sobre su bienestar físico, emocional y social (Montes Castillo, 2006).

En los últimos años, la CVRS ha despertado gran interés dentro de los profesionales de la salud. Aunque su medición no es sencilla, se han desarrollado diferentes instrumentos para tal fin. Shumaker y Naughton (1995) la definen como la evaluación subjetiva de las influencias del estado de salud actual, los cuidados sanitarios, y la promoción de la salud sobre la capacidad del individuo para lograr y mantener un nivel global de funcionamiento que permite seguir aquellas actividades que son importantes para el individuo y que afectan a su estado general de bienestar. El funcionamiento social, físico, cognitivo, la movilidad, el cuidado personal y el bienestar emocional, son dimensiones importantes en este constructo.

Alfonso (2010) considera que la CVRS hace referencia al nivel de bienestar que individuo considera tener en determinadas áreas de su vida, considerando el impacto que en éstos tiene su estado de salud.

Sin embargo, los estudios acerca de la CV en TCA no son muy numerosos y los de la salud, casi inexistentes. A continuación, incluimos la revisión llevada a cabo, sobre el estado de salud y CV.

Keilen, Treasure, Schmidt y Treasure (1994) evaluaron a un total de 126 pacientes con criterios de TCA, a través del cuestionario de salud Nottingham Health Profile (NHP). Encontraron más deterioro que el grupo control en todas las áreas del cuestionario. Los niveles más altos de deterioro se registraron en la energía, el área psicosocial, reacción emocional, aislamiento social y en alteraciones del sueño. Los pacientes con AN vieron reducida su movilidad, en comparación con BN y el grupo control. El grupo con AN reportó más problemas con su vida social y en su hogar que los del grupo con BN.

Algunos autores (Delvene et al., 1992; Walsh et al., 1985) identificaron una menor eficiencia y duración del sueño y algunos problemas de insomnio en pacientes con AN y una asociación entre pérdida de peso y despertar precoz, en sujetos con AN (Crisp, 1967; Crisp y Stonehill, 1973). Sin embargo, otros (Hudson et al., 1987; Levy,

Dixon & Schmidt, 1988) señalaron que las pacientes no deprimidas con AN o BN, tienen registros de sueño similares a personas sin el trastorno.

Spitzer et al. (1995) seleccionaron a 1000 pacientes evaluados por médicos de atención primaria, a través de una escala de trastorno mental, encontrando que los TCA se asocian con un deterioro sustancial de la calidad de vida.

González, Padierna, Quintana, Aróstegui y Horcajo (2000) encontraron que los pacientes con TCA, presentaron peor calidad de vida que la población general equiparable en sexo y edad, siendo similar a la de pacientes con otros trastornos mentales como la esquizofrenia, la depresión y el trastorno de pánico. El área mental es la que más afectación presentó. Se administró un cuestionario genérico de salud, el SF-36 Health Survey (Ware, Snow, Kosinski & Gandek, 1993) y el EAT-40 (Garner & Garfinkel, 1979) a 197 pacientes derivadas desde el tratamiento ambulatorio. Excepto el funcionamiento físico, todas las áreas estaban afectadas. Las pacientes con anorexia purgativa y bulimia eran las que peor percepción de calidad de vida presentaban, sobre todo en dolor corporal, físico y vitalidad. Las pacientes con AN de tipo purgativo, fueron las que peor calidad de vida manifestaron en todas las áreas, incluyendo la física. Aquellos pacientes con mayores puntuaciones en el EAT-40, mayor de 50 (Garner y Garfinkel, 1979) manifestaban peor funcionamiento en las diferentes áreas de su vida. En concreto, en el funcionamiento social, el rol emocional y la salud mental. Aquellos que presentaban una sintomatología más leve, EAT-40<30 tenían puntuaciones en funcionamiento físico, vitalidad y rol físico cercanas al grupo control. Comparándolos con otras patologías mentales, manifestaron una calidad de vida igual o peor en todas las áreas, sobre todo en la mental, a excepción de en el funcionamiento físico, donde sus puntuaciones eran superiores.

Thien, Thomas, Markin y Birmingham (2000) evaluaron la influencia de un programa de ejercicio físico en la calidad de vida de pacientes con TCA y encontraron que en el grupo experimental en comparación con el grupo control, esta mejoró, pero no de forma significativa.

Etxeberria, González, Padierna, Quintana y Ruiz de Velasco (2002) llevaron a cabo un estudio descriptivo a través de metodología basada en grupos focales, entre los que se incluyó dos, formados por personas afectadas de un problema alimentario. Estos grupos se dividieron en función del diagnóstico, BN o AN, y del tiempo de evolución. Se les administraron las siguientes cuestiones para que las respondieran por escrito: 1) ¿Qué es lo que más te preocupa en este momento con relación a tu problema de alimentación?, 2) ¿Cuáles son las áreas de tu vida que ves más afectadas como consecuencia del mismo?, y 3) ¿Qué es lo primero que te gustaría que cambiase? A nivel de estudios, las pacientes consideraron que la enfermedad disminuía la capacidad de concentración y memorización y que generaba un viraje de la perfección, al fracaso. En el trabajo y en la actividad diaria, les afectaba con el abandono de la ocupación laboral y cansancio. A nivel familiar, producía deterioro de las relaciones y preocupación y culpabilidad. En el contexto social, pérdida de contacto por sentimiento de incompreensión o aislamiento. Producía también, dificultades o evitación de una relación sentimental estable. Por último, las pacientes identificaron mayor agresividad, apatía y tristeza en su estado de ánimo.

Seigel, Broman y Hetta (2004), en una muestra de 726 mujeres de entre 18 y 23 años, encontraron relación significativa entre problemas de imagen corporal, intentos frecuentes por reducir peso, indicios de atracón y vómitos tras las comidas, con dificultades para mantener el sueño y con la sensación de no haber tenido un sueño reparador. No encontraron asociaciones significativas entre TCA y duración del sueño.

Recuerda (2005), analizando las variables relacionadas con TCA, en una muestra de 71 pacientes atendidas en el Servicio Andaluz de Salud, hallaron un consumo de fármacos anoréxicos en el 24,25 % de las evaluadas. A nivel físico se encontró estreñimiento (56,3%), piel seca (41,5%), caída del cabello y debilidad o fatiga (43,7%), cefaleas (38,8%), hipotensión (35,2%), amenorrea (27,5%), siendo primaria en un 7% de los casos, oligomenorrea, letargia e hipotermia en un 16,9%, y edemas e hinchazón abdominal en un 15,5%. El lanugo, hipertrichosis, bradicardia y bradipnea y signos de Russell, fueron lo menos frecuente. El 83,1% había recibido algún tratamiento a lo

largo de su enfermedad. El 59,2% había recibido tratamiento psiquiátrico y la mitad de ellas lo tomó durante más de un año. El 66,2% había recibido tratamiento psicológico y el 29,8% lo recibió, durante más de un año.

Grylli, Wagner, Hafferl-Gattermayer, Schober, y Karwautz (2005) evaluaron los estilos de afrontamiento y la calidad de vida en jóvenes con diabetes tipo I con y sin TCA y encontraron que aquellos con diabetes tipo I y conductas alimentarias de riesgo, se mostraban más culposos y con pensamientos de insatisfacción sobre su calidad de vida física y psicosocial que aquellos que sólo mostraban la diabetes. Además, las estrategias afrontamiento evitativas estaban relacionadas positivamente con la CV y con el control metabólico llevado a cabo por los pacientes. Por otro lado, Carver y Connor-Smith (2010) encontraron que el afrontamiento comprometido con la solución del problema, parecía estar relacionado con una mejor salud mental en población general.

Makino, Hashizume, Yasushi, Tsuboi y Dennerstein (2006) encontraron, en 7812 estudiantes universitarias de Tokio, asociación entre puntuaciones significativas de TCA en el EAT-26 y dormir menos.

Urzúa, Avendaño, Díaz y Checura (2010), en una investigación con adolescentes chilenas de entre 10 y 13 años, estudiaron la relación entre conductas alimentarias de riesgo y calidad de vida. Los resultados sugieren que la preocupación por el control del peso y la imagen corporal, llevan a una menor calidad de vida. En concreto en las dimensiones de intimidación física, ambiente escolar, estado emocional y el estado de ánimo, la autopercepción de autonomía y los recursos económicos.

Sanftner (2011), en un estudio sobre calidad de vida asociada a los TCA en una muestra universitaria de 380 personas, encontró que las mujeres que manifiestan mayor riesgo de presentar un TCA, sufren de una peor calidad de vida.

Sáenz, González y Díaz (2011), en una muestra de 1040 estudiantes universitarios de Cartagena (Colombia), encontraron significación estadística entre riesgo de AN y BN con susceptibilidad a enfermar, problemas de colon, hipoglucemia e hipotiroidismo y anemia.

Martínez-González et al. (2014) encuentran en su estudio en población universitaria que aquellas mujeres con riesgo de TCA tienen 1,81 veces más probabilidad de presentar dolores menstruales. Algunos autores consideran que existe una relación entre los ciclos hormonales propios de la menstruación y la ingesta descontrolada de alimentos. Estos facilitarían la gravedad y frecuencia de los atracones (Schoofs, Chen, Bräuning, Stamm & Krüger, 2011). El 37,1% de las mujeres y el 28,3% de los hombres que describen su salud como “regular, mala o muy mala” presentan riesgo de TCA, diferencias estadísticamente significativas con respecto a los que percibieron su salud como buena o muy buena.

Pohjolainen et al. (2016) estudiaron el cambio a largo plazo de la CVRS en TCA. Para ello, utilizaron una muestra compuesta por 54 pacientes con BN y 47 con AN. A través del 15D HRQoL questionnaire (Sintonen, 1995) y del Eating Disorder Inventory (Garner, Olmsted, Bohr & Garfinkel, 1982; Garner, Olmsted & Polivy, 1983) administrado antes y aproximadamente, ocho años después del tratamiento, encontraron que la CVRS estuvo gravemente afectada en estos pacientes. Durante el tratamiento, los síntomas alimentarios, el IMC y la CVRS mejoraron, sin embargo, esta última en comparación con la población general, seguía muy afectada en el seguimiento.

Ágh et al. (2016) llevaron a cabo una revisión sistemática sobre CVRS en AN, BN y TA. Se incluyeron 69 estudios de los 540 artículos que vertió la búsqueda inicial. La CVRS de los pacientes con AN, BN y TA fue significativamente peor que el grupo control. Estos trastornos se asociaron con un alto índice de hospitalización, atención ambulatoria y visitas a urgencias, sin embargo, fue infrecuente que recibiesen

tratamiento para su TCA. Los costes sanitarios anuales para AN, BN y TA oscilaron entre los 2.993€ a 55.270€, 888€ a 18.823€ y 1.762€ a 2.902€, respectivamente.

Masheb, White y Grilo (2016) estudiaron la relación entre TA y obesidad en pacientes con trastorno comórbido por dolor. Las mujeres informaron de mayor dolor e interferencia de este en sus vidas, en comparación con los hombres. En las mujeres, el comportamiento alimentario y los marcadores metabólicos, no estaban asociados al dolor. En los hombres, sin embargo, la frecuencia de atracones correlacionó significativamente con el dolor, el colesterol y la glucosa en ayunas.

Sim, Lebow, Weiss, Harrison y Bruce (2017) llevaron a cabo una revisión de estudios de personas con TCA y dolor crónico. En el 41,2% de los adolescentes con dolor crónico, los síntomas del TCA se desarrollaron posteriormente al dolor y el 35,3% informó tener síntomas de TCA antes que el de dolor crónico. La duración del TCA fue significativamente más larga para el grupo de dolor crónico.

En una muestra de 177 alumnos de la Universidad de Valladolid, Sánchez-Quintanar (2016) encontró que aquellos estudiantes que consideraban su salud como regular, mala o muy mala, tuvieron un riesgo 2,92 veces superior de TCA, que aquellos que la definieron como buena o muy buena.

Como hemos podido comprobar, los TCA son enfermedades graves que producen una alteración en la calidad de la vida de los pacientes, y no sólo circunscrito ésta, a las áreas de afectación propias del trastorno.

3.3 SATISFACCIÓN VITAL Y TCA

Estudios llevados a cabo en población adulta, manifiestan que existe una relación positiva entre la satisfacción vital y la alimentación, por lo que aquellas personas que estén satisfechas con su alimentación, presentarán una mayor satisfacción en su vida (Schnettler, Miranda, Orellana, Sepúlveda, Mora y Lobos, 2014).

La satisfacción vital (SV) y el constructo de CV analizado anteriormente son conceptos provenientes de la psicología positiva (Barrientos, 2005; Diener, 1998). Algunos autores plantean que el componente subjetivo de la CV sería el bienestar (García-Viniegras y González, 2000; Liberalesso, 2002). Este, a su vez, está formado por componentes objetivos y subjetivos. El componente objetivo del bienestar sería la SV (Arita, 2005).

La SV ha sido definida como la valoración positiva que la persona hace de su vida en general, o de aspectos particulares de esta (familia, estudios, trabajo, salud, amigos, tiempo libre) (García, 2002; Liberalesso, 2002). La SV cubre apreciaciones cognitivas a la vez que afectivas.

Las habilidades de regulación emocional han mostrado que están vinculadas a una mejor calidad en las relaciones sociales, bienestar subjetivo y satisfacción vital (Gross, Richards & John, 2006; John y Gross, 2004).

Limonero, Tomás-Sábado, Fernández-Castro, Gómez-Romero y Ardilla-Herrero (2012) demuestran en estudiantes universitarios, que aquellos con altas puntuaciones en estrategias de afrontamiento resilientes, presentaban mayores niveles de reparación emocional percibida y de SV.

La ansiedad, el estrés, la depresión y la autoestima son variables directamente relacionadas con el bienestar subjetivo y con la SV. Estos factores están estrechamente vinculados al TCA, influyendo y determinando la gravedad del mismo.

3.3.1 Ansiedad, estrés y depresión en TCA

Diversos autores reflejan que la depresión y la ansiedad se asocian frecuentemente a los TCA (Dooley-Hash, Banker, Walton, Ginsburg & Cunningham, 2012; Fragkos & Frangos 2013; Strother, Lemberg, Chariese-Stanford & Turbeville, 2012; Varela-Casal, Maldonado y Ferre, 2011).

Como señalan varios autores, las personas con TCA presentarían dificultades importantes en el manejo y regulación de sus emociones, especialmente de las negativas, siendo la conducta alimentaria disfuncional, un intento de manejar estos estados disfóricos (Hayaki, 2009; Waller et al., 2010; Pascual, Etxebarria, Cruz y Echeburúa, 2011).

Los estudios de prevalencia realizados sobre síntomas depresivos en universitarios, arrojan resultados que oscilan entre el 8% y el 30% (Arrivillaga, Cortés, Goicochea y Lozano, 2003). Existen estudios sobre marcadores biológicos, que han demostrado similitud en estos parámetros, entre los trastornos depresivos y los TCA (Chinchilla, 2005).

Gadalla (2008) describe que en torno al 22,1% de las mujeres y al 14,8% de los hombres que manifestaban riesgo de presentar un TCA, habían tenido al menos un episodio de depresión mayor en el mismo año. Otros autores hablan de que aproximadamente, el 31,9% de la población que tiene depresión manifiesta riesgo de TCA (Dooley-Hash et al., 2012).

Entre el 50% y 75% de los pacientes con AN tienen un diagnóstico comórbido de depresión mayor o distimia (Halmi & Eckert, 1991). Se ha documentado una alta

comorbilidad entre el trastorno de ansiedad generalizada y la AN (Bulik, 2002a; Godart et al., 2003; Godier & Park, 2015; Woodside & Staab, 2006). En el caso de la BN las tasas de ansiedad, ascienden al 43% y las de la farmacodependencia al 49% (Hudson & Pope).

La depresión también se ha visto relacionada con un aumento en el consumo de alimentos (Fischer, Smith & Cyders, 2008; Tseng & Hu, 2012). Algunos autores encuentran que las mujeres con diagnóstico de TCA, obtienen puntuaciones de ansiedad más elevadas que las que no lo presentan (Solano y Cano, 2012; Swinbourne et al., 2012).

Vásquez et al. (1997) confirmaron el diagnóstico de TCA en estudiantes universitarios que practicaban karate-do, en un 26% de la muestra. En concreto, presentaron un 5% BN, 2% AN y un 19% TCANE. Encontraron asociación estadística positiva alta, entre puntajes de la escala ECA y ansiedad y depresión. Además, la frecuencia de síntomas ansiosos y depresivos era significativamente superior en los sujetos con TCA y en los diagnósticos de BN.

Buckner, Silgado y Lewinsohn (2010) afirman que la ansiedad es uno de los factores de riesgo de los TCA y Davey y Chapman (2009) la consideran como un rasgo permanente en muchos de los individuos que manifiestan un TCA.

Montenegro, Blanco, Almengor y Pereira (2009) revelan una relación positiva entre ansiedad y sintomatología del TCA en universitarios de Costa Rica. Pineda-García, Gómez-Peresmitré, Platas, Velasco y Arámburo (2014) describen que la ansiedad predice de forma individual, el riesgo de AN, pero no el de BN, que necesitó la interacción de las variables sexo y edad de la menarquia.

En la investigación realizada por Grubb, Sellers y Waligroski, (1993) fue posible demostrar una relación sustancial entre las puntuaciones en depresión y las puntuaciones en TCA.

González et al. (2000), a través de la Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HAD) de Zigmond y Snaith (1983), encontraron en su estudio que el 65,6% de las pacientes con TCA presentaban posible trastorno de ansiedad y el 30% posible diagnóstico de trastorno depresivo.

Ángel et al. (1997), en una muestra conformada por 149 estudiantes universitarios, con un diagnóstico clínico mediante un test de cribado y posterior entrevista estructurada, obtuvieron 79 estudiantes con TCA, de las cuales cinco tenían una BN, dos AN y 72 eran TCANE. La prevalencia global de TCA en esta muestra fue de 30,7%, de los cuales el 2,2% eran BN, el 0,5% AN y el 28% TCANE. A través de la escala Zung para ansiedad y depresión, se obtuvo correlación entre presencia de TCA y manifestación de estos síntomas.

Cortés, Díaz, Mejía y Mesa (2003) analizaron la relación entre TCA y ansiedad, depresión y estrés académico, en una muestra conformada por 196 mujeres universitarias. Para la AN, encontraron que el 50% estaba asociada a depresión leve y moderada, no presentando la otra mitad síntomas. Con respecto a la ansiedad, se obtuvieron los mismos resultados. Con respecto al estrés académico, el 66,6% lo manifestó. En concreto fue bajo para el 33,3%, medio en el 16,7% de la muestra y alto para otro 16,7%. El 75% de las personas bulímicas, presentó depresión leve. No se encontraron casos de depresión moderada o severa. El 50% de las universitarias con BN presentó ansiedad moderada o severa. Todos los casos manifestaron estrés académico, encontrándose el 50% asociado un nivel de estrés medio-alto. En el caso del TA, no se encontró asociación con las variables estudiadas.

Baader et al. (2004) hallaron en 804 estudiantes universitarios de Chile, que las personas con algún tipo de depresión presentan más síntomas asociados a los trastornos alimentarios, en comparación con los que no presentan síntomas depresivos y si TCA, siendo significativa esta diferencia.

Como refieren en su trabajo Sassaroli y Ruggiero (2005), el estrés puede activar determinados comportamientos relacionados con los TCA en una personalidad predispuesta.

Corstorphine, Mountford, Tomlinson, Waller y Meyer (2007) analizaron la tolerancia al estrés en TCA. En una muestra con 72 mujeres con diagnóstico de TCA y 62 mujeres sin historia del trastorno, evidenciaron que la aparición de los TCA está asociada con el afrontamiento evitativo.

Pamies y Quiles (2012) estudiaron también el estilo de afrontamiento evitativo y el riesgo de desarrollar un TCA. En concreto, la huida intropunitiva (evitar el problema y un afrontamiento no adaptativo de las emociones) acompañado de la estrategia de afrontamiento de reducción de la tensión, explicaron el mayor porcentaje de varianza del riesgo de la manifestación de la enfermedad.

Numerosos autores, además, encontraron que la asociación entre TCA y estilo de afrontamiento está mediada por otras variables como la autoestima, el estrés académico, la depresión y la ansiedad (Brytek, 2007; Denisoff, 2000; Valutis, 2008). Por tanto, la presencia de estas variables, influiría en la manifestación de estrategias resolutivas poco eficaces, no centradas en el problema

Campo-Arias y Villamil-Vargas (2012), en un estudio sobre TCA en universitarios, sobre una muestra de 289 alumnos, hallaron relación significativa entre alto estrés percibido y riesgo de presentar TCA.

En un estudio realizado por Cruz-Sáez, Pascual, Etxebarria y Echeburúa (2013) con 767 mujeres de 16 a 20 años, entre las que se incluyeron a alumnas de cinco centros universitarios de Guipúzcoa y Navarra (38% de la muestra), un 15,1% presentaban conductas de alto riesgo de TCA. Las adolescentes que conformaron el grupo de alto riesgo de TCA mostraron niveles de ansiedad-rasgo significativamente más altos que el grupo de bajo riesgo.

Hernández-Cortés y Londoño (2013) estudiaron la relación de variables entre otras, de TCA con el estilo de afrontamiento y depresión, a través del Cuestionario de Formas de Afrontamiento (Folkman y Lazarus, 1986) y el Inventario de Depresión de Beck (Beck, 1979) en una muestra de 417 estudiantes universitarios colombianos. Confirmaron que la depresión (34%) y un estilo de afrontamiento evitativo (14%) se relacionan en esos porcentajes, con el riesgo de presentar un TCA.

Londoño y Velasco (2014) estudiaron en una muestra de 411 personas, con edades comprendidas entre los 15 y los 70 años, entre otras variables, como afectan el estilo de afrontamiento y la depresión en el riesgo de TCA. Encuentran que la salud mental es predicha en un 56% por la insatisfacción con la imagen corporal que estaba a su vez modulada por la talla, la depresión y la edad, siendo la depresión, la variable que más peso tenía, con un 67% de la varianza explicada.

Pineda-García, Gómez-Peresmitré, Platas y Velasco (2017) estudiaron en una muestra de 857 universitarios mexicanos, a la ansiedad como predictor del riesgo de manifestar AN y BN. Encontraron que la variable ansiedad tenía influencia en la explicación del riesgo tanto para AN como para BN.

Por tanto, la ansiedad y la depresión se convierten en indicios a tener en cuenta a la hora de diagnosticar un TCA. Su manifestación es clave en estos trastornos, y la revisión aporta evidencia de que son síntomas que nos deben hacer sospechar, junto con otros más específicos, sobre la presencia de una enfermedad mental de este tipo.

3.3.2 Autoestima en TCA

La autoestima es una parte fundamental del ser humano. Con ella se alcanza la plenitud y plena expresión de uno mismo. Las personas que tienen una alta autoestima, mantienen una actitud positiva hacia su propio cuerpo. Aramburu y Guerra (2001) la definen como un sociómetro que indica el grado en que una persona se percibe como incluida o excluida en la sociedad.

La baja autoestima es uno de los predisponentes y mantenedores de los síntomas presentes en los TCA, que se manifiesta con inseguridad, falta de aprobación y de respeto hacia sí mismas. Fruto de esta baja autoestima, se produce la preocupación acerca del peso, cuerpo y figura y la insatisfacción con la imagen corporal, resultados estos, inherentes a la enfermedad (Toro, 1996 y Rosen; Ramírez, 1998).

Numerosos autores (Bolaños, Ríos & Jáuregui, 2010; Engler, Crowther, Dalton & Sanftner 2006; Pérez y Romero, 2008; Rodríguez, Oudhof, Gonzalez-Arratia y Unikel-Santoncini, 2010; Salvador, García-Gálvez y De la Fuente, 2009) consideran que una baja autoestima puede estar en la base de la susceptibilidad a la presión social, que produce la adopción de un ideal de belleza vinculado a la delgadez extrema.

Diversos acontecimientos ambientales actúan como precipitantes (abuso físico y psicológico, sobreprotección, sobre-exigencia, influencia de los medios, etc) y estos, unidos a sentimientos de ineficacia o baja autoestima, aumentan las probabilidades de manifestar un TCA (Cassin & Ranson, 2005) al intentar, a través del control del peso, manejar los sentimientos disfóricos que tienen de sí mismas.

La imagen corporal, es uno de las variables que más relación presenta con los TCA. Montero, Morales y Carbajal (2004) indican que la imagen corporal es un buen predictor de los TCA y que los adolescentes buscan el referente ideal en un cuerpo delgado. Una imagen corporal negativa se vincula al inicio de hábitos alimentarios inadecuados, que pueden terminar constituyendo una enfermedad. La alteración de la percepción de la imagen corporal es entendida, por muchos autores, como un síntoma precoz de los TCA (Sánchez, 2001).

Los resultados de la investigación de Gismero (2001) apoyan la idea de que un mal autoconcepto, junto con déficits sociales, son característicos de las personas con TCA, en contraposición con lo observado en el grupo control y aquellas que realizan algún tipo de dieta.

Dowson y Hendersen (2002) indican que la percepción de la imagen corporal es usada con frecuencia como medida de la autoestima y del grado de satisfacción con la propia imagen. Sepúlveda, Botella y León (2001) definen la alteración de la imagen corporal como la presencia de juicios de valor acerca del cuerpo que no son acordes a la realidad.

Peña et al. (2014) encontraron que el 20,7% con resultados positivos en la Encuesta del Comportamiento Alimentario (ECA) de Ángel et al. (2000) se considera obeso o con un exceso de grasa, sin existir en esta correspondencia con el IMC. El 86,2% tiene un IMC normal, el 69% un porcentaje de grasa adecuado, el 24,10% están en bajo peso, el 3,4% obesidad y otro 3,4% preobesidad. Por tanto, presentan distorsión corporal ya que sólo el 13,8% considera que su cuerpo es normal, el 34,5% cree que podría mejorarlo con cambios en la alimentación y al 31% le desagrada su cuerpo o alguna parte de él.

Williams et al. (1993) compararon pacientes con AN y BN con personas obesas a dieta, no obesas a dieta y controles normales. Los grupos con AN y BN obtuvieron una autoestima más baja que el resto de la muestra.

Button, Loan, Davies y Sonuga-Barke (1997), en adolescentes de entre 15 y 16 años, comprobaron que aquellas que puntuaron alto en los comportamientos relacionados con el TCA, manifestaron una menor autoestima, mayores niveles de insatisfacción general, con su apariencia y con las relaciones familiares.

En el estudio de Vásquez et al. (1997), de una muestra de 20 universitarios con diagnóstico de TCA que realizaban Karate-Do, 14 refirieron repercusión del trastorno en su autoestima. El 94% de los sujetos con TCA tenían conflicto con alguna área corporal, en comparación con quienes no presentaban la enfermedad que lo manifestaban en una proporción del 29%.

Por su parte, según los datos aportados por Gual et al. (2002), se obtuvieron en una muestra de mujeres españolas de 12 a 21 años correlaciones entre TCA y baja autoestima.

Galarsi, Ledezma, De Bortoli y Correche (2009) indican que estudiantes de Ciencias Humanas que expresaban una cierta preocupación por la delgadez, exhibían a su vez, sentimientos de ineficacia. Patton et al. (1990) obtienen resultados parecidos.

Moreno y Ortiz (2009), en una muestra de adolescentes, encontraron riesgo de trastorno alimentario en un 8%, un 10% de presencia de enfermedad, con mayor prevalencia en las mujeres. Ambos sexos manifestaron preocupación por la imagen corporal, y niveles medios y bajos de autoestima, aunque son las mujeres de más edad, las que mayor preocupación presentaron. La imagen corporal y el TCA presentaron correlación positiva: a mayores síntomas alimentarios, mayor distorsión corporal. Por otro lado, la autoestima y el TCA mantienen una correlación negativa: al aumentar los puntajes de TCA, disminuía la autoestima. Por último, la imagen corporal y la autoestima, muestran una relación significativa negativa: a mayor preocupación con el cuerpo, menor autoestima.

Los datos de la investigación de Franco et al. (2010), en universitarios mexicanos, indicaron que las mujeres con insatisfacción corporal, presentaron mayor número de conductas de riesgo alimentario. En mujeres, el 11,9% presentó sintomatología TCA y un 14%, insatisfacción corporal. En hombres, un 10% y un 4,6%, respectivamente.

Rutzstein, Scappatura y Murawski (2014) evidenciaron en población argentina adolescente con diagnóstico de TCA, una baja autoestima. Sin embargo, aquellas con puntuaciones que indicaron riesgo de un TCA, presentaron valores de autoestima intermedios.

Johnson (2017), en 383 estudiantes universitarios de pregrado, estudió la relación de la autoestima entre la presentación del perfeccionismo y la patología alimentaria. Los resultados indicaron que el perfeccionismo está relacionado con el riesgo de TCA, estando estas variables indirectamente relacionadas entre sí, a través de la autoestima.

3.4 ESTILOS DE VIDA Y TCA

3.4.1 Actividad física

Las relaciones entre los TCA y la actividad física requieren especial atención, ya que es posible que el uso de la práctica deportiva, sea utilizado como una herramienta inadecuada para conseguir ejercitación excesiva, y de ésta manera intentar reducir el malestar con el cuerpo o la ingesta excesiva de comida (Goñi y Rodríguez, 2004; Zamora, Martínez, Gazzo, y Cordero, 2002). Hay evidencia en estudios con animales de experimentación y de campo clínico, que la actividad física puede ejercer un papel muy importante en la génesis de un TCA (Davis et al., 1997).

Para Toro, Walters y Sánchez (2012), el colectivo universitario de deportistas de élite y dentro de ellos, los varones, plantearían mayor vulnerabilidad. Su actividad implica grandes esfuerzos físicos que muchas veces no se acompañan de alimentación adecuada, lo que los hace más proclives a manifestar la enfermedad.

La incidencia de TCA es superior en grupos que llevan a cabo actividades relacionadas con el cuerpo y que pueden implicar un ideal físico delgado (Bardone-Cone, Wonderlich, Frost, Bulick & Mitchell, 2007). La participación regular en rutinas deportivas para mantener la línea, puede estar vinculado a una excesiva preocupación por el peso y la figura (Davis, Fox, Cowles, Hastings & Schwass, 1990).

Hay autores que consideran que las actividades deportivas pueden predisponer al trastorno (Yates, 1987) y otros, por el contrario, afirman que los sujetos con TCA realizan actividades deportivas como medio de control de peso, y que los deportistas no presentan las mismas características psicopatológicas que aquellos no deportistas con TCA (Nudelman, Rosen & Leitenbe, 1988; Weight & Noakes, 1987).

Davis, Kennedy, Ravelski y Dionne (1990) comprobaron que las personas con TCA eran físicamente más activas que los controles desde la adolescencia y previo al diagnóstico de AN. El 78% de los pacientes practicaba ejercicios excesivos, el 60% llevó a cabo ejercicio previo a una dieta y el 75% refirió que la actividad física aumentó cuando la ingestión de alimento disminuyó y la pérdida de peso fue mayor.

Pérez, Rodríguez, Esteve, Larraburu y Fonts (1992), en una amplia muestra de deportistas de élite noruegos, encontraron que aquellos que cumplían con criterios de TCA tanto clínicos como subclínicos, se encontraban en mayor proporción entre los atletas (18%) que en el grupo control (4%).

Davis et al. (1997) encontraron que una gran proporción de pacientes con trastorno alimenticio se ejercitaban excesivamente durante una fase aguda del trastorno. El sobre ejercicio fue significativamente más frecuente entre aquellos con AN versus BN, y los niveles de actividad premórbida predicen significativamente la comorbilidad con ejercicio excesivo.

Vásquez et al. (1997) confirmaron el diagnóstico de TCA en estudiantes universitarios que practicaban Karate-do, en un 26% de la muestra. Un 5% BN, 2% AN y un 19% TCANE. Con mayor proporción en mujer (4:1). No hubo diferencias significativas según existencia o no de TCA en horas semanales de entrenamiento, pero sí se encontraron diferencias en función del tipo de TCA. Los alumnos con AN entrenaban 21 horas semanales, los que tenían BN 18 horas, los TCANE 8 horas y los sujetos sin TCA 10,6 horas semanales. Debido al tamaño de la muestra no se observaron diferencias significativas pero los resultados si sugieren alguna asociación entre tiempo invertido en ejercicio y TCA.

Los mismos autores, dos años después, Ángel, García, Vásquez, Martínez y Navarro (1999), en una investigación con estudiantes universitarios de Colombia, encontró un 26% de prevalencia de TCA en practicantes de karate-do, de los cuales el

42,3% era TCANE, 11,5% BN y 4,7% AN. La frecuencia de TCA fue mayor en personas con sobrepeso.

Behar y Hernández (2002) obtuvieron un grupo de 151 pacientes con TCA de entre los que había estudiantes universitarias, el cual compararon con otro conformado por 396 usuarios de gimnasios. A su vez este grupo fue dividido en deportistas mujeres con puntajes inferiores a 30 en el EAT-40, deportistas hombres con valores por debajo a 30 en el EAT-40 y otro formado por hombres y mujeres con puntuaciones superiores a 30 en el EAT-40, considerado como subclínico. Las puntuaciones del EAT-40 y de EDI fueron significativamente superiores primero, en el grupo TCA y a continuación en los deportistas que mostraron síntomas subclínicos. El 18% de los sujetos deportistas, la mayoría de sexo femenino, obtuvo puntuaciones de riesgo alimentario en el EAT-40.

Sundgot-Borgen y Tortsveit (2004) hallaron un 31% de incidencia de TCA, en un grupo de deportistas femeninas que competían en disciplinas que requerían un cuerpo delgado.

Thome y Espelage (2004) encontraron en población universitaria, que en las mujeres con puntuaciones elevadas en el EAT-26, el ejercicio físico se asoció con afecto negativo y con niveles más altos de ansiedad y depresión. Por el contrario, para aquellas con puntajes bajos en el EAT-26, el ejercicio se asoció con afecto positivo.

Toro et al. (2005) encontraron en España que la incidencia de TCA en deportistas, estaba en torno al 23%, siendo los factores de riesgo los mismos que en población general, exceptuando el hecho de la presión de los entrenadores y la exposición de su cuerpo.

Recuerda (2005), estudiando el perfil clínico de las pacientes con TCA, atendidas en el Servicio Andaluz de Salud, encontraron hiperactividad en el 68,2% de los casos y ejercicio frecuente en un 54,5% de las pacientes.

En Tokio en una muestra de estudiantes universitarias, también encontraron asociación entre riesgo de TCA y hacer más ejercicio (Makino, Hashizume, Yasushi, Tsuboi & Dennerstein (2006).

Filaire, Rouveix, Bouget y Pannafieux (2007) obtuvieron unas prevalencias de TCA (19%) en mujeres deportistas francesas, claramente superior a la población que no practica deporte.

Resch (2007), a través de la revisión de publicaciones de los últimos 10 años, encuentra una fuerte correlación entre TCA y actividad física excesiva y deporte, encontrando mayor prevalencia en deportistas (23-25%).

Martínez-González et al. (2014) encontraron en su estudio llevado a cabo con población universitaria española, relación entre realizar actividad física y presentar criterios de padecer un TCA.

García y Gómez (2014) encontraron en una muestra de pacientes diagnosticadas de TCA con edades entre los 14 y 43 años, con un 57,1% del total con estudios universitarios, que un 72,3% practicaba cuatro o menos horas de ejercicio físico a la semana y un 27,7% cinco o más horas. Llevaban practicándolo, una media de seis años. El 41,3% realizaba las actividades en centros deportivos, el 35,7% andaban, corrían o hacían pilates o spinning y el 13% hacía baile o piscina. Las razones para hacer ejercicio físico fueron en primer lugar, la mejora del aspecto seguida del placer, siendo la recomendación médica, el motivo menos frecuente. La creencia principal era que el ejercicio puede mejorar la salud física (22,9% de acuerdo y 77,1% totalmente de acuerdo), seguido de la salud psicológica (29,2% de acuerdo y 70,8% totalmente de acuerdo). Un 48,8% y un 41,9% estuvieron de acuerdo y totalmente de acuerdo con la afirmación de que sirve para controlar el peso. No se encontraron diferencias significativas entre diagnósticos con respecto a las motivaciones de práctica de ejercicio físico. Se encontró relación entre riesgo de dependencia al ejercicio físico y horas empleadas en a la actividad física.

Los resultados de la investigación de Peña et al. (2014), sobre conductas alimentarias en estudiantes universitarios que acuden a un centro de formación deportiva, reflejaron que el 44% de la muestra obtuvo puntuaciones positivas respecto a la presencia de un TCA. Se encontraron relaciones significativas entre puntuaciones altas en TCA y asistencia a clases de ciclismo, de fuerza y de acondicionamiento cardiovascular. También aquellos con riesgo de TCA asistían entre 3 y 4 veces por semana al centro de formación deportiva.

Harris, Gee, d'Acquisto, Ogan y Pritchett (2015) compararon el riesgo de TCA, de dependencia al ejercicio y de insatisfacción corporal entre estudiantes universitarios de Nutrición y de Ciencias del Deporte, con estudiantes de otras titulaciones. El 83% de los participantes expresaron el deseo de pesar menos, siendo los estudiantes de Ciencias del Deporte los que obtuvieron puntuaciones significativamente mayores. Sin embargo, no hubo diferencias en riesgo de TCA y dependencia del ejercicio, entre los tres grupos.

Robbeson, Kruger y Wright (2015) señalan que en su investigación los bailarines obtuvieron puntuaciones más altas en los cuestionarios que medían TCA, utilizaron ejercicio excesivo para bajar de peso y mostraron menos disponibilidad energética que los controles.

Young et al. (2017) encuentran, en una muestra de 78 adultos con AN, que el tiempo de ejercicio por día se asoció con un mayor puntaje global en el Examen de Desorden de Alimentación (EDE).

Como hemos podido comprobar, son amplios los estudios que indican la relación existente entre TCA y deporte, pero mucho menores los que se ciñen al ámbito universitario, los cuales se centran en estudiar si hay diferencias significativas, pero no ahondan lo suficiente en las características de esta práctica deportiva, en universitarios con conductas alimentarias de riesgo.

3.4.2 Hábitos alimentarios, peso e IMC, percepción corporal y dieta

En el inicio de la enfermedad, algunos hábitos considerados como saludables pueden tornarse excesivos llegando a ser problemáticos. En la AN el rechazo de alimentos inicial, se desplaza hasta evitar determinadas ingestas o al ayuno completo. Mastican lentamente, cortan la comida en porciones pequeñas, quitan la grasa de los alimentos, evitan comer acompañados. Suele ingerir frutas y verduras de forma muy elevada y pocas grasas, legumbres, carnes y pescados. Por supuesto, el rechazo hacia dulces, azúcar y chocolates es evidente. En BN es típica la desorganización alimentaria con excesivos picoteos y episodios de atracones. Es común el abuso de laxantes, diuréticos y fármacos supresores del apetito (Morandé, Nova, Gómez y Marcos, 2005). Como hemos visto, las complicaciones físicas de la enfermedad son derivadas de la mala nutrición y estas pueden ser muy graves.

Rosen, Harold, Fisher y Khazam (1986), analizando el tipo de alimentos consumidos por pacientes con BN durante los atracones, comprobaron que implicaban más ingesta calórica, pero en muchos de estos episodios pequeñas cantidades de alimento. Se caracterizaban por incluir más bocadillos y postres y menos frutas y verduras.

Vásquez et al. (1997) hallaron, en población universitaria que practicaba Karate-Do, mayor frecuencia de TCA en las personas con sobrepeso y en aquellos con TCANE. El peso deseado es inferior en aquellos que presentan un TCA y además una talla inferior y un IMC superior. No se encontraron diferencias significativas en IMC, talla, peso y peso deseado al comparar las mujeres con TCA de aquellas que no lo tenían. Los hombres que presentaban TCA tenían una talla menor y un IMC mayor. Los individuos con TCA realizan dietas con mayor frecuencia y presentan más antecedentes de obesidad en la familia que quienes no lo presentan.

Calvo, Aroca, Armero, Díaz y Rico (2001), en un estudio con pacientes con diagnóstico de TCA ingresados en el Hospital Universitario de la Paz, encuentran que el 84% come en casa, y lo hacen acompañados un 65,6%. El 72% de los pacientes ven la TV mientras comen y un 68% tienen comportamientos restrictivos en su alimentación.

Bokram, Lugo, Bivins y Keast (2001) encontraron, en estudiantes universitarios, que la frecuencia de preocupaciones por el peso que interfieren en el rendimiento académico y la eliminación de alimentos ricos en grasa correlacionan con el riesgo de comer descontroladamente en ambos géneros

Behar y Hernández (2002) compararon un grupo de 151 pacientes con TCA de entre los que había estudiantes universitarias, con otro conformado por 396 usuarios de gimnasios. A su vez este grupo fue dividido en deportistas mujeres con puntajes inferiores a 30 en el EAT-40, deportistas hombres con valores por debajo a 30 en el EAT-40 y otro formado por hombres y mujeres con puntuaciones superiores a 30 en el EAT-40, considerado como subclínico. El peso del grupo con TCA fue significativamente inferior al de los otros grupos y también manifestó un peso significativamente inferior a los demás grupos. Comparando el peso ideal, los grupos de TCA y el subclínico son los que más difieren.

Ductor (2005), estudiando el perfil clínico de las pacientes con TCA atendidas en el Servicio Andaluz de Salud, encontraron vómitos autoinducidos en el 69,7%, provocándose estos en su mayor parte después de las comidas y de los atracones, potomanía y uso de laxantes en el 50%, y uso de diuréticos en un 21,25%. El 50,7% se perciben con sobrepeso, un 9,9% con mucho sobrepeso, sólo un 23,9% creen tener un peso adecuado a su talla y el 15,5% restante piensan que se encuentran por debajo del peso. La frecuencia de los atracones fue de varios al día en el 44,7% y de uno al día en el 12,8%. Un 25,5% lo realizaba varias veces en la semana, un 8,5% una vez en semana y otro 8,5% una vez al mes. Un 63,8% tenía período anoréxico previo, siendo éste menor a un mes en el 46,7%, de varios meses en el 26,7%, menos de un año en el 6,7% y más de un año en el 20% de los casos. Un 16,2% de las pacientes presentaba un IMC

por debajo de 17, un 41,2% entre 18-20, un 30,9% entre 21-25 y un 11,8% mayor de 25.

Makino, Hashizume, Yasushi, Tsuboi y Dennerstein (2006) encontraron en 7812 estudiantes universitarias de Tokio asociación entre obtener una puntuación de 20 o más en el EAT-26 y hábitos irregulares de comidas.

Cruz, Ávila, Cortés, Vázquez y Mancilla (2008), en un estudio con alumnos de la Licenciatura de Nutrición (México), encontraron mayor proporción de hombres (13,04%) que de mujeres (9,09%) que presentaban sintomatología TCA. Los varones mostraron también más conductas bulímicas (8,70%) que las mujeres (5,68%) e insatisfacción corporal (21,74% ellos y 15,91 ellas) a pesar de que eran minoría en la muestra. Para controlar el peso utilizaban conductas no purgativas como el ayuno y la dieta mayormente, porcentajes más altos para los varones. Al contrario de lo que ocurrió con el deporte, que fue utilizado de forma más extensa por las mujeres. También aparecen las conductas purgativas mayormente en varones, destacando en su caso laxantes y diuréticos y en las mujeres mayor utilización del vómito.

Morán et al. (2009) encontraron en población universitaria un 5,8% de conductas de riesgo, asociadas a TCA. Un 9,7% presentaron atracones, el 5,6% vómitos, y el 5,6% uso de laxantes.

Avellaneda (2009), en una investigación sobre TCA, encontró que la prevalencia de TCA era mayor en estudiantes universitarios mujeres que en hombres; el 69.2% de los estudiantes estaban inconformes con su imagen corporal y un 40.7% realizaba dietas para controlar su peso.

En relación al género, diversas investigaciones con universitarios encuentran que las mujeres manifiestan mayor insatisfacción corporal, restricción alimentaria, uso de laxantes y vómito que los varones. Ellos presentan mayor número de atracones y uso del ejercicio como medio de control de peso corporal (Saucedo-Molina y Unikel,

2010; Sepúlveda, Carroble y Gandarillas, 2008; Vázquez, Álvarez, López, Ocampo y Mancilla, 2004; Vázquez et al., 2005).

Sámano et al. (2012) estudiaron las conductas alimentarias de riesgo con el IMC en adolescentes. Hallaron relación significativa con el riesgo de TAC para la realización de actividad simultánea al consumo de alimentos, sobrepeso u obesidad, comer sin compañía, no comer frutas, ser mujer, y no desayunar.

Cruz-Sáez et al. (2013), en 767 mujeres de 16 a 20 años, encontraron diferencias significativas en el peso y en el IMC, siendo el grupo de alto riesgo de TCA el que presentaba mayor peso e IMC.

Peña et al. (2014), en su estudio sobre conductas alimentarias en población universitaria, encontraron los siguientes resultados en aquellos estudiantes con puntuaciones de corte positivas para la presencia de TCA: el 41% reportó sentir mucho deseo de ir a sitios donde se venden alimentos, pero se resisten. El 65% desayunan los 7 días, el 51,7% almuerzan todos los días y el 37,9% cena todos los días de la semana. El 51,7% informó de un consumo de alimentos menor al resto de la muestra. El 44,8% de los estudiantes expresa que piensa o siente grandes deseos de comer en situaciones especiales, acompañando a ese deseo una gran ansiedad. Al 17,2% manifestó que realizaba dietas frecuentes no controladas y el 6,9% usa dietas prescritas por profesionales. El 34,5% cree que podría mejorar su peso con cambios en la alimentación, al 31% le desagradaba su cuerpo o alguna parte del mismo y sólo el 13,8%, consideraba que su cuerpo era normal. El 41,4% reportó culpa al consumir alimentos que consideraba prohibidos. El 24,1% sentía que estaba haciendo algo malo o bueno según el tipo de alimento ingerido, el 17,2% realizaba cálculos y cuentas del valor calórico del alimento y sus consecuencias. El 13,8% se provocaba el vómito a veces, el 24,1% usaba laxantes a veces y el 3,4% de forma irregular. Un 17,2% usa diuréticos a veces y un 3,4% de forma rutinaria. El 34,5% se sienten culpables cuando comen demasiado, el 31% intenta corregir ese exceso.

Los estudios sobre alimentación en TCA se centran en analizar la parte disfuncional de la conducta, centrada sobre todo en dietas, vómitos y consumo de laxantes y diuréticos. Sin embargo, hemos encontrado poca investigación que analice la frecuencia de consumo de los tipos de alimentos y número de comidas que hacen al día. Información relevante para entender mejor estos trastornos y que será recogida en nuestro estudio.

3.4.3 Drogas

Como sabemos, estos trastornos presentan una elevada comorbilidad y en concreto el consumo de sustancias, es otro de los trastornos mentales que pueden acompañar al TCA (Dooley-Hash et al., 2012; Varela-Casal, Maldonado y Ferre, 2011). Blinder, Cumella y Sanathara (2006) señalan que entre el 6% y el 55% de los pacientes con TCA tienen trastornos por uso de sustancias.

Hay varias teorías en torno a la explicación de las relaciones entre el consumo de sustancias y el TCA. Una de ellas aboga por su uso para alterar el cuerpo o el apetito, otra lo asocia con la evitación de experiencias emocionales negativas y un tercer grupo, cree que correlaciona con la impulsividad (Pisetsky, Chao, Dierker, May & Striegel-Moore, 2008). Algunos autores hablan de neurotransmisores en común en ambas patologías, en concreto dopamina, serotonina, ácido gamma-aminobutírico y los opiáceos endógenos (Harrop & Marlatt, 2010).

Autores, han encontrado relación entre síntomas de TCA y adicciones en población clínica de jóvenes (Arias, Hawke, Arias y Kaminer, 2009) y también en estudiantes de educación secundaria (Quiles-Marcos et al., 2011; Viña y Herrero, 2006). En población universitaria, se han comprobado relaciones entre conductas alimentarias de riesgo y adicciones en varios países (Baader et al., 2004; Barry & Piazza-Gardner, 2012; Campo-Arias y Villamil-Vargas, 2012; Herrero, Viña & Ramírez, 2010).

En el estudio llevado a cabo por Vásquez et al. (1997), en estudiantes universitarias que practicaban Karate-do, se observó una asociación significativa entre consumo de alcohol y TCA.

Baader et al. (2004) hallaron en 804 estudiantes universitarios de Chile que las personas depresivas presentaban más síntomas relacionados con los TCA y con la ingesta abusiva de alcohol, comparándolos con los que no los tenían, por lo que es posible que la depresión sea un elemento central para manifestar un TCA asociado al alcoholismo.

Pisetsky, Chao, Dierker, May y Striegel-Moore (2008) encontraron, en 13.917 estudiantes de secundaria estadounidenses, que los comportamientos relacionados con abuso de sustancias se relacionaban con conductas alimentarias de riesgo. En concreto, la alimentación desordenada (ayuno, uso de productos dietéticos, vómitos y laxantes) se asoció con el uso de cada sustancia analizada (cigarrillos, alcohol, marihuana, cocaína, inhalantes, heroína, metanfetaminas, éxtasis, esteroides y alucinógenos) aunque el tamaño del efecto era débil para todas, excluidas tres: consumo de tabaco, de alcohol excesivo y de inhalantes. Discriminando entre sexos, los tamaños del efecto fueron pequeños para mujeres y moderados y fuertes para hombres. Entre los estudiantes varones, se observaron efectos fuertes con la marihuana, esteroides e inhalantes, y moderados con todas las demás sustancias.

Denoth, Siciliano, Lozzo, Fortunato y Molinaro (2011), en una muestra de adolescentes italianos de entre 15 y 19 años, comprobaron que el consumo reciente de drogas fue más frecuente en adolescentes con sobrepeso y bajo peso, especialmente en mujeres. Una puntuación mayor de 20 en el EAT-26, fue más común en adolescentes con sobrepeso. Como mediadores de esta relación estaban la autoestima, el nivel educativo de los padres, y las amistades.

Campo-Arias y Villamil-Vargas (2012), estudiando una muestra de 289 universitarios colombianos, encontraron correlación positiva entre una alta probabilidad de presentar un cuadro de TCA y consumo problemático de alcohol.

Diversos autores encuentran mayor prevalencia en problemas de abuso y adicción a drogas como el tabaco, cannabis o alcohol en hombres con TCA (Strother, Lemberg, Chariese-Stanford & Turbeville, 2012).

Se ha observado que aquellas personas que tienen un test AUDIT-C positivo (test para la detección de consumo excesivo de alcohol) manifiestan casi el doble de riesgo de TCA (Dooley-Hash et al., 2012) y también cómo las personas con TCA presentan con mayor frecuencia consumos elevados de alcohol (Kelly-Weeder & Edwards, 2011; Luce, Engler & Crowther, 2007; Swanson et al. 2011). Krug et al. (2008) exponen que las personas con TCA tenían 3 veces más probabilidad de perder el control con el alcohol.

Herrero et al. (2010), en España, administraron el EAT en su versión de 26 y de 40 ítems, y un cuestionario de uso de sustancias, a 1.089 universitarios. No se encontraron correlaciones entre las diferentes escalas y subescalas del EAT y el consumo de drogas. Sin embargo, sí se encontraron diferencias significativas en el consumo de sustancias entre los grupos con puntajes extremos en ambas versiones. En mujeres, aquellas estudiantes que obtuvieron una puntuación superior a 30 en el EAT-40 y a 20 en el EAT-26, mostraron diferencias significativas en tres variables de consumo (menor edad de inicio del consumo de alcohol, y en la actualidad mayor consumo de tranquilizantes y cocaína) en comparación con quienes no lo mostraron.

Estas diferencias también fueron halladas entre aquellos que obtuvieron mayores y menores puntuaciones, en ambos tests. El número de variables con diferencias significativas aumentó cuando se compararon los grupos con puntuación extrema en la subescala Bulimia y preocupación alimentaria, asociándose el consumo de sustancias psicoactivas con comportamientos bulímicos. Aquellas que puntúan más

alto en el factor Dieta del EAT-26, consumen más tranquilizantes. Las que puntúan más alto en la escala Bulimia y Preocupación alimentaria, muestran diferencias significativas con respecto a haber fumado más de 100 cigarrillos en la vida, la edad del inicio del consumo semanal de alcohol, y el consumo de cocaína, anfetaminas y de otras drogas. Por último, en el Control Oral se apreciaron diferencias significativas entre grupos extremos, en la edad de inicio del consumo semanal de alcohol y de tranquilizantes. Con respecto a los hombres, el número de diferencias significativas encontradas fue más bajo. En concreto, sólo se encontró una relación positiva entre la subescala del EAT-40, trastornos psicobiológicos, y el consumo de heroína.

Barry y Piazza-Gardner, (2012), en una muestra de 22.488 universitarios, encontraron que la actividad física y las conductas alimentarias desordenadas, predijeron el consumo excesivo de alcohol.

Stein, Chen, Corte, Keller y Trabold (2013) encontraron que el ayuno aumentó la probabilidad de consumir tabaco. Anzengruber et al. (2006) y Quiles-Marcos et al. (2011) exponen que fumar tabaco puede ser usado como forma de reducir el apetito con el objetivo, por tanto, de reducir el peso.

En el estudio llevado a cabo con 767 mujeres de 16 a 20 años de Guipúzcoa y Navarra (Cruz-Sáez et al., 2013) había un 15,1% con alto riesgo de TCA. En concreto, un 1,7% cumplían criterios para una posible AN, un 10,7% para riesgo de purga/atracón, y un 2,7% para ambos síntomas. Con respecto al consumo de drogas se halló, que un porcentaje significativamente mayor del grupo de alto riesgo de TCA fumaba alguna vez a la semana o diariamente, aunque no se observaron diferencias entre ambos grupos, en la cantidad de cigarrillos que fumaban. El grupo de alto riesgo para TCA, mostró un porcentaje mayor de chicas que comenzaron a consumir entre los 11 y 14 años, aunque no se encontró diferencias en el número de días que habían consumido alcohol durante el último mes. No se evidenciaron diferencias significativas entre ambos grupos, en el consumo de tranquilizantes o pastillas para dormir sin receta ni en el consumo de cannabis, cocaína o heroína, aunque sí se hallaron, diferencias

significativas pequeñas, entre los que tenían riesgo alto y riesgo bajo de TCA, en el consumo alguna vez de drogas de síntesis.

Martínez-González et al. (2014) observaron que se incrementa el riesgo de TCA en aquellas personas que en el último mes practicaron binge drinking (consumo intensivo de alcohol en contextos determinados), 2,54 veces en hombres y 1,34 en mujeres.

Se han encontrado mayores prevalencias de TCA en consumidores de tabaco (Dooley-Hash et al., 2012) siendo estos consumos, además más elevados (Krug et al., 2008).

Martínez-González et al. (2014) encontraron que se incrementa el riesgo de TCA en aquellas mujeres fumadoras, pero no en los hombres. Algunos autores evidencian cómo el hábito tabáquico es utilizado por las mujeres para mantener el peso y la forma corporal (White, 2012; Kendzor, Adams, Stewart, Baillie & Copeland, 2009).

En cuanto a otras drogas que no sean tabaco y alcohol, hay estudios que indican que su consumo está relacionado con un mayor riesgo de desarrollar un TCA (Gadalla y Pirán, 2007; Gutiérrez, Mora, Unikel, Villatoro y Medina-Mora, 2001; Herrero et al., 2010), y otras investigaciones no encuentran dicha relación (Bisetto, Botella y Sancho, 2012; Quiles-Marcos et al., 2011).

Con respecto al consumo de cannabis los resultados son variados. Algunos autores han observado una asociación entre el consumo de éste y el TCA (Gadalla, 2008; Pons, Guijarro y Muñoz, 2012), y otros no han observado diferencias estadísticamente significativas (Dooley-Hash et al., 2012; Krug et al., 2008; Martínez-González et al., 2014).

3.4.4 Ocio y tiempo y libre

La relación entre la influencia de los medios de comunicación y algunas variables de riesgo asociadas a los TCA, ha sido recogida por diversos estudios (Hesse-Biber, Leavy, Quin & Zoinio, 2006; Joshi, Herman & Poliviy, 2004). Determinadas investigaciones indican una fuerte relación entre la importancia otorgada a la imagen y el cuerpo, y el uso de medios de comunicación, como son la televisión, revistas, videos de juegos y musicales e Internet (Borzekowski, Robinson & Killen, 2000; Cahill y Mussap, 2007; Hesse-Biber et al., 2006).

Harrison y Cantor (1997) estudiaron la relación entre uso de los medios de comunicación y sintomatología de TCA, insatisfacción corporal y búsqueda de la delgadez, en una muestra de mujeres universitarias. En el caso de las mujeres, el uso de los medios de comunicación donde se representa y promociona la delgadez, predijo la sintomatología TCA, insatisfacción corporal, ineficacia e impulso hacia la delgadez. En el caso de los hombres, predijo el respaldo a la delgadez personal y la dieta y actitudes favorables hacia la delgadez y la dieta en mujeres. La lectura de revistas era un predictor más consistente que la televisión.

Verri, Verticale, Vallero, Bellone y Nespoli (1997) afirman que los medios de comunicación, principalmente la televisión, están muy relacionados con la incidencia y prevalencia de los TCA. Este medio influiría en sus elecciones, referentes a productos que tienen que ver con la apariencia física, por lo que estas pacientes pasarían más horas al día viendo la televisión.

Varios autores han encontrado relación positiva entre la frecuencia de lectura de revistas de moda y/o programas televisivos y la presencia de malestar o insatisfacción con la figura y peso corporal (Field et al., 2001; Field et al., 1999; Park & Yun, 2007).

Diversos estudios han observado mayores prevalencias de uso problemático de Internet en las personas con TCA que en las que no lo tienen (Claes et al., 2012; Shapira et al., 2003). En su estudio, Martínez-González et al. (2014) encuentran resultados similares, donde el uso problemático de Internet es más frecuente en los hombres y mujeres universitarios con riesgo de TCA.

La literatura científica recoge la presencia de dificultades en las relaciones sociales en estos trastornos. Flament et al. (2001) y Godart et al. (2004) encontraron que el 86% de las pacientes anoréxicas y 65% de las bulímicas, tuvieron conflictos con el empleo de su tiempo libre y el dedicado a las amistades. Los síntomas evitativos y los trastornos de ansiedad fueron los responsables en este estudio de estas conductas. Otros autores (Bulik et al, 1997; Herzog et al., 1996; Steere et al., 1990) encuentran cifras del 40% de fobia social asociada a TCA, que también estarían en la base de problemas para gestionar de forma adecuada todas aquellas actividades que impliquen un contacto social, como es el caso de actividades culturales o salir con amigos.

En un informe sobre hábitos de búsqueda en Internet en pacientes con TCA, llevado a cabo en el Hospital Sant Joan de Déu (2016), cuyo coordinador fue Eduard Serrano, el 60% de la muestra realizan búsquedas no saludables. En concreto, el 31,6% buscó "como adelgazar rápido", el 11,6% dietas extremas para bajar de peso, 10,8% blogs y foros pro-ana y pro-mía y un 5,2% como vomitar. El 71,3% de los enfermos afirma que los contenidos que buscan en Internet influyen de forma negativa en su enfermedad.

Encontramos estudios que analizan mayoritariamente el perfil del uso del tiempo libre y de los medios y nuevas tecnologías en pacientes TCA, pero muy pocos de ellos se centran en analizar las relaciones en la etapa universitaria. Los medios de comunicación se convierten un "aliado" de la enfermedad que hay que tener en cuenta, por la repercusión que su uso puede originar en el trastorno. Estudiar los patrones de las actividades realizadas en su tiempo libre, no sólo nos da una

información descriptiva de las preferencias de ocio de personas con un TCA, sino que su análisis nos puede dar indicios y referencias de la gravedad de la enfermedad.

SEGUNDA PARTE: INVESTIGACIÓN

CAPÍTULO IV

ESTUDIO EMPÍRICO

4.1 INTRODUCCIÓN

La Red Española de Universidades Saludables (REUS), creada en 2008, tiene como objetivo la prevención y promoción de la salud en el contexto universitario. En ella participan además de la Universidad de Murcia, más de 35 universidades españolas, la Conferencia de Rectores de las Universidades Españolas (CRUE), el Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, el Ministerio de Educación y algunas Estructuras Autonómicas de Salud Pública. Especialmente a partir de la incorporación de la Universidad de Murcia a la REUS y la puesta en marcha del *Proyecto de Universidad Saludable*, se están llevando a cabo diversas actuaciones destinadas a fomentar la salud de la comunidad universitaria. Desde un modelo de salud integral, dicho proyecto tiene como fin permitir la mejora de la calidad de vida de los estudiantes universitarios, profesorado y personal de administración y servicios (Herrera-Gutiérrez y Lozano, 2013).

El primer paso hacia este objetivo consiste en abordar el estudio de la realidad y necesidades en materia de salud de la comunidad educativa, lo suficiente exhaustivo como para poder tomar decisiones de manera efectiva. El presente proyecto de investigación justamente persigue dar respuesta a esta necesidad, ahondando en el conocimiento de los hábitos y estado de salud del alumnado de la Universidad de Murcia y su relación con los Trastornos Alimentarios.

Los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA) se asocian con las nuevas enfermedades de las sociedades desarrolladas y constituyen un importante problema de salud pública. La delgadez se ha convertido para algunas mujeres y hombres, cada vez más jóvenes, en una especie de culto del que no pueden prescindir. Pasan horas y horas dedicadas al ejercicio físico para conseguir adelgazar y que sus cuerpos se asemejen al de los ídolos. Realizan dietas, muchas de ellas difíciles de cumplir y sin ningún seguimiento médico.

Esta influencia de la sociedad se convierte en un factor que puede precipitar la aparición del trastorno y el desarrollo de una obsesividad muy elevada por el control

del cuerpo y la comida, que afecta directamente en el estado de salud, estilos de vida y satisfacción vital.

En España, desde 1997, los TCA se han convertido en la tercera enfermedad más frecuente entre los adolescentes. Algunos estudios realizados muestran que alrededor del 4,1 – 4,5% de los mismos presentan este tipo de trastornos, siendo la enfermedad mental con mayores tasas de mortalidad (American Dietetic Association, 2006; Herpertz-Dahlmann, 1987). La incidencia de muerte por Anorexia Nerviosa (AN) ha crecido de manera significativa. Hay numerosos estudios acerca de la prevalencia de TCA en adolescentes de los 12 a los 18 años (Keski-Rahkonen et al., 2007; Morandé, Celada & Casas, 1998; Nicholls, Lynn & Viner, 2011; Pérez-Gaspar et al., 2000; Ruiz-Lázaro et al., 1996; Van Son, Van Hoeken, Bartelds, Vam Furth & Hoek, 2006); sin embargo, existe un escaso conocimiento de esta información en el contexto universitario.

La prevención y la detección precoz son de gran eficacia para un mejor pronóstico de la enfermedad. Es así que el papel del sistema educativo adquiere una gran importancia y relevancia en este problema y que su consideración no tiene que limitarse al nivel de la educación secundaria. Obteniendo información precisa de las características de los TCA en el alumnado universitario, no sólo podremos mejorar los conocimientos de la problemática, sino planificar en un futuro estrategias encaminadas a la disminución y mejora del trastorno.

Nos encontramos actualmente en una cultura en la que la delgadez se ha igualado a éxito profesional, belleza, juventud, buena salud y fuerza de voluntad. Por un lado, los mensajes provenientes de los medios de comunicación ensalzan como valor principal el aspecto físico y, por otro lado, estigmatizan la obesidad o todo lo que no sea permanecer en esos cánones de belleza. Además, transmiten el mensaje de que cambiar el aspecto físico es fácil y que si no se consigue es fruto de la “debilidad” personal. Esta comparación con los cánones de belleza actuales se traduce en una insatisfacción y actitudes negativas hacia el cuerpo.

Los TCA suponen alteraciones en los comportamientos relacionados con la comida y repercuten en la salud de quienes los manifiestan (American Dietetic Association, 2006; Calvo, 2002). Son difíciles de tratar y perjudiciales para la salud y la nutrición, predisponen a los individuos a la desnutrición o a la obesidad y se asocian con baja calidad de vida, altas tasas de comorbilidad psicosocial y mortalidad prematura.

La AN y la Bulimia Nerviosa (BN) son los más conocidos, aunque no son los únicos (Fairburn & Harrison, 2003). La AN se caracteriza por una imagen distorsionada del cuerpo donde el individuo rechaza mantener un peso saludable para su altura, llevando a cabo estrategias destinadas a prevenir el aumento de peso como son la actividad física vigorosa y la restricción drástica de la ingesta alimentaria. También pueden darse atracones y conductas purgativas. En la BN aparecen periodos de ingesta de consumo excesivo de alimentos, seguidos de conductas compensatorias con el fin de minimizar o eliminar los efectos del exceso a través de purgas, ayuno o ejercicio (Gómez, 2007).

Otra categoría diagnóstica es el Trastorno por Atracón (TA), donde ocurren episodios de ingesta de comida en los que se consumen grandes cantidades de alimentos en un corto período, junto con la ausencia de conductas compensatorias inadecuadas y la sensación de ansiedad, depresión y culpa después de comer en exceso.

Estas graves modificaciones en las relaciones con la alimentación afectan a la salud de la persona con esta problemática, pero también influyen en todos los ámbitos de su vida (relaciones sociales y familiares, situaciones académicas y laborales) y sobre todo en la relación de la persona enferma consigo misma. La evidencia científica disponible indica que los factores de riesgo relacionados con los TCA atienden a un origen multifactorial, siendo el resultado de una interacción entre factores psicológicos, físicos y socio-culturales (Garner, 1993; Lucas, Beard, O'Fallon & Kurland, 1991; Pierce & Epling, 1993; Ploog & Pirke, 1987; Story, Neumark-Sztainer & French, 2002; Toro, 2004).

Actualmente, en las familias predomina la falta de conocimientos nutricionales y la falta de interés por desarrollar conductas alimentarias adecuadas, lo que podría explicar los resultados de los estudios que nos advierten sobre la situación precaria de la población universitaria respecto a hábitos alimenticios y práctica de ejercicio físico (Berry & Howe, 2000).

La familia es el lugar donde se sientan las bases de estas conductas disfuncionales, las cuales pueden perpetuarse (Hoffman, Policastro, Quick & Lee, 2006). Sin embargo, algunos estudios (Tsouros, Dowding, Thompson & Dooris, 1998) demuestran que el paso por la Universidad puede convertirse en un periodo en el que se establecen hábitos saludables siendo muy importantes, por tanto, todas las políticas universitarias encaminadas a tal fin.

Se ha destacado que la mayoría de los adolescentes practican actividades físicas con muy poca frecuencia, las cuales además suelen ser las mismas (Rivaldi et al., 2003). No obstante, en población con síndromes alimentarios el deporte aparece con mucha frecuencia relacionado, ya sea como factor predisponente, precipitante o mantenedor (Alonso, 2006; Behar y Hernández 2002; Epling, Pierce & Stefan, 1983). El exceso de ejercicio físico puede provocar el inicio de una anorexia nerviosa, ya que el incremento de la actividad física no va asociado generalmente a un aumento de la ingesta, como en teoría cabría esperar.

En estudios publicados por el equipo de Rosen (1986, 1988), Sundgot-Borgen (1994) y Alonso (2006) se concluye que, frente al 1% de la población femenina general que sufre anorexia o bulimia, el 62% de las mujeres deportistas profesionales experimentan algún tipo de TCA.

Existe evidencia de la coexistencia de trastorno depresivo en los pacientes alimentarios que implica una merma de su satisfacción vital. Strober y Katz (1987) encuentran que entre el 25% y 80% de los pacientes con TCA presentan alta prevalencia de depresión en la Escala de Hamilton. Herzog (1984) en otro estudio encontró que el 40.7% de los pacientes con AN y el 23.6% de aquellos con BN tuvieron puntajes en rangos moderados o severamente depresivos en dicho instrumento. Otros

autores como Kaye, Bulik, Thornton, Barbarich y Masters (2004) han constatado que la prevalencia de los trastornos de ansiedad es mucho más alta en personas con anorexia y bulimia que en un grupo no clínico de mujeres de la población general.

Chacón-Quintero, Angelucci-Bastidas y Quintero-Arjona (2016) encontraron en una muestra de 400 estudiantes universitarios de Caracas que a menor autoconcepto y mayor Índice de Masa Corporal, mayor ocurrencia de conductas alimentarias de riesgo.

Otros autores obtienen un mayor riesgo de TCA en estudiantes universitarios de la Región de Murcia con insatisfacción corporal, baja autoestima e inseguridad interpersonal, entre otras variables (Berengüi, Castejón y Torregrosa, 2016).

Siendo consciente de la interrelación entre calidad de vida y bienestar físico y mental, la Universidad de Murcia viene realizando diversas iniciativas y acciones destinadas a mejorar los estilos de vida de sus miembros, en particular del alumnado. De esta forma, precisamente para lograr este fin, en octubre de 2008 se une a la red nacional REUS y crea la *Oficina de Universidad Saludable REUS-UMU* (<http://www.um.es/web/reus/>), vinculada al Vicerrectorado de Estudiantes, la cual se ocupa entre otras funciones de desarrollar y acometer el Proyecto de Universidad Saludable y de impulsar, coordinar y llevar a cabo actividades promotoras de la salud en el contexto universitario, en colaboración con la Administración Sanitaria de nuestra Comunidad Autónoma.

Esta investigación pretende analizar los factores de salud, satisfacción vital y estilos de vida de los estudiantes de la Universidad de Murcia con riesgo de manifestar un TCA y compararlos con el resto del alumnado. Para ello se han usado los datos del *Estudio sobre factores relacionados con la salud en el alumnado de la Universidad de Murcia* (Lozano y Herrera-Gutiérrez, 2013). Dicho estudio forma parte del Proyecto de Universidad Saludable (Herrera-Gutiérrez et al., 2011; Herrera-Gutiérrez y Lozano, 2013) que la Universidad de Murcia y la Consejería de Sanidad han puesto en marcha, en base a las directrices de la OMS (1998a) y la OPS (1999) y al amparo del Convenio Marco firmado entre ambas entidades en 2010 (BORM nº 20, de 26 de enero de 2010) y suscrito de nuevo en 2014 (BORM nº 226, de 30 de septiembre de 2014).

4.2 OBJETIVOS E HIPÓTESIS DE INVESTIGACIÓN

4.2.1 Objetivo general y específicos

El objetivo general de esta investigación es conocer el estado de salud, satisfacción vital y estilos de vida del alumnado de la Universidad de Murcia y su relación con los TCA.

Los objetivos específicos son:

- 1)** Describir el estado de salud de los universitarios en riesgo de presentar un TCA.
- 2)** Describir la satisfacción vital del alumnado universitario que manifiestan síntomas alimentarios.
- 3)** Describir los estilos de vida de los universitarios que probablemente muestren un Trastorno Alimentario.
- 4)** Analizar y comparar la relación entre la salud, la satisfacción vital y los estilos de vida en la población estudiantil con esta problemática y sin ella.
- 5)** Estudiar posibles diferencias entre alumnado con y sin síntomas alimentarios en función de variables académicas (rama de conocimiento, estudios en curso) y sociodemográficas (sexo y edad).

4.2.2 Hipótesis de investigación

- 1) El estado de salud y la calidad de vida de los estudiantes con riesgo de manifestar un TCA será peor que el del resto de universitarios.

- 2) Los alumnos que obtengan puntuaciones iguales o superiores a 20 en el EAT-26 manifestarán menor satisfacción vital que aquellos que estén por debajo de esta cifra. En concreto, presentarán mayores niveles de ansiedad, depresión y estrés y una autoestima más perjudicada.

- 3) Los estilos de vida de la población universitaria con riesgo de tener un TCA diferirán de aquellos que no lo manifiestan. El tiempo empleado en la práctica deportiva será mayor y los hábitos alimentarios más restrictivos, encontrando mayor consumo de frutas, verduras y menor de dulces, pasteles, bollería y comida rápida. Habrá más infrapeso o sobrepeso y el consumo de drogas será más alto. Por último, invertirán menos horas en actividades culturales y en salir con amigos/as o pareja y más tiempo en navegar o chatear por Internet, ver la televisión y leer periódicos y revistas.

- 4) La prevalencia de estudiantes con posibilidad de manifestar la enfermedad, será mayor en mujeres y en carreras no relacionadas con la salud, pudiendo encontrar mayores porcentajes en administración y dirección de empresas (ADE), derecho, magisterios, enfermería y odontología.

4.3 MÉTODO

4.3.1 Muestra

Los datos de la presente investigación se han extraído de un estudio más amplio (Lozano y Herrera-Gutiérrez, 2013) cuyo marco muestral fue de 29.576 alumnos. Estos corresponden a los matriculados en la Universidad de Murcia en el curso académico 2011-2012 y fueron proporcionados por la Secretaría General de la Universidad de Murcia. De esta muestra se seleccionaron de forma aleatoria a 843 estudiantes, a través de una selección polietápica por conglomerados. Las ramas de conocimiento (Arte y Humanidades, Ingenierías y Arquitectura, Ciencias, Ciencias Sociales y Jurídicas y Ciencias de la Salud) sirvieron para realizar el primer estrato. En una segunda fase, teniendo en cuenta la representatividad por curso, se estratificó por aula llevando a cabo una selección aleatoria.

La selección de los universitarios se realizó de manera aleatoria y equitativa, discriminando entre Facultades de Letras, Ciencias e Ingenierías. De esta muestra inicial se formaron dos grupos, uno constituido por los alumnos con riesgo medio/alto de presentar un TCA (puntuaciones en el EAT-26 > 20) conformado por 135 alumnos, y otro constituido por 214 estudiantes seleccionados aleatoriamente con riesgo bajo para la enfermedad, con el que se llevarán a cabo las comparaciones.

4.3.2 Instrumento

Tras informar a los participantes del propósito del estudio (véase anexo 1), se les administró el cuestionario que seguidamente explicamos. Partiendo de la Encuesta sobre Salud, Bienestar y Calidad de Vida administrada al colectivo de estudiantes de la Universidad Pública de Navarra dentro del I Plan de Universidad Saludable 2005-2010 (Corera et al, 2006; Universidad Pública de Navarra-Gobierno de Navarra, 2006), los alumnos cumplieron un cuestionario adaptado a nuestra institución (Proyecto

Universidad Saludable-Universidad de Murcia, 2012). Del total de 113 preguntas que forman dicho cuestionario (véase anexo 2), se tuvieron en consideración 30 ítems referidos a las tres variables principales objeto de nuestro análisis: salud, satisfacción vital y estilos de vida. Asimismo, se valoraron otras cuestiones sobre las características de la muestra (edad, sexo, estado civil, nacionalidad, altura, peso, curso y área de conocimiento de los estudios en curso).

Dentro de la encuesta se usó el ítem 76, que corresponde con la validación española (Gandarrillas et al., 2003) del test EAT-26 (Garner et al., 1982), utilizado para discriminar entre alumnos con riesgo de manifestar un TCA, de aquellos que no lo presentan. Este test, corresponde a una versión abreviada del EAT-40 (Garner y Garfinkel, 1979). Es un cuestionario autoadministrado, que se compone de 26 ítems que configuran tres subescalas:

- a) Dieta: 13 ítems (preguntas: 1, 6, 7, 10, 11, 12, 14, 15, 17, 22, 23, 24, 26), sobre conductas evitativas de alimentos que engorden y preocupaciones por delgadez.
- b) Bulimia y preocupación por la comida: 6 ítems (preguntas: 3, 4, 9, 18, 21, 25), sobre conductas bulímicas y pensamientos acerca de comida.
- c) Control oral: 7 ítems (preguntas: 2, 5, 8, 13, 15, 19, 20), sobre autocontrol de ingesta y presión de los otros para ganar peso.

Se valora mediante escala tipo likert de 0 a 6 puntos. El rango de puntuación de las respuestas es de 0 a 78. Es un instrumento multidimensional, con excelentes valores de confiabilidad y sensibilidad (88,9%), y con adecuado valor de especificidad (97,7%). Puntuaciones a partir de 20 se consideran de riesgo para TCA.

En nuestro estudio, diferenciaremos entre aquellos estudiantes que manifiestan un riesgo medio o alto de presentar un TCA ($EAT-26 > 20$) de aquellos que el riesgo es bajo ($EAT-26 < 20$) y lo compararemos con las variables que enumeramos a continuación:

- Del I apartado, referido a datos generales y relacionales, hemos tenido en cuenta la pregunta 1 (**sexo, nacionalidad, edad, altura y peso**) y 4 (**estado civil**).
- Del II apartado, concerniente a estudios y estrés percibido, la pregunta 22 (**curso**), 23 (**disciplina de estudio**), la 36 (**estrés experimentado en las últimas dos semanas por los estudios**, recodificada en escala de tres opciones), y 38 (**calidad de vida percibida**, la cual se ha agrupado en buena, mala y muy mala).
- Del apartado III, correspondiente a Salud y satisfacción vital, el ítem 41 (**satisfacción con el aspecto físico, hábitos de vida y cuestiones relacionadas con la enfermedad** del cual hemos seleccionado el enunciado 1 “estoy satisfecho con mi aspecto”, el 2, “procuro alimentarme de manera sana y equilibrada” y el 3 “duermo y descanso bien”, recodificadas a en desacuerdo, de acuerdo y totalmente de acuerdo), el 42 (**medida del cuidado de la salud**), 45 (**tiempo que se camina al día**), 46 (**horas de sueño diario entre semana y fines**), 47 (**días de enfermedad el año pasado**), 48 y 49 (**percepción del nivel de salud**, para lo cual se ha utilizado la escala validada “EQ-5D-3L” (Badía, Roset, Montserrat, Herdman & Segura, 1999) y describe y valora la calidad de vida relacionada con la salud. La fiabilidad test-retest oscila entre 0,86 y 0,90 (Van Agt, Essink-Bot, Krabbe y Bonsel, 1994) y su validez y sensibilidad al cambio ha sido demostrada en numerosos estudios (Herdman, Badía y Berra, 2001). Esta incluye una primera parte descriptiva que comprende cinco dimensiones; movilidad, autocuidado, actividades habituales, dolor/ malestar y ansiedad/depresión, pudiendo elegir entre tres opciones de respuesta; sin problemas, algún problema/problemas moderados y problemas graves o severos, identificándose 243 diferentes estados de salud. En la segunda se les solicita que valoren el nivel de salud en una escala de 0 a 100, donde el 0 representa el peor estado de salud imaginable y el 100 el mejor), 50 (**estado de salud en el último año**), 54 (si han recibido **tratamiento psicoterapéutico**), 55 (**medicamentos ingeridos en el último mes**, de los cuales seleccionamos por el interés para nuestro estudio los tranquilizantes, laxantes, psicofármacos y

somníferos), 56 (**tomar medicamentos sin prescripción**), 57 (mostrar acuerdo en una escala tipo likert con cinco niveles que oscila de “muy de acuerdo” a “muy en desacuerdo”, en enunciados referentes al **tipo de vida y nivel de autoestima**. Hemos reconvertido los niveles en 3, “de acuerdo”, “indiferente” y “en desacuerdo” y hemos seleccionado los enunciados, “estoy satisfecho con mi vida” y “tengo una imagen positiva de mí mismo, tanto en lo que se refiere a mis capacidades intelectuales como a mis habilidades personales y sociales”), 58 (valoración de la **satisfacción con habilidades personales y sociales** a través de una escala de cinco niveles que va de “totalmente insatisfecho” a totalmente satisfecho” la cual hemos vuelto a codificar en “insatisfecho”, “indiferente” y “satisfecho”. De estos, hemos seleccionado los enunciados, “manejar con un buen control tus emociones”, “comunicarte bien con los demás” y “resolver conflictos sin mayores broncas”), 59 (acuerdo con enunciados referidos a **autoconcepto personal, familiar y social**. Medidos a través de una escala tipo likert con cinco opciones que oscilan desde “totalmente en desacuerdo” a “totalmente acuerdo”. Esta la hemos agrupado, generando 3 opciones de respuesta y hemos seleccionado “estoy satisfecho con mi forma de ser” y “no estoy satisfecho con mi apariencia”), y 60 (escala de **fuentes de estrés últimas** ante diversas circunstancias con 4 opciones posibles de respuesta “siempre, “a menudo”, “pocas veces” y “nunca”, de la cual hemos tenido en cuenta el grado de estrés en general, estudios en general, situación familiar, relación de pareja, grupo de compañeros de curso y enfermedad).

- Con respecto al IV apartado, se seleccionó del epígrafe A: actividad física y relajación, la cuestión 61 (**horas semanales dedicadas a actividades físicas**), 62 (**veces semanales empleadas en actividad física de al menos 30 minutos**), 66 (**federación en deporte**), 67 (**inscripción en gimnasios**). Del subapartado B: alimentación, la pregunta 69 (**autopercepción del peso**), 70 (**peso ideal**), 71 (**frecuencia de consumo de alimentos**, con cinco opciones de respuesta que oscila desde “varias veces al día” a “casi nunca o nunca” y que incluye diversos tipos de alimentos. Hemos englobado los enunciados), 72 (**frecuencia de dietas**, donde hemos recodificado las opciones de respuesta en “casi nunca”, “con

frecuencia” y “siempre”), 75 (**número de comidas realizadas al día**), y 76 (**EAT-26**). Por último, con el subapartado D: otros comportamientos y estilos de vida, se escogió el ítem 87 (**consumo de alcohol en los últimos 30 días cuyas opciones de respuesta se agruparon de 5 a 4**), 89 (“**Escala de Dependencia Alcohólica CAGE**” (Ewing, 1984, 2002), que evalúa cuatro conceptos o aspectos, la crítica social (C), la culpa individual (A), la ingestión matutina (G) y la necesidad sentida de dejar de consumir alcohol (E). Se considera positivo el test cuando se obtienen dos o más respuestas afirmativas), 90 (**consumo de tabaco actual**, desde “no fumo nada” a “fumo diariamente más de 10 cigarrillos”, habiendo agrupado las dos primeras opciones para simplificar los análisis), 92 (**edad de inicio de consumo tabáquico y número de cigarrillos diarios**), 95 (**consumo de otras sustancias ilegales en los últimos 30 días**, con una escala likert de elección entre “diariamente”, “semanalmente”, “ocasionalmente”, y “nunca”), y 96 (**horas empleadas en actividades de ocio y tiempo libre a la semana**, de las cuales hemos seleccionado actividades culturales, navegar o chatear por Internet, salir con amigos o pareja, ver la televisión y lectura de periódicos o revistas).

4.3.3 Procedimiento

Se trata de un estudio observacional transversal, descriptivo y analítico y con análisis correlacional entre diferentes variables (salud, satisfacción vital y estilos de vida y trastornos alimentarios). Ha sido realizado mediante selección muestral aleatoria polietápica, entre enero y mayo de 2012. Primeramente, se estratificó la población por ramas de conocimiento y después por conglomerados, siendo considerada el aula como la unidad de análisis.

Como ya hemos mencionado, el cuestionario utilizado, recogido en el anexo 2 (Proyecto Universidad Saludable-Universidad de Murcia, 2012), ha sido una adaptación de la Encuesta sobre salud, bienestar y calidad de vida del alumnado de la Universidad Pública de Navarra (I Plan de Universidad Saludable 2005-2010). Este cuestionario fue administrado por 2 encuestadores, adiestrados para tal fin.

Se informó del estudio, por carta (anexo 1) y personalmente, a los miembros de los Equipos Decanales de las diferentes Facultades de la Universidad de Murcia, y se les solicitó su colaboración. A través de un miembro del equipo decanal, se obtuvo la información necesaria para realizar las encuestas en horario lectivo con el mayor número de afluencia. Se contactó a través del email y del teléfono con los profesores de los 36 cursos seleccionados para el estudio para así poder especificar el día y el horario de la encuesta y se les pidió que no informasen de la realización de la misma para no sesgar la asistencia a clase del alumnado.

De los 29 grupos de estudiantes encuestados, con 2048 alumnos/as matriculados, asistieron a clase ese día 1025 y se recogieron datos de 974 alumnos/as. Se descartaron las encuestas de dos grupos por abandono del aula de la mayor parte del alumnado, al ser informado del estudio. El número de cuestionarios válidos e incluidos en los análisis estadísticos ascendió a 946, de un total de 989 alumnos/as presentes el día de la encuesta, de los 1990 que estaban matriculados en los 27 grupos finales (tasa de respuesta 95,4%).

La desviación que se observa entre el número de alumnado matriculado y el de alumnado que asiste a clase el día de la encuesta puede ser debida a que el número de alumnos matriculados en alguna de las asignaturas del curso no tiene por qué coincidir con el total de matriculados en la asignatura específica en la que se realiza la encuesta.

Asumimos que existe representatividad por rama de conocimiento del total encuestado respecto al alumnado de la Universidad de Murcia. En cuanto a la representatividad por curso en la muestra obtenida, el número de estudiantes de segundo ha sido bastante más alto de lo esperado en contraposición con el alumnado de cuarto y quinto curso.

La codificación de las respuestas, tras la recogida de los cuestionarios, se llevó a cabo por una sola persona a través de una base de datos en SPSS-23 y la mecanización por un equipo de 4 personas. Para disminuir los sesgos en este proceso, se volvieron a introducir el 10% de los datos (100 cuestionarios) y se comprobó que había menos de un 0,05% de error en la mecanización de los mismos. Más tarde, se seleccionó de

forma aleatoria otro 5% del resto de cuestionarios (44) comprobándose que la tasa de error en la mecanización también era inferior al 0,05%, por lo que se consideró aceptable dicho error.

Después de la siguiente fase, donde se depuró la base de datos, se obtuvieron 946 cuestionarios válidos. No se eliminaron los que presentaban contestaciones dudosas en algunos ítems, pero al realizar los análisis, se seleccionaron los casos con respuestas válidas, no teniendo en cuenta los outliers.

Finalmente, de esta muestra se identificaron a los sujetos con una puntuación igual o superior en el EAT-26, 135, que conformaron el grupo con riesgo medio/alto para la enfermedad y se seleccionó de forma aleatoria a 214 de los 811 restantes, que constituyen el grupo con bajo riesgo para el TCA.

4.3.4 Análisis estadísticos

Análisis de los datos

Para el análisis estadístico descriptivo de la muestra se emplearon los métodos descriptivos básicos, de modo que, para las variables cualitativas, se obtuvo el número de casos presentes en cada categoría y el porcentaje correspondiente; y para las variables cuantitativas los valores mínimos, máximo, media y desviación típica.

La asociación entre variables cualitativas se estudió mediante la prueba Chi-cuadrado de Pearson realizando las comparaciones de columna en los casos de significación estadística (corrección Bonferroni). Para la comparación entre dos grupos se empleó la prueba t-Student una vez comprobados los supuestos de normalidad y homogeneidad de varianzas con el test de Kolmogorov-Smirnov y prueba de Levene, respectivamente.

El análisis estadístico se realizó con el programa SPSS 23.0 para Windows. Las diferencias consideradas estadísticamente significativas son aquellas cuya $p < 0,05$.

4.4 RESULTADOS

A continuación, incluimos los resultados de los análisis estadísticos llevados a cabo para las variables incluidas en las categorías de salud, satisfacción vital y estilos de vida y analizamos las diferencias en las mismas, entre los grupos con riesgo medio/alto de manifestar un TCA frente a los de riesgo bajo de presentarlo. Para ello, en primer lugar, presentamos los estadísticos descriptivos referentes a los datos generales, relacionales y de estudios de la muestra global y se analizan las diferencias de género, edad, curso y titulación entre ambos grupos. En segundo lugar, incluimos las comparaciones de medias.

4.4.1 Estadísticos descriptivos

Datos generales, relacionales y estudios

La muestra final del estudio se ha constituido con 349 alumnos de la UMU de los cuales un 28,7% (n = 100) son hombres y un 71,3% (n = 249) mujeres cuyas edades estaban comprendidas entre los 18 y 46 años con un promedio de 20,9 años (DT = 3,7). El 93,9% son solteros, un 5,2% casados/viviendo en pareja y un 0,9% separados. Por nacionalidad un 94,1% son españoles y el resto de otras nacionalidades. En la tabla 10 se muestra la distribución de los alumnos por curso y carrera que están realizando. La mayor parte está constituida por alumnos de primer y segundo curso (77%), siendo las titulaciones más frecuentes Grado en Administración y dirección de Empresas (ADE) con un 17,6%, Grado en Educación Primaria (9,8%) y Grado en Psicología (9,2%).

Tabla 10. Alumnos por curso y carrera

| | n | % |
|---|-----|------|
| Curso | | |
| Primero | 124 | 35,5 |
| Segundo | 145 | 41,5 |
| Tercero | 38 | 10,9 |
| Cuarto | 27 | 7,7 |
| Quinto | 15 | 4,3 |
| Carrera | | |
| Grado en Historia | 14 | 4 |
| Licenciatura en Bellas Artes | 11 | 3,2 |
| Licenciatura en Bioquímica | 22 | 6,4 |
| Grado en Criminología | 24 | 6,9 |
| Grado en Derecho | 3 | 0,9 |
| Licenciatura en CCPP y de la Administración | 2 | 0,6 |
| Grado en Educación Infantil | 18 | 5,2 |
| Grado en Educación Primaria | 34 | 9,8 |
| Grado en Educación Social | 8 | 2,3 |
| Grado en ADE | 61 | 17,6 |
| Grado en Ingeniería Química | 15 | 4,3 |
| Grado en Enfermería | 30 | 8,7 |
| Grado en Odontología | 22 | 6,4 |
| Grado en Biotecnología | 9 | 2,6 |
| Grado en Pedagogía | 20 | 5,8 |
| Ingeniería Química | 5 | 1,4 |
| Grado en Psicología | 32 | 9,2 |
| Grado en Filosofía | 2 | 0,6 |
| Licenciatura en traducción e interpretación | 14 | 4 |

De acuerdo al EAT-26 (Figura 2), el 61,3% de los alumnos se sitúan en un nivel bajo de presentar un TCA mientras que un 38,7% tienen un riesgo medio/alto de manifestarlo. De estos, el 37% (50 alumnos) ha obtenido una puntuación mayor de 30 y un 7,4% (10 alumnos) puntúan por encima de 50.

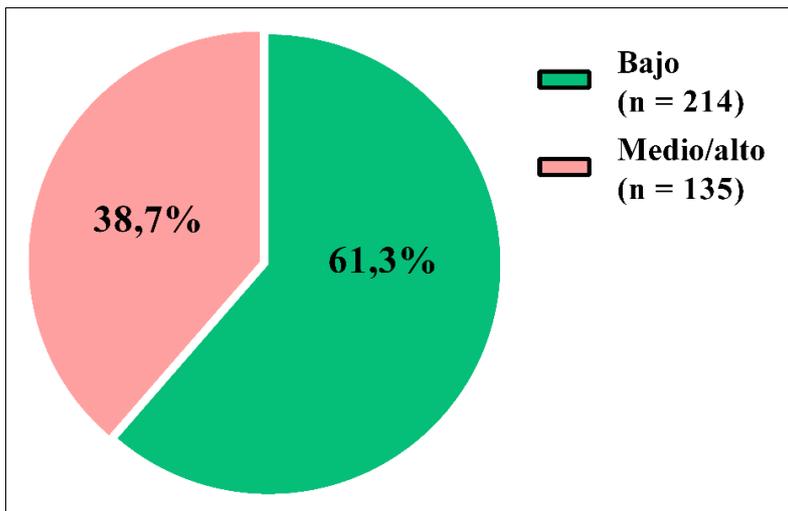


Figura 2. Riesgo de TCA.

4.4.2 Comparación de medias

En la tabla 11 analizamos las **diferencias en género, edad, curso y titulación** entre ambos grupos. Con respecto al **sexo**, a través de la prueba chi cuadrado(a) (χ^2), observamos diferencias significativas ($p < 0,05$) entre los dos grupos, encontrando un porcentaje de hombres y mujeres en el grupo de bajo riesgo para la enfermedad de 74,7% y 56,2% respectivamente, frente al 25,39% y 43,8% en el de posible TCA. Por tanto, el grupo con riesgo de presentar la enfermedad está constituido en mayor porcentaje por mujeres, que el de bajo riesgo.

A través de la T de Student, comprobamos que, aunque las medias de **edades** son similares (21,3 años para el grupo con bajo riesgo y 20,4 para el de riesgo medio/alto), existen diferencias significativas ($p = 0,033$). Los alumnos con riesgo medio y alto de tener un TCA presentan una edad menor que los que no lo manifiestan.

No se han obtenido diferencias significativas entre grupos, en función del **curso** ($p = 0,624$) al que pertenecen y tampoco existe una asociación significativa entre la **carrera** y el riesgo medio/alto de TCA ($p = 0,860$). Las titulaciones con mayor porcentaje de alumnos en riesgo medio/alto de trastorno alimentario son: grado en ADE, grado en Educación primaria, grado en enfermería y grado en psicología.

Tabla 11. Riesgo TCA según sexo, edad, curso y titulación.

| Variable | Riesgo TCA | | Prueba | p-valor |
|---|---------------|------------|----------------------|---------|
| | Bajo | Medio/Alto | | |
| Sexo, n (%) | | | $\chi^2(1) = 10,264$ | 0,001** |
| Hombre | 74 (74,7) | 25 (25,3) | | |
| Mujer | 140 (56,2) | 109 (43,8) | | |
| Edad, media (DT) | 21,3 (4,1) | 20,4 (2,8) | $t(343) = 2,143$ | 0,033* |
| Curso, n (%) | | | $\chi^2(4) = 2,617$ | 0,624 |
| Primero | 80 (37,4) | 48 (35,6) | | |
| Segundo | 90 (42,1) | 55 (40,7) | | |
| Tercero | 25 (11,7) | 13 (9,6) | | |
| Cuarto | 14 (6,5) | 13 (9,6) | | |
| Quinto | 5 (2,3) | 6 (4,4) | | |
| Carrera | | | $X^2(18) = 11,75$ | 0,860 |
| Grado en Historia | 11 (5,1) | 4 (3) | | |
| Licenciatura en Bellas Artes | 8 (3,7) | 3 (2,2) | | |
| Licenciatura en Bioquímica | 12 (5,6) | 10 (7,4) | | |
| Grado en Criminología | 17 (7,9) | 8 (5,9) | | |
| Grado en Derecho | 2 (0,9) | | | |
| Licenciatura en CCPP y de la Administración | 2 (0,9) | | | |
| Grado en Educación Infantil | 12 (5,6) | 6 (4,4) | | |
| Grado en Educación Primaria | 18 (8,4) | 16 (11,9) | | |
| Grado en Educación Social | 5 (2,3) | 3 (2,2) | | |
| Grado en ADE | 36 (16,8) | 26 (19,3) | | |
| Grado en Ingeniería Química | 12 (5,6) | 3 (2,2) | | |
| Grado en Enfermería | 16 (7,5) | 14 (10,4) | | |
| Grado en Odontología | 13 (6,1) | 9 (6,7) | | |

| | | |
|--|----------|----------|
| Grado en Biotecnología | 5 (2,3) | 4 (3) |
| Grado en Pedagogía | 14 (6,5) | 6 (4,4) |
| Ingeniería Química | 2 (0,9) | 3 (2,2) |
| Grado en Psicología | 20 (9,3) | 12 (8,9) |
| Grado en Filosofía | 1 (0,5) | 1 (0,7) |
| Licenciatura en traducción e interpretación | 8 (3,7) | 7 (5,2) |

*p<0,05 **p<0,001

CALIDAD DE VIDA

En la tabla 12 observamos los resultados en la variable **calidad de vida**. La prueba chi cuadrado arroja un valor indicativo de no significación estadística (p=0,398). Por tanto, no existen diferencias en esta variable entre ambos grupos.

Tabla 12: Calidad de vida en TCA

| | Riesgo TCA, n (%) | | Prueba Chi-cuadrado | |
|---------------------|-------------------|------------|------------------------|---------|
| | Bajo | Medio/Alto | χ^2 (g.l.) | p-valor |
| Calidad vida | | | $\chi^2(2) =$ 1,842 | 0,398 |
| Buena | 174 (81,3) | 102 (75,6) | | |
| Mala | 38 (17,8) | 32 (23,7) | | |
| Muy mala | 2 (0,9) | 1 (0,7) | | |

ESTADO DE SALUD

En la tabla 13 se presentan las variables relacionadas con el **estado de salud**. En concreto, se ha analizado a través de chi cuadrado y t de student: **descanso, cuidado de la salud, horas de sueño, días de enfermedad, problemas en movilidad, autocuidado, actividades cotidianas y dolor, estado de salud percibido, estado de salud en los últimos 12 meses, tratamiento psicoterapéutico, consumo de tranquilizantes, laxantes, psicofármacos, somníferos y toma de medicamentos sin prescripción**, no habiéndose encontrado diferencias significativas en ninguna de las variables mencionadas (p>0,005).

Sin embargo, es importante señalar que un 44,7% de la población en riesgo medio/ alto de TCA, manifiesta estar en desacuerdo con **dormir y descansar bien**. La mayoría (73,9%) **cuida su salud** bastante o mucho. **Duermen** una media de 8 horas entre semana y 9 los fines de semana. Manifiestan una media de 10 días de **enfermedad** en el último año. La mayoría no tiene problemas de **movilidad** (95,5%), de **autocuidado** (99,3%), en sus **actividades cotidianas** (88,9%) ni de *dolor* (66,7%). El estado de **salud percibida** es alto (78 en una escala de 0 a 100). El 69,6% considera su salud en los últimos 12 meses, como buena. Un 11,3% ha recibido **tratamiento psicoterapéutico** y la mayor parte no ha tomado tranquilizantes (96,2%), laxantes (97,7%), psicofármacos (97,7%) ni somníferos (99,2%) en el último mes. más de la mitad de la muestra (58,3%) ha tomado **medicamentos sin prescripción**.

Tabla 13: Estado de Salud en TCA

| Variable | Riesgo TCA | | Prueba | p-valor |
|---|------------|-------------|--------------------|---------|
| | Bajo | Medio/Alto | | |
| Duermo y descanso bien, n (%) | | | $\chi^2(2) = 5,20$ | 0,074 |
| En desacuerdo | 86 (41,1) | 59 (44,7) | | |
| De acuerdo | 94 (45) | 45 (34,1) | | |
| Totalmente de acuerdo | 29 (13,9) | 28 (21,2) | | |
| ¿En qué medida cuidas de tu salud? , n (%) | | | $\chi^2(3) = 0,84$ | 0,84 |
| Nada | 5 (2,4) | 3 (2,2) | | |
| Poco | 59 (28,2) | 32 (23,9) | | |
| Bastante | 121 (57,9) | 82 (61,2) | | |
| Mucho | 24 (11,5) | 17 (12,7) | | |
| Horas sueños entre semana, media (DT) | 7,1 (1,7) | 7,9 (6,2) | t(341) = -1,627 | 0,105 |
| Horas sueño fines de semana, media (DT) | 8,8 (2,6) | 9,0 (6,0) | t(340) = -0,422 | 0,674 |
| Días enfermo últimos 12 meses, media (DT) | 8,4 (16,4) | 10,1 (21,5) | t(328) = -0,837 | 0,403 |
| Movilidad, n (%) | | | $\chi^2(2) = 1,28$ | 0,528 |
| No tengo problemas | 204 (96,7) | 128 (95,5) | | |
| Tengo algunos problemas | 6 (2,8) | 6 (4,5) | | |
| Tengo que estar en la cama | 1 (0,5) | | | |

| | | | | |
|--|----------------|-------------|--------------------|-------|
| Autocuidado, n (%) | | | $\chi^2(1) = 1,57$ | 0,21 |
| No tengo problemas | 210 (100) | 133 (99,3) | | |
| Tengo algunos problemas | | 1 (0,7) | | |
| Soy incapaz | | | | |
| Actividades cotidianas, n (%) | | | $\chi^2(1) = 0,29$ | 0,593 |
| No tengo problemas | 194 (90,7) | 120 (88,9) | | |
| Tengo algunos problemas | 20 (9,3) | 15 (11,1) | | |
| Soy incapaz | | | | |
| Dolor/Malestar, n (%) | | | $\chi^2(2) = 1,02$ | 0,6 |
| No tengo | 151 (71,6) | 90 (66,7) | | |
| Tengo moderado | 58 (27,5) | 43 (31,9) | | |
| Tengo mucho | 2 (0,9) | 2 (1,5) | | |
| Estado de salud imaginable, media (DT) | 79,6 (15,9) | 78,0 (17,6) | $t(343) = 0,893$ | 0,373 |
| Estado salud últimos 12 meses, n (%) | | | $\chi^2(2) = 2,33$ | 0,312 |
| Buena | 163 (76,2) | 94 (69,6) | | |
| Regular | 47 (22) | 36 (26,7) | | |
| Mala | 4 (1,9) | 5 (3,7) | | |
| ¿Tratamiento psicoterapéutico? , n (%) | | | $\chi^2(1) = 0,32$ | 0,571 |
| Sí | 20 (9,4) | 15 (11,3) | | |
| No | 193 (90,6) | 118 (88,7) | | |
| Tranquilizantes, n (%) | | | $\chi^2(1) = 0,04$ | 0,847 |
| No | 201 (96,6) | 128 (96,2) | | |
| Sí | 7 (3,4) | 5 (3,8) | | |
| Laxantes, n (%) | | | $\chi^2(1) = 0,05$ | 0,833 |
| No | 204 (98,1) | 130 (97,7) | | |
| Sí | 4 (1,9) | 3 (2,3) | | |
| Psicofármacos, n (%) | | | $\chi^2(1) = 0,94$ | 0,332 |
| No | 206 (99) | 130 (97,7) | | |
| Sí | 2 (1) | 3 (2,3) | | |
| Somníferos, n (%) | | | $\chi^2(1) = 0,77$ | 0,38 |
| No | 204 (98,1) | 132 (99,2) | | |
| Sí | 4 (1,9) | 1 (0,8) | | |
| ¿Medicamentos sin prescripción? , n (%) | | | $\chi^2(1) = 0,00$ | 0,977 |
| Sí | 124 (58,5) | 77 (58,3) | | |
| No | 88 (41,5) | 55 (41,7) | | |

Satisfacción vital

Como refleja la tabla 14, los análisis estadísticos no arrojan diferencias significativas en las variables **estrés con los estudios en las últimas dos semanas, ansiedad/depresión, agobio por la situación familiar, agobio por la relación de pareja y agobio por el grupo de compañeros de curso** ($p > 0,005$) entre ambos grupos de universitarios.

Encontramos diferencias estadísticamente significativas, en la variable **agobio con los estudios** ($p < 0,001$), en las opciones de respuesta siempre, a menudo y pocas veces, siendo un 40,3% y 38,8%, el porcentaje de alumnos que se agobian siempre y a menudo, respectivamente. Por tanto, el nivel de agobio con los estudios es significativamente mayor en el grupo con probabilidad media/alta de manifestar un TCA. Se observa que los estudiantes con posibilidad media/alta de presentar un TCA, obtienen mayores porcentajes de **agobio por enfermedad**. En concreto, se observan diferencias significativas entre aquellos que se agobian siempre por la enfermedad en ambos grupos ($p = 0,038$).

La prueba de chi cuadrado nos indica la existencia de diferencias estadísticamente significativas ($p = 0,021$) en **agobio por el estrés en general**, en las opciones de respuesta siempre y pocas veces. Es mayor el número de universitarios que se estresa siempre (23,1) y menor el que se estresa pocas veces (26,1), en el grupo con riesgo medio/alto de TCA.

Tabla 14: Estrés, ansiedad, depresión y TCA

| | Riesgo TCA, n (%) | | Prueba Chi-cuadrado | |
|--|-------------------|------------|---------------------|---------|
| | Bajo | Medio/Alto | χ^2 (g.l.) | p-valor |
| Estrés estudios (últimas dos semanas) | | | $\chi^2(2) = 1,49$ | 0,475 |
| Poco | 109 (50,9) | 60 (44,4) | | |
| Moderado | 57 (26,6) | 39 (28,9) | | |
| Mucho | 48 (22,4) | 36 (26,7) | | |

| | | | | |
|---|-------------|------------|---------------------|----------------------|
| Ansiedad/Depresión | | | $\chi^2(2) = 4,80$ | 0,091 |
| No | 144 (67,9) | 82 (60,7) | | |
| Moderado | 64 (30,2) | 45 (33,3) | | |
| Alto | 4 (1,9) | 8 (5,9) | | |
| Agobio por los estudios en general | | | $\chi^2(3) = 17,83$ | < 0,001*** |
| Siempre | 42a (19,8) | 54b (40,3) | | |
| A menudo | 106a (50) | 52b (38,8) | | |
| Pocas veces | 60a (28,3) | 25b (18,7) | | |
| Nunca | 4a (1,9) | 3a (2,2) | | |
| Agobio por la situación familiar | | | $\chi^2(3) = 5,29$ | 0,152 |
| Siempre | 18 (8,6) | 11 (8,2) | | |
| A menudo | 32 (15,3) | 33 (24,6) | | |
| Pocas veces | 64 (30,6) | 41 (30,6) | | |
| Nunca | 95 (45,5) | 49 (36,6) | | |
| Agobio por la relación de pareja | | | $\chi^2(3) = 1,27$ | 0,736 |
| Siempre | 7 (3,4) | 6 (4,5) | | |
| A menudo | 32 (15,4) | 23 (17,4) | | |
| Pocas veces | 51 (24,5) | 36 (27,3) | | |
| Nunca | 118 (56,7) | 67 (50,8) | | |
| Agobio por el grupo de compañeros de curso | | | $\chi^2(3) = 3,07$ | 0,381 |
| Siempre | 6 (2,9) | 1 (0,8) | | |
| A menudo | 13 (6,2) | 12 (9) | | |
| Pocas veces | 83 (39,7) | 48 (36,1) | | |
| Nunca | 107 (51,2) | 72 (54,1) | | |
| Agobio por enfermedad | | | $\chi^2(3) = 8,42$ | 0,038* |
| Siempre | 4a (1,9) | 8b (6) | | |
| A menudo | 16a (7,7) | 19a (14,2) | | |
| Pocas veces | 72a (34,6) | 38a (28,4) | | |
| Nunca | 116a (55,8) | 69a (51,5) | | |
| Agobio por estrés en general | | | $\chi^2(3) = 9,77$ | 0,021* |
| Siempre | 28a (13,3) | 31b (23,1) | | |
| A menudo | 62a (29,5) | 48a (35,8) | | |
| Pocas veces | 77a (36,7) | 35b (26,1) | | |
| Nunca | 43a (20,5) | 20a (14,9) | | |

*p<0,05 ***p<0,001

a,b. Comparaciones de columna. Diferentes letras indican diferencias estadísticamente significativas a nivel p<0,05

Como recoge la tabla 15, no se han encontrado diferencias significativas entre ambos grupos en la **satisfacción con la vida**, el **manejo de las emociones**, la **comunicación con los demás**, la **resolución de conflictos** y la **satisfacción con la forma de ser** ($p > 0,005$).

Encontramos diferencias significativas ($p < 0,001$) en la **satisfacción con el aspecto**, entre ambos grupos de estudiantes en todas las opciones de respuesta. El grupo en riesgo mayor de TCA manifiesta mayores porcentajes de desacuerdo (50,4%), y menores de acuerdo (39,8%) y de total acuerdo (9,8%), que el grupo con baja posibilidad de manifestar el trastorno. El grupo con riesgo medio y alto de TCA, por tanto, está menos satisfecho con su aspecto que el de riesgo bajo.

La variable **imagen positiva de mí mismo/a en lo que se refiere a capacidades intelectuales como habilidades personales y sociales** también obtiene diferencias significativas ($p = 0,004$). Estas diferencias se observan en las tres opciones de respuesta. La muestra con riesgo medio/alto de manifestar un TCA se muestra menos de acuerdo (52,6%), más indiferente (21,5%) y más en desacuerdo (25,9%) que aquellos que presentan un riesgo bajo. Se interpreta que los universitarios con riesgo medio/alto presentan una imagen menos positiva con respecto a sus capacidades intelectuales y habilidades personales y sociales sobre sí mismos que los que tienen un riesgo bajo.

Los análisis indican diferencias significativas ($p = 0,007$) para la variable **no estoy satisfecho con mi apariencia** en las opciones “desacuerdo” y “acuerdo”. En concreto, un 35,6% del grupo de riesgo medio/alto frente al 53,1%, manifiesta no estar en desacuerdo con esta variable y un 42,4% de acuerdo, frente al 30,3% en el grupo de bajo riesgo. Es por esto que el grupo con riesgo de manifestar la enfermedad está más de acuerdo con no estar satisfecho con su apariencia y menos en desacuerdo con no estarlo, que aquellos que no la presentan.

ESTILOS DE VIDA

Los análisis estadísticos (tabla 16) no hallan diferencias ($p > 0,005$) entre los estudiantes con riesgo bajo y medio/alto de manifestar un TCA, en **tiempo caminado** ni **actividad física semanal**. Los estudiantes con riesgo medio/alto obtienen una media de 53 minutos de tiempo caminado diario y 4,7 horas a la semana de actividad física, siendo un 36,8% los que la practican 1 ó 2 veces a la semana, un 21,8% 3 o 4 veces y un 18,8% todos o casi todos los días.

Sí se encuentran diferencias estadísticamente significativas en **estar inscrito/a en un gimnasio** tanto en la respuesta Sí como en el No. En concreto, un 30,3% de los universitarios que pueden manifestar la enfermedad están inscritos en gimnasios. frente al 20,8% que tienen riesgo bajo. Por otro lado, el 69,7% del grupo de riesgo mayor de tener el trastorno está inscrito, frente al 79,2% de riesgo bajo.

Tabla 15: Autoestima y TCA

| | Riesgo TCA, n (%) | | Prueba Chi-cuadrado | |
|---|-------------------|------------|---------------------|----------------------|
| | Bajo | Medio/Alto | $\chi^2(2)$ | p-valor |
| Estoy satisfecho con mi aspecto | | | 47,54 | < 0,001*** |
| En desacuerdo | 35a (16,6) | 67b (50,4) | | |
| De acuerdo | 120a (56,9) | 53b (39,8) | | |
| Totalmente de acuerdo | 56a (26,5) | 13b (9,8) | | |
| Estoy satisfecho/a con mi vida | | | 1,56 | 0,458 |
| Acuerdo | 149 (70,3) | 90 (66,7) | | |
| Indiferente | 30 (14,2) | 17 (12,6) | | |
| Desacuerdo | 33 (15,6) | 28 (20,7) | | |
| Imagen positiva de mí mismo/a intelectual, personal y social | | | 10,95 | 0,004** |
| Acuerdo | 150a (70,1) | 71b (52,6) | | |
| Indiferente | 28a (13,1) | 29b (21,5) | | |
| Desacuerdo | 36a (16,8) | 35b (25,9) | | |

| | | | | |
|---|-------------|------------|-------|----------------|
| Para manejar con un buen control tus emociones | | | 4,27 | 0,118 |
| Insatisfecho | 54 (25,4) | 46 (34,6) | | |
| Indiferente | 49 (23) | 32 (24,1) | | |
| Satisfecho | 110 (51,6) | 55 (41,4) | | |
| Para comunicarte bien con los demás | | | 1,55 | 0,462 |
| Insatisfecho | 45 (21,3) | 28 (21,4) | | |
| Indiferente | 27 (12,8) | 23 (17,6) | | |
| Satisfecho | 139 (65,9) | 80 (61,1) | | |
| Para resolver los conflictos | | | 1,34 | 0,511 |
| Insatisfecho | 38 (17,8) | 30 (22,7) | | |
| Indiferente | 32 (15) | 17 (12,9) | | |
| Satisfecho | 143 (67,1) | 85 (64,4) | | |
| Estoy satisfecho/a con mi forma de ser | | | 1,91 | 0,384 |
| Desacuerdo | 30 (14,1) | 24 (18) | | |
| Indiferente | 14 (6,6) | 12 (9) | | |
| Acuerdo | 169 (79,3) | 97 (72,9) | | |
| No estoy satisfecho/a con mi apariencia | | | 10,00 | 0,007** |
| Desacuerdo | 112a (53,1) | 47b (35,6) | | |
| Indiferente | 35a (16,6) | 29a (22) | | |
| Acuerdo | 64a (30,3) | 56b (42,4) | | |

p<0,01 *p<0,001

a,b. Comparaciones de columna. Diferentes letras indican diferencias estadísticamente significativas a nivel p<0,05

Tabla 16: Actividad física y TCA

| Variable | Riesgo TCA | | Prueba | p-valor |
|------------------------------------|-------------|-------------|-----------------|---------|
| | Bajo | Medio/Alto | | |
| Tiempo caminado, media (DT) | 48,2 (40,9) | 53,0 (38,5) | t(336) = -1,089 | 0,277 |
| Actividad física semanal | | | | |
| Horas, media (DT) | 5,5 (14,0) | 4,7 (5,1) | t(338) = 0,631 | 0,528 |

| | | | | |
|---|-------------|------------|---------------------|---------------|
| Veces, n (%) | | | $\chi^2(3) = 2,59$ | 0,459 |
| Ninguna vez | 42 (19,8) | 30 (22,6) | | |
| 1 ó 2 veces | 85 (40,1) | 49 (36,8) | | |
| 3 ó 4 veces | 56 (26,4) | 29 (21,8) | | |
| Todos o casi todos los días | 29 (13,7) | 25 (18,8) | | |
| ¿Estás inscrito/a gimnasio?, n (%) | | | $\chi^2(1) = 4,02$ | 0,045* |
| Sí | 44a (20,8) | 40b (30,3) | | |
| No | 168a (79,2) | 92b (69,7) | | |
| ¿Estás federado en algún deporte?, n (%) | | | $\chi^2(1) = 0,719$ | 0,396 |
| Sí | 18(8,5) | 15(11,2) | | |
| No | 195(91,5) | 119(88,8) | | |

*P<0,05

a,b. Comparaciones de columna. Diferentes letras indican diferencias estadísticamente significativas a nivel p<0,05

La tabla 17 recoge los resultados para las variables relacionadas con **peso, IMC, percepción corporal, peso ideal y frecuencia de dieta**. No se encuentran diferencias ($p=0,181$) en las medias de **peso** entre ambos grupos, siendo la del grupo con riesgo mayor de TCA 65,3 kg. Sin embargo, sí se obtiene significación estadística en el **IMC** entre ambos grupos ($p= 0,007$). Observamos que la mayor parte de la muestra se sitúa con un IMC entre 17,5 y 25 (79,5%) y mayor de 25 (19,7%), siendo sólo un 0,8% de la muestra el que lo obtiene por debajo de 17,5, y siendo este porcentaje mayor (4%) en el grupo de riesgo bajo.

En referencia a la **autopercepción del peso**, se obtienen diferencias estadísticamente significativas entre los dos grupos de estudiantes ($p=0,001$). En concreto, el grupo con riesgo medio/ alto de tener un TCA se cree estar “un poco delgado” en menor porcentaje (5,2% frente a un 17,5%), piensa tener un “peso adecuado” en menor proporción (26,1% frente a un 50,7%), se sienten “un poco

gordo” con más frecuencia (56% frente a 26,5%) y “demasiado gordo” en mayor proporción (11,2% frente a 2,4%).

Los análisis del **peso ideal** también refieren diferencias significativas ($p=0,028$). En los estudiantes universitarios con riesgo medio/alto de TCA se obtiene una media menor (59,9 kg frente a 62,1 kg) que en el grupo de riesgo bajo.

La **frecuencia con la que se está a dieta** refiere significación estadística ($p=0,001$). Un 24,6% de los estudiantes con riesgo medio/alto de presentar la enfermedad casi nunca ha hecho dieta, en contraposición con el 70,6% del grupo con riesgo bajo. El 53,7% y el 21,6% hacen dietas con frecuencia y siempre, en contraste con el 29% y 0,5% en el grupo de riesgo bajo de TCA.

En la tabla 18 encontramos los análisis de los hábitos alimentarios. No se observan diferencias estadísticas en el **número de comidas** que se realiza al día entre ambos grupos ($p=0,656$), obteniendo una media de 4,1 comidas diarias. Tampoco en las diferentes **ingestas realizadas** ($p>0,05$). Dentro del grupo con riesgo medio/alto de TCA un 7,5% no desayuna, un 45,1% no almuerza, el 100% come, un 43,3% no merienda y un 3,7% no cena. En relación a **procurar alimentarse de manera sana y equilibrada**, no se han obtenido diferencias significativas ($p=0,458$), siendo en torno al 80% en ambos grupos, los que afirman estar de acuerdo con esta afirmación.

Con respecto a los alimentos consumidos, no se obtienen diferencias en la ingesta de **golosinas (chocolate, caramelos, etc)** ($p= 0,144$) entre ambos grupos. Sí hay diferencias significativas en el consumo de **pasteles/bollería** ($p=0,024$). Específicamente, en las opciones “varias veces a la semana” los alumnos con riesgo medio/alto de tener la enfermedad, los consumen en un 24,6% frente al 35,5% que no lo presentan. Un 34,3% no lo consume “casi nunca o nunca” frente al 21% del grupo con riesgo bajo.

La $p=0,048$ obtenida a través de la Chi-cuadrado para la variable consumo de **salados (patatas, cacahuetes, etc)** reporta diferencias estadísticamente significativas entre las dos muestras de universitarios, en la opción “varias veces al día”. En concreto,

el grupo con riesgo medio/alto obtiene mayores porcentajes de consumo con esta frecuencia (4,5% frente a 0,5%).

También encontramos diferencias estadísticamente significativas ($p=0,02$) en la ingesta de **comida rápida/latas (pizza, hamburguesas, patatas fritas, ravioli en lata, etc)** en la opción de respuesta “casi nunca o nunca”. Un 20,1% del grupo con mayor riesgo de presentar un TCA lo ingiere con esa frecuencia, frente al 8% del grupo con bajo riesgo.

Con respecto a la bebida de **refrescos con gas, gaseosas y colas**, se obtiene una $p=0,048$, que nos indica la existencia de diferencias estadísticamente significativas en aquellos que las ingieren diariamente. Un 4,5% del grupo de medio y alto riesgo de TCA las consume con esta frecuencia, frente al 14,6% en los universitarios con bajo riesgo de tener este trastorno.

El consumo de **fruta fresca** refleja diferencias significativas ($p=0,002$) entre ambas muestras, en la frecuencia “1-4 veces al mes” al ser este porcentaje bastante menor (5,2%) en los universitarios con riesgo de TCA, que en aquellos que no lo presentan (18,2%).

La prueba de Chi-cuadrado evidencia en la ingesta de **ensaladas/verduras** una $p=0,005$, lo que indica diferencias significativas entre ambos grupos. Las mismas se encuentran en la opción “varias veces al día” con porcentajes de consumo del 15,6% y el 31,8% en el grupo con bajo y medio/alto riesgo, respectivamente.

En relación a las **carnes/fiambres**, también se observan diferencias significativas ($p=0,002$). En el grupo con riesgo medio/alto de TCA, consumen estos alimentos varias veces al día en mayor proporción (17,2% frente a 8,5%) que el grupo de bajo riesgo. También se aprecian diferencias en las opciones “varias veces a la semana” y “1-4 veces al mes”. Los estudiantes con riesgo de presentar la enfermedad, consumen en menor proporción los mismos con una frecuencia de “varias veces por semana” (26,9% vs 45,5%) y con mayor proporción en la opción “1-4 veces al mes” (8,2% vs 3,3%).

Para finalizar, también se encontraron diferencias significativas en el consumo de **pescado/legumbres** entre ambos grupos en las opciones “varias veces al día” y “1-4 veces a la semana”. Los estudiantes con riesgo de TCA medio/alto consumen en mayor proporción estos alimentos con una frecuencia de varias veces al día (17,2% vs 3,8%). Se aprecian diferencias significativas también en la ingesta de 1-4 veces al mes, siendo menor el porcentaje en el grupo con riesgo de TCA (7,5% frente a 17,4%).

Tabla 17: Peso, IMC, percepción corporal y frecuencia de dieta

| Variable | Riesgo TCA | | Prueba | p-valor |
|------------------------------------|-------------|-------------|---------------------|-----------------|
| | Bajo | Medio/Alto | | |
| Peso (kg.), media (DT) | 63,4 (13,1) | 65,3 (11,9) | t(329) = -1,339 | 0,181 |
| IMC, media (DT) | 21,7 (3,3) | 22,7 (3,1) | t(327) = -2,692 | 0,007** |
| Agrupado | | | $\chi^2(2) = 3,73$ | 0,155 |
| < 17,5 | 8 (4) | 1 (0,8) | | |
| 17,5 - 25 | 161 (80,9) | 97 (79,5) | | |
| > 25 | 30 (15,1) | 24 (19,7) | | |
| Creo que estoy..., n (%) | | | $\chi^2(4) = 52,13$ | 0,001** |
| Demasiado delgado/a | 6a (2,8) | 2a (1,5) | | |
| Un poco delgado/a | 37a (17,5) | 7b (5,2) | | |
| Peso adecuado | 107a (50,7) | 35b (26,1) | | |
| Un poco gordo/a | 56a (26,5) | 75b (56) | | |
| Demasiado gordo/a | 5a (2,4) | 15b (11,2) | | |
| Peso ideal (kg), media (DT) | 62,1 (11,2) | 59,9 (10,4) | t(330) = 2,21 | 0,028* |
| Frecuencia dietas | | | $\chi^2(2) = 88,86$ | 0,001*** |
| Casi nunca | 151a (70,6) | 33b (24,6) | | |
| Con frecuencia | 62a (29) | 72b (53,7) | | |
| Siempre | 1a (0,5) | 29b (21,6) | | |

*p<0,05 **p<0,01 ***p<0,001

a,b. Comparaciones de columna. Diferentes letras indican diferencias estadísticamente significativas a nivel p<0,05.

Tabla 18: Hábitos alimentarios

| Variable | Riesgo TCA | | Prueba | |
|---|------------|------------|----------------|----------------|
| | Bajo | Medio/Alto | t | p-valor |
| Nº de comidas al día | 4,0 (0,9) | 4,1 (1,1) | t(286)= -0,445 | 0,656 |
| | | | χ2(4) | p-valor |
| Desayuno | | | 1,66 | 0,198 |
| Sí | 188 (88,3) | 124 (92,5) | | |
| No | 25 (11,7) | 10 (7,5) | | |
| Almuerzo | | | 0,27 | 0,602 |
| Sí | 123 (57,7) | 73 (54,9) | | |
| No | 90 (42,3) | 60 (45,1) | | |
| Comida | | | 2,55 | 0,111 |
| Sí | 209 (98,1) | 134 (100) | | |
| No | 4 (1,9) | | | |
| Merienda | | | 0,02 | 0,877 |
| Sí | 119 (55,9) | 76 (56,7) | | |
| No | 94 (44,1) | 58 (43,3) | | |
| Cena | | | 0,56 | 0,453 |
| Sí | 208 (97,7) | 129 (96,3) | | |
| No | 5 (2,3) | 5 (3,7) | | |
| Procuro alimentarme de manera sana y equilibrada | | | 1,56 | 0,458 |
| En desacuerdo | 43 (20,5) | 26 (19,5) | | |
| De acuerdo | 100 (47,6) | 56 (42,1) | | |
| Totalmente de acuerdo | 67 (31,9) | 51 (38,3) | | |
| Golosinas (chocolate, caramelos, etc.) | | | 6,85 | 0,144 |
| Varias veces al día | 4 (1,9) | 5 (3,7) | | |
| Diariamente | 18 (8,4) | 6 (4,5) | | |
| Varias veces a la semana | 68 (31,8) | 33 (24,6) | | |
| 1-4 veces al mes | 73 (34,1) | 46 (34,3) | | |
| Casi nunca o nunca | 51 (23,8) | 44 (32,8) | | |
| Pasteles/Bollería | | | 11,25 | 0,024* |
| Varias veces al día | 3a (1,4) | 5a (3,7) | | |
| Diariamente | 9a (4,2) | 4a (3) | | |
| Varias veces a la semana | 76a (35,5) | 33b (24,6) | | |
| 1-4 veces al mes | 81a (37,9) | 46a (34,3) | | |
| Casi nunca o nunca | 45a (21) | 46b (34,3) | | |

| | | | | |
|---|-------------|------------|-------|----------------|
| Salados (patatas cacahuetes, etc.) | | | 9,60 | 0,048* |
| Varias veces al día | 1a (0,5) | 6b (4,5) | | |
| Diariamente | 21a (9,8) | 7a (5,3) | | |
| Varias veces a la semana | 82a (38,3) | 46a (34,8) | | |
| 1-4 veces al mes | 84a (39,3) | 53a (40,2) | | |
| Casi nunca o nunca | 26a (12,1) | 20a (15,2) | | |
| Comida rápida/Latas | | | 16,58 | 0,002** |
| Varias veces al día | 3a (1,4) | | | |
| Diariamente | 6a (2,8) | 9a (6,7) | | |
| Varias veces a la semana | 81a (38,2) | 40a (29,9) | | |
| 1-4 veces al mes | 105a (49,5) | 58a (43,3) | | |
| Casi nunca o nunca | 17a (8) | 27b (20,1) | | |
| Refrescos con gas, gaseosas, colas | | | 9,59 | 0,048* |
| Varias veces al día | 11a (5,2) | 6a (4,5) | | |
| Diariamente | 31a (14,6) | 6b (4,5) | | |
| Varias veces a la semana | 65a (30,5) | 43a (32,1) | | |
| 1-4 veces al mes | 58a (27,2) | 40a (29,9) | | |
| Casi nunca o nunca | 48a (22,5) | 39a (29,1) | | |
| Fruta fresca | | | 17,05 | 0,002** |
| Varias veces al día | 43a (20,1) | 39a (29,1) | | |
| Diariamente | 53a (24,8) | 43a (32,1) | | |
| Varias veces a la semana | 66a (30,8) | 33a (24,6) | | |
| 1-4 veces al mes | 39a (18,2) | 7b (5,2) | | |
| Casi nunca o nunca | 13a (6,1) | 12a (9) | | |
| Ensaladas/Verduras | | | 14,73 | 0,005** |
| Varias veces al día | 33a (15,6) | 42b (31,8) | | |
| Diariamente | 72a (34) | 42a (31,8) | | |
| Varias veces a la semana | 62a (29,2) | 32a (24,2) | | |
| 1-4 veces al mes | 23a (10,8) | 7a (5,3) | | |
| Casi nunca o nunca | 22a (10,4) | 9a (6,8) | | |
| Carne/Fiambres | | | 17,50 | 0,002** |
| Varias veces al día | 18a (8,5) | 23b (17,2) | | |
| Diariamente | 85a (39,9) | 58a (43,3) | | |
| Varias veces a la semana | 97a (45,5) | 36b (26,9) | | |
| 1-4 veces al mes | 7a (3,3) | 11b (8,2) | | |
| Casi nunca o nunca | 6a (2,8) | 6a (4,5) | | |

| | | | | |
|--------------------------|-------------|------------|-------|-----------------|
| Pescado/Legumbres | | | 26,44 | 0,001*** |
| Varias veces al día | 8a (3,8) | 23b (17,2) | | |
| Diariamente | 55a (25,8) | 45a (33,6) | | |
| Varias veces a la semana | 108a (50,7) | 54a (40,3) | | |
| 1-4 veces al mes | 37a (17,4) | 10b (7,5) | | |
| Casi nunca o nunca | 5a (2,3) | 2a (1,5) | | |

p<0,01 *p<0,001

a,b. Comparaciones de columna. Diferentes letras indican diferencias estadísticamente significativas a nivel p<0,05

DROGAS

No se han obtenido diferencias significativas en ninguna de las variables referentes al consumo de drogas (tabla 19). En el grupo de los estudiantes con riesgo medio/alto de TCA, con respecto al **consumo de alcohol** (p=0,308), un 34,8% lo consume sólo en fin de semana y el 51,1% esporádicamente. La **escala CAGE** muestra que el 20,5% de este grupo presenta sospecha de dependencia con el alcohol. El 83% no consume nada de **tabaco** o lo hace ocasionalmente, siendo la **edad media de inicio** los 16,1 años.

Tabla 19: Consumo de alcohol, tabaco y dependencia alcohólica.

| Variable | Riesgo TCA | | Prueba | p-valor |
|------------------------------|------------|------------|---------------------|---------|
| | Bajo | Medio/Alto | | |
| Consumo alcohol, n(%) | | | $\chi^2(3) = 3,60$ | 0,308 |
| Solo en días laborables | 1 (0,5) | 2 (1,5) | | |
| Solo en fin de semana | 61 (29) | 47 (34,8) | | |
| Ambos | 21 (10) | 17 (12,6) | | |
| Esporádicamente | 127 (60,5) | 69 (51,1) | | |
| Escala CAGE, n (%) | | | $\chi^2(1) = 2,614$ | 0,106 |
| Indicio | 181 (86,2) | 105 (79,5) | | |
| Sospecha | 29 (13,8) | 27 (20,5) | | |

| | | | | |
|--------------------------------|------------|------------|--------------------|-------|
| Tabaco, n(%) | | | $\chi^2(2) = 4,29$ | 0,117 |
| Nada u ocasionalmente | 180 (84,9) | 112 (83) | | |
| < 10 cigarrillos | 26 (12,3) | 13 (9,6) | | |
| > 10 cigarrillos | 6 (2,8) | 10 (7,4) | | |
| Edad tabaco, media (DT) | 15,8 (2,2) | 16,1 (2,3) | t(128) = -0,806 | 0,422 |

Como observamos en la tabla 20, la gran mayoría del grupo con riesgo medio o alto de presentar un TCA nunca ha consumido **hachís** o **marihuana** (83,9%), **cocaína** (99,2%), **éxtasis/pastillas** (100%), **speed** o **anfetaminas** (97,6%), **alucinógenos** (98,4%) u otras **drogas** (100%).

Tabla 20: Consumo de hachís, marihuana, cocaína, éxtasis/pastillas, speed/anfetaminas, alucinógenos y otras drogas

| Frecuencia de consumo | Riesgo TCA, n (%) | | Prueba Chi-cuadrado | |
|---------------------------|-------------------|------------|---------------------|---------|
| | Bajo | Medio/Alto | $\chi^2(g.l.)$ | p-valor |
| Hachís o Marihuana | | | $\chi^2(3) = 5,64$ | 0,131 |
| Diariamente | 4 (2) | | | |
| Semanalmente | 3 (1,5) | 6 (4,8) | | |
| Ocasionalmente | 21 (10,5) | 14 (11,3) | | |
| Nunca | 172 (86) | 104 (83,9) | | |
| Cocaína | | | $\chi^2(2) = 2,24$ | 0,326 |
| Diariamente | 1 (0,5) | | | |
| Semanalmente | | | | |
| Ocasionalmente | | 1 (0,8) | | |
| Nunca | 199 (99,5) | 122 (99,2) | | |
| Éxtasis/ pastillas | | | $\chi^2(2) = 1,24$ | 0,539 |
| Diariamente | 1 (0,5) | | | |
| Semanalmente | | | | |
| Ocasionalmente | 1 (0,5) | | | |
| Nunca | 198 (99) | 123 (100) | | |

| | | | | |
|--------------------------------------|------------|------------|--------------------|-------|
| Speed o Anfetaminas | | | $\chi^2(3) = 5,52$ | 0,137 |
| Diariamente | 1 (0,5) | | | |
| Semanalmente | | 1 (0,8) | | |
| Ocasionalmente | | 2 (1,6) | | |
| Nunca | 199 (99,5) | 120 (97,6) | | |
| Alucinógenos (LSD, tripi,...) | | | $\chi^2(1) = 1,05$ | 0,306 |
| Diariamente | 1 (0,5) | 2 (1,6) | | |
| Semanalmente | | | | |
| Ocasionalmente | | | | |
| Nunca | 199 (99,5) | 121 (98,4) | | |
| Otras drogas | | | $\chi^2(1) = 0,61$ | 0,434 |
| Diariamente | | | | |
| Semanalmente | | | | |
| Ocasionalmente | 1 (0,5) | | | |
| Nunca | 199 (99,5) | 122 (100) | | |

OCIO Y TIEMPO LIBRE

En la tabla 21 observamos que los análisis estadísticos no evidencian diferencias significativas ($p > 0,005$) en las horas semanales empleadas en **actividades culturales, Internet, ver la televisión y leer periódicos o revistas**. El grupo con riesgo medio y alto de tener un trastorno alimentario emplea a la semana una media de 1,3 horas en actividades culturales, 9,1 en navegar o chatear por Internet, 6,4 en ver la televisión y 1,4 en leer periódicos o revistas.

La prueba T-Student, sin embargo, sí arroja una probabilidad estadísticamente significativa ($p = 0,048$), en las horas semanales empleadas en **salir con los amigos o la pareja**. En concreto, el grupo de alumnos con riesgo medio/alto emplea más tiempo (11,4 vs 9,5 horas) en esta actividad.

Tabla 21: Ocio y tiempo libre

| Horas/semana para... | Riesgo TCA, <i>media (DT)</i> | | Prueba t-Student | |
|--------------------------------|-------------------------------|-------------|---------------------|---------------|
| | Bajo | Medio/Alto | t(g.l.) | p-valor |
| Actividades culturales | 1,4 (2,1) | 1,3 (2,2) | t(300) = 0,313 | 0,754 |
| Navegar o chatear por Internet | 7,3 (7,4) | 9,1 (12,1) | t(309) = - 1,606 | 0,109 |
| Salir con amigos/as o pareja | 9,0 (9,5) | 11,3 (11,4) | t(311) = - 2,099 | 0,048* |
| Ver la televisión | 6,9 (13,0) | 6,4 (9,1) | t(310) = 0,31 | 0,757 |
| Leer periódicos o revistas | 1,4 (1,9) | 1,4 (2,1) | t(298) = - 0,157 | 0,875 |

*P<0,05

4.5 DISCUSIÓN

Para llevar a cabo la discusión de nuestros resultados, hemos agrupado los mismos en las tres variables principales objeto de estudio, igual que en los análisis estadísticos: salud, satisfacción vital y estilos de vida. A continuación, desarrollamos las ideas derivadas de estas, pero antes detallamos las concernientes a los datos generales, relacionales y estudios (prevalencia, sexo, edad, curso y disciplina de estudio).

La **prevalencia** de TCA en universitarios oscila en los estudios revisados entre el 5% y el 40%. Del total de alumnos del que partimos para llevar a cabo nuestro estudio, 135 manifiesta un riesgo medio-alto de manifestar la enfermedad, lo que equivale a un 38,7% del total de la muestra. De estos, 50 alumnos han obtenido una puntuación mayor de 30 y 10 alumnos puntúan por encima de 50. Esto implica que un 54,9% se sitúan en una puntuación subclínica, el 37% de esa muestra manifiesta un riesgo alto de presentar la enfermedad y un 7,4%, a falta de confirmación con la evaluación pertinente, es casi seguro que presente un TCA. Nuestros resultados concuerdan con los de Morán et al. (2009) y son similares a los de Ángel et al. (1997), García, Solbes, Expósito y Navarro, (2012) y Peña et al. (2014).

Otras investigaciones reportan porcentajes menores, que oscilan entre el 10% y el 20%, como Baader et al. (2014), Behar y Figueroa (2004), Domínguez (2012), Góngora y Casullo (2008), Riffo, Pérez, González y Aranda (2003) y Martínez-González et al. (2014), y algunas superiores, como la de Hernández-Cortés y Londoño (2013).

Observamos, por tanto, un porcentaje elevado de prevalencia de universitarios con riesgo medio/alto de TCA, de los cuales, un 44,4% manifiesta con una elevada probabilidad el diagnóstico de la enfermedad. Esto pone de relevancia la problemática del asunto y su magnitud.

Con respecto al **sexo**, sabemos que ser mujer es un factor predisponente para presentar la enfermedad y que se da mayoritariamente en estas. En nuestra investigación, la muestra de alumnos con puntuaciones superiores a 20 en el EAT-26 es significativamente mayor en las mujeres que en los hombres con respecto al grupo de bajo riesgo, y presenta una proporción de 8:2. La revisión de estudios indica que entre el 90-95% de los sujetos que presentan la enfermedad son mujeres. La relación entre mujeres y varones viene a ser de 9-10:1 (Lucas, Beard, O'Fallon y Kurland, 1991; Nielsen, 1980). Por tanto, aunque nuestros resultados arrojan una proporción de mujeres algo menor, se asemejan a los descritos en la literatura, encontrándose diferencias de género entre ambos grupos. Como sabemos, los TCA son enfermedades mayoritariamente femeninas, influenciadas estas por las exigencias sociales circunscritas a las mujeres de un ideal de belleza extremadamente delgado, unido a las presiones de que la perfección está hecha a base de un cuerpo inalcanzable. No es casual, en definitiva, que sean las mujeres las que manifiesten, en mayor proporción y con tanta diferencia frente a los hombres, estos trastornos mentales.

La etapa universitaria suele iniciarse en torno a los 18 años, abarcando ésta el periodo de inicio y desarrollo de la enfermedad. Observamos que el riesgo de presentar el trastorno alimentario disminuye conforme la **edad** aumenta, y que el intervalo con mayor vulnerabilidad es el de 17 a 20 años, seguido muy de cerca por el de 21 a 23 años. Nuestros resultados están en consonancia con lo expuesto, al existir diferencias significativas entre ambos grupos, que refieren que el de riesgo medio/alto de TCA está constituido por estudiantes más jóvenes que el de bajo riesgo, cuya media se sitúa en los 20,4 años. Esto es concordante con diversos autores (Behar y Figueroa, 2004; Taylor et al., 2006) y discrepa de los resultados de otras investigaciones, como las de Bulik (2002a, 2002b), Gowers et al. (2004), Correa et al. (2006), que los sitúan en edades más tardías. Son enfermedades de aparición relativamente temprana, que se dan con más frecuencia en las primeras etapas de la universidad, por lo que lo más importante es detectarlas a tiempo y evitar que se extiendan durante todo el periodo universitario y terminen por cronificarse.

No se han encontrado diferencias estadísticamente significativas entre la titulación cursada, dentro del grupo con riesgo medio/alto de TCA. Las **carreras** con mayores porcentajes para la enfermedad han sido grado en ADE (19,3%), grado en educación primaria (11,9%), grado en enfermería (10,4%) y grado en psicología (8,9%).

Nuestros resultados confirman los de Peña et al. (2014) que también encontraron a ADE como la carrera con mayor prevalencia de TCA, aunque son opuestos en los relacionados con derecho, también encontrados por Domínguez (2012), al no existir en nuestra muestra ningún alumno con riesgo medio/alto de TCA en esta carrera. Son congruentes con los de Benítez (2016), que encuentra que Los estudiantes de grados relacionados con la docencia muestran mayor obsesión por la delgadez e insatisfacción corporal que aquellos no relacionados con la misma. Se asemejan a los de Martínez-González et al. (2014), que también encuentran las prevalencias más altas en titulaciones distintas a las de ciencias de la salud. Y son similares con parte de los resultados de Domínguez (2012), que hallaron un porcentaje alto de TCA en enfermería.

Cortés, Díaz, Mejía y Mesa (2003) obtuvieron mayor prevalencia en las titulaciones de medicina, odontología y veterinaria. En nuestro estudio, no se incluyeron a alumnos de las facultades de medicina y veterinaria por lo que estos no son comparables, y odontología, aunque no ocupa los puestos más altos, es la sexta de las diecinueve titulaciones por lo que los datos no son contradictorios con los de nuestra investigación.

4.5.1 Salud y TCA

Estado de salud y calidad de vida

Como especificamos anteriormente, la **calidad de vida** (CV) incluye aspectos como el bienestar físico, psicológico y social. Por tanto, este y el estado de salud están relacionados.

Hemos utilizado el ítem 38 del cuestionario que pregunta acerca de la CV percibida, para evaluar la misma, no obteniendo diferencias significativas entre ambos grupos, siendo la CV de los universitarios con riesgo de presentar un TCA similar a la que no lo manifiestan. Sin embargo, sí se obtienen porcentajes más altos de calidad de vida mala y muy mala en el grupo con riesgo medio/alto de TCA (24,4% frente a 18,7%). Aunque lo encontrado difiere a nivel de significación estadística, está en consonancia con los estudios que encontramos, que relacionan la enfermedad con una calidad de vida afectada (Etxeberria, González, Padierna, Quintana y Ruiz de Velasco, 2002; González et al., 2000; Spitzer et al., 1995). Como encuentran Garner y Garfinkel (1979), las pacientes con sintomatología más leve (EAT-40<30) tenían puntuaciones en funcionamiento físico, vitalidad y rol físico cercanas al grupo control, siendo las que obtenían más de 50 puntos las que manifestaban una peor calidad de vida en las diferentes áreas de su vida. Por tanto, nuestros resultados pueden obedecer al hecho de no haber discriminado entre aquellos sujetos con puntuaciones leves y graves en el test.

En general, el **estado de salud** en TCA en las revisiones llevadas a cabo aparece más deteriorado que en personas que no padecen la enfermedad, sin embargo, no hemos podido constatar estadísticamente estas diferencias, aunque a nivel de porcentajes sí presentan peores resultados en bastantes variables. Para medir el estado de salud hemos utilizado sueño, la medida del cuidado de la salud, días de enfermedad el año pasado, la percepción del nivel de salud a través de la escala EQ-5D-3L (Badía et al., 1999), el estado de salud en el último año, si han recibido tratamiento psicoterapéutico, medicamentos ingeridos en el último mes, y toma de medicamentos sin prescripción, no habiéndose obtenido diferencias significativas en ninguna de estas variables entre ambos grupos.

No hemos encontrado diferencias significativas respecto a la percepción de **descanso y sueño** ni tampoco en el número de horas empleadas en dormir entre ambos grupos, por lo que no podemos afirmar que el grupo con riesgo medio/alto de

TCA presente más alteraciones en esta área que el que tiene un riesgo bajo. Esto se contradice con los resultados de algunos estudios que encuentran deterioro en el sueño, menor duración e insomnio en TCA (Crisp, 1967; Crisp y Stonehill, 1973; Delvene et al., 1992; Keilen, Treasure, Schmidt y Treasure 1994; Makino, Hashizume, Yasushi, Tsuboi y Dennerstein 2006; Seigel, Broman y Hetta 2004; Walsh et al., 1985).

Sin embargo, Broman y Hetta (2004) no encontraron asociaciones significativas entre TCA y duración del sueño y, como señalan Hudson et al. (1987) y Levy, Dixon y Schmidt (1988), las pacientes no deprimidas con AN o BN tienen registros de sueño similares a personas sin el trastorno. Por tanto, el sentido de nuestros resultados podría tener que ver con la variable depresión y el hecho de no haberla tenido en cuenta, lo que justificaría que los resultados sean similares a los del grupo con bajo riesgo de TCA. No obstante, es de destacar que en ambos grupos un porcentaje elevado (44,7% en el de riesgo medio/alto de TCA) manifiesta desacuerdo con dormir y descansar bien.

En relación al **cuidado de la salud**, encontramos que el grupo con riesgo medio/alto de manifestar la enfermedad en una proporción elevada (73,9%) cuida su salud bastante o mucho, el cual es mayor que en el grupo de bajo riesgo de TCA (69,4%). Aunque no se evidencian diferencias significativas entre grupos, estos porcentajes son compatibles con el hecho de que la mayoría de las personas que tienen la enfermedad tiene una alta preocupación por su imagen y su cuerpo, lo que les lleva a poner en marcha comportamientos de control alimentario y rutina deportiva que ellos consideran saludables y adecuados y que, sin levantar sospecha en ellos mismos o en su alrededor, conducen finalmente a la patología alimentaria.

Aunque sin significación estadística, el grupo en riesgo de TCA informa de una media algo mayor de **días de enfermedad el año pasado**, en comparación con el grupo con bajo riesgo (10,1 vs 8,4). Como señalan González et al. (2000) y Keilen, Treasure, Schmidt y Treasure (1994), los pacientes con criterios de TCA presentan niveles más altos de deterioro en vitalidad y en la energía, que podría estar relacionado con la

posibilidad de sentirse enfermo con más facilidad. Sin embargo, no hemos podido comprobar que se dé tal circunstancia.

No se encuentran diferencias significativas en problemas relacionados con la **movilidad, el cuidado personal o las actividades cotidianas** entre ambos grupos, aunque los porcentajes de presencia de algunos problemas en estas áreas es levemente mayor en el grupo con riesgo medio/alto de TCA. Sin embargo, la mayor parte de la muestra no los presenta, lo que resulta en disonancia con los planteamientos de González et al. (2000) que encuentran afectación en todas las áreas de su vida, aunque en aquellos pacientes con puntuaciones superiores a 50 en el EAT-40. Sería útil realizar nuevos análisis estadísticos para hacer discriminaciones entre puntuaciones clínicas en el EAT-26 y estas variables. Keilen, Treasure, Schmidt y Treasure (1994) hallaron que los pacientes con AN vieron reducida su movilidad, en comparación con BN y el grupo control. Sin embargo, el hecho de que en nuestra muestra no se hayan obtenido estos resultados puede tener que ver con que ellos están manejando diagnósticos clínicos y no se refieren a muestras universitarios con síntomas alimentarios, por lo que no son comparables.

La **percepción del nivel de salud** en los estudiantes con riesgo mayor de presentar la enfermedad es bastante buena y no difiere del grupo que no presenta riesgo de TCA, aunque su media es levemente más baja. Estos resultados contrastan con los de los de Sánchez-Quintanar (2016), que hallaron que aquellos que consideraban su salud como regular, mala o muy mala presentaban un riesgo casi 3 veces superior de presentar un TCA. Planteamos que una proporción de la muestra con riesgo mayor de TCA no presentará el diagnóstico de la enfermedad, a pesar de manifestar sintomatología alimentaria que esté afectando en su vida y que pueda evolucionar hacia un TCA, lo que puede suponer que la percepción de su nivel de salud aún no se vea afectada. Por otro lado, es característica la falta de conciencia de enfermedad de estas pacientes, que podría justificar el hecho de que no perciban la disminución del nivel de su salud, aunque este sea patente. Sería conveniente realizar comparaciones en función de la puntuación del EAT-26 y así discriminar si aquellos

estudiantes con más sintomatología sí difieren estadísticamente del grupo con bajo riesgo.

Con respecto al **estado de salud en el último año**, los análisis estadísticos no arrojan diferencias significativas entre ambos grupos. Sin embargo, sí observamos un porcentaje de universitarios mayor en el grupo con riesgo medio o alto de TCA que en el de bajo riesgo, que considera que su estado de salud en los últimos 12 meses ha sido regular o malo (30,4% frente a 23,9%).

No se encuentran diferencias significativas en haber recibido **tratamiento psicológico** ni en **consumo de fármacos**. Sólo el 11,3% ha estado en psicoterapia y la mayoría refiere no utilizar ninguno de los medicamentos indicados, lo cual no concuerda con las características del trastorno. Como señalan Morandé et al. (2005), Recuerda (2005), el DSM-5 (APA, 2013) o la CIE- 10 (OMS, 1992), es común el abuso de laxantes, diuréticos y fármacos supresores del apetito. Ductor (2005) también encuentra resultados similares, y Morán et al. (2009) obtienen porcentajes de utilización mayores que los de nuestro estudio. Ocurre muchas veces que las pacientes no son conscientes de estar usando laxantes, ya que consideran que utilizan medicamentos que regulan su tránsito intestinal (muchas están estreñidas por la escasa ingesta), lo que puede ser un motivo para no indicarlo. Por otro lado, el hecho de que la mayoría no haya estado en tratamiento psicoterapéutico puede estar relacionado con la casi ausencia de consumo de tranquilizantes, psicofármacos o somníferos en la muestra, debido a que estos se pautan cuando la persona demanda tratamiento y no es el caso en el 88,7% de los universitarios con riesgo medio/alto de manifestar el TCA.

Aunque no son significativas las diferencias, sí encontramos mayor porcentaje de **dolor** moderado o mucho dolor en el grupo de riesgo medio y alto de TCA que en el de bajo riesgo (33,4% vs 28,4%). Nuestros resultados estarían en relación con los de González et al. (2000) y Masheb et al. (2016), que encontraron mayor afectación en esta área, aunque sin haber podido evidenciar significación estadística. Sim et al. (2017) encuentran que un porcentaje elevado (35,3%) desarrolla los síntomas de dolor

crónico con posterioridad al TCA. Por tanto, es posible que debido a que la media de edad de las pacientes con riesgo es baja (20,4), y a que muchos de ellos sólo presentan indicadores de riesgo medio, se encuentren en etapas iniciales de la enfermedad, que pueden evolucionar o no hacerlo, desembocando más tarde en la aparición de síntomas dolorosos.

Esta no significación clínica general podría tener que ver con la posibilidad de que el comportamiento alimentario de las mujeres no esté asociado al dolor, al contrario de lo que ocurre en los hombres, en los que sí se encontró correlación entre la frecuencia de atracones y el dolor (Masheb et al., 2016).

Por tanto, no hemos podido constatar diferencias significativas en el estado de salud y la calidad de vida entre los universitarios con riesgo medio/alto de presentar un TCA y aquellos con riesgo bajo. Sin embargo, los porcentajes, aunque levemente, nos indican que la salud de los estudiantes universitarios con riesgo medio/alto de presentar un TCA es algo peor. Varias circunstancias pueden estar detrás de estos resultados, entre ellas, el hecho de que en la muestra con riesgo medio/alto de TCA se incluyan puntuaciones a partir de 20 en el EAT-26, que pueden sólo corresponder con algunas dificultades alimentarias que no constituyan el trastorno, por un lado. Por otro, tampoco se ha llevado a cabo un diagnóstico clínico posterior para confirmar la enfermedad.

4.5.2 Satisfacción vital y TCA

Ansiedad, estrés y depresión

Con respecto a la **ansiedad** y la **depresión**, no se obtienen diferencias significativas entre los universitarios que presentan un riesgo medio alto de manifestar un TCA y aquellos con riesgo bajo. Sin embargo, a nivel de porcentajes se observa un mayor número de alumnos en el grupo de riesgo medio alto, que indica tener niveles

de ansiedad y depresión de forma moderada y alta (39,2%), que en el grupo de bajo riesgo (32,1%).

La conducta alimentaria disfuncional sería para algunos autores un intento de manejar los estados disfóricos que presentan (Hayaki, 2009; Waller et al., 2010; Pascual et al., 2011). A pesar de no encontrar diferencias significativas, nuestros resultados están en consonancia con la literatura que encuentra depresión y ansiedad asociados a estos trastornos (Dooley-Hash et al., 2012; Fragkos & Frangos 2013; Strother, Lemberg, Chariese-Stanford & Turbeville, 2012; Varela-Casal, Maldonado y Ferre, 2011). Que no existan diferencias entre ambos grupos no debe hacer pasar desapercibido el hecho de que los porcentajes de ansiedad y estrés sean elevados en ambas muestras de estudiantes. Sin embargo, no podemos afirmar que los estados depresivos/ansiosos estén más relacionados con el TCA.

Para poder confirmar la existencia de episodios depresivos (Gadalla, 2008), depresión mayor o distimia (Halmi & Eckert, 1991) o ansiedad generalizada (Halmi & Eckert, 1991) junto al TCA, se deberían haber utilizado criterios de diagnóstico para ambos.

Los datos estadísticos están en consonancia con los de Cortés, Díaz, Mejía y Mesa (2003), que encuentran que un 50% de los TCA presenta ansiedad y depresión. También son similares a los de González et al. (2000), que encuentran un 30% de su muestra con posible trastorno de depresión. Sin embargo, el porcentaje de ansiedad hallado es mayor (65,6%), no pudiendo hacer la comparativa al haber evaluado el cuestionario ansiedad y depresión conjuntamente. Hernández-Cortés y Londoño (2013) encuentran también porcentajes similares a los nuestros de síntomas depresivos (34%) en el TCA.

Sin embargo, no hemos podido constatar, como otros autores (Angel, Vásquez, Chavarro, Martínez y García 2000; Cruz-Sáez et al., 2013; Grubb, Sellers y Waligroski,

1993; Montenegro, Blanco, Almengor y Pereira, 2009; Vásquez et al., 1997), relaciones entre TCA y ansiedad y depresión.

Además de estar trabajando con probabilidades de manifestar la enfermedad y de la inexistencia de un diagnóstico de la misma y de la diferenciación entre tipos de TCA para poder realizar una comparación adecuada, es de destacar que la evaluación de la sintomatología ansiosa y depresiva no se realizó en el cuestionario de una manera adecuada desde el punto de vista clínico. No se utilizó un test estandarizado y el ítem resulta ser demasiado general y ambiguo. Se juntan ambos constructos en el mismo enunciado, por lo que es imposible discriminar entre síntomas ansiosos y depresivos, y ambos no tienen que manifestarse conjuntamente. Esto puede estar en relación y justificar el no haber encontrado significación estadística entre ambas variables.

En relación al **estrés**, no se han obtenido diferencias significativas en el nivel de estrés experimentado en las últimas dos semanas por los estudios, ni en la sensación de agobio frente a la situación familiar, la relación de pareja ni el grupo de compañeros de curso. Sin embargo, como viene ocurriendo en todas las variables, los porcentajes son algo mayores en el grupo con riesgo medio/alto de TCA.

Son varios los autores que encuentran conflictividad en las familias de los pacientes con TCA (Gordon, 1990; Quiles et al., 2003; Minuchin, 1974; Selvini-Palazzoli, 1979; Vidovic et al., 2005) y otros tantos en las relaciones sociales (Flament et al. 2001; Godart et al. 2004). Los conflictos familiares son considerados mantenedores del trastorno (Garner y Bemis, 1982). Otros autores sitúan a estos junto a los interpersonales, entre los que se pueden encontrar los conflictos de pareja o sociales, como factores predisponentes al producir insatisfacción (Slade, 1982). Sin embargo, se habla de variables complejas de evaluar como la sobreprotección, rigidez, desorganización o control excesivo, las cuales no son objetivamente evaluables a través del enunciado “sensación de agobio por la situación familiar” al resultar demasiado general e inespecífico. Por otro lado, el hecho de que existan conflictos no implica tener que sentirse agobiado por los mismos, como puede ser en el caso de los referidos

a pareja y grupo de compañeros. Además, los TCA se acompañan en muchas ocasiones, como hemos indicado, de trastornos de la personalidad (Bran, Sunday y Haimi, 1994; Garner, 1993, Spindler y Milos, 2007), lo cual puede estar relacionado con el no reconocimiento de la conflictividad de estas situaciones pese a su existencia, y que no sea identificada adecuadamente la situación de estrés que genera esos sentimientos de agobio, puesto que sí que se han obtenido puntuaciones significativas en el enunciado “agobio por el estrés en general”. Por tanto, es probable que estas apreciaciones puedan estar relacionadas con la no significación estadística obtenida.

Sí que se han hallado diferencias significativas en el **agobio experimentado últimamente por los estudios en general, por el estrés en general y por la enfermedad**, pudiendo afirmar que los universitarios con riesgo medio/alto de TCA presentan mayor agobio por el estrés en general, por los estudios y por la enfermedad. Esto concuerda con los resultados de Cortés, Díaz, Mejía y Mesa (2003), que encontraron que un 66,6% de los estudiantes universitarios con TCA manifestaban estrés académico. Campo-Arias y Villamil-Vargas (2012) también obtuvieron relación significativa entre alto estrés percibido y el riesgo de TCA.

Resulta interesante la significación estadística encontrada en el **agobio sentido por enfermedad**, puesto que en el apartado de salud no se obtuvo ninguna diferencia significativa en las variables analizadas, y por tanto no pudimos afirmar que la salud de los universitarios con riesgo de presentar un TCA sea peor. El ítem se formula de una manera general, por lo que puede ser entendida como agobio por enfermedad propia o ajena y real o imaginada. En el caso que nos ocupa, suponemos que esta puede estar relacionada con la preocupación por padecer enfermedades o que alguien las padezca, y las diferencias significativas atender al aumento del estado ansioso que normalmente está vinculado a la enfermedad, que podría producir un mayor número de pensamientos catastrofistas e hipocondríacos. Otra interpretación posible sería la de que estos pacientes estén preocupados por sus problemas con la alimentación, aunque la vemos menos plausible, por la poca conciencia de enfermedad que acompaña al trastorno, y por la no significación estadística que se ha obtenido en la asistencia a

psicoterapia. Se deberían llevar a cabo análisis más específicos para ahondar en el verdadero sentido de esta significación estadística, pero lo que está claro es que el grupo con riesgo medio/alto de TCA se preocupa más por la enfermedad que el que obtiene bajo riesgo.

Autoestima

No se han obtenido diferencias significativas en la parte de la autoestima referida a la **satisfacción con la vida**, el **manejo del control de las emociones**, de la **comunicación con los demás**, de la **resolución de conflictos** y de la **satisfacción con la forma de ser**.

Sí hemos encontrado significación estadística en la **satisfacción con su cuerpo** en las tres opciones de respuesta. En concreto, el grupo con riesgo medio/alto de presentar un TCA está más en desacuerdo con esta afirmación (50,4%) y en menor proporción de acuerdo y acuerdo. Por tanto, podemos afirmar que el grupo en riesgo mayor de presentar la enfermedad manifiesta menor satisfacción con su cuerpo. Los resultados indican también diferencias significativas respecto a la **imagen positiva que tienen de ellos mismos a nivel intelectual y concerniente a habilidades personales y sociales**. Es el grupo con riesgo mayor de TCA el que manifiesta tener una menor imagen positiva. También se obtiene significación estadística en la **no satisfacción con su apariencia**, siendo el grupo con mayores probabilidades de tener la enfermedad los que presentan mayor insatisfacción con su apariencia. Por tanto, un riesgo medio/alto de tener un TCA se acompaña de menor satisfacción con su cuerpo, menor imagen positiva de ellos mismos y mayor insatisfacción con su apariencia.

Nuestros resultados están en consonancia con los de otros tantos autores (Button et al., 1997; Franco et al., 2010; Gual et al., 2002; Moreno y Ortiz, 2009; Saucedo-Molina et al., 2015; Vásquez et al., 1997) que encuentran baja autoestima y peor imagen acerca de sus capacidades intelectuales y habilidades personales y sociales, en las personas que manifiestan un TCA e insatisfacción con su cuerpo.

También se relaciona con los de Benítez (2016), que encuentra correlación positiva entre insatisfacción corporal e IMC.

Como vimos, la baja autoestima, y la consecuente imagen negativa con respecto uno mismo, actúa como predisponente y mantenedor de la sintomatología TCA, lo que da lugar a preocupación acerca del peso, cuerpo y figura e insatisfacción corporal (Avellaneda, 2009; Toro, 1996 y Rosen; Ramírez, 1998).

Esta baja autoestima en el TCA, aunque tiene que ver con el concepto negativo a nivel general del individuo, tiene la particularidad de manifestarse a través de un ideal de belleza vinculado a una delgadez extrema inalcanzable (Bolaños et al., 2010; Engler, Crowther, Dalton & Sanftner 2006; Pérez y Romero, 2008; Rodríguez et al., 2010; Salvador et al., 2009), que justificaría la menor satisfacción corporal, peor imagen sobre sí mismos y mayor insatisfacción con su apariencia, encontrados en nuestro estudio. Estos factores se convierten en buenos predictores del trastorno alimentario (Morales y Carbajal, 2004), a través del inicio de hábitos alimentarios inadecuados.

La percepción de la imagen corporal es usada con frecuencia como medida de la autoestima y del grado de satisfacción con la propia imagen (Dowson & Hendersen, 2001; Montero, Morales y Carbajal 2004). Esto puede tener relación con el hecho de que, en aquellas partes del autoconcepto no relacionadas con el cuerpo y la figura, no se hayan obtenido diferencias significativas. Las personas con TCA manifiestan distorsión corporal (Peña et al., 2014; Sepúlveda, Botella y León, 2001) y es a través de las áreas vinculadas al aspecto físico donde estas personas evalúan su autoconcepto. Posiblemente por esto la visión de sí mismos, con respecto al control de sus emociones, comunicación con los demás, resolución de conflictos, forma de ser y satisfacción con la vida, no ha resultado distinta del grupo de bajo riesgo para la enfermedad. Sienten insatisfacción personal en casi todas sus áreas y una difusión de su propia identidad tan extrema que la materializan en su cuerpo para poder apresar este malestar en un intento de hacerlo más controlable. A cambio, este contenido deja

de ser accesible a la conciencia, por lo que, al preguntarles sobre satisfacción con sus habilidades personales y sociales de una forma más concreta, sus mecanismos de defensa generan una visión adecuada de esas parcelas.

Este mayor estrés y peor autoestima están relacionados con el afrontamiento evitativo de las situaciones, encontrado en TCA (Corstorphine, Mountford, Tomlinson, Waller y Meyer, 2007; Hernández-Cortés y Londoño, 2013; Pamies, y Quiles, 2012), al actuar como mediadores (Brytek, 2007; Denisoff, 2000; Valutis, 2008). Un alto estrés académico, una autoestima perjudicada o ansiedad o depresión influiría en la aparición de este tipo de afrontamiento que, a su vez, repercutiría en el estrés en general, al propiciar actuaciones que generan a la larga mayor emocionalidad negativa.

4.5.3 Estilos de vida y TCA

Actividad física

No hemos encontrado diferencias significativas entre ambos grupos en el **tiempo que se camina al día, horas semanales dedicadas a actividades físicas y veces semanales empleadas en actividad física de al menos 30 minutos**. Esto contradice la literatura revisada que describe cómo las personas con TCA son físicamente más activas (Davis, Fox, Cowles, Hastings & Schwass, 1990; Davis, Kennedy, Ravelski y Dionne, 1990; Filaire, Rouveix, Bouget y Pannafieux, 2007; Makino, Hashizume, Yasushi, Tsuboi & Dennerstein, 2006; Martínez-González et al., 2014; Recuerda, 2005; Resch, 2007; Young et al., 2017) y cómo utilizan en mayor medida el ejercicio como medio de control de peso corporal (Saucedo-Molina y Unikel, 2010; Sepúlveda, Carrobles y Gandarillas, 2008; Vázquez, Álvarez, López, Ocampo y Mancilla, 2004; Vázquez et al., 2005). Sin embargo, es concordante con los resultados de Vázquez et al. (1997), que no hallaron diferencias significativas en horas semanales de entrenamiento según la existencia o no de TCA, aunque sí en función del tipo de TCA. Es posible que el hecho de no haber discriminado entre subtipos de TCA esté en la base de estos resultados, como les ocurrió a estos autores.

Es interesante observar que, a pesar de no poder afirmar la existencia de diferencias entre ambas muestras en estas variables, son los estudiantes del grupo de mayor riesgo alimentario los que obtienen mayores porcentajes de actividad física para las opciones “ninguna vez” y “todos o casi todos los días”. Esto puede ser interpretado en la línea de la distorsión cognitiva “la bella o la bestia” (Cash y Brown, 1987) que ya mencionamos, a través de la cual estos pacientes se desplazan continuamente entre los extremos. Debido a este funcionamiento mental, los pacientes con mayor riesgo de TCA se mueven de la exigencia extrema (hacer deporte todos los días) al abandono total (no hacer deporte ningún día) fruto de esos objetivos utópicos, cuya no consecución les genera sentimientos desesperanzadores de ineficacia, que les bloquean en sus objetivos.

Sí hemos obtenido diferencias estadísticamente significativas en la **inscripción de los gimnasios**. Estos resultados están en consonancia con los de García y Gómez (2014), quienes encontraron que casi la mitad de las pacientes realizaban las actividades en centros deportivos. Peña et al. (2014) también reflejan mayor significación estadística en la relación entre puntuaciones altas para TCA y asistencia a clases dirigidas.

Aunque sin significación estadística, si observamos mayores porcentajes de **alumnos federados en deportes** en el grupo con riesgo más alto de manifestar la enfermedad. No podemos afirmar que los universitarios en riesgo mayor de TCA estén federados en mayor proporción que los de menor riesgo y que por tanto estos tengan más posibilidad de trastorno alimentario, como han evidenciado otros autores (Pérez, Rodríguez, Esteve, Larraburu y Fonts, 1992; Robbeson, Kruger y Wright, 2015; Sundgot-Borgen y Tortsveit, 2004; Toro et al., 2005). Sin embargo, los resultados sí sugieren alguna asociación entre estar federado en deportes y tener mayor riesgo de TCA, que debería intentarse comprobar en posteriores investigaciones, aumentando el tamaño de la muestra.

Nuestros resultados nos invitan a pensar que la preocupación excesiva por el cuerpo conduce de forma significativa a la inscripción en gimnasios, como una manera de controlar su cuerpo, en un intento de disminuir su ansiedad frente al mismo y frente a la ingesta de alimento. Las personas que padecen un TCA buscan sentir control con las actividades que realizan con el objetivo de perder peso, y el hecho de apuntarse a un gimnasio les puede generar mayor sosiego mental, por la creencia de estar haciendo lo adecuado. El no haber obtenido diferencias en el tiempo, y veces de actividad física, lo relacionamos con el tamaño de la muestra, la no diferenciación entre subtipos y el haber utilizado puntuaciones subclínicas y no diagnósticas para realizar los dos grupos.

Peso, IMC, percepción corporal y frecuencia de dieta

En referencia al **peso** y la **altura**, hemos utilizado estas medidas para hallar el **IMC**. No se han obtenido diferencias significativas en la media del peso entre ambos grupos de estudiantes, situación esperable por no ser este un buen referente para explorar diferencias corporales. Sin embargo, sí se obtienen diferencias significativas en los IMC, situándose este un punto por encima el del grupo con riesgo medio/alto de presentar un TCA. Por tanto, podemos afirmar que este grupo presenta más sobrepeso que aquellos con menor riesgo de tener el trastorno alimentario, datos que concuerdan con los de otros investigadores (Cruz-Sáez et al., 2013; Sauzedo-Molina et al., 2015; Sámano et al., 2012). Vásquez et al. (1997) encuentran resultados parecidos al observar que la frecuencia de TCA fue mayor en aquellos que tenían sobrepeso. Behar y Hernández (2002) difieren en sus resultados, encontrando ellos un peso menor en estos pacientes. Cortés, Díaz, Mejía y Mesa (2003), Ductor (2005) y Peña et al. (2014) encuentran mayores porcentajes de IMC en TCA situados por debajo de 17 que en nuestra investigación y menores por encima de 25, aunque la horquilla de IMC entre 17 y 25 es similar.

En la **percepción corporal**, observamos diferencias estadísticamente significativas, siendo el grupo con riesgo medio/alto de TCA el que en menor proporción cree estar un poco delgado y en peso adecuado y el que considera estar un

poco gordo y demasiado gordo, en mayor cantidad. Por tanto, creen en mayor medida estar en sobrepeso y obesidad que el grupo con menos riesgo alimentario. Ductor (2005) obtiene resultados muy similares a los nuestros.

El **peso ideal** es significativamente diferente entre ambos grupos de universitarios, estando 2 kilos por debajo el del grupo con mayor riesgo de la enfermedad, lo cual se encuentra en consonancia con los estudios científicos encontrados (Behar y Hernández, 2002; Vásquez et al., 1997).

La **frecuencia de dietas** también arroja diferencias significativas. Los alumnos con riesgo medio/alto de tener un TCA hacen en mayor proporción dietas con frecuencia o siempre y en menor proporción casi nunca que aquellos que presentan un riesgo bajo de presentar la enfermedad. Vásquez et al. (1997) obtienen resultados similares. Cruz et al. (2008) también encuentran la dieta y el ayuno como prácticas muy comunes en TCA, sobre todo en hombres. Avellaneda (2009) obtiene resultados elevados en la práctica de este hábito, aunque menores que en los de nuestro estudio.

Este menor peso ideal que hallamos, junto a la percepción corporal distorsionada existente, estarían en la base de la mayor realización de dietas para disminuir el malestar con su cuerpo y figura, las cuales, como sabemos, pueden precipitar el inicio del trastorno (Calvo, 2002; Garner & Garfinkel, 1982). Dentro de los TCA, son más comunes las formas no especificadas, la BN o el TA que la AN (Angel, Vásquez, Chavarro, Martínez y García, 1997; Baader et al., 2014; Cortés, Díaz, Mejía y Mesa, 2003; Yager y O'Dea, 2008), las cuales suelen ir acompañadas de un normopeso o sobrepeso (APA, 2000 y 2013), lo que justificaría los resultados encontrados en nuestro estudio. Además, como indica el modelo de doble vía (Stice, 1994), un ideal de belleza de delgadez extrema unido a un sobrepeso favorecen sentimientos de insatisfacción corporal, la cual se intenta regular, entre otros mecanismos, a través de la dieta, predisponiendo al atracón, el cual sabemos que está relacionado con el sobrepeso.

Hábitos alimentarios

No hemos encontrado diferencias significativas en ambos grupos en el **número total de ingestas diarias**, cuya media se sitúa en 4,1, ni en la **realización de las diferentes comidas**. Tampoco se observan diferencias en la consideración sobre **estar alimentándose de manera sana y equilibrada**. Esto no concuerda con la literatura científica, donde se observan con frecuencia conductas restrictivas (Pike & Rodin, 1991), alteraciones de las ingestas (Herzog et al., 1996) y hábitos irregulares de comida (Makino, Hashizume, Yasushi, Tsuboi y Dennerstein, 2006), ni con los datos obtenidos en nuestro estudio, que indican una mayor frecuencia de dietas en los universitarios con mayor riesgo de TCA. Con respecto a las ingestas, es probable que estos resultados se expliquen si lleváramos a cabo un análisis del perfil de los universitarios que componen el grupo con más riesgo de presentar la enfermedad, puesto que, como observamos, atendiendo al IMC, este es mayor en esta muestra y casi el 20% lo tiene por encima de 25. Por tanto, puede deberse a que estos estudiantes tengan en mayor medida diagnósticos de BN y TA que AN. El no haber encontrado diferencias en el procuramiento de **alimentarse de forma sana y equilibrada** no concuerda con el hecho de que las personas que padecen TCA intentan alimentarse de una manera sana y equilibrada inicialmente, y en primera instancia ese suele ser su objetivo. Sin significación, observamos un mayor porcentaje de alumnos en el grupo con riesgo mayor para el TCA que está totalmente de acuerdo con esta afirmación.

Como hemos indicado arriba, si hiciéramos análisis del perfil alimentario del grupo con riesgo medio/alto para la enfermedad, podríamos dilucidar si el no haber encontrado diferencias en la intención de alimentarse de forma sana y equilibrada tiene que ver con el subtipo de TCA. Postulamos que la ansiedad existente por consumir el alimento, propia de la BN y TA, generaría un pensamiento descontrolado frente a la comida, que generaría menor porcentaje de sujetos que estén de acuerdo con esta afirmación. Sin embargo, en el caso de AN, el porcentaje sería mayor, debido al funcionamiento restrictivo y controlado con los alimentos, que son considerados por estas personas como sanos y equilibrados.

Se han obtenido diferencias estadísticamente significativas en el consumo de los diferentes tipos de alimentos analizados, excepto en el de las **golosinas** que incluye chocolate y caramelos que, aunque sin significación, nos muestra más porcentaje de alumnos que los consumen varias veces al día y casi nunca o nunca, en mayor proporción. Como vemos, se vuelve a repetir la tendencia polarizante y extrema en su conducta típica de los TCA, que observamos también en la realización de actividad física.

Hemos encontrado diferencias significativas en el consumo de **pasteles/bollería**, siendo el grupo con mayor riesgo de TCA el que consume con menor frecuencia estos alimentos varias veces a la semana, y en mayor proporción el que no los ingiere casi nunca o nunca. Por tanto, comen menos pasteles y bollería que el grupo con menor riesgo de tener el trastorno.

Con respecto a los **salados (patatas, cacahuetes, etc.)**, existen diferencias estadísticamente significativas, siendo el grupo con riesgo medio/elevado de TCA el que los ingiere en mayor proporción varias veces al día. Sin embargo, aunque no significativas, las tendencias de las otras opciones de respuesta muestran un consumo ligeramente inferior en el grupo con más riesgo de TCA. No podemos analizar este resultado con exactitud puesto que no se han realizado los cruces entre variables necesarios, pero hipotetizamos que tendrá que ver con el hecho de que esta muestra esté conformada, en mayor proporción que la que tiene menos riesgo, por universitarios con un IMC mayor de 25. Este tipo de alimentos suelen utilizarse en las sobreingestas o atracones típicos de la BN o el TA, implicando más ingesta calórica, siendo estas en muchas ocasiones pequeñas cantidades de alimento, como indican Rosen et al. (1986).

El análisis del consumo de **comida rápida/latas (pizza, hamburguesas, patatas fritas, ravioli en lata, etc)** nos indica diferencias significativas. Hay más estudiantes universitarios con riesgo medio o elevado de tener un TCA que casi nunca o nunca ingieren estos alimentos. Aunque sin significación estadística, el porcentaje de alumnos

con riesgo mayor de TCA que los consume diariamente es mayor, volviendo a comprobar la tendencia de este grupo a distribuirse en mayor proporción entre los extremos.

En relación a la bebida de **refrescos con gas, gaseosas y colas**, obtenemos diferencias significativas entre grupos en la ingesta diaria. El grupo con mayor riesgo de TCA lo consume significativamente menos diariamente que el que presenta menos riesgo de tener la enfermedad. Sin resultar significativa, el análisis de las demás opciones de respuesta nos indica también un menor consumo de estas bebidas en el grupo con riesgo medio/alto de TCA.

Los universitarios con mayor riesgo de tener la enfermedad consumen la **fruta fresca** con una frecuencia de 1-4 veces al mes significativamente en menor porcentaje. Sin resultar significativos, encontramos mayores porcentajes de alumnos en el grupo con riesgo medio/alto de TCA que las consumen varias veces al día y diariamente.

El consumo de **ensaladas y verduras** también presenta diferencias significativas en el número de alumnos con mayor riesgo de TCA que las consume varias veces al día y, aunque sin significación estadística, encontramos menores porcentajes en aquellas opciones de respuesta que implican un menor consumo de estos alimentos.

Con respecto a la ingesta de **carne y fiambres**, se observa que el grupo con mayor riesgo de TCA las consume significativamente, en mayor proporción, varias veces al día y, en menor, varias veces a la semana y 1-4 veces al mes. Por tanto, el grupo con más probabilidades de manifestar la enfermedad las consume en mayor proporción que el de menor probabilidad. Estas diferencias pueden obedecer al hecho del aumento del consumo de carnes poco grasas que a veces ocurre en la dieta de estos pacientes, a la vez que disminuyen la ingesta de hidratos. Sin embargo, el ítem engloba carne y fiambres y no hace discriminación de tipo de carnes, por lo que no se pueden extrapolar las conclusiones más allá.

El grupo con riesgo mayor de TCA presenta diferencias estadísticamente significativas en el consumo de **pescado y legumbres** varias veces al día y 1-4 veces al mes. En concreto, consumen más este tipo de alimentos varias veces al día y lo hacen en menor proporción con una frecuencia de 1-4 veces al mes. El resto de opciones de respuesta, aunque sin significación estadística, también apuntan a este mayor consumo de pescado y legumbres en la alimentación de los universitarios con riesgo medio/alto de TCA.

En general, observamos un mayor consumo de salados, fruta fresca, ensaladas, verduras, carnes, fiambres, pescado y legumbres, y una menor ingesta de pasteles, bollería, comida rápida y latas y refrescos con gas, gaseosas y colas en el grupo con mayor riesgo de manifestar un TCA. Los hábitos alimentarios encontrados en nuestro estudio están en consonancia con los comportamientos restrictivos que manifiestan las personas con TCA (Avellaneda, 2009; Calvo et al., 2001), en los cuales aumentan el consumo de frutas y verduras y disminuyen el de comida rápida, pasteles, bollería y refrescos, eliminando en general alimentos ricos en grasa (Bokram et al., 2001), cuya restricción puede terminar induciendo un atracón, lo cual justificaría el mayor consumo de salados en nuestra muestra con riesgo mayor de TCA. Estas decisiones alimentarias tienen como base la aceptación de determinados tipos de alimentos (carbohidratos, carnes magras, grasas, dulces...) como alimentos prohibidos, los cuales se catalogan como buenos o malos y aumentan la culpa al ingerirlos (Peña et al., 2014) por lo que suelen ser desterrados de la dieta.

Drogas

No se han encontrado diferencias significativas en el consumo de ninguna de las drogas analizadas. Sin serlo, sin embargo, observamos leves diferencias en porcentajes de consumo no significativas, que son mayores para el grupo de riesgo medio/alto de TCA en el **consumo de alcohol, sospecha de dependencia de alcohol, consumo de tabaco, hachís o marihuana, speed o anfetaminas, alucinógenos y edad de inicio del consumo de tabaco** y menores para el **consumo de cocaína y otras drogas**.

Nuestros resultados concuerdan con los de Cruz-Sáez et al. (2013), que no encontraron diferencias significativas entre grupo de riesgo alto y bajo para TCA en el consumo de tranquilizantes, pastillas para dormir sin receta, ni en el consumo de cannabis, cocaína o heroína. Con respecto al consumo de cannabis, se relacionan con los de Dooley-Hash et al. (2012), Krug et al. (2008) y Martínez-González et al. (2014), que tampoco observaron diferencias estadísticamente significativas en ambos grupos. Bisetto et al. (2012) y Quiles-Marcos et al. (2011) tampoco encuentran relación entre el consumo de drogas que no sean alcohol y tabaco y el riesgo mayor de TCA.

Sin embargo, se contradice con aquellos estudios que encuentran al consumo de sustancias como uno de los trastornos mentales que pueden acompañar al TCA (Blinder et al., 2006; Dooley-Hash et al., 2012; Herrero et al., 2010; Varela-Casal, Maldonado y Ferre, 2011) y a los que en población universitaria han hallado esta relación entre conductas alimentarias de riesgo y adicciones (Baader et al., 2004; Barry & Piazza-Gardner, 2012; Campo-Arias y Villamil-Vargas, 2012; Herrero et al., 2010).

Realizar comparaciones entre las puntuaciones extremas de las diferentes escalas del EAT-26 podría dar indicios más exactos de la relación entre TCA y consumo de drogas (Herrero et al., 2010). La mediación de otras variables en esta relación, como es el caso de la depresión con el alcohol (Baader et al., 2004), puede estar en la base de no haber encontrado diferencias significativas en el consumo de esta sustancia. También la autoestima, el nivel educativo de los padres y las amistades, en el caso de drogas en general (Denoth et al., 2011).

Ocio y tiempo libre

Los análisis estadísticos de las horas empleadas a la semana en **actividades culturales, navegar o chatear por Internet, ver la televisión y leer periódicos o revistas** no indican diferencias significativas entre ambos grupos. Esto contradice la relación encontrada entre la importancia dada a la imagen y el mayor uso de medios de comunicación (Borzekowski et al., 2000; Cahill y Mussap, 2007; Hesse-Biber et al.,

2006), el uso problemático de Internet en universitarios con riesgo de TCA (Claes et al., 2012; Martínez-González et al., 2014; Shapira et al., 2003), la mayor frecuencia de lectura revistas de moda y/ programas televisivos y el malestar con el cuerpo (Field et al., 2001; Field et al., 1999; Harrison y Cantor, 1997; Park & Yun, 2007; Verri, Verticale, Vallero, Bellone y Nespoli, 1997).

Sin embargo, sí se ha obtenido significación estadística en el número de horas semanales invertidas en **salir con los amigos o pareja**, que son estadísticamente mayores en el grupo con mayor riesgo para TCA. Estos resultados invierten el sentido de los esperados y contradicen los reportados por la literatura revisada (Bulik et al, 1997; Flament et al. 2001; Godart et al., 2004; Herzog et al., 1996; Steere et al., 1990), que indica que, debido a los síntomas evitativos y a la ansiedad, suelen tener problemas para gestionar aquellas actividades que impliquen un contacto social y, por tanto, deberían emplear menos horas a la semana en estos. Una posible hipótesis que justificaría estos resultados tiene que ver con el empobrecimiento del mundo interno que encontramos a menudo en estos pacientes. Este generaría la búsqueda de la valía en el exterior, usando un referente externo como anclaje, resultado de dejar de confiar en la propia conciencia de sí mismos. Es por esto que necesitan en mayor medida lo que el otro le devuelve como reflejo, lo cual podría estar en la base de este mayor número de horas empleadas en actividades sociales. Si tomamos como referencia la teoría de las relaciones objetales (Klein, 1989), lo podríamos entender como una proyección del objeto bueno e idealizado en el exterior, siendo el propio sujeto el depositario del objeto malo o degradado y obteniendo como resultado una huida al exterior como protección.

CAPÍTULO V

CONCLUSIONES GENERALES Y LÍNEAS FUTURAS DE INVESTIGACIÓN

5.1 CONCLUSIONES

Como indicamos al comienzo de este trabajo, el objetivo principal de esta investigación es conocer el estado de salud, satisfacción vital y estilos de vida del alumnado de la Universidad de Murcia y su relación con los TCA. Debido a la gravedad de esta enfermedad y a su prevalencia, es de suma importancia investigar su frecuencia y la imbricación con estas variables en el medio universitario, el cual no ha sido suficientemente explorado.

Hemos pretendido conocer cómo es la calidad de vida, explorar el estado de salud en áreas tan importantes como el sueño, descanso, enfermedad, movilidad, dolor, actividades cotidianas, vida personal, consumo de fármacos y tratamiento psicoterapéutico. Su satisfacción vital a través del nivel de ansiedad, estrés, depresión y la autoestima. También los estilos de vida referentes a la actividad física, dietas, hábitos alimentarios, consumo de drogas y actividades semanales. Todo ello nos aporta una información más exhaustiva, gracias a la cual se pueden seguir realizando investigaciones más específicas. Y, sobre todo, por un lado, proponer programas específicos de prevención y promoción de la salud en el contexto universitario para disminuir la frecuencia de estos trastornos y mejorar hábitos alimentarios y autoestima y, por otro, implementar recursos específicos para el tratamiento de esta enfermedad en el contexto universitario.

Describimos a continuación las conclusiones que se extraen de los análisis estadísticos realizados en nuestro estudio:

- Un 38,7% de la muestra inicial tiene una **probabilidad media/alta de manifestar un TCA**. De esta, el 54,9% manifiesta un riesgo medio de tener un TCA, el 37% un riesgo alto y el 7,4% se consideraría población clínica.

- En el grupo con riesgo medio/alto de TCA, hay significativamente mayor número de mujeres que de hombres (8:2) que en el grupo con bajo riesgo y este está constituido por el **sexo** femenino en un 81,3% y por el masculino en un 18,6%.
- El grupo con mayor riesgo de TCA tiene una **edad** media de 20,4 años y está conformado por estudiantes más jóvenes que el de bajo riesgo.
- Las **carreras** con más prevalencia de la enfermedad son ADE, educación primaria y enfermería.
- No existen diferencias en la **calidad de vida** entre universitarios con riesgo mayor de TCA y los de menor riesgo, aunque se observan porcentajes de calidad de vida mala y muy mala en el grupo con más posibilidades de presentar la enfermedad, algo mayores que los del grupo de bajo riesgo de TCA.
- El **estado de salud** de los estudiantes con riesgo medio/alto de TCA no difiere significativamente del de riesgo bajo. No se observan diferencias en el sueño y descanso, cuidado de la salud, días de enfermedad, percepción del nivel de salud, tratamiento psicoterapéutico y consumo de medicamentos. Aunque sin significación, las diferencias de porcentajes en las variables entre ambos grupos nos indican una posible mayor relación entre un peor estado de salud y el TCA, que deberá constatararse a través de análisis estadísticos que implicarán diferencias de puntuación en el EAT-26 y a las subescalas del test.
- Con respecto a la **satisfacción vital**, en las variables englobadas en **estrés, ansiedad y depresión**, no se han obtenido diferencias estadísticamente significativas y por tanto no podemos afirmar que el grado de estrés por los estudios en las últimas dos semanas, ansiedad, depresión, agobio por la situación familiar, por la relación de pareja y por el grupo de compañeros de curso sea distinto en ambos grupos. Sí se han encontrado tales diferencias en el

agobio por los estudios y por el estrés en general y agobio por la enfermedad, siendo estos más elevados, por lo que el grupo con riesgo mayor de tener un TCA presenta niveles de agobio en estas áreas mayores. En la **autoestima**, se observa que las áreas vinculadas a la satisfacción con el aspecto propio y la apariencia y la imagen positiva referido a las capacidades intelectuales y habilidades personales y sociales están más perjudicadas en los universitarios con riesgo medio/alto de presentar un TCA, comprobándose diferencias significativas. Sin embargo, en las partes del autoconcepto más personales y específicas (satisfacción con la vida, capacidad de controlar las emociones, de comunicarse con los demás, de resolver conflictos y satisfacción con la forma de ser) no se obtienen tales diferencias.

- En relación a los **estilos de vida**, en **actividad física** no hemos podido constatar diferencias significativas entre los universitarios con riesgo bajo y medio/alto de presentar la enfermedad, en el tiempo caminado, actividad física semanal ni en el número de federaciones deportivas. Sí se observan en la inscripción en gimnasios, concluyendo que los alumnos con riesgo medio/alto de tener un trastorno alimentario se inscriben en mayor proporción que aquellos con riesgo bajo.

Con respecto al **peso, IMC y percepción corporal, peso ideal y dieta**, se obtienen diferencias entre ambos grupos en IMC, siendo este mayor en el que manifiesta más riesgo de tener un TCA. En la percepción del propio peso, los alumnos con más posibilidades de tener la enfermedad se sienten menos delgados, con menor peso adecuado y con más peso que el grupo con riesgo bajo de TCA. El peso ideal es significativamente más bajo en aquellos con más probabilidad de tener un TCA, y en la dieta observamos que los universitarios con riesgo medio/alto del trastorno alimentario son los que con más frecuencia están a dieta. No se han obtenido diferencias significativas en el peso entre ambos grupos. En los **hábitos alimentarios**, no observamos diferencias significativas en el número de ingestas (realizan una media de 4,1) ni en la

realización de estas en los dos grupos. Tampoco en la intención de alimentarse de manera sana y equilibrada. Observamos diferencias significativas en el consumo de pasteles/bollería, salados, comida rápida/latas, refrescos con gas, fruta fresca, ensalada/verduras, carne/fiambres y pescado y legumbres. Podemos afirmar que los universitarios con más riesgo de manifestar un TCA consumen en menor proporción pasteles/bollería, comida rápida/latas, refrescos con gas y en mayor proporción salados (varias veces al día), fruta fresca, ensaladas/verduras, carne/fiambres y pescado/legumbres que aquellos que presentan menos riesgo de tener la enfermedad. No se encuentran diferencias en el número total de comidas que se realizan al día ni en las diferentes ingestas, ni en el consumo de golosinas (caramelos, chocolates, etc.).

Con respecto a las **drogas**, no se han obtenido diferencias significativas en el consumo de ninguna sustancia entre ambos grupos (alcohol, tabaco, hachís o marihuana, éxtasis/pastillas, speed o anfetaminas, alucinógenos u otras drogas) ni tampoco en la escala de dependencia de alcohol, ni en la edad de inicio del consumo de tabaco. Observamos, sin significación estadística, que los porcentajes de sospecha de dependencia de alcohol son algo más elevados en el grupo con riesgo medio/elevado de TCA. En general, el consumo de estas sustancias en ambos grupos, se da en porcentajes reducidos.

Por último, en la variable **ocio y tiempo libre** no hemos podido constatar ninguna diferencia significativa entre los dos grupos de estudiantes en las horas semanales empleadas en actividades culturales, uso de Internet, ver la televisión y leer periódicos o revistas. Sin embargo, sí se aprecian tales diferencias en las horas destinadas a salir con los amigos/pareja, siendo estas superiores en el grupo con riesgo medio/alto de TCA.

Por tanto, los alumnos universitarios con mayor riesgo de presentar un TCA manifiestan mayores niveles de estrés y se agobian en mayor medida por los estudios y enfermedad. Están menos satisfechos con su aspecto y su apariencia y tienen una peor

imagen de sus capacidades intelectuales y habilidades personales y sociales. Se inscriben más en gimnasios, tienen un IMC mayor, se perciben con más frecuencia como un poco o demasiado gordos, tienen un peso ideal más bajo y se someten a dietas con más frecuencia. Se alimentan en mayor medida de alimentos menos calóricos y bajos en grasas, excepto de salados (patatas, cacahuetes, etc.) que lo hacen en mayor proporción, y menos de pasteles, bollería, comida rápida, latas y refrescos. Por último, emplean más horas semanales en salir con los amigos o pareja.

5.2 LIMITACIONES DEL ESTUDIO Y CONSIDERACIONES PARA FUTURAS INVESTIGACIONES

A continuación, describimos los planteamientos a tener en cuenta para subsanar posibles deficiencias de este estudio, junto a las consideraciones para investigaciones venideras.

- Consideramos necesario aumentar el tamaño muestral e incluir a diferentes universidades para poder llevar a cabo análisis estadísticos con mayor potencia estadística.
- El cuestionario que hemos tomado como base está encuadrado en una investigación destinada a conocer los factores relacionados con la salud del alumnado universitario y, por tanto, no va encaminado a estudiar constructos psicológicos en un trastorno mental. Es por esto que, para la evaluación de variables englobadas en la satisfacción vital como la ansiedad, depresión, estrés y autoestima, sería conveniente utilizar tests baremados y validados, que permitirían mayor precisión en los resultados. Lo mismo ocurriría con la parte de hábitos alimentarios, donde se debería hacer una mejor discriminación de los diferentes alimentos (no unir carnes con fiambres en el mismo epígrafe, diferenciar entre carnes rojas y blancas, incluir una opción que englobe a todos los hidratos de carbono, diferenciar los pescados de las legumbres...) para evaluar su consumo.
- Sería conveniente realizar subgrupos con la puntuación obtenida en el EAT-26 y así poder hacer comparaciones en las variables analizadas, en función de la gravedad de la sintomatología alimentaria (riesgo medio: >20 y <30, riesgo alto: >30 y <50, población clínica: >50).

- También sería pertinente diferenciar entre las subescalas del EAT-26 y hacer las comparaciones oportunas, para observar si existen diferencias significativas en función de las mismas: “dieta” “bulimia y preocupación por la comida” y “control oral”.

- Se podría estudiar la mediación de otras variables en los resultados de salud, satisfacción vital y estilos de vida obtenidos, como son la ansiedad y depresión.

Independientemente de que los sujetos identificados con una puntuación mayor de 20 en el EAT-26 tengan o no el diagnóstico de TCA, sabemos que todos los factores con los que se ha obtenido asociación en este estudio están relacionados con el inicio, mantenimiento y empeoramiento de estas enfermedades. Por tanto, consideramos de necesario cumplimiento el inicio de políticas más específicas encaminadas al abordaje de esta enfermedad mental en universitarios, con el objetivo de que, en ese continuo de evolución de la aparición de la sintomatología hasta el desencadenamiento de la misma, típico de estas patologías, se pueda detener su desarrollo y avance, con la mayor prontitud y eficacia posible.

REFERENCIAS

REFERENCIAS

- Abu-Omar, K., & Rutten, A. (2008). Relation of leisure time, occupational, domestic, and commuting physical activity to health indicators in Europe. *Preventive Medicine, 47*(3), 319-323.
- Ágh, T., Kovács, G., Supina, D., Pawaskar, M., Herman, B.K., Vokó, Z., & Sheehan, D.V. (2016). A systematic review of the health-related quality of life and economic burdens of anorexia nervosa, bulimia nervosa, and binge eating disorder. *Eating and Weight Disorders, 21*(3), 353-364.
- Agras, W.S. (1987). *Eating disorders: Management of obesity, bulimia, and anorexia nervosa*. New York: Pergamon Press.
- Agudelo, D.M., Casadiegos, C.P. y Sánchez, D.L. (2008). Características de ansiedad y depresión en estudiantes universitarios. *International Journal of Psychological Research, 1*(1), 34-39.
- Agüera, Z., Jiménez-Murcia, S., Granero, R., Penelo, E., Wagner, G., Karwautz, A.S., ... Fernández-Aranda, F. (2011). Comparación de rasgos de personalidad entre pacientes con trastorno de la conducta alimentaria y sus hermanas sanas. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios, 2*(1), 53-61.
- Alfonso, M. (2010). Calidad de vida relacionada con la salud: Elementos conceptuales. *Revista Médica de Chile, 138*(3), 358-365.
- Allgöwer, A., Stock, C., & Krämer, A. (2000). Wie gesund leben Studierende? In U. Sonntag, S. Gräser, C. Stock, & A. Krämer (Eds.). *Gesundheitsfördernde Hochschulen. Konzepte, Strategien und Praxisbeispiele* (pp. 105-114). Weinheim und München: Juventa Verlag.
- Allyon, T., Haughton, E., & Osmond, H.P. (1964). Chronic anorexia: A behaviour problem. *Canadian Psychiatric Association Journal, 9*, 147-157.
- Almenara Vargas, C.A. (2003). Anorexia nerviosa: una revisión del trastorno. *Revista de Neuro-Psiquiatría, 66*, 52-62.
- Almenara Vargas, C.A. (2006). *Análisis histórico crítico de la anorexia y bulimia nerviosas. Tesis Doctoral*. Lima: Perú: Universidad Nacional Mayor de San Marcos.
- Alonso, J. (2006). Trastornos de la conducta alimentaria y deporte. *Trastornos de la Conducta Alimentaria, 4*, 368-385.

- Álvarez, J., Aguilar, J.M. y Lorenzo, J.J. (2012). La ansiedad ante los exámenes en estudiantes universitarios: relaciones con variables personales y académicas. *Electronic Journal of Research in Educational Psychology*, 10, 333-354. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/2931/293123551017.pdf>
- Álvarez-Dardet, C. Ruiz y Cantero, M.T. (2011). Patrimonio de salud: ¿Son posibles las políticas salutogénicas? *Revista Española de Salud Pública*, 2, 123-127.
- American Dietetic Association (2006). Position of the American Dietetic Association: Nutrition Intervention in the Treatment of Anorexia Nervosa, Bulimia Nervosa, and Other Eating Disorders. *Journal of the American Dietetic Association*, 106(12), 2073-2082.
- American Psychiatric Association (1987). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Third Edition, Revised (DSM-III-R)*. Washington, DC: Author (trad. cast. Barcelona: Masson, 1988).
- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition (DSM-IV)*. Washington, DC: Author (trad. cast. Barcelona: Masson, 1995).
- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition, Text Revision (DSM-IV-TR)*. Washington, DC: Author (trad. cast. Barcelona: Masson, 2002).
- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (DSM-5)*. Arlington, VA: Author (trad. cast. Madrid: Médica Panamericana, 2014).
- Amézquita, M., González, R. y Zuluaga, D. (2003). Prevalencia de la depresión, ansiedad y comportamiento suicida en la población estudiantil de pregrado de la Universidad de Caldas, año 2000. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 32(4), 341-356.
- Anaya, F. (2004). El sexo, factor relevante en los trastornos de la conducta alimentaria. *Enfermería Clínica*, 14(4), 230-234.
- Ángel, L.A., García, J., Vásquez, R., Martínez, L. y Chavarro, K. (1999). Trastornos del Comportamiento Alimentario en deportistas practicantes de Karate-do. *Revista Colombiana de Gastroenterología*, 14, 230-236.
- Ángel, L.A., Vásquez, R. y Chavarro, K. (1997). Prevalencia de trastornos del comportamiento alimentario en estudiantes de la Universidad Nacional de Colombia entre julio de 1994 y diciembre de 1995. *Acta Médica Colombiana*, 22(3), 111-119.

- Ángel, L.A., Vásquez, R., Martínez, L. M., Chavarro, K. y García, J. (2000). Comportamiento alimentario: desarrollo, validez y fiabilidad de una encuesta. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 24, 29-48.
- Antonio, M.T., Arrijoja, G., De León, A., Velasco, L., Torres, A., Morales, F.A., ... Torres, M.Y. (2015). Resiliencia, conducta de salud y conducta de consumo de drogas en estudiantes universitarios. *European Journal of Child Development, Education and Psychopathology*, 3(2), 55-67.
- Antonovsky, A. (1979). *Health, Stress and Coping*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Antonovsky, A. (1987). *Unraveling the Mystery of Health. How People Manage Stress and Stay Well*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Antonovsky, A. (1996). The salutogenic model as a theory to guide health promotion. *Health Promotion International*, 11, 11-18.
- Antonovsky, A., Maoz, B., Dowty, N., & Wijsenbeek H. (1971). Twenty-five years later: A limited study of the sequelae of the concentration camp experience. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 6, 186-193.
- Anzengruber, D., Klump, K.L., Thornton, L., Brandt, H., Crawford, S., Fichter, M.M., ... Bulik, C.M. (2006). *Smoking in eating disorders*. *Eating Behaviors*, 7, 291-299. doi: 10.1016/j.eatbeh.2006.06.005
- Aramburu, M. y Guerra, J. (2001). Autoconcepto: dimensiones, origen, funciones, incongruencias, cambios y consistencia. *Interpsiquis*, 2, 246-249.
- Ardila, F.M. y Herrán, O.F. (2008). Expectativas en el consumo de alcohol en Bucaramanga, Colombia. *Revista Médica de Chile*, 136, 73-82. doi: 10.4067/S0034-98872008000100009
- Ardila, R. (2003). Calidad de vida: una definición integradora. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 35(2), 161-164. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80535203>
- Arias, J.E., Hawke, J., Arias, A.J., & Kaminer, Y. (2009). Eating disorder symptoms and alcohol use among adolescents in substance abuse treatment. *Substance Abuse: Research and Treatment*, 3, 81-91. Available in: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3864851/>

- Arita, B. (2005). Satisfacción por la vida y teoría homeostática del bienestar. *Psicología y Salud*, 15(1), 121-126.
- Arrieta, V.K. (2009). Consumo patológico de alcohol entre los estudiantes de la Universidad de Cartagena. *Revista de Salud Pública*, 11(6), 878-886.
- Arrivillaga, M., Cortés, C., Goicochea, V.L. y Lozano, T.M. (2004). Caracterización de la depresión en jóvenes universitarios. *Universitas Psychologica*, 3(1), 17-26. Disponible en: <http://sparta.javeriana.edu.co/psicologia/publicaciones/actualizarrevista/archivos/V3N102caracterizacion.pdf>
- Arrivillaga, M., Salazar, I.C. y Correa, D. (2003). Creencias sobre la salud y su relación con las prácticas de riesgo o de protección en jóvenes universitarios. *Colombia Médica*, 34(4), 186-195.
- Asociación contra la Anorexia y la Bulimia (2004). *Trastornos de la Conducta Alimentaria. Estudio socio-epidemiológico de población juvenil catalana*. Barcelona: Fundación WAE.
- Attia, E., Haiman, C., Walsh, B.T, & Flater, S.R. (1998). Does fluoxetine augment the inpatient treatment of anorexia nervosa? *American Journal of Psychiatry*, 155(4), 548-551.
- Avellaneda, N.S. (2009). *Determinación de la prevalencia de trastornos del comportamiento alimentario en estudiantes de la Pontificia Universidad Javeriana* (Trabajo de grado inédito). Bogotá, Colombia: Pontificia Universidad Javeriana.
- Ayala, R., Pérez, M. y Obando, I. (2010). Trastornos menores de salud como factores asociados al desempeño académico de estudiantes de enfermería. *Enfermería Global*, 9(1). Disponible en: <http://revistas.um.es/eglobal/article/view/93671/90841>
- Baader, T., Rojas, C., Molina, J. L., Gotelli, M., Álamo, C., Fierro, C., ... Dittus, P. (2014). Diagnóstico de la prevalencia de trastornos de la salud mental en estudiantes universitarios y los factores de riesgo emocionales asociados. *Revista Chilena de Neuro-Psiquiatría*, 52(3), 167-176.
- Badia, X., Roset, M., Montserrat, S., Herdman, M., & Segura, A. (1999). The Spanish version of EuroQol: a description and its applications. European Quality of Life scale. *Medicine Clinical*, 112(1), 79-85.

- Badir, A., Tekkas, K., & Topan, S. (2014). Knowledge of cardiovascular disease in Turkish undergraduate nursing students. *European Journal Cardiovascular Nurse*, 14(5), 441-449.
- Baile, J.I y González, M.J. (2014). *Tratando la anorexia nerviosa, técnicas y estrategias psicológicas*. Madrid: Pirámide.
- Ballester, R., Gil, M.D. y Guirado, M.C. (2000). Comportamientos y actitudes relacionados con el consumo del alcohol en adolescentes de 15 a 17 años. *Análisis y Modificación de Conducta*, 27(110), 855-895.
- Banker, J., Becker, A., Bermúdez, O., Berthou, K., Devlin, M., Katzman, D., ... Warren, M. (2012). *Trastornos de la conducta alimentaria. Puntos críticos para un reconocimiento temprano y manejo de riesgos médicos en el cuidado de individuos con trastornos de la conducta alimentaria* (2ª ed.). Reston, VA: Academy for Eating Disorders. Disponible en: <https://www.aedweb.org/downloads/Guide-Spanish.pdf>
- Baños, M.D., Ramos, J.A., López, M.L., Antonio, V. y Guillén, J.L. (2004). Síndrome de abstinencia y otros efectos en jóvenes fumadores de hachís. *Adicciones*, 16(1), 19-30.
- Barbin, J.M., Williamson, D.A., Steward, T.M., Reas, D.L., Thaw, J.M., & Guarda, A.S. (2002). Psychological adjustment in the children of mothers with a history of eating disorders. *Eating and Weight Disorders*, 7(1), 32-38.
- Bardone-Cone, A.M., Wonderlich, S.A., Frost, R.O., Bulik, C.M., & Mitchell, J.E. (2007). Perfectionism and eating disorders: current status and future directions. *Clinical Psychological Review*, 27, 384-405.
- Barradas, M.E., Fernández, N. y Gutiérrez, L. (2016). Prevalencia de consumo de alcohol en estudiantes universitarios. *RIDE, Revista Iberoamericana para la Investigación y el Desarrollo Educativo*, 6(12), 491-504.
- Barrientos, J. (2005). *Calidad de vida, bienestar subjetivo: una mirada psicosocial*. Santiago de Chile: Universidad Diego Portales.
- Barry, A.E., & Piazza-Gardner, A.K. (2012). Drunkorexia: Understanding the co-occurrence of alcohol consumption and eating/exercise weight management behaviors. *Journal of American College Health*, 60(3), 236-243.
- Beck, A. (1979). *Terapia Cognitiva de la Depresión*. Bilbao: Desclée De Brouwer.

- Beckie, T.M., & Hayduk, L.A. (1997). Measuring quality of life. *Social Indicators Research*, 42, 21-39.
- Becoña, E. y Míguez, M.C. (2004). Consumo de tabaco y psicopatología asociada. *Psicooncología*, 1(1), 99-112. Disponible en: <http://revistas.ucm.es/index.php/PSIC/article/viewFile/PSIC0404110099A/16335>
- Behar, A., Barahona, M., Iglesias, Bernardita, I. y Casanova, D. (2007). Trastorno depresivo, ansiedad social y su prevalencia en trastornos de la conducta alimentaria. *Revista Chilena de Neuro-Psiquiatría*, 45(3), 211-220.
- Behar, R. (1998). Trastornos del hábito de comer en adolescentes: aspectos clínicos y epidemiológicos. *Revista Médica de Chile*, 126, 1085-1092.
- Behar, R. (2004). Consumo de alcohol y trastornos de la conducta alimentaria: evidencia, similitudes e implicancia. *Revista Chilena de Neuro-Psiquiatría*, 42(3), 183-194.
- Behar, R. (2010a). Funcionamiento psicosocial en los trastornos de la conducta alimentaria: Ansiedad social, alexitimia y falta de asertividad. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios*, 1(2), 90-101.
- Behar, R. (2010b). Quince años de investigación en trastornos de la conducta alimentaria. *Revista Chilena de Neuro-Psiquiatría*, 48(2), 135-146.
- Behar, R. y Arancibia, M. (2014). DSM-V y los trastornos de la conducta alimentaria. *Revista Chilena de Neuro-Psiquiatría*, 52(1), 22-33.
- Behar, R. y Figueroa G. (2004). *Anorexia nerviosa y bulimia clínica terapéutica*. Santiago de Chile: Mediterráneo Ltda.
- Behar, R. y Hernández, P. (2002). Deportes y trastornos de la conducta alimentaria. *Revista Médica de Chile*, 130(3), 287-294.
- Bell, R.M. (1985). *Holy Anorexia*. Chicago: University of Chicago Press.
- Bellis, M. y Hughens, K. (2004). Pociones sexuales. Relación entre alcohol, drogas y sexo. *Adicciones*, 16(4), 249-258.
- Bennassar Veny, M. (2012). *Estilos de vida y salud en estudiantes universitarios: la universidad como entorno promotor de la salud*. Tesis Doctoral. Islas Baleares: Universidad de las Islas Baleares.

- Berengüí, R., Castejón, M.A. y Torregrosa, M.S. (2016). Insatisfacción corporal, conductas de riesgo y trastornos de la conducta alimentaria en universitarios. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios*, 7(1), 1-8. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/4257/425746132001.pdf>
- Berlinguer, G. (2007). Determinantes sociales de las enfermedades. *Revista Cubana Salud Pública*, 33(1). Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=21433103>
- Bernárdez, M., Castro, L., Collins, A. y De la Montaña, J. (2013). Variaciones en la dieta de universitarios gallegos (campus de Ourense) con relación al patrón cardioprotector de la dieta mediterránea. *Nutrición Hospitalaria*, 28(6), 2099-2106.
- Berry, T.R., & Howe, B.L. (2000). Risk factors for disordered eating in female university athletes. *Journal of Sport Behavior*, 23(3), 207-218.
- Bibeau, G.D., Pedersen, D. y Fuentes, G. (1985). *Estilos de vida y sistemas de trabajo*. Santiago de Chile: Editorial Universitaria.
- Biederman, J., Herzog, D.B., Rivinus, T.M., Harper, G.P., Ferber, R.A., Rosenbaum, J.F, ... Schildkraut, J.J. (1985). Amitriptyline in the treatment of anorexia nervosa: a double-blind, placebo-controlled study. *Journal of Clinical Psychopharmacology*, 5(1), 10-16.
- Bisetto, D., Botella, A. y Sancho, A. (2012). Trastornos de la conducta alimentaria y consumo de drogas en población adolescente. *Adicciones*, 24, 9-16.
- Blasco, T., Capdevila, L., Pintanel, M., Valiente, L. y Cruz J. (1996). Evolución de los patrones de actividad física en estudiantes universitarios. *Revista de Psicología del Deporte*, 9(10), 51-63.
- Bolaños, Ríos. P., & Jáuregui. L.I. (2010). Body image and quality of life in a Spanish population. *International Journal of General Medicine*, 4, 63-72. doi: 10.2147/IJGM.S16201
- Borzekowski, D., Robinson, T.N., & Killen, J.D. (2000). Does the camera add 10 pounds? Media use, perceived importance of appearance, and weight concerns among teenage girls. *Journal of Adolescent Health*, 26, 35-41.
- Bouchard, C., Leon, A.S., Rao, P.C., Skinner, J.S. & Wilmore, J.H. (1990). Fitness and risk factors for coronary disease. *Journal Clinical Epidemiology*, 43(9), 1005-1012.
- Braganza, M., Rajaraman, P., Park, Y., Inskip, P., Freedman, N., Hollenbeck, A., ... Kitahara, C. (2014). Cigarette smoking, alcohol intake, and risk of glioma in the NIH-AARP Diet and Health Study. *British Journal of Cancer*, 110, 242-248. doi: 10.1038/bjc.2013.611

- Braun, D.L., Suday, S.R. & Halmi, K.A. (1994). A psychiatric comorbidity in patients with eating disorders. *Psychological Medicine*, 24(4), 859-867.
- Brosse, A. L., Sheets, E. S., Lett, H. S., & Blumenthal, J.A. (2002). Exercise and the treatment of clinical depression in adults: recent findings and future directions. *Sports Medicine*, 32(12), 741-760.
- Bruch, H. (1962). Perceptual and conceptual disturbances in anorexia nervosa. *Psychosomatic Medicine*, 24, 187-194.
- Bruch, H. (1978). *The Golden Cage: The Enigma of Anorexia Nervosa*. Cambridge: Harvard University Press.
- Brusset, B. (1990). La expresión somática: La anorexia mental en los adolescentes. En S. Lebovici, R. Diatkine y M. Soulé (Eds.), *Tratado de Psiquiatría del niño y del adolescente. Psicopatología II: La expresión manifiesta de los trastornos y su comprensión, Vol. 4* (E. Castellano y J.M. Marco, Trads.) (pp. 185-207). Madrid: Biblioteca Nueva.
- Brytek, A. (2007). Anorexia nervosa among french adolescent females in relation to self-esteem, coping strategies, anger expression and anger control. *Archives of Psychotherapy*, 4, 53-57.
- Buckner, J.D., Silgado, J. & Lewinsohn, P.M. (2010). Delineation of differential temporal relations between specific eating and anxiety disorders. *Journal of Psychiatric Research*, 44, 781-787.
- Bulik, C.M. (2002a). Anxiety, depression and eating disorder. En C. Fairburn y K. Brownel (Eds.), *Eating disorders and obesity* (pp. 193-199). New York: Guilford Press.
- Bulik, C.M. (2002b). Eating disorders in adolescent and young adults. *Child Adolescent Psychiatric Clinic North America*, 11, 201-218. doi: 10.1016/S1056-4993(01)00004-9
- Bulik, C.M., Devlin, B., Bacanu, S.A., Thornton, L., Klump, K.L, Fichter, M.M, & Kaye, W.H. (2003). Significant linkage on chromosome 10p in families with bulimia nervosa. *American Journal of Humans Genetics*, 72(1), 200-207.
- Bulik, C.M., Sullivan, P., Fear, J., & Joyce, P. (1997). Eating disorders and antecedent anxiety disorders: A controlled study. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 96, 101-107.
- Burrows, A., & Cooper, M. (2002). Possible risk factors in the development of eating disorders in overweight pre-adolescent girls. *International Journal of Obesity and Related Metabolic Disorders*, 26(9), 1268-1273.

- Busdiecker S., Castillo C. y Salas I. (2007). Cambios en los hábitos de alimentación durante la infancia: una visión antropológica. *Revista Chilena de Pediatría*, 71(1), 5-11.
- Button, E.J., Loan, P., Davies, J. & Sonuga-Barke, E.J. (1997). Self-esteem, eating problems, and psychological well-being in a cohort of schoolgirls aged 15-16: A questionnaire and interview study. *International Journal Eating Disorders*, 21, 39-47. doi: 10.1002/(SICI)1098-108X(199701)21:1<39::AID-EAT5>3.0.CO;2-4
- Cahill, S. & Mussap, A.J. (2007). Emotional reactions following exposure to idealized bodies predict unhealthy body change attitudes and behaviors in women and men. *Journal of Psychosomatic Research*, 62, 631-639.
- Calafat, A. (2007). El abuso de alcohol de los jóvenes en España. *Adicciones*, 19(3), 217-224.
- Calvo, S.R. (2002). *Anorexia y Bulimia. Guía para padres, educadores y terapeutas*. Barcelona: Planeta.
- Calvo, I., Aroca, J., Armero, M., Díaz, J. y Rico, M.A. (2002). Estilo de vida en trastornos de conducta alimentaria. *Nutrición Hospitalaria*, 17(4), 219-222.
- Campo, G. y Gutiérrez, J.C. (2001). Psicopatología en estudiantes universitarios de la Facultad de Salud - Univalle. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 30(4), 351-358. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80630402>
- Campo-Arias, A., Díaz-Martínez, L.A., Rueda-Jaimes, G.E., Martínez-Mantilla, J.A., Amaya-Naranjo, W. y Campillo, H.A. (2006). Consistencia interna y análisis factorial del cuestionario SCOFF para tamizaje de trastorno de conducta alimentaria en adolescentes estudiantes: Una comparación por género. *Universitas Psychologica*, 5(2), 295-304.
- Campo-Arias, A. y Villamil-Vargas, M. (2012). Riesgo de trastorno del comportamiento alimentario (TCA) en estudiantes de Medicina en Colombia. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 41(2), 328-339.
- Carretero-García, A., Sánchez-Planell, L., Rusiñol-Estragués, J., Raich-Escursell, R.M. y Sánchez-Carracedo, D. (2009). Relevancia de factores de riesgo, psicopatología alimentaria, insatisfacción corporal y funcionamiento psicológico en pacientes con TCA. *Clínica y Salud*, 20(2), 145-157.
- Carver, C., & Connor-Smith, J. (2010). Personality and Coping. *Annual Review of Psychology*, 61, 679-704.

- Cash, T.F., Brown, T.A. (1987). Body image in anorexia nervosa and bulimia nervosa. *A review of the literature. Behavior Modification, 11*, 487-521.
- Casper, R.C. (1998) Depression and eating disorders. *Depression and Anxiety Journal, 8(1)*, 96-104.
- Cassin, S., & Ranson, M. (2005). Personality and eating disorders. *Clinical Psychology Review 25*, 895- 916.
- Castrillón, D., Luna, L. y Aguirre-Acevedo, D. (2007). Validación del Abbreviated Eating Attitudes Test (escala abreviada y modificada de las actitudes alimentarias) EAT-26-M para la población colombiana. En A. Ferrer e Y. Gómez (Eds.), *Evaluación e intervención en niños y adolescentes: Investigación y conceptualización* (pp. 93-116). Medellín, Colombia: La Carreta Editores.
- Castro, A. y Sánchez, M.P. (2000). Objetivos de vida y satisfacción autopercebida en estudiantes universitarios. *Psicothema, 12*, 87-92.
- Castro, J., Toro, J., Salamero, M., & Guimera, E. (1991). The Eating Attitudes Test: Validation of the Spanish version. *Psychological Assessment, 7(2)*, 175-190.
- Catalán, V.G., Sala, S.R. y Beguer, C.A. (1993). La educación para la salud: una propuesta fundamentada desde el campo de la docencia. *Enseñanza de las Ciencias Médicas, 11(3)*, 289-296.
- Cebrián Fernández, N. (2013). *Consumo de cannabis en universitarios: etapas de adquisición. Tesis Doctoral*. Girona: Universidad de Girona.
- Cervera, F., Serrano, R., Vico, C., Milla, M. y García, M. (2013). Hábitos alimentarios y evaluación nutricional en una población universitaria. *Nutrición Hospitalaria, 28(2)*, 438-446.
- Cervera, S., Lahortiga, F., Martínez-González, M.A., Gual, P., De Irala, J. y Alonso, Y. (2013). Neuroticism and low self-esteem as risk factors for incident Eating Disorders in a prospective cohort study. *International Journal of Eating Disorders, 33*, 271-280.
- Chacón-Quintero, G., Angelucci-Bastidas, L. y Quintero-Arjona, G. (2016). Autoconcepto físico y conductas alimentarias de riesgo en estudiantes universitarios. *Revista Ciencia Unemi, 9(17)*, 108-116.
- Chadwick, H.D. (1937). The diseases of the inhabitants of the Commonwealth. *The New England Journal of Medicine, 216*, 8-20.

- Charcot, J.M. (1890). *Oeuvres Complètes de J. M. Charcot. Leçons sur les maladies du système nerveux*. Recueillies et publiées par M.M. Babinski, Bernard, Féré, Guinon, Marie et Gilles de la Tourette. Tome III. Paris: Progrès médical-Lecrosnier et Babé, 1890.
- Chen, S., Kim, Y., & Gao, Z. (2014). The contributing role of physical education in youth's daily physical activity and sedentary behavior. *BMC Public Health*, 4(14), 110. doi: 10.1186/1471-2458-14-110
- Chinchilla, A. (1994). Revisión histórica de la Anorexia y Bulimia Nerviosas. En A. Chinchilla (Ed.), *Anorexia y Bulimia Nerviosas* (pp. 13-29). Madrid: Ergon.
- Chinchilla, A. (2005). *Trastornos de la conducta alimentaria. Anorexia y bulimia nerviosa, obesidad y atracones*. Barcelona: Masson.
- Claes, L., Müller, A., Norré, J., Van Assche, L., Wonderlich, S., & Mitchell, J.E. (2012). The relationship among compulsive buying, compulsive Internet use and temperament in a sample of female patients with Eating Disorders. *European Eating Disorders Review*, 20(2), 126-131.
- Clarke, J., Ramoz, N., Fladung, A.K., & Gorwood, P. (2016). Higher reward value of starvation imagery in anorexia nervosa and association with the Val66Met BDNF polymorphism. *Translational Psychiatry*, 6(6) 829-835.
- Cloninger C.R. (1987). A systematic method for clinical description and classification of personality variant: a proposal. *Archives of General Psychiatry*, 44, 573-588.
- Colgan, Y., Turnbull, D.A., Mikocka-Walus, A.A., & Delfabbro, P. (2010). Determinants of resilience to cigarette smoking among young Australians at risk: An exploratory study. *Tobacco Induced Diseases*, 8(1), 7. doi: 10.1186/1617-9625-8-7
- Coll, G., Rodríguez, A., Vargas, S., Roig, L., Alsina, N., Comalada, C., ... Garre, J. (2009). ejercicio físico y calidad de vida autopercebida en el anciano hipertenso. *Hipertensión y Riesgo Cardiovascular*, 26, 194-200. doi: 10.1016/j.hipert.2009.06.00
- Convenio entre la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia, a través de la Consejería de Sanidad y Consumo, y la Universidad de Murcia para la puesta en marcha del Proyecto Universidad Saludable (BORM nº 20, de 26 de enero de 2010). Disponible en: <http://www.borm.es/borm/documento?obj=anu&id=393184>

Convenio marco de colaboración entre la Universidad de Murcia y la Consejería de Sanidad y Política Social de la Región de Murcia para el desarrollo, ejecución y seguimiento del Proyecto de Universidad Saludable de la Universidad de Murcia (BORM nº 226, de 30 de septiembre de 2014). Disponible en: <http://www.borm.es/borm/documento?obj=anu&id=714798>

Cook-Darzens, S., & Doyen, C. (2006). *Anorexia, Bulimia: Pautas para prevenir, afrontar y actuar desde la infancia*. Barcelona: Amat.

Cook-Darzens, S., Doyen, C., Falissard, B., & Mouren, M. (2005). Self-perceived family functioning in 40 french families of anorexia adolescents: Implications for therapy. *European Eating Disorders Review, 13*, 223-236.

Cooper, M.J. (2005). Cognitive theory in anorexia nervosa and bulimia nervosa: progress, development and future directions. *Clinical Psychology Review, 25*, 511-531.

Cooper, M.J., Wells, A., & Todd, G. (2004). A Cognitive Model of Bulimia Nervosa. *British Journal of Clinical Psychology, 43*, 1-16.

Cooper, P.J., Taylor, M.J., Cooper, Z., & Fairburn, C.G. (1987). The development and validation of the Body Shape Questionnaire. *International Journal of Eating Disorders, 6*, 485-494.

Corera, C., Cabasés, J., Notivol, P., Sánchez, E., Pérez Jarauta, M.J., Elizalde, L., ... Aguinaga, M. (2006). *Estudio sobre salud, bienestar y calidad de vida de la comunidad universitaria de la Universidad Pública de Navarra. Informe preliminar. A. Encuesta al alumnado*. Pamplona: Universidad Pública de Navarra.

Correa, M.L., Zubarew, T., Silva, M.P. y Romero, M.I. (2006). Prevalencia de riesgo de trastornos alimentarios en adolescentes mujeres escolares de la Región Metropolitana. *Revista Chilena de Pediatría, 77*(2), 153-160.

Corstorphine, E., Mountford, V., Tomlinson, S., Waller, G., & Meyer, C. (2007). Distress tolerance in the eating disorders. *Eating Behaviors, 8*, 91-97.

Cortés, H.D., Díaz, A., Mejía, C. y Mesa, J.G. (2003). Trastornos de la alimentación: Su prevalencia y principales factores de riesgo en estudiantes universitarias de primer y segundo año. *Revista CES Medicina, 17*(1), 33-45.

Costa, M. y López, E. (2005). *Una estrategia para cambiar los estilos de vida*. Madrid: Pirámide.

Crisp, A.H. (1967). The possible significance of some behavioural correlates of weight and carbohydrate intake. *Journal of Psychosomatic Research, 11*, 117- 131.

- Crisp, A.H., & Stonehill, E. (1973). Aspects of the relationship between sleep and nutrition: A study of 375 psychiatric out-patients. *British Journal of Psychiatry*, 122, 379-394.
- Cruz, R.M., Ávila, M.L., Cortés, M.C., Vázquez, R. y Mancilla, J.M. (2008). Restricción alimentaria y conductas de riesgo de trastornos alimentarios en estudiantes de nutrición. *Psicología y Salud*, 18(2), 189-198. Disponible en: <http://revistas.uv.mx/index.php/psicysalud/article/viewFile/661/1160>
- Cruz-Sáez, M.S., Pascual, A., Etxebarria, I. Y Echeburúa, E. (2013). Riesgo de trastorno de la conducta alimentaria, consumo de sustancias adictivas y dificultades emocionales en chicas adolescentes. *Anales de Psicología*, 29(3), 724-733. doi: 10.6018/analesps.29.3.151041
- Cullen, W. (1772). *Synopsis nosologiæ methodicæ. In usum studiosorum* (2nd ed.). Edinburgi: A. Kincaid & W. Creech.
- Cummins, R. y Cahill, J. (2000). Avances en la comprensión de la calidad de vida subjetiva. *Intervención Psicosocial*, 9(2), 185-198. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/1798/179818249004.pdf>
- Davey, G.C.L., & Chapman, L. (2009). Disgust and eating disorder symptomatology in a non-clinical population: The role of trait anxiety and anxiety sensitivity. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 16, 268-275.
- Davies, E., & Furnham, A. (1986). Body satisfaction in adolescent girls. *British Journal of Medical Psychology*, 59, 279-287.
- Davis, C., Fox, J., Cowles, M., Hastings, P., & Schwass, K. (1990). The functional role of exercise in the development of weight and concerns in women. *Journal of Psychosomatic Research*, 34, 563-574.
- Davis, C., Katzman, D.K., Kaptein, S., Kirsh, C., Brewer, H., Kalmbach, K., ... Kaplan, A.S. (1997). The prevalence of high-level exercise in the eating disorders: etiological implications. *Comprehensive Psychiatry*, 38(6), 321-326.
- Davis, C., Kennedy, S.H., Ravelski, E., & Dionne, M. (1994). The role of physical activity in the development and maintenance of eating disorders. *Psychological Medicine*, 24, 957-967.
- Del Barrio, G.V. y Alonso, S.C. (1994). Búsqueda de sensaciones y consumo de drogas legales en escolares. *Clínica y Salud*, 1, 69-81.

- Delvenne, V., Kerkhofs, M., Appelboom-Fondu, J., Lucas, F., & Mendlewicz, J. (1992). Sleep polygraphic variables in anorexia nervosa and depression: a comparative study in adolescents. *Journal of Affective Disorders, 25*, 167-172.
- Denisoff, E. (2000). *The relationships among stress, coping, eating disorders, anxiety and depression. Doctoral Disertation*. Toronto: Library of York University.
- Denoth, F., Siciliano, V., Iozzo, P., Fortunato, L., & Molinaro, S. (2011). The association between overweight and illegal drug consumption in adolescents: Is there an underlying influence of the sociocultural environment? *Plos One, 6*(11), 1-8.
- Deter, H.C., Schellberg, D., Kopp, W., Friederich, H.C., & Herzog, W. (2005). Predictability of a favorable outcome in anorexia nervosa. *European Psychiatry, 20*(2), 165-172.
- Dever, G.E.A. (1977). An epidemiological model for health policy analysis. *Social Indicators Research, 2*, 453-466.
- Díaz, M.M., Carrasco, J.L., Prieto, L.R., & Saiz, R.J. (1999). El papel de la personalidad en los trastornos de la conducta alimentaria. *Actas Españolas de Psiquiatría, 27*(1), 43-50.
- Diener, E. (1998). *Subjective well-being and personality*. New York: Plenum Press.
- Domínguez Ardila, A. (2012). *Prevalencia de riesgo de trastornos de la conducta alimentaria en estudiantes que inician la vida universitaria. Tesis de Grado*. Chía, Cundinamarca, Colombia: Universidad de La Sabana.
- Dooley-Hash, S., Banker, J.D., Walton, M.A., Ginsburg, Y., & Cunningham, R.M. (2012). The prevalence and correlates of eating disorders among emergency department patients aged 14–20 years. *International Journal of Eating Disorders, 45*(7), 883-90.
- Dörr-Zegers, O. (1972). En torno a una perspectiva existencial de la psicoterapia. *Revista Chilena de Neuropsiquiatría, 11*(1), 47-55.
- Dörr-Zegers, O. (1997). Personalidad normal y anormal. En A. Heerlein (Ed.), *Personalidad y Psicopatología*. Santiago, Chile: Ediciones Sociedad de Neurología, Psiquiatría y Neurocirugía.
- Douglas, F., van Teijlingen, E., Torrance, N., Fearn, P., Kerr, A., & Meloni, S. (2006). Promoting physical activity in primary care settings: health visitors' and practice nurses' views and experiences. *Journal Advanced Nursing, 55*(2), 159-168.

- Dowson, J., & Hendersen, L. (2001). The validity of a short version of the Body Shape Questionnaire. *Psychiatry Research*, *102*(3), 263-271. doi: 10.1016/S0165-1781(01)00254-2
- Dubos, R. (1959). *The Mirage of Health: Utopias: Progress and Biological Change*. New York: Harper & Row.
- Dubos, R. (1967). *Man adapting*. New York: York University Press.
- Dueñas, J. (1999). Educación para la salud: bases psicopedagógicas. *Revista Cubana Educativa de Medicina Superior*, *13*(1), 92-98.
- Dunn H.L. (1977). What High Level Wellness Means. *Health Values*, *1*(1), 9-16.
- Dyson, R. y Renk, K. (2006). Freshmen adaptation to university life: Depressive symptoms, stress and doping. *Journal of Clinical Psychology*, *62*, 1231-1244.
- Eddy, K.T., Dorer, D.J., Franko, D.L., Tahilani, K., Thompson-Brenner, H., & Herzog, D. B. (2007). Should bulimia nervosa be subtyped by history of anorexia nervosa? A longitudinal validation. *International Journal of Eating Disorders*, *40*, 67-71.
- Edelstein, C., & Yager, J. (1992). *Eating disorders and affective disorders. Special problems in managing eating disorders (pp. 17-43)*. Washington: American Psychiatric Press.
- Engler, P.A., Crowther, J.H., Dalton, G., & Sanftner, J.L. (2006). Predicting Eating Disorder Group Membership: An Examination and Extension of the Sociocultural Model. *Behavior Therapy*, *37*, 69-79.
- Enns, M.W., Swenson, J.R., McIntyre, R.S., Swinson, R.P., & Kennedy, S.H. (2001). Clinical guidelines for the treatment of depressive disorders. VII. Comorbidity. *Canadian Journal of Psychiatry*, *46*(1), 77-90.
- Epling, W.F., Pierce, W.D., & Stefan, L. (1983). A theory of activity based anorexia. *International Journal of Eating Disorders*, *3*, 27-46.
- Espinoza, L., Rodríguez, F., Gálvez, J. y MacMillan, N. (2011). Hábitos de alimentación y actividad física en estudiantes universitarios. *Revista Chilena de Nutrición*, *38*(4), 458-465. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/469/46922443009.pdf>
- Etxeberria, Y., González, N., Padierna, J.Á., Quintana, J.M. y Ruiz de Velasco, I. (2002). Calidad de vida en pacientes con trastornos de alimentación. *Psicothema*, *14*(2) 399-404.

- European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, EMCDDA (2011). *Annual report on the state of the drugs problem in Europe*. Available in: <http://www.emcdda.europa.eu/publications/annual-report/2011>
- Ewing, J.A. (1984). Detecting alcoholism: The CAGE questionnaire. *JAMA*, 252, 1905-1907.
- Ewing, J.A. (2002). CAGE questionnaire. In A.J. Rush, H.A. Pincus, M.B. First, D.A. Zarin, D. Blacker, J. Endicott et al. (Eds.), *Handbook of Psychiatric Measures*. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Ezzati, M., & López, A.D. (2003). Estimates of global mortality attributable to smoking in 2000. *Lancet*, 362(9387), 847-852.
- Fairburn, C.G. (1985). Cognitive-behavioral treatment for bulimia. In D.M. Garner, & P.E. Garfinkel (Eds.), *Handbook of treatment for eating disorders* (pp. 160-192). New York: Guilford Press.
- Fairburn, C.G. (1995). *Overcoming binge eating*. New York: Guilford Press.
- Fairburn, C.G., & Beglin, S.J. (1994). Assessment of eating disorders: interview or self-report questionnaire? *International Journal of Eating Disorders*, 16, 363-370.
- Fairburn, C.G., & Cooper, M. (1982). Self-induced vomiting and bulimia nervosa: An undetected problem. *British Medical Journal*, 248, 1153-1155.
- Fairburn, C.G., Cooper, Z., Doll, H.A., Norman, P., & O'Connor, M. (2000). The natural course of bulimia nervosa and binge eating disorder in young women. *Archives of General Psychiatry*, 57, 659-665.
- Fairburn, C.G., Cooper Z., Doll, H.A., & Welch, S.L. (1999). Risk factors in anorexia nervosa: three integrated case-control comparisons. *Archives of General Psychiatry*, 56, 468-76.
- Fairburn, C.G., Cooper, Z., & Shafran, R. (2003). Cognitive Behaviour therapy for eating disorders: a "transdiagnostic" theory and treatment. *Behaviour Research and Therapy*, 41, 509-528.
- Fairburn, C.G., & Harrison, P.J. (2003). Eating Disorders. *Lancet*, 361(9355), 407-416.
- Fairburn, C.G., Jones, R., Peveler, R.C., Carr, S.J., Solomon, R.A., O'Connor, M.E. et al. (1991). Three psychological treatments for bulimia nervosa. A comparative trial. *Archives of General Psychiatry*, 48(5), 463-469.

- Fairburn, C.G., Shafran, R. & Cooper, Z. (1998). A cognitive behavioral theory of anorexia nervosa. *Behavior Research and Therapy*, 37, 1-13.
- Fairburn, C.G., & Wilson, W.T (1993). *Binge Eating: Nature, Assessment and Treatment*. New York: Guilford Press.
- Fajardo, E., Camargo, Y., Buitrago, E., Peña, L. y Rodríguez, L. (2016). Estado nutricional y preferencias alimentarias de una población de estudiantes universitarios en Bogotá. *Revista Médica*, 24(2), 58-65.
- Fassino, S., Leombruni, P., Daga, G., Brustolin, A., Migliaretti, G., Cavallo, F. et al. (2002). Efficacy of citalopram in anorexia nervosa: a pilot study. *European Neuropsychopharmacology*, 12(5), 453-459.
- Feighner J.P., Robins E., & Guze S.B. (1972). Diagnostic criteria for use in psychiatric research. *Archives of General Psychiatry*, 26, 57-63.
- Fernández, A.M., Celis-Atenas, K., Córdova-Rubio, N., Dufey, M., Corrêa Varella, M.A. y Benedetti Piccoli Ferreira, J.H. (2013). Sexualidad juvenil: prácticas, actitudes y diferencias según sexo y variables de personalidad en universitarios chilenos. *Revista Médica de Chile*, 141(2), 160-166. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872013000200003
- Fernández Villa, T., Alguacil Ojeda, J., Ayán Pérez, C., Bueno Cavanillas, A., Cancela Carral, J. M., Capelo Álvarez, R., ... Mateos Campos, R. (2013). Proyecto UNIHCOS: cohorte dinámica de estudiantes universitarios para el estudio del consumo de drogas y otras adicciones. *Revista Española de Salud Pública*, 87(6), 575-585.
- Fernández-Aranda, F., Jiménez-Murcia, S., Álvarez-Moya, E.M., Granero, R., Vallejo, J., & Bulik, C.M. (2006). Impulse control disorders in eating disorders: clinical and therapeutic implications. *Comprehensive Psychiatry*, 47(6), 482-488.
- Ferreira, S. (1998). *Perturbações do comportamento alimentar: Estudo da prevalência junto de uma população universitária feminina*. Braga: Universidade do Minho.
- Fichter, M.M., & Quadflieg, N. (1997). Six-year course of bulimia nervosa. *International Journal Eating Disorders*, 22, 361-384.
- Fichter, M.M. & Quadflieg, N. (2007). Long term stability of eating disorder diagnoses. *International Journal of Eating Disorders*, 40, 61-66.

- Field, A.E., Camargo, C.A., Taylor, C.B., Berkey, C.S., Roberts, S.B., & Colditz, G.A. (2001). Peer, parent and media influences on the development of weight concerns and frequent dieting among preadolescent and adolescent girls and boys. *Journal of Pediatrics*, 138(2), 181-187.
- Field, A.E., Cheung, L., Wolf, A.M., Herzog, D.B., Gortmaker, S.L., & Colditz, G. A. (1999). Exposure to the mass media and weight concerns among girls. *Pediatrics*, 103(3), E36.
- Filaire, E., Rouveix, M., Bouget, M., & Pannafieux, C. (2007). Prévalence des troubles du comportement alimentaire chez le sportif. Prevalence of eating disorders in athletes. *Sciences Sports*, 22, 135- 142.
- Fischer, S., Smith, G.T., & Cyders, M.A. (2008). Another look at impulsivity: A meta-analytic review comparing specific dispositions to rash action in their relationship to bulimic symptoms. *Clinical Psychology Review*, 28(8), 1413-1425.
- Flament, M.F., Godart, N.T., Fermanian, J.Y, & Jeammet, P. (2001). Predictive factors of social disability in patients with eatings disorders. *Eating and Weight Disorders*, 6, 99-106.
- Folkman, S. y Lazarus, R.S. (1986). *Estrés y procesos cognitivos*. Barcelona: Martínez Roca.
- Fornari, V., Kaplan, M., Sandberg, D.E., Matthews, M., Skolnick, N., & Katz, J.L. (1992). Depressive and anxiety disorders in anorexia nervosa and bulimia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 12(1), 21-29.
- Fragkos, K.C., & Frangos, C.C. (2013). Assessing eating disorder risk: the pivotal role of achievement anxiety, depression and female gender in non-clinical samples. *Nutrients*, 5(3), 811-828. doi: 10.3390/nu5030811
- Franco, K., Martínez, A.G., Díaz, F.J., López-Espinoza, A., Aguilera, V. y Valdés, E. (2010). Conductas de riesgo y sintomatología de trastornos del comportamiento alimentario en estudiantes universitarios del Sur de Jalisco, México. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios*, 1, 102-111. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2007-15232010000200002
- Freud, S. (1892/3). Un caso de curación hipnótica. Y algunas observaciones sobre la génesis de síntomas histéricos por voluntad contraria. En L. López-Ballesteros (Ed.). (1988). *Freud-Obras Completas. Vol. I: Estudios sobre la histeria y otros ensayos*. Buenos Aires: Hyspamerica.

- Freud, S. (1895). Historiales Clínicos. La señora Emmy von N. En L. López-Ballesteros (Ed.). (1988). *Freud - Obras Completas. Vol. I: Estudios sobre la histeria y otros ensayos*. Buenos Aires: Hyspamerica
- Freud, S. (1988). *Obras completas*. Buenos Aires: Hyspamérica.
- Futch, L.S., Wingard, D.L., & Felice, M.E. (1988). Eating pattern disturbances among women medical and graduate students. *Journal of Adolescents Health Care, 9*, 378-383.
- Gadalla, T., & Piran, N. (2007). Eating disorders and substance abuse in Canadian men and women: A national study. *Journal of Eating Disorders, 15*, 189-203.
- Gadalla, T.M. (2008). Psychiatric comorbidity in eating disorders: a comparison of men and women. *Journal of Men's Health, 5*(3), 209-217.
- Galán, A., Blanco, A. y Pérez, M. (2000). La calidad de vida en salud: un análisis conceptual. *Clínica y Salud, 11*(3), 309-328.
- Galarsi, M.F., Ledezma, C., De Bortoli, M.Á., & Correche, M. S. (2009). Rasgos de personalidad y trastornos de la conducta alimentaria en estudiantes universitarias. *Fundamentos en Humanidades, 19*, 157-166. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/184/18411965009.pdf>
- Gandarillas, A., Zorrilla, B., Muñoz, P., Sepúlveda, A.R., Galán, I. y León, C. (2002). Validez del Eating Attitudes test (EAT-26) para cribado de trastornos del comportamiento alimentario. *Gaceta Sanitaria, 1*, 40-42.
- García, A., Sáez, J. y Escarbajal, A. (2000). *Educación para la Salud: la apuesta por la calidad de vida*. Madrid: Arán.
- García, A.M., & De Simone, C.J. (2003). Some features of mothers of patients with eating disorders. *Eating and Weight Disorders, 8*, 225-230. doi: 10.1007/BF03325018
- García, C., Calvo, F., Carbonell, X. y Giralt, C. (2017). Consumo intensivo de alcohol y conductas sexuales de riesgo en población universitaria. *Health and Addictions/Salud y Drogas, 17*(1), 63-71. Disponible en: <http://ojs.haaj.org/index.php/haaj/article/viewFile/282/280>
- García, C.R. y Díaz, M.G. (2014). Dependencia al ejercicio físico y trastornos de la conducta alimentaria. *Apuntes de Psicología, 32*(1), 25-32.

- García, J., Solbes, I., Expósito, E. y Navarro, E. (2012). Imagen corporal y riesgo de trastornos de la conducta alimentaria en población universitaria española: diferencias de género. *Revista de Orientación Educativa*, 26(50), 31-46.
- García de Albéniz, X.A., Guerra-Gutiérrez, F., Ortega-Martínez, R., Sánchez-Villegas, A., & Martínez-González, M.A. (2004). Smoking among a cohort of Spanish university graduates. The SUN Project. *Gaceta Sanitaria*, 18(2), 108-117.
- García Ferrando, M. (1990). *Aspectos sociales del deporte: Una reflexión sociológica*. Madrid: Alianza, Consejo Superior de Deportes.
- García Martín, M.A. (2002). El bienestar subjetivo. *Escritos de Psicología*, 6, 18-39.
- García-Viniegras, C. y González, I. (2000). La categoría bienestar psicológico, su relación con otras categorías sociales. *Revista Cubana de Medicina Integral*, 16(6), 586-592.
- Garner, D.M. (1993). Pathogenesis of Anorexia Nervosa. *Lancet*, 341(8861),1631-1635.
- Garner, D.M., & Bemis, K.M. (1982). A cognitive behavioral approach to anorexia nervosa. *Cognitive Therapy Research*, 6, 1-27.
- Garner, D.M., & Garfinkel, P.E. (1979). The Eating Attitudes Test: An index of the symptoms of Anorexia Nervosa. *Psychological Medicine*, 9, 273-279.
- Garner, D.M., & Garfinkel, P.E (1997). *Handbook of treatment for eating disorders*. New York: Guilford Press.
- Garner, D.M., Olmsted, M.P., Bohr, Y., & Garfinkel, P.E. (1982). The Eating Attitudes Test: Psychometric features and clinical correlates. *Psychological Medicine*, 12, 871-878.
- Garner, D.M., Olmsted, M.P., & Polivy, J. (1983). Development and validation of a multidimensional eating disorder inventory for anorexia nervosa and bulimia. *International Journal of Eating Disorders*, 2, 15-34.
- Geist, R., Davis, R., & Heinmaa, M. (1988). Binge/purge symptoms and comorbidity in adolescents with eating disorders. *Canadian Journal of Psychiatry*, 43, 507-12.
- Gerhardt, C., Britto, M., Mills, L., Biro, F., & Rosenthal, S. (2003). Stability and Predictors of health-related quality of life of inner-city girls. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics*. 24(3),309-328.
- Gil, M.D. y Ballester, R. (2002). Inicio temprano de consumo de alcohol entre niños de 9 a 14 años. *Análisis y Modificación de Conducta*, 28(118), 165-211.

- Gil Madrona, P., González Villora, S., Vicedo, P., Carlos, J. y Fernández Bustos, J.G. (2016). Actividad física y hábitos relacionados con la salud en los jóvenes: estudio en España. *Revista Reflexiones*, 89(2), 147-161.
- Gilles de la Tourette, G. (1895). *Traité clinique et thérapeutique de l'hystérie d'après l'enseignement de La Salpêtrière*. Paris: Plon.
- Girón Daviña, P. (2010). *Los determinantes de la salud percibida en España*. Tesis Doctoral. Madrid: Universidad Complutense de Madrid.
- Gismero, E. (2001). Evaluación del autoconcepto, la satisfacción con el propio cuerpo y las habilidades sociales en la anorexia y bulimia nerviosas. *Clínica y Salud*, 12(3), 289-304. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/1806/180618319001.pdf>
- Godart, N.T., Flament, M.F., Curt, F., Perdereau, F., Lang, F., Venisse, J.L., ... Fermanian J. (2003). Anxiety disorders in subjects seeking treatment for eating disorders: A DSM-IV controlled study. *Psychiatry Research*, 117(3), 245-258.
- Godart, N.T., Flament, M.F., Perdereau, F., & Jeammet, P. (2002). Comorbidity between eating disorders and anxiety disorders: a review. *International Journal Eating Disorders*, 32(3), 253-270.
- Godart, N.T., Perdereau, F., Curt, F., Lang, F., Venisse, J., Halfon, O., ... Flament, M. (2004). Predictive factors of social disability in anorexic and bulimic patients. *Eating and Weight Disorders*, 9(4), 249-57.
- Godier, R., & Park, R. (2015). A new scale measures compulsive food restriction. *Eating Disorders Review*, 26(3), 10-13.
- Godoy, J. (1999). Psicología de la Salud: delimitación conceptual. En M.A. Simón (Ed.), *Manual de psicología de la salud: Fundamentos, metodología y aplicaciones* (pp. 39-75). Madrid: Biblioteca Nueva.
- Godt, K. (2008). Personality disorders in 545 patients with eating disorders. *European Eating Disorders Review*, 16(2), 94-99.
- Goldstein, D.J., Wilson, M.G., Thompson, V.L., Potvin, J.H., & Rampey, A.H. (1995). Long-term fluoxetine treatment of bulimia nervosa. Fluoxetine Bulimia Nervosa Research Group. *British Journal of Psychiatry*, 166(5), 660-666.

- Gómez, L.F., Mateus, J.C. y Cabrera, G. (2004). Leisure-time physical activity among women in a neighbourhood in Bogotá, Colombia: Prevalence and socio-demographic correlates. *Cadernos de Saúde Pública*, 20, 1103-1109.
- Gómez, M. (1988). Teoría y guía práctica para la Promoción de Salud. Montreal: Universidad de Montreal.
- Gómez, M.A. (2007). *Bulimia*. Madrid: Síntesis.
- Gómez, Z., Landeros, P., Romero, E., & Troyo, R. (2016). Estilos de vida y riesgos para la salud en una población universitaria. *Revista de Salud Pública y Nutrición*, 15(2), 9-14.
- Gómez Domínguez, J.I. y Salazar Hernández, N. (2010). *Hábitos alimenticios en estudiantes universitarios de Ciencias de la Salud de Minatitlán. Tesis de Licenciatura*. Minatitlán: Universidad Veracruzana.
- Góngora, V.C. y Casullo, M.M. (2008). Conductas y cogniciones relacionadas con los trastornos de la conducta alimentaria en estudiantes universitarios. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 17(3), 265-272.
- Goñi, G. y Rodríguez, A. (2004). Trastornos de la conducta alimentaria, práctica deportiva y autoconcepto físico en adolescentes. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 32(1), 29-36.
- González, N., Padierna, A., Quintana, J.M., Aróstegui, I. y Horcajo, M.J. (2000). Calidad de vida de los pacientes afectados de trastornos de la alimentación. *Gaceta Sanitaria*, 15(1), 18-24.
- González Arratia, N.I., Valdez, J.L. y Serrano J.M. (2015). Autoestima en jóvenes universitarios. *Ciencia Ergo Sum*, 10(2), 173-179.
- González-Enríque, J., Salvador-Llivina, T., López-Nicolás, A., Antón De Las Heras, E., Musin, A., Fernández, E., ... Pérez-Escolan, I. (2002). Morbilidad, mortalidad y costes sanitarios evitables mediante una estrategia de tratamiento del tabaquismo en España. *Gaceta Sanitaria*, 16(4), 308-317.
- Gopalakrishnan, S., Ganeshkumar, P., Prakash, M.V., Amalraj, C.V. (2012). Prevalence of overweight/obesity among the medical students, Malaysia. *Medical Journal of Malaysia*, 67(4), 442-444.
- Gordon, R.A (1990). *Anorexia y bulimia. Anatomy of a Social Epidemic*. Cambridge: Basil Blackwell.

- Gorin, A.A., Le Grange, D., & Stone, A.A. (2003). Effectiveness of spouse involvement in cognitive behavioral therapy for binge eating disorder. *International Journal Eating Disorders, 33*(4), 421-433.
- Gowers, S., Pilling, S., Treasure, J., Fairburn, C., Palmer B., Bell, L., ... Schmidt, U. (2004). *Eating disorders: Core interventions in the treatment and management of anorexia nervosa, bulimia nervosa and related eating disorders*. Leicester: The British Psychological Society and Gaskell.
- Graham, H. (2004). Social determinants and their unequal distribution: clarifying policy understandings. *Milbank Quarterly, 82*, 101-124.
- Gray, L., & Leyland, A.H. (2008). Overweight status and psychological well-being in adolescent boys and girls: a multilevel analysis. *European Journal of Public Health, 18*(6), 616-621. doi: 10.1111/j.0887-378X.2004.00303.x
- Gross, J.J., Richards, J.M., & John, O.P. (2006). *Emotion regulation in everyday life*. In D.K. Snyder, J.A. Simpson, & J.N. Hughes (Eds.), *Emotion regulation in families: Pathways to dysfunction and health*. Washington DC: American Psychological Association.
- Grubb, H.J., Sellers, M.I., & Waligroski, K. (1993). Factors related to depression and eating disorders: self-esteem, body image, and attractiveness. *Psychological Reports, 72*(3), 1003-1010.
- Grylli, V., Wagner, G., Hafferl-Gattermayer, A., Schober, E., & Karwautz, A. (2005). Disturbed eating attitudes, coping styles, and subjective quality of life in adolescents with Type 1 diabetes. *Journal of Psychosomatic Research, 59*, 65-72.
- Gual, P., Pérez-Gaspar, M., Martínez-González, M.A., Lahortiga, F., Irala-Estévez, J.D., & Cervera-Enguix, S. (2002). Self-esteem, personality, and eating disorders: Baseline assessment of a prospective population-based cohort. *International Journal Eating Disorders, 31*, 261-273.
- Guidano, V.F., & Liotti, G. (1983). *Cognitive processes and emotional disorders*. New York: Guilford Press.
- Gull, W.W. (1874). On a cretinoid state supervening in adult life in women. *Transactions of the Clinical Society of London, 7*, 180-185.

- Gunay, Y., Cavas, B., & Hamurcu, H. (2015). Pre-service teachers' views on the environmental education, human brain and genetics, health and sexual education. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 167, 141–151. Available in: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1877042814068025>
- Gutiérrez, R., Mora, J., Unikel, C., Villatoro, J. y Medina-Mora, M.E. (2001). El consumo de drogas en una muestra de mujeres estudiantes que presentan conductas alimentarias de riesgo. *Salud Mental*, 24, 55-61.
- Hall, W., & Degenhardt, L. (2006). Cannabis use and the mental health of young people. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 40, 105-113.
- Halmi, K., Eckert, E., Marchi, P., Sampugnaro, V., Apple, R., & Cohen, J. (1991). Comorbidity of psychiatric diagnoses in anorexia nervosa. *Archives of General Psychiatry*, 48, 712-18.
- Halmi, K.A., Tozzi, F., Thornton, L.M., Crow, S., Fichter, M.M., Kaplan, A.S., ... Bulik, C.M. (2005). The relation among perfectionism, obsessive-compulsive personality disorder and obsessive-compulsive disorder in individuals with eating disorders. *International Journal Eating Disorder*, 38(4), 371-374. doi: 10.1002/eat.20190
- Hamer, D. y Copeland, P. (1998). *El misterio de los genes*. Buenos Aires: Javier Vergara.
- Hamilton, M. (1967). Development of a rating scale for primary depressive illness. *British Journal of Social and Clinical Psychology*, 6, 278-296.
- Harris, N., Gee, D., d'Acquisto, D., Ogan, D., & Pritchett, K. (2015). Eating disorder risk, exercise dependence, and body weight dissatisfaction among female nutrition and exercise science university majors. *Journal of Behavioral Addictions*, 4(3), 206-209.
- Harrison, K., & Cantor, J. (1997). The relationship between media consumption and eating disorders. *Journal of Communication*, 47(1), 40-67.
- Harrop, E.N., & Marlatt, G.A. (2010). The comorbidity of substance use disorders and eating disorders in women: Prevalence, etiology, and treatment. *Addictive Behaviors*, 35(5), 392-398. doi:10.1016/j.addbeh.2009.12.016
- Hart, K.J. & Ollendick, T.H. (1985). Prevalence of bulimia in working and university women. *American Journal of Psychiatry*, 142, 851-854.
- Hatsukami, D., Eckert, E., Mitchell, J. & Pyle, R. (1984) Affective disorder and substance abuse in women with bulimia. *Psychological Medicine*, 14, 701-704.

- Hayaki, J., Friedman, M. & Brownell, K. (2002). Emotional expression and body dissatisfaction. *International Journal of Eating Disorders*, 31, 57-62.
- Heatherton, T.F & Polivy, J. (1992). Chronic dieting and eating disorders: A spiral model. En J. Crowther et al. (eds.) *The etiology of bulimia: The individual and familial context*. Washington DC: Hemisphere.
- Herdman, M., Badia, X. y Berra, S. (2001). El EuroQol-5D: una alternativa sencilla para la medición de la calidad de vida relacionada con la salud en atención primaria. *Atención Primaria*, 28(6), 425-430.
- Hernán, M., Ramos, M. y Fernández, A. (2002). *Salud y juventud*. Madrid: Consejo de la Juventud de España, Escuela Andaluza de Salud Pública.
- Hernández, J.M. (2005) Ansiedad ante los exámenes: una evaluación de sus manifestaciones en los estudiantes universitarios españoles. PAU. Education 13-18.
- Hernández-Cortés, L. M. y Londoño, C. (2013). Imagen corporal, IMC, afrontamiento, depresión y riesgo de TCA en jóvenes universitarios. *Anales de Psicología*, 29(3), 748-761.
- Herpertz-Dahlmann, B. (1987). Adolescent eating disorders: definitions, symptomatology, epidemiology and comorbidity. *Child Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 18(1), 31-47.
- Herrera Gutiérrez, E. (1992). *Ejercicio físico y ciclo menstrual: Cambios hormonales, psicofisiológicos y sintomatología asociada al ciclo menstrual humano*. Tesis Doctoral. Murcia: Universidad de Murcia. Disponible en: <http://hdl.handle.net/10201/32836>
- Herrera Gutiérrez, E. (1994). *Ejercicio físico y ciclo menstrual: Cambios hormonales, psicofisiológicos y sintomatología asociada al ciclo menstrual humano*. Murcia: Secretariado de Publicaciones, Universidad de Murcia. Disponible en: <http://hdl.handle.net/10201/34737>
- Herrera-Gutiérrez, E., Brocal, D., Sánchez-Mármol, D.J. y Rodríguez, J.M. (2012). Relación entre actividad física, depresión y ansiedad en adolescentes. *Cuadernos de Psicología del Deporte*, 12(Supl. 2), 31-38.

- Herrera-Gutiérrez, E., & Gómez-Amor, J. (1995). Differences in personality and menstrual variables between physically active and sedentary women. *Personality and Individual Differences, 19*(3), 389-392. Available in: en: [http://dx.doi.org/10.1016/0191-8869\(95\)00071-D](http://dx.doi.org/10.1016/0191-8869(95)00071-D)
- Herrera-Gutiérrez, E. y Gómez-Amor, J. (1996). Diferencias psicofisiológicas y de personalidad entre mujeres deportistas y sedentarias. En E. Pérez Córdoba y J.C. Caracuel (Eds.), *Psicología del deporte. Investigación y aplicación* (pp. 155-159). Málaga: Instituto Andaluz del Deporte. Junta de Andalucía.
- Herrera-Gutiérrez, E., Gómez-Amor, J., Zamora, S. y Sastre, J. (1993). Ejercicio físico y ciclo menstrual: Cambios hormonales, psicofisiológicos y sintomatología menstrual. *Vigilia-Sueño, 3*, 40.
- Herrera-Gutiérrez, E. y López-Martí, F. (2016). Estilos de vida saludables en estudiantes universitarios. En *Actas del II Congreso Internacional en Contextos Clínicos y de la Salud, vol. 3*. Almería: ASUNIVEP. Disponible en: <http://formacionasunivep.com/ciccs2016/>
- Herrera-Gutiérrez, E. y Lozano, A. (2013). Proyecto de Universidad Saludable de la Universidad de Murcia. En H. Arroyo (Ed.), *El Movimiento Iberoamericano de Universidades Promotoras de la Salud: Concepción y Práctica*. San Juan, Puerto Rico: La Editorial, Universidad de Puerto Rico.
- Herrera-Gutiérrez, E., Lozano, A., Sánchez-Mora, M.I., Gutiérrez, J.J., Pérez, A. y Zamora, J. (2011). Estrategia intersectorial para la promoción de la salud en la Universidad de Murcia. Ponencia presentada en el *V Congreso Internacional y I Nacional de Universidades Promotoras de la Salud*. San José, Costa Rica, 5-7 octubre 2011.
- Herrera-Gutiérrez, E., Olmos, M. y Brocal, D. (2015). Efectos psicológicos de la práctica del Método Pilates en una muestra universitaria. *Anales de Psicología, 31*(3), 916-920. doi: 10.6018/analesps.31.3.170101
- Herrero, M., Viña, C.M., & Ramírez, G. (2010). Eating attitudes and their relation with drug consumption in a university sample. *European Journal of Psychiatry, 24*(1), 9-17.
- Herzog, D. (1984). Are anorexic and bulimic patients depressed? *American Journal of Psychiatry, 141*, 1594-1597.

- Herzog, D.B., Greenwood, D.N., Dorer, D.J., Floes, A.T., Ekeblad, E.R. Richards, A., ... Keller, M.B. (2000). Mortality in Eating Disorders: A Descriptive Study. *International Journal of Eating Disorders*, 29, 20-26.
- Herzog, D.B., Keller, M.B., Lavori, P.W., Kenny, G.M, & Sacks N.R. (1992). The prevalence of personality disorders in 210 women with eating disorders. *Journal Clinical Psychiatry*, 53(5), 147- 152.
- Herzog, D.B., Nussbaum, K.M., & Marmor, A.K. (1996). Comorbidity and outcome in eating disorders. *Psychiatric Clinical North America* 19(4), 843-859.
- Hesse-Biber, S., Leavy, P., Quinn, C., & Zoino, J. (2006). The mass marketing of disordered eating and Eating Disorders: the social psychology of women, thinness and culture. *Women's Studies International Forum*, 29, 208-224.
- Hilbert, A., & Tuschen-Caffier, B. (2004). Body image interventions in cognitive-behavioural therapy of binge-eating disorder: a component analysis. *Behaviour Research Therapy*, 42(11), 1325-1339.
- Ho, E.V., Klenotich, S.J., McMurray, M.S., & Dulawa, S.C. (2016). Activity-Based Anorexia Alters the Expression of BDNF Transcripts in the Mesocorticolimbic Reward Circuit. *Plos One*, 11(11), 18. doi: 10.1371/journal.pone.0166756
- Hoffman, D., Policastro, P., Quick, V., & Lee, S. (2006). Changes in body weight and fat mass of men and women in the first year of college. *Journal of American College Health*, 55(1), 41-45.
- Holderness, C., Brooks-Gunn, J., & Warren, M. (1994). Comorbidity of eating disorders and substance abuse review of the literature. *International Journal Eating Disorders*, 6(1), 1-34.
- Hooper, R. (1798). *A compendious medical dictionary: Containing an explanation of the terms in anatomy, physiology, surgery, materia medica, chemistry, and practice of physic. Collected from the most approved authors by R. Hooper.* London: Murray and Highley.
- Hudson J.I., Hiripi E., Pope H.G., & Kessler R.C. (2007). The prevalence and correlates of eating disorders in the NCS Replication. *Biological Psychiatry*, 61, 348–358.
- Hudson, J.I., & Pope, H.G. (1987). A controlled study of lifetime prevalence of affective and other psychiatric disorders in bulimic outpatients. *American Journal Psychiatry*, 144, 1283-1287.

- Hudson, J.I., Pope, H.G. Jr., Jonas, J.M., Srokes, J.W., Grochocinski, V., Lipinski, J.F., & Kupfer, D.J. (1987). Sleep EEG in bulimia. *Biological Psychiatry*, 22, 820-828.
- Hultquist, C., Duckham, R., Stinson, C., & Thompson, D. (2009). College Physical activity is related to midlife activity levels in women. *Journal of Exercise Physiology Online*, 12(4), 1-7. Available in: <http://digitalcommons.kennesaw.edu/facpubs/2577>
- Inel, D., Günay, Y., Evrekli, E., & Hamurcu, H. (2011). Pre-service Teachers' Opinions about the Effects of Harmful Habits, Drug Use and Physical Activities on Human Health. *Western Anatolia Journal of Educational Science*, 349-358. Available in: http://webb.deu.edu.tr/baed/giris/baed/ozel_sayi/317-322.pdf
- Irazusta, A., Hoyos, I., Díaz, E., Irazusta, J., Gil, J. y Gil, S. (2007). Alimentación de estudiantes universitarios. *Osasunaz, Cuadernos de Ciencias de la Salud*, 8, 7-18.
- Isomma, A.L., Isomma, R., Marttunen, M., & Kaltiala-Heino, R. (2010). Obesity and eating disturbances are common in 15 year old adolescents. A two step interview study. *Nordic Journal of Psychiatry*, 64(2), 123-129.
- Janet, P. (1908). *Les obsessions et la psychasthénie*. Paris: Alcan.
- Jansen, A. (1998). A learning model of binge eating: Cue reactivity and cue exposure. *Behavior Research and Therapy*, 36(3), 257-272.
- Jiménez-Muro, A., Beamonte, A., Marqueta, A., Gargallo, P. y Nerín I. (2009). Consumo de drogas en estudiantes universitarios de primer curso. *Adicciones*, 21(1), 21-28.
- Jiménez-Torres, M.G., Guerrero-Ramos, D. y López-Sánchez, M. (2013). Publicaciones sobre Educación para la Salud en las instituciones educativas españolas. *Revista Iberoamericana de Psicología y Salud*, 4(2), 65-67. 4. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/2451/245128059004.pdf>
- John, O.P., & Gross, J.J. (2004). Healthy and unhealthy emotion regulation: Personality processes, individual differences, and lifespan development. *Journal of Personality*, 72, 1301-1334.
- Johnson, K.M. (2016). *Examining eating disorder pathology through the interpersonal expression of perfectionism and contingent self-esteem*. Doctoral Dissertation. Statesboro, GA: Georgia Southern University.

- Jorquera, M., Baños, R.M., Botella, C., Guillén, V., Moliner, R. y Marco, J.H. (2010). Un taller de prevención de los trastornos de la conducta alimentaria en la Comunidad Valenciana. En *Interpsiquis 2010: 11º Congreso Virtual de Psiquiatría*. Disponible en: <http://www.psiquiatria.com/bibliopsiquis/un-taller-de-prevencion-para-los-trastornos-de-la-conducta-alimentaria-en-la-comunidad-valenciana/>
- Joshi, R., Herman, C.P., & Polivy, J. (2004). Self-Enhancing Effects of Exposure to Thin-Body Images. *International Journal of Eating Disorders*, 35,333-341.
- Jourdan, D., Samdal, O., Diagne, F., & Carvalho, G. (2008). The Future of Health Promotion in Schools Goes Through The Strengthening of Teacher Training at a Global Level. *Promotion and Education*, 15(3), 36-38.
- Kaye, W.H., Bulik, C.M., Thornton, L., Barbarich, N., & Masters, K. (2004). Comorbidity of anxiety disorders with anorexia and bulimia nervosa. *American Journal of Psychiatry*, 161, 2215-2221.
- Keilen, M., Treasure, T., Schmidt, U., & Treasure, J. (1994). Quality of life measurements in eating disorders, angina, and transplant candidates: are they comparable? *Journal of Royal Society of Medicine*, 87, 441-444.
- Kelly-Weeder, S., & Edwards, E. (2011). Co-occurring Binge Eating and Binge Drinking in College Women. *Journal for Nurse Practitioners*, 7(3), 207-213.
- Kendzor, D.E., Adams C.E., Stewart, D.W., Baillie, L.E., & Copeland, A.L. (2009). Cigarette smoking is associated with body shape concerns and bulimia symptoms among young adult females. *Eating Behaviors*, 10(1), 56-58.
- Keski-Rahkonen, A., Hoek, H.W., Susser, E.S., Linna, M.S., Sihvola, E., Raevuori, A., ... Rissanen, A. (2007). Epidemiology and Course of Anorexia Nervosa in the Community. *American Journal of Psychiatry*, 164(8), 1259-1265.
- Kestemberg, E., Kestemberg, J., & Decobert, S. (1972). *La faim et le corps: Une étude psychanalytique de l'anorexie mentale*. Paris: PUF.
- Kim, J., Singer, R. N., Chung, S., Lee, A., Moon, D., & Kim, W. (2004). Mood alteration related to aerobic, anaerobic and rhythmic exercises. *Journal of Human Movement Studies*, 47(2), 105-117.
- Klein, M. (1989). *El complejo de Edipo a la luz de las ansiedades tempranas. Obras completas. Libro I*. Madrid: Paidós.

- Knoops, K.T., de Groot, L.C., Kromhout, D., Perrin, A.E., Moreiras-Varela, O., Menotti, A., & van Staveren, W.A. (2004). Mediterranean diet, lifestyle factors, and 10-year mortality in elderly European men and women: the HALE project. *JAMA*, 292(12), 1433-1439. doi:10.1001/jama.292.12.1433
- Krieger, N. (2001). Theories for social epidemiology in the 21st century: an ecosocial perspective. *International Journal of Epidemiology*, 30(4), 668-677.
- Krieger, N. (2002). Glosario de epidemiología social. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 11(5-6), 480-490.
- Krug, I., Treasure, J., Anderluh, M., Bellodi, L., Cellini, E., di Bernardo, M., ... Fernández-Aranda, F. (2008). Present and lifetime comorbidity of tobacco, alcohol and drug use in eating disorders: A European multicenter study. *Drug and Alcohol Dependence*, 97(1-2), 169-179. doi: 10.1016/j.drugalcdep.2008.04.015
- Kull, M. (2003). Physical activity and mental health: Relationships between depressiveness, psychological disorders and physical activity level in women. *Biology of Sport*, 20(2), 129-138.
- Lahortiga-Ramos, F., De Irala-Estévez, J., Cano-Prous, A., Gual-García, P., Martínez-González, M.A., & Cervera-Enguix, S. (2005). Incidence of eating disorders in Navarra. *European Psychiatric Journal*, 20(2), 179-185.
- Lalonde, M. (1974). *Minister of National Health and Welfare. A new perspective on Health of the Canadians. A working document.* Ottawa: Government of Canada.
- Lara, N., Saldaña, Y., Fernández, N. y Delgadillo, H.J. (2015). Salud, calidad de vida y entorno universitario en estudiantes mexicanos de una universidad pública. *Hacia la Promoción de la Salud*, 20(2), 102-117.
- Lasègue, E.C. (1873). De l'anorexie hystérique. *Archives Générales de Médecine*, 21, 385-403.
- Lázaro, L., Toro, J., Canalda, G., Castro, J., Martínez, E. y Puig J. (1996). Variables clínicas, psicológicas y biológicas en un grupo de 108 pacientes adolescentes con anorexia nerviosa. *Medicina Clínica*, 107, 169-174.
- Lechuga, J.L., Caro, F. y Guerra, M.T. (2000). *Etiología, patogenia y epidemiología. En Trastornos del comportamiento alimentario en el niño.* Málaga: Sociedad Española de Endocrinología Pediátrica (pp. 163-176). Disponible en: <http://www.seep.es/privado/documentos/Publicaciones/trastornos.pdf>

- Lechuga, L. y Gámiz, N. (2005). Tratamiento psicológico de los trastornos de la conducta alimentaria. Aproximación cognitivo-conductual. *Trastornos de la Conducta Alimentaria*, 2, 142-157.
- Leibbrand, W. (1939). *Der göttliche Stab des Askulap: Eine Metaphysik des Arztes*. Salzburg/Leipzig: Otto Müller.
- Lema, L.F., Salazar, I.C., Varela, M.T., Díaz, J.A., Rubio, A. y Botero, A. (2009). Comportamiento y salud de los jóvenes universitarios: Satisfacción con el estilo de vida. *Pensamiento Psicológico*, 5, 71-88.
- León, M.T. y Castillo, M.D. (2003). *Trastornos del comportamiento alimentario: anorexia y bulimia*. Jaén: Formación Alcalá.
- León, M.T. y Castillo, M.D. (2005). *Trastornos del Comportamiento Alimentario: Anorexia y Bulimia Nerviosa*. Jaén: Formación Alcalá.
- Levy, A.B., Dixon, K.N., & Schmidt, H. (1988). Sleep architecture in anorexia nervosa and bulimia. *Biological Psychiatry*, 23, 99-101.
- Liberalesso, A. (2002). Bienestar subjetivo en la vida adulta y la vejez: hacia una psicología positiva en América Latina. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 34(1-2), 55-74.
- Limonero, J.T., Tomás-Sábado, J., Fernández-Castro, J., Gómez-Romero, M.J., & Ardilla-Herrero, A. (2012). *Psicología Conductual*, 20(1), 183-196.
- Londoño, C. y Velasco, M. (2015). Estilo de afrontamiento, optimismo disposicional, depresión, imagen corporal, IMC y riesgo de TCA como predictores de calidad de vida relacionada con la salud. *Psychologia: Avances de la Disciplina*, 9(2), 35-47.
- López, M.J., Santín, C., Torrico, E. y Rodríguez, J.M. (2014). Consumo de sustancias psicoactivas en una muestra de jóvenes universitarios. *Psicología y Salud*, 13(1), 5-17. Disponible en: <http://revistas.uv.mx/index.php/psicysalud/article/view/934>
- López-Fernández, L. A. y Aranda-Regules, J. M. (1994). *Promoción de la salud: un enfoque en salud pública*. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública.
- Loureiro, V.E., Domínguez, M. y Gestal, J.J. (1996). Actitudes hacia la dieta y el peso en una población adolescente. *Anales de Psiquiatría*, 12, 242- 247.

- Lozano Polo, A. y Herrera-Gutiérrez, E. (Coords.) (2013). *Estudio de factores relacionados con la salud en el alumnado universitario. Proyecto de Universidad Saludable de la Universidad de Murcia*. Murcia: Servicio de Promoción y Educación para la Salud, Dirección General de Salud Pública, Consejería de Sanidad y Política Social, Región de Murcia - Oficina de Universidad Saludable REUS-UMU, Universidad de Murcia. Disponible en: <http://www.um.es/documents/4856678/4856958/Estudio-factores-relacionados-salud-alumnado-Universidad-Murcia-2013.pdf/40071b5f-107a-43c0-873e-99b35ad6bbf2>
- Lucas, A.R., Beard, C.M., O'Fallon, W.N., & Kurland, L.T. (1991). 50-year trends in the incidence of anorexia nervosa in Rochester, Minnesota: A population-based study. *American Journal of Psychiatry*, 148, 917-922.
- Luce, K.H., Engler, P.A., & Crowther J.H. (2007). Eating disorders and alcohol use: Group differences in consumption rates and drinking motives. *Eating Behaviors*, 8(2), 177-184.
- Luengo, M.A., Otero., J.M., Romero, E. y Gómez, J.A. (1996). Efectos de la necesidad de búsqueda de sensaciones sobre la involucración en el consumo de drogas en los adolescentes. *Análisis y Modificación de Conducta*, 22(86), 683-708.
- Madra, M., & Zeltser, M. (2016). BDNF-Val66Met variant and adolescent stress interact to promote susceptibility to anorexic behavior in mice. *Translational Psychiatry*, 6(4), 776-784.
- Makino, M., Hashizume, M., Yasushi, M., Tsuboi, K., & Dennerstein, L. (2006). Factors associated with abnormal eating attitudes among female college students in Japan. *Archives of Women's Mental Health*, 9(4), 203-208.
- Mancilla, J.M., Álvarez, G., López, X., Mercado, L, Manríquez, R. y Román, M. (1998). Trastornos alimentarios y factores asociados en universitarias mexicanas. *Revista Psicología y Ciencia Social*, 2, 34-58.
- Marmot, M. (2001). Economic and social determinants of disease. *Bulletin of the World Health Organization*, 79(10), 988-989.
- Martínez, E., Toro, J., Salamero, M., Blecua, J. y Zaragoza, M. (1993). Influencias socioculturales sobre actitudes y conductas femeninas relacionadas con el cuerpo y la alimentación. *Revista De Psiquiatría de la Facultad de Medicina de la Universidad de Barcelona*, 20(2), 51-65.

- Martínez- González, L., Fernández, T., Molina, A.J., Ayán, C., Bueno, A., Capelo, R., ... Martín, V. (2014). Prevalencia de trastornos de la conducta alimentaria en universitarios españoles y factores asociados: proyecto uniHco. *Nutrición Hospitalaria*, 30(4), 927-934.
- Martínez-González, M.A. y De Irala, J. (2003). Los trastornos del comportamiento alimentario en España: ¿Estamos preparados para hacerles frente desde la salud pública? *Gaceta Sanitaria*, 17(5), 347-350.
- Martínez-Lemos, R.I., Puig-Ribera, A.M., & García-García, O. (2014). Perceived barriers to Physical Activity and related factors in Spanish university students. *Open Journal of Preventive Medicine*, 4(4), 164-174.
- Martyn, J. (1744). A letter from J. Cookson, M.D. to Mr. Latouche at Little Chelsea, concerning the boy who has an extraordinary Bulimia, or craving appetite. *Philosophical Transactions of the Royal Society of London*, 43, 380-381.
- Masheb, R.M., White, M.A., & Grilo, C.M. (2016). Sex Differences and Correlates of Pain in Patients with Comorbid Obesity and Binge Eating Disorder. *European Eating Disorders Review*, 24(3), 247-250.
- Maya, L. (2011). *Los estilos de vida saludables: componente de la calidad de vida*. Bogotá, Colombia: Funlibre.
- Meda, R.M., De Santos, F., Lara, B., Verdugo, J.C., Palomera, A. y Valadez, M.D. (2008). Evaluación de la percepción de la calidad de vida y el estilo de vida en estudiantes desde el contexto de las Universidades Promotoras de la Salud. *Revista de Educación y Desarrollo*, 8, 5-16. Disponible en: http://www.cucs.udg.mx/revistas/edu_desarrollo/anteriores/8/008_Meda.pdf
- Mendoza, R., Sagrera, M.R. y Batista, J.M. (1994). *Conductas de los escolares españoles relacionadas con la salud*. Madrid: CSIC.
- Menéndez, E.L. (1998). Estilos de vida, riesgos y construcción social. Conceptos similares y significados diferentes. *Estudios Sociológicos*, 46, 37-67.
- Mercader, J.M., Fernández-Aranda, F., Gratacòs, M., Agüera, Z., & Forcano, L. (2010). Correlation of BDNF blood levels with interoceptive awareness and maturity fears in anorexia and bulimia nervosa patients. *Journal of Neural Transmission*, 117(4), 505-512.

- Mercader, J.M., Fernández-Aranda, F., Gratacòs, M., Ribasés, M., Badía, A., Villarejo, C., ... Estivill, X. (2007). Blood levels of brain-derived neurotrophic factor correlate with several psychopathological symptoms in anorexia nervosa patients. *Neuropsychobiology*, 56(4), 185-90.
- Ministerio de Sanidad y Consumo (2009). *Guía de Práctica Clínica sobre Trastornos de la Conducta Alimentaria*. Barcelona: Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques de Catalunya. Disponible en: [http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_440_Tt_Conduc_Alím_compl_\(4_jun\).pdf](http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_440_Tt_Conduc_Alím_compl_(4_jun).pdf)
- Minuchin, S. (1974). *Familias y terapia familiar*. Barcelona: Gedisa.
- Minuchin, S., Rosman, B.L., & Baker, B.L. (1978). *Psychosomatic families: Anorexia nervosa in context*. Cambridge MA: Harvard University Press.
- Miranda, C., Gutiérrez, J., Bernal, F. y Escobar, C. (2000). Prevalencia de depresión en estudiantes de Medicina de la Universidad del Valle. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 29(3), 251-260.
- Molina, R., Sepúlveda, R., Carmona, R., Molina, T. y Mac-Ginty, S. (2017). Calidad de vida relacionada con la salud en estudiantes universitarios de primer año. *Revista Chilena de Salud Pública*, 20(2), 101.
- Molina-García, J., Castillo, I., & Pablos, C. (2009). Determinants of leisure-time physical activity and future intention to practice in Spanish college students. *Spanish Journal of Psychology*, 12(1), 128-137. Available in: http://www.uv.es/icastill/documentos/2009.MolinaCastilloPablos09_TSJP.pdf
- Montero, A., Úbeda, N. y García, A. (2006). Evaluación de los hábitos alimentarios de una población de estudiantes universitarios en relación con sus conocimientos nutricionales. *Nutrición Hospitalaria*, 21(4), 466-473.
- Montero, P., Morales, E.M. y Carbajal, A. (2004). Valoración de la percepción de la imagen corporal mediante modelos anatómicos. *Antropología*, 8, 107-116.
- Montes Castillo, M.L. (2006). Calidad de vida. *Revista Mexicana de Medicina Física y Rehabilitación*, 18(1), 5-6. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/fisica/mf-2006/mf061a.pdf>

- Morán, I.C., Cruz, V. e Iñárritu, M.C. (2009). Prevalencia de factores y conductas de riesgo asociados a trastornos de la alimentación en universitarios. *Revista Médica del Hospital General de México*, 72(2), 68-72. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/h-gral/hg-2009/hg092c.pdf>
- Morandé, G., Nova, E., Gómez, S. y Marcos, A. (2005). Trastornos del comportamiento alimentario. Anorexia y Bulimia. En J. Mataix (Ed.), *Master Internacional en Nutrición y Dietética. Módulo: Trastornos del Comportamiento Alimentario*. Madrid: Fundación Universitaria iberoamericana (Funiber).
- Morandé, G. (1995). *Un peligro llamado anorexia: La tentación de adelgazar*. Madrid: Temas de Hoy.
- Morandé, G., Celada, J., & Casas, J. (1998). Prevalence of Eating Disorders in a Spanish school-age population. *Journal of Adolescent Health*, 24, 212-219.
- Morandé, G., Graell, M. y Blanco, A. (2004). *Trastornos de la Conducta Alimentaria y Obesidad. Un enfoque integral*. Madrid: Médica Panamericana.
- Moreno, M.A. y Ortiz, G.R. (2009). Trastorno alimentario y su relación con la imagen corporal y la autoestima en adolescentes. *Terapia Psicológica*, 27(2), 181-190.
- Morgan, H.G., & Russell, G.F.M. (1975). Value of family background and clinical features as predictors of long-term outcome in anorexia nervosa: four-year follow-up study of 41 patients. *Psychological Medicine*, 5(4), 355-371.
- Morgan, J.F., Reid, F. & Lacey, J.H. (1999). The SCOFF questionnaire: Assessment of a new screening tool for eating disorders. *British Medical Journal*, 319(7223), 1467-1468.
- Morton, R. (1689). *Phthiologia seu Exercitationes de phthisi tribus libris comprehensæ. Totumque opus variis historiis illustratum*. London: Samuel Smith.
- Motherby, G. (1785). *A new medical dictionary; or, general repository of physic. Containing an explanation of the terms, and a description of the various particulars relating to anatomy, physiology, physic, surgery, materia medica, chemistry* (2nd ed.). London: J. Johnson; G.G.J. and J. Robinson; A. Hamilton, Jr. and J. Murray.
- Myers, M.G., Doran, N.M., Trinidad, D.R., Klonoff, E.A., & Wall, T.L. (2009). A prospective study of cigarette smoking initiation during college: Chinese and korean-american students. *Health Psychology*, 28, 448-456.

- National Collaborating Centre for Mental Health, NICE (2004). *Eating disorders. Core interventions in the treatment and management of anorexia nervosa, bulimia nervosa and related eating disorders*. Leicester, London: The British Psychological Society. The Royal College of Psychiatrists.
- Nederkoorn, C., & Jansen, A. (2002). Cue reactivity and regulation of food intake. *Eating Behaviors, 3*, 61-72.
- Newton, J.R., Freeman, C.P., & Munro, J. (1993). Impulsivity and dyscontrol in bulimia nervosa: Is impulsivity an independent phenomenon or a marker of severity? *Acta Psychiatrica Scandinavica, 87*, 389-394.
- Nicholls, D.E., Lynn, R., & Viner, R.M. (2011). Childhood eating disorders: British national surveillance study. *British Journal of Psychiatry, 198*(4), 295-301.
- Nielsen, S. (1980). The epidemiology of anorexia nervosa in Denmark from 1973 to 1987: A nation wide register study of psychiatric admission. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 81*, 507-514.
- Nudelman, S., Rosen, J., & Leitenberg (1988). Dissimilarities in eating attitudes, body image distortion, depression and self-esteem between high intensity male runners and women with bulimia nervosa. *International Journal of Eating Disorders, 7*(5), 625-34.
- Olesti, M., Piñol, J.L., Martín, N., de la Fuente, M., Riera, A., Bofarull, J.M. y Ricomá, G. (2008). Prevalencia de anorexia nerviosa, bulimia nerviosa y otros TCA en adolescentes femeninas de Reus. *Anales de Pediatría, 68*, 18-23.
- Olivares, S., Lera, L. y Bustos, N. (2008). Etapas del cambio, beneficios y barreras en actividad física y consumo de frutas y verduras en estudiantes universitarios de Santiago de Chile. *Revista Chilena de Nutrición, 35*(1), 25-35. doi: 10.4067/S0717-75182008000100004
- Oliveras, M.J., Nieto, P., Agudo, E., Martínez, F., López, H. y López, M.C. (2006). Evaluación nutricional de una población universitaria. *Nutrición Hospitalaria, 21*(2), 179-183.
- Organización Mundial de la Salud (1946). *Constitución de la Organización Mundial de la Salud*. Nueva York: Autor. Disponible en: http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_sp.pdf

- Organización Mundial de la Salud (1986). *Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud. Conferencia Internacional auspiciada por la OMS y la Asociación Canadiense de Salud Pública*. Toronto: Autor.
- Organización Mundial de la Salud (1990). *Prevención en la infancia y la adolescencia de las enfermedades cardiovasculares del adulto*. Serie de informes técnicos. 792. Ginebra: Autor.
- Organización Mundial de la Salud (1998a). *Promoción de la salud. Glosario*. Ginebra: Autor.
- Organización Mundial de la Salud (1998b). *La salud para todos en el siglo XXI*. 51 Asamblea Mundial de la Salud. Ginebra: Autor.
- Organización Mundial de la Salud (2004). *Estrategia mundial sobre régimen alimentario, actividad física y salud*. Ginebra: Autor. Disponible en: http://www.who.int/dietphysicalactivity/strategy/eb11344/strategy_spanish_web.pdf
- Organización Mundial de la Salud (2010). *Estrategia mundial para reducir el uso nocivo del alcohol*. Ginebra: Autor. Disponible en: <http://apps.who.int/iris/handle/10665/44486>
- Organización Panamericana de la Salud (1999). *Gobernabilidad y salud: políticas públicas y participación social*. Washington, DC: Autor.
- Organización Panamericana de la Salud (2001). *Informe Anual del Director. Promoción de la salud en las Américas*. Washington, DC: Autor.
- Organización Panamericana de la Salud (2003). *Escuelas Promotoras de la Salud*. Washington, DC: Autor.
- Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (2000). *Funciones esenciales de la salud pública. 126 sesión del Comité Ejecutivo*. Washington, DC: Autor.
- Ortiz-Moncada, M.R. (2007). Alimentación y nutrición. En C. Colomer-Revuelta y M.P. Sánchez-López (Eds.), *Programa de formación para formadores/as en perspectiva de género en salud: materiales didácticos*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo. Observatorio de Salud de la Mujer. Universidad Complutense de Madrid.
- Páez, ML. y Castaño, J.J. (2010). Estilos de vida y salud en estudiantes de una Facultad de Psicología. *Psicología desde el Caribe*, 25, 155-178.
- Paffenbarger, R.S., Jr., Hyde, R.T., Jung, D.L., & Wing, A.L. (1984). Epidemiology of exercise and coronary heart disease. *Clinics in Sports Medicine*, 3(2), 297-318.

- Palmquist, J., Berglund, P., & Dieken, H.A. (1996). Incidence of eating disorders among selected female university students. *Journal of the American Diet Association*, 96, 64-66.
- Palomar, J., Lanzagorta, N. y Hernández, J. (2004). *Pobreza, recursos psicológicos y bienestar subjetivo*. México: Universidad Iberoamericana.
- Paluzie, G., Sans, S., Balana, L., Puig, T., Gonzalez-Sastre, F., & Balaguer-Vintro, I. I. (2001). Secular trends in smoking according to educational level between 1986 and 1996: The MONICA study. Catalonia. *Gaceta Sanitaria*, 15(4), 303-311.
- Pamies, L. y Quiles, Y. (2012). Estrategias de afrontamiento evitativas y riesgo de desarrollar un trastorno de la conducta alimentaria en adolescentes. *Psicothema*, 24(2), 230-235.
- Park, S., & Yun, G.W. (2007). Do third-person perceptions of media influence contribute to pluralistic ignorance on the norm of ideal female thinness? *Sex Roles*, 57, 569-578.
- Pascual, A., Etxebarria, I., Cruz, M. S. y Echeburúa, E. (2011). Las variables emocionales como factores de riesgo de los trastornos de la conducta alimentaria. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 11, 229-242.
- Pascual Pastor, F. (2002). Percepción del alcohol entre los jóvenes. *Adicciones*, 14(1), 123-131.
- Pastor, Y. (1999). *Un estudio de la influencia del autoconcepto multidimensional sobre el estilo de vida saludable en la adolescencia media*. Tesis Doctoral. Valencia: Universidad de Valencia.
- Patiño-Masó, J., Gras-Pérez, E., Font-Mayolas, S. y Baltasar-Bagué, A. (2013). Consumo de cocaína y policonsumo de sustancias psicoactivas en jóvenes universitarios. *Enfermería clínica*, 23(2), 62-67.
- Patton, G. C., Johnson-Sabine, E., Wood Mann, A. H. y Wakeling, A. (1990). Abnormal eating attitudes in London school girls a prospective epidemiological study outcome: twelve month follow-up. *Psychological Medicine*, 20-383-394.
- Pavón, A. y Moreno, J.A. (2008). Actitud de los universitarios ante la práctica físico-deportiva: Diferencias por géneros. *Revista Psicología del Deporte*, 17, 7-23.
- Peláez, M.A., Labrador, F.J. y Raich, E. (2004). Epidemiología de los trastornos de la conducta alimentaria en España: revisión y estado de la cuestión. *Cuadernos de Medicina Psicosomática*, 71(72), 33-41.

- Peña, N.P., López de Arco, S.P. y Liévano, M.C. (2014). Conductas alimentarias asociadas a TCA en estudiantes universitarios que asisten a un centro de formación deportiva. *Revista Iberoamericana de Psicología: Ciencia y Tecnología*, 7(2), 29-38.
- Pérez, G., Rodríguez, F., Esteve, E., Larraburu, I., Font, J. y Pons, V. (1992). Prevalencia de trastornos de la conducta alimentaria en deportistas. *Revista de Psicología del Deporte*, 1, 5-16.
- Pérez, S. y Romero, G. (2008). Imagen corporal en mujeres rurales de la Sierra Juárez y la costa de Oaxaca: una aproximación nutrioantropológica. *Estudios Sociales*, 16(32), 79-111.
- Pérez-Gaspar, M., Gual, P., de Irala-Estévez, J., Martínez-González, M.A., Lahortiga, F. y Cervera, S. (2000). Prevalencia de trastornos de la conducta alimentaria en las adolescentes navarras. *Medicina Clínica*, 114(131), 481-486.
- Pescatello, L.S., Franklin, B.A., Fagard, R., Farquhar, W.B., Kelley, G.A., Ray, C.A., & American College of Sports Medicine (2004). American College of Sports Medicine position stand. Exercise and hypertension. *Medicine and Science Sports Exercise*, 36(3), 533-553.
- Peterson, C.B. (2005). Conducting the diagnostic interview. In J.E. Mitchelly, & C.B. Peterson (Eds.). *Assessment of Eating Disorders*. New York: Guilford Press.
- Pfeffer, F., Kaufer-Horwitz, M. y Barquera, S. (2008). *Nutrición del adulto*. México: Panamericana.
- Piédrola Gil, G. (2016). *Medicina Preventiva y Salud Pública* (12ª ed.). Barcelona: Elsevier.
- Pierce, W.D., & Epling, W.F. (1993). Activity Anorexia: The interplay of Culture, Behavior and Biology. In P.A. Lamal (Ed.), *Cultural Contingencies: Behavior analytic perspectives on cultural practices* (pp. 53-81). London: Praeger.
- Pike, K.M., & Rodin, J. (1991). Mothers, daughters and disordered eating. *Journal of Abnormal Psychology*, 100, 198-204.
- Pike, K.M., Walsh, B.T., Vitousek, K., Wilson, G.T., & Bauer, J. (2003). Cognitive behavior therapy in the posthospitalization treatment of anorexia nervosa. *American Journal of Psychiatry*, 160(11), 2046-2049.
- Pineda-García, G., Gómez-Peresmitré, G., Platas, S. y Velasco, V. (2017). Ansiedad como predictor del riesgo de anorexia y bulimia: Comparación entre universitarios de Baja California y Ciudad de México. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios*, 8(1), 49-55.

- Pineda-García, G., Gómez-Peresmitré, G., Platas, S., Velasco, V., & Arámburo, V. (2014). Riesgo de anorexia y bulimia en función de la ansiedad y edad de la pubertad en universitarios de Baja California-México. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios*, 5(2), 80-90.
- Pisetsky, Y.M., Chao, L.C., Dierker, A.M., May, R.H., & Striegel-Moore, R.H. (2008). Disordered eating and substance use in high-school students: Results from the Youth Risk Behavior Surveillance System. *International Journal of Eating Disorders*, 41(5), 464-470.
- Plan Nacional sobre Drogas (2012). *Encuesta sobre alcohol y drogas en España (EDADES) 1995-2011*. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.
- Plan Nacional sobre Drogas (2015). *Informe 2015. Alcohol, tabaco y drogas ilegales en España*. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.
- Plan Nacional sobre Drogas (2016). *Informe 2016. Alcohol, tabaco y drogas ilegales en España*. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Disponible en: http://www.pnsd.msssi.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/informesEstadisticas/pdf/2016_INFORME_OEDT.pdf
- Ploog, D.W. & Pirke, K.M. (1987). Psychobiology of anorexia nervosa. *Psychological Medicine*, 17, 843-859.
- Pohjolainen, V., Koponen, S., Räsänen, Roine, R.P., Sintonen, H., & Karlsson, H. (2016). Long-Term health-related quality of life in eating disorders. *Quality of Life Research*, 25(9), 2341-2346.
- Polivy, J., & Herman, P. (2002). Causes of eating disorders. *Annual Review of Psychology*, 53, 187-213.
- Pons, D.B., Guijarro, Á.B. y Muñoz, A.S. (2012). Trastornos de la conducta alimentaria y consumo de drogas en población adolescente. *Adicciones*, 24(1).
- Pool López, M.G. (2016). Trastornos de la conducta alimentaria. Bulimia y anorexia. Estudio preliminar. *Letra en Psicoanálisis*, 2(2). Disponible en: <http://cies-revistas.mx/index.php/Psicoanalisis/article/view/55>
- Portela, M.L., da Costa, H., Mora, M. y Raich, R.M. (2012). La epidemiología y los factores de riesgo de los trastornos alimentario en la adolescencia; una revisión. *Nutrición Hospitalaria*, 27(2), 391-401.

- Práxedes, A., Moreno, A., Del Villar, F., Sevil Serrano, J., & García González, L. (2016). Niveles de actividad física en estudiantes universitarios: diferencias en función del género, la edad y los estados de cambio. *Revista Iberoamericana de Psicología del Ejercicio y del Deporte*, 11(1), 123-132.
- Proyecto Universidad Saludable-Universidad de Murcia (2012). *Encuesta sobre factores relacionados con la salud en el alumnado de la Universidad de Murcia*. Murcia: Consejería de Sanidad y Política Social, Región de Murcia - Oficina de Universidad Saludable REUS-UMU, Universidad de Murcia.
- Public Health Agency of Canada (2011). *Population Health. What Determines Health?* Toronto: Author. Available in: <http://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/determinants/>
- Putwain, D. (2007). Researching academic stress and anxiety in students: Some methodological considerations. *British Educational Research Journal*, 33, 207-219.
- Quiles, Y., Terol, M. y Quiles, M. (2003). Evaluación del apoyo social en pacientes con trastornos de la conducta alimentaria: un estudio de revisión. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 3(2), 313-333.
- Quiles-Marcos, Y., Balaguer-Solá, I., Pamies-Aubalat, L., Quiles-Sebastián, M.J., Marzo-Campos, J.C., & Rodríguez-Marín, J. (2011). Eating habits, physical activity, consumption of substances and eating disorders in adolescents. *Spanish Journal of Psychology*, 14(02), 712-723.
- Raich, R.M. (2006). Evaluación psicológica de la Imagen Corporal. En V. Caballo (Ed). *Manual para la evaluación clínica de los trastornos psicológicos* (pp. 195-210). Madrid: Pirámide.
- Raich, R.M., Mora, M., Soler, A., Avila, C., Clos, I. y Zapater, L. (1996). Adaptación de un instrumento de evaluación de la insatisfacción corporal. *Clínica y Salud*, 1(7), 51-66.
- Ramón, JR. y Serra, L. (2004). *Hábitos alimentarios y actividad física en el tiempo libre de las mujeres adultas catalanas. Tesis Doctoral*. Barcelona: Universidad de Barcelona.
- Rastam, M. (1990). *Anorexia nervosa in Swedish urban teenagers. Tesis Doctoral*. Gothenburg: University of Gothenburg.
- Rau, J.H., & Green, R.S. (1975). Compulsive eating: A neuropsychological approach to certain eating disorders. *Comprehensive Psychiatry*, 16(3), 223-231.

- Rausch-Herscovici, C. y Bay, L. (1991). *Anorexia nerviosa y bulimia. Amenazas a la autonomía*. Buenos Aires: Paidós.
- Recuerda, M.J. (2005). Perfil clínico de la población con Trastorno de la Conducta Alimentaria atendida en una Unidad de Salud Mental. *Apuntes de Psicología*, 23(1), 83-100.
- Reig, A., Cabrero, J., Ferrer, C. y Richart, M. (2001). *La calidad de vida y el estado de salud de los estudiantes universitarios*. Alicante: Biblioteca Virtual Miguel de Cervantes.
- Resch, M. (2007). The eating disorders in sports—sport in eating disorders. *Orvosi Hetilap*, 148(40), 1899-1902.
- Ressia, I.V., De Gregorio, M.E. y Milán, T.A. (2008). Resultados de un estudio sobre comportamientos adictivos en estudiantes universitarios. En *XV Jornadas de Investigación y Cuarto Encuentro de Investigadores en Psicología del Mercosur*. Buenos Aires: Universidad de Buenos Aires.
- Restrepo, H. (1996). La promoción de la salud y la nueva salud pública. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública. Universidad de Antioquia*, 14(1), 37-47.
- Rethaiaa, A.S., Fahmy, A.E., & Shwaiyat, N.M. (2010). Obesity and eating habits among college students in Saudi Arabia: A cross sectional study. *Nutrition Journal*, 19, 9-39.
- Ribases, M., Gratacos, M., Badia, A., Jiménez, L., Solano, R., Vallejo, J., ... Estivill, X. (2005). Contribution of NTRK2 to the genetic susceptibility to anorexia nervosa, harm avoidance and minimum body mass index. *Molecular Psychiatry*, 10, 851-860.
- Riffo, P., Pérez, M., González, M. y Aranda, W. (2003). Prevalencia de conductas de riesgo de trastornos de hábito del comer en estudiantes de Medicina. *Revista Chilena de Salud Pública*, 3, 146-149.
- Rivaldi, C., Vannacci, A., Zucchi, T., Manucci, E., Cabras, P.L., Boldrini, M., ... Ricca, V. (2003). Eating disorders and body image disturbances among dancers, gymnasium users and body builders. *Psychopathology*, 36, 247-254.
- Riveros, M., Hernández, H. y Rivera, J. (2014). Niveles de depresión y ansiedad en estudiantes universitarios de Lima Metropolitana. *Revista de Investigación en Psicología*, 10(1), 91-102. Disponible en: <http://revistasinvestigacion.unmsm.edu.pe/index.php/psico/article/view/3909/3133>
- Rizo, M.M, González, N.G. y Cortés, E. (2014). Calidad de la dieta y estilos de vida en estudiantes de Ciencias de la Salud. *Nutrición Hospitalaria*, 29(1), 153-157.

- Robbeson, J. G., Kruger, H. S., & Wright, H. H. (2015). Disordered eating behavior, body image, and energy status of female student dancers. *International Journal of Sport Nutrition and Exercise Metabolism*, 25(4), 344-352.
- Rodríguez, A., Hernán, M., Cabrera, A., García, J. y Romo, N. (2007). ¿Qué opinan adolescentes y jóvenes sobre el consumo de drogas recreativas y las conductas sexuales de riesgo? *Adicciones*, 19(2), 153-168.
- Rodríguez, F., Palma, X., Romo, A., Escobar, D., Aragón, B., Espinoza, L., ... Gálvez, J. (2013). Hábitos alimentarios, actividad física y nivel socioeconómico en estudiantes universitarios de Chile. *Nutrición Hospitalaria*, 28(2), 447-455.
- Rodríguez, J. y Agulló, E. (1999). Estilos de vida, cultura, ocio y tiempo libre de los estudiantes universitarios. *Psicothema*, 11(2), 247-259.
- Rodríguez, Y., Calado, M., Fernández, M. y Lameiras, M. (2003). Hábitos alimentarios e imagen corporal en estudiantes universitarios sin trastornos alimentarios. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 3(1) 23-33.
- Rodriguez Aguilar, B., Oudhof van Barneveld, H., Gonzalez-Arratia, N.I., Unikel-Santoncini, C. (2010). Desarrollo y validación de una escala para medir imagen corporal en mujeres jóvenes. *Salud Mental*, 33(4), 325-332. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/582/58216022004.pdf>
- Rodríguez-Ruiz, S., Díaz, S., Ortega, B., Mara, J.L., Delgado, R. y Fernández-Santaella, M.C. (2013). La insatisfacción corporal y la presión de la familia y del grupo de iguales como factores de riesgo para el desarrollo de los trastornos de la conducta alimentaria. *Anuario de Psicología Clínica y de la Salud*, 9, 21-23.
- Romaguera, D., Tauler, P., Bennasar, M., Pericas, J., Moreno, C., Martínez, S., & Aguilo, A. (2011). Determinants and patterns of physical activity practice among Spanish university students. *Journal Sports Sciences*, 29(9), 989-997. doi: 10.1080/02640414.2011.578149
- Rona, M.S., & Gokmen, H. (2005). The perception level of Gazi university students concerning the objectives of physical education. *Hacettepe University Journal of Sport Sciences*, 3, 13-22.

- Rosen, J.C., Leitenberg, H., Fisher, C., & Khazam, C. (1986). Binge-eating episodes in bulimia nervosa: The amount and type of food consumed. *International Journal of Eating Disorders*, 5(2), 255-267.
- Rosen, J.C. y Ramírez, E. (1998). A comparison of eating disorders and body dysmorphic disorder on body image and psychological adjustment. *Journal of Psychosomatic Research*, 44(3-4), 441-449.
- Rosen, J.C., & Reiter, J.T. (1995). *Development of the Body Dysmorphic Disorder Examination (BDDE)*. Burlington, Vermont: University of Vermont.
- Rosen, L.W., McKeag D.B., Hough, D.O., & Curley, V. (1986). Pathogenic weight control behaviour in female athletes. *Physician and Sports Medicine*, 14(1), 79-86.
- Rosen, L.W., McKeag D.B., Hough, D.O., & Curley, V. (1988). Pathogenic weight control behaviour in female college gymnasts. *Physician and Sports Medicine*, 16(9), 141-144.
- Rueda, G.E., Díaz, L.A., Campo, A., Barros, J.A., Osorio, B.C., & Cadena, L.P. (2005). Validación de la encuesta SCOFF para tamizaje de trastornos de la conducta alimentaria en mujeres universitarias. *Biomédica*, 25,196-202.
- Rueda-Jaimes, G.E., Díaz-Martínez, L.A., Ortiz-Barajas, D.P., Pinzón-Plata, C., Rodríguez-Martínez, J. y Cadena-Afanador, L.P. (2005). Validación del cuestionario SCOFF para el cribado de los trastornos del comportamiento alimentario en adolescentes escolarizadas. *Atención Primaria*, 35(2), 89-94.
- Ruiz, J.S. y Rodríguez, J.M. (2003). Trastornos de la conducta alimentaria. *Medicine-Programa de Formación Médica Continuada Acreditado*, 8(107), 5740-5744.
- Ruiz-Lázaro, P.M., Alonso, J.P., Velilla, J.M., Lobo, A., Martín, A., Paumard, C. y Calvo, A.I. (1998). Estudio de prevalencia de Trastornos de la Conducta Alimentaria en adolescentes de Zaragoza. Comunicación oral presentada en el *VIII Congreso Nacional de la Asociación Española de Psiquiatría Infanto-Juvenil*. Barcelona, 25-27 junio 1998.
- Ruiz-Lázaro, P.M., Comet, M.P., Calvo, A.I., Zapata, M., Trébol, L. y Lobo, A. (2010). Prevalencia de trastornos alimentarios en estudiantes adolescentes tempranos. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 38, 204-211.

- Ruiz Martínez, A.O., Vázquez Arévalo, R., Mancilla Díaz, J.M. y Trujillo Chi Vacuán, E.M. (2013). Influencia de factores socioculturales en mujeres jóvenes y sus padres en los trastornos del comportamiento alimentario. *Psicología y Salud*, 20(2), 169-177. Disponible en: <https://www.uv.mx/psicysalud/psicysalud-20-2/20-2/Ana-Oliva-Ruiz-Martinez.pdf>
- Ruiz-Olabuenaga, J.I. (1989). Lifestyles and daily leisure. In B. Filipkova, S. Glyptis, & W. Tokarski (Eds.), *Lifestyles. Theories, concepts, methods and results of lifestyle research in international perspective* (pp. 156-169). Prague: Czechoslovak Academy of Sciences, Institute for Philosophy and Sociology.
- Ruiz-Olabuenaga, J.I. (1991). Estilos de vida y consumo de ocio. En *V Curso Master de Distribución Comercial 1990/91* (Asesores Técnicos del Comercio). Valencia, 15-16 enero 1991.
- Ruiz-Olabuenaga, J.I. (1994). *Los estilos de vida como empatías de participación política*. En A. Kaiero Uría (Ed.), *Valores y Estilos de Vida*. Bilbao: Universidad de Deusto.
- Russell, G.F.M. (1979). Bulimia Nervosa: an ominous variant of anorexia nervosa. *Psychological Medicine*, 9, 429-448.
- Rutzstein, G., Scappatura, M.L., & Murawski, B. (2014). Perfeccionismo y baja autoestima a través del continuo de los trastornos alimentarios en adolescentes mujeres de Buenos Aires. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios*, 5(1), 39-49.
- Sáenz, S., González, F. y Díaz, S. (2011). Hábitos y Trastornos Alimenticios asociados a factores sociodemográficos, físicos y conductuales en universitarios de Cartagena, Colombia. *Revista Clínica Médica Familiar*, 4(3), 193-204.
- Salleras, L. (1986). Le basi scientifiche de la Medicine Preventiva. *Rivista Italiana de Medicine Comunitaria*, 4, 5-11.
- Salleras, S.M. (1990). *Educación sanitaria: principios, métodos, aplicaciones*. Madrid: Díaz de Santos.
- Salvador, M., García-Gálvez, C. y De la Fuente, M. (2009). Creencias y estrategias para el control del peso, satisfacción con la imagen corporal y autoestima. *European Journal of Education and Psychology*, 3 (2), 257-273. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/1293/129315468009.pdf>

- Sámano, R., Zelonka, R., Martínez-Rojano, H., Sánchez-Jiménez, B., Ramírez, C. y 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 Nutrición*, 62(2), 145.
- Sanabria, G. (2007). El debate en torno a la Promoción de Salud y la Educación para la Salud. *Revista Cubana de Salud Pública*, 33(2). Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=21433204>
- Sánchez, A., García, F. y Landabaso, V. (1998). Participación en actividad física de una muestra universitaria a partir del modelo de las etapas de cambio en el ejercicio físico: un estudio piloto. *Revista de Psicología del Deporte*, 7(2), 233-245.
- Sánchez, R.G., Sánchez, R.G., Cuenca, A.M.D., Gorbe, M.I.F. y del Moral, P.S. (2010). Prevalencia de los trastornos alimentarios en una muestra universitaria. Ansiedad como factor de modulación. *Index De Enfermería: Información Bibliográfica, Investigación Y Humanidades*, 19(2), 124-128.
- Sánchez, V.A., Madrigal, H., Martínez, G.M.A., Kearney, J., Gibney, M. J., Irala, J., & Martínez, A. (2001). Perception of body image as indicator of weight status in the European Union. *Journal of Human Nutritional Diet*, 14(2), 93-102.
- Sánchez-Quintanar, M.F. (2016). *Trastornos de la conducta alimentaria en alumnos de la Universidad de Valladolid y factores asociados. Proyecto UniHcos. Trabajo de Fin de Grado*. Valladolid: Universidad de Valladolid.
- Sanftner, J.L. (2011). Quality of life in relation to psychosocial risk variables for eating disorders in women and men. *Eating Behaviors*, 12(2), 136-42
- Sanmartin, H. (1982). *La crisis mundial de la salud. Problemas actuales de epidemiología social*. Madrid: Karpos.
- Sansone, R.A, & Levitt, J.L. (2005). Borderline personality and eating disorders. *Journal of Eating Disorders*,13(1), 71-83.
- Sassaroli, S., & Ruggiero, G.M. (2005). The role of stress in the association between low self-esteem, perfectionism, and worry, and eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 37, 135-141.

- Saucedo-Molina, T.J., Cortés, J.Z., Villalón, L., Irecta, A.P. y Hernández, R.L. (2015). Prevalencia de factores de riesgo asociados a trastornos alimentarios en estudiantes universitarios hidalguenses. *Psicología y Salud*, 25(2), 243-251. Disponible en: <http://revistas.uv.mx/index.php/psicysalud/article/view/1824>
- Saucedo-Molina, T.J., & Unikel, C. (2010). Conductas alimentarias de riesgo, interiorización del ideal estético de delgadez e índice de masa corporal en estudiantes hidalguenses de preparatoria y licenciatura de una institución privada. *Salud Mental*, 33(1), 11-19.
- Schnettler, B., Miranda, V., Miranda, H., Orellana, L., Sepúlveda, M., Mora, M. y Lobos, G. (2014). Variables que afectan la satisfacción con la alimentación según nivel socioeconómico: un estudio exploratorio en el sur de Chile. *Revista Chilena de Nutrición*, 41(2), 149-155.
- Schoofs, N., Chen, F., Bräunig, P., Stamm, T., & Krüger, S. (2011). Binge eating disorder and menstrual cycle in unmedicated women with bipolar disorder. *Journal of Affective Disorders*, 129(1), 75-78.
- Schwalberg, M., Barlow, D., Alger, S., & Howard, L. (1992). Comparison of bulimics, obese binge eaters, social phobics, and individuals with panic disorder on comorbidity across DSM-III-R anxiety disorders. *Journal of Abnormal Psychology*, 101, 675-81.
- Schwartz, W.B., Newhouse, J.P., & Phelps, C.E. (1974). Policy options and the impact of national health insurance. *New England Journal of Medicine*, 290(24), 1345-1359.
- Seffrin, J. (2008). Health Education in Schools. The importance of Establishing Healthy Behaviors in Our Nation's Youth. *Health Educator*, 40(2), 1-5.
- Seigel, K., Broman, J.E. y Hetta, J. (2004). Problemas de sueño y síntomas de trastornos de la conducta alimentaria (TCA) en mujeres jóvenes. *European Journal of Psychiatry*, 18(1), 5-13. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1579-699X2004000100001
- Seijas, D. y Sepúlveda, X. (2005). Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA). *Revista Médica Clínica Condes*, 16(4), 230-235.
- Selvini-Palazzoli, M. (1963). *Là Anoressia mentale*. Milán: Feltrinelli.
- Selvini-Palazzoli, M. (1979). *Self-starvation: From individual to family therapy in the treatment of anorexia nervosa*. New York: Jason Aronson.

- Selvini-Palazzoli, M. (1985). Il problema dell'inviante. Quando è un fratello a chiedere la terapia. *Ecologia della Mente*, 3, 84-103.
- Sepúlveda, A.R., Botella, J. y León J.A. (2001). La alteración de la imagen corporal en los trastornos de la alimentación: Un meta-análisis. *Psicothema*, 13(1), 7-16.
- Sepúlveda, A.R., Carrobles, J.A., & Gandarillas, A.M. (2008). Gender, school and academic year differences among Spanish university students at high-risk for developing an eating disorder: an epidemiologic study. *BMC Public Health*, 8(1), 102.
- Sepúlveda, A.R., Gandarillas, A. y Carrobles, J. A. (2004). Prevalencia de trastornos del comportamiento alimentario en la población universitaria. *Psiquiatria.com*, 8(2). Disponible en: http://www.psiquiatria.com/trastornos_de_alimentacion/prevalencia-de-trastornos-del-comportamiento-alimentario-en-la-poblacion-universitaria/#
- Sepúlveda, A.R., Molina, T., Molina, R., Martínez, V., González, E., George, M., ... Hidalgo-Rasmussen, C. (2013). Adaptación transcultural y validación de un instrumento de calidad de vida relacionada con la salud en adolescentes chilenos. *Revista Médica de Chile*, 141(10), 1283-1292.
- Serpell, L., Hirani, V., Willoughby, K., Neiderman, M., & Lask, B. (2006). Personality or pathology? Obsessive-compulsive symptoms in children and adolescents with anorexia nervosa. *European Eating Disorders Review*, 14, 404-413.
- Serrano, E. (Coord.) (2016). *Trastornos alimentarios y hábitos de búsqueda en Internet: resultado de una encuesta de población clínica*. Barcelona: Hospital Sant Joan de Déu.
- Serrano, I. (2003). La eficiencia de la educación y los indicadores de la salud. *A tu salud*, 42, 8-12.
- Shapira, N.A., Lessig, M.C., Goldsmith, T.D., Szabo, S.T., Lazowitz, M., Gold, M.S., & Stein, D.J. (2003). Problematic Internet use: proposed classification and diagnostic criteria. *Depression and Anxiety*, 17(4), 207-216.
- Shattuck, L. (1948). *Report of the Sanitary Commission of Massachusetts* (Dutton and Wentworth, State Printers, Boston, 1859). Cambridge, MA: Harvard University.
- Sheehan, H.L., & Summers, V.K. (1949). The syndrome of hypopituitarism. *Quarterly Journal of Medicine*, 18, 319-378.

- Shumaker, S.A., & Naughton, M.J. (1995). *The international assessment of health related quality of life: a theoretical perspective*. In S. A. Shumaker & R. Berzon (Eds.). *Quality of life: theory translation measurement and analysis* (pp. 3-10). Oxford: Rapid Communication of Oxford.
- Sierra, J.C., Jiménez, C. y Martín Ortiz, J.D. (2002). Calidad del sueño en estudiantes universitarios: importancia de la higiene del sueño. *Salud Mental*, 25, 35-43. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=58262505>
- Sigal, R.J., Kenny, G.P., Wasserman, D.H., & Castaneda-Sceppa, C. (2004). Physical activity/exercise and type 2 diabetes. *Diabetes Care*, 27(10), 2518-2539.
- Sigerist, H. (1941). *Medicine and human welfare*. New Haven: Yale University.
- Silberg, J., & Bulik, C.M. (2005). The developmental association between eating disorders symptoms and symptoms of depression and anxiety in juvenile twin girls. *Journal of Child Psychology Psychiatry*, 46(12), 1317-1326.
- Sim, L.A., Lebow, J., Weiss, K., Harrison, T., & Bruce, B. (2017). Eating Disorders in Adolescents With Chronic Pain. *Journal of Pediatric Health Care*, 31(1), 67-74.
- Simmonds, M. (1914). Ueber Hypophysisschwund mit tö dlichem Ausgang. *Deutsch Med Wochenschr*, 40, 322-323.
- Singer, B., & Ryff, C.D. (2001). *New horizons in health: an integrative approach*. Washington, DC: National Academy Press.
- Sintonen H. (1995). *The 15-D measure of health-related quality of life: II Feasibility, reliability and validity of its valuation system. Working Paper 42. National Center for Health Program Evaluation*. Melbourne: NHMRC. Available in: <http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.203.951&rep=rep1&type=pdf>
- Slade, P.D. (1982). Towards a functional analysis of anorexia nervosa and bulimia nervosa. *British Journal of Clinical Psychology*, 21, 167-179.
- Slade, P.D. (1995). Prospects for prevention. In G. Szukler, C. Dare, J. Treasure, & P.E. Garfinkel (Eds.), *Handbook of eating disorders: Theory, treatment and research* (pp. 285-398). Chichester: John Wiley & Sons.

- Sofi, F., Vecchio, S., Giuliani, G., Martinelli, F., Marcucci, R., Gori, A.M., ... Gensini, G.F. (2005). Dietary habits, lifestyle and cardiovascular risk factors in a clinically healthy Italian population: the 'Florence' diet is not Mediterranean. *European Journal of Clinical Nutrition*, 59(4), 584-591.
- Sohlberg, S., & Strober, M. (1994). Personality in anorexia nervosa: An update and theoretical integration. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 89(378),1-15.
- Solano, N. y Cano, A. (2012). Ansiedad en los trastornos alimentarios: Un estudio comparativo. *Psicothema*, 24(3), 384-389.
- Sorbi, S., Nacmias, B., Tedde, A., Ricca, V., Mezzani, B. y Rotella, C.M. (1998). 5-HT 2A promoter polymorphism in anorexia nervosa. *Lancet*, 351(9118), 1785 -1786.
- Spindler, A., & Milos, G. (2007). Links between eating disorder symptoms severity and psychiatric comorbidity. *Eating Behaviour Journal*, 8(3), 364-373.
- Spitzer, R.L., Kroenke, K., Linzer, M., Hahn, S.R., Williams, J.B., de Gruy, F.V., ... Davies, M. (1995). Health-related quality of life in primary care patients with mental disorders. Results from the PRIME-MD 1000 Study. *JAMA*, 274, 1511-1517.
- Stampar (1945). *Definición de salud*. Carta fundacional de la OMS.
- Starr, T.B., & Kreipe, R.E. (2014). Anorexia Nervosa and Bulimia Nervosa: Brains, Bones and Breeding. *Current Psychiatry Reports*, 16(5), 441. doi: 10.1007/s11920-014-0441-4
- Steere, J., Butler, G., & Cooper, P. (1990). The anxiety symptoms of bulimia nervosa: A comparative study. *International Journal of Eating Disorder*, 9(3), 293-301.
- Steiger, H., Leung, F., & Thibaudeau, J. (1993). Prognostic value of pre-treatment social adaptation in bulimia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 14, 269-276.
- Stein, K.F., Chen, D.G., Corte, C., Keller, C., & Trabold, N. (2013). Disordered eating behaviors in young adult Mexican American women: Prevalence and associations with health risks. *Eating Behaviors*, 14(4), 476-483.
- Steinhausen, H.C. (2002). The outcome of anorexia nervosa in the 20th century. *American Journal of Psychiatry*, 159, 1284-1293.
- Stern, S., Dixon, K., Nemzer, E., Lake, M., Sansone, R., Smeltzer, D., ... Schrier, S.S. (1984). Affective disorder in the families of women with normal weight bulimia. *American Journal of Psychiatry*, 141, 224-227.

- Stice, E. (1994). A review of the evidence for a sociocultural model of bulimia nervosa and exploration of the mechanisms of action. *Clinical Psychology Review, 14*, 211-215.
- Stice, E., Schupak-Neuberg, E., Shaw, H.E., & Stein, R.I. (1994). Relation of media exposure to eating disorder symptomatology: an examination of mediating mechanisms. *Journal of Abnormal Psychology, 103*(4), 836-840.
- Stock, C., & Krämer, A. (2000). *Psychosoziale Belastung und psychosomatische Beschwerden von Studierenden*. In U. Sonntag, S. Gräser, C. Stock, A. Krämer (Eds.), *Gesundheitsfördernde Hochschulen. Konzepte, Strategien und Praxisbeispiele* (pp. 127-138). Weinheim und München: Juventa Verlag.
- Story, M., Neumark-Sztainer, D., & French, S. (2002). Individual and environmental influences on adolescent eating behaviors. *Journal of the American Dietetic Association, 102*, 40-51.
- Strober, M. (1980). Personality and symptomatological features in young nonchronic anorexia nervosa patients. *Journal of Psychosomatics Research, 24*, 353-359.
- Strober, M., Freeman, R., & Morrell, W. (1997). The long-term course of severe anorexia nervosa in adolescents: survival analysis of recovery, relapse, and outcome predictors over 10-15 years in a prospective study. *International Journal of Eating Disorders, 22*(4), 339-30.
- Strober, M., Freeman, R., & Morrell, W. (1999). Atypical anorexia nervosa: separation from typical cases in course and outcome in a long-term prospective study. *International Journal of Eating Disorders, 25*(2), 135-142.
- Strober, M., & Katz, J. (1987). Do eating disorders and affective disorders share a common etiology? A dissenting opinion. *International Journal of Eating Disorders, 6*, 171-180.
- Strother, E., Lemberg, R., Chariese-Stanford, S., & Turberville, D. (2012). Eating Disorders in Men: Underdiagnosed, Undertreated, and Misunderstood. *Eating Disorders, 20*, 346-355.
- Stunkard, A.J. (1959). Eating patterns and obesity. *Psychiatric Quarterly, 33*(2), 284-295.
- Sullivan, P.F. (1995). Mortality in Anorexia Nervosa. *American Journal of Psychiatry 152*(7), 1073-1074.
- Sullivan, P.F., Bulik, C.M., Carter, F.A., & Joyce P.R. (1996). Correlates of severity in bulimia nervosa. *International Journal of Eating Disorders, (20)3*, 239-51.

- Sundgot-Borgen, J. (1994). Risk and trigger factor for the development of eating disorders in female elite athletes. *Medicine & Science in Sports & Exercise*, 26, 414-419.
- Sundgot-Borgen, J., & Torstveit, M.K. (2004). Prevalence of eating disorders in elite athletes is higher than in the general population. *Journal of Sports Medicine*, 14, 25-32.
- Swanson, S.A., Crow, S.J., Le Grange, D., Swendsen, J., & Merikangas, K.R. (2011). Prevalence and Correlates of Eating Disorders in Adolescents Results From the National Comorbidity Survey Replication Adolescent Supplement. *Archives of General Psychiatry*, 68(7), 714-723.
- Swinbourne, J.M., Hunt, C., Abbott, M., Russell, J., St Clare, T., & Touyz, S. (2012). The comorbidity between eating disorders and anxiety disorders: Prevalence in an eating disorder sample and anxiety disorder sample. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 46(2), 118-131.
- Swinbourne, J.M., & Touyz, S.W. (2007). The comorbidity of eating disorders and anxiety disorders: a review. *European Eating Disorders Review*, 15(4), 253-274.
- Taylor, C.B., Bryson, S., Luce, K.H., Cunning, D., Doyle, C.A., Abascal, L.B., ... Wilfley, D.E. (2006). Prevention of Eating Disorders in At-Risk College-Age Women. *Archives General of Psychiatry*, 63, 881-888.
- Telama, R., Yang, X., Viikari, J., Valimaki, I., Wanne, O., & Raitakari, O. (2005). Physical activity from childhood to adulthood: a 21-year tracking study. *American Journal of Preventive Medicine*, 28(3), 267-273.
- Terris, M. (1980). *La revolución epidemiológica y la Medicina Social*. México: Siglo XXI.
- Testa, M.A., & Simonson, D.C. (1996). Assessment of quality of life outcomes. *New England Journal of Medicine*, 334, 835-840.
- Thien, V., Thomas, A., Markin, D., & Birmingham, C.L. (2000). Pilot study of a graded exercise program for the treatment of anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 28, 101-106.
- Thome, J., & Espelage, D.L. (2004). Relations among exercise, coping, disordered eating, and psychological health among college students. *Eating Behaviors*, 5(4), 337-351.
- Toro, J. (1996). *El cuerpo como delito. Anorexia, bulimia, cultura y sociedad*. Barcelona: Ariel.

- Toro, J. (1999). Factores psicobiológicos en la etiopatogenia de la anorexia nerviosa. *Anuario de Psicología*, 30(2), 79-96.
- Toro, J. (2004). Bulimia Nerviosa. Conferencia impartida en *XIX Semanas de la Prevención*. Fundación Mútua General de Catalunya. Barcelona, 12 septiembre 2004.
- Toro, J., Galilea, B., Martínez-Mallén, E., Salamero, M., Capdevila, L., Mari, J., ... Toro, E. (2005). Eating disorders in Spanish female athletes. *International Journal Sports Medicine*, 26, 693-700. doi: 10.1055/s-2004-830378
- Toro, J. y Vilardell, E. (1987). *Anorexia nerviosa*. Barcelona: Martínez Roca.
- Toro, J., Walters, K.Z. y Sánchez, I. (2012). El cuerpo en forma: masculinidad, imagen corporal y trastornos en la conducta alimentaria de atletas varones universitarios. *Acta de Investigación Psicológica*, 2(3), 42-857.
- Treasure, J., & Holland, A. (1995). Genetic factors in eating disorders. In G. Szmukler, C. Dare, & J. Treasure (Eds.), *Handbook of eating disorders: Theory, Treatment and Research*. Chichester: John Wiley & Sons.
- Troncoso, C. y Amaya, J. P. (2009). Factores sociales en las conductas alimentarias de estudiantes universitarios. *Revista Chilena de Nutrición*, 36(4), 1090-1097.
- Tseng, M.C., & Hu, F.C. (2012). Latent class analysis of eating and impulsive behavioral symptoms in Taiwanese women with bulimia nervosa. *Journal of Psychosomatic Research*, 72(1), 65-72.
- Tsouros, A., Dowding, G., Thompson, J., & Dooris, M. (1998). *Health Promoting Universities. Concept, experience and framework for action*. Copenhagen: World Health Organization.
- Turner, B.S. (2000). The history of the changing concepts of health and illness outline of a general model of illness categories. In Albrecht G.L., Fitzpatrick, R., Scrimshaw, S.C. (Eds.), *The Handbook of Social Studies in Health and Medicine* (pp. 9-24). London: SAGE Publications.
- Turón, V.J. (1997). *Trastornos de la alimentación. Anorexia, bulimia y obesidad*. Barcelona: Masson.
- UNESCO (1999). Educación de adultos-medio ambiente, salud y población. *Quinta Conferencia Internacional de Educación de las Personas Adultas*. Hamburgo, Alemania, 14-18 julio 1997.

- Universidad Pública de Navarra-Gobierno de Navarra (2006). *Encuesta sobre salud, bienestar y calidad de vida del alumnado de la Universidad Pública de Navarra. Plan de Universidad Saludable*. Pamplona: Universidad Pública de Navarra.
- Urquieta, J., Hernández-Ávila, M. y Hernández, B. (2006). El consumo del tabaco y del alcohol en jóvenes de zonas urbanas marginadas de México. Un análisis de decisiones relacionadas. *Salud Pública de México*, 48(1), 30-40.
- Urzúa, A., Avendaño, F., Díaz, S. y Checura, D. (2010). Calidad de vida y conductas alimentarias de riesgo en la preadolescencia. *Revista Chilena de Nutrición*, 37(3), 282-292.
- U.S. Department of Health and Human Services (1977). *Ten Leading Causes of Death in the United States*. Atlant, GA: Public Health Service Center for Disease Control.
- U.S. Department of Health and Human Services (2004). *The health consequences of smoking: A report of the Surgeon General*. Atlant, GA: U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health. Available in: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK44695/>
- Valadez, F.I., Villaseñor, F.M. y Alfaro, A.N. (2004). Educación para la Salud: la importancia del concepto. *Revista de Educación y Desarrollo*, 1, 43-48.
- Valutis, S., Goreczny, A.J., Wister, J.A., Newton, H., Popp, S., & Vavrek, J. (2008). Relationships among Coping, Weight Preoccupation, and Body Image in College Undergraduates. *Journal of Psychiatry, Psychology and Mental Health*, 2(1), 1-11.
- Van Agt, H.M., Essink-Bot, M.L., Krabbe, P.F., & Bonsel, G.J. (1994). Test-retest reliability of health state valuations collected with the EuroQol questionnaire. *Social Science & Medicine*, 39, 1537–1544.
- Van Son, G.E., Van Hoeken, D., Bartelds, A.I.M., Van Furth, E.F., & Hoek, H.W. (2006). Time trends in the incidence of eating disorders: A primary care study in The Netherlands. *International Journal of Eating Disorders*, 39(7), 565-569.
- Varela-Casal, P., Maldonado, M.J. y Ferre, F. (2011). Estudio de los perfiles clínicos de los pacientes con trastorno de la conducta alimentaria en dispositivos específicos. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 39(1), 12-19.

- Varela-Mato, V., Cancela, J.M., Ayan, C., Martín, V., & Molina, A. (2012). Lifestyle and health among Spanish university students: Differences by gender and academic discipline. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, *10*(8), 2728-2741.
- Vázquez, R., Álvarez, G., López, X., Ocampo, M.T., & Mancilla, J.M. (2004). Valoración psicológica y antropométrica en estudiantes de danza con trastorno alimentario. *Revista de Investigación en Educación*, *1*, 177-201.
- Vásquez, R., Ángel, L.A., García, J., Martínez, L.M. y Chavarro, K. (1997). Trastornos de la conducta alimentaria en deportistas. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, *26*(2), 115-126.
- Vázquez, R., Raich, R.M., Viladrich, M.C., Alvarez, G., & Mancilla, J.M. (2001). Tres aspectos de la vida familiar asociados a los trastornos alimentarios. *Revista Mexicana de Psicología*, *18*(3), 325-335.
- Verri, A.P., Verticale, M.S., Vallero, E., Bellone, S., & Nespoli, L. (1997). Television and eating disorders. A research in adolescent age. *Minerva Pediatrica*, *49*, 235-243.
- Vidovic, V., Juresa, V., Begovac, I., Mahnik, M., & Tocilj, G. (2005). Perceived family cohesion, adaptability and communication in eating disorders. *European Eating Disorders Review*, *13*(1), 19-28.
- Vio, F. y Albala, C. (2000). Epidemiología de la obesidad en Chile. *Revista Chilena de Nutrición*, *27*, 97-112.
- Vio, F., Albala, C. y Crovetto, M. (2000). Promoción de salud en la transición epidemiológica de Chile. *Revista Chilena de Nutrición*, *27*(1), 21-29.
- Vitousek, K.B., & Hollo, S.D. (1990). The investigation of schematic content and processing in eating disorders. *Cognitive Therapy and Research*, *14*, 191-214.
- Vuori, I.M. (2001). Dose-response of physical activity and low back pain, osteoarthritis, and osteoporosis. *Medicine & Science in Sports & Exercise*, *33*(6), 551-586.
- Waller, G., Kennerley, H., & Ohanian, V. (2004). Schema-focused cognitive behaviour therapy with the eating disorders. In P. du Toit (Ed.). *Cognitive schemas and core beliefs in psychological problems: a scientist practitioner guide*. Washington, DC: APA.
- Waller, G., Mountford, V., Lawson, R., Gray, E., Cordery, H., & Hinrichsen, H. (2010). *Beating your eating disorder: A cognitive behavioral self-help guide for adult sufferers and their carers*. New York: Cambridge University Press.

- Walsh, B.T., Hadigan, C.M., Devlin, M.J., Gladis, M., & Roose, S.P. (1992). Long-term outcome of antidepressant treatment for bulimia nervosa. *American Journal of Psychiatry*, *148*(9), 1206-1212.
- Walsh, B.T., Goetz, R., Roose, S.P., Fingerroth, S., & Glassman, A.H. (1985). EEG-monitored sleep in anorexia nervosa and bulimia. *Biological Psychiatry*, *20*, 947-956.
- Warburton, D.E., Nicol, C.W., & Bredin, S.S. (2006). Health benefits of physical activity: the evidence. *CMAJ*, *174*(6), 801-809.
- Ware, J.E., Snow, K.K., Kosinski, M.A., & Gandek, B. (1993). *SF-36 health survey, manual and interpretation guide*. Boston: The Health Institute, New England Medical Center.
- Wasilenko, K.A., Kulik, J.A., & Wanic, R.A. (2007). Effects of social comparisons with peer son women's body satisfaction and exercise behavior. *International Journal of Eating Disorders*, *40*(8), 740-745.
- Weight, L.M., & Noakes, T.D. (1987). Is running analog of anorexia? A survey of the incident of Eating Disorders in female distance runners. *Medicine and Science in Sports and Exercise*, *19*(3), 213-217.
- White, M.A. (2012). Smoking for weight control and its associations with eating disorder symptomatology. *Comprehensive Psychiatry*, *53*(4), 403-407.
- Whitehead, M. (1991). The Concepts and principles of equity and health. *Health Promotion International*, *6*(3), 217-28.
- Wilksch, S.M., Tiggemann, M., & Wade, T.D. (2006). Impact of interactive school-based media literacy lesson for reducing internalization of media ideals in young adolescent girls and boys. *International Journal of Eating Disorders*, *39*(5), 385-393.
- Williams, G.J., Power, K.G., Millar, H.R., Freeman, C.P., Yellowlees, A., Dowds, T., ... Jackson, M.A. (1993). Comparison of eating disorders and other dietary/weight groups on measures of perceived control, assertiveness, self-esteem, and self-directed hostility. *International Journal Eating Disorders*, *14*, 27-32. doi: 10.1002/1098-108X(199307)14:1<27::AID-EAT2260140104>3.0.CO;2-F
- Wing, R.R., & Phelan, S. (2005). Long-term weight loss maintenance. *American Journal of Clinical Nutrition*, *82*(Suppl. 1), 222S-225S. Available in: <http://ajcn.nutrition.org/content/82/1/222S.long>

- Wilkinson, R., & Marmot, M. (Eds.) (2003). *Social determinants of health: the solid facts. 2nd edition*. Copenhagen: World Health Organization. Available in: http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0005/98438/e81384.pdf
- Wiseman C.V., Harris W.A., & Halmi K.A. (1998). Eating disorders. *Medical Clinics of North America*, 82, 145- 159.
- Wolff, G., & Serpell, L. (1998). A cognitive model and treatments strategies for anorexia nervosa. In H. Hoek, J. Treasure, & M. Katzman (Eds.), *Neurobiology in the treatment of eating disorders*. Chichester: Wiley.
- Woodside, B., & Staab, R. (2006). Management of psychiatric comorbidity in anorexia nervosa. *CNS Drugs*, 20(8), 655-663.
- World Health Organization (1995). The World Health Organization Quality Life Assessment instrument (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. *Social Science Medicine*, 41(10), 1403-1409.
- World Health Organization (2003). *Global strategy on diet, physical ctivity and health*. Geneva: Author. Available in: http://www.who.int/dietphysicalactivity/strategy/eb11344/strategy_english_web.pdf;
- World Health Organization (2005). *The European Health Report 2005: public health action for healthier children and populations*. Geneva: Author. Available in: http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0004/82435/E87325.pdf19
- World Health Organization (2006). *Global strategy on diet, physical activity and health. A framework to monitor and evaluate implementation*. Geneva: Author. Available in: <http://www.who.int/dietphysicalactivity/Indicators%20English.pdf>
- Wulff, M. (1932). Eine Interessante orale Symptomenkomplex und Seine Beziehung zur Sucht. *International Zeitschrift für Psychoanalyse*, 18, 281-302.
- Yager, Z., & O’Dea, J.A. (2008). Preventions programs for body image and eating disorders on University campuses: a review of large, controlled interventions.al. *Health Promotion International*, 23(2), 173-189.
- Yates, A. (1987). Eating disorders and long-distance running: The ascetic condition. Commentary. *Integrative Psychiatry*, 5(3), 201-204.
- Yeh, C., Ho, L., & Hwang, J. (2013). The possible impact of an alcohol welfare surcharge on consumption of alcoholic beverages in Taiwan. *BMC Public Health*, 13(1), 810- 816.

- Young, K.S. (1998). Internet addiction: The emergence of a new clinical disorder. *CyberPsychology & Behavior*, 1(3), 237-44.
- Young, S., Touyz, S., Meyer, C., Arcelus, J., Rhodes, P., Madden, S., ... Hay, P. (2017). Validity of Exercise Measures in Adults with Anorexia Nervosa: The EDE, Compulsive Exercise Test and Other Self-Report Scales. *International Journal of Eating Disorders*, 50, 533–541. doi: 10.1002/eat.22633
- Zamora, R., Martínez, A., Gazzo, C. y Cordero, S. (2002), Antecedentes personales y familiares de los trastornos de la conducta alimentaria. *Archivos de Pediatría del Uruguay*, 73(3), 129-136.
- Zigmond, A.S., & Snaith, R.P. (1983). The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 67, 361-370.

ANEXOS

ANEXO 1: CARTA INFORMATIVA

Carta informativa Proyecto Universidad Saludable-Universidad de Murcia



Murcia, 9 de Febrero de 2012

Estimado/a profesor/a y alumno/a:

Solicitamos tu inestimable colaboración en el **Proyecto de Universidad Saludable de la Universidad de Murcia (UMU)** a través de esta encuesta con la que pretendemos conocer la opinión del alumnado acerca de su Universidad y sus necesidades sobre salud, bienestar y calidad de vida.

¿**Por qué?** Porque para saber si algo funciona o no en la Universidad hay que preguntarle a los alumnos/as, principales destinatarios del Proyecto.

¿**Para qué?** Para cambiar y mejorar tu Universidad, para ti y para los/as futuros/as alumnos/as.

La UMU pertenece a dos redes de promoción de la salud, una española y otra iberoamericana: la **Red Española de Universidades Saludables (REUS)** y la **Red Iberoamericana de Universidades Promotoras de la Salud (RIUPS)**.

No se trata de una encuesta o estudio más, sino de un trabajo en Red, con implicaciones y repercusión más allá de nuestra Universidad.

En definitiva, con tu ayuda podemos conseguir que las universidades contribuyan a la salud, al cambio social, al bienestar y a la calidad de vida de la comunidad universitaria y de la sociedad en su conjunto.

Si tienes cualquier duda o quieres conocer más sobre nuestro Proyecto, estaremos encantados de atenderte en la **Oficina de Universidad Saludable REUS-UMU: Facultad de Psicología, 4ª planta, Despacho 4.23. Universidad de Murcia, Campus de Espinardo, 30100 Murcia**. Teléfono: 868 88 34 37 - Correo electrónico: reus@um.es - Web: <http://www.um.es/reus>

Muchas gracias por tu atención y cooperación.

Eva Herrera Gutiérrez

Coordinadora Responsable del Proyecto de
Universidad Saludable en la Universidad de Murcia

Adelaida Lozano Polo

Coordinadora Responsable del Proyecto de
Universidad Saludable en la Consejería de Sanidad y
Política Social

ANEXO 2: CUESTIONARIO

Proyecto "Universidad Saludable"
Universidad de Murcia



**ENCUESTA SOBRE FACTORES
RELACIONADOS CON LA SALUD
EN EL ALUMNADO DE LA
UNIVERSIDAD DE MURCIA**

2012



DATOS DE CONTROL (rellenar por encuestador/a)

Encuestador/a: _____

Nº de cuestionario _____ (1)

Curso _____ (2)

Grupo _____ (3)

Carrera _____ (4)

La Universidad de Murcia y la Dirección General de Salud Pública de la Consejería de Sanidad y Política Social de la Región de Murcia, están realizando una encuesta sobre salud, bienestar y calidad de vida, con el propósito de realizar un estudio diagnóstico de salud de la comunidad universitaria. Este estudio se enmarca dentro del Programa "Universidad Saludable" de la Universidad de Murcia y tiene como fin último promover acciones de mejora en los diferentes ámbitos. El estudio diagnóstico se va a realizar en base a la información obtenida mediante encuestas al alumnado. Tú eres una de las personas que ha sido seleccionada al azar para realizar esta encuesta. La información que nos proporciones se tratará de manera confidencial y anónima. Te rogamos, por tanto, que respondas con la mayor sinceridad posible. Para cumplimentar el cuestionario, la mayor parte de las veces será suficiente con rodear con un círculo el número que sigue a la respuesta que quieras dar. En otros casos, que se señalan, tendrás que escribir algo.

MUCHAS GRACIAS DE ANTEMANO POR TU COLABORACIÓN.

I. DATOS GENERALES Y RELACIONALES

Comenzaremos refiriéndonos a las características básicas relacionadas contigo o tu entorno próximo

P.1 Información sobre ti:

- Sexo:** (6)
- Hombre 1
- Mujer 2
- Nacionalidad:** (8)
- Etnia:** (7)
- Edad:** (años) (9)
- Altura:** cm. (9) **Peso** kgs. (10)

P.2 Información sobre tu familia:

- Nacionalidad paterna: (11)
- Nacionalidad materna: (12)
- Nivel estudios paterno: (13)
- Nivel estudios materno: (14)
- Situación laboral paterna: (15)
- Situación laboral materna: (16)

P.3 ¿Padeces algún tipo de discapacidad? (17)

- Si 1
- Especificar _____
- No 2

P. 4 ¿Cual es tu situación de convivencia? (18)

- Soltero/a 1
- Casado/a, viviendo en pareja 2
- Separado/a, divorciado/a, viudo/a 3

P. 5 ¿Tienes algún hijo/a? (19)

- Si 1
- No 2

P.6 Durante el curso, ¿en qué barrio de Murcia o población vives más tiempo? (20)

_____ C.P: _____

P.7 ¿Con quién vives? (de lunes a viernes, principalmente) (21)

- Vivo solo/a 1
- Vivo con mi pareja (con o sin hijos/as) 2
- Vivo con mis padres (padre o madre) 3
- Vivo en un piso compartido (amigos/as, compañeros/as) 4
- Vivo en una residencia de estudiantes, Colegio Mayor 5
- Vivo solo/a con mis hijos/as o hijo/a 6
- Vivo en casa de un familiar 7
- Vivo en una pensión, hotel, fonda, casa huéspedes 8

P.8 ¿De cuánto dinero dispones mensualmente?

(Calcula la suma de todos tus ingresos al mes):

Aprox. de _____ euros(2)

P.9 ¿Cómo consideras dichos ingresos?(2)

Totalmente suficientes1
 Suficientes2
 Poco suficientes3
 Totalmente insuficientes4

P.10 ¿De qué manera financias tus estudios principalmente? (varias respuestas posibles)(2)

Manutención de los Padres (padre y/o madre).....1
 Becas2
 Trabajo durante todo el año/durante el curso3
 Trabajo durante las vacaciones4
 Otros (especificar):5

P.11 ¿Cómo te defines en materia religiosa?(2)

Creyente, católico/a o de otra confesión o religión1
 No creyente, indiferente, ateo/a o agnóstico/a2

P.12 ¿Podrías decirnos si tienes amigos/as de los que coloquialmente decimos que son "de verdad" o "íntimos"?(2)

Si, solo tengo amigos/as de verdad o íntimos1
 Tengo amigos/as de verdad o íntimos, pero también tengo un circuito amplio de amigos/as (conocidos/as, compañeros/as, "colegas")2
 Yo solo tengo un círculo de amigos/as (conocidos/as, compañeros/as, "colegas")3
 En estos momentos no tengo amigos/as4

P.13 ¿En qué ámbito tienes la mayoría de tus relaciones personales de amistad? (varias respuestas posibles)(2)

En el barrio o población donde viven mis padres1
 En el barrio o población donde vivo (diferente al de mis padres)2
 En la Universidad3
 En una asociación (deportiva, cultural, ONG, etc.)4
 En el empleo/trabajo5
 En otro ámbito, ¿cuál?6

P.14 En las relaciones con tus amigos/as, ¿qué importancia tienen los siguientes aspectos?

| | Muy import. | Bastante import. | Poco import. | Nada import. | |
|--|-------------|------------------|--------------|--------------|------|
| Ayuda mutua..... | 1 | 2 | 3 | 4 | (28) |
| Disfrutar del tiempo libre | 1 | 2 | 3 | 4 | (29) |
| Entendimiento (poder hablar de éxitos, fracasos, problemas) | 1 | 2 | 3 | 4 | (30) |
| Compartir las mismas aficiones/gustos (deportes, viajes, "salir por ahí")..... | 1 | 2 | 3 | 4 | (31) |
| Temas relacionados con los estudios..... | 1 | 2 | 3 | 4 | (32) |
| Compartir actitudes ante la vida, intereses políticos, etc..... | 1 | 2 | 3 | 4 | (33) |
| Iniciar una relación de pareja..... | 1 | 2 | 3 | 4 | (34) |

P.15 En la Universidad hay actualmente varios colectivos con representación en el Claustro (Grupos A, B, C y D). Señala tu situación respecto a algunos de estos colectivos y sus actividades (varias respuestas posibles)

| | SI | NO | | | |
|--|-------|----------|------|------|------|
| Pertenezco a alguno de los colectivos | 1 | 2 | (35) | | |
| Participo en las elecciones de representantes | 1 | 2 | (36) | | |
| | Mucho | Bastante | Poco | Nada | |
| Participo en sus actividades | 1 | 2 | 3 | 4 | (37) |
| Tengo muy encuenta sus mensajes, campañas, etc | 1 | 2 | 3 | 4 | (38) |

P.16 ¿Participas en la elección de delegados y subdelegados representantes de tu curso y titulación?(3)

Si1
 No2

P.17 ¿Pertenece a alguna de las asociaciones registradas en la Universidad de Murcia (UM) o de fuera de la misma?(4)

Si, pertenezco a una asociación de la UM1
 Si, pertenezco a una asociación fuera de la UM2
 Si, pertenezco a ambas3
 No, a ninguna4

➔ Pasar a P.19

P.18 Señala el tipo de asociación o grupo de que eres socio/a:

| ASOCIACIONES O GRUPOS | SI | NO | |
|--|----|----|------|
| De carácter cultural, deportivo o recreativo | 1 | 2 | (41) |
| De carácter religioso | 1 | 2 | (42) |
| De carácter ecologista, social o político | 1 | 2 | (43) |
| De autoayuda, ayuda o solidaridad | 1 | 2 | (44) |
| Otras (señalar): | 1 | 2 | (45) |

P.19 Y además, o al margen de las entidades y asociaciones ya señaladas, ¿te juntas en algún grupo informal, o de manera espontánea para algunas de las siguientes actividades?

| | SI | NO | |
|--|----|----|------|
| Intercambio de apuntes (hacer, recibir apuntes de asignaturas) | 1 | 2 | (46) |
| Otras actividades relacionadas con el estudio (preparar exámenes, trabajos, etc.) | 1 | 2 | (47) |
| Realizar viajes, salidas a casas rurales, etc. | 1 | 2 | (48) |
| Hacer deporte, salidas al monte, participar en eventos deportivos | 1 | 2 | (49) |
| Actividades de tipo cultural, social, político (cine, cursos, charlas, exposiciones, etc.) | 1 | 2 | (50) |
| Otra actividad, ¿cuál? | 1 | 2 | (51) |

P.20 ¿Por qué canales o sistemas te llega la información universitaria?

| | SI | NO | |
|---|----|----|------|
| Página web de la Universidad | 1 | 2 | (52) |
| Correo electrónico universitario | 1 | 2 | (53) |
| Equipo Decanal/Directivo del Centro | 1 | 2 | (54) |
| SIU (Servicio de Información Universitario) | 1 | 2 | (55) |
| A través de los/as profesores/as | 1 | 2 | (56) |
| A través de los/as delegados/as | 1 | 2 | (57) |
| A través de los/as compañeros/as | 1 | 2 | (58) |
| Comunicados escritos (paneles de información, folletos, etc.) | 1 | 2 | (59) |
| Otro sistema, ¿cuál? | 1 | 2 | (60) |

P.21 Para ti ¿qué canal o sistema sería o es el más adecuado para que te llegue puntualmente la información universitaria?(61)

1 _____
 2 _____
 3 _____

II. ESTUDIOS Y ESTRÉS PERCIBIDO

A continuación te haremos algunas preguntas en relación a tus estudios...

P.22 ¿En qué curso te encuentras en la actualidad?

En curso

P.23 ¿Qué carrera o estudios estás realizando?
(especificar carrera u otros estudios, como programas de doctorado, títulos propios...)

P.24 ¿Es importante para ti obtener buenos resultados (notas) en tus estudios universitarios?

Muy importante1
Bastante importante2
Poco importante3
Nada importante4

P.25 ¿Qué opinas del nivel de exigencia en tu especialidad o carrera en la Universidad?

Que es...
Muy bajo1
Más bien bajo2
Más bien alto3
Muy alto4

P.26 ¿Tienes planes profesionales concretos para tu futuro?

Si1
No2

Pasar a P.28

P.27 En caso de contestar Si: ¿cuál es tu grado de seguridad de poder llevar a cabo dichos planes o de poder encontrar trabajo?

Muy seguro1
Más bien seguro2
Más bien inseguro3
Muy inseguro4

P.28 ¿De qué modo has accedido a estos estudios universitarios?

Selectividad1
Formación profesional2
Mayor de 25 años3
Otros4

P.29 La carrera u otros estudios que estás cursando los elegiste en:

Primera opción1
Segunda opción2
Tercera opción3
Opción superior4
No procede (no elegí, etc.)5

P.30 En el curso anterior a éste que estás cursando, ¿cuál fue, aproximadamente, tu nota media global?

(Indica un número entero entre el 1 y el 10, redondeando hacia el entero más próximo)
(Si estás en primer curso no respondas a esta pregunta ni a la siguiente)

puntos

P.31 ¿Y cuántas asignaturas tienes pendientes de dicho curso? (Número entero. Las partes puedes considerarlas como enteras)

asignaturas

P.32 En la última semana lectiva has asistido a:

La mayoría de las clases1
A bastantes clases (más de la mitad)2
A algunas clases (menos de la mitad)3
No asistí a clase4

P.33 A lo largo del curso, ¿con qué frecuencia sueles acudir a la Universidad?

La mayoría de los días1
2 ó 3 días por semana2
1 día a la semana3
1 ó 2 veces al mes4
Menos de una vez al mes (por ej.: sólo para los exámenes)5

P.34 ¿Cuánto tiempo pasas en una semana normal del curso en los siguientes tipos de aprendizaje?

| | Nº de horas aproximadas: |
|--|--------------------------|
| Clases magistrales | <input type="text"/> |
| Seminarios prácticos | <input type="text"/> |
| Tutorías | <input type="text"/> |
| Prácticas en empresas u otros centros (hospitales...) | <input type="text"/> |
| Grupos de estudio o de trabajo organizados por ti mismo... | <input type="text"/> |
| Estudio o trabajos en grupo | <input type="text"/> |
| Estudio/trabajo a solas (en casa, en la biblioteca...) | <input type="text"/> |
| Tareas en casa y preparar informes... | <input type="text"/> |
| Otros tipos de trabajo | <input type="text"/> |

P.35 ¿En qué medida te sientes agobiado/a por las siguientes circunstancias académicas?

| | Siempre | A menudo | Pocas veces | Nunca |
|---|---------|----------|-------------|-------|
| Realización de un examen | 1 | 2 | 3 | 4 |
| Exposición de trabajos en clase | 1 | 2 | 3 | 4 |
| Intervención en el aula (responder a una pregunta del/a profesora, realizar preguntas, participar en coloquios, etc) | 1 | 2 | 3 | 4 |
| Acudir al despacho del/a profesora en horas de tutoría | 1 | 2 | 3 | 4 |
| Sobrecarga académica (excesivo número de créditos, trabajos obligatorios, etc.) | 1 | 2 | 3 | 4 |
| Masificación de la aulas | 1 | 2 | 3 | 4 |
| Falta de tiempo para poder cumplir con las actividades académicas | 1 | 2 | 3 | 4 |
| Competitividad entre compañeros | 1 | 2 | 3 | 4 |
| Realización de trabajos obligatorios para aprobar la asignatura (búsqueda de material necesario, redactar el trabajo, etc.) | 1 | 2 | 3 | 4 |
| La tarea de estudio | 1 | 2 | 3 | 4 |
| Trabajar en grupo | 1 | 2 | 3 | 4 |

P.36 Durante las últimas 2 semanas ¿dirías que has experimentado estrés en tus estudios?

| | | |
|--------------------------|------|---|
| Casi ningún estrés | (94) | 1 |
| Relativamente poco | 2 | |
| Moderado | 3 | |
| Mucho | 4 | |

P.37 Con el paso del tiempo, ¿has notado cambios en el nivel de estrés experimentado en tus estudios?

| | | |
|---------------------------|------|---|
| Ha disminuido mucho | (95) | 1 |
| Ha disminuido | 2 | |
| No ha cambiado | 3 | |
| Ha aumentado | 4 | |
| Ha aumentado mucho | 5 | |

P.38 Por lo general, ¿dirías que tu calidad de vida es...?

| | | |
|-----------------|------|---|
| Muy buena | (96) | 1 |
| Buena | 2 | |
| Regular | 3 | |
| Mala | 4 | |
| Muy mala | 5 | |

P.39 ¿En qué medida crees que el estrés en los estudios ha afectado tu salud?

| | | |
|----------------|------|---|
| Nada | (97) | 1 |
| Apenas | 2 | |
| Algo | 3 | |
| Bastante | 4 | |
| Mucho | 5 | |

P.40 ¿Estás de acuerdo con las siguientes afirmaciones?

| | Si | Más bien si | Más bien no | No | |
|---|----|-------------|-------------|----|-------|
| Tengo dudas de haber escogido la carrera adecuada | 1 | 2 | 3 | 4 | (98) |
| Con frecuencia me encuentro en mis estudios desorientado/a | 1 | 2 | 3 | 4 | (99) |
| Me siento apoyado/a por mis compañeros/as | 1 | 2 | 3 | 4 | (100) |
| En general me llevo bien con mis profesores/as | 1 | 2 | 3 | 4 | (101) |
| La organización de los estudios que estoy cursando es "caótica" e impide un buen aprovechamiento..... | 1 | 2 | 3 | 4 | (102) |
| Me gusta lo que estoy estudiando | 1 | 2 | 3 | 4 | (103) |
| Tengo muy pocas posibilidades de aportar mis ideas propias y propuestas a los estudios..... | 1 | 2 | 3 | 4 | (104) |
| Me gusta asistir fuera de mis clases obligatorias a eventos culturales o de otra índole en el Campus..... | 1 | 2 | 3 | 4 | (105) |
| En general me siento bien evaluado por los/as profesores/as | 1 | 2 | 3 | 4 | (106) |
| En nuestro aprendizaje me parece acertada la proporción entre clases magistrales, trabajo en grupo y trabajo individual | 1 | 2 | 3 | 4 | (107) |
| En la docencia universitaria el profesorado debe representar con claridad (frente al alumnado) el saber, el poder y la autoridad | 1 | 2 | 3 | 4 | (108) |
| Echo en falta profesores/as que fomenten la participación en clase | 1 | 2 | 3 | 4 | (109) |
| Echo en falta profesores/as que utilicen métodos y técnicas pedagógicas que me permitan crecer en mi capacidad crítica, iniciativa, autonomía, responsabilidad..... | 1 | 2 | 3 | 4 | (110) |
| Echo en falta profesores/as que en su rol docente me propongan una relación de apoyo y ayuda al aprendizaje..... | 1 | 2 | 3 | 4 | (111) |

III. SALUD Y SATISFACCIÓN VITAL

Entramos en el tema de la salud...

P.41 ¿En qué medida estás de acuerdo o en desacuerdo con los siguientes enunciados?

| | Total desacuerdo | Más bien desacuerdo | Más bien Acuerdo | Total Acuerdo | |
|---|------------------|---------------------|------------------|---------------|-------|
| Estoy satisfecho con mi aspecto..... | 1 | 2 | 3 | 4 | (112) |
| Procuro alimentarme de manera sana y equilibrada..... | 1 | 2 | 3 | 4 | (113) |
| Duelmo y descanso bien..... | 1 | 2 | 3 | 4 | (114) |
| En la escuela o el colegio fui, en comparación con mis compañeros/as de clase, poco deportista..... | 1 | 2 | 3 | 4 | (115) |
| Procuro hacer el suficiente ejercicio físico | 1 | 2 | 3 | 4 | (116) |
| Tengo miedo de caer enfermo/a..... | 1 | 2 | 3 | 4 | (117) |
| Creo que a mi edad debería preocuparme más por la prevención de las enfermedades..... | 1 | 2 | 3 | 4 | (118) |

P.42 ¿En qué medida cuidas de tu salud?

| | | |
|----------------|-------|---|
| Nada | (119) | 1 |
| Poco | 2 | |
| Bastante | 3 | |
| Mucho..... | 4 | |

P.43 ¿Cuántas horas trabajas diariamente en el ordenador?

Aproximadamente horas

P.44 ¿Cuántas horas trabajas diariamente sentado/a?

Aproximadamente horas

P.45 ¿Cuánto tiempo caminas regularmente al día?

Aproximadamente minutos

P.46 ¿Cuántas horas duermes al día habitualmente (siesta incluida)?

Entre semana horas al día

Los fines de semana horas al día

P.47 Durante el año pasado, ¿cuántos días estuviste enfermo/a?

Aproximadamente días

P.48 Ahora nos gustaría que nos indicaras cómo definirías tu estado de salud en el día de HOY. Para ello, dinos qué afirmaciones describen mejor tu estado de salud en el día de hoy.

1. Movilidad (126)

No tengo problemas para caminar 1

Tengo algunos problemas para caminar 2

Tengo que estar en la cama 3

2. Personal (127)

No tengo problemas con el cuidado personal 1

Tengo algunos problemas para lavarme o vestirme 2

Soy incapaz de lavarme o vestirme 3

3. Actividades cotidianas (E): trabajar, estudiar, hacer las tareas domésticas, actividades familiares o actividades durante el tiempo libre)

| | |
|--|-------|
| | (128) |
| No tengo problemas para realizar mis actividades cotidianas | 1 |
| Tengo algunos problemas para realizar mis actividades cotidianas | 2 |
| Soy incapaz de realizar mis actividades cotidianas | 3 |

4. Dolor/Malestar

| | |
|---------------------------------------|-------|
| | (129) |
| No tengo dolor ni malestar | 1 |
| Tengo moderado dolor o malestar | 2 |
| Tengo mucho dolor o malestar | 3 |

5. Ansiedad/Depresión

| | |
|---|-------|
| | (130) |
| No estoy ansioso/a ni deprimido/a | 1 |
| Estoy moderadamente ansioso/a o deprimido/a | 2 |
| Estoy muy ansioso/a o deprimido/a | 3 |

P.49

Para ayudar a la gente a describir lo bueno o malo que es su estado de salud hemos dibujado una escala parecida a un termómetro en el cual se marca con un 100 el mejor estado de salud que pueda imaginarse y con un 0 el peor estado de salud que pueda imaginarse.

Nos gustaría que nos indicaras en esta escala, en tu opinión, lo bueno o malo que es tu estado de salud en el día de HOY. Por favor, dibuja una línea desde el casillero donde dice "Tu estado de salud hoy" hasta el punto del termómetro que en tu opinión indique lo bueno o malo que es tu estado de salud en el día de HOY.



P.50 ¿Cómo consideras que ha sido tu salud durante los últimos 12 meses?

| | |
|---------------|-------|
| | (132) |
| Buena | 1 |
| Regular | 2 |
| Mala | 3 |

P.51 ¿Cuántas veces has tenido un fuerte resfriado o gripe durante los últimos 12 meses, de manera que te haya obligado a estar más de un día en la cama?

(133)

[] veces

P.52 ¿Has acudido a la consulta de un médico durante los últimos 6 meses?

| | |
|----------|-------|
| | (134) |
| Si | 1 |
| No | 2 |

Pasa a P.54

P.53 En caso de contestar "sí", ¿cuáles fueron los motivos?

| | |
|--|-------|
| | (135) |
| Porque estuve enfermo/a | 1 |
| Para una exploración preventiva de cáncer | 2 |
| Por una vacuna | 3 |
| Para la prescripción de la pildora anticonceptiva y/o una exploración ginecológica | 4 |
| Revisión del dentista, intervención odontológica, etc..... | 5 |
| Por accidente | 6 |
| Por revisión médica general | 7 |
| Acompañando a alguien | 8 |
| Por otros motivos (especificar) | 9 |

P.54 ¿Alguna vez has estado en tratamiento psicoterapéutico?

| | |
|----------|-------|
| | (136) |
| Si..... | 1 |
| No | 2 |

P.55 ¿Qué medicamentos has tomado en las últimas 4 semanas? (Varias respuestas posibles)

| | |
|--|-------|
| | (137) |
| | (138) |
| | (139) |
| No he tomado ninguno | 1 |
| Analgésicos | 2 |
| Tranquilizantes | 3 |
| Antigripales | 4 |
| Antialérgicos | 5 |
| Fármaco para el estómago/intestino | 6 |
| Laxantes | 7 |
| Fármaco para el tiroides | 8 |
| Psicofármacos | 9 |
| Somníferos | 10 |
| Antibióticos | 11 |
| Medicamento homeopático | 12 |
| "La pildora" | 13 |
| Otros (especificar) | 14 |

P.56 ¿Tomas medicamentos sin prescripción médica?

| | |
|----------|-------|
| | (140) |
| Si..... | 1 |
| No | 2 |

P.57 A continuación encontrarás cinco frases referidas a tu vida, y otra, a tu autoestima. Rodea con un círculo el número correspondiente a tu grado de acuerdo o desacuerdo con cada una de ellas.

- 1: Muy de acuerdo
- 2: De acuerdo
- 3: Indiferente
- 4: En desacuerdo
- 5: Muy en desacuerdo

| | | | | | | |
|--|---|---|---|---|---|-------|
| El tipo de vida que llevo, se parece al tipo de vida que siempre soñé llevar..... | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | (141) |
| Las condiciones de mi vida son excelentes..... | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | (142) |
| Estoy satisfecho/a con mi vida..... | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | (143) |
| Hasta ahora he obtenido las cosas importantes que quiero en la vida..... | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | (144) |
| Si pudiera vivir mi vida de nuevo, me gustaría que todo volviese a ser igual..... | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | (145) |
| Yo tengo una imagen positiva de mí mismo/a, tanto en lo que se refiere a mis capacidades intelectuales como a mis habilidades personales y sociales..... | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | (146) |

P.58 (Refiriéndonos sólo a las habilidades) Señala el nivel de satisfacción que sientes por tus habilidades personales y sociales que se describen a continuación:

- 1: Totalmente insatisfecho/a
- 2: Bastante o algo insatisfecho/a
- 3: Indiferente
- 4: Algo o bastante satisfecho/a
- 5: Muy, totalmente satisfecho/a

HABILIDAD/CAPACIDAD

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|-------|
| Para analizar las situaciones en que te ves envuelto/a y tomar las decisiones adecuadas .. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | (147) |
| Para resolver los retos o problemas que se te van planteando | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | (148) |
| Para utilizar razonablemente el tiempo de que dispones | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | (149) |
| Para realizar con calidad y periodicidad las tareas domésticas de compras, limpieza, lavado y planchado | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | (150) |
| Para cocinar con gusto y organizar adecuadamente menús saludables | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | (151) |
| Para manejar con un buen control tus emociones | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | (152) |
| Para comunicarte bien con los demás..... | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | (153) |
| Para saber negociar en determinadas situaciones, tratando no sólo de ganar tú..... | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | (154) |
| Para resolver los conflictos en que te has visto envuelto/a, sin mayores broncas | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | (155) |
| Para respetar/tolerar a compañeros/as con ideas diferentes a las tuyas..... | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | (156) |
| Para captar los puntos de vista y las razones de quienes no coincidan contigo | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | (157) |
| Para aceptar junto a ti a otros/as diferentes | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | (158) |
| Para valorar positivamente otros pueblos o culturas | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | (159) |

P.59 Y ahora señala tu grado de acuerdo o desacuerdo con las siguientes frases:

- 1: Totalmente desacuerdo
- 2: Algo desacuerdo
- 3: Indiferente
- 4: Algo acuerdo
- 5: Totalmente acuerdo

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|-------|
| Estoy satisfecho/a con mi forma de ser | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | (160) |
| Estoy orgulloso/a de mi trabajo en la Universidad | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | (161) |
| No estoy satisfecho/a con mi apariencia..... | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | (162) |
| Me siento bien cuando estoy con los/as amigos/as | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | (163) |
| Decepciono a mi familia | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | (164) |

P.60 ¿En qué medida te sientes agobiado/a últimamente por las siguientes circunstancias?

ME SIENTO AGOBIADO/A

| | Siempre | A menudo | Pocas veces | Nunca | |
|--|---------|----------|-------------|-------|-------|
| Los estudios en general | 1 | 2 | 3 | 4 | (165) |
| Exigencias de las asignaturas de la carrera o estudios | 1 | 2 | 3 | 4 | (166) |
| Sensación de anonimato y soledad en la Universidad | 1 | 2 | 3 | 4 | (167) |
| Competitividad en la Universidad | 1 | 2 | 3 | 4 | (168) |
| Falta de relación de los estudios con la realidad | 1 | 2 | 3 | 4 | (169) |
| Trabajar y estudiar a la vez | 1 | 2 | 3 | 4 | (170) |
| Vivienda | 1 | 2 | 3 | 4 | (171) |
| Situación económica | 1 | 2 | 3 | 4 | (172) |
| Situación familiar | 1 | 2 | 3 | 4 | (173) |
| Relación de pareja | 1 | 2 | 3 | 4 | (174) |
| Relaciones sexuales | 1 | 2 | 3 | 4 | (175) |
| Grupo de compañeros de curso | 1 | 2 | 3 | 4 | (176) |
| Enfermedad | 1 | 2 | 3 | 4 | (177) |
| Estrés en general | 1 | 2 | 3 | 4 | (178) |
| Futuro laboral (inserción laboral) | 1 | 2 | 3 | 4 | (179) |
| Situación social-política | 1 | 2 | 3 | 4 | (180) |

IV. COMPORTAMIENTOS Y ESTILOS DE VIDA RELACIONADOS CON LA SALUD

Las siguientes preguntas se refieren a algunos comportamientos y hábitos en relación a la salud.

A. ACTIVIDAD FÍSICA Y RELAJACIÓN

P.61 ¿Cuántas horas semanales dedicas a actividades físicas como por ejemplo andar, correr, juegos de pelota, balón, natación, tenis, bicicleta, etc.?

(Indica sólo horas, no decimales)

(181)

Aproximadamente horas

P.62 ¿Cuántas veces por semana realizas actividad física (deporte, trabajo corporal, etc.) que dure al menos 30 minutos, te hace respirar más fuerte, te aumentan las pulsaciones y empiezas a sudar?

(182)

| | |
|-----------------------------------|---|
| Ninguna vez | 1 |
| 1 ó 2 veces | 2 |
| 3 ó 4 veces | 3 |
| Todos o casi todos los días | 4 |

P.63 Si practicas algún deporte o actividad física señala de qué tipo son y con qué organismo lo haces (Universidad, Ayuntamiento, Federación, Club deportivo...) (Escribir):

Deporte o actividad física nº1 _____(183)
Organismo _____(184)

Deporte o actividad física nº2 _____(185)
Organismo _____(186)

Deporte o actividad física nº3 _____(187)
Organismo _____(188)

P.64 Si practicas ejercicio físico o deporte, ¿cuáles son tus motivos para realizarlo? (Máximo hasta tres respuestas posibles)

| | (189) | (190) | (191) |
|--|-------|-------|-------|
| Para mantenerme en forma | 1 | | |
| Para ver de lo que soy capaz | 2 | | |
| Como compensación al estudio | 3 | | |
| Para encontrar a gente agradable | 4 | | |
| Porque mis amigos/familiares hacen deporte | 5 | | |
| Por indicación médica, como terapia | 6 | | |
| Porque el deporte me gusta o me divierte | 7 | | |
| Por otros motivos | 8 | | |

P.65 Si nunca haces deporte o ejercicio físico, ¿a qué se debe? (Máximo hasta tres respuestas posibles)

| | (192) | (193) | (194) |
|---|-------|-------|-------|
| Por motivos de salud | 1 | | |
| Hago suficiente ejercicio | 2 | | |
| Tengo muy poco tiempo | 3 | | |
| Tengo horarios cambiantes o desfavorables | 4 | | |
| Las ofertas deportivas están saturadas | 5 | | |
| No me gusta el deporte. Prefiero otras actividad de ocio | 6 | | |
| Mis deportes preferidos no se ofertan entre las actividades deportivas universitarias | 7 | | |
| Me resulta difícil acceder a los deportes o actividades deportivas (están lejos, son caros, etc.) | 8 | | |
| Estoy sólo/a, me falta compañía | 9 | | |
| Por otros motivos | 10 | | |

P.66 ¿Estás federado/a en algún deporte?

| | (195) |
|----------|-------|
| Si | 1 |
| No | 2 |

P.67 ¿Estás inscrito/a en algún gimnasio?

| | (196) |
|----------|-------|
| Si | 1 |
| No | 2 |

P.68 ¿Cuáles son las actividades que haces regularmente, es decir, por lo menos una vez por semana, para relajarte? (varias respuestas posibles)

| | (197) | (198) | (199) |
|---|-------|-------|-------|
| Sauna, baños calientes, etc. | 1 | | |
| Ejercicios de relajación (muscular, yoga, meditación) | 2 | | |
| Juegos de ordenador | 3 | | |
| Ver la televisión | 4 | | |
| Pasear | 5 | | |
| Leer | 6 | | |
| Quedar con los amigos | 7 | | |
| Sexo | 8 | | |
| Consumir bebidas alcohólicas | 9 | | |
| Escuchar música | 10 | | |
| Internet (navegar en la red) | 11 | | |
| Otras | 12 | | |
| Ninguna actividad | 13 | | |

B. ALIMENTACIÓN

P.69 Creo que estoy...

| | (200) |
|---------------------------|-------|
| Demasiado delgado/a | 1 |
| Un poco delgado/a | 2 |
| Peso adecuado | 3 |
| Un poco gordo/a | 4 |
| Demasiado gordo/a | 5 |

P.70 ¿Cuál sería, para ti, tu peso ideal?

Aproximadamente (201) Kg.

P.71 ¿Con qué frecuencia consumes los siguientes alimentos?

| | Varias veces al día | Diariamente | Varias veces a la semana | 1-4 veces al mes | Casi nunca o nunca | |
|--|---------------------|-------------|--------------------------|------------------|--------------------|-------|
| Golosinas (chocolate, caramelos, etc.) | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | (202) |
| Pasteles/Bollería | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | (203) |
| Salados (patatas, cacahuets, etc.) | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | (204) |
| Comida rápida/Latas (Pizza, hamburguesas, patatas fritas, ravioli en lata, etc.) | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | (205) |
| Fruta fresca | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | (206) |
| Ensaladas/Verduras | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | (207) |
| Refrescos con gas, gaseosas, colas | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | (208) |
| Carne/Fiambres | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | (209) |
| Pescado/Legumbres | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | (210) |

P.72 ¿Con qué frecuencia estás a dieta (comes menos de lo que te gusta)?

| | (211) |
|-----------------|-------|
| Nunca | 1 |
| Raramente | 2 |
| A veces | 3 |
| A menudo | 4 |
| Siempre | 5 |

P.73 ¿Dónde comes normalmente, durante un día de trabajo en el curso académico?

| | (212) |
|--|-------|
| En casa con la familia | 1 |
| En un piso con otros estudiantes | 2 |
| Colegio mayor/residencia | 3 |
| Comedores universitarios | 4 |
| Bar cafetería | 5 |
| Otras | 6 |

P.74 ¿Cuántas tazas de café bebes al día?

Aproximadamente (213) tazas

P.75 ¿Y qué comidas haces al día? (señala lo que habitualmente haces en cada tipo de comida)

| | SI | NO | |
|----------------------------|----|----|-------|
| Desayuno | 1 | 2 | (214) |
| Almuerzo | 1 | 2 | (215) |
| Comida | 1 | 2 | (216) |
| Merienda | 1 | 2 | (217) |
| Cena | 1 | 2 | (218) |
| Nº de comidas al día | | | (219) |

P.76 Las frases que vienen a continuación se refieren a la comida y otras a los sentimientos o actitudes que experimentas. Contesta si lo que se dice te ocurre.

(Pon una marca en la casilla que mejor refleje tu caso. Por favor, contesta cuidadosamente cada pregunta).

A: Nunca
B: Casi nunca
C: Algunas veces
D: Bastantes veces
E: Casi siempre
F: Siempre

| | A | B | C | D | E | F | |
|---|---|---|---|---|---|---|-------|
| 1. Me gusta comer con otras personas | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | (220) |
| 2. Procuo no comer aunque tenga hambre | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | (221) |
| 3. Me preocupo mucho por la comida | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | (222) |
| 4. A veces me he "atracado" de comida sintiendo que era incapaz de parar de comer | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | (223) |

5. Corto mis alimentos en trozos pequeños1 2 3 4 5 6 (224)
6. Tengo en cuenta las calorías que tienen los alimentos que como1 2 3 4 5 6 (225)
7. Evito, especialmente, comer alimentos con muchos hidratos de carbono1 2 3 4 5 6 (226)
8. Noto que los demás preferirían que yo comiese más1 2 3 4 5 6 (227)
9. Vomito después de haber comido1 2 3 4 5 6 (228)
10. Me siento muy culpable después de comer1 2 3 4 5 6 (229)
11. Me preocupa el deseo de estar delgado/a1 2 3 4 5 6 (230)
12. Pienso en quemar calorías cuando hago ejercicio...1 2 3 4 5 6 (231)
13. Los demás piensan que estoy demasiado delgado/a1 2 3 4 5 6 (232)
14. Me preocupa la idea de tener grasa en el cuerpo1 2 3 4 5 6 (233)
15. Tardo en comer más que las otras personas1 2 3 4 5 6 (234)
16. Procuero no comer alimentos con azúcar1 2 3 4 5 6 (235)
17. Como alimentos de régimen1 2 3 4 5 6 (236)
18. Siento que los alimentos controlan mi vida1 2 3 4 5 6 (237)
19. Me controlo en las comidas1 2 3 4 5 6 (238)
20. Noto que los demás me presionan para que coma1 2 3 4 5 6 (239)
21. Paso demasiado tiempo pensando y ocupándome de la comida1 2 3 4 5 6 (240)
22. Me siento incómodo/a después de comer dulces1 2 3 4 5 6 (241)
23. Me comprometo a hacer régimen1 2 3 4 5 6 (242)
24. Me gusta sentir el estómago vacío1 2 3 4 5 6 (243)
25. Disfruto probando comidas nuevas y sabrosas1 2 3 4 5 6 (244)
26. Tengo ganas de vomitar después de las comidas1 2 3 4 5 6 (245)

C. SEXUALIDAD

Las siguientes preguntas se refieren a aspectos de la sexualidad. Si alguna pregunta consideras que es muy personal, tienes la opción de no contestarla y pasar a la siguiente.

P.77 ¿Has tenido alguna vez relaciones sexuales?

- (240)
- Sí, he tenido relaciones sexuales con penetración1
 Sí, he tenido relaciones sexuales sin penetración2
 No he tenido relaciones sexuales de ningún tipo3
 (Si la respuesta es no, pasa a la P. 85)

P.78 ¿A qué edad tuviste tu primera relación sexual con penetración?

(247) años

P.79 ¿Utilizas tú o tu pareja (sea estable u ocasional) algún método anticonceptivo o de planificación familiar? (varias respuestas posibles)

- (248) (249) (250)
- Ningún método anticonceptivo1
 Píldora / parche / inyección anticonceptiva2
 Píldora del día siguiente3
 Marcha atrás (coito interrumpido)4
 Preservativo o condón5
 DIU, dispositivo intrauterino o sterilet, etc.6
 Métodos naturales (Ogino, billings-mucosa, temperatura)7
 Cremas / óvulos espermicidas8
 Otro ¿cuál?9

P.80 Cuando tienes un primer contacto sexual con una nueva pareja. ¿Utilizas el preservativo?

- (251)
- Siempre1
 A veces2
 Nunca3
 No se aplica en mi caso4

P.81 Y en general, respecto al uso del preservativo como método preventivo, ¿cuál es tu postura?

- (252)
- No lo utilizaría nunca1
 No lo utilizo, pero pienso utilizarlo2
 Sí lo utilizo, pero no siempre3
 Lo utilizo siempre4

P.82 Si piensas en los últimos 12 meses: ¿Cuántas parejas sexuales has tenido?

(253) parejas

P.83 ¿Cuántas parejas sexuales has tenido a lo largo de tu vida?

(254) parejas

P.84 ¿Con qué frecuencia has tenido relaciones sexuales en los últimos 3 meses?

- (255)
- Ninguna vez1
 Una vez al mes2
 Dos a tres veces por mes3
 Una vez por semana4
 Dos a tres veces por semana5
 Cuatro a seis veces por semana6
 Diariamente7

P.85 (Solo para mujeres) ¿Sueles hacerte revisiones ginecológicas? (análisis citológicos, frotis, Papanicolaou)

- (256)
- Con regularidad1
 Algunas veces2
 Una vez3
 Nunca4

P.86 ¿Consideras satisfactoria tu manera de vivir tu sexualidad?

- (257)
- Muy satisfactoria1
 Bastante satisfactoria2
 Poco satisfactoria3
 Nada satisfactoria4

D. OTROS COMPORTAMIENTOS Y ESTILOS DE VIDA

P.87 Pensando en los últimos 30 días, ¿cuándo has consumido bebidas alcohólicas?

- (258)
- Solo en días laborables (En la siguiente pregunta contesta sólo la columna de "último día laborable")1
 Solo en fin de semana (En la siguiente pregunta contesta sólo en la columna de "último fin de semana")2
 Ambos, en días laborables y en fin de semana (En la siguiente pregunta contesta ambas columnas)3
 Algún día (sólo bebo en algún que otro acontecimiento o fiesta)4
 No he consumido ningún día porque no bebo prácticamente nunca5
 (Pasa a la P.89)

P.88 ¿Podrías concretar, por tipos de bebidas de las que se señalan a continuación, cuánto (nº de unidades) bebiste el último fin de semana (todo entero) y, si bebes los días laborables, el último de ellos?

| | El último día laborable | El último fin de semana entero (viernes, sábado y domingo) | |
|---|-------------------------|--|------------|
| Cerveza y sidra (la equivalente a botellín, caña o vaso) | Nº | Nº | (259)(260) |
| Vino/Kalimotxo o cava (vasos o copas) | Nº | Nº | (261)(262) |
| Vermut y otros aperitivos (jerez, finos...) completos | Nº | Nº | (263)(264) |
| Combinados o cubatas, whisky, licores (equivalente a completos) | Nº | Nº | (265)(266) |

P.89 ¿Estás de acuerdo con las siguientes afirmaciones?

| | SI | NO | |
|---|----|----|-------|
| Por las mañanas he bebido alguna vez alcohol como primera bebida para recuperar mi equilibrio nervioso o para recuperarme de una resaca | 1 | 2 | (267) |
| He tenido alguna vez la sensación de que debía reducir mi consumo de alcohol | 1 | 2 | (268) |
| Me he enfadado con alguien que ha criticado mi hábito de beber | 1 | 2 | (269) |
| Me he sentido alguna vez mal o culpable a causa de mi hábito de beber | 1 | 2 | (270) |

P.90 ¿Podrías indicarnos si fumas tabaco?

| | | |
|--|---|-------|
| Nunca fumo nada | 1 | (271) |
| Solo fumo ocasionalmente (a veces)..... | 2 | |
| Fumo diariamente menos de 10 cigarrillos | 3 | |
| Fumo diariamente más de 10 cigarrillos | 4 | |

P.91 Si ahora no fumas nada, ¿a qué situación corresponde?

| | | |
|--|---|-------|
| Nunca he fumado nada | 1 | (272) |
| He probado una o varias veces algún cigarrillo, pero no fumo | 2 | |
| Fumaba ocasionalmente pero lo dejé. | 3 | |
| Llegué a fumar diariamente, pero lo dejé hace menos de 1 año..... | 4 | |
| Llegué a fumar diariamente, pero lo dejé hace más de 1 año..... | 5 | |
| He dejado de fumar a partir de la entrada en vigor de la Ley de tabaco (1 de enero de 2011)..... | 6 | |
| He dejado por enfermedad reciente, embarazo, etc..... | 7 | |

P.92 Si has llegado a fumar:

¿A qué años empezaste? (273)

¿Cuánto cigarrillos fumabas/fumas diariamente? (274)

P.93 ¿Cuál de las siguientes afirmaciones te afectan personalmente? (Señala la/las que proceda)

| | | |
|---|---|-------|
| Pienso seriamente dejar de fumar en los próximos treinta días | 1 | (275) |
| Pienso concretamente dejar de fumar en los próximos seis meses | 2 | |
| Estoy expuesto al humo de tabaco en el interior de la Universidad..... | 3 | |
| Estoy expuesto al humo de tabaco en el hogar..... | 4 | |
| Estoy expuesto al humo de tabaco en el trabajo..... | 5 | |
| Estoy expuesto al humo de tabaco en lugares de ocio..... | 6 | |
| Pienso seriamente, reducir drásticamente mi consumo de alcohol en los próximos seis meses..... | 7 | |
| Pienso en concreto reducir drásticamente mi consumo de alcohol en los próximos treinta días | 8 | |
| Ninguna de ellas..... | 9 | |

P.94 ¿Qué sustancias de las que figuran a continuación has consumido alguna vez a lo largo de tu vida y qué edad tenías cuando las probaste por primera vez?

| | SI | NO | EDAD |
|-------------------------------------|----|----|-------------|
| Hachis o Marihuana | 1 | 2 | (276) (277) |
| Cocaina | 1 | 2 | (278) (279) |
| Éxtasis / Pastillas | 1 | 2 | (280) (281) |
| Speed o Anfetaminas..... | 1 | 2 | (282) (283) |
| Alucinógenos (LSD, tripi, ...)..... | 1 | 2 | (284) (285) |
| Otras drogas, ¿cuáles?..... | 1 | 2 | (286) (287) |

P.95 En los últimos 30 días, ¿con qué frecuencia has consumido alguna de estas sustancias? (Señala lo que proceda)

| | | | | | |
|----------------------------------|---|---|---|---|-------|
| 1. Diariamente | | | | | |
| 2. Semanalmente | | | | | |
| 3. Ocasionalmente | | | | | |
| 4. Nunca | | | | | |
| Hachis o Marihuana | 1 | 2 | 3 | 4 | (288) |
| Cocaina | 1 | 2 | 3 | 4 | (289) |
| Éxtasis / Pastillas | 1 | 2 | 3 | 4 | (290) |
| Speed o Anfetaminas..... | 1 | 2 | 3 | 4 | (291) |
| Alucinógenos (LSD, tripi,)..... | 1 | 2 | 3 | 4 | (292) |
| Otras drogas, ¿cuáles?..... | 1 | 2 | 3 | 4 | (293) |

P.96 ¿Cuántas horas dedicas, aproximadamente, en una semana normal del curso, a las siguientes actividades? (Señala las horas semanales que les dedicas)

| | Nada | Horas semana |
|---|------|--------------|
| Actividades culturales (cine, teatro, exposiciones, museos, conciertos) | | (294) |
| Hacer deporte u otra actividad física | | (295) |
| Jugar con ordenador, videoconsolas y videojuegos | | (296) |
| Navegar o chatear por Internet..... | | (297) |
| Salir con amigos/as o pareja | | (298) |
| Ver la televisión | | (299) |
| Leer libros no relacionados con lo que estudio | | (300) |
| Leer periódicos o revistas | | (301) |
| Desplazamientos de casa a la Universidad y viceversa | | (302) |

P.97 Habitualmente me desplazo a la Universidad:

| | | |
|--|---|-------|
| Solo/a, en mi coche | 1 | (303) |
| Compartiendo el coche con otras personas | 2 | |
| En autobús interurbano | 3 | |
| En autobús urbano | 4 | |
| En motocicleta..... | 5 | |
| En bicicleta | 6 | |
| A pie | 7 | |
| En autobús y a pie | 8 | |

P.98 ¿Con qué frecuencia te pones el cinturón de seguridad cuando conduces o vas como acompañante?

| | | |
|--|---|-------|
| Siempre | 1 | (304) |
| Entre el 50% y el 99% de las veces | 2 | |
| Menos del 50% de las veces | 3 | |

P.99 ¿Utilizas casco cuando viajas en moto, ciclomotor o bicicleta?

| | | |
|---|---|-------|
| Nunca viajo en moto o ciclomotor o bicicleta..... | 1 | (305) |
| Nunca lo utilizo | 2 | |
| Algunas veces | 3 | |
| Casi siempre | 4 | |
| Siempre | 5 | |

P.100 ¿En qué medida respetas las recomendaciones o límites de velocidad cuando conduces? Conduzco normalmente ...

| | | |
|---|---|-------|
| Por debajo o al límite de velocidad | 1 | (306) |
| A menos de 20 km/h por encima del límite de velocidad | 2 | |
| A más de 20 km/h por encima | 3 | |

P.101 ¿Cuántas veces has conducido en las últimas 4 semanas bajo la influencia del alcohol y/o drogas o has acompañado a alguna persona en esa situación?

| | |
|--|-------|
| He conducido <input type="text"/> veces | (307) |
| He acompañado <input type="text"/> veces | (308) |

P.102 ¿Has conducido alguna vez muy cansado/a o con sueño? (308)

| | |
|-------------------------------|---|
| Nunca | 1 |
| Alguna vez | 2 |
| Varias veces | 3 |
| Bastantes, muchas veces | 4 |

P.103 ¿Sueles hablar por móvil (sin sistema de manos libres) cuando conduces? (310)

| | |
|---|---|
| Nunca lo hago | 1 |
| Lo hago muy ocasionalmente | 2 |
| Lo hago con cierta frecuencia | 3 |
| Lo hago con bastante o mucha frecuencia | 4 |

P.104 ¿Cuántas veces a la semana te duchas (o bañas)? (311)

[] veces

P.105 ¿Cuántas veces te cepillas los dientes? (312)

| | |
|--|---|
| En realidad, nunca | 1 |
| Varias veces a la semana, pero no cada día | 2 |
| Una vez al día | 3 |
| Por lo menos, dos veces al día | 4 |
| Prácticamente después de cada comida | 5 |

P.106 ¿Con qué frecuencia te revisas la boca? (313)

| | |
|-----------------------------|---|
| No me hago revisiones | 1 |
| Al menos cada año | 2 |
| Sobrepasa el año | 3 |

V. CONOCIMIENTO, USO Y VALORACIÓN DE SERVICIOS Y OTROS ASPECTOS UNIVERSITARIOS RELACIONADOS CON LA CALIDAD DE VIDA Y LA PROMOCIÓN DE LA SALUD

P.107 Por favor, indica si conoces los servicios universitarios que a continuación se detallan, así como el uso y valoración que haces de los mismos. (en caso de que no conozcas o no hagas uso de un servicio no contestes el apartado de valoración)

| | CONOCIMIENTO | | USO | | | | VALORACIÓN | | | | |
|---|--------------|---------|------------------|---------------|----------------|--------------|------------|-----|---------|------|----------|
| | SI | NO | Nunca casi nunca | Algunas veces | Bastante veces | Muchas veces | Muy mal | Mal | Regular | Bien | Muy bien |
| SERVICIOS DE INFORMACIÓN: | | | | | | | | | | | |
| SIU (Servicio de Información Universitario) | 1 | 2 (314) | 1 | 2 | 3 | 4 (316) | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 (318) |
| Atención al Alumnado Extracomunitario desde el SRI (Servicio de Relaciones Internacionales) | 1 | 2 (315) | 1 | 2 | 3 | 4 (317) | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 (319) |
| Campus virtual: SUMA, SAKAI | 1 | 2 (316) | 1 | 2 | 3 | 4 (318) | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 (320) |
| Sección de Becas | 1 | 2 (317) | 1 | 2 | 3 | 4 (319) | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 (321) |
| Información sobre Programas de Intercambio del SRI (Servicio de Relaciones Internacionales): Programa (LA...) | 1 | 2 (318) | 1 | 2 | 3 | 4 (320) | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 (322) |
| ACTIVIDADES CULTURALES Y DEPORTIVAS: | | | | | | | | | | | |
| Instalaciones deportivas | 1 | 2 (319) | 1 | 2 | 3 | 4 (321) | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 (323) |
| Oferta de actividades de ejercicio físico y deportivas | 1 | 2 (320) | 1 | 2 | 3 | 4 (322) | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 (324) |
| Oferta de actividades culturales | 1 | 2 (321) | 1 | 2 | 3 | 4 (323) | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 (325) |
| OTROS SERVICIOS: | | | | | | | | | | | |
| Asistencia sanitaria y apoyo al universitario desde el Centro de Medicina del Deporte | 1 | 2 (322) | 1 | 2 | 3 | 4 (324) | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 (326) |
| SAOP (Servicio de Asesoramiento y Orientación Personal) consulta médica, apoyo psicológico y pedagógico, jurídico, discapacidad, salud comunitaria... | 1 | 2 (323) | 1 | 2 | 3 | 4 (325) | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 (327) |
| Defensor Universitario | 1 | 2 (324) | 1 | 2 | 3 | 4 (326) | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 (328) |
| Servicio de Cultura, Voluntariado y Estudios Propios: | | | | | | | | | | | |
| - Aula Senior | 1 | 2 (325) | 1 | 2 | 3 | 4 (327) | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 (329) |
| - Cultura | 1 | 2 (326) | 1 | 2 | 3 | 4 (328) | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 (330) |
| - Voluntariado | 1 | 2 (327) | 1 | 2 | 3 | 4 (329) | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 (331) |
| - Universidad Internacional del Mar | 1 | 2 (328) | 1 | 2 | 3 | 4 (330) | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 (332) |
| Sección de Salud laboral | 1 | 2 (329) | 1 | 2 | 3 | 4 (331) | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 (333) |
| Gestión Medioambiental del Servicio de Prevención | 1 | 2 (330) | 1 | 2 | 3 | 4 (332) | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 (334) |
| Oficina Verde | 1 | 2 (331) | 1 | 2 | 3 | 4 (333) | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 (335) |
| Oferta de menú cardiosaludable o bajo en colesterol (en comedores universitarios) del Servicio de Calidad y Seguridad Alimentaria | 1 | 2 (332) | 1 | 2 | 3 | 4 (334) | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 (336) |
| COIE (Centro de Orientación e Información al Empleo) | 1 | 2 (333) | 1 | 2 | 3 | 4 (335) | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 (337) |
| Cooperación al Desarrollo desde el SRI (Servicio de Relaciones Internacionales) | 1 | 2 (334) | 1 | 2 | 3 | 4 (336) | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 (338) |
| Programas de Movilidad del SRI (Servicio de Relaciones Internacionales): (becas Sócrates/Erasmus, Sicue/Séneca...) | 1 | 2 (335) | 1 | 2 | 3 | 4 (337) | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 (339) |

**P.108 Indica ahora el uso y valoración que haces en relación a los siguientes servicios de la Universidad.
(en caso de que nunca hagas uso de un servicio no contestes el apartado de valoración)**

| | USO | | | | VALORACIÓN | | | | | |
|--|--------------------|---------------|-----------------|--------------|------------|-----|---------|------|----------|--|
| | Nunca o casi nunca | Algunas veces | Bastantes veces | Muchas veces | Muy mal | Mal | Regular | Bien | Muy bien | |
| SERVICIOS | | | | | | | | | | |
| Biblioteca general | 1 | 2 | 3 | 4 (380) | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 (400) | |
| Fondos bibliográficos y recursos documentales | 1 | 2 | 3 | 4 (381) | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 (401) | |
| Tarjeta Inteligente - Correo electrónico universitario | 1 | 2 | 3 | 4 (382) | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 (402) | |
| AULAS | | | | | | | | | | |
| De clases teóricas | 1 | 2 | 3 | 4 (383) | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 (403) | |
| De prácticas, laboratorios y seminarios | 1 | 2 | 3 | 4 (384) | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 (404) | |
| De informática de libre acceso, acceso a Internet | 1 | 2 | 3 | 4 (385) | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 (405) | |
| FORMACIÓN | | | | | | | | | | |
| Cursos de idiomas | 1 | 2 | 3 | 4 (386) | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 (406) | |
| Cursos de informática | 1 | 2 | 3 | 4 (387) | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 (407) | |
| Prácticas en empresas, hospitales... | 1 | 2 | 3 | 4 (388) | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 (408) | |
| RESTAURACIÓN | | | | | | | | | | |
| Cafeterías | 1 | 2 | 3 | 4 (389) | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 (409) | |
| Comedores | 1 | 2 | 3 | 4 (390) | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 (410) | |
| Oferta de comidas (menús... etc.) | 1 | 2 | 3 | 4 (391) | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 (411) | |
| Maquinas de café, aperitivos... | 1 | 2 | 3 | 4 (392) | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 (412) | |
| CAMPUS: SERVICIOS | | | | | | | | | | |
| Zonas peatonales | 1 | 2 | 3 | 4 (393) | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 (413) | |
| Zonas verdes | 1 | 2 | 3 | 4 (394) | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 (414) | |
| Aparcamientos | 1 | 2 | 3 | 4 (395) | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 (415) | |
| Transporte público | 1 | 2 | 3 | 4 (396) | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 (416) | |
| Cajeros automáticos | 1 | 2 | 3 | 4 (397) | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 (417) | |
| Otros servicios bancarios | 1 | 2 | 3 | 4 (398) | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 (418) | |
| Fotocopiadoras/reprografía | 1 | 2 | 3 | 4 (399) | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 (419) | |

P.109 Señala la valoración que haces en relación a los siguientes aspectos de la Universidad:

| | Muy mal | Mal | Regular | Bien | Muy bien |
|---|---------|-----|---------|------|----------|
| SERVICIOS ADMINISTRATIVOS | | | | | |
| SERVICIO DE ESTUDIANTES Y APOYO ACADÉMICO | | | | | |
| Sección de Estudios de Primer y Segundo Ciclo | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 (420) |
| Sección de Estudios de Tercer Ciclo, Acceso, Becas y Títulos | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 (421) |
| CAMPUS: UBICACIÓN Y ACCESO | | | | | |
| Diseño arquitectónico de edificios | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 (422) |
| Accesos viales al Campus | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 (423) |
| Salidas del Campus | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 (424) |
| Ubicación o enclave del Campus | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 (425) |
| UNIVERSIDAD: VALORACIÓN GLOBAL | | | | | |
| Oferta de carreras o estudios | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 (426) |
| Profesorado: calidad de la enseñanza | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 (427) |
| Profesorado: atención y trato humano | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 (428) |
| Personal de Administración y Servicios: atención y trato humano | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 (428) |
| Personal de Administración y Servicios: eficacia y calidad de los servicios | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 (430) |
| Universidad de Murcia en general | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 (431) |

P.110 Indica tu opinión con respecto a las siguientes afirmaciones:

| | Totalmente de acuerdo | Más bien de acuerdo | Más bien en desacuerdo | En desacuerdo absoluto | |
|---|-----------------------|---------------------|------------------------|------------------------|-------|
| La oferta de comida saludable en el Campus es adecuada | 1 | 2 | 3 | 4 | (432) |
| Las mesas y asientos en las aulas son cómodas | 1 | 2 | 3 | 4 | (433) |
| Las mesas y asientos en las aulas permiten el trabajo en grupos | 1 | 2 | 3 | 4 | (434) |
| Hay suficientes lugares disponibles para trabajos en grupo | 1 | 2 | 3 | 4 | (435) |
| La climatización (calor-frío) en las aulas es buena | 1 | 2 | 3 | 4 | (436) |
| La ventilación/renovación de aire de las aulas es adecuada | 1 | 2 | 3 | 4 | (437) |
| La iluminación en las aulas es buena | 1 | 2 | 3 | 4 | (438) |
| El silencio en las aulas es el adecuado | 1 | 2 | 3 | 4 | (439) |
| La limpieza de las aulas es la adecuada | 1 | 2 | 3 | 4 | (440) |
| La limpieza de pasillos, escaleras y baños es adecuada | 1 | 2 | 3 | 4 | (441) |
| La señalización de los distintos servicios de la UM es adecuada | 1 | 2 | 3 | 4 | (442) |
| Las barreras físicas y sensoriales se han eliminado | 1 | 2 | 3 | 4 | (443) |
| La relación número de estudiantes-aula es adecuada | 1 | 2 | 3 | 4 | (444) |

P.111 Señala tu nivel de acuerdo o desacuerdo con las siguientes afirmaciones:

| | Totalmente de acuerdo | Más bien de acuerdo | Más bien en desacuerdo | En desacuerdo absoluto | |
|---|-----------------------|---------------------|------------------------|------------------------|-------|
| Me siento más a gusto fuera del Campus que en él | 1 | 2 | 3 | 4 | (445) |
| El ambiente general de la Universidad me parece bueno y positivo, y que ayuda a sentirse bien | 1 | 2 | 3 | 4 | (446) |
| La relación con los compañeros y las compañeras es, en general, de respeto, tolerancia y convivencia positiva | 1 | 2 | 3 | 4 | (447) |
| Me siento satisfecho/a de cómo se practica y vive la igualdad mujer-hombre en todos los ámbitos de la Universidad | 1 | 2 | 3 | 4 | (448) |
| Me siento satisfecho/a de cómo en la Universidad se transmiten y viven valores que facilitan la convivencia | 1 | 2 | 3 | 4 | (449) |
| Yo califico el clima general de la Universidad de tenso y crispado, poco propicio para estar a gusto | 1 | 2 | 3 | 4 | (450) |
| Me he sentido alguna vez víctima de violencia física en el Campus o por parte de personas relacionadas con él | 1 | 2 | 3 | 4 | (451) |
| Me he sentido alguna vez víctima de acoso o de maltrato psicológico por parte de algún/a profesor/a | 1 | 2 | 3 | 4 | (452) |
| Me he sentido alguna vez víctima de acoso o de maltrato psicológico por parte de algún/a compañero/a | 1 | 2 | 3 | 4 | (453) |
| Me he sentido alguna vez víctima de acoso sexual por parte de alguien relacionado con el Campus | 1 | 2 | 3 | 4 | (454) |
| Alguna vez me he sentido tratada/o "diferente" y discriminada/o por ser mujer/hombre | 1 | 2 | 3 | 4 | (455) |

PROYECTO DE "UNIVERSIDAD SALUDABLE"



EDITAN

Consejería Sanidad y Política Social
Dirección General Salud Pública
Servicio de Promoción y Educación para la Salud

Oficina Universidad Saludable REUS-UMU
Universidad de Murcia



