



Universitat
de les Illes Balears

TESIS DOCTORAL

2023

**DETERMINACIÓN DEL RIESGO DE
TRASTORNOS DE CONDUCTA ALIMENTARIA
EN POBLACIÓN UNIVERSITARIA Y SU
RELACIÓN CON LOS ESTILOS DE VIDA**

Maria Antònia Amengual Llofriu



Universitat
de les Illes Balears

TESI DOCTORAL
2023

**Programa de Doctorado en Investigación
Traslacional en Salud Pública y Enfermedades de
Alta Prevalencia**

**DETERMINACIÓN DEL RIESGO DE
TRASTORNOS DE CONDUCTA ALIMENTARIA EN
POBLACIÓN UNIVERSITARIA Y SU RELACIÓN
CON LOS ESTILOS DE VIDA**

Maria Antònia Amengual Llofriu

Director: Dr. Pedro José Tauler Riera

Director: Dr. Antoni Aguiló Pons

Tutor: Dr. Pedro José Tauler Riera

Doctora por la Universitat de les Illes Balears

AGRADECIMIENTOS

Último apartado que escribo y no me gustaría dejarme a nadie, porque hay tantas personas que, en esos momentos de bajón en los que te replanteas si vale la pena seguir con la tesis o si algún día llegaría el final. A estas personas que en esos momentos de flaqueza me animaron, apoyaron, me dieron un abrazo, dibujaron una sonrisa en mi cara y me alentaron a seguir adelante ¡A todas ellas, GRACIAS!

A mis directores de tesis, Dr. Antoni Aguiló Pons y, sobre todo, al Dr. Pedro José Tauler Riera, quiénes constantemente resolvían mis dudas y a pesar de mis decepciones o comentarios de desesperación, siempre estaban con una sonrisa apoyándome en este largo camino. Además de confiar en mí desde el principio.

También, dar las gracias a mi queridísimo Dr. Jordi Pericas Beltrán, quién desde mis inicios en la Universidad me ha estado apoyando y alentando a seguir prosperando en el conocimiento. Gracias por tus largas charlas y ayudarme a relativizar problemas cuando lo necesitaba.

A ses nines de la OUSIS, por vuestro apoyo durante el trabajo de campo, a “Ses reinetes meves”, Lolo, “Los confites” y Carme, por confiar en mí y respaldarme cuando lo necesitaba. A Laura, por sus ánimos desde la distancia. A Joan, por estar a mi lado, apoyarme y animar a dar ese último empujón. A mi queridísima amiga Amparo, quien a través de videollamadas infinitas nos apoyábamos mutuamente y aunque estuviéramos lejos, el apoyo era cercano.

También desearía dar las gracias a todo el alumnado voluntario que participó de forma desinteresada, así como a todo el profesorado de la UIB, que amablemente me cedió tiempo de clase para poder administrar el cuestionario y llevar a cabo este proyecto.

Finalmente, y lo más importante para mí, dar las gracias a mi familia.

A mis padres, Maria Joana y Lucas, quienes creen plenamente en mí, y sin su apoyo incondicional no habría llegado hasta aquí. Han aguantado llantos, nervios, malas caras... Y siempre me han estado animando diciendo: Això ja està fet!! Ja te queda res! A mis hermanos, Lluç y Mateu, por estar allí cuando los necesitaba. A mi tía Antonia y mi

abuela María, porque, aunque no entendieran tantas horas de ordenador, estaban allí para despejarme y sacarme una sonrisa. A mi madrina, por enviarme mensajes de ánimos. Y también, aunque parece raro, a mis mascotas quienes, en época de pandemia, de alguna manera estuvieron allí dando mimos.

En definitiva, dar las gracias a todas las personas, que en algún momento me pedían por ¿qué tal la tesis?, y me apoyaron a seguir adelante con una sonrisa.

Gracias a todos de todo corazón, sin vuestro apoyo este trabajo no se hubiera hecho realidad.

RESUMEN

Los trastornos de conducta alimentaria (TCA) son las enfermedades psiquiátricas más graves por tener las tasas de morbilidad más elevadas, fruto de la desnutrición, las purgas, o bien, por el mayor comportamiento suicida constatado en diversos estudios. Además de las repercusiones biopsicosociales, los TCA generan una elevada carga económica. Por ello, y por ser la tercera enfermedad crónica más frecuente en adolescentes y mujeres jóvenes, se consideran un problema de salud pública de gran magnitud.

Con la presencia de los TCA, generalmente los estilos de vida se ven alterados, con cambios en la dieta, la actividad física o el inicio de adicciones a sustancias y/o a nuevas tecnologías. No obstante, en la literatura hay pocos estudios que analicen los TCA y su asociación con conductas de riesgo en relación con los estilos de vida, mostrando estos estudios, hasta el momento, resultados contradictorios. Por ello, la presente tesis tiene como objetivo profundizar en el conocimiento de los TCA a través de la determinación de la prevalencia del riesgo de TCA y conocer cómo se asocian los distintos factores de riesgo sociodemográficos, estilos de vida y psicológicos al riesgo de padecer un TCA en una población adulta joven universitaria.

Para conseguir este objetivo, en la segunda mitad del curso académico 2017-2018 se llevó a cabo un estudio descriptivo transversal en una muestra de 2.006 estudiantes de grado de la Universitat de les Illes Balears que, de forma voluntaria y anónima, respondieron una encuesta en la que se recogían datos sociodemográficos, antropométricos, psicológicos, sobre estilos de vida, adicciones, y el riesgo de padecer TCA, así como de comportamientos asociados a este riesgo como conductas de control de peso o realización de atracones.

Se observó que un 6,1% de los estudiantes presentaba riesgo de padecer TCA, siendo este riesgo mayor en mujeres que en hombres (7,9% frente a 3,0%). El 19,3% de todos los participantes realizaba alguna conducta de control de peso, y el 22,2% informaba realizar atracones, siendo estas conductas más prevalentes en mujeres ($p < 0,05$). Según los análisis multivariantes, el riesgo de TCA estaba asociado ($p < 0,05$) a realizar dietas alternativas, que suponía el factor más explicativo en general, tener riesgo de adicción a

la actividad física, insatisfacción corporal, que suponía ser el factor más importante en mujeres, problemas con el uso del móvil, como factor más novedoso considerado dentro del presente estudio, y llevar a cabo conductas de control de peso.

En conclusión, los resultados de la presente tesis muestran una elevada prevalencia de conductas relacionadas con los TCA entre los estudiantes universitarios. Dentro de una mayor prevalencia de riesgo de TCA en mujeres, es destacable que el riesgo de TCA se asocia, además de a factores como la realización de dietas y la insatisfacción corporal, al uso problemático del teléfono móvil o al riesgo de adicción a la actividad física. Asimismo, se aprecia, en relación con los estilos de vida, que dentro de las personas con riesgo de TCA hay una menor prevalencia de consumo de alcohol, una mejor adherencia a la dieta mediterránea y una mayor cantidad de actividad física realizada, pero no se observan diferencias en el hábito tabáquico ni en el consumo de cannabis.

Palabras clave: trastornos alimentarios, estudiantes universitarios, factores de riesgo, estilos de vida.

ABSTRACT

Eating disorders (EDs) are the most severe psychiatric pathologies according to various studies because they have the highest morbidity and mortality rate due to undernourishment, purging, and suicidal behaviour. EDs have biopsychosocial implications that generate a high economic burden. Moreover, EDs are the third most frequent chronic disease in adolescents and young women. For these reasons, they are considered a public health problem of great magnitude.

With the presence of EDs, lifestyles are usually altered with changes in diet, physical activity, or the onset of addictions. Nevertheless, within the literature there are few studies that analyse EDs and its association with risk behaviours related to lifestyle. Those that do exist have contradictory results. For this reason, this thesis aims to gain a deeper understanding of EDs by determining the prevalence of ED risk factors and identifying how different sociodemographic, lifestyle and psychological factors are associated with the risk of suffering from EDs in the university population.

To do this, in the second half of the 2017-2018 academic year, a descriptive cross-sectional study was carried out in a sample of 2006 undergraduate students from the University of the Balearic Islands. This study was voluntary and anonymous. The participants completed a survey that collected sociodemographic, anthropometric, psychologic, lifestyle and addiction information, and looked at the risk of suffering from EDs through associated behaviours such as weight control or bingeing.

The study results were that 6,1% of students were at risk of suffering from EDs, with this figure being higher in women than in men (7,9% vs. 3,0%). 19,3% of all participants engaged in some weight control behaviour, and 22,2% reported bingeing. When compared by sex in the global population, it was found that these behaviours were more prevalent in women ($p < 0,05$). The results of a multivariant analysis indicated that the risk of suffering from EDs was associated ($p < 0,05$) with: alternative diets, which was the most important factor in explaining the risk of EDs; addiction to physical activity; body dissatisfaction, which was the most important factor among women; and problems associated with the use of mobile phones, which was the newest factor considered in this investigation of weight control behaviours.

To conclude, the results of this thesis show a high prevalence of behaviours related to EDs among the university population. Women had the highest prevalence of ED risk. It is notable that ED risks not only are associated with dieting and body dissatisfaction, but also with problems associated with mobile device usage and risk of addiction to physical activity. Moreover, in relation to lifestyles among people at risk for EDs, there is a lower prevalence of alcohol consumption, greater adherence to a typical Mediterranean diet, a greater amount of physical activity performed, and no observable differences in tobacco and cannabis consumption.

Key words: eating disorders, college students, risk factors, lifestyle.

RESUM

Els trastorns de la conducta alimentaria (TCA), són les malalties psiquiàtriques més greus pel fet de tenir les tasses de morbiditat més elevades, derivades de la desnutrició, les purgues, o bé, pel comportament suïcida constatat a diversos estudis. A més de les repercussions biopsicosocials, els TCA generen una elevada càrrega econòmica. Per aquests motius i per ser la tercera malaltia crònica més freqüent en les adolescents i dones joves, es consideren un problema de salut pública de gran magnitud.

Els TCA generalment generen alteracions en els estils de vida amb canvis a la dieta, l'activitat física o bé amb l'inici d'addiccions a substàncies i/o a les noves tecnologies. No obstant, dins la literatura hi ha pocs estudis que analitzin els TCA i la seva associació a conductes de risc en relació als estils de vida, i els que hi ha fins el moment, obtenen resultat contradictoris. Per aquest motiu, la present tesi té com a objectiu profunditzar en el coneixement del TCA mitjançant la determinació de la prevalença del risc de TCA y conèixer com s'associen als diferents factors de risc sociodemogràfics, estils de vida i psicològics al risc de sofrir un TCA en una població adulta jove universitària.

Un estudi descriptiu transversal es dugué a terme durant el curs acadèmic 2017-2018 a una mostra de 2.006 estudiants de grau de la Universitat de les Illes Balears, que de forma voluntària i anònima, respongueren a una enquesta en la qual es va recollir informació de dades sociodemogràfiques, antropomètriques, psicològiques, sobre estils de vida, addiccions i el risc de sofrir TCA, així com de comportaments associats a aquest risc com dur a terme conductes de control de pes o afartaments.

Es va observar que un 6,1% dels estudiants presentava risc de patir TCA, sent major en les dones respecte als homes (7,9% front a 3,0%). El 19,3% de tots els participants realitzaven alguna conducta de control de pes i el 22,2% informava realitzar afartaments. Aquestes conductes tenien una prevalença major en dones ($p < 0,05$). Segons els anàlisis multivariants, el risc de TCA estava associat ($p < 0,05$) a realitzar dietes alternatives, que suposava ser el factor més explicatiu en general; tenir addicció a l'activitat física; insatisfacció corporal, com a factor més important en dones; problemes amb l'ús del mòbil, com a factor més innovador considerat dins aquest estudi, i dur a terme conductes de control de pes.

En conclusió, els resultats de la present tesi mostren una elevada prevalença de conductes relacionades amb els TCA entre els estudiants universitaris. Dins d'una major prevalença de risc

de TCA en les dones, és destacable que el risc de TCA s'associa, a més dels factors com la realització de dietes i tenir insatisfacció corporal, al ús problemàtic del telèfon mòbil o al risc d'addicció a l'activitat física realitzada . Així mateix, s'aprecia en relació amb els estils de vida dins les persones amb risc de TCA, una menor prevalença de consum d'alcohol, una millor adherència a la dieta mediterrània, una major quantitat d'activitat física realitzada, però no s'observen diferències en el consum de tabac ni de cànnabis.

Paraules clau: trastorns alimentaris, estudiants universitaris, factors de risc, estils de vida

ÍNDICE

GLOSARIO DE ABREVIATURAS Y ACRÓNIMOS	16
1. ANTECEDENTES Y ESTADO DE LA CUESTIÓN	18
1.1 Evolución del concepto trastornos de conducta alimentaria.....	18
1.2 Criterios diagnósticos.....	19
1.2.1 Anorexia nerviosa	20
1.2.2 Bulimia nerviosa	24
1.2.3 Trastorno por atracones.....	27
1.2.4 Otros trastornos alimentarios o de la indigestión de alimentos no especificados.....	29
1.3 Estudiantes universitarios y trastornos alimentarios	30
1.4 Prevalencia de riesgo de TCA en estudiantes universitarios	32
1.5 Herramientas de evaluación del riesgo de TCA	35
1.5.1 Eating Disorder Inventory (EDI)	35
1.5.2 Sick, Control, One, Fat, Food (SCOFF)	36
1.5.3 Eating Attitudes Test (EAT)	36
1.5.4 Eating Disorder Examination Questionnaire (EDE-Q).....	37
1.5.5 Cuestionario breve para medir conductas alimentarias de riesgo	38
1.6 Complicaciones de los TCA	38
1.6.1 Alteraciones gastrointestinales.....	39
1.6.2 Alteraciones hepáticas	40
1.6.3 Alteraciones endocrinas	41
1.6.4 Alteraciones musculoesqueléticas	42
1.6.5 Alteraciones cardiovasculares.....	43
1.6.6 Alteraciones renales	45
1.6.7 Alteraciones neurológicas	45

1.6.8 Alteraciones dermatológicas	46
1.7 Morbimortalidad de los TCA	46
1.8 Consecuencias sociales	48
1.9 Costes económicos	49
1.10 Etiología de los trastornos alimentarios	50
1.10.1 Factores genético-biológicos	50
1.10.2 Factores psicológicos	53
1.10.3 Factores de riesgo socioculturales	56
1.10.4 Relación entre factores de riesgo	61
1.11 Asociación de los TCA con los estilos de vida	62
1.11.1 Alimentación	62
1.11.2 Actividad física y TCA	63
1.11.3 Adicciones y TCA	66
1.12 Asociaciones de los diferentes estilos de vida y los TCA	71
2. HIPOTESIS	73
3. OBJETIVOS	74
3.1 Objetivo principal	74
3.2 Objetivos específicos	74
4. METODOLOGÍA	75
4.1 Diseño del estudio	75
4.2 Área y población de estudio	75
4.2.1 Cálculo del tamaño muestral	75
4.2.2 Selección de la muestra	75
4.2.3 Reclutamiento	84
4.2.4 Criterios de inclusión y exclusión	84
4.3 Diseño del cuestionario	85
4.3.1 Procedencia y codificación de las preguntas del cuestionario	85

4.3.3 Base conceptual y definición de las variables: recogida y medición.....	87
4.4 Análisis de datos	103
4.4.1 Análisis univariante	104
4.4.2 Análisis bivariante	105
4.4.3 Análisis multivariante	106
4.5 Consideraciones y/o aspectos éticos	106
4.7 Difusión de resultados.....	107
5. RESULTADOS	108
5.1 Descripción de la muestra.....	108
5.1.1 Características generales de la muestra.....	108
5.1.2 Estado de salud general y calidad de vida percibidas	111
5.1.3 Estilos de vida de los estudiantes universitarios	114
5.1.4 Valores antropométricos	143
5.1.5 Satisfacción corporal.....	144
5.1.6 Conductas relacionadas con TCA.....	148
5.2 Comparativa según riesgo de TCA.....	157
5.2.1 Estado de Salud y calidad de vida percibida según riesgo TCA.....	157
5.2.2 Estilos de vida según riesgo de TCA	159
5.2.2.2 Horas de estar sentado y riesgo de TCA.....	173
5.2.2.3 Sueño y riesgo de TCA	173
5.2.3 IMC, satisfacción corporal y riesgo de TCA	195
5.2.4 Conductas relacionadas con trastornos alimentarios y riesgo de TCA..	201
5.2.5 Personalidad y riesgo de TCA	210
5.3 Análisis multivariante	212
5.3.1 Regresión lineal	212
5.3.2 Regresión logística.....	214
6. DISCUSIÓN.....	217

6.1 Características de la muestra.....	217
6.1.1 Datos sociodemográficos	217
6.1.2 Variables antropométricas	218
6.1.3 Estilos de vida.....	219
6.1.4 Riesgo de TCA.....	222
6.2 Conductas explicativas del riesgo de TCA	225
6.2.1 Realización de dietas alternativas	226
6.2.2 Riesgo de adicción a la actividad física	228
6.2.3 Insatisfacción corporal e índice de masa corporal	231
6.2.4 Uso problemático del móvil.....	234
6.2.5 Conductas control de peso	236
6.2.6 Atracones	241
6.2.7 Estabilidad emocional y responsabilidad.....	243
6.2.8 Dieta mediterránea	243
6.3 Variables relacionadas con los TCA según análisis bivariantes	245
6.3.1 Sexo.....	245
6.3.2 Estado general de salud y calidad de vida autopercebidas	246
6.3.3 Actividad física	247
6.3.4 Consumo de sustancias	248
6.4 Limitaciones de la tesis	251
7. RECAPITULACIÓN	253
8. CONCLUSIONES.....	257
9. BIBLIOGRAFÍA	259
10. ANEXOS	293
Anexo 1. Cuestionario elaborado sobre estilos de vida y salud.....	293
Anexo 2. Aprobación Comité Ético.....	308

GLOSARIO DE ABREVIATURAS Y ACRÓNIMOS

- ADE: Administración y dirección de empresas
- AF: Actividad física
- AHA: Asociación Americana de cardiología (American Heart Association)
- ALT: Alanina aminotransferasa
- APA: Asociación Americana de psiquiatría (American Psychiatric Association)
- AST: Aspartato aminotransferasa
- AUDIT: Test de identificación del consumo problemático de alcohol
- CERM: Cuestionario de Experiencias Relacionadas con el Móvil
- CIE: Clasificación Internacional de Enfermedades
- DSM: Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales (Diagnostic and Statistical manual of Mental Disorders)
- DMO: Densidad mineral ósea
- EAI: Inventario de adicción al ejercicio (Exercise addiction inventory)
- EAT-26: Test de actitudes hacia la alimentación de 26 ítems (Eating attitudes test)
- EAT-40: Test de actitudes hacia la alimentación de 40 ítems (Eating attitudes test)
- EDE-Q: Cuestionario de examinación de desórdenes alimentarios (Eating disorder examination questionnaire)
- EDADES: Encuesta sobre alcohol y drogas en España
- EDI: Inventario de desórdenes alimentarios (Eating disorder inventory)
- ENS: Encuesta Nacional de Salud
- IMC: Índice de masa corporal
- IPAQ: Cuestionario internacional de actividad física (International Physical Activity Questionnaire)
- METs: Equivalentes metabólicos

- M.I.A.F.D: Motivaciones e intereses hacia la práctica físico-deportiva
- OR: Odds Ratio
- OMS: Organización Mundial de la Salud
- SCOFF: Sick, Control, One, Fat, Food
- TCA: Trastornos de conducta alimentaria
- TIPI: Inventario diez ítems de personalidad
- UIB: Universitat de les Illes Balears

1. ANTECEDENTES Y ESTADO DE LA CUESTIÓN

1.1 Evolución del concepto trastornos de conducta alimentaria

Los trastornos de conducta alimentaria (TCA) son un conjunto de afectaciones psiquiátricas graves que se definen por la realización de comportamientos anormales relacionados con la alimentación debido a la preocupación excesiva y constante por la comida, el peso y la forma corporal, no pudiendo explicarse estos comportamientos por otras afectaciones de la salud (Espinosa Almendro, Juan Manuel II. Flores Muñoz & Porras, Antonio IV. Ramos Valverde, 2016; Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre Trastornos de la Conducta Alimentaria., 2009; Madruga Acerete et al., 2010; Organización Mundial de la Salud, 2021). En los últimos años, debido a su ascendente prevalencia, los TCA han adquirido relevancia en la literatura médica y los medios de comunicación. Sin embargo, han existido y estado presentes desde la antigüedad.

Los matices de este tipo de patología han ido evolucionando a lo largo de la historia. En sus inicios, estas enfermedades adquirirían un significado religioso y místico debido a que los actos de restricción calórica y purgas se realizaban con la intención de renunciar a los caracteres sexuales, en especial, la pérdida del rastro de feminidad. Todo ese esfuerzo y sacrificio proporcionaba a la persona un placer que le permitía alcanzar la espiritualidad absoluta. Posteriormente, se han ido vinculando a un desmedido culto al cuerpo, de modo que la connotación de los TCA ha ido transformándose, de estar asociado a un carácter religioso a una preocupación excesiva por la imagen corporal.

A pesar de conocerse casos desde el siglo IX, los TCA no se describieron con detalle en la literatura médica hasta el siglo XVII, por el médico inglés Richard Monton, el cual describió de forma minuciosa la sintomatología de una persona afectada por anorexia nerviosa, concretamente en su obra *A treatise of Consumptions* en 1689. No obstante, no fue hasta finales del siglo XIX cuando los TCA empezaron a tener especial relevancia, cuando William Gull, un médico londinense, junto a Lasègue, describieron minuciosamente un caso de anorexia nerviosa (San Sebastián Cabasés, 1999; Vázquez Arévalo et al., 2015).

Sin embargo, hasta el 1980 no se incorporaron los TCA como una categoría diagnóstica, concretamente en la tercera edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales, el DSM-III (American Psychiatric Association, 1980). Este manual consiste en la recopilación y clasificación de las distintas patologías mentales, proporcionando definiciones, descripciones y criterios característicos para ayudar a los profesionales sanitarios e investigadores a diagnosticar, tratar, profundizar e intercambiar información en este campo, así como homogeneizar las denominaciones y, en definitiva, crear un lenguaje común con el cual poder asociar unas características concretas a un determinado concepto (Del Barrio, 2009). Actualmente, la edición vigente es la quinta, el DSM-V, publicada en 2013, que incorpora cambios importantes en los criterios diagnósticos de los distintos trastornos alimentarios.

Adicionalmente, existe una guía de clasificación del sistema europeo, concretamente la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE), la cual agrupa todo tipo de patologías, estando presentes los TCA en el capítulo VI, dentro de los trastornos mentales, del comportamiento y del neurodesarrollo. Esta clasificación está en constante actualización, siendo la última la realizada en 2021, el denominado CIE-11 (Organización Mundial de la Salud, 2021).

Ambos manuales sirven para orientar el diagnóstico, siendo bastante parecidos, aunque tienen objetivos diferentes. El CIE-11 es más orientativo, hace una descripción de las características de los diferentes trastornos. En cambio, el DSM-V es más normativo, especificando de forma sistemática los criterios para cumplir con ese diagnóstico.

1.2 Criterios diagnósticos

Actualmente, según la Asociación Americana de Psiquiatría, los TCA engloban cuatro categorías diagnósticas: anorexia nerviosa, bulimia nerviosa, trastorno por atracones y otros trastornos alimentarios o de la indigestión de alimentos no especificados. Para poder realizar cada uno de los diagnósticos, se deben cumplir una serie de requisitos, de acuerdo con los criterios del DSM-V (American Psychiatric Association, 2014).

1.2.1 Anorexia nerviosa

La Real Academia Española de lengua española define la anorexia nerviosa como: “Síndrome de rechazo de la alimentación por un estado mental de miedo a engordar, que puede tener graves consecuencias patológicas” (Diccionario de la Lengua Española, 2022). Esta se caracteriza, principalmente, por la pérdida significativa de peso, inducida o mantenida por la propia persona, y producida por la restricción de la ingesta calórica en relación con sus necesidades. Se deben cumplir los siguientes criterios diagnósticos:

- Pérdida importante de peso corporal debida a una ingesta calórica inferior a las necesidades energéticas, siendo el peso corporal inferior al mínimo de la normalidad según la edad, el sexo, el curso de crecimiento y el bienestar físico.
- Miedo intenso a ganar peso o engordar, o realización de acciones y comportamientos para evitar un aumento de peso y, como consecuencia, no permiten un incremento de peso, incluso cuando la persona presenta emaciación.
- Distorsión de la imagen corporal, es decir, la persona tiene una alteración de la percepción de su propia constitución o peso. O bien, hay una falta de reconocimiento de peligro con relación al bajo peso corporal.

Respecto a ediciones anteriores, en el DSM-V se han efectuado cambios significativos en los criterios diagnósticos, que se pueden resumir en tres aspectos: bajo peso corporal, características psicopatológicas y síntomas físicos. Los principales cambios en estos criterios se describen a continuación:

- **Bajo peso corporal:** es uno de los criterios con mayor número de modificaciones. En 1980, en el DSM-III, se requería una pérdida de peso mínima del 25% respecto al peso corporal original. En la siguiente edición se redujo el mínimo de pérdida de peso al 15% y, posteriormente, se consideró como criterio el rechazo a permanecer en un peso normal, o un descenso de peso que condujera a un peso inferior al 85% del esperable por la edad y talla. Estos criterios eran muy ambiguos para los profesionales por dos razones. Por una parte, al no especificar con exactitud el parámetro al cual hacían referencia para valorar la pérdida de peso, es decir, si se valoraba, entre otros posibles parámetros, mediante las tablas de curva de crecimiento de pediatría, las distintas versiones de las tablas de la Metropolitan Life Insurance o bien el índice de masa corporal (IMC). Por otra parte, el

punto de corte no tenía en consideración a personas con antecedentes de obesidad, de manera que, aunque estas personas hubieran perdido mucho peso, con las consiguientes consecuencias nutricionales, se mantendrían por encima del 85% del peso esperable, y no serían diagnosticadas de forma adecuada (American Psychiatric Association, 2014; American Psychological Association, 2002; Moskowitz & Weiselberg, 2017).

Por ello, el nuevo criterio se considera más apropiado, al no regirse por parámetros estrictos que no contemplan las particularidades de cada individuo. De esta manera, al no especificar un número en concreto, permite a los profesionales, bajo su juicio clínico, diagnosticar a una persona de anorexia nerviosa a pesar de proseguir con un IMC por encima del rango inferior, es decir, con un IMC superior a 18,5 kg/m². En consecuencia, esta modificación posibilita que una persona pueda ser diagnosticada y tratada con anterioridad, con el beneficio de reducir los riesgos y consecuencias perjudiciales derivadas de la enfermedad. Este hecho supone una mejora importante ya que, con los antiguos criterios, para que la persona pudiera ser diagnosticada debía presentar cierta severidad, podían pasar una media de dos años desde el inicio de la enfermedad hasta su diagnóstico, con las repercusiones que ello podía conllevar (Erzegovesi & Bellodi, 2016).

Aunque el valor del IMC no se considere un criterio, actualmente sirve como indicador de la gravedad en personas adultas. Y en los niños, la severidad se determina con el percentil del IMC en el que se sitúan. Es importante analizar el IMC debido a que, dependiendo de la gravedad de la situación, es decir, según los síntomas clínicos y del grado de disfunción, se deberán establecer unas estrategias u otras para el tratamiento y la recuperación (American Psychiatric Association, 2014; Erzegovesi & Bellodi, 2016). En la Tabla 1 se resume la gravedad de la patología según el IMC de la persona.

Tabla 1. Gravedad de la anorexia nerviosa según IMC

SEVERIDAD	IMC (Kg/m²)
Extrema	< 15
Grave	15 - 15,99
Moderada	16 - 16,99
Leve	≥ 17

- Características psicopatológicas: el temor por aumentar de peso o engordar y la distorsión de la imagen corporal son características ampliamente reconocidas en ambos manuales. Sin embargo, estos criterios originaban cierta controversia dentro de la comunidad científica, debido a que, frecuentemente, la persona que padece anorexia nerviosa no reconoce que sufre la patología, por lo que la niega y no verbaliza el miedo intenso a ganar peso, hecho que, si se produjera, significaría una derrota inadmisibles debido a su falta de autocontrol y disciplina. Asimismo, en muchas ocasiones, la persona rechaza la enfermedad por vergüenza o por miedo a las posibles represalias del entorno. Además, se ha observado que, con frecuencia, los individuos con anorexia externalizan el miedo a ganar peso, mediante la somatización de molestias gastrointestinales o problemas digestivos, los cuales podrían justificar el comportamiento que tiene la persona rechazando alimentos, consumiendo una menor cantidad o consumiendo alimentos con una menor densidad energética. Por ello, las últimas actualizaciones de ambos manuales extienden el criterio a la perpetuación de acciones y comportamientos que interfieren en el aumento de peso que tanto pánico produce. Por tanto, el comportamiento se considera un indicador más fiable que la verbalización por parte de la persona afectada del temor a ganar peso, o el reconocimiento de la enfermedad.

Respecto a la distorsión de la imagen corporal, en este apartado se ha incluido el hecho de tener una falta de reconocimiento de la gravedad de la situación causada por el bajo peso corporal. En este sentido, se consideran los casos en los que la persona no tiene una dismorfia, sino todo lo contrario, es consciente de su delgadez. No obstante, se sigue preocupando por ciertas zonas como abdomen, nalgas y muslos, y no ven amenazada su salud por la extrema delgadez (Erzegovesi & Bellodi, 2016; Moskowitz & Weiselberg, 2017).

- Síntomas físicos: hace referencia al trastorno endocrino del eje hipotálamo-hipofisiario-gonadal, manifestado por amenorrea, es decir, la ausencia del período menstrual debido a los bajos niveles de estrógenos. Esto es debido a una menor secreción hipofisiaria de la hormona folículo estimulante y la luteinizante inducida por el bajo peso. En el caso de mujeres prepuberales se manifiesta con el retraso de la menarquia.

La amenorrea, junto a la pérdida de peso corporal, es uno de los requisitos que más se ha ido modificando. Así, en la primera edición en la que aparecen los trastornos alimentarios como categoría diagnóstica, en el DSM-III, no se consideraba como un

criterio. Sin embargo, se incluyó posteriormente en la revisión, y se mantuvo hasta la cuarta versión revisada, a pesar de generar un constante debate en la comunidad científica. Este debate llevó a que en la quinta edición del DSM y en la undécima del CIE se omitiera definitivamente este requisito, y su presencia pasara a considerarse una comorbilidad consecuencia de la patología. Los argumentos fueron los siguientes (Erzegovesi & Bellodi, 2016; Moskowitz & Weiselberg, 2017; Vázquez Arévalo et al., 2015):

- Las adolescentes generalmente presentan menstruaciones irregulares, por lo que no se puede apreciar con exactitud si existe amenorrea.
- Las mujeres con bajo porcentaje de grasa corporal, o bajo peso, en muchas ocasiones continúan con una menstruación normal, de manera que nunca se ha demostrado una asociación vinculante entre la amenorrea y un nivel crítico del porcentaje de grasa corporal.
- En mujeres con menopausia y hombres es un criterio inapropiado. A pesar de ser casos minoritarios, existen, y tienen los mismos riesgos.
- Las personas que toman anticonceptivos orales, aunque cumplan con el resto de los criterios diagnósticos de anorexia, continuarán con la menstruación.
- No es un signo exclusivo de la anorexia nerviosa, puede ser debido a otros factores no relacionados con los TCA, como la presencia de ovarios poliquísticos o la toma de cierta medicación.

Dentro de la anorexia nerviosa se diferencian dos subtipos (American Psychiatric Association, 2014):

- Anorexia nerviosa de tipo restrictivo: la persona no realiza atracones o purgas (autoproducción de náuseas con la aparición de vómitos, uso incorrecto de laxantes, diuréticos y/o enemas) de forma recurrente en los últimos tres meses, por lo que la pérdida de peso se atribuye a la dieta, el ayuno y/o la realización desmesurada de actividad física.
- Anorexia nerviosa, con purgas o atracones: durante los últimos tres meses la persona presenta episodios repetitivos de atracones, o realiza medidas inadecuadas de control de peso, es decir, usa laxantes, enemas, diuréticos y/o se autoinduce el vómito.

1.2.2 Bulimia nerviosa

Se caracteriza por la presencia de episodios recurrentes de ingesta voraz en los que se pierde el control de lo que se ingiere (atracones). Suelen realizarse a escondidas, o lo más disimuladamente posible, debido a que las personas afectadas se avergüenzan de su conducta y, por consiguiente, lo intentan ocultar.

El tipo de alimento que suelen consumir durante estos episodios no sigue un mismo patrón. Sin embargo, generalmente se trata de alimentos que se han evitado por miedo a ganar peso, de manera que tienen un alto contenido calórico, suelen ser de sabor dulce y con una textura que facilita su ingesta rápida, sin necesidad de masticar mucho, como sería la bollería, helados... No obstante, los atracones se caracterizan más por la exagerada cantidad ingerida que por el deseo de consumir un alimento en concreto (American Psychiatric Association, 2014; American Psychological Association, 2002; M. Castillo & Weiselberg, 2017).

A las personas con bulimia nerviosa, la ingesta desproporcionada les proporciona alivio, aunque es temporal, dado que normalmente, después de este consuelo, les envuelve un sentimiento de disforia y culpa. Estas emociones negativas, junto al estrés secundario de los atracones relacionado con la preocupación por el control de peso, lleva a la persona a realizar medidas compensatorias inadecuadas en un esfuerzo por mitigar el efecto secundario a la ingesta calórica excesiva sobre el aumento de peso. El acto más común es autoinducirse el vómito, ya sea con el uso de los dedos o con la ayuda de algún instrumento como un cepillo de dientes para estimular el reflejo nauseoso. También puede producirse realizando una presión sobre los músculos abdominales, o bien llevando a cabo estrategias como beber una cuantiosa cantidad de agua o alcohol, o con el uso de jarabe de ipecacuana (American Psychiatric Association, 1980; American Psychological Association, 2002; Castillo & Weiselberg, 2017).

Los diferentes criterios diagnósticos de la bulimia nerviosa son (American Psychiatric Association, 2014; Organización Mundial de la Salud, 2021):

- Episodios recurrentes de atracones, que se definen por:
 - Una ingesta excesiva de alimentos (polifagia) en un periodo corto de tiempo (2 h), caracterizada por ser notoriamente mayor a la cantidad de alimentos que ingeriría la mayoría de los individuos de la misma edad y sexo.
 - Sensación de falta de control de la cantidad y calidad de los alimentos que se consumen durante el episodio.
- Realización de conductas compensatorias inapropiadas de forma repetida para impedir el incremento de peso: vómitos autoproducidos, uso inadecuado de laxantes, diuréticos u otros medicamentos, realizar ayuno y/o ejercicio físico excesivo.
- Los atracones y las medidas compensatorias se realizan con una frecuencia promedio mínima de una vez a la semana, durante tres meses.
- Autoevaluación constante del aspecto físico, la cual está exageradamente influenciada por el peso y la constitución corporal.
- La perturbación de realizar atracones con su posterior compensación no sucede únicamente durante los episodios de anorexia nerviosa.

Respecto a ediciones anteriores, el DSM-V y CIE-11 también presentan cambios notorios, los cuales se centran en la disminución de la frecuencia de episodios y la eliminación de los subtipos:

- Disminución de la frecuencia de episodios: en las primeras ediciones en las que aparecía la bulimia como categoría diagnóstica, el DSM-III y su versión revisada, no se especificaba ninguna frecuencia mínima para los atracones ni para los comportamientos compensatorios anómalos. Fue en 1994, en la cuarta edición, cuando se incorporó como criterio diagnóstico de la bulimia nerviosa un promedio mínimo de dos veces a la semana de los episodios citados. En la última publicación se redujo esta frecuencia a una vez a la semana, debido a que diversos estudios apuntan a la ausencia, o escasa presencia, de diferencias significativas entre las características psicopatológicas individuales de las personas con una frecuencia de episodios de una vez a la semana frente a las que presentan una frecuencia de dos veces a la semana. En algunos estudios se constata una diferencia significativa en la puntuación de las escalas que evalúan alteraciones psicopatológicas

como la ineficacia, los síntomas depresivos..., obteniendo calificaciones menores aquellos individuos que únicamente realizaban los atracones y las medidas compensatorias inadecuadas una vez a la semana. No obstante, ambos grupos puntuaron dentro del rango de gravedad. Por todo ello, se decidió disminuir el promedio requerido para el diagnóstico, de manera que se incluyen las personas con episodios menos frecuentes y, por consiguiente, pueden recibir con anterioridad un tratamiento adecuado, evitando los riesgos consecuentes del desarrollo del trastorno. Por ese motivo, el descenso de la frecuencia de los episodios de atracones y medidas compensatorias se considera la modificación más importante dentro la bulimia nerviosa (Castillo & Weiselberg, 2017; Erzegovesi & Bellodi, 2016).

- Eliminación de los subtipos: previamente se diferenciaban dos subtipos, el purgativo y el no purgativo. Los dos se caracterizaban por la presencia de episodios recurrentes de atracones y la posterior realización de conductas inapropiadas para evitar el aumento de peso. La diferencia residía en el tipo de conductas de control de peso que se llevaban a cabo. Así, el primer subtipo hacía referencia a aquellas personas que utilizaban como medida de control de peso el uso inadecuado de diuréticos, laxantes, enemas y/o la autoinducción de vómitos. En cambio, el segundo grupo, englobaba a aquellas personas que ayunaban o realizaban ejercicio físico de forma desmesurada (American Psychological Association, 2002; Vázquez Arévalo et al., 2015).

La eliminación de esta clasificación fue debida, principalmente, a la poca utilidad clínica (M. Castillo & Weiselberg, 2017; Vázquez Arévalo et al., 2015). Diferentes motivos llevaron a esta consideración. En primer lugar, por ser inusual el subtipo no purgativo, dado que puede pasar desapercibido por el hecho que la dieta y el ejercicio son comunes en la población general, y no son necesariamente patológicos. Además, no existe un criterio claro para determinar en qué momento el exceso de ejercicio o el ayuno son patológicos. Por ello, muchas veces se desestima o se categoriza incorrectamente un posible caso de bulimia nerviosa al no obtener la suficiente información, respecto a los comportamientos compensatorios. En segundo lugar, y más importante, por no apreciarse diferencias significativas en las complicaciones, el curso de la enfermedad y las respuestas al tratamiento entre los dos subtipos descritos previamente. Si bien algunos estudios hallaron diferencias graduales en la recuperación, logrando mayores tasas de recuperación las personas del subtipo no purgativo. No obstante, la mayoría de los

estudios no aprecia diferencias en las tasas de comorbilidad o en las creencias desadaptativas, las cuales conllevan un deterioro funcional. Respecto a la psicopatología, la cual se analiza en la mayoría de los estudios mediante la evaluación de distintos síntomas psiquiátricos como la depresión, el trastorno de ansiedad o la fobia social, en ambos subtipos, purgativo y no purgativo, se obtuvieron puntuaciones similares. Incluso en varios estudios hallaron prevalencias de suicidio semejantes. Por todo ello, la literatura científica postula la escasa utilidad de la diferenciación entre subtipos (Hoeken et al., 2009).

La gravedad de la situación en la bulimia nerviosa, a diferencia de la anorexia nerviosa en la que se mide según el IMC de la persona, se determina por la frecuencia de los comportamientos de control de peso inadecuados (tabla 2), debido a que estos reflejan la severidad de otros síntomas y el grado de disfuncionalidad. Asimismo, el IMC no es un buen estimador dado que la mayoría de las personas con bulimia nerviosa se sitúan dentro del rango de peso normal, y solo algunas excepciones presentan un IMC por debajo de la normalidad, mientras que otras pueden incluso presentar sobrepeso u obesidad (American Psychiatric Association, 2014).

Tabla 2. Evaluación de la gravedad de la bulimia

SEVERIDAD	FRECUENCIA semanal de episodios de comportamiento inapropiado para el control de peso
Leve	1 - 3
Moderada	4 - 7
Grave	8 - 13
Extrema	14 o más

1.2.3 Trastorno por atracones

El trastorno por atracones se define por la presencia de episodios de ingesta compulsiva, en los que la persona engulle una gran cantidad de comida sin saciarse inmediatamente. A diferencia de la bulimia nerviosa, no se asocia a la presencia de conductas compensatorias anómalas recurrentes para mitigar los posibles efectos del exceso de alimentos consumidos sobre el peso (Guerdjikova et al., 2017). Los criterios

diagnósticos para el trastorno por atracones son (American Psychiatric Association, 2014; Organización Mundial de la Salud, 2021):

- Episodios reincidentes de atracones. Estos tienen las mismas características que las expuestas en la bulimia nerviosa, es decir, una sobreingesta de alimentos en un lapso corto de tiempo (inferior a 2 h), acompañados con una sensación de pérdida de control de la cantidad y del tipo de alimento.
- Los atracones se asocian a un mínimo de tres de los siguientes hechos:
 - Ingesta acelerada
 - Cese del consumo al sentirse la persona desagradablemente saciada
 - Realizar la sobreingesta cuando no hay sensación de hambre
 - Comer a escondidas o a solas, debido a la vergüenza que les genera la cantidad que consumen
 - Sentimiento de disgusto, depresión o vergüenza de uno mismo tras el episodio
- La persona siente malestar intenso debido a los atracones
- La frecuencia mínima de los episodios es de una vez a la semana durante tres meses
- El atracón no se asocia a la realización de conductas compensatorias anómalas posteriores, y no se realiza únicamente en el curso de la bulimia.

En relación con los criterios diagnósticos, realmente, el gran cambio que se ha producido respecto a ediciones anteriores del DSM y del CIE-10, es la propia aparición de los trastornos por atracones como entidad propia, es decir, al mismo nivel que las categorías de anorexia y bulimia nerviosas, ya que anteriormente estaba situado dentro de los trastornos alimentarios no específicos (Guerdjikova et al., 2017). Asimismo, cabe comentar que, en las nuevas ediciones, también se ha modificado la frecuencia mínima necesaria para confirmar el diagnóstico, de manera que se ha reducido la media de dos episodios semanales a uno (Erzegovesi & Bellodi, 2016).

La severidad de la situación, al igual que en la bulimia nerviosa, no se establece por el IMC, sino por la frecuencia de los episodios de atracones (tabla 3).

Tabla 3. Evaluación de la gravedad del trastorno por atracones

SEVERIDAD	FRECUENCIA semanal de atracones
Leve	1 - 3
Moderada	4 - 7
Grave	8- 13
Extrema	Más de 14

1.2.4 Otros trastornos alimentarios o de la indigestión de alimentos no especificados

Es la última categoría clínica por desarrollar, la cual engloba todas aquellas patologías con presencia de síntomas propios de los TCA, por lo que causan malestar clínico relevante o detrimento social, profesional o de las demás áreas fundamentales para la óptima capacidad funcional, pero no cumplen con todos los criterios de los diferentes diagnósticos definidos previamente: anorexia nerviosa, bulimia nerviosa o trastorno por atracones (American Psychiatric Association, 2014; Organización Mundial de la Salud, 2021).

Cabe puntualizar que anteriormente se denominaban trastornos de la conducta alimentaria no específicos, y englobaban, tal como se ha indicado previamente, los trastornos por atracones. Algunos ejemplos de conductas que podrían integrarse en este diagnóstico son:

- Anorexia nerviosa atípica: individuo que presenta características propias de la anorexia nerviosa, es decir, una importante pérdida de peso por una ingesta calórica inferior a sus necesidades, pero el IMC aún se mantiene dentro del rango de la normalidad o lo supera.
- Bulimia nerviosa o trastorno por atracones (de frecuencia baja y/o duración limitada): persona que, con o sin conductas compensatorias, realiza atracones, con una frecuencia inferior al promedio establecido para la bulimia nerviosa y el trastorno por atracones y/o la duración es inferior a tres meses.
- Trastorno por purgas: la persona realiza conductas compensatorias inadecuadas sin la presencia de atracones.

- Síndrome de ingestión nocturna de alimentos: la persona realiza sobreingestas después de cenar o bien al despertar del sueño.

1.3 Estudiantes universitarios y trastornos alimentarios

En la población general los trastornos alimentarios pueden pasar inadvertidos debido a su baja prevalencia. No obstante, en las adolescentes y mujeres jóvenes son relevantes por constituir la tercera enfermedad crónica más frecuente en las sociedades occidentalizadas (Arija Val et al., 2022; Peláez-Fernández et al., 2003), alcanzando una prevalencia del 5,3% en mujeres y del 0,6% en hombres (Lindvall Dahlgren & Wisting, 2016).

Las cifras actuales de la prevalencia de TCA en España en población adolescente entre 12-21 años es del 0,3% para la anorexia nerviosa, del 0,8% para la bulimia nerviosa y del 3,1% para los trastornos de conducta alimentaria no específicos, incluyendo el trastorno por atracones (ACAB, 2022).

En este sentido, la adolescencia, definida como el “periodo de tránsito entre la infancia y la adultez joven” (Güemes-Hidalgo et al., 2017), se considera la etapa del ciclo vital con mayor riesgo para el desarrollo de TCA, debido a los numerosos cambios hormonales, corporales, psicológicos y emocionales que experimenta la persona (Dakanalis et al., 2015).

Según la OMS, la adolescencia se extiende de los 10 a los 19 años. No obstante, no existe unanimidad a la hora de concretar la franja de edad incluida, debido a que algunas asociaciones, como la Sociedad Americana de Salud y Medicina de la Adolescencia (SAHM), prolongan la adolescencia hasta los 21 años. Dentro de la franja de edad se distinguen tres etapas: adolescencia temprana, media y tardía (tabla 4). Esta última se sitúa entre los 17-19 años para la OMS y de los 18 a los 21 años para la SAHM (Güemes-Hidalgo et al., 2017), edades que coinciden con el periodo de incorporación a la universidad o al mundo laboral.

Tabla 4. Etapas de la adolescencia.

Etapa	Franja de edad según OMS	Franja de edad según SAHM
Adolescencia temprana	10-13 años	10-13 años
Adolescencia media	14-16 años	14-17 años
Adolescencia tardía	17-19 años	18-21 años

La mayoría de los estudios epidemiológicos de TCA se centran en la adolescencia temprana y media, debido a que coinciden con el inicio de la pubertad, considerándose el período más vulnerable para padecer TCA. Sin embargo, en la adolescencia tardía, varios estudios han evidenciado que los universitarios también realizan comportamientos característicos de los TCA, especialmente las mujeres, aunque también aparecen en hombres, pero con menor frecuencia (Dakanalis et al., 2016; Sepulveda et al., 2010; Sepulveda et al., 2008).

Así mismo, cabe remarcar ciertas razones por las que también hay que estudiar la población perteneciente a la adolescencia tardía. En primer lugar, por coincidir con las edades pico del desarrollo tanto de la bulimia nerviosa, franja que se sitúa entre los 17 y 21 años (Berg et al., 2009; Muñoz Calvo, 2011), como de la anorexia nerviosa, coincidiendo con el segundo pico de incidencia, que se sitúa a los 18 años (Muñoz Calvo, 2011). En segundo lugar, por comprender un periodo de transición complejo, el cual supone muchos desafíos para la persona, como el cambio de entorno social, las exigencias académicas, obtener un empleo, independizarse, el aumento de la sensación de libertad..., desafíos a los que, generalmente, los adolescentes de etapa temprana y media no tienen que enfrentarse por el hecho de estar en un entorno, generalmente, más controlado (Berg et al., 2009; Dakanalis et al., 2016). Estos cambios repentinos respecto a las demandas del ambiente pueden provocar que las personas se sientan impotentes o confundidas, pesimistas por el futuro, y ello haga que experimenten estrés, ansiedad o miedo a la madurez por tener que enfrentarse a retos hasta el momento nunca planteados. En muchas ocasiones, estas demandas llegan a ser abrumadoras, generando un aumento de vulnerabilidad de la persona, la cual desea regresar a la seguridad infantil. Ante esa situación, puede recurrir a la alimentación desordenada en un intento erróneo de sentir control o regular las emociones frente a tales cambios (L. Holland et al., 2013; Tozun et

al., 2010). Asimismo, cabe destacar que, durante este periodo, las personas suelen experimentar cambios de peso y forma, con lo que hay una preocupación creciente sobre la imagen corporal que contribuye al riesgo de los TCA (Quick & Byrd-Bredbenner, 2014; Tozun et al., 2010).

Debido al conjunto de todos estos factores, la etapa de transición a la universidad, que se produciría mayoritariamente dentro de esta adolescencia tardía, es considerada un periodo de riesgo para el desarrollo de los TCA.

1.4 Prevalencia de riesgo de TCA en estudiantes universitarios

Diversos estudios se han centrado en calcular la prevalencia de riesgo de TCA en las universidades. Algunos de estos estudios, se revisan a continuación, citando, en primer lugar, estudios realizados fuera de España, y cuyos resultados, en cuanto a las prevalencias de riesgo de TCA, se resumen en la tabla 5.

En México, analizaron el riesgo de TCA, a través del cuestionario breve de comportamientos alimentarios de riesgo, en 892 estudiantes de primer curso universitario de la Universidad Pública de la Ciudad de México. En el 7,9% de los estudiantes se determinó un riesgo elevado, concretamente en mujeres fue del 6,8% frente al 4,2% de los hombres. El porcentaje de población con riesgo moderado ascendió al 18,4% y al 15,2% en mujeres y hombres, respectivamente (Díaz de León-Vázquez et al., 2017).

En Estados Unidos, Lipson & Sonnevile (2017), evaluaron la prevalencia de población a riesgo de TCA mediante la entrevista Eating Disorder Examination Questionnaire (EDE-Q), administrada en línea a una muestra aleatorizada de 9.713 alumnos, los cuales pertenecían a 12 universidades. Se obtuvo una prevalencia de riesgo de TCA del 11,9%. De manera más detallada, para las mujeres la prevalencia fue del 17,0% y para los hombres del 5,5%. En otro estudio realizado en Estados Unidos por Eisenberg et al. (2011) en una muestra no intencionada de 2.822 estudiantes se obtuvo una prevalencia de riesgo de TCA del 9,4%. Más específicamente, la prevalencia alcanzó el 13,5% en las mujeres frente al 3,6% en los hombres. Para este estudio se utilizó el cuestionario SCOFF (del acrónimo en inglés *Sick, Control, One, Fat, Food*) administrado en línea.

En Europa, concretamente en Francia, Tivolacci et al. (2015) también calcularon la prevalencia de riesgo mediante la herramienta SCOFF en 3.457 universitarios, obteniendo una prevalencia de riesgo de TCA más elevada, del 20,5% (IC95%: 19,2 - 21,8). En Turquía, Tozun et al. (2010) analizaron, mediante el Eating Attitudes Test (EAT), la población con riesgo en una muestra de 679 estudiantes. La prevalencia de riesgo fue del 6,8%, siendo del 9,1% para las mujeres y del 5,9% para los hombres. Finalmente, en Italia, Bo et al. (2014) también analizaron la población con riesgo de TCA con el EAT, pero utilizando la versión reducida de 26 ítems (EAT-26). Se centraron en estudiantes de primer año de los grados de Nutrición, Biología y Ciencias del Deporte de la Universidad de Turín, reclutando un total de 440 estudiantes en los que observaron una prevalencia de riesgo de TCA del 9,1%.

Tabla 5. Resumen de prevalencias de riesgo de TCA en población universitaria obtenidas en estudios internacionales.

Autor/a	País	Prevalencia total	Prevalencia en hombres	Prevalencia en mujeres
Tozun et al. (2010)	Turquía	6,8%	9,1%	5,9%
Eisenberg et al. (2011)	EE. UU	9,4%	13,5%	3,6%
Bo et al. (2014)	Italia	9,1%	-	-
Tivolacci et al. (2015)	Francia	20,5%	-	-
Díaz- León et al. (2017)	México	7,9%	4,2%	6,8%
Lipson & Sonnevile (2017)	EE. UU	11,9%	17,0%	5,5%

A continuación, se exponen algunos estudios realizados en población universitaria española, resumiéndose los valores de prevalencia obtenidos en la tabla 6.

En Madrid, Sepulveda et al. (2008) determinaron la población con riesgo de TCA a través de la segunda edición del cuestionario Eating Disorder Inventory (EDI-2) en 2.386 alumnos de la Universidad Autónoma de Madrid. Se obtuvo una prevalencia de riesgo de TCA del 17,6% (IC95% 16,1 - 19,6) con un valor del 20,8% (IC95% 18,7 - 22,8) en mujeres y del 14,8% (IC95% 11,6 - 18) en hombres. Por su parte, Cancela Carral & Ayán

Pérez (2011) analizaron la población con riesgo de TCA mediante el EAT-40 en Galicia, más concretamente en la Universidad de Vigo, en una muestra intencionada constituida por 258 estudiantes pertenecientes a los estudios de Fisioterapia, Magisterio y Enfermería. La población con riesgo de TCA fue del 16,3%.

Asimismo, en 2014 se llevó a cabo un estudio epidemiológico multicéntrico cuya muestra estaba constituida por los participantes del proyecto UNIHCOs (una cohorte dinámica para evaluar la influencia de los estilos de vida en la salud futura en universitarios). En este estudio participaron seis universidades de distintas comunidades: Universidad de Vigo, Universidad de Jaén, Universidad de Granada, Universidad de Salamanca, Universidad de Huelva y Universidad de León. Se evaluó el riesgo a través del cuestionario SCOFF en un total de 1.306 estudiantes. La prevalencia de riesgo observada fue del 19,5%, siendo más común en mujeres, 21,2%, que, en hombres, 15,0% (Martínez-González et al., 2014).

Finalmente, Belmonte García (2017) analizó la población a riesgo mediante el cuestionario EAT-26 en una muestra de 349 estudiantes de la Universidad de Murcia, de los cuales 100 eran hombres y 249 mujeres. El 38,7% de la población presentó valores propios de riesgo de TCA, estando el 7,0% en riesgo elevado.

Tabla 6. Resumen de prevalencias de riesgo de TCA en población universitaria española.

Autor/a	Comunidad Autónoma	Prevalencia total	Prevalencia en hombres	Prevalencia en mujeres
Sepulveda et al. (2008)	Madrid	17,6%	20,8%	14,8%
Cancela y Ayán (2011)	Galicia	16,3%	-	-
Martínez-González et al. (2014)	Andalucía, Galicia, Castilla y León	19,5%	21,2%	15,0%
Belmonte García (2017)	Murcia	38,7%	-	-

Como se puede apreciar, la prevalencia de riesgo de TCA en población universitaria oscila entre el 6,8% y el 38,7%, rango muy amplio debido a diversos motivos, entre los cuales destacan:

- Configuración de la muestra: frecuentemente por comodidad se utilizan muestras intencionadas, en las cuales únicamente se seleccionan estudiantes de uno o dos grados universitarios, centrándose, en ocasiones, en grados categorizados por algunos autores como de mayor riesgo, como el de Nutrición y Dietética (Cancela Carral & Ayán Pérez, 2011; Rocks et al., 2017). De esta manera, el valor de la prevalencia de riesgo de TCA obtenida no se puede extrapolar al resto de la población universitaria.
- Herramienta utilizada: actualmente existen muchos cuestionarios para determinar la población con riesgo de TCA: EDI, SCOFF, EDE-Q, EAT, cuestionario breve para medir conductas alimentarias de riesgo... Esta variedad contribuye a las disparidades obtenidas, ya que cada uno de los cuestionarios presenta sus características particulares y puede estar más dirigido a detectar el riesgo de alguna categoría diagnóstica, tal como se detalla a continuación.

1.5 Herramientas de evaluación del riesgo de TCA

1.5.1 Eating Disorder Inventory (EDI)

Fue creado por Garner, Olmsted y Polivy en 1983 para la detección de casos potenciales de TCA, sin capacidad de discernir entre categorías clínicas. En un principio, estaba compuesto por 64 ítems, los cuales estaban englobados en ocho subescalas: insatisfacción corporal, bulimia, delgadez, perfeccionismo, ineficacia, miedo a la madurez, conciencia interoceptiva, desconfianza interpersonal. Se trata de un cuestionario autoadministrado de respuesta múltiple tipo Likert de 5 puntos (desde nunca hasta siempre).

En 1991 se realizó una revisión en la que se incorporaron tres escalas nuevas: ascetismo, regulación de impulsos e inseguridad. Aumentando el número de ítems a 91. Posteriormente, en 2004, se modificó de nuevo, reorganizando y añadiendo ítems para mejorar la validez. Estos últimos se centran en evaluar la inconsistencia, la infrecuencia y la impresión negativa.

Las tres versiones han sido adaptadas al español. En 1987 se adaptó la primera versión por Guimerá y Torrubia, el EDI 2 en 1998 por la editorial TEA, y el EDI 3 en 2010 (Elosua et al., 2010). No obstante, únicamente la segunda versión ha sido validada

en población no clínica (personas no diagnosticadas con un TCA, por tanto, no reciben ningún tipo de tratamiento ni hospitalario ni ambulatorio), más concretamente para la sociedad mexicana. Se obtuvo una sensibilidad del 91,0% y una especificidad del 80,0%, cuando el punto de corte se establece en 80 puntos. Si este se incrementa hasta los 105 puntos, la sensibilidad disminuye al 82,0% y se eleva la especificidad al 89,0% (García-García et al., 2003).

1.5.2 Sick, Control, One, Fat, Food (SCOFF)

El cuestionario SCOFF fue creado en 1999, también para identificar casos potenciales de TCA en general. Es un cuestionario sencillo, con cinco preguntas que conforman el acrónimo en inglés que da nombre a la herramienta (*Sick, Control, One, Fat, Food*). Todas las preguntas son dicotómicas. Las respuestas afirmativas suman un punto, de manera que la puntuación es de 0 a 5, siendo el punto de corte para detectar la presencia de riesgo de TCA la puntuación 2 (Morgan et al., 1999).

Este cuestionario ha sido traducido y adaptado en distintas lenguas y contextos para el cribado de personas con TCA. Fue validado en español por Garcia-Campayo et al. (2005). La sensibilidad obtenida fue del 97,7% (IC95% 93,5-99,5), y la especificidad del 94,4% (IC95% 86,4-98,5). No obstante, estudios posteriores han obtenido valores de sensibilidad y especificidad inferiores. De forma más concreta, en población universitaria colombiana se obtuvo una sensibilidad del 78,4% (IC95% 64,3- 88,2) y una especificidad del 75,8% (IC95% 68,9 - 81,6) (Rueda et al., 2005).

1.5.3 Eating Attitudes Test (EAT)

Es una herramienta autoadministrada, que tiene como objetivo identificar conductas alimentarias anómalas en población no clínica. Dentro de las diferentes escalas está más centrada en el cribado de la anorexia nerviosa. Se evalúan tres dimensiones relacionadas con diferentes comportamientos: miedo a aumentar de peso, impulso para adelgazar y conductas alimentarias restrictivas.

La encuesta EAT fue creada por Garner en 1979, y está constituida por 40 ítems que puntúan con una escala Likert de 6 puntos, con las respuestas extremas indicando nunca

y siempre. El rango de puntuación es de 0-120 puntos, y el punto de corte se determinó en 30 puntos, con los valores superiores indicando presencia de riesgo de TCA.

En años posteriores, los mismos autores realizaron un análisis de las propiedades psicométricas y propusieron la versión reducida, el EAT-26, con solo 26 ítems. Esta versión tiene un elevado nivel de correlación con la escala original de 40 ítems ($R=0,98$), de forma que concluyeron que las 14 preguntas eliminadas del EAT-40 eran redundantes, al no mejorar el valor predictivo. Además, se observó que el instrumento era sensible a la remisión clínica, porque al administrar el EAT-26 a personas que habían superado el problema no se obtenían puntuaciones elevadas, por lo que no eran categorizadas como población con riesgo de TCA (Garner et al., 1982). En la escala EAT-26, al tener menos ítems, el rango de puntuación y el punto de corte se ven modificados. El rango de puntuación es 0-78, y el punto de corte se estableció en 20.

En el año 2002, se realizó la traducción y validación de la herramienta en la sociedad española. Las propiedades psicométricas fueron similares al cuestionario original (Alfa de Cronbach = 0,86), con una sensibilidad del 59,0% (IC95% 42,1 - 74,4) y una especificidad del 92,7% (IC95% 91,0 - 94,1). Al bajar el punto de corte a 10, con el objetivo de detectar casos más leves, se obtuvo una mayor sensibilidad del 89,7% (IC95% 75,8 - 96,1) a costa de una menor especificidad de 75,0% (IC95% 72,4 - 77,5) (Gandarillas Grande, Ana Zorrilla Torras, Belén Sepúlveda García, 2002).

1.5.4 Eating Disorder Examination Questionnaire (EDE-Q)

Cuestionario autoadministrado que fue desarrollado por Fairburn y Beglin en 1994 a partir de la entrevista semiestructurada EDE para el cribado de personas con riesgo de un TCA en general. Está formado por un total de 22 ítems distribuidos en cuatro subescalas, que valoran la restricción, la preocupación por la comida, la preocupación por el peso y la preocupación por la figura. Se responde mediante una escala Likert de 7 puntos (nunca - cada día). La puntuación global se obtiene del promedio de las calificaciones obtenidas en las cuatro subescalas mencionadas. A mayor puntuación, mayor riesgo de TCA (Fairburn & Beglin, 1994).

En la validación para población española se obtuvo una sensibilidad del 96,8% y una especificidad del 94,0% (Villarroel, Penelo, Portell, & Raich, 2011). No obstante, se

requiere una mayor cantidad de estudios que validen el cuestionario como herramienta para el cribado de población no clínica (Peláez-Fernández et al., 2012).

1.5.5 Cuestionario breve para medir conductas alimentarias de riesgo

Se trata de una herramienta basada en los criterios diagnósticos del DSM-IV. Está formada por 11 preguntas, las cuales versan sobre la preocupación por engordar, la realización de atracones, así como conductas alimentarias de tipo restrictivo y purgativo en los tres últimos meses. Las respuestas son de tipo Likert de 3 puntos, no obstante, en la versión validada en español se utiliza una escala Likert de 4 puntos (nunca - muy frecuente). La versión en español fue validada en población mexicana, obteniendo una sensibilidad del 81,0% y una especificidad del 78,0% (Unikel-Santoncini, Bojórquez-Chapela, & Carreño-García, 2004)

1.6 Complicaciones de los TCA

Los TCA se consideran una de las enfermedades mentales más graves debido a que tienen las tasas de morbilidad más elevadas (Canals & Arija Val, 2022; Klump et al., 2009; Westmoreland et al., 2016). Sus complicaciones suelen impactar de forma general en el organismo debido a que pueden afectar al funcionamiento de todos los órganos y sistemas, en especial en los casos de anorexia y bulimia nerviosas. Estas comparten algunas complicaciones que, no obstante, se originan frecuentemente por causas diferentes, que dependen de las conductas que esté desarrollando la persona. Por lo general, en la anorexia, las complicaciones surgen como resultado directo de la privación de energía, inanición y la pérdida de peso (Sachs et al., 2016; Westmoreland et al., 2016). En cambio, en la bulimia nerviosa, se debe al modo y la frecuencia de la purga. Por ello, cada una de las categorías se encuentra más asociada con unas determinadas complicaciones (Westmoreland et al., 2016). Como se podrá observar, las diferentes alteraciones son más frecuentes en la anorexia y bulimia nerviosas, no obstante, no quiere decir que las personas con trastornos por atracones estén exentas de complicaciones. La diferencia reside en el origen de las consecuencias. En la anorexia y bulimia nerviosas las complicaciones son efecto directo de sus actos. En cambio, en los trastornos por atracones, el mayor número de riesgos son derivados de la obesidad asociada, como

enfermedad coronaria, insuficiencia cardíaca, hipertensión, diabetes mellitus tipo 2 o apnea del sueño, entre otras (Mitchell, 2016).

A continuación, se analizan las principales alteraciones que afectan a distintos sistemas del organismo.

1.6.1 Alteraciones gastrointestinales

Las personas con TCA pueden padecer disfagia, lo que dificulta aún más la alimentación, además de tener riesgo de neumonía derivado de una broncoaspiración. Dicha broncoaspiración puede ser debida al debilitamiento y descoordinación de la musculatura faríngea secundaria a la atrofia mediada por la inanición en personas con anorexia nerviosa, así como el daño producido por los vómitos recurrentes en la bulimia nerviosa.

Los vómitos, también generan abundante reflujo gastroesofágico y regurgitación, los cuales no tienden a mejorar a lo largo de la recuperación. Además, estos síntomas originan dispepsia y contribuyen a la disfagia, aunque en menor medida. Asimismo, los vómitos elevan el riesgo de padecer neoplasia esofágica debido al efecto de los ácidos estomacales sobre la mucosa. Estos ácidos también causan daño a la laringe, originando inflamaciones en las cuerdas vocales.

Las personas con anorexia nerviosa padecen frecuentemente disritmia gástrica y disminución de la motilidad gástrica e intestinal, lo que genera, por una parte, un enlentecimiento del vaciado gástrico que, a su vez, origina saciedad temprana, náuseas e hinchazón y, por otra parte, estreñimiento (Norris et al., 2016; Westmoreland et al., 2016). Además, la disminución en la motilidad y del vaciamiento gástrico aumenta el riesgo de padecer una dilatación gástrica aguda si se ingiere una cantidad de comida superior a la habitual. Todo esto puede conducir a consecuencias adversas como una perforación gástrica (Norris et al., 2016). Otra complicación posible, aunque menos frecuente, es el síndrome de la arteria mesentérica superior a causa de la pérdida de grasa retroperitoneal, la cual actúa de almohadilla entre el duodeno y la arteria mencionada (Norris et al., 2016).

Las personas con bulimia nerviosa que utilizan los laxantes como método de purga, tienen mayor riesgo de efectos adversos locales como diarrea, hemorroides, prolapso

rectal y hematoquecia. Además, el abuso de laxantes puede generar el síndrome del colón catártico, que supone un daño permanente en los plexos nerviosos del colón como consecuencia del estreñimiento crónico que se desarrolla, pudiendo llegar a requerir una colectomía (Westmoreland et al., 2016).

1.6.2 Alteraciones hepáticas

La perturbación más común, que suele afectar a más del 50,0% de las personas que padecen anorexia nerviosa, es el aumento de las enzimas hepáticas, en concreto de la aspartato aminotransferasa (AST) y la alanina aminotransferasa (ALT), las cuales se encuentran entre 2 y 4 veces más elevadas, aunque en ocasiones las elevaciones pueden ser más graves (Rosen et al., 2017; Voltas-Arribas et al., 2018; Westmoreland et al., 2016), sobre todo la ALT, la cual puede alcanzar valores similares a los observados en enfermedades hepáticas como la originada por el consumo excesivo de alcohol.

Cabe puntualizar que la gravedad del daño hepático se correlaciona inversamente con la pérdida de peso corporal, debido a que la elevación de ambas enzimas es causada por la desnutrición, la cual produce la lesión y muerte de los hepatocitos (Rosen et al., 2017). En relación a esta observación, es destacable que, generalmente, la disfunción hepática se revierte con una mejora de la nutrición (Rosen et al., 2017; Voltas-Arribas et al., 2018; Westmoreland et al., 2016). Sin embargo, en casos de desnutrición severa, se han descrito complicaciones hepáticas graves e irreversibles, como la encefalopatía y la muerte por insuficiencia cardíaca (Norris et al., 2016).

Otra complicación grave y potencialmente mortal es la hipoglucemia severa, la cual surge como consecuencia del empeoramiento de la función hepática, junto a los elevados niveles de ALT y AST. Incluso algunos estudios reportan que las personas con anorexia nerviosa tienen cinco veces más probabilidades de sufrir una hipoglucemia, independientemente del peso corporal, cuando las aminotransferasas se elevan hasta niveles que triplican el límite superior de los valores normales (Rosen et al., 2017).

1.6.3 Alteraciones endocrinas

Las perturbaciones que se producen en los distintos ejes endocrinos surgen como adaptaciones a la baja disponibilidad de energía presente en el cuerpo. La gravedad de las alteraciones está íntegramente relacionada con el grado de desnutrición. Las principales alteraciones son:

- Niveles elevados de la hormona de crecimiento. Esta modificación tiene como objetivo mantener unos niveles normales de glucemia a través del aumento de la lipólisis, lo que permite usar los ácidos grasos, o incluso los cuerpos cetónicos, como fuente de energía (Misra & Klibanski, 2014).
- Niveles más elevados de cortisol y más bajos de amilina e insulina, los cuales también contribuyen a mantener la normoglucemia pero, a su vez, contribuyen a una menor densidad ósea, es decir, a la osteopenia (complicación musculoesquelética más frecuente) (Fazeli & Klibanski, 2018; Misra & Klibanski, 2014).
- Niveles incrementados de grelina, con la finalidad de aumentar el apetito de la persona. Además, de manera secundaria, contribuye también a la normoglucemia al estimular la secreción de la hormona de crecimiento y la hormona adrenocorticotropa (estimulante del cortisol) (Misra & Klibanski, 2014).
- Niveles disminuidos de la hormona liberadora de gonadotropina, lo que tiene como objetivo preservar la energía y evitar que esta se desvíe hacia la reproducción. Con la supresión del eje hipotalámico-pituitario-gonadal, los niveles de las distintas hormonas sexuales están alterados (Dipla et al., 2021; Kimmel et al., 2016; Misra & Klibanski, 2014; Westmoreland et al., 2016). Esto tiene ciertas repercusiones, siendo las más destacadas la disminución de la hormona folículo estimulante y la hormona luteinizante, manifestándose con la presencia de amenorrea, consecuencia frecuente de la anorexia nerviosa debido a que ocurre en un 66-84% de los casos. De hecho, cabe recordar que antiguamente se consideraba un criterio diagnóstico. En las personas con bulimia nerviosa la amenorrea también está presente, pero con menor frecuencia, oscilando entre 7,0-40,0% (Kimmel et al., 2016). Otro efecto significativo es la disminución de los niveles de testosterona, la cual genera infertilidad reversible y tiene efectos perjudiciales sobre el metabolismo óseo. Además, en hombres, afecta a la potencia, la libido y la fuerza muscular (Dipla et al., 2021; Misra & Klibanski, 2014; Westmoreland et al., 2016).

- Niveles de leptina reducidos, lo que contribuye a la reducción de la hormona liberadora de gonadotropina y, como consecuencia, se genera una disfunción en la ovulación, el desarrollo endometrial, la menstruación y el crecimiento óseo (Kimmel et al., 2016).
- Alteraciones en el eje hipotalámico-pituitario-tiroideo, cuyo funcionamiento se encuentra disminuido, consecuentemente se produce un descenso de la hormona T3, la cual se produce como mecanismo adaptativo para reducir el gasto de energía en reposo y preservar la energía para funciones vitales. También puede observarse una disminución de los niveles de la hormona T4 (Fazeli & Klibanski, 2018; Misra & Klibanski, 2014; Westmoreland et al., 2016).

La mayoría de las alteraciones endocrinas comentadas se producen en personas con anorexia nerviosa. No obstante, las personas con bulimia nerviosa y trastornos por atracones también pueden sufrir alteraciones endocrinas, siendo la más destacada la desregulación del control glucémico que puede desencadenar una diabetes mellitus. De hecho, un metaanálisis apunta que las personas con bulimia nerviosa tienen mayor riesgo de padecer diabetes tipo 2, más concretamente tienen 3,45 (IC95% 1.9 - 6.1) veces más probabilidades de desarrollarla, no observándose ese riesgo en las personas con anorexia nerviosa (Nieto-Martinez et al., 2017). No obstante, este metaanálisis concluye que los resultados se deben interpretar con cautela, debido a la escasa cantidad de estudios centrados en el tema, siendo, además, en su mayoría, estudios transversales.

Respecto a los trastornos por atracones, se ha observado que aumenta la probabilidad de desarrollar componentes del síndrome metabólico, en particular los relacionados con el metabolismo de la glucosa, con un mayor riesgo de desregulación de glucosa y diabetes mellitus (Mitchell, 2016).

1.6.4 Alteraciones musculoesqueléticas

La baja densidad mineral ósea (DMO), que puede derivar en osteopenia u osteoporosis, es, de forma general, la complicación más común de la anorexia nerviosa (Fazeli & Klibanski, 2018; Robinson et al., 2017; Starr & Kreipe, 2014; Westmoreland et al., 2016), alcanzando grados más severos en pacientes masculinos. En distintos estudios se ha evidenciado que la DMO es menor, en especial en la columna, la cadera y

las extremidades, lo que aumenta el riesgo de fracturas patológicas independientemente de la edad de la persona (Fazeli & Klibanski, 2018; Westmoreland et al., 2016).

La pérdida de DMO se debe al desacoplamiento del recambio óseo, en el cual hay una disminución de la formación ósea junto al aumento de la resorción, es decir, un aumento en la eliminación del tejido óseo, liberando minerales a la sangre. La alteración del proceso es causada por la pérdida de peso extrema. De hecho, se ha demostrado que, a menor peso y masa magra corporal, los efectos sobre la masa ósea son más negativos (Fazeli & Klibanski, 2018; Robinson et al., 2017). No obstante, se ha apreciado que las personas con bulimia nerviosa con peso normal también tienen una menor DMO en la columna. Esta observación revela que los efectos nocivos sobre el sistema óseo no dependen únicamente del peso corporal (Robinson et al., 2017). De hecho, la DMO también se ve afectada por diversas alteraciones endocrinas, como la disminución de los estrógenos en sangre, ya que estos inhiben la resorción ósea y contribuyen a la formación ósea al inhibir la esclerostina (glicoproteína que inhibe la actividad de los osteoblastos, las células encargadas de la formación ósea), o por los niveles elevados de cortisol, los cuales afectan a la absorción de calcio, y tienen un efecto inhibitorio sobre los osteoblastos (Fazeli & Klibanski, 2018; Robinson et al., 2017; Starr & Kreipe, 2014).

La baja DMO es una de las pocas complicaciones que persisten a largo plazo, incluso tras la mejora del peso y la recuperación del TCA, con lo que el riesgo de fractura no está solo presente durante el transcurso de la enfermedad, sino que permanece a lo largo de los años (Fazeli & Klibanski, 2018; Robinson et al., 2017; Starr & Kreipe, 2014; Westmoreland et al., 2016).

Finalmente, dentro de las alteraciones óseas, en personas que se autoinducen el vómito, también se generan otras consecuencias, aunque de menor gravedad, como la perimolisis, es decir, la erosión de la dentina y el esmalte de los dientes debido a la exposición repetida al ácido estomacal (Westmoreland et al., 2016).

1.6.5 Alteraciones cardiovasculares

En personas con TCA se observan cambios estructurales y funcionales del sistema cardiovascular, derivadas de la privación de energía y la desnutrición secundarias a la

anorexia nerviosa. La gravedad de estos cambios va desde el carácter leve y reversible hasta los potencialmente mortales.

En cuanto a los cambios estructurales del sistema cardiovascular, el más destacado, y que se presenta de forma temprana, es la atrofia ventricular izquierda, caracterizada por una disminución en la masa ventricular y una reducción de las dimensiones de las cámaras, tanto de la aurícula como del ventrículo izquierdo. Estas modificaciones conllevan al prolapso de la válvula mitral (Sachs et al., 2016; Spaulding-Barclay et al., 2016; Westmoreland et al., 2016). Se trata de una complicación frecuente en personas con anorexia nerviosa, con unas tasas de prevalencia que oscilan entre el 33,0 y el 66,0%, frente a las tasas del 0,6 al 2,4% de la población general (Spaulding-Barclay et al., 2016). Otras alteraciones observadas con frecuencia son la presencia de fibrosis miocárdica y el derrame pericárdico, complicaciones que afectan a un tercio de las personas con anorexia nerviosa, y, que se han correlacionado con un IMC bajo.

En cuanto a la función cardíaca, se aprecia una disminución del gasto cardíaco, hecho que se atribuye al intento del cuerpo por conservar la energía en el contexto de una disminución de la ingesta energética. La disminución del gasto cardíaco se debe principalmente a la disminución de la frecuencia cardíaca, es decir, a la presencia de bradicardia sinusal, la cual es una característica común en las personas con anorexia nerviosa, además de influir la reducción de la masa y las cavidades del ventrículo izquierdo, tal como se ha comentado anteriormente (Sachs et al., 2016; Spaulding-Barclay et al., 2016). De hecho, una frecuencia cardíaca “normal” de unos 80-90 latidos por minuto en una persona con anorexia nerviosa es sospecha de una enfermedad médica concomitante (Spaulding-Barclay et al., 2016). En un principio, la bradicardia sinusal no tiene ningún peligro. No obstante, con un empeoramiento del estado clínico, esta bradicardia sinusal se puede transformar en otras arritmias más severas, como un ritmo de escape de unión o un bloqueo sinoauricular o auriculoventricular (Sachs et al., 2016; Spaulding-Barclay et al., 2016).

La bradicardia va acompañada de otros cambios hemodinámicos como la hipotensión y la hipotermia. Esta última, se sugiere que es una adaptación del organismo, el cual, para conservar la temperatura central, realiza vasoconstricciones periféricas selectivas. En algunos casos puede desarrollarse acrocianosis. Se trata de una alteración vascular

periférica rara, caracterizada por cambios cianóticos y frialdad en manos, pies e incluso las partes distales de la cara (Sachs et al., 2016).

Las alteraciones en la contractibilidad cardíaca, además de por la inanición y la insuficiencia de nutrientes, puede ser debida a conductas de purga, las cuales originan cambios electrolíticos importantes como hipopotasemia, hiponatremia, hipomagnesemia e hipofosfatemia, que pueden desencadenar arritmias mortales (Spaulding-Barclay et al., 2016).

Asimismo, a pesar de que la mayoría de las personas que sufren bulimia nerviosa se provocan el vómito con sus propios dedos, algunas recurren al jarabe de ipecacuana. Este producto contiene una toxina cardíaca acumulativa, por lo que su abuso puede desarrollar miocardiopatías irreversibles e insuficiencia congestiva grave (Spaulding-Barclay et al., 2016; Westmoreland et al., 2016).

1.6.6 Alteraciones renales

Dentro de las alteraciones renales, la complicación más grave que puede darse es la insuficiencia renal crónica. La disminución en la tasa de filtración glomerular es debida, en la mayoría de los casos, a los trastornos electrolíticos que se generan, fruto de los vómitos, o por el uso inadecuado de diuréticos o laxantes. Por ejemplo, la depleción crónica de potasio causa lesiones en las células del túbulo proximal y distal. Esto genera fibrosis, atrofia tubular y la formación de quistes, responsables de una disminución en la filtración glomerular (Stheneur et al., 2014).

Otra causa de insuficiencia renal es la deshidratación crónica, la cual aumenta los niveles de vasopresina, y hace que la orina esté más concentrada. En consecuencia, hay un mayor riesgo de nefrocalcinosis y cálculos renales. Asimismo, la deshidratación puede provocar rhabdomiólisis, y derivar en una insuficiencia renal (Misra & Klibanski, 2014; Stheneur et al., 2014).

1.6.7 Alteraciones neurológicas

A nivel neurológico, debido a la desnutrición propia de la anorexia nerviosa, se produce atrofia cerebral, tanto de la sustancia gris como de la blanca. Ello puede producir

alteraciones permanentes en el funcionamiento cerebral (Westmoreland et al., 2016). Además, la desnutrición no afecta únicamente a la comorbilidad, sino que a su vez impacta en el curso de la enfermedad, generando un ciclo vicioso que perpetúa el trastorno mental, debido a la afectación del funcionamiento cerebral (Treasure et al., 2015).

1.6.8 Alteraciones dermatológicas

Las alteraciones dermatológicas asociadas a los TCA no son tan graves como las comentadas en los sistemas anteriores. Sin embargo, son frecuentes y son indicadores de la presencia de desnutrición. Estas son: adelgazamiento y caída del cabello, pernio debido a la frialdad de las extremidades, crecimiento de lanugo y reducción del tejido subcutáneo, en un intento del cuerpo de reducir la pérdida de calor periférica (Westmoreland et al., 2016). También se puede observar el signo de Russell, que consiste en la aparición de heridas en los dorsos de las manos producidas por los dientes, y supone un indicador de que la persona se purga mediante el vómito.

1.7 Morbimortalidad de los TCA

La mayoría de las complicaciones asociadas a los TCA son reversibles con una reintroducción paulatina de la ingesta alimentaria y un tratamiento eficaz. Sin embargo, en ocasiones, pueden ser irreversibles, incluso en los casos más graves pueden provocar el fallecimiento de la persona. De hecho, son los trastornos que tienen las tasas más elevadas de mortalidad, fruto de la desnutrición, las conductas purgantes, o bien por el comportamiento suicida constatado en diversas investigaciones. Por ello, están consideradas como las patologías psiquiátricas más graves (Arija Val et al., 2022; Spaulding-Barclay et al., 2016).

De las distintas categorías clínicas, la anorexia nerviosa es la que sobresale con tasas de mortalidad de 5,1 muertes por cada 1000 personas (Spaulding-Barclay et al., 2016). De forma más concreta, se han realizado distintos estudios que evalúan la mortalidad debida a TCA y la comparan con la derivada de otras patologías psiquiátricas y con la observada en la población general. Por ejemplo, Fichter & Quadflieg (2016), llevaron a cabo un estudio longitudinal prospectivo entre 2007-2012 en Alemania. Se realizaron

encuestas a las 6.075 personas tratadas por TCA entre 1985 y 2005, y a sus familiares o allegados más cercanos, para conocer si se habían recuperado, seguían con la patología o bien habían fallecido. La razón de mortalidad estandarizada fue elevada, no obstante, la anorexia nerviosa fue, con diferencia, la más alta, con una razón del 5,4 (IC95% 4,3 - 6,5), frente al 1,5 (IC95% 1,1 - 2,0) de la bulimia nerviosa, el 1,5 (IC95% 0,9 - 2,4) de los trastornos por atracones y el 2,4 (IC95% 1,8 - 3,1) de los trastornos alimentarios no específicos. Respecto a las causas de mortalidad, tres cuartas partes murieron por causas naturales derivadas de la enfermedad como colapso circulatorio, caquexia e insuficiencia orgánica. Y una cuarta parte falleció por causas no naturales, siendo el suicidio la causa de muerte más común, y suponiendo la causa de dos tercios de las muertes no naturales de la anorexia nerviosa y de todas las muertes de la bulimia nerviosa y los trastornos por atracones. Además, se apreció que las personas con anorexia nerviosa tenían la tasa de mortalidad más elevada entre los trastornos psiquiátricos (Fichter & Quadflieg, 2016).

Otro estudio realizado en Suecia se centró en analizar cómo afecta la comorbilidad psiquiátrica a la tasa de mortalidad de la población masculina con anorexia nerviosa. Para ello, consultaron el registro hospitalario para detectar a los 609 individuos diagnosticados de anorexia nerviosa entre 1973 y 2010 y el registro sueco de causa de muerte. Para evitar sesgos, excluyeron a cualquier participante que hubiera desarrollado un cáncer. Se apreció, de forma evidente, incluso tras ajustar por los factores de confusión, que la comorbilidad psiquiátrica afecta a la tasa de mortalidad. En concreto, la tasa de mortalidad para aquellas personas con anorexia nerviosa y cualquier comorbilidad psiquiátrica fue del 9,1 (IC95% 6,6 - 12,2), frente al 1,6 (IC95% 0,9 - 2,7) de los hombres con anorexia nerviosa y sin comorbilidad.

Además, cabe recordar que los TCA frecuentemente se asocian a otras enfermedades psiquiátricas. De hecho, en el mismo estudio se evidenció que el 42,0% de los hombres con anorexia nerviosa también tenían otro diagnóstico psiquiátrico distinto a un TCA. La mitad de ellos, es decir, un 21,0%, fueron diagnosticados con dos o más trastornos psiquiátricos distintos a un TCA. Los tres trastornos más prevalentes fueron el trastorno de ansiedad, el cual estaba presente en una de cada cinco personas, la depresión, la cual coexistía en el 13,5% de casos, y el trastorno de personalidad presente en el 11,0% de las personas con TCA (Kask et al., 2017).

Respecto a la mortalidad de las personas con TCA frente a la mortalidad en población general, en un metaanálisis realizado con 41 estudios centrados en mujeres con anorexia nerviosa, se obtuvo que estas mujeres eran 5,2 (IC95% 3,7 - 7,5) veces más propensas a morir prematuramente por cualquier causa, y tenían 18,1 (IC95% 11,5 - 28,7) veces más probabilidades de morir por suicidio respecto a las mujeres entre 15 y 34 años de la población general (Keshaviah et al., 2014).

1.8 Consecuencias sociales

Las consecuencias de los TCA no se limitan al estado físico, sino que también afectan significativamente a la función cognitiva, el juicio y la estabilidad emocional, de forma que condicionan severa y duramente el desempeño de las actividades de la vida cotidiana de las personas que lo padecen. Además, interfieren negativamente sobre la dinámica familiar, de la escuela y la comunidad (Klump et al., 2009). En este sentido, numerosos estudios, utilizando una metodología cualitativa, se han centrado en analizar cómo los TCA afectan a la persona y a su entorno más cercano.

La persona con TCA manifiesta con frecuencia un sentimiento de soledad, fruto de la incompreensión percibida por parte de familiares, amigos y conocidos, quienes, de forma involuntaria, con sus actuaciones, estigmatizan la enfermedad. Ello conduce a que la persona vaya paulatinamente aislándose de su entorno (Hillege et al., 2006).

Sin embargo, los TCA no afectan únicamente a la persona diagnosticada, sino que también tienen un impacto negativo sobre la familia. Frecuentemente, el entorno más cercano, y en especial los progenitores, debido a los TCA, experimentan ansiedad, estrés, frustración, enfado y culpa (Hillege et al., 2006; McCormack & Mccann, 2015; Svensson & Nilsson, 2013). Además, en bastantes ocasiones, al disgusto por la enfermedad, se suman limitaciones financieras derivadas de los costes del tratamiento, así como el desplazamiento de región o ciudad para poder tratar el TCA, de modo que muchos padres se ven obligados a interrumpir su trabajo durante un tiempo, hecho que produce un incremento exponencial del estrés, originando más conflictos y una mayor perturbación en las relaciones familiares. Por consiguiente, de forma paulatina, la enfermedad se va apoderando del núcleo familiar, convirtiéndose en una carga para todos (Eklund & Salzmman-Erikson, 2016; Hillege et al., 2006).

Por tanto, los TCA conducen a un continuo deterioro físico, emocional, psicológico, conductual y social; disminuyendo paulatinamente la calidad de vida tanto de la persona enferma como de su entorno (Klump et al., 2009). Además, a pesar de las grandes afectaciones que provoca la enfermedad al individuo, es muy difícil de tratar, debido a la naturaleza egosintónica, lo que hace de ella una patología caracterizada por un curso crónico, vinculado a recaídas y al abandono del tratamiento (Berg et al., 2009; Eklund & Salzmann-Erikson, 2016; Spaulding-Barclay et al., 2016).

1.9 Costes económicos

Además de los costes físicos y psicosociales mencionados, los TCA afectan a la economía, con costes directos provenientes del sistema sanitario (pruebas diagnósticas, hospitalización, tratamiento, derivación a otros especialistas...), y con costes indirectos derivados de la morbilidad (baja productividad, pérdida de entorno social...), generando, en conjunto, una elevada carga económica.

Diversos estudios han intentado estimar el coste de los TCA, que se sitúa alrededor del billón de euros al año en la Unión Europea (Schmidt et al., 2016). De forma más específica, en Alemania analizaron el coste por persona. Para ello, recopilaron la información respecto a la utilización de la asistencia sanitaria y la pérdida de productividad mediante un cuestionario con un periodo de recuerdo restringido a los últimos tres meses. El coste promedio por paciente durante estos tres meses ascendió a 5.866 €. Los costes directos representaron el 57,0%, es decir, unos 3.344 € debidos a la hospitalización y el tratamiento. De forma más específica, analizaron el coste de aquellas personas que habían estado hospitalizadas y de las que habían recibido un tratamiento ambulatorio. Las personas hospitalizadas tuvieron un coste aproximadamente cinco veces superior, de 13.367 € en los últimos 3 meses. Además, observaron que el coste aumentaba por cada punto que descendía el del IMC en 3.374 €, hecho que destaca la importancia de intervenir de forma temprana (Stuhldreher et al., 2015).

Otro estudio realizado en Canadá calculó los costes directos de atención médica por paciente en el año 2012. Para ello utilizaron un algoritmo de cálculo de costes que incluía los costes de hospitalización, pruebas diagnósticas, visitas al servicio de urgencias y derivaciones a otros servicios médicos. Se obtuvo que el coste total medio directo por

paciente era de 10.022,80 \$ (IC95% 9.390,90 – 10.654,60), siendo generalmente los costes más altos en mujeres (de Oliveira et al., 2017).

Asimismo, cabe recordar que los TCA son, en general, de larga evolución, con una media de tiempo de remisión situada en los 5 años después del diagnóstico, de manera que los costes ascienden debido a este largo periodo de tiempo (Spaulding-Barclay et al., 2016). Teniendo presente esta idea, en Estados Unidos, se estimó el ahorro que produciría la prevención de un solo caso de una paciente con bulimia nerviosa con un periodo de remisión de 10 años. Obtuvieron un ahorro en costes directos de 33.999 \$ provenientes de la atención médica y de 0,7 años de vida ajustados a calidad de vida (Wang et al., 2011).

1.10 Etiología de los trastornos alimentarios

La etiología exacta de los trastornos alimentarios continúa siendo incierta, no obstante, se puede asegurar que no depende únicamente de un factor, sino que se caracteriza por ser multicausal y multidimensional, en la que intervienen múltiples factores y sus interacciones (genético-biológicos, psicológicos, socioculturales, ambientales...). De esta interrelación surge la susceptibilidad individual para desencadenar y perpetuar la enfermedad (Canals & Arija Val, 2022; Madruga Acerete et al., 2010).

1.10.1 Factores genético-biológicos

Distintos estudios de gemelos y familiares han proporcionado una clara evidencia de la contribución de la genética en el riesgo de padecer TCA (Baker et al., 2017; Toro, 2004). Ello lo corroboran estudios de concordancia gemelar, debido a que los gemelos monocigóticos son los que obtienen prevalencias de padecer TCA significativamente superiores respecto a los gemelos dicigóticos, concretamente, se determinó que los TCA tienen una heredabilidad del 30,0-80,0%, siendo superior en la anorexia nerviosa (Baker et al., 2017; Hinney & Volckmar, 2013).

Asimismo, también existen estudios familiares que proporcionan una evidencia clara de la contribución de la genética en el riesgo de padecer TCA (Baker et al., 2017; Toro,

2004). En estos hallaron que, los parientes de primer grado de personas afectadas por anorexia y bulimia nerviosas presentan un riesgo cuatro veces superior de padecer bulimia nerviosa (Hinney & Volckmar, 2013). Y para la anorexia nerviosa, la probabilidad del riesgo de padecer dicha enfermedad asciende entre ocho y diez veces respecto a personas sin antecedentes familiares (Hinney & Volckmar, 2013; Toro, 2004).

En las últimas décadas, los estudios genéticos han querido progresar en el conocimiento, intentando dilucidar qué genes o fragmentos concretos de los cromosomas están implicados en la transmisión de la vulnerabilidad a padecer TCA. Principalmente, se han centrado en los genes relacionados con la dopamina y la serotonina (Bakalar et al., 2015; Grzelak et al., 2017; Toro, 2004). Ambos neurotransmisores participan en múltiples funciones conductuales, biológicas y fisiológicas que pueden estar implicados en la sintomatología de los TCA, debido a que son fenómenos presentes de una forma u otra en personas afectadas por un TCA, como son la regulación del apetito, la repulsión de alimentos, el perfeccionismo, la pérdida de peso, la ansiedad o la distorsión de la imagen corporal (Bakalar et al., 2015; Hinney & Volckmar, 2013; Toro, 2004). Asimismo, existen estudios que han evidenciado alteraciones en las transmisiones dopaminérgicas y serotoninérgicas en personas con TCA, tanto en la etapa aguda como en la recuperación, por lo que podrían estar implicados en su etiología (Bakalar et al., 2015; Grzelak et al., 2017; Zipfel et al., 2015). No obstante, a pesar de que hay estudios que han vinculado las alteraciones de la serotonina con la anorexia nerviosa (Baker et al., 2017; Hinney & Volckmar, 2013), estudios genómicos no han conseguido replicar los mismos resultados (Shih & Woodside, 2016).

Otro factor que parece estar relacionado con padecer un TCA y, más concretamente, con la bulimia nerviosa, es el factor neurotrófico derivado del cerebro, proteína de la familia de las neurotrofinas que se encarga de promover el crecimiento neuronal periférico y del sistema nervioso central (Bakalar et al., 2015). En estudios en animales (Phillips et al., 2014) y en humanos (Bakalar et al., 2015; Phillips et al., 2014) se ha observado que los niveles de este factor son inferiores durante la patología. Además, se aprecia una normalización de los niveles del factor neurotrófico al disminuir los atracones y los comportamientos de purga (Phillips et al., 2014). No obstante, los autores de estos estudios concluyen que se requieren más investigaciones que repliquen los mismos hallazgos.

En estudios de asociación de todo el genoma, se ha intentado vincular los TCA con un determinado cromosoma. No obstante, a pesar de los grandes avances, todas las investigaciones constatan que, al igual que otras enfermedades psiquiátricas, son trastornos poligénicos, es decir, no dependen de un único gen, sino de una combinación de varios genes, los cuales ejercen efectos sobre los rasgos de la enfermedad junto con la interacción con los factores ambientales (Baker et al., 2017; Bulik et al., 2003; Duncan et al., 2017; Hinney & Volckmar, 2013; Madruga Acerete et al., 2010; Shih & Woodside, 2016). Es decir, que las experiencias individuales junto a la genética influyen en la vulnerabilidad de padecer TCA (Shih & Woodside, 2016; Toro, 2004).

Además, se ha observado como los TCA se asocian con múltiples fenotipos de otras enfermedades psiquiátricas, como la esquizofrenia, el trastorno obsesivo-compulsivo o el rasgo de neuroticismo (Hinney & Volckmar, 2013).

Otro factor biológico que actualmente está en el foco de las investigaciones como factor causal de los TCA es la microbiota, ya que esta influye tanto en la regulación del peso como en el comportamiento, características afectadas en los distintos TCA. La microbiota es el conjunto de microorganismos (bacterias, arqueas, hongos, virus, parásitos) que habitan en el tracto gastrointestinal, teniendo una composición única para cada individuo, debido a que esta depende de la genética, edad, sexo, estado de salud, estilo de vida, ubicación geográfica y exposición a fármacos de la persona (Glenny et al., 2017).

La hipótesis asociativa entre los trastornos alimentarios y la microbiota se basa en la suposición de unas modificaciones en la composición de las especies de microorganismos del tracto intestinal (disbiosis). Estas modificaciones influyen negativamente en la salud del huésped, debido a que afectan al sistema nervioso central mediante la comunicación existente del eje cerebro-intestino, de manera que se producen desregulaciones en las funciones gastrointestinales (motilidad, absorción de nutrientes, producción de ácido, inmunidad de la mucosa...) y la ingesta de alimentos. Estos cambios notorios son detectados habitualmente en las personas afectadas por TCA, de ahí que se sospeche la presencia de disbiosis en estas personas.

Esta hipótesis se ha constatado en varios estudios, que muestran que las personas con anorexia nerviosa presentan una microbiota significativamente diferente a la observada

en sujetos sanos. Asimismo, se ha observado la presencia de anticuerpos contra neuropéptidos que regulan el apetito, de manera que existe una alteración en la comunicación en el eje cerebro-intestino, con un control del apetito desregulado y una percepción distorsionada de la saciedad (Karakuła-Juchnowicz et al., 2017; Lam et al., 2017).

Pero, pese a esto hallazgos, es necesario averiguar si la disbiosis es producto de los cambios realizados en los patrones alimentarios, o bien por una predisposición por parte de la persona. Asimismo, hasta la fecha, los estudios se han focalizado en personas con anorexia nerviosa, por lo que se necesita verificar si también se producen cambios en el resto de las categorías diagnósticas de TCA, y si estos son similares (Lam et al., 2017).

1.10.2 Factores psicológicos

Dentro de los factores psicológicos, la variable que más se ha investigado como posible factor etiopatogénico para el desarrollo de los TCA ha sido la personalidad, la cual se define como el conjunto de cualidades psicológicas que contribuyen a que la persona adopte unos patrones distintivos y duraderos en relación con el manejo de sentimientos y el comportamiento (Atiye et al., 2015). Es un concepto que engloba muchas dimensiones, no obstante, las áreas más estudiadas han sido el temperamento, la autoestima y el estado de ánimo. Dentro de estas, se ha observado que los rasgos de perfeccionismo, búsqueda de novedad, la evitación al daño, la perseverancia, la ansiedad y el temor a la madurez son algunos de los factores de riesgo psicológicos más implicados en el desarrollo y el mantenimiento de los trastornos alimentarios. Incluso, al observar una correlación entre los rasgos de personalidad comentados y ciertas características cerebrales, algunos estudios de imagen cerebral los asocian con factores neurobiológicos (Zipfel et al., 2015).

El perfeccionismo desde hace mucho tiempo se considera un factor de riesgo para los TCA, y más concretamente, para la anorexia nerviosa (Toro, 2004). En este sentido, el perfeccionismo puede llevar a que el individuo se adhiera rígidamente a reglas estrictas en relación con la dieta, además de imponerse metas excesivas respecto al ideal delgado, siendo extremadamente crítico cuando las expectativas no se cumplen. La hipótesis se ha confirmado en distintos estudios, evidenciando, incluso, que no es un factor de riesgo

exclusivo para la anorexia nerviosa, sino también para la bulimia nerviosa y los trastornos por atracones, alcanzando estas personas puntuaciones más elevadas de perfeccionismo en comparación a controles sanos (A. J. Brown, Parman, Rudat, & Craighead, 2012). De manera más concreta, en una cohorte universitaria británica se observó que unos niveles superiores de perfeccionismo y mayores temores de madurez predecían la presencia de un TCA a los 10 años de seguimiento, considerándose factores de riesgo potenciales cuando los individuos pasan de los 20 a los 30 años. Además, el perfeccionismo fue la única variable que predijo el mantenimiento de la enfermedad (L. Holland et al., 2013).

El temor a la madurez, es decir, la resistencia a asumir responsabilidades adultas y el deseo a retornar a la seguridad de la infancia es otro de los factores psicológicos habitualmente estudiados en relación con los TCA. Es una característica sobre la que existen discrepancias en los resultados de los estudios, de forma que mientras algunos lo respaldan como factor de riesgo para el desarrollo de TCA, otros no lo hacen. Estas discrepancias se han relacionado con las diferencias de edad de los participantes analizados, considerando que era solo un factor potencial en adolescentes. No obstante, el estudio de L. Holland et al. (2013), el cual es el estudio prospectivo de mayor duración realizado hasta el momento, apuntó que también es un factor potencial para el desarrollo de TCA en adultos, obteniendo un valor de riesgo relativo de 1,24.

En cuanto al temperamento, si se sigue el modelo Cloringer, el más usado en los TCA, se diferencian cuatro dimensiones: la búsqueda de la novedad, la evitación de daños, la dependencia de la recompensa y la persistencia. Estas dimensiones se conceptualizan como las tendencias emocionales y conductuales de la personalidad que son evidentes desde la niñez. Un metaanálisis llevado a cabo por Atiye et al. (2015), analizó cada una de las dimensiones mencionadas y su vinculación con las distintas categorías diagnósticas, obteniendo los siguientes resultados:

- La búsqueda de la novedad, entendida como la tendencia a realizar acciones o actividades distintas a las habituales, las cuales generan una intensa excitación, regocijo, recompensa o alivio potencial, únicamente fue superior en las personas con bulimia nerviosa.
- La evitación al daño es la respuesta intensa a señales desagradables, lo que conduce a un comportamiento de inhibición para evitar el castigo y/o el peligro. La

valoración de esta dimensión fue significativamente superior en todas las categorías diagnósticas en comparación a los controles. Asimismo, cabe destacar que fue mayor en las personas diagnosticadas de anorexia nerviosa, independientemente del subtipo.

- La dependencia a la recompensa se caracteriza por responder vehementemente a señales de gratificación o alivio de castigo, lo que lleva a la persona a mantener o resistir el cese del comportamiento. No se apreció ninguna diferencia en esta dimensión en ninguna categoría de los TCA respecto a los controles.

- Finalmente, la persistencia es la realización de una conducta de manera constante durante un periodo largo de tiempo, independientemente de las adversidades. Fue estadísticamente más alta en todas las categorías diagnósticas de los TCA, a excepción del trastorno por atracones, en comparación a los grupos control. Dentro de los distintos trastornos, se observó una mayor puntuación en las personas con anorexia nerviosa.

La presencia de rasgos de ansiedad y estrés también se han relacionado con el riesgo de TCA (Guarda et al., 2015). La ansiedad puede conllevar una alimentación emocional, es decir, la propensión a comer en respuesta a emociones negativas como la ira, la tristeza, la culpa, la decepción, sentirse heridos por otros..., de manera que, como consecuencia, la persona ingiere una elevada cantidad de comida, bien para calmar el dolor que experimenta o por una pérdida de control. Esta ingesta permite evadirse de los sentimientos negativos. Este hecho se ha observado en las personas con trastorno por atracones y con bulimia nerviosa, si bien, con la diferencia entre una y otra que, al transformarse el placer en angustia, consecuencia de la pérdida de control de las exigencias autoestablecidas sobre el control dietético, la persona con bulimia nerviosa, para regresar a esos sentimientos gratificantes realiza acciones de purga (Turton et al., 2017).

Además, los trastornos de ansiedad están frecuentemente asociados con los TCA, debido a que ambos trastornos comparten abundantes rasgos de personalidad, siendo una vía común para padecer ambos trastornos (Guarda et al., 2015). Estos rasgos son: el neuroticismo elevado, el perfeccionismo, la evitación del daño y la búsqueda de la novedad disminuida (a excepción de la bulimia nerviosa), el miedo o la intolerancia a la incertidumbre, estando estas últimas caracterizadas por reaccionar de manera negativa a nivel emocional, cognitivo y conductual ante situaciones y eventos no controlados. Las

respuestas más habituales son: actuar con obsesiones, compulsiones, rituales o la evitación. De esa manera, la persona percibe un mayor control de la situación, el cual, a pesar de ser ficticio, disminuye de manera repentina el malestar y las emociones negativas fruto de la incertidumbre (M. Brown et al., 2017; Guarda et al., 2015)

Asimismo, la incertidumbre elevada también se ha asociado a otros factores de riesgo de la anorexia nerviosa, como: la alexitimia, la insatisfacción corporal, el impulso a la delgadez, la evitación del daño y la depresión. Estando los tres últimos factores también implicados en el desarrollo de la bulimia nerviosa (M. Brown et al., 2017).

La depresión y la baja autoestima también se han asociado con padecer TCA (Dakanalis et al., 2016; Eisenberg et al., 2011). De hecho, en el estudio de cohorte de 30 años de seguimiento realizado por Nicholls et al. (2016) , se obtuvo que las personas que tenían una autoestima baja tenían una probabilidad 2,9 veces superior de padecer bulimia nerviosa. En el caso de la anorexia nerviosa, otro estudio de cohorte, también de 30 años de seguimiento, concluyó que tener una autoestima elevada era un factor protector, con una OR de 0,3 (Nicholls & Viner, 2009).

1.10.3 Factores de riesgo socioculturales

Actualmente, en la mayoría de las sociedades, los principales agentes sociales son los medios de comunicación, ya sea televisión, revistas, periódicos, radio, cine, publicidad o, especialmente, las redes sociales, siendo estas últimas las más influyentes hoy en día. Estos medios son utilizados de forma constante en el tiempo libre, incluso empiezan a invadir parte del tiempo laboral, de manera que constantemente nos están transmitiendo ideas, normas, valores, actitudes y comportamientos que influyen en nosotros y en la forma de socializarnos (López-Guimerà et al., 2010).

Los mensajes que se difunden son de muchos ámbitos y pueden incluir ideas muy diferentes, no obstante, es frecuente la transmisión de mensajes enfocados al ideal de belleza (Spencer et al., 2013). Este ideal ha ido evolucionando a lo largo de la historia. En épocas como la Edad Media, tener una figura redonda se consideraba atractiva y erótica. En cambio, hoy en día se realza un ideal completamente opuesto, la delgadez en las mujeres y la musculación en los hombres (Díaz Plaza et al., 2022; Giordano, 2015; Ruisoto et al., 2015).

Estos estándares son ampliamente difundidos mediante imágenes de modelos con cuerpos poco realistas, en la mayoría de las ocasiones manipuladas para quitar la mínima imperfección y realzar la delgadez y la musculatura. Asimismo, junto a estas imágenes, se suelen adjuntar artículos relacionados con regímenes, ejercicios o conductas para perder peso o modificar ciertas formas corporales (López-Guimerà et al., 2010; Spencer et al., 2013). El estudio de Spencer et al. (2013) confirma estas observaciones. En dicho estudio se realizó un análisis del contenido de las revistas orientadas al público femenino, predominantemente para adolescentes y mujeres jóvenes, publicadas desde 2005 hasta 2011 en Inglaterra. Se observó una abrumadora cantidad de mensajes publicitarios centrados en la pérdida de peso. Además, estos estaban ligados a fines estéticos a corto plazo, en vez de resaltar los beneficios que tiene mantener un IMC dentro del rango de normalidad sobre la salud a largo plazo. Asimismo, se apreció que este tipo de mensajes tenían un auge tras la Navidad y, sobre todo, en primavera y verano, difundiendo el mensaje “un cuerpo de bikini para el verano”, junto al cual se incluían matices asociados a un aumento de autoestima. De esta forma, la pérdida de peso se asocia a una mejor autoimagen y un aumento de la autoestima. Además, el proceso de pérdida de peso era representado como rápido y fácil, fomentando una idea contraria a la experiencia de la mayoría de las personas que hacen dieta (Spencer et al., 2013).

Todo esto demuestra que los medios de comunicación, a menudo, propagan una visión distorsionada, enfatizando ciertos valores e ideales estéticos poco realistas, saludables y altamente cuestionables. Y, con ello, desempeñan un papel importante en la promoción del consumismo, la objetivación corporal y la internalización del ideal de belleza actual. Por esta razón, muchos autores sostienen que los medios de comunicación son uno de los principales factores para el desarrollo de la insatisfacción corporal, las preocupaciones sobre el peso y el comportamiento alimentario desordenado (Díaz Plaza et al., 2022; López-Guimerà et al., 2010; McLean et al., 2016). De hecho, diferentes estudios, tanto transversales como longitudinales, incluso metaanálisis, evidencian que estar expuestos a medios enfocados a la apariencia corporal se correlaciona con niveles elevados de insatisfacción corporal, con la internalización del ideal delgado y con puntuaciones más altas en los componentes del TCA en el sexo femenino, tanto en las actitudes como en las creencias (Dakanalis et al., 2015; McLean et al., 2016; Quick & Byrd-Bredbenner, 2014). La excepción se encuentra entre las personas de etnia negra, las

cuales muestran una mayor satisfacción corporal y, por consiguiente, no son tan vulnerables a la presión que ejercen los medios (Quick & Byrd-Bredbenner, 2014).

Cabe puntualizar que no todos los medios de comunicación producen los mismos efectos, sino que depende de la edad de los individuos (López-Guimerà et al., 2010). Parece ser que en la adolescencia temprana tiene mayor efecto la televisión, mientras que, en la adolescencia media, tardía y la edad adulta son más influyentes las revistas de moda y glamur. Un ejemplo que respalda la contribución de los medios en la internalización del ideal delgado son los resultados de un estudio, que muestra la asociación existente entre leer revistas de moda y realizar acciones de control de peso. Este estudio mostró como las mujeres lectoras de este tipo de revistas tenían entre el doble y el triple más probabilidades de realizar ejercicio y dietas para perder peso, siguiendo las recomendaciones que aparecían en ellas. Actualmente, los medios de comunicación más influyentes son las redes sociales, por tanto, si se volviera a realizar este estudio probablemente se obtendrían otros resultados. No obstante, no existen estudios más actuales centrados en analizar este aspecto de los medios de comunicación.

Los medios de comunicación, y en concreto, las redes sociales, no solo afectan a las mujeres. En un estudio longitudinal prospectivo realizado únicamente en hombres universitarios, se vio que la exposición diaria a imágenes idealizadas o comentarios centrados en la apariencia producía una disminución de la satisfacción corporal, un aumento de la afectividad negativa y una disminución en la autoestima (Dakanalis et al., 2015). Todo ello junto a un aumento en la auto-objetivación, es decir, valorarse únicamente por la apariencia física, prescindiendo de las capacidades y cualidades mentales que posee la persona. Además, todos estos factores fueron predictores para el inicio y la persistencia de patrones alimentarios desordenados (dietas restrictivas, atracones), y para la realización de conductas anómalas para el control de peso: autoinducirse el vómito, abuso de laxantes y diuréticos y realizar ejercicio físico en exceso.

Asimismo, se ha observado que los medios de comunicación no ejercen únicamente presión sobre la delgadez de forma directa, sino que también actúan de manera indirecta, a través de sus pares o de los allegados de la persona vulnerable, como sería la familia (Barcaccia et al., 2018).

En cuanto a la familia, en un estudio realizado en Estados Unidos con adolescentes, se obtuvo que aquellos que sentían una mayor presión familiar por ser delgados tenían más alteraciones alimentarias, como comer en ausencia de hambre. Además, aquellos adolescentes que experimentaban una mayor presión por parte de sus familiares otorgaban una mayor importancia a la apariencia física y, a su vez, presentaban un consumo energético superior en ausencia de hambre, siendo más predominante en mujeres que, a su vez, mostraban una mayor preocupación por la imagen corporal (Reina et al., 2013).

Respecto a la presión de los pares, en un estudio realizado en Italia en adolescentes de 14 a 19 años, se observó que los ideales físicos que tenían las amistades eran un factor predictivo para padecer ansiedad, depresión y llevar a cabo conductas propias de los TCA en ambos sexos. Además, en las mujeres, se apreció que querer parecerse a personajes televisivos, y la discrepancia que encontraban entre sus cuerpos y el de los personajes elegidos, también eran factores predictivos de un TCA (Barcaccia et al., 2018).

Además, los medios de comunicación, al propagar un ideal de belleza que equipara la delgadez a la felicidad, la feminidad, el éxito y el atractivo, contribuye a estigmatizar a las personas que no cumplen con este canon (Spencer et al., 2013). De hecho, el estigma que tiene la sociedad sobre el elevado peso corporal, es decir, los prejuicios y estereotipos que tienen las personas sobre la obesidad, es un factor de riesgo. Varios estudios han analizado como este factor de riesgo contribuye al desarrollo de los TCA, por lo que las personas con mayor IMC tienen un mayor riesgo de verse involucradas en comportamientos característicos de los TCA (Baceviciene et al., 2020; Lipson & Sonnevile, 2017; Radwan et al., 2018). En población adolescente se observó que las burlas ejercidas por sus pares y/o sus padres, en relación con el peso corporal de la persona, estaban significativamente asociadas con comportamientos alimentarios poco saludables, además de asociarse con perfiles psicosociales caracterizados por puntuaciones elevadas de ansiedad y depresión, factores de riesgo psicológicos para padecer TCA, tal como se ha comentado previamente (Goldfield et al., 2010).

En población universitaria se han obtenido resultados parecidos, correlacionándose la estigmatización del peso con la insatisfacción corporal y la presencia de atracones. Estos últimos se conciben como un método de afrontamiento ante las burlas recibidas por parte de la familia, sus pares o parejas, las cuales pueden ser traumatizantes y difíciles de

manejar (Almeida et al., 2011). Asimismo, un estudio posterior puntualizó que no son las burlas, sino el abuso que reciben las personas por el hecho de tener unos kilogramos de más, lo que predice por sí solo los trastornos por atracones, la alimentación emocional y la realización de conductas anómalas para el control del peso. No obstante, se apreció que esa asociación estaba mediada por el impacto percibido por parte de la persona afectada. De esta forma, el abuso recibido no solo aumenta la probabilidad de realizar conductas desordenadas en el momento de los hechos, sino que en los casos en los que el abuso tuvo un mayor impacto en la persona, el riesgo persistía a lo largo de los años (Salwen et al., 2015).

Estas evidencias demuestran que el estigma en el peso ejerce un papel fundamental en el desarrollo y/o mantenimiento de los TCA, en concreto, para los trastornos por atracones y la bulimia nerviosa (Vartanian & Porter, 2016). Además, el estigma del sobrepeso y la obesidad se ha asociado con otros factores de riesgo de los TCA, como la internalización del ideal delgado y la insatisfacción corporal (Vartanian & Porter, 2016), factores mencionados anteriormente, los cuales aparecían como consecuencia de la presión que ejercen los medios de comunicación y las redes sociales en el ideal delgado (McLean et al., 2016).

La internalización del ideal delgado generalmente se aprecia en aquellos individuos con mayor IMC. No obstante, se han observado diferencias entre sexos debido a los estándares de belleza difundidos, en los que predomina la delgadez en la mujer y la musculatura en el hombre (Ruisoto et al., 2015). Esta internalización de un ideal de belleza, según varias teorías, como sería el modelo de Stice (2001), es la que contribuiría a que la persona no se sienta a gusto con su cuerpo, es decir, que tenga insatisfacción corporal, entendida como un juicio cognitivo del propio cuerpo y la posterior dimensión actitudinal frente a ese dictamen. La insatisfacción acontece cuando existen discrepancias entre la imagen corporal real y la establecida como ideal. En diferentes estudios se ha asociado esta insatisfacción con la realización de dietas restrictivas, así como con la realización de conductas purgativas. Un ejemplo serían los resultados obtenidos por Ruisoto et al. (2015) en universitarios de Estados Unidos. Se apreció que aquellas personas con mayor insatisfacción corporal, que era superior en mujeres, llevaban a cabo patrones alimentarios disfuncionales, así como medidas compensatorias para perder peso. Además, se apreció que, en los hombres, la realización de estas conductas estaba asociada a tener un IMC elevado. En cambio, en las mujeres, estaba vinculado a la insatisfacción,

la cual fue el mejor predictor de comportamientos de riesgo de TCA, independientemente del IMC. No obstante, otro estudio realizado en población universitaria obtuvo que tener un IMC elevado estaba íntimamente asociado a tener un mayor riesgo de TCA, independientemente del sexo. Más específicamente, las mujeres con sobrepeso y obesidad tenían, respectivamente, unas OR de 2 y 3,5 respecto a las mujeres con normopeso en relación con las probabilidades de tener un TCA. Y los hombres tenían unas OR de 3,5 y 11,3 para el sobrepeso y la obesidad, respectivamente, frente a los categorizados como normopeso (Lipson & Sonnevile, 2017).

Todos estos estudios reflejan que los medios de comunicación tienen un gran poder para influir, de forma directa e indirecta, sobre las personas, representando un factor de riesgo para la internalización del ideal delgado, la insatisfacción corporal y la realización de conductas desordenadas en la adolescencia y la adultez joven. Asimismo, los medios participan en la objetivación de los cuerpos, transmitiendo que el valor personal es evaluado por la apariencia física, fomentándose la idea de que la autoestima se basa principalmente en la forma en la que otras personas te ven (Barcaccia et al., 2018). No obstante, cabe destacar, tal como reivindica Giordano (2015), que no hay que centrar la etiología únicamente en los medios de comunicación, porque se corre el riesgo de difuminar otras razones de igual o mayor peso que contribuyen al desarrollo de los TCA, tal como se ha descrito previamente.

1.10.4 Relación entre factores de riesgo

Los factores de riesgo descritos, principalmente los psicológicos y socioculturales, no aparecen de manera aislada, sino que tienden a asociarse unos con otros, aumentando notoriamente la vulnerabilidad a padecer TCA. De hecho, existen diversas teorías que intentan comprender como se vinculan los distintos factores de riesgo y cómo estos se retroalimentan unos a otros, de manera que generan un círculo vicioso, que paulatinamente, va ocluyéndose, aumentando considerablemente la predisposición a desarrollar estas patologías (Santana et al., 2012).

Por otra parte, como se puede apreciar, las tres categorías diagnósticas principales, a pesar de ser diferentes en términos del comportamiento, comparten numerosos factores

de riesgo, por lo que no es de extrañar que una persona padezca a lo largo del tiempo una combinación de dichos trastornos (Santana et al., 2012).

1.11 Asociación de los TCA con los estilos de vida

A pesar de ser la dieta desordenada uno de los factores clave de los TCA, cabe destacar que frecuentemente se asocia con la alteración de otros componentes del estilo de vida, como podrían ser, entre otros, la actividad física o el consumo de sustancias tóxicas (Sepulveda et al., 2010).

1.11.1 Alimentación

La alteración en la dieta se considera un factor clave en los TCA (Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre Trastornos de la Conducta Alimentaria., 2009; Sepulveda et al., 2010). De hecho, existen numerosos estudios que evidencian que las personas con riesgo de TCA realizan más dietas asociadas a una restricción calórica en comparación con la población sin riesgo (Plichta & Jezewska-Zychowicz, 2020; Reyes-Rodríguez et al., 2011; Schaumberg & Anderson, 2016; Tavoracci et al., 2015). Este hecho deriva de un intento de modificar su peso o forma corporal y, de esta forma, poder aproximarse a ese ideal delgado interiorizado (Aparicio-Martinez et al., 2019; Loth et al., 2014).

A pesar de las asociaciones entre dieta y TCA, por el momento no hay estudios que objetiven qué dietas o modificaciones alimentarias son las que usan con más frecuencia. De hecho, hay varios estudios que han analizado cómo se asocian los TCA con la adherencia a la dieta mediterránea, hallándose una asociación inversa tanto para la anorexia y bulimia nerviosas (Leone et al., 2018) como para los trastornos por atracones (Bertoli et al., 2015; Zaragoza-Martí et al., 2016). Sin embargo, en alguno de estos estudios, al considerar las variables de confusión desaparecen las diferencias significativas (Leone et al., 2018).

En cuanto a los alimentos de los que se suelen prescindir, hay pocos estudios que lo analicen. Únicamente en el estudio SUN se observó que las personas con TCA evitaban el consumo de aceite de oliva (Leone et al., 2018).

1.11.2 Actividad física y TCA

La realización de AF de forma regular ha sido ampliamente estudiada en diferentes ámbitos, edades y poblaciones. De hecho, se ha evidenciado que la AF es beneficiosa para la salud al actuar como factor protector frente a diferentes enfermedades crónicas y estados patológicos, como enfermedades cardiovasculares (infarto de miocardio, accidentes cerebrovasculares...), cáncer, diabetes, hipertensión o enfermedades psiquiátricas (depresión, ansiedad...) (Pedersen & Saltin, 2015).

Actualmente, la OMS aconseja la realización de 150-300 minutos semanales de actividad física moderada o 75-150 minutos de intensa (Organización Mundial de la Salud, 2020). Cabe puntualizar que la AF es entendida como cualquier movimiento corporal producido por los músculos esqueléticos, derivándose de ello un gasto energético. Por tanto, esta AF puede ser realizada en el tiempo de ocio, durante el traslado de un lugar a otro (caminando, en bicicleta...), en el trabajo, en las tareas domésticas, ámbito familiar... Dentro de la AF, encontramos el ejercicio físico y el deporte. El ejercicio físico sería aquella actividad planificada y estructurada. Suele ser repetitiva y se realiza para mantener o mejorar alguna de los componentes de la aptitud física: resistencia cardiorrespiratoria, aptitud musculoesquelética, peso y composición corporal y flexibilidad. En cambio, el deporte, es aquella AF que se basa en unas normas o reglas concretas y en general tiene carácter competitivo (Instituto de Ciencias de la Salud y la Actividad Física, 2022).

A pesar de ser la AF beneficiosa para la salud de la persona, esta se puede convertir en poco saludable o perjudicial. De hecho, cada vez hay más literatura centrada en este ámbito, y en especial se analiza su relación con los TCA por el hecho de coexistir frecuentemente (Achamrah et al., 2016). La AF poco saludable se refiere a aquella que es excesiva, inadaptada o incluso patológica, por el hecho que la persona se auto-impulsa a entrenar con mayor frecuencia, duración o intensidad, y ello interfiere en sus responsabilidades, ya sean laborales, sociales o de otro tipo (Cunningham et al., 2016). En la literatura no hay un único término para expresar este concepto, “actividad física excesiva”, “ejercicio compulsivo”, “hiperactividad”, “ejercicio inadecuado” o “ejercicio patológico” son algunos de los términos que se utilizan (Achamrah et al., 2016).

Distintos estudios han reportado que el 31,0-80,0% de las personas que padecen TCA presentan niveles de ejercicio inadecuado, conduciendo al agravamiento de la situación (Gümmer et al., 2015; Mond & Calogero, 2009; Rizk et al., 2015). Además, algunos estudios puntualizan que afecta con mayor frecuencia a las personas con anorexia nerviosa (Mond & Calogero, 2009), al observarse en el 44,4% de los casos, frente al 20,6% de las personas con bulimia nerviosa, o al 20,8% de las que padecen trastornos alimentarios no especificados (Dalle Grave et al., 2008).

El amplio rango de prevalencia de ejercicio inadecuado reportado en los estudios es debido a la gran cantidad de definiciones para este término aportadas por los investigadores (Rizk et al., 2015). El ejercicio inadecuado se conceptualiza de distintas formas, desde su dimensión más objetiva, la cual hace referencia a la cantidad, hasta la más cualitativa, dependiendo del vínculo existente entre la persona y la AF, pudiendo ser una compulsión, adicción o una dependencia (Cunningham et al., 2016; Rizk et al., 2015).

Respecto a las variables objetivas, algunos estudios realizados en población clínica apuntan que los niveles más elevados de AF son más frecuentes en personas con TCA. De hecho, hay estudios que muestran que las personas con TCA son significativamente más activas que los individuos que actúan como controles, incluso antes de la aparición de la enfermedad (Achamrah et al., 2016). En contraposición, hay otros estudios que no hallan diferencias entre personas que padecen un TCA respecto al grupo control en cuanto a la cantidad de AF realizada (Bewell-Weiss & Carter, 2010; Gümmer et al., 2015). Sin embargo, al tener en cuenta la intensidad, parece ser que las personas con TCA diagnosticado informan participar en más caminatas (Keyes et al., 2015; Rizk et al., 2015). Ello puede ser debido a que caminar es una forma accesible y práctica de hacer AF, incluso cuando las personas están gravemente demacradas y/o hospitalizadas (Rizk et al., 2015).

La discrepancia de resultados respecto a la realización de AF no está únicamente presente en los estudios en población clínica, sino que también se ha hallado en estudios realizados en población general, como los llevados a cabo en población universitaria. Por una parte, algunos estudios obtuvieron, en mujeres, una asociación entre niveles más elevados de AF y cribado positivo en TCA, utilizando el EDI (Sepulveda et al., 2010), o el EAT-26 (Rocks et al., 2017), no obteniéndose esta asociación en hombres. Sin embargo, en otros estudios, no se obtuvieron diferencias en ningún sexo respecto a la

cantidad de AF realizada (Belmonte García, 2017; Tavoracci et al., 2015), ni en el tiempo dedicado a la AF de diferentes intensidades, por lo que no se observó una mayor cantidad de tiempo invertido en caminar (Belmonte García, 2017).

Respecto a la dimensión cualitativa, en la literatura se encuentran estudios que han intentado diferenciar si se trata de un componente adictivo o compulsivo, caracterizado por el mantenimiento de unos horarios rígidos, la prioridad de ejercitarse frente a realizar otras actividades y/o el sentir angustia al no poder realizar una sesión de AF (Dalle Grave et al., 2008). Cunningham et al. (2016), trataron de resolver la duda. Para ello, administraron un cuestionario de cribaje de TCA, en concreto, el EDE-Q, junto con escalas que evalúan la compulsión y adicción a la AF. Obtuvieron que tanto las medidas adictivas como compulsivas se correlacionaban con puntuaciones de cribaje positivo en el EDE-Q. De hecho, distintos estudios que analizaron ambos componentes por separado y su asociación con los TCA, obtuvieron asociaciones positivas. Por un lado, estudios que hallaron una correlación positiva entre la compulsión por la actividad física y los TCA y en las subescalas de preocupación por el peso y la forma corporal del EDE-Q, siendo la asociación más relevante en aquellas personas con anorexia nerviosa (Dalle Grave et al., 2008). Y, por otro lado, estudios que mostraron una asociación entre la dependencia de la actividad física y el riesgo de TCA medido a través del EAT-26 (Harris et al., 2015; Rocks et al., 2017).

También hay algunos estudios que analizaron de forma conjunta la relación de los TCA con las dimensiones objetivas y cualitativas del ejercicio inadecuado. Por ejemplo, Dalle Grave et al. (2008) obtuvieron que las puntuaciones elevadas en la restricción dietética, medida con el EDE-Q, eran predictoras del ejercicio compulsivo y de la cantidad de ejercicio físico realizado. Rocks et al. (2017) hallaron resultados similares, demostrando que las puntuaciones elevadas en la adicción a la AF estaban asociadas con tres medidas: la cantidad de AF, una puntuación elevada en el EAT-26 y la restricción dietética.

A pesar de haber estudios que vinculan los TCA con la adicción y compulsión a la AF, el estudio de Cunningham et al. (2016) es el único que comparó ambas medidas (compulsión y adicción). En este caso, obtuvieron una correlación más fuerte con las medidas de compulsión, en especial en mujeres. No obstante, puntualizaron que el ejercicio inadecuado no se puede conceptualizar exclusivamente como una adicción, una

compulsión o un síntoma de TCA, sino que es una combinación de estas, ya que los distintos fenómenos son multifactoriales y comparten algunos factores de riesgo. Sin embargo, sugirieron que existen dos tipos de ejercicio inadecuado: el primario y el secundario. El primario, presenta un componente más adictivo, en el cual el motivo que lleva a las personas a realizar actividad física es aliviar la ansiedad. En cambio, el secundario, se vincula con los TCA, y la persona realiza la AF por el deseo de perder peso o modificar ciertas partes del cuerpo. A pesar de ello, es una temática controvertida, que requiere mayor investigación para poder diferenciar el ejercicio inadecuado en presencia y ausencia de un TCA. Por tanto, respecto a los motivos por los que las personas con TCA realizan actividad física, parece ser que están menos vinculados a la salud y el disfrute, al ser menos importantes para ellos que para personas sin TCA (Keyes et al., 2015).

Por otra parte, también hay estudios que analizaron como se asocia la AF inadecuada con algún factor de riesgo de TCA, como el impulso a la delgadez o la insatisfacción corporal, obteniendo correlaciones positivas con ambas variables (Bewell-Weiss & Carter, 2010).

Finalmente, cabe destacar que los estudios remarcan que el ejercicio inadecuado es un componente importante de la patogénesis de la enfermedad, además de favorecer el mantenimiento de esta, por tener un mayor riesgo de recaída y peores resultados en el tratamiento, suponiendo un predictor de una evolución crónica (Achamrah et al., 2016; Bewell-Weiss & Carter, 2010; Gümmer et al., 2015).

1.11.3 Adicciones y TCA

Durante los últimos años, por el hecho de agravar la situación y convertirse en un problema importante para la persona afectada, ha ganado relevancia el estudio de la comorbilidad existente entre los TCA y las adicciones, además de la adicción a la AF comentada en el apartado anterior. En muchas ocasiones, las personas pueden recurrir a la realización de conductas poco saludables como el consumo de sustancias tóxicas para evadirse de la angustia psicológica, y utilizarlo como mecanismo de afrontamiento (Tavolacci et al., 2015).

Dentro de las adicciones se distinguen dos tipos. Por una parte, las asociadas al consumo de sustancias como el alcohol, el tabaco o el cannabis. Y, por otra parte, las adicciones sin sustancias, vinculadas a las nuevas tecnologías, como sería el uso de internet, el móvil, los videojuegos, etc.

- [Adicciones a sustancias](#)

Respecto al alcohol, en diversos estudios se ha especulado que el consumo de riesgo es frecuente entre las personas que padecen enfermedades psiquiátricas, no estando exentas de esta problemática las personas con TCA. En este sentido, Gadalla & Piran (2007b) realizaron el primer metaanálisis centrado en esta cuestión. Obtuvieron que, en las mujeres, el consumo problemático de alcohol estaba asociado con los TCA, pero no del mismo modo en todas las categorías diagnósticas. La asociación más fuerte se encontró con la bulimia nerviosa, seguido de los comportamientos de purga, trastornos alimentarios no específicos y finalmente, de los trastornos por atracones. De manera que no hallaron asociaciones entre la anorexia nerviosa y el consumo problemático de alcohol. Estudios posteriores han apuntado que las mujeres con anorexia nerviosa también tienen más problemas con el consumo de alcohol en comparación con la población sin TCA (Baker et al., 2010; Martin et al., 2015). Incluso en algún estudio se obtuvo que la prevalencia del consumo problemático de alcohol de las mujeres con anorexia nerviosa era similar a la obtenida en mujeres con bulimia nerviosa (Baker et al., 2010). En cambio, en otros estudios, a pesar de obtener que la anorexia nerviosa era un predictor para el consumo excesivo y problemático del alcohol, su asociación era inferior a la obtenida en las mujeres con bulimia nerviosa (0,29 frente al 0,4). Asimismo, analizaron en personas con TCA cómo estas conductas estaban influenciadas por la personalidad, en concreto, con los cinco grandes rasgos: neuroticismo, extraversión, concienciación, amabilidad y apertura a nuevas experiencias. Únicamente, el último rasgo, la apertura a nuevas experiencias, alcanzó una correlación significativa con el consumo excesivo de alcohol (Martin et al., 2015).

También se han realizado estudios longitudinales para averiguar si el consumo problemático de alcohol únicamente es significativo durante la enfermedad, o si persiste a lo largo de la vida. Estos estudios hallaron que, durante la enfermedad las personas tenían una mayor prevalencia de consumo problemático de alcohol (13,8% frente al 7,8%

en personas sin la enfermedad), siendo mayor entre las mujeres con bulimia nerviosa (17,2%). Además, este consumo de riesgo de alcohol persistía tras la recuperación del TCA, y no estaba limitado a una categoría diagnóstica (Mustelin et al., 2016).

De forma adicional, se han desarrollado estudios en población no clínica, incluyendo ambos sexos, para averiguar si en los hombres también se correlaciona el TCA con el consumo problemático de alcohol. En los resultados obtenidos existe bastante discrepancia. En el estudio de Quiles-Marcos et al. (2011) apuntaron que mientras en hombres no se observaban diferencias según el riesgo de TCA, las mujeres con riesgo elevado de TCA consumían bebidas alcohólicas con mayor frecuencia, además de tener más episodios de embriaguez. En el estudio de Tivolacci et al. (2015) también encontraron que los problemas con el abuso de alcohol fueron más significativos únicamente en las mujeres con riesgo de TCA. En cambio, en ambos sexos, para el consumo regular de alcohol no hallaron diferencias entre el grupo de alto riesgo respecto al de bajo riesgo de TCA. Resultados similares se obtuvieron también en el estudio de Belmonte García (2017), aunque cabe precisar que en este tampoco se obtuvieron diferencias entre personas con y sin riesgo de TCA respecto del consumo de riesgo de alcohol.

Sin embargo, en el estudio de Rush, Curry, & Looney (2015) se obtuvo que los estudiantes universitarios con riesgo de TCA, independientemente del sexo, tenían mayores tasas de embriaguez, con valores del 53,5% de hombres y del 49,0% de mujeres con TCA, frente al 42,9% de hombres y 30,2% de mujeres sin TCA. Asimismo, observaron que las personas con TCA tenían expectativas más positivas tras consumir alcohol en comparación con los otros estudiantes, y que, cuando bebían, se involucraban en conductas de consumo de mayor riesgo.

En cuanto al tabaco, como es bien sabido en la población general es la principal causa de muerte evitable (Solmi et al., 2016), lo que demuestra que es un hábito perjudicial, independientemente de si se sufre un TCA o no. No obstante, si coincide el tabaquismo con un TCA, el perjuicio es mayor. En las personas con anorexia y bulimia nerviosas, el tabaco promueve alguna de sus complicaciones. Por ejemplo, aumenta la probabilidad y la gravedad de la osteoporosis, aumentando el riesgo de fracturas por el hecho de aumentar la inflamación y el estrés oxidativo; en las personas que usan el vómito como medida compensatoria, les aumenta el riesgo de sufrir cáncer de esófago; en personas con

trastorno por atracones, en las cuales a menudo existe la comorbilidad con la obesidad y el síndrome metabólico, el tabaquismo incrementa aún más el riesgo cardiovascular (Solmi et al., 2016).

En la sociedad existe la creencia de que el tabaco funciona como un supresor del apetito, lo que puede favorecer y contribuir a que las personas con TCA tengan mayores tasas de tabaquismo, por el hecho de utilizarlo como una medida para lograr reducir el peso (Quiles-Marcos et al., 2011). Con el objetivo de revisar esta cuestión Solmi et al. (2016) realizaron un metaanálisis para corroborar si las personas con TCA tenían una mayor prevalencia del hábito tabáquico. Confirmaron que las personas con TCA tenían mayores tasas de tabaquismo, pero no en todas las categorías diagnósticas. Las personas con bulimia nerviosa y con trastorno por atracones fueron las que mostraron prevalencias más elevadas de tabaquismo, y las más propensas a ser fumadoras de por vida, alcanzando una OR del 2,1 (IC 95%: 1,642 - 2,855) y del 1,79 (IC 95%: 1,228 - 2,616) respectivamente, en comparación a la población sin TCA. En cambio, las personas con anorexia nerviosa no tenían mayores tasas de tabaquismo, y no se hallaron resultados que indicaran una mayor probabilidad de fumar en cualquier periodo de su vida. Sin embargo, otros estudios obtuvieron resultados diferentes. Así, en algún caso, únicamente se ha apreciado una mayor prevalencia de tabaquismo en las mujeres con TCA, no observándose esta diferencia en los hombres (Quiles-Marcos et al., 2011). O bien no se han encontrado diferencias en la tasa de tabaquismo entre las personas con y sin riesgo de TCA en ningún sexo (Belmonte García, 2017).

Respecto al consumo de sustancias ilegales como cannabis, anfetaminas o LSD (dietilamida del ácido lisérgico), algunos estudios apuntan que su consumo está relacionado con un mayor riesgo de TCA, al menos en mujeres adolescentes (Eisenberg et al., 2011; Gadalla & Piran, 2007a). Sin embargo, estudios más recientes no han hallado diferencias de prevalencia de consumo dependiendo del riesgo de TCA, en ningún sexo de las sustancias citadas (Belmonte García, 2017; Quiles-Marcos et al., 2011; Tavoracci et al., 2015).

- [Adicciones sin sustancia](#)

Las tecnologías de la información y comunicación, también denominadas nuevas tecnologías, han tenido una evolución exponencial en las últimas décadas. Han revolucionado la sociedad, convirtiéndose en una herramienta fundamental de uso diario por el hecho de permitir el acceso a la información de manera instantánea, además de permitir la interacción con esta, convirtiéndose en un proceso bidireccional. No obstante, a pesar de sus grandes ventajas, dependiendo de cómo se utilicen pueden convertirse en perjudiciales. Dentro de los peligros que podrían relacionarse con los TCA están, por una parte, algunas aplicaciones móviles centradas en calcular las calorías, dietas relámpago, realizar ejercicios específicos para modificar una parte del cuerpo, etc., las cuales pueden desempeñar un papel importante en la perpetuación de los TCA. Y, por otra parte, las plataformas denominadas ANA, de anorexia nerviosa, y MIA, de bulimia nerviosa, las cuales hacen referencia a las webs dónde las personas pueden compartir sus emociones, experiencias e información relacionada con la enfermedad, de manera que suelen promover e incentivar el inicio y mantenimiento de la anorexia y la bulimia nerviosas. Muchas de estas webs y aplicaciones se están extendiendo en redes sociales famosas, por lo que aumenta su accesibilidad a personas vulnerables (Borzekowski et al., 2010; Díaz Plaza et al., 2022).

Para valorar como afectan estas páginas webs o aplicaciones a las personas con TCA, se llevó a cabo un estudio en Singapur que tenía como objetivo determinar el uso de internet de las personas con TCA, en particular el uso de las redes sociales y de aplicaciones móviles. Lógicamente, todos los participantes habían utilizado internet o teléfono móvil, pero lo más sorprendente fue que el 41,8% reconoció que estas herramientas le habían ayudado a continuar con el TCA. De hecho, el 30,9% de los participantes reportaron que, mediante las redes sociales, habían encontrado contenido relacionado con TCA, y el 12,7% había visitado grupos relacionados con TCA, con tres objetivos: motivarse y aprender a perder peso, ocultar el TCA y encontrar apoyo para seguir con las conductas asociadas a los TCA. En cuanto a las aplicaciones móviles, las más utilizadas fueron las que calculan calorías, las que monitorizan los niveles de AF y las redes sociales (Tan et al., 2016). Además, otro estudio realizado en población general observó que la utilización de estas aplicaciones, en concreto de fitness y contaje de calorías, está asociada con un mayor riesgo de TCA determinado mediante el cuestionario

EDE-Q (Simpson & Mazzeo, 2017). Asimismo, un estudio realizado en pacientes con TCA obtuvo que los que utilizaban con mayor frecuencia internet y aplicaciones móviles tenían una mayor gravedad del TCA, así como un mayor deterioro psicosocial, independientemente del objetivo de su uso, incluso en aquellas personas que justificaban la utilización de las aplicaciones como método de ayuda para recuperarse del TCA (Tan et al., 2016).

El hecho de que existan estas webs y, en especial, sean utilizadas frecuentemente por las personas con TCA, hace sospechar que estas personas son más adictas a las nuevas tecnologías, por el hecho de estar constantemente en busca de información, consejos y apoyo. De hecho, varios estudios realizados en población general apuntan que las personas con TCA tienen una mayor adicción tecnológica. De forma concreta, Tavolacci et al. (2015) obtuvieron que las personas con TCA tenían un riesgo moderado-severo a la ciberadicción. Y en otro estudio observaron, incluso, una correlación moderada-fuerte (0,7) entre el uso problemático de internet y el riesgo de TCA medido mediante el EAT-40, sin encontrar diferencias entre sexos (Çelik et al., 2015).

1.12 Asociaciones de los diferentes estilos de vida y los TCA

A pesar de existir estudios que han analizado como los TCA se asocian a conductas de riesgo relacionadas con los estilos de vida, en la literatura existe cierta deficiencia y discrepancia. Ello ha sido en parte por las limitaciones que presentan los estudios, los cuales generalmente consideran muestras de conveniencia de pequeño tamaño, población clínica o en las que el sexo masculino no está representado. Además, la vinculación de los TCA con las distintas dimensiones de los estilos de vida se suele analizar de forma individual, sin analizar la influencia de las agrupaciones de estas variables sobre los TCA. Asimismo, en la mayoría de las ocasiones, únicamente se pregunta por las conductas de riesgo, sin incluir los posibles motivos por lo que lo llevan a cabo y como estos se ven afectados por los rasgos psicológicos de la persona. Por todo ello, se consideró interesante llevar a cabo la presente tesis para ampliar la comprensión de los factores relacionados que intervienen en los TCA y como concurren con las conductas de riesgo. Asimismo, resulta interesante realizarlo en población universitaria por el hecho de considerarse un periodo en el cual las personas exploran y establecen hábitos alimentarios y de salud, conductas y creencias asociadas al peso, las cuales tienden a persistir a lo largo de la vida.

Por estos motivos, la época universitaria supone una franja de edad importante para analizar y ampliar el conocimiento en este ámbito de estudio, además de poder proporcionar información beneficiosa para el desarrollo de programas de tratamiento y prevención adaptados a los universitarios.

2. HIPOTESIS

La hipótesis central de la tesis es que una mayor proporción de mujeres presentarán riesgo de TCA. Además, aquellas personas con riesgo de TCA tendrán peores estilos de vida como: una peor adherencia a la dieta mediterránea, mayores tasas de consumo de alcohol y tabaco, mayor prevalencia de adicción a las nuevas tecnologías, así como un mayor nivel de insatisfacción corporal y un IMC más elevado.

3. OBJETIVOS

3.1 Objetivo principal

El presente trabajo tiene como objetivo principal profundizar en el conocimiento de los trastornos de la conducta alimentaria a través de la determinación de la prevalencia del riesgo de TCA en estudiantes de grado y conocer cómo se asocian los distintos factores sociodemográficos, psicológico, estilos de vida, al riesgo de padecer un TCA.

3.2 Objetivos específicos

- Determinar la prevalencia del riesgo de trastornos de conducta alimentaria entre los estudiantes de grado de la UIB.
- Explorar las diferencias existentes respecto al sexo, rama de conocimiento, medidas antropométricas, satisfacción corporal y personalidad en las personas con riesgo de TCA.
- Evaluar los factores a nivel individual, incluyendo los estilos de vida, relacionados con el riesgo de TCA, en concreto:
 - Actividad física: cantidad, intensidad, adicción
 - Alimentación: dietas alternativas, calidad de la dieta medida como la adherencia a la dieta mediterránea
 - Conductas de control de peso
 - Consumo de sustancias: tabaco, alcohol y cannabis
 - Problemas con el uso de dispositivos móviles
- Explorar la agrupación entre las distintas variables y el riesgo de TCA.

4. METODOLOGÍA

4.1 Diseño del estudio

Con el fin de dar respuesta a los objetivos planteados se ha diseñado un estudio observacional, transversal, descriptivo – analítico.

4.2 Área y población de estudio

El ámbito de estudio fue la Universidad de las Islas Baleares, más concretamente el campus universitario de Palma, siendo sus estudiantes de grado los sujetos de estudio. En el curso académico 2017-2018, año en el que se realizó el estudio, había un total de 10.353 estudiantes matriculados en el campus de Palma, distribuidos en 5 ramas de conocimiento: ciencias, ciencias de la salud, ciencias sociales y jurídicas, ingenierías y arquitectura y arte y humanidades.

4.2.1 Cálculo del tamaño muestral

Se determinó el tamaño muestral necesario considerando la prevalencia de los TCA en población universitaria como variable principal. Para ello se consideró que el porcentaje previsible de estudiantes con riesgo de TCA sería del 17,8% según la media obtenida de los estudios realizados en España.

Se obtuvo que se requería un mínimo de 1.754 estudiantes si se quería estimar con un 95% de confianza, una precisión de ± 2 unidades porcentuales y previniendo un porcentaje de reposición del 20%. Este cálculo se llevó a cabo con el programa calculadora tamaño muestral GRANMO versión 7.12 (Marrugut & Vila, 2012).

4.2.2 Selección de la muestra

La muestra se seleccionó mediante un proceso aleatorio, estratificado por rama de conocimiento y proporcional al tamaño muestral.

Para agrupar las distintas titulaciones en ramas de conocimiento, se siguió la clasificación establecida por la propia universidad, que diferencia las cinco ramas

previamente comentadas: Ingenierías y Arquitectura, Ciencias, Ciencias de la Salud, Ciencias Sociales y Jurídicas y Arte y Humanidades. En la tabla 7 se resume las titulaciones que abarca cada rama de conocimiento, así como el número de matriculados durante el curso en el que se realizó el estudio.

Tabla 7. Población estudiantil por rama de conocimiento (curso 2017/18).

Rama de conocimiento	Titulaciones	Alumnos matriculados año 2017/18
Ciencias	Grado en Biología	346
	Grado en Bioquímica	244
	Grado en Física	155
	Grado de Química	150
	Total	895
Ciencias de la salud	Grado en Fisioterapia	264
	Grado en Enfermería	547
	Grado en Psicología	457
	Grado en Medicina	120
	Total	1388
Ciencias Sociales y Jurídicas	Grado en Educación Infantil	475
	Grado en Educación Primaria	1003
	Grado en Educación Social	276
	Grado en Trabajo Social	287
	Grado en Pedagogía	246
	Grado en Geografía	109
	Grado en Derecho	804
	Grado en ADE	997
	Grado en Relaciones Laborales	198
	Grado en Turismo	652
	Grado en Economía	356
	Doble titulación ADE Y Turismo	115
Doble titulación ADE y Derecho	153	
Total		5689

Ingenierías y Arquitectura	Grado en Edificación	231
	Grado en Matemáticas	107
	Grado en Ingeniería Electrónica Industrial y Automática	291
	Grado en Ingeniería Informática	472
	Grado en Ingeniería Agroalimentaria y del Medio Rural	143
	Grado en Ingeniería Telemática	132
	Doble titulación Matemáticas y Telemática	23
Total	1399	
Arte y Humanidades	Grado en Historia	178
	Grado en Historia del Arte	152
	Grado en Estudios Ingleses	258
	Grado en Lengua y Literatura Catalana	75
	Grado en Lengua y Literatura Española	170
	Grado en Filosofía	119
Total	592	
TOTAL	10323	

La unidad de selección de la muestra en primera instancia fue la rama de conocimiento y en segunda, el curso académico. Para ello, a pesar de tener un tamaño muestral requerido se intentó obtener el máximo número posible de participantes.

A partir de los criterios mencionados y, considerando la distribución porcentual de los estudiantes de la UIB por rama de conocimiento, se calculó el tamaño muestral requerido por estrato. En la tabla 8, se resume la distribución de la muestra obtenida en comparación a la población universitaria y al cálculo muestral.

Tabla 8. Distribución de la muestra obtenida, muestra teórica y población por rama de conocimiento.

Rama de conocimiento	Muestra obtenida		Muestra teórica		Población de la UIB	
	n	Porcentaje (%)	n	Porcentaje (%)	N	Distribución real
Ciencias	271	13,5	153	8,7	895	8,7
Ciencias de la salud	506	25,2	237	13,5	1388	13,5
Ingeniería y arquitectura	278	13,8	237	13,5	1399	13,5
Ciencias sociales y jurídicas	795	39,6	966	55,1	5689	55,1
Arte y humanidades	156	7,8	161	9,2	952	9,2
TOTAL	2006	100	1754	100	10323	100

Como se puede apreciar la muestra obtenida, tras eliminar el 7,0% de las encuestas durante el proceso de depuración, debido a encuestas incompletas (cuestionario EAT-26 no cumplimentado o incompleto o más de dos escalas no cumplimentadas, o con respuestas no lógicas que no se podían corregir revisando el cuestionario original), fue de 2.006 estudiantes, que representan el 19,4% de la población estudiantil total de matriculados en estudios de grado de la sede de Palma de la Universidad de les Illes Balears durante el curso académico 2018-2019.

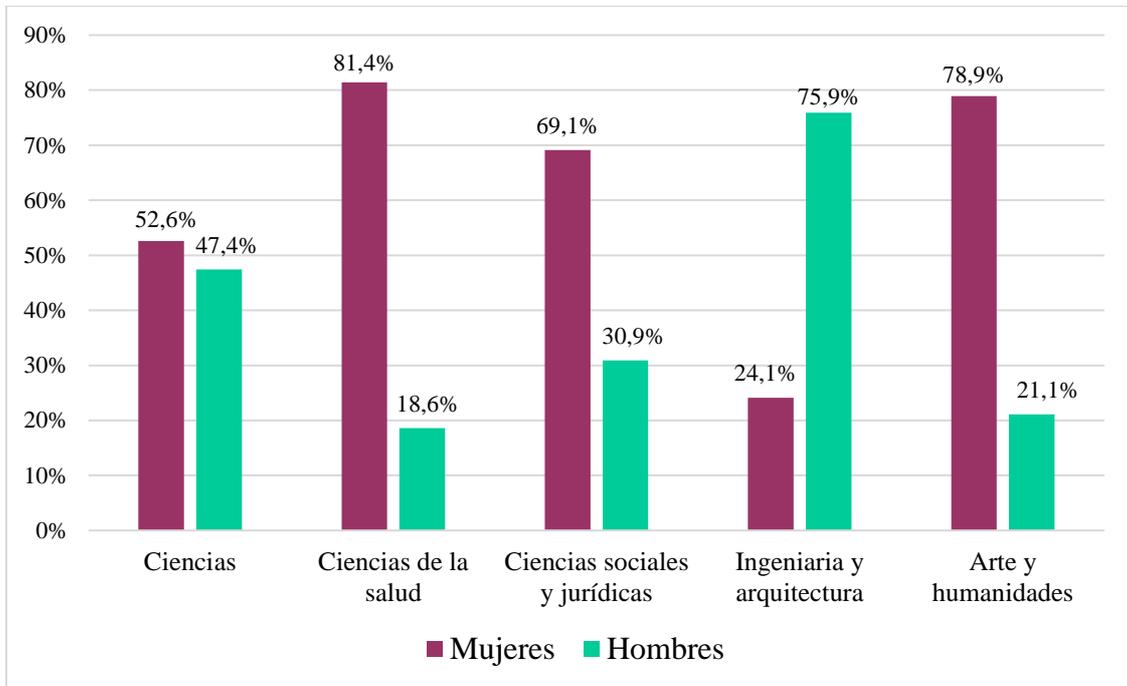
La muestra obtenida superó en números totales a la muestra teórica, obteniendo en números absolutos el mínimo de alumnos por rama de conocimiento. El porcentaje de distribución es equiparable a la población de la UIB, excepto en la rama de Ciencias Sociales y Jurídicas, en la cual el porcentaje de participación fue menor, en contraposición con la rama de Ciencias de la Salud, en la que fue mayor.

La representación de las mujeres en la muestra fue superior, siendo del 64,5% frente a un 35,5% de los hombres. Esta distribución muestra la misma tendencia que la población de la UIB, donde las mujeres constituían el 58,9% y los hombres el 41,1%.

Respecto a la distribución por sexo de la población del estudio en cada rama de

conocimiento existen diferencias ($p < 0,001$). En determinadas ramas, como la de ciencias de la salud, arte y humanidades y ciencias sociales y jurídicas, hay un mayor porcentaje de mujeres. Mientras que los hombres se concentran en la rama de ingeniería y arquitectura. En la figura 1 se puede apreciar con mayor detalle.

Figura 1. Distribución por sexo según rama de conocimiento.



Esta diferencia es semejante a la que se encuentra en la población, con algunas variantes según la titulación a la que pertenezcan. En la tabla 9, se resume la agrupación de la muestra por titulación, rama de conocimiento y sexo, así como la comparación con la distribución de la población de la UIB.

Tabla 9. Distribución real de la población y de los participantes en el estudio según la rama de conocimiento, titulación y sexo.

Rama de conocimiento	Grado	Todos				Mujeres				Hombres			
		Muestra		Población universitaria		Muestra		Población		Muestra		Población	
		n	(%)	N	(%)	n	(%)	N	(%)	n	(%)	N	(%)
Ciencias	Química	50	2,5	151	1,5	20	1,6	66	1,1	30	4,2	85	2,0
	Bioquímica	128	6,4	242	2,4	83	6,4	169	2,9	45	6,3	73	1,7
	Física	42	2,1	155	1,5	8	0,6	36	0,6	34	4,8	119	2,7
	Biología	49	2,4	344	3,3	29	2,2	202	3,3	20	2,8	142	3,3
	Total	270	13,5	892	8,7	140	10,9	473	7,9	129	18,1	419	9,7
Ciencias de la salud	Enfermería	203	10,1	545	5,3	177	13,7	444	7,4	26	3,7	101	2,3
	Fisioterapia	72	3,6	263	2,6	42	3,3	133	2,2	30	4,2	130	3,0
	Psicología	166	8,3	449	4,3	139	10,8	343	5,7	27	3,8	106	2,5
	Medicina	65	3,2	123	1,2	54	4,2	95	1,6	11	1,5	28	0,7
	Total	506	25,2	1380	13,4	412	31,9	1015	16,9	94	13,2	365	8,5

Ingeniería y arquitectura	I. Informática	120	6,0	472	4,6	12	0,9	35	0,6	108	15,2	437	10,2
	I. Electrónica Industrial y Automática	16	0,8	291	2,8	4	0,3	30	0,5	12	1,7	261	6,0
	I. Telemática	31	1,5	132	1,3	6	0,5	23	0,4	25	3,5	109	2,5
	I. Agroalimentaria	51	2,5	143	1,4	12	0,9	26	0,4	39	5,5	117	2,7
	Edificación	25	1,2	233	2,3	15	1,2	79	1,3	10	1,4	154	3,6
	Matemáticas	30	1,5	107	1,0	18	1,4	52	0,9	12	1,7	55	1,3
	Doble titulación: Matemáticas y Telemática	5	0,2	23	0,2	0	0,0	8	0,1	5	0,7	15	0,4
	Total	278	13,9	1401	13,6	67	5,2	253	4,2	211	29,6	1148	26,7

Ciencias sociales y jurídicas	Ed. Infantil	62	3,1	475	4,6	60	4,7	459	7,6	2	0,3	16	0,4
	Ed. Primaria	110	5,5	1003	9,7	77	6,0	706	11,9	33	4,6	297	6,9
	Trabajo Social	106	5,3	291	2,8	89	6,9	240	4,1	17	2,4	51	1,2
	Pedagogía	128	6,4	245	2,4	100	7,8	188	3,3	28	3,9	57	1,3
	Geografía	51	2,5	108	1,1	14	1,1	32	0,5	37	5,2	76	1,8
	Derecho	6	0,3	800	7,8	6	0,5	465	7,7	0	0,0	335	7,8
	Turismo	134	6,7	652	6,3	88	6,8	404	6,8	46	6,5	248	5,8
	ADE	121	6,1	993	9,7	72	5,6	473	7,9	49	6,9	520	12,0
	Relaciones laborales	16	0,8	197	1,9	11	0,9	144	2,4	5	0,7	53	1,2
	Economía	47	2,3	353	3,4	22	1,7	134	2,2	25	3,5	219	5,1
	Ed. Social	0	0,0	275	2,7	0	0,0	227	3,7	0	0,0	48	1,1
	Doble titulación ADE y derecho	0	0,0	151	1,5	0	0,0	83	1,3	0	0,0	68	1,5
	Doble titulación economía y turismo	0	0,0	18	0,2	0	0,0	11	0,1	0	0,0	7	0,2
	Doble titulación ADE y Turismo	13	0,6	108	1,0	10	0,8	78	1,3	3	0,4	30	0,7
	Total	794	39,6		55,1	549	42,5	3644	60,8	245	34,4	2025	47,0

Arte y humanidades	Historia	9	0,4	176	1,7	5	0,4	56	0,9	4	0,6	120	2,8
	Historia del Arte	29	1,4	155	1,5	23	1,8	117	2,0	6	0,8	38	0,9
	Filosofía	4	0,2	122	1,2	0	0,0	51	0,8	4	0,6	71	1,6
	Estudios Ingleses	63	3,1	255	2,5	52	4,0	202	3,4	11	1,5	53	1,2
	L. Catalana	10	0,5	75	0,7	8	0,6	49	0,8	2	0,3	26	0,6
	L. Española	40	2,0	168	1,6	34	2,6	127	2,1	6	0,8	41	1,0
	Total	156	7,8		9,2	123	9,5	602	10,0	33	4,6	349	8,1
TOTAL		100	10293	100	1293		5987		713		4306		

I.: Ingeniería, Ed.: Educación, ADE: Administración y dirección de empresas, L.: Literatura.

4.2.3 Reclutamiento

El reclutamiento de los estudiantes se realizó en el aula, en un día de clase durante los meses febrero-mayo del año 2018, correspondiendo con el inicio del segundo semestre. Dentro de cada rama se seleccionaron de forma aleatoria asignaturas de los diferentes estudios y cursos. Una vez seleccionada la asignatura se contactó con los profesores responsables para solicitar su colaboración con el estudio, que consistía en ceder unos 30 minutos de clase para poder administrar el cuestionario elaborado a aquellos alumnos que voluntariamente y de forma totalmente anónima quisieran participar en dicha investigación.

Antes de repartir los cuestionarios y solicitar la participación, se facilitó información del proyecto: los objetivos, las características, la manera de responder, así como lo que implicaba su participación. Además, se remarcó el carácter voluntario, anónimo y confidencial de las respuestas, de forma que, una vez entregada la encuesta cumplimentada, no era posible vincular a la persona con la encuesta. Asimismo, todo lo expuesto verbalmente, también se presentó por escrito en la primera página del cuestionario.

4.2.4 Criterios de inclusión y exclusión

Se incluyeron a todos los estudiantes que quisieron participar voluntariamente en el estudio, no obstante, se implementaron los siguientes criterios de exclusión:

- Personas menores de 18 años y mayores de 30 años. Se consideraron los 30 el punto de corte, debido a que los TCA a partir de esa edad tienen muy baja incidencia.
- Mal dominio de la lengua castellana.
- Padecer cualquier afectación que dificultase la lectura y la cumplimentación del cuestionario como: trastorno visual severo, entre otras posibles causas.
- Estudiantes de intercambio (SENECA, ERASMUS...).
- Estudiantes de titulaciones impartidas online.

4.3 Diseño del cuestionario

La recolección de los datos se realizó a través de un cuestionario elaborado para dicho fin. Este incluía, por una parte, encuestas validadas en castellano y en población universitaria y, por otra parte, preguntas confeccionadas para profundizar en ciertas áreas, las cuales no se pueden conocer con las escalas validadas existentes.

Se recopiló información de diferentes esferas de la salud. Estas estaban distribuidas en ocho dimensiones: datos sociodemográficos, datos antropométricos, estado de salud y calidad de vida, datos psicológicos, datos sobre los TCA, actividad física, alimentación y adicciones a sustancias y a nuevas tecnologías.

El cuestionario se adjunta como anexo 1.

4.3.1 Procedencia y codificación de las preguntas del cuestionario

En la tabla 10, se resume la procedencia de los distintos ítems que forman el cuestionario.

Tabla 10. Dimensiones englobadas en el cuestionario y su procedencia.

Dimensiones/ factores	Ítems	Observaciones	
Datos sociodemográficos	Sexo	1	Elaboración propia y preguntas modificadas de la Encuesta Nacional de Salud (ENS) 2017
	Edad	2	
	Estado civil	3	
	Estudios	4-5	
	Curso académico	6	
	Cambio de residencia	7	
	Convivencia	8	
	Tipo de matricula	9	
	Situación laboral	10	
Datos antropométricos	Peso auto declarado	42	
	Altura autodeclarada	43	

Estado de salud y calidad de vida	Estado salud	14	ENS 2017, usada en otras encuestas universitarias
	Calidad de vida	15	
	Antecedentes personales	11	Elaboración Propia
	Valoración del sueño	40-41	Preguntas usadas en proyecto SUN y elaboración propia
	Alergias	51	Elaboración propia
Datos psicológicos	Rasgos personalidad	12	TIPI (Renau et al., 2013)
	Satisfacción corporal	44-46	Discrepancia medidas reportadas (Mendes Soares & Gil Soares de Araújo, 2003) y Escala clasificación de figuras (Stunkard et al., 1983)
Trastornos de conducta alimentaria	Cribaje TCA	13	EAT-26 (Gandarillas Grande, Ana Zorrilla Torras, Belén Sepúlveda García, 2002)
	Realización atracones	57	Pregunta modificada del EDE-Q
	Realización medidas control de peso	79-80	Adaptación a partir de criterios diagnósticos para descartar un TCA (DSM-V)
Actividad Física	Autopercepción AF	16	Encuesta Universidad Miguel Hernández (García de la Hera et al., 2017)
	Cantidad y volumen AF	17-22	IPAQ Corto (Craig et al., 2003)
	Adicción AF	27	EAI (Sicilia-Camacho et al., 2013)
	Influencia Universidad en AF	37	Estudio universitario (Bennasar-Veny et al., 2020)
	Edad y/o finalización AF	24 y 34-35	Elaboración propia
	Hábitos actuales AF	23 y 25	Elaboración propia
	Uso servicios AF universidad	28	Modificación estudio (Bennasar Veny, 2012)
	Valoración servicio y propuestas AF	29-32 y 38-39	
	Motivos hacia AF	26, 33 y 36	Modificación del M.I.A.F.D (Pavón Lores AI, 2004)

Alimentación	Adherencia dieta mediterránea	58-77	Modificación preguntas cuestionario dieta mediterránea (Trichopoulou et al., 1995)
	Comidas al día	47	Tomada de ejemplo estudio Universidad Miguel Hernández (García de la Hera et al., 2017)
	Cocinero habitual	48	Elaboración propia
	Realización dietas alternativas	52-53	Elaboración propia
	Motivos realización dietas	54-56	Elaboración propia
	Uso servicios universidad y valoración	49-50 y 81	Elaboración propia y tomadas de ejemplos de otros estudios en población universitaria (Bennasar Veny, 2012; García de la Hera et al., 2017)
	Valoración diversidad dieta	78	Elaboración propia cuestionario frecuencia consumo de alimentos
Adicciones	Consumo de Tabaco	82	Modificación estudios ESTUDES y EDADES
	Consumo tabaco para saciarse	83	Elaboración propia
	Consumo alcohol	84-87	AUDIT-C (Bush et al., 1998)
	Consumo cannabis	88-92	Preguntas obtenidas del ESTUDES
	Adicción al móvil	93	CERM (Beranuy Fargues et al., 2009)

4.3.3 Base conceptual y definición de las variables: recogida y medición

A partir de los objetivos planteados y de los hallazgos encontrados en la revisión de la literatura sobre las variables usadas en otras investigaciones de temática similar, se seleccionaron las variables que se describen a continuación, siguiendo el principio de “recoger tantas variables como sean necesarias y tan pocas como sean posibles, así como que requieran el mínimo tiempo”.

Una vez seleccionadas las variables, estas se definieron a nivel conceptual y operativo especificando la escala de medida que se ha utilizado en la recogida y en el análisis de datos. Mayoritariamente, se han escogido definiciones previamente usadas y validadas en otros estudios, para así poder realizar una comparativa de resultados con trabajos previos.

4.3.3.1 Datos sociodemográficos

En este apartado se recopiló información respecto a los siguientes datos: edad, sexo, estado civil, grado y curso que estaban estudiando, tipo de matrícula, cambio de residencia durante el periodo lectivo, con quién convivían, situación laboral y antecedentes médicos como padecer alguna patología. En el caso del curso, se pedía que se considerara la asignatura correspondiente al curso superior a la cual el participante estuviera matriculado.

4.3.3.2 Datos antropométricos

A los participantes se les preguntó su peso y talla. Estas medidas autodeclaradas han demostrado ser válidas en población universitaria por tener una elevada concordancia con las variables medidas objetivamente en ambos sexos (Liparotti et al., 2007). A partir de estas dos medidas se calculó el IMC de la persona, a través de la fórmula: peso (kg)/talla (m)².

El IMC es un indicador sencillo, que permite realizar una clasificación según la relación establecida entre el peso y la talla, en el cual a partir de un IMC de 25 kg/m², se considera el sobrepeso. En el estudio se han usado los criterios de la OMS (tabla 11). De esta forma se pudo posteriormente clasificar a las personas participantes en el estudio según el grado de obesidad, siguiendo la siguiente clasificación.

Tabla 11. Clasificación del IMC según la OMS

Categoría IMC		IMC (kg/m ²)
Peso insuficiente		<18,5
Normopeso		18,5-24,9
Sobrepeso	Grado I	25-26,9
	Grado II	27-29,9
Obesidad	Grado I	30-34,9
	Grado II	35-39,9
	Grado III (mórbida)	40-49,9
	Grado IV	>50

4.3.3.3 Estado de salud y calidad de vida

La autovaloración del estado de salud ha demostrado ser relevante al contener información que no puede ser obtenida mediante los diagnósticos clínicos objetivos. Por ello, se ha considerado un índice global de salud, además de ser validado en distintos estudios como predictor de mortalidad (Pietz & Petersen, 2007). Asimismo, ha sido utilizado ampliamente en distintos estudios epidemiológicos como en las distintas encuestas nacionales de salud (ENS), además de haber sido usada en estudios centrados en población universitaria (Bennasar Veny, 2012; Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública, 2022; García de la Hera et al., 2017; Martínez-Moyá et al., 2014; Reig Ferrer et al., 2001) por ser una medida fácil de recoger y válida para conocer el balance que realiza la persona sobre su propia salud respecto a un determinado periodo de tiempo, generalmente, durante el último año.

En el cuestionario se evalúa la percepción subjetiva que tiene la persona respecto a su estado de salud y su calidad de vida mediante dos ítems que incluyen una expresión general: “Considera que su estado de salud/calidad de vida es...”. La persona debe responder a una de las seis opciones de la escala tipo likert que se le ofrece, las cuales se extienden de muy malo/a hasta muy bueno/a.

4.3.3.4 Sueño

Dormir suficiente y tener un buen descanso nocturno se considera una condición imprescindible para percibir un buen estado de salud y calidad de vida. Varios estudios sugieren que la media de horas de sueño en adultos debe ser de 7-8 horas (Fabres & Moya, 2021; Miró et al., 2005; National Institutes of Health, 2013). Además, descansar bien se considera fundamental, debido a que, como explican algunos expertos como Michael Twery, el no descansar adecuadamente afecta de forma holística al cuerpo, debido a que altera el sistema endocrino, afectando el nivel de estrés y el crecimiento, el sistema inmune, el apetito o el sistema cardiovascular, entre otros sistemas (National Institutes of Health, 2013). Por tanto, una falta de descanso puede conducir a ciertas patologías relacionadas, principalmente, con los sistemas cardiovascular, inmunológico y digestivo (Fabres & Moya, 2021; Miró et al., 2005; National Institutes of Health, 2013). Asimismo, cabe destacar que, a pesar de alterar la salud física, la falta de sueño tiene una mayor

repercusión en la salud mental (Fabres & Moya, 2021). De hecho, la mayoría de las personas con patologías psiquiátricas tienen problemas con el sueño y el descanso (Miró et al., 2005).

En esta tesis se realizaron preguntas para conocer el número de horas que dormían los estudiantes, distribuidas en dos apartados. Uno centrado en los hábitos durante la semana y otro centrado en el fin de semana. Además, se separó el dormir por la noche de realizar la siesta para poder indagar más en los hábitos del sueño. Este tipo de preguntas se han realizado en otros estudios en población universitaria, no obstante, en nuestro caso seleccionamos preguntas realizadas en el proyecto SUN (Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública, 2022). Asimismo, se incluyó la siguiente pregunta para conocer la percepción del descanso: ¿Duermes lo suficiente como para sentirte descansado/a al despertar por la mañana? Los estudiantes podían elegir entre seis opciones en una escala tipo Likert desde “no, nunca” hasta “sí, siempre”.

4.3.3.5 Datos psicológicos

○ TIPI (Diez ítems de medida de personalidad)

La personalidad, como se ha comentado previamente, influye en los sentimientos y comportamientos de la persona, de modo que es un factor que contribuye al desarrollo de los TCA (Atiye et al., 2015). Se puede evaluar de múltiples maneras, en este estudio se ha decidido evaluar los cinco grandes rasgos, es decir, la extraversión, el neuroticismo/ estabilidad emocional, la apertura, la amabilidad y la escrupulosidad mediante el cuestionario TIPI (del inglés “Ten Item Personality Measure”) (Gosling et al., 2003).

Los autores crearon el cuestionario con el objetivo de maximizar la brevedad y la validez del contenido en lugar de la coherencia interna, ya que los cuestionarios existentes que analizan los cinco grandes rasgos de personalidad son extensos, con una media de 25-30 minutos para ser respondidos, lo que condiciona a los investigadores para poder evaluar otras variables. En cambio, para responder el TIPI, únicamente se tarda 1-2 minutos. Asimismo, a pesar de tener una coherencia interna, inferior a las otras escalas, pues los alfas de Cronbach para los diferentes rasgos se sitúan entre 0,45 y 0,73, obtuvo un muy buen test re-test de confiabilidad (Gosling et al., 2003).

En 2013, TIPI fue traducido y validado en español por Renau y colaboradores, obteniendo resultados similares a los de la versión original tanto en la validez del contenido como en la coherencia interna (Renau et al., 2013).

En el cuestionario se representan los dos polos de cada dimensión, en un inventario configurado por 10 ítems, de forma que cada ítem expresa un polo de las cinco dimensiones de los rasgos de personalidad. La persona debe responder a cada ítem según como se ve a sí mismo en una escala Likert de 7 puntos, desde 1 (muy en desacuerdo) a 7 (muy de acuerdo).

- [Escala de clasificación de figuras](#)

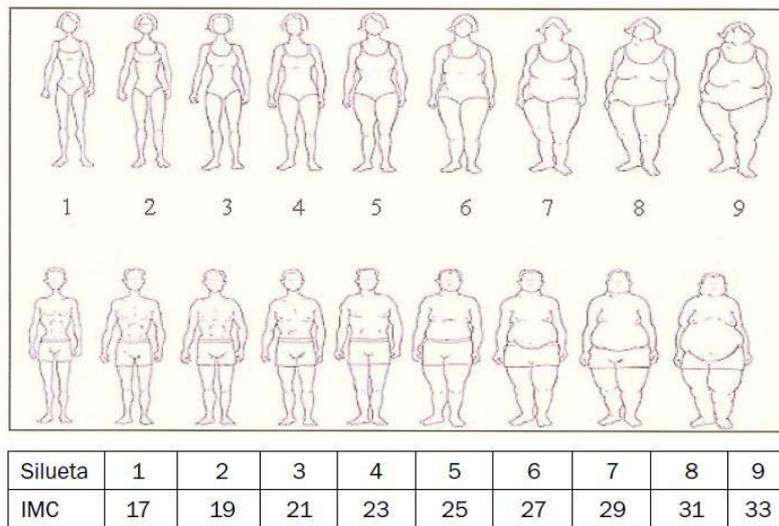
La satisfacción corporal es el grado en que la persona se acepta a la hora de valorar su aspecto físico (Benton & Karazsia, 2015). Esta valoración, en parte, está influenciada por factores socioculturales que idealizan un tipo de cuerpo en la sociedad (López-Guimerà et al., 2010; McLean et al., 2016). Por tanto, la insatisfacción acontece cuando hay una discrepancia entre cómo se perciben y el ideal escogido. Existen varias escalas para valorarla, una de ellas es la escala de figuras, la cual fue creada y validada en 1983 (Stunkard et al., 1983). Consiste en un test visual configurado por 18 figuras corporales en vista frontal, de las cuales 9 representan al sexo femenino y las otras 9 al masculino. De izquierda a derecha las figuras van incrementando el tamaño y la adiposidad, de manera que representan desde el bajo peso (figura 1) hasta la obesidad (figura 9).

Tomando como referencia estas figuras, se preguntó a los participantes que indicaran la figura que consideraban que representaba mejor su imagen corporal en el momento del estudio (imagen corporal percibida). Posteriormente, se preguntaba por la figura que les gustaría poseer (imagen corporal deseada). Con estas preguntas, esta escala permite valorar, por una parte, la percepción corporal, y por otra, el nivel de satisfacción corporal.

El nivel de satisfacción corporal se calculó a través de la discrepancia entre la imagen corporal percibida y la deseada, como describen los autores (Stunkard et al., 1983). Es una escala fácil de usar y que requiere poco tiempo en comparación a otras escalas que también valoran la satisfacción corporal. Asimismo, esta escala se ha usado en varios estudios universitarios centrados en valorar la satisfacción corporal (Aparicio-Martínez et al., 2019; Díaz de León-Vázquez et al., 2017; Rodríguez Arruda Pinto et al., 2019)

La percepción corporal se calculó mediante la discrepancia de la figura seleccionada como imagen corporal en el momento del estudio y el IMC. Para poder comparar ambas medidas a cada silueta se le otorga un IMC, a la figura más delgada un IMC de 17 kg/m² y a la más gruesa del 33 kg/m². De forma más detallada, en la figura 2 se muestra cada una de las siluetas y el IMC asignado.

Figura 2. Escala de clasificación de las figuras de Stunkard.



○ Discrepancia de medidas reportadas

Para asegurar si los participantes tenían insatisfacción corporal, se incorporó la medida validada por J. K. Thompson & Van Den Berg (2002). Esta consiste en comparar el peso actual de la persona y el peso ideal indicado por el participante. Valores idénticos representan satisfacción, mientras que la discrepancia indica insatisfacción. Otros autores atribuyeron una interpretación más específica de los resultados. En este caso, una diferencia menor a 1 Kg se considera un rango dentro de la satisfacción, una diferencia entre 1 a 5 Kg indica que la persona está insatisfecha, y una discrepancia mayor a 5 kg indica mucha insatisfacción con el peso corporal (Amaral Alves et al., 2012; Mendes Soares & Gil Soares de Araújo, 2003).

4.3.3.6 Datos TCA

- EAT-26 (Test de actitudes sobre la alimentación)

Existen diversas escalas para realizar un cribaje de TCA. En este estudio se optó por el EAT-26, el cual es más sensible a la anorexia nerviosa. Fue creado por Garner et al. (1982) con el objetivo de reducir el número de ítems del cuestionario original, de forma que transformaron el cuestionario de 40 ítems en uno más reducido, con 26 ítems, al eliminar las primeras 14 preguntas por considerarlas redundantes al no mejorar el valor predictivo.

En este cuestionario se incluyen tres subescalas: restricción de dieta, bulimia y preocupación por comer y control de peso. Las respuestas son de tipo likert de 6 puntos, las cuales se extienden desde nunca hasta siempre. La puntuación de la escala oscila entre 0 y 78 puntos, siendo los 20 puntos el punto de corte establecido por sus autores. Una puntuación por debajo representa bajo riesgo de TCA mientras que por encima manifiesta un riesgo elevado. Este cuestionario ha sido ampliamente usado en población universitaria (I. Castillo et al., 2019; Chan et al., 2020; Gramaglia et al., 2019; Reyes-Rodríguez et al., 2011; Rocks et al., 2017; Universidad Pública de Navarra & Gobierno de Navarra, 2008; Yu et al., 2018).

La versión utilizada ha sido la adaptación y validación en castellano que llevaron a cabo Gandarillas y colaboradores en 2002 (Gandarillas Grande, Ana Zorrilla Torras, Belén Sepúlveda García, 2002).

- Preguntas de elaboración propia

Para poder profundizar más en los TCA se crearon dos apartados los cuales pedían por conductas asociadas a lo TCA. Para ello se tomó como referencias los criterios diagnósticos de las diferentes categorías diagnósticas del DSM-V (Asociación Americana de Psiquiatría, 2014). Esta estrategia ya ha sido aplicada en otros estudios en poblaciones universitarias, ya que con pocas preguntas se puede hacer un primer cribado de comportamientos que encaminen hacia un TCA (García de la Hera et al., 2017).

El primer apartado se centró en determinar un posible trastorno por atracones. Para ello se preguntó si se realizaba o se había realizado durante los últimos 3 meses este tipo

de conducta, y con qué frecuencia se llevaba a cabo. Para ello, se formuló una pregunta general: “en los últimos tres meses, ¿has realizado alguna ingesta de gran cantidad de alimentos en un período corto de tiempo con sensación de pérdida de control?”. Si el encuestado respondía afirmativamente, debía indicar la frecuencia semanal o mensual. De esta forma, con la pregunta, ya se define que se entiende por atracón.

El segundo apartado se centró en las distintas conductas que puede realizar una persona para controlar el peso y/o forma corporal. Para ello se creó una tabla con las distintas conductas más frecuentes reportadas en la literatura, muchas de las cuales están presentes en el cuestionario EDE-Q. Estas son: realizar ejercicio excesivo, inducirse el vómito, saltarse comidas principales, tomar diuréticos, laxantes, pastillas para adelgazar, además de incluir la opción otros para que las personas pudieran especificar otras opciones no contempladas. Asimismo, se pedía por la frecuencia y periodo (duración) durante el cual se realizaba la conducta. Este tipo de valoración se ha llevado a cabo en otra encuesta universitaria (García de la Hera et al., 2017).

4.3.3.7 Actividad Física

- Cuestionario internacional de actividad física (IPAQ)

Este cuestionario se creó en 1998 en Ginebra, por un grupo de expertos constituido por representantes del Instituto de Karolinska, la Universidad de Sydney, la OMS y el centro de prevención de enfermedades; como respuesta a la necesidad de crear una medida estandarizada auto informada adecuada para poder evaluar los niveles de AF de poblaciones pertenecientes a distintos países.

Se diseñaron dos versiones para ser administradas a personas adultas entre 18-65 años. Una versión larga constituida por 31 ítems y una corta formada por 7 ítems. En las dos se pregunta por la frecuencia y la cantidad de tiempo que la persona ha estado sentada, caminando y realizando actividad de intensidad vigorosa y moderada, durante al menos 10 minutos en un período de 7 días. La diferencia entre las versiones es la forma en la que se recopila la información. La versión larga pregunta de forma detallada por la AF llevada a cabo durante la actividad laboral, el desplazamiento de un lugar a otro, el tiempo de ocio y en las tareas domésticas y de jardín. En cambio, la versión corta pregunta por estas actividades de forma conjunta. El nivel de correlación entre ambas versiones es de 0,67.

En una revisión realizada sobre el uso del IPAQ en 12 idiomas en el año 2003, se apreció que la versión corta tenía una mejor aceptación por los encuestados, debido a que consideraban que la versión larga era demasiado aburrida, repetitiva y larga (Craig et al., 2003). Por ello, y teniendo en cuenta que en el cuestionario utilizado en el presente estudio se incluían más variables, se optó por la versión corta.

La versión corta ha obtenido un nivel aceptable de repetibilidad, siendo mayoritariamente por encima del 0,75, a excepción de las muestras pertenecientes a zonas rurales. Además, se apreció que requiere cierto aprendizaje al mejorar a lo largo del tiempo la confiabilidad y la validez concurrente (Craig et al., 2003). En cuanto a la correlación con medidas objetivas, como las de acelerometría, y el IPAQ, se observó una concordancia moderada entre ambas medidas.

El IPAQ permite cuantificar la AF realizada en frecuencia y tiempo, así como en equivalentes metabólicos (METs), al poder asignar unos requerimientos de energía según la intensidad de la actividad física que informan. En la tabla 12 se muestra la cantidad de METs que se asignan a cada intensidad.

La actividad semanal total se obtiene sumando la actividad física de los tres niveles de intensidad.

Tabla 12. Asignación Mets por intensidad de la actividad y cálculo del volumen de AF

Nivel de intensidad	METs asignados	Cuantificación Mets	Unidad
Caminar	3,3	3.3 * min caminados * días caminados	Mets·min/semana
Actividad moderada (AM)	4	4 * min AM * días AM	Mets·min/semana
Actividad intensa (AI)	8	8 * min AI * días AI	Mets·min/semana

○ Motivaciones e intereses hacia la práctica físico-deportiva (M.I.A.F.D.)

El cuestionario M.I.A.F.D permite conocer los motivos por los que las personas realizan AF. Además, a diferencia de otros cuestionarios, también se interesa por los motivos por los cuales las personas han dejado de hacer AF durante su tiempo libre y los motivos por los que nunca la han realizado. Este cuestionario fue creado por Pavón Lores

en 2004, evaluando las motivaciones de los estudiantes de grado de la Universidad de Murcia (Pavón Lores AI, 2004).

En la presente tesis, se han realizado ciertas modificaciones del instrumento original, se eliminaron aquellos ítems seleccionados por muy pocos estudiantes en el estudio de Pavón.

El cuestionario consiste en un listado de ítems distribuidos en tres apartados, dependiendo de la situación actual de la persona según su realización de AF: practica, practicaba o nunca ha realizado AF. Cada participante respondió únicamente al apartado que más se ajustase a su situación.

En cada apartado había un listado de enunciados respecto a los motivos por los que se realizaba o no actividad física. Estos recogen, entre otros, motivos de salud, apariencia, entorno social o nivel socioeconómico. La persona debía seleccionar todos aquellos motivos por los que realizaba o no AF.

- [Inventario de adicción al ejercicio \(EAI\)](#)

Cuestionario breve que tiene como objetivo valorar la adicción al ejercicio físico. Fue creado por Terry et al. (2004). Consta de 6 ítems, los cuales evalúan cada uno de los componentes de la adicción conductual, los cuales son: relevancia, modificación del estado de ánimo, tolerancia, retirada, conflicto y recaída, tal como se describen brevemente a continuación:

- Relevancia: es el grado en que la AF se convierte en una de las actividades más importantes de la vida diaria de la persona.
- Modificación del estado de ánimo: es la experiencia subjetiva informada tras la realización de AF.
- Tolerancia: aumento con el tiempo de la cantidad de AF para experimentar los efectos deseados.
- Retirada: sensación desagradable causada por la interrupción o reducción drástica de la realización de AF.

- Conflicto: surge dentro de la misma persona, o con su entorno más cercano, debido a la realización de AF.
- Recaída: hace referencia a intentar realizar la misma cantidad de AF tras haber estado un cierto tiempo sin realizarla debido una lesión u otra causa.

Los participantes debían responder al grado de acuerdo o desacuerdo para cada uno de los seis ítems, con una escala tipo Likert de cinco puntos. La puntuación total oscila entre 6 y 30 puntos. Dentro de este rango las personas se clasifican en tres categorías: asintomáticas (puntuación entre 6-12 puntos), sintomáticas (13-23 puntos) y riesgo de adicción a la AF (puntuación igual o superior a 24). Como se puede observar, este cuestionario identifica a los que están en riesgo, capacidad que no presentan otros instrumentos.

El EAI ha demostrado tener una buena fiabilidad interna, validez concurrente y validez de constructo. En este proyecto, se administró la versión adaptada y validada en español por Sicilia-Camacho et al. (2013).

- o Preguntas de elaboración propia

Para tener más información respecto a la realización de AF de los universitarios se incorporaron tres preguntas adicionales. La primera hace referencia a como se conciben ellos mismos respecto a la práctica de actividad física. Esta pregunta ha sido usada en otra encuesta universitaria (García de la Hera et al., 2017), en la cual se pide, que se definan considerando la actividad física que realizan, en una escala que va desde inactivo hasta muy activo, comprendiendo esta escala un total de 5 definiciones (inactivo, poco activo, moderadamente activo, bastante activo, muy activo).

La segunda pregunta hace referencia al número de sesiones de AF que realizaban en el momento del estudio. Y la tercera era para averiguar cómo afectó el hecho de iniciar los estudios universitarios en la práctica de actividad física. Para ello se formuló la pregunta: “Cómo se ha visto modificada la cantidad de actividad física que practicas desde que estás en la universidad?”. Los participantes podían seleccionar diferentes opciones: no se ha visto modificada, hago más AF, hago menos AF, he empezado a hacer AF o he dejado de hacer AF. Esta misma pregunta ya ha sido usada en otra encuesta universitaria (Bennasar Veny, 2012). Asimismo, se pedía la edad en la que empezaron a

hacer AF y, si era el caso, dejaron de hacerla.

4.3.3.7 Alimentación

La alimentación es otro de los pilares de la salud. Numerosos estudios han evidenciado como ciertos alimentos están relacionados con el aumento de la prevalencia de patologías como cáncer y ECV (incluidos algunos factores de riesgo), entre otras. Asimismo, una modificación en la alimentación puede contribuir al desarrollo de los TCA. Por este último motivo, se ha querido analizar la alimentación desde diferentes puntos de vista, tal como se detalla a continuación.

- Cuestionario de adherencia a la dieta mediterránea

Se ha usado la versión modificada del *Mediterranean Diet Score* (Trichopoulou et al., 2003). En 1995 Trichopolou y colaboradores crearon esta encuesta ante la necesidad de crear una herramienta simplificada que evaluara la adherencia a la dieta mediterránea (Trichopoulou et al., 1995), dieta que ha evidenciado ser protectora frente a enfermedades cardiovasculares, ciertos tumores (mama, próstata, colorrectal), diabetes, hipertensión o síndrome metabólico, entre otras patologías.

El cuestionario consta de 14 preguntas, las cuales abordan el consumo de ciertos grupos de alimentos considerados característicos de la dieta mediterránea, como legumbres, aceite de oliva, frutas, verduras, pescado o frutos secos, entre otros, y el consumo de otros productos que no se consideran propios de la dieta mediterránea, como carnes rojas y grasas de origen animal. De las 14 preguntas hay 12 que determinan la cantidad consumida de forma diaria o semanal, y las dos restantes son dicotómicas (consumir o no un alimento concreto). Según la respuesta, y dependiendo de los criterios establecidos, a cada pregunta se le otorga una puntuación de 0 o 1 punto. El punto de corte se estableció en 9, de forma que una puntuación igual o superior a 9 refleja una buena adherencia a la dieta mediterránea, mientras que, si no alcanza dicha puntuación, la persona tiene una baja adherencia.

En este estudio se ha usado la versión española elaborada por el grupo de Prevención con dieta mediterránea, PREDIMED (Schroder et al., 2011).

- [Preguntas de elaboración propia](#)

Para profundizar en ciertos aspectos de la alimentación, se incluyeron preguntas adicionales. Las dos más destacables tenían como objetivo conocer la realización de dietas alternativas y, en segundo lugar, valorar la diversidad de la dieta.

- [Realización de dietas alternativas](#)

Tal como se ha indicado en la introducción, la realización de una dieta alternativa para perder peso se considera uno de los factores precipitantes para el desarrollo de los TCA. Actualmente, existen muchas dietas alternativas las cuales, en muchas ocasiones, carecen de una base científica que las sustente como saludables y adecuadas para la pérdida de peso. Además, estas dietas se publicitan frecuentemente a través de las redes sociales o revistas. Por ello, se consideró interesante explorar cuáles eran las dietas alternativas realizadas más frecuentemente por los universitarios, y cómo éstas se asocian a los TCA.

Hoy en día, hasta dónde sabemos, no existe ningún cuestionario validado que valore la realización de dietas alternativas de forma concreta. Por ello, se desarrollaron diversas preguntas para conseguir dicho fin.

La primera pregunta era para conocer si la persona realizaba o había realizado alguna dieta alternativa durante el último año o si había modificado la dieta. Una dieta alternativa es definida como aquella que consume un complemento dietético o excluye cualquier alimento por elección propia, valores ético-morales o bajar, mantener o subir peso, entre otros motivos. Si contestaban afirmativamente, debían especificar qué dieta realizaban o habían realizado marcando entre las diferentes opciones que se exponían. Ante la multitud de dietas existentes se optó por agruparlas, principalmente, según criterios alimentarios. Así, algunas de las opciones ofrecidas, eran dietas hipocalóricas, dietas proteicas bajas en grasa, dietas proteicas elevadas en grasa, dietas monotemáticas (acentúan el consumo de un determinado alimento o restringen la alimentación únicamente a dicho alimento), etc. Además, se dejó una opción abierta de otros para que pudieran especificar una dieta que considerasen que no estaba incluida en ninguna de las opciones ofrecidas.

Asimismo, se preguntó por los motivos por los cuales realizaban dicha dieta, así como

quién la había aconsejado y su duración.

- [Diversidad de la dieta](#)

Existen diversas formas de valorar la calidad de la dieta, los cuales la analizan desde distintas perspectivas. En este estudio se recogieron:

- [Índice de diversidad de la dieta.](#)

Este índice evalúa el consumo diario de diferentes grupos de alimentos. Existen varios índices, utilizándose en el presente estudio el creado por Kant en 1995, el cual evalúa el consumo de cinco grupos de alimentos (Kant et al., 1995):

- Alimentos lácteos y derivados
- Alimentos ricos en proteínas: carne, pescado, huevos, legumbres, tofu, etc.
- Alimentos ricos en hidratos de carbono: cereales, tubérculos
- Frutas
- Verduras

Para cada grupo de alimentos mencionado, por el consumo de un mínimo de una ración diaria se otorgan 2 puntos. En cambio, si no se llega a consumir una ración no se otorga ningún punto. La puntuación adecuada es de 10 puntos, el cual refleja la máxima variedad.

- [Frecuencia de consumo de alimentos](#)

Se realizó una comparativa de ingesta de los diferentes grupos de alimentos. Para ello se tomaron como referencia las recomendaciones dietéticas establecidas por la guía alimentaria para la población española revisada en el año 2016 por el grupo colaborativo de la Sociedad Española de Nutrición Comunitaria (SENC) (Aranceta Bartrina et al., 2016). Los grupos de alimentos que se analizaron fueron: cereales, frutas, verduras y hortalizas, frutos secos y semillas, legumbres, pescado, carne blanca, huevos, lácteos, carnes rojas y procesadas, grasas y productos azucarados. Para ello, se elaboró un pequeño cuestionario de frecuencia de consumo de alimentos que incluía grupos de

alimentos como son cereales, lácteos, tubérculos, carne magra o productos procesados, etc., complementando la información obtenida mediante el cuestionario de adherencia a la dieta mediterránea.

Además, se crearon otras preguntas de elaboración propia para conocer cuántas, y qué, comidas realizaban al día los estudiantes, saber quién era la persona encargada de preparar la comida.

4.3.3.8 Adicciones

- Adicciones a sustancias
- Tabaco

Se formularon una serie de preguntas para conocer la prevalencia del consumo de tabaco, la frecuencia y el tipo de fumador. Son preguntas que han sido usadas ampliamente en estudios epidemiológicos, ENS-2017 y de la encuesta sobre alcohol y drogas de España (EDADES y ESTUDES), así como en el proyecto SUN. Asimismo, también se preguntó por la edad o año de inicio y/o finalización del consumo. Este conjunto de preguntas permitía clasificar a los participantes siguiendo los criterios establecidos por la OMS (Tabla 13), y que distinguen diferentes tipos de fumadores, dependiendo del estado actual del consumo y su frecuencia.

Tabla 13. Clasificación de los participantes según su hábito tabáquico.

Tipo de fumador	Definición
Fumador habitual	Persona que fuma diariamente
Fumador ocasional	Persona que fuma, pero no de forma diaria
Exfumador	Persona que actualmente no fuma, pero lo ha hecho con anterioridad. Asimismo, debe haber pasado 6 meses desde el cese
No fumador	Persona que nunca ha fumado

Además, se incluyó una pregunta de elaboración propia para conocer si el hábito de fumar tenía como objetivo reducir la sensación de hambre, conducta que indicaría un comportamiento asociado a TCA.

- [Alcohol](#)
- [Test de identificación del consumo problemático de alcohol \(AUDIT-C\)](#)

Saunders et al. (1993) en colaboración con la OMS desarrollaron una herramienta sencilla, válida y eficaz que servía como prueba de cribaje para detectar, de forma temprana, personas con un consumo de riesgo. El desarrollo de esta herramienta respondía a un problema creciente de consumo de alcohol. El cuestionario está formado por 10 ítems, los cuales están divididos en 4 apartados: consumo de alcohol, comportamiento al beber, reacciones adversas y problemas relacionados con el alcohol.

Posteriormente, en 1998 Bush y colaboradores desarrollaron un instrumento más breve, formado por las tres primeras preguntas del AUDIT, las cuales evalúan el consumo de alcohol y, de forma más concreta, la frecuencia de consumo, la cantidad habitual de consumo y la frecuencia de consumo elevado. Para cada pregunta, la persona encuestada puede seleccionar entre diferentes opciones de respuesta. A cada respuesta se le atribuye una puntuación de 0-4 puntos, de forma que el rango de puntuación es de 0 a 12 puntos, siendo el punto de corte establecido para el consumo de riesgo de 4 puntos en las mujeres y 5 puntos en los hombres.

La versión breve mostró una mejor detección del consumo excesivo de alcohol, frente a la versión larga. Además, ha demostrado poseer una sensibilidad y especificidad semejante a la versión extendida, aunque ello se ve influenciado por el punto de corte que se establezca. Si el punto de corte se establece en tres la sensibilidad es del 90% para detectar el abuso y/o dependencia al alcohol y del 98% para detectar el consumo excesivo de alcohol y, con una especificidad es del 60%. En cambio, si el punto de corte se sube a cuatro (algunos autores lo usan para aumentar la especificidad), la sensibilidad disminuye al 86% tanto para detectar el abuso/dependencia como el consumo excesivo de alcohol, y la especificidad aumenta al 72% (Bush, Kivlahan, McDonell, Fihn, & Bradley, 1998).

Además, se incorporó una pregunta para saber a qué edad iniciaron el consumo de alcohol.

- [Cannabis](#)

Para conocer la prevalencia y frecuencia del consumo de cannabis y derivados se elaboraron unas preguntas teniendo como referencia las encuestas nacionales del

EDADES y ESTUDES. Son preguntas semejantes a las formuladas para determinar el consumo de tabaco. Con la diferencia que, en este apartado, se distingue entre el consumo entre semana y en fin de semana. También se preguntó por la edad de inicio, tanto de probarlo como de consumo habitual.

- [Adicciones sin sustancia](#)
- [Cuestionario de Experiencias Relacionadas con el Móvil \(CERM\)](#)

Esta herramienta fue creada por Beranuy Fargues et al. (2009), ante la necesidad de crear y validar una escala en castellano que evaluara el abuso del teléfono móvil. Para crear el CERM tomaron como referencia el cuestionario de problemas relacionados con el uso de Internet (PRI), de 19 ítems, el cual se fundamenta en los criterios de juego patológico y de dependencias de sustancia del DSM-IV. Adaptaron el PRI al uso del móvil y eliminaron todos aquellos ítems que mostraron una carga factorial deficiente. El CERM está formado por 10 ítems, que analizan dos factores. Por una parte, los conflictos relacionados con el uso del teléfono móvil y, por otra, los problemas relacionados con el uso emocional y comunicacional.

Para cada ítem se ofrecen 4 opciones de respuesta, las cuales van de nunca a siempre. El rango de puntuación oscila entre 10 y 40 puntos. Los puntos de corte establecidos son los siguientes: 10-15 puntos, la persona no tienen ningún problema con el uso del móvil; 16 a 23 puntos, la persona presenta problemas ocasionales; y 24-40 puntos indica problemas frecuentes con el uso del móvil.

4.4 Análisis de datos

Una vez terminado el trabajo de campo, se procedió a la transcripción de los cuestionarios a una base de datos elaborada con el programa Microsoft Office Excel 2013. Posteriormente, se traspasaron los datos al programa estadístico IBM SPSS Statistics versión 23, con el cual se realizó una depuración de los datos mediante pruebas de rango y detección de valores atípicos.

Todos aquellos datos transcritos de forma incorrecta, y que se podían solventar, se corrigieron, por ejemplo, si una escala estaba codificada de 1 a 3 y aparecía un 4, se iba

al cuestionario original para corregir dicho dato. En cambio, aquellos errores que no tenían respuesta lógica, o que no se podían corregir, se consideraron valores perdidos. Asimismo, a la hora de realizar los análisis con el programa SPSS, se consideró cada cuestionario en particular, de forma que para cada participante solo se consideraban los cuestionarios que tuvieran las variables completamente cumplimentadas para analizar esa variable. En todos los casos, el nivel de significación se estableció en $p < 0,05$.

4.4.1 Análisis univariante

Primeramente, para la descripción de la muestra se realizó un análisis descriptivo, de forma que para las variables categóricas se calculó la frecuencia y la distribución de respuesta para cada una de ellas. Y para las variables cuantitativas, en primer lugar, se calculó la bondad de ajuste a través de la prueba Kolmogorov Smirnov para conocer si la distribución de la muestra era normal. En aquellas variables en las que se obtenía una distribución normal ($p > 0,05$), se calculó la media y la desviación estándar y, en los casos en los que no se obtenía una distribución normal ($p < 0,05$), se calculó la mediana y el rango intercuartílico (RI: P_{25} - P_{75}).

Determinadas variables cuantitativas se transformaron en categóricas para poder realizar algunos análisis que permitieran extraer la máxima información de estas y completar los análisis de forma exhaustiva y/o simplificar la interpretación. Estas variables fueron:

- EAT-26: se realizaron análisis como variable cuantitativa según la puntuación obtenida en el test y también como categórica, al considerar el punto de corte en 20. De esta forma, la muestra quedaba dividida en personas con bajo riesgo (puntuación menor a 20) y a riesgo de padecer TCA (puntuación igual o superior a 20 puntos). De forma puntual se recodificó esta variable para determinar diferentes niveles de riesgo: sin riesgo (0-9 puntos), bajo riesgo (10-19 puntos), riesgo moderado (20-29 puntos) y riesgo alto (más de 30 puntos).
- IPAQ: para conocer si realizaban las recomendaciones de la OMS, se transformó en una variable categórica dicotómica.
- EAI: se convirtió en variable categórica para su interpretación: asintomáticos

(puntuación entre 6-12 puntos), sintomáticos (13-23 puntos) y riesgo de adicción a la AF (puntuación igual o superior a 24).

- IMC: se convirtió en una variable categórica según la clasificación de la OMS comentada anteriormente (bajo peso, normopeso, sobrepeso (tipo 1 y 2), obesidad (tipo 1-4). Y en la clasificación bajo peso, normopeso, sobrepeso y obesidad (para simplificar algunos análisis).
- Adherencia a la dieta mediterránea: se transformó en una variable categórica dicotómica (baja adherencia y buena adherencia, según la puntuación obtenida).
- CERM: se transformó en variable categórica según puntuación obtenida: sin problemas (10-15 puntos), problemas ocasionales (16-23 puntos) y problemas frecuentes (24-40 puntos).

Adicionalmente, después de comprobar que no existían diferencias entre los participantes que llevaban a cabo y los que intentaban llevar a cabo una dieta alternativa, se decidió analizar esta variable solo con dos categorías: no llevar a cabo una dieta y llevar o haber intentado llevar a cabo una dieta.

4.4.2 Análisis bivariante

Para los análisis bivariantes, dependiendo de las características de la variable, se realizaron los siguientes análisis:

- Para dos variables categóricas: se llevaron a cabo tablas de contingencia, test chi cuadrado de Pearson (X^2) o la prueba exacta de Fisher, según las condiciones de las variables.
- Para una variable numérica y otra categórica: se realizó el test de t-Student para muestras independientes (para la comparación de medias) o un ANOVA (dependiendo de si la variable categórica era dicotómica o multicategórica), siempre y cuando la variable numérica tuviera una distribución normal. En cambio, si la variable numérica no seguía una distribución normal se optó por la prueba U-Mann Whitney, cuando la variable categórica era dicotómica, en cambio cuando tenía 3 o más agrupaciones se realizó el test de Kruskal-Wallis (Chi-

Square).

- Para dos variables numéricas: se llevó a cabo los análisis de correlación de Pearson y Spearman según la distribución de las variables. La fuerza de asociación se consideró siguiendo el siguiente criterio: $<0,3$ asociación débil, $0,3-0,7$ asociación moderada y $> 0,7$ asociación fuerte.

En aquellos casos en los que se obtenía una asociación entre variables, y se consideró de interés para el estudio, se obtuvo la Odds Ratio, con su intervalo de confianza del 95%.

4.4.3 Análisis multivariante

Finalmente, para analizar la agrupación de las variables se llevaron a cabo dos análisis multivariantes: la regresión logística y la regresión lineal múltiple. En ambos casos se consideró el EAT-26 como variable dependiente. Para la regresión logística se utilizó el EAT-26 como variable categórica (con y sin riesgo de TCA), y para la regresión lineal múltiple como variable numérica.

Para realizar ambos análisis, previamente se realizaron análisis bivariantes entre TCA y las distintas variables a estudio. En el análisis multivariante se consideraron todas aquellas que obtuvieron un nivel de significancia inferior a 0,05. Posteriormente, para evitar incluir en el análisis dos variables muy semejantes y evitar sesgos, se obtuvieron las correlaciones entre todas las variables consideradas para los análisis multivariantes. En el caso de apreciarse correlaciones elevadas entre dos variables independientes, únicamente se incluía en el análisis multivariante la que mostraba una asociación más significativa con el EAT-26.

4.5 Consideraciones y/o aspectos éticos

Para la elaboración de esta tesis se han respetado los principios éticos en ciencias de la salud, incluidos en la Declaración de Helsinki, poniendo especial atención en el anonimato de los participantes y confidencialidad de los datos recogidos.

El proyecto fue aprobado por el Comité de Ética de la Investigación de la Universitat de les Illes Balears (Expediente número 71/CER18) (Anexo 2).

La participación en el estudio fue voluntaria, por lo que el estudiante consideró y aceptó su participación al estudio, una vez obtenida suficiente información respecto a la naturaleza de este. Por ello, previo a la administración y cumplimiento del cuestionario se facilitó información de forma oral respecto a los objetivos, el uso de los datos para fines estadísticos y epidemiológicos, asegurando el anonimato de los participantes. Además, toda esta información se entregó por escrito, apareciendo en la primera página del cuestionario.

Al no recoger datos identificativos de la persona, una vez entregado el cuestionario cumplimentado era imposible vincular a la persona con su cuestionario.

4.7 Difusión de resultados

Esta tesis se presenta de forma tradicional. Por el momento, no se ha publicado ningún artículo, aunque se prevé realizar publicaciones derivadas de los hallazgos más significativos de la presente tesis.

Se presentó una comunicación oral en el I Congreso de Universidades Promotoras de Salud, bajo el título: “Estilos de vida del alumnado de la Universidad de las Illes Balears”. Además, en este mismo congreso se presentó un póster titulado “Riesgo de trastornos alimentarios en estudiantes de la Universitat de les Illes Balears”.

Asimismo, se presentó un póster en las VII Jornadas del IdISBa con el título: “Association between the perception of mobile devices overuse and physical activity level”.

5. RESULTADOS

Para la presentación de los resultados se procederá de la siguiente manera. En primer lugar, se expondrá una descripción de la muestra empezando por las variables sociodemográficas, seguido de la descripción de los estilos de vida, es decir, en cuanto a actividad física, adicciones (a sustancias y dispositivos móviles) y dieta. A continuación, se seguirá con las variables antropométricas, la satisfacción corporal y se finalizará con aquellas variables relacionadas con los TCA. En este primer apartado de descripción de la muestra se incluirá el análisis bivariante con la comparación de valores por sexo y por área de conocimiento.

En el segundo apartado se expondrán los resultados comparando según riesgo de TCA, ya sea por grupos de riesgo y sin riesgo o analizando como varía la puntuación obtenida en el EAT-26 según la variable que se esté analizando. Para ello, se seguirá el mismo orden que en el apartado de descripción de la muestra.

Finalmente, se expondrán los resultados de los análisis multivariantes, tanto el análisis de regresión lineal como el de regresión logística para el riesgo de TCA.

5.1 Descripción de la muestra

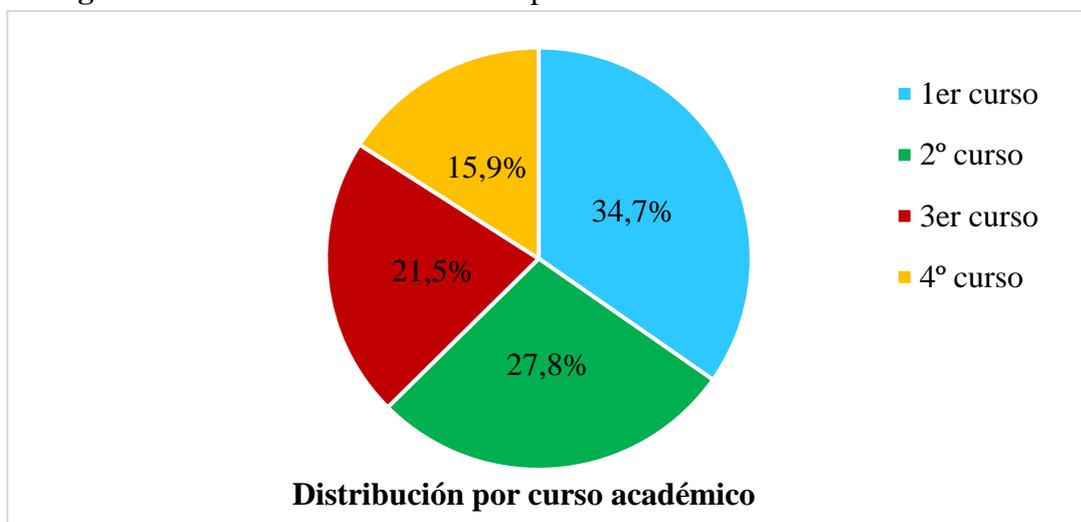
5.1.1 Características generales de la muestra

La mediana de edad de los participantes fue de 20 años. Si se compara por sexo se apreció que las mujeres comprendían edades más homogéneas, con un RI menor (en mujeres RI 19-21 años y en hombres RI 19-22 años), aunque con la misma mediana de 20 años en ambos sexos.

En la figura 3 se resume la distribución de la población de estudio por curso. Teniendo en cuenta el curso académico que estaban cursando los participantes, el mayor porcentaje se encontró en el primer curso (34,7%). Asimismo, se apreciaba como a medida que se ascendía de curso, había un menor porcentaje de estudiantes en la muestra. En relación con el tipo de matrícula a los estudios cursados, se observó que el 94,5% de

los participantes tenían matrícula a tiempo completo, frente al 5,5% que tenían matrícula a tiempo parcial.

Figura 3. Distribución de la muestra por curso académico



La mayoría de los participantes, en concreto un 64,6%, declararon estar solteros, seguido de un 30,8% que afirmaban tener una pareja estable o estar casados, mientras que el 4,6% restante se definía por tener otro tipo de relación (tabla 14). Ningún participante estaba separado o divorciado. En cuanto a las diferencias por sexo, un mayor porcentaje de mujeres tenían una relación estable (χ^2 de Pearson = 15,408; $p < 0,001$).

Tabla 14. Estado civil de los estudiantes distribuidos por sexo

Estado civil	Todos (n= 2004)	Mujeres (n= 1293)	Hombres (n= 711)	χ^2 de Pearson: (p)
Soltero (%)	64,6	61,8	69,6	12,036; (0,001)
Casado / pareja estable (%)	30,8	33,8	25,3	15,408; (< 0,001)
Otro tipo de relación (%)	4,6	4,4	5,1	0,533; (0,465)

Los valores se expresan como porcentaje de participantes que cumplen esa condición.

En cuanto a la situación de vivienda, el 16,1% cambiaba de lugar de residencia durante el período lectivo, hecho que realizaban con mayor porcentaje las mujeres (17,3% frente al 13,8% de los hombres). Respecto a la convivencia (tabla 15), la mayoría de los participantes vivía con sus progenitores (76,0%).

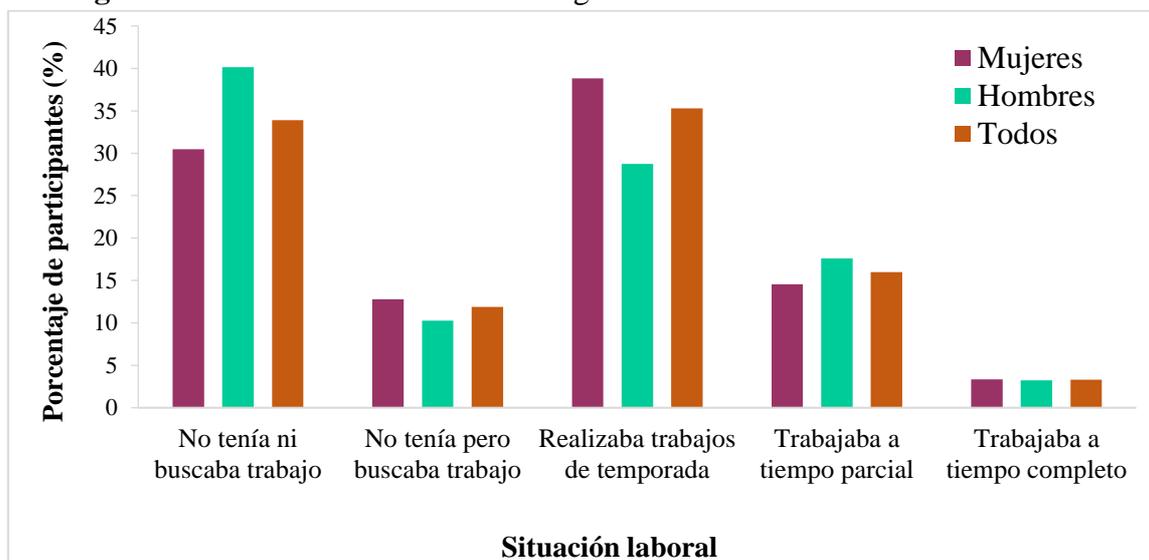
Tabla 15. Situación de convivencia de los participantes en el estudio

Con quién conviven	Todos	Mujeres	Hombres
Padres (%)	76,0	73,7	80,3
Abuelos (%)	1,0	1,0	0,9
Otros familiares (%)	0,8	1,1	0,3
Sola/o (%)	2,6	2,6	2,4
Pareja (%)	4,6	5,7	2,7
Compañeras/os de piso (%)	13,2	14,3	11,3
Residencia (%)	1,7	1,5	1,8
Otros (hijos, suegros, o familia de acogida) (%)	0,1	0,1	0,3

Los valores se expresan como porcentaje de participantes que cumplían esa condición.

Respecto a la situación laboral (figura 4), la mayoría de los participantes realizaba trabajos de temporada (navidad, verano...) (35,3%), o no tenían ni buscaban trabajo (33,9%). Al comparar por sexo, se apreciaban diferencias (χ^2 de Pearson = 15,432; $p < 0,001$), siendo las mujeres las que trabajaban con mayor frecuencia, recurriendo mayoritariamente a trabajos de temporada. Por el contrario, había un porcentaje superior de hombres que no tenía ni buscaba trabajo.

Figura 4. Distribución de la muestra según la situación laboral

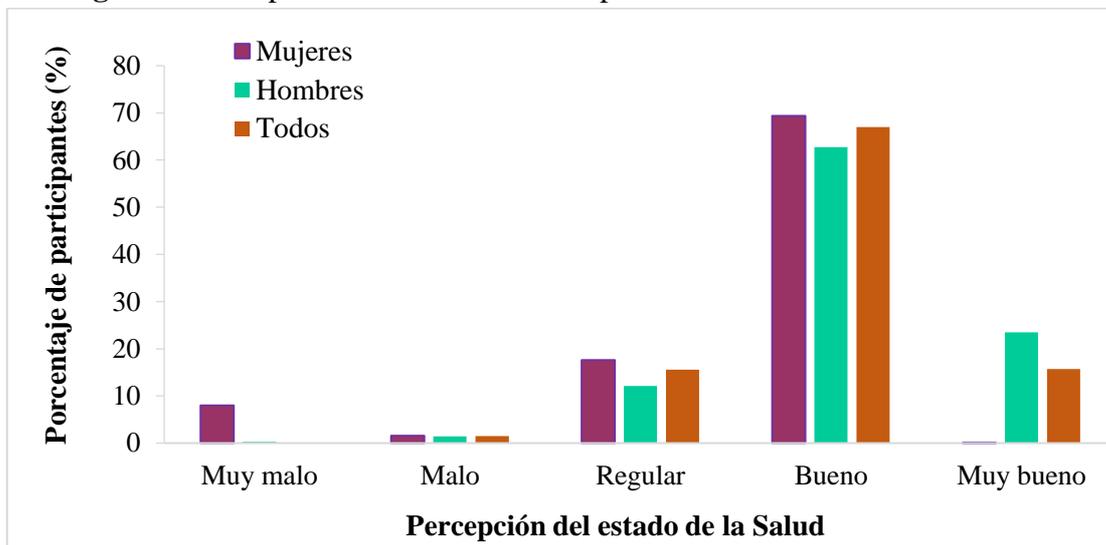


$p < 0,05$ existen diferencias significativas entre hombres y mujeres (χ^2 de Pearson).

5.1.2 Estado de salud general y calidad de vida percibidas

El 82,7% de la muestra tenía una percepción de su estado de salud buena o muy buena, frente al 17,3% que lo consideraba regular, malo o muy malo (figura 5). Se apreciaban diferencias significativas entre hombres y mujeres en la distribución de la percepción (χ^2 de Pearson = 55,94, $p < 0,001$), diferencias que persistían al combinar las categorías muy malo y malo para alcanzar el conteo mínimo esperado para garantizar la validez de la prueba (χ^2 de Pearson = 54,62, $p < 0,001$). En este sentido, hay que destacar que el porcentaje de hombres que percibía su estado de salud bueno o muy bueno fue mayor que en mujeres (86,2% frente al 80,8%), con una diferencia más marcada en la categoría “muy bueno” (23,5% frente al 11,4%).

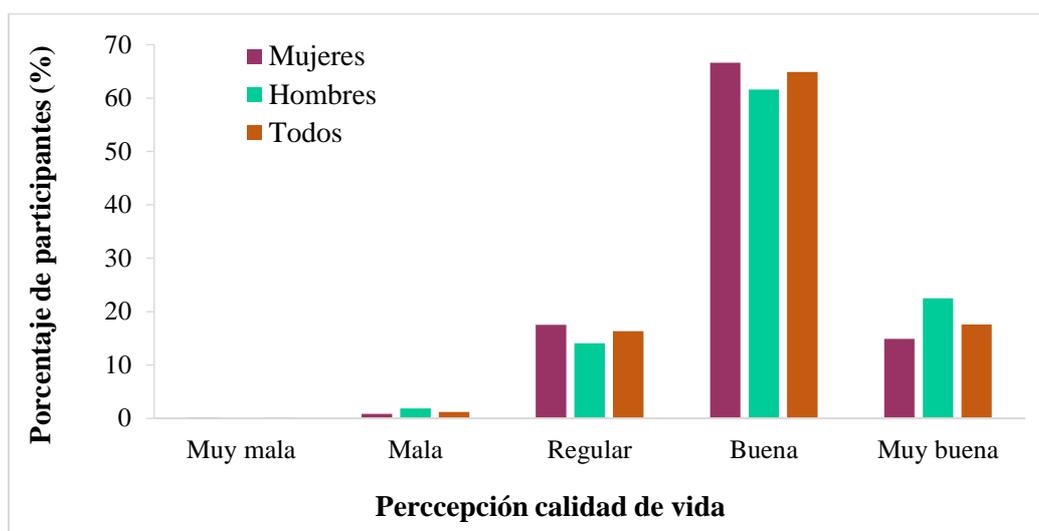
Figura 5. Percepción del estado de salud por sexo



$p < 0,05$ existen diferencias significativas entre hombres y mujeres (χ^2 de Pearson).

Al preguntar por la calidad de vida percibida (figura 6), el 17,6% la consideraba muy buena, el 64,8% buena y un 17,6% regular/mala o muy mala. También se apreciaron diferencias significativas entre sexos, que persistían al garantizar el conteo mínimo esperado (χ^2 de Pearson = 24,98, $p < 0,001$). Asimismo, al agrupar los resultados en tres grupos (percepción de calidad de vida muy mala o mala, regular y buena/muy buena), a pesar de disminuir las diferencias porcentuales entre sexos, se mantuvieron las diferencias significativas (χ^2 de Pearson = 6,120; $p = 0,047$), siendo los hombres los que tendieron a percibirse con una mejor calidad de vida.

Figura 6. Percepción de la calidad de vida subjetiva por sexo



$p < 0,05$ existen diferencias significativas entre hombres y mujeres (χ^2 de Pearson).

Al comparar por curso, no se observaron diferencias para el estado de salud percibido ($p = 0,363$), ni para la calidad de vida subjetiva ($p = 0,076$). En la tabla 16 se puede observar con mayor detalle.

Tabla 16. Percepción del estado de salud y calidad de vida distribuidos por curso académico.

		Curso académico				X^2 Pearson (p)
		Primero (n = 693)	Segundo (n= 554)	Tercero (n = 430)	Cuarto (n= 318)	
Estado de salud	Muy malo (%)	0,1	0,2	0,2	0,0	13,083 (0,363)
	Malo (%)	1,7	1,3	2,1	0,6	
	Regular (%)	17,6	14,4	13,7	16,0	
	Buena (%)	66,2	65,9	70,5	65,8	
	Muy buena (%)	14,4	18,2	13,5	17,6	
Calidad de vida	Muy mala (%)	0,0	0,0	0,5	0,0	19,539 (0,076)
	Mala (%)	1,0	1,6	0,9	1,3	
	Regular (%)	16,6	18,2	16,3	12,6	
	Buena (%)	65,9	60,0	67,0	67,9	
	Muy buena (%)	16,5	20,2	15,3	18,2	

Los valores se expresan como porcentaje de participantes que seleccionaron esa opción

El 15,0% de los participantes mencionó tener algún antecedente médico de interés. De las distintas enfermedades o trastornos (tabla 17), la más frecuente fue la ansiedad, estando presente en el 4,0% de la muestra, seguido de depresión (1,8%), asma (1,6%) y TCA (1,3%).

Tabla 17. Frecuencia de antecedentes médicos personales de los participantes en el estudio.

Antecedentes	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
Ansiedad	80	4,0
Depresión	36	1,8
Asma	32	1,6
Trastorno de conducta alimentaria	26	1,3
Anemia	17	0,9
Celiaquía	11	0,6
Epilepsia	10	0,5
Hipotiroidismo	9	0,5
Diabetes	8	0,4
Migraña	7	0,4
Dermatitis atópica	7	0,4
Colon irritable	6	0,3
Psoriasis	6	0,3
TDAH	6	0,3
Escoliosis	5	0,3

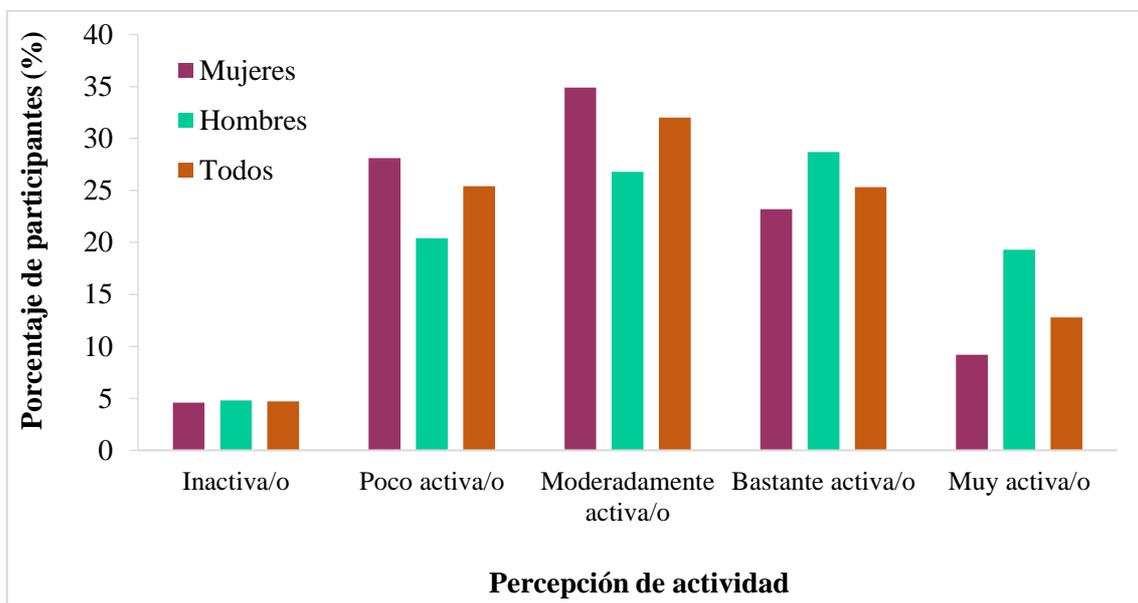
TDAH: Trastorno por déficit de atención e hiperactividad. Antecedentes con frecuencias inferiores: Frecuencia = 3 (0,2%): Enfermedad renal, trastorno bipolar, hipertensión, colitis ulcerosa, daltonismo, arritmias y autismo; Frecuencia = 2 (0,1%): Cardiopatía congénita; Frecuencia = 1 (0,05%): T.Personalidad, T. Obsesivo-compulsivo, Enf. Berger, Enf Gilbert, ovarios poliquísticos, Sd.de Raynold, Lupus, Sd. de Turner, Cá Mama, Sd. Men B2, Leucemia, Episodios de psicosis, malformación arterio-venosa cerebral, hipertiroidismo, Enfermedad. Crohn, espina bífida, osteoesclerosis y sarcoma. Los valores se expresan como número y porcentaje de participantes que reportaron estos antecedentes.

5.1.3 Estilos de vida de los estudiantes universitarios

5.1.3.1 Actividad física

El 32,7% de la población se definió como poco activa o inactiva, frente a un 67,3% que se consideró moderadamente, bastante o muy activa (figura 7). Se observaron diferencias significativas entre hombres y mujeres (χ^2 de Pearson = 62,43, $p < 0,001$). En general, los hombres se consideraban más activos, de hecho, la mitad de los hombres, frente a un tercio de las mujeres, se definió como muy o bastante activo.

Figura 7. Percepción de la actividad física realizada



$p < 0,05$ existen diferencias significativas entre hombres y mujeres (χ^2 de Pearson).

La mediana de tiempo de realización de actividad física (trabajo, tiempo libre, tareas del hogar o en desplazamientos) fue de 410 minutos semanales (RI 220-653). Al comparar entre sexos el tiempo total de realización de actividad física, se hallaban diferencias significativas (U-Mann Whitney = 352571,0; $p < 0,001$). Los hombres destinaron más tiempo a la realización de actividad física, 480 minutos (RI 275-750) frente a las mujeres, 360 minutos semanales (RI 210-580), lo que representa que los hombres refirieron invertir un 33,3% más de tiempo en la realización de actividad física.

Si se analiza la realización de actividad física considerando su intensidad, se observaba, de forma general, un descenso del número de personas que realizaban actividad física a medida que aumentaba la intensidad, además de disminuir el tiempo

dedicado a la actividad física de intensidad creciente (tabla 18). Al comparar por sexo, se evidenciaban diferencias en la realización de actividad física vigorosa a la semana, con valores superiores en hombres ($p < 0,001$).

Tabla 18. Práctica y duración de actividad física según intensidad

Intensidad (IPAQ)		Porcentaje (%)	Mediana (rango intercuartílico) (min)	U de Mann-Whitney (p)
Intensa	Mujeres	50,9	10 (0-150)	275252,0 (< 0,001)
	Hombres	76,3	163 (20-360)	
	Todos	59,9	60 (0-225)	
Moderada	Mujeres	68,1	60 (0-160)	433107,5 (0,559)
	Hombres	69,5	60 (0-180)	
	Todos	68,3	60 (0-175)	
Caminar	Mujeres	95,6	175 (90-315)	433742,5 (0,479)
	Hombres	93,0	150 (90-315)	
	Todos	94,6	151 (90-315)	

IPAQ: International Physical Activity Questionnaire. Los porcentajes se expresan respecto al total de la muestra considerando como mínimo la realización de 10 min de dicha intensidad. $p < 0,05$ indica diferencias entre hombres y mujeres.

Al comparar por el curso académico que estaban realizando (tabla 19), no se evidenciaron diferencias para los minutos totales de actividad física realizada durante la semana ($p = 0,085$), ni para ningún tipo de intensidad de actividad física ($p > 0,05$).

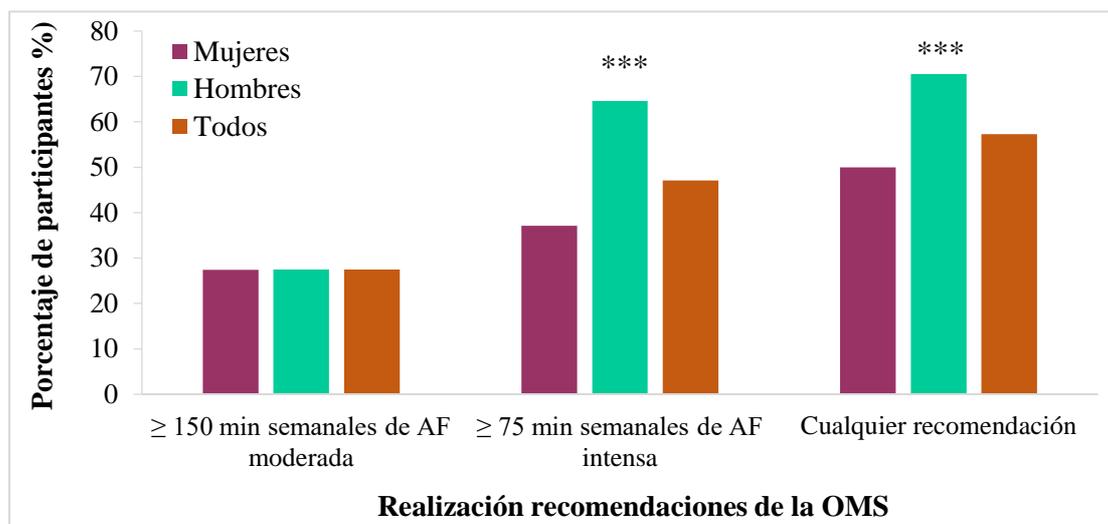
Tabla 19. Práctica y duración de actividad física según intensidad distribuido por curso

Intensidad (IPAQ)	Curso académico	Mediana (rango intercuartílico) (min)	Chi-Square (p)
Intensa	Primero	50 (0-225)	0,962 (0,810)
	Segundo	60 (0-210)	
	Tercero	60 (0-228)	
	Cuarto	60 (0-240)	
Moderada	Primero	70 (0-180)	6,466 (0,091)
	Segundo	60 (0-150)	
	Tercero	60 (0-170)	
	Cuarto	60 (0-180)	
Caminar	Primero	180 (100-350)	6,609 (0,085)
	Segundo	150 (75-285)	
	Tercero	150 (80-360)	
	Cuarto	150 (90-300)	
Minutos totales de AF	Primero	420 (220-680)	2,811 (0,422)
	Segundo	400 (210-630)	
	Tercero	420 (225-630)	
	Cuarto	390 (230-690)	

IPAQ: International Physical Activity Questionnaire. $p > 0,05$ indica que no hay diferencias significativas entre cursos académicos en la cantidad de actividad realizada (Kruskal Wallis Test; Chi-Square).

Si se categoriza la actividad física según las últimas recomendaciones de la OMS, 150-300 minutos semanales de actividad física moderada o 75-150 minutos de intensa, únicamente el 57,3% de las personas las seguía (figura 8). Cuando se comparaba por sexo, se observaba que los hombres con mayor frecuencia seguían las recomendaciones, con diferencias estadísticamente significativas (χ^2 de Pearson = 77,634; $p < 0,001$), así como al comparar según la recomendación de actividad física intensa (χ^2 de Pearson = 145,580; $p < 0,001$).

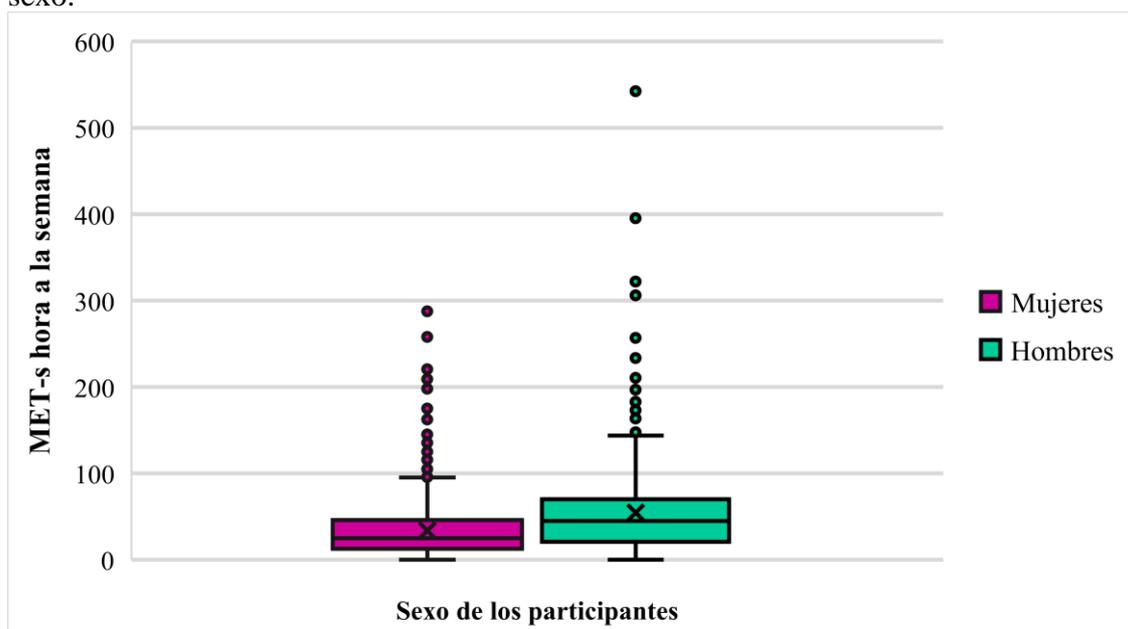
Figura 8. Porcentaje de personas que seguían las recomendaciones de actividad física de la OMS



***indica diferencias significativas entre hombres y mujeres (χ^2 de Pearson, $p < 0,001$).

Al analizar el nivel de actividad física, se obtuvo una mediana global de 30,3 (14,5 - 53,2) METs-hora a la semana (figura 9). Al comparar por sexo, también se evidenciaban diferencias significativas (U-Mann Whitney = 317021,5; $p < 0,001$), siendo los hombres los que presentaron niveles superiores de actividad física (mediana de 44,4 METs-hora a la semana en hombres frente a 25,3 METs-hora a la semana de las mujeres).

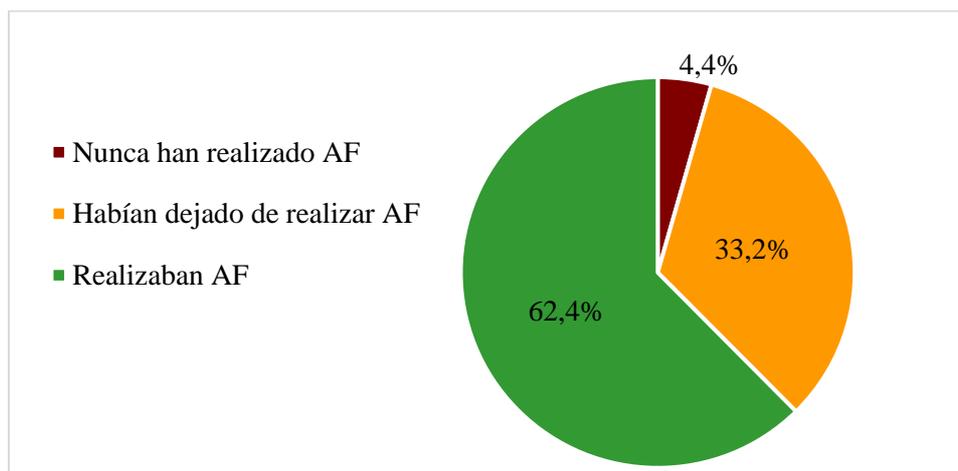
Figura 9. Nivel de actividad física de los participantes en el estudio distribuidos por sexo.



$p < 0,001$ existen diferencias significativas entre hombres y mujeres (U-Mann Whitney)

El 62,4% de los participantes declararon realizar actividad física en su tiempo libre (figura 10), un 33,2% indicaron que habían dejado de realizar y un 4,4% que nunca habían realizado AF. Entre las personas que realizaban actividad física en su tiempo libre, lo más habitual (76,6%) era realizar más de 2 sesiones semanales. Dentro del ámbito federado, existían diferencias entre sexos, siendo el porcentaje de hombres superior al de mujeres (21,7% frente al 7,0% de las mujeres).

Figura 10. Realización de actividad física durante el tiempo libre

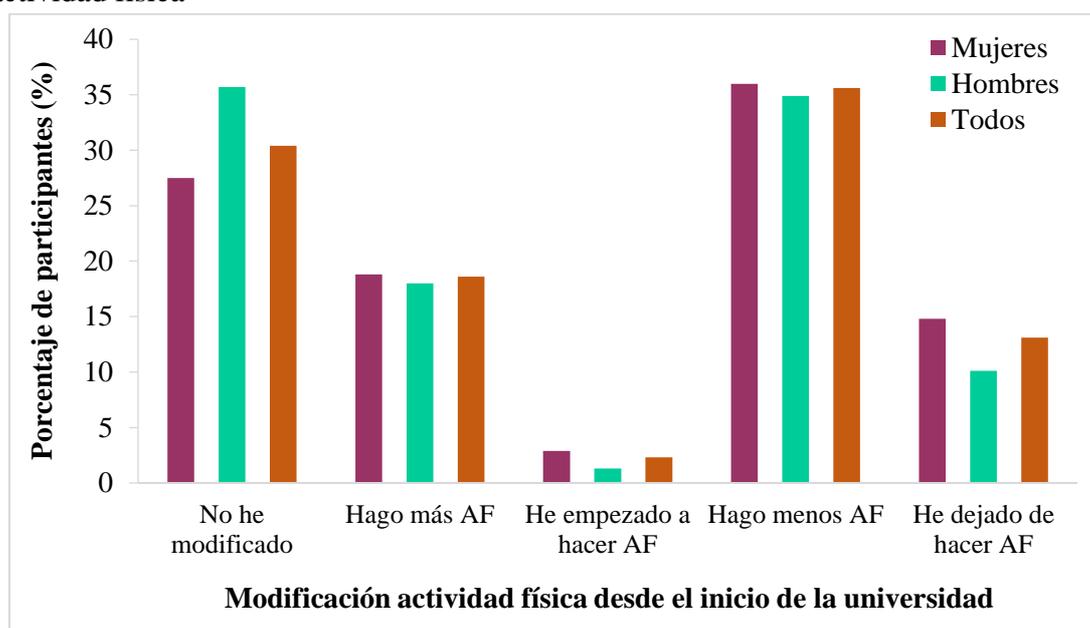


Los resultados se expresan como porcentaje de participantes.

La mediana de edad de inicio de realización de actividad física fue de 6 años. Se apreciaba que los hombres comenzaron a una edad un poco más temprana, con una mediana de edad de 6 años (RI 5-10 años), frente a los 7 años de las mujeres (RI 5-14 años).

Respecto a la influencia que tuvo iniciar los estudios universitarios sobre el nivel de actividad física, la mayoría de los participantes (69,6%) indicó que se modificó, siendo la disminución del tiempo destinado a la actividad física la situación más habitual (35,6%) (figura 11). En relación con las respuestas según sexo, se observaron diferencias significativas (χ^2 de Pearson = 22,966; $p < 0,001$). Las mayores diferencias se encontraron en el mantenimiento del hábito de actividad física, opción que fue superior en hombres (35,7% frente al 27,5% de las mujeres), y en el cese de actividad física, que fue más frecuente en mujeres (14,8% frente al 10,1% de los hombres).

Figura 11. Influencia de iniciar los estudios universitarios sobre la realización de actividad física



$p < 0,05$ existen diferencias significativas entre hombres y mujeres (χ^2 de Pearson).

Cuando se preguntó a los participantes por los motivos por los que realizaban actividad física (tabla 20), la opción más seleccionada fue “para liberar tensiones” (80,2%), seguida de “para estar en forma” (75,5%) y por los beneficios que se obtienen para la salud (74,5%). Se observaron ciertas diferencias entre hombres y mujeres, siendo las más significativas, en primer lugar, en el motivo “para competir”, el cual fue más frecuente en hombres (43,0% frente al 12,9% de las mujeres, $p < 0,001$) y, en segundo lugar, en el motivo “para superarme” que también era más frecuente en hombres (56,9% frente al 41,8% de las mujeres, $p < 0,001$). El único motivo en el que no se encontraron diferencias por sexo fue en “para estar en forma”.

También hay que destacar el motivo “para mejorar la imagen corporal”, el cual fue el quinto motivo más prevalente en general. Al comparar por sexo, se apreció que las mujeres aportaron más este motivo (66,9% frente al 55,5% de los hombres) de forma significativa ($p < 0,001$).

Tabla 20. Motivos por los que los estudiantes universitarios realizaban actividad física

Motivos	Todos (n = 1240)	Mujeres (n = 732)	Hombres (n = 508)	χ^2 de Pearson (p)
Para liberar tensiones (%)	80,2	84,4	74,4	18,393 (<0,001)
Para estar en forma (%)	75,5	75,3	76,0	0,078 (0,786)
Beneficios de la salud (%)	74,5	79,1	67,9	19,092 (<0,001)
Por diversión (%)	69,2	63,3	77,6	27,833 (<0,001)
Para mejorar imagen corporal (%)	62,2	66,9	55,5	15,968 (<0,001)
Superarme (%)	48,1	41,8	56,9	26,632 (<0,001)
Competir (%)	25,4	12,9	43,0	139,163 (<0,001)
Relacionarme (%)	25,4	21,2	31,3	15,622 (<0,001)
Por amistad (%)	8,2	5,0	12,8	23,667 (<0,001)
Otros * (%)	4,1	4,1	4,0	

Los resultados se expresan como el porcentaje de participantes que eligieron ese motivo; $p < 0,05$ indica diferencias significativas entre hombres y mujeres (χ^2 de Pearson). * Otros motivos incluye: para poder dedicarse profesionalmente al deporte; por problemas de salud, en concreto dolores de espalda o asma; porque les gusta el deporte que hacían; para adelgazar o para distraerse.

A las personas que manifestaron realizar actividad física, se les evaluó el riesgo de adicción a este hábito. Se determinó que el 3,9% tenía riesgo de adicción, el 81,8% presentaban algunos síntomas de adicción a la actividad física y el 14,3% restante eran asintomáticos. No se apreciaron diferencias significativas entre sexos (χ^2 Pearson = 0,956; $p = 0,62$).

Respecto a los motivos por los cuales las personas habían dejado de hacer actividad física en su tiempo libre, lo que suponía el 33,0% de los participantes, los motivos más frecuentes fueron “la falta de tiempo” (63,8%) seguido de “las exigencias de los estudios” (55,7%) (tabla 21). Entre los distintos motivos del cese se encontraban algunas

diferencias entre sexos, siendo las más destacadas que “sus amistades hubieran dejado de hacer actividad física” ($p = 0,001$), así como “por falta de interés” ($p = 0,003$), siendo ambos motivos más frecuentes en hombres.

Tabla 21. Motivos del cese de actividad física.

Motivo del cese	Todos (n = 662)	Mujeres (n = 487)	Hombres (n = 175)	χ^2 Pearson (p)
Por falta de tiempo (%)	63,8	65,6	58,5	2,786 (0,095)
Por las exigencias de los estudios (%)	55,7	58,1	48,8	4,402 (0,036)
Por incompatibilidad horaria (%)	32,6	34,0	28,8	1,506 (0,220)
Por falta de interés (%)	20,9	18,1	28,8	8,685 (0,003)
Por falta de instalaciones cercanas (%)	16,3	16,9	14,7	0,433 (0,511)
Por problemas económicos (%)	13,4	15,2	8,2	5,265 (0,022)
Por problemas de salud (%)	10,0	10,8	7,7	1,416 (0,234)
Por el cese de sus amistades (%)	8,2	6,0	14,1	10,933 (0,001)
Por otros motivos (%)	6,0	6,0	5,9	0,03 (0,953)
Por falta de apoyo familiar (%)	4,0	4,0	4,1	0,08 (0,927)
Por malas experiencias (%)	3,5	3,1	4,7	0,919 (0,338)
Por pereza (%)	1,5	1,8	1,2	0,192 (0,661)
Otros * (%)	6,0	6,0	5,9	

$p < 0,05$ diferencias significativas entre hombres y mujeres (χ^2 de Pearson). *Dentro de la categoría otros, los participantes especificaron los siguientes motivos: por cambios/mala relación con entrenadores, por salir cansado de clase, por tener fobia social, por falta de motivación o por cambio de residencia.

En cuanto a las personas que nunca habían realizado actividad física, lo que suponía un 4,4% de los participantes en el estudio, los motivos más frecuentes fueron “por falta de interés” (57,7%) o por referir que “no se les da bien hacer deporte” (42,4%) (tabla 22).

Tabla 22. Motivos por los cuales nunca han realizado actividad física.

Motivos	Todos (n = 88)	Mujeres (n = 67)	Hombres (n = 21)	χ^2 Pearson (p)
Por falta de interés (%)	57,7	56,1	63,2	0,304 (0,581)
Por considerar que no se les da bien hacer deporte (%)	42,4	43,9	36,8	0,304 (0,581)
Por salir cansada/o (%)	36,5	37,9	31,6	0,253 (0,615)
Por estudios (%)	34,1	34,9	31,6	0,070 (0,791)
Por falta de apoyo (%)	10,6	10,6	10,5	0,001 (0,992)
Por falta de instalaciones (%)	10,6	12,1	5,3	0,733 (0,392)
Porque sus amistades no practican actividad física (%)	10,6	9,1	15,8	0,699 (0,403)
Por falta de medios económicos (%)	9,4	12,1	0,0	2,542 (0,111)
Por motivos de salud (%)	8,2	7,6	10,5	0,170 (0,680)
Por otros motivos (%) *	8,2	7,6	10,5	-

Los resultados se expresan como el porcentaje de participantes que eligieron ese motivo; $p < 0,05$ diferencias significativas entre hombres y mujeres (χ^2 de Pearson). *Otros: falta de tiempo o de interés por algún deporte.

5.1.3.2 Horas de estar sentada/o

Respecto a la cantidad de tiempo que los participantes estaban sentados diariamente, la mediana fue de 8 horas, con un rango intercuartílico de 6 a 10 horas. No se observaron diferencias entre sexos (U de Mann-Whitney = 436481,50; $p = 0,581$).

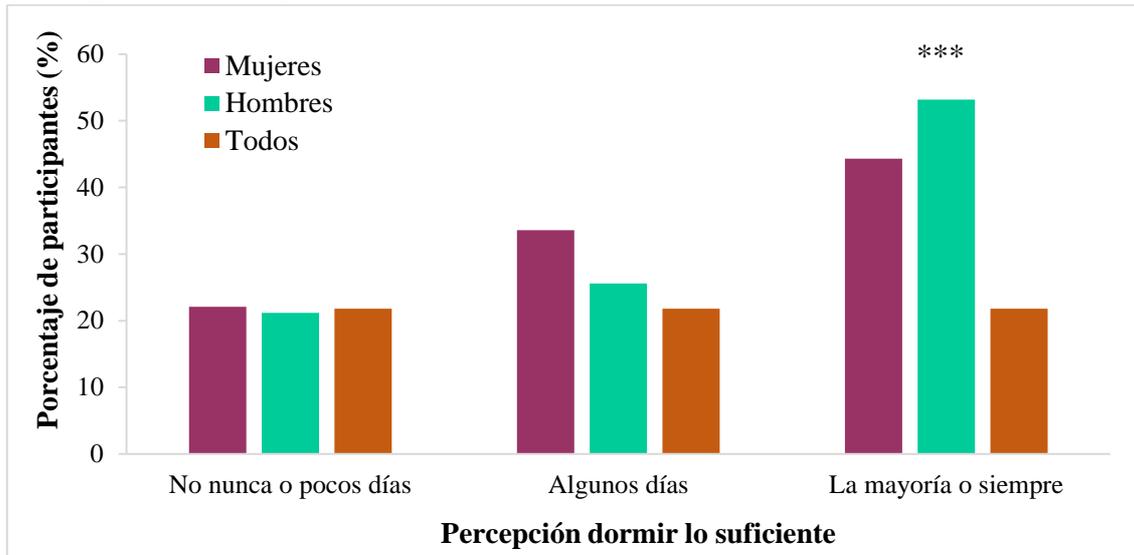
5.1.3.3 Horas de sueño

Los estudiantes reportaron dormir una mediana de 7 horas (RI 6,5-8 horas) los días laborables, con un 11,4% durmiendo más de 8 horas diarias entre semana. Los fines de semana el número de horas que destinaban a dormir se incrementaba a 9 (RI 8-9,5 horas), aumentando hasta el 60,1% la proporción de participantes que dormía más de 8 horas. No se apreciaron diferencias por sexo en las horas que dormían durante los días laborables (U de Mann-Whitney = 436377,50; $p = 0,403$), ni los días festivos (U de Mann-Whitney = 442695,50; $p = 0,504$).

El 38,0% de los participantes mencionó realizar siesta entre semana, siendo la mediana de duración de 40 minutos (RI 30-60 minutos). Se hallaron diferencias estadísticas entre sexos (χ^2 de Pearson 23,641; $p < 0,001$), siendo las mujeres las que con mayor frecuencia realizaban siesta, en concreto, un 41,9% frente al 30,9% de los hombres, pero sin diferencias en la duración (U de Mann-Whitney = 57123,5; $p = 0,456$). Durante los fines de semana, el porcentaje de personas que informó hacer siesta descendía al 33,6%, aunque se alargaba la duración, con una mediana de 60 minutos (RI 30-60 minutos). Las diferencias entre mujeres y hombres respecto a la frecuencia de realización de la siesta en fin de semana se mantenían, 39,5% y 22,9%, respectivamente (χ^2 de Pearson = 56,645; $p < 0,001$), pero con una duración similar (U de Mann-Whitney = 38307,5; $p = 0,173$).

Menos de la mitad de los participantes del estudio (44,8%) refirió dormir lo suficiente para sentirse descansado la mayoría de los días. Un 4,6% especificó que el sueño nunca era reparador, y un 5,6% informó que solo descansaba lo suficiente durante los fines de semana. Los hombres, de forma general, refirieron descansar mejor que las mujeres (χ^2 de Pearson = 22,626; $p < 0,001$). Las diferencias entre hombres y mujeres se reflejan de forma más clara al reagrupar las respuestas sobre si se duerme lo suficiente en tres categorías (nunca/pocos días, algunos días y la mayoría/siempre) (figura 12). Los hombres expusieron con mayor frecuencia que el sueño era reparador en un 49,8% de los casos, frente al 42,0% de las mujeres. Por otra parte, en la categoría “no se descansa lo suficiente”, no había diferencias entre hombres y mujeres (26,2% en ambos casos).

Figura 12. Percepción de dormir lo suficiente



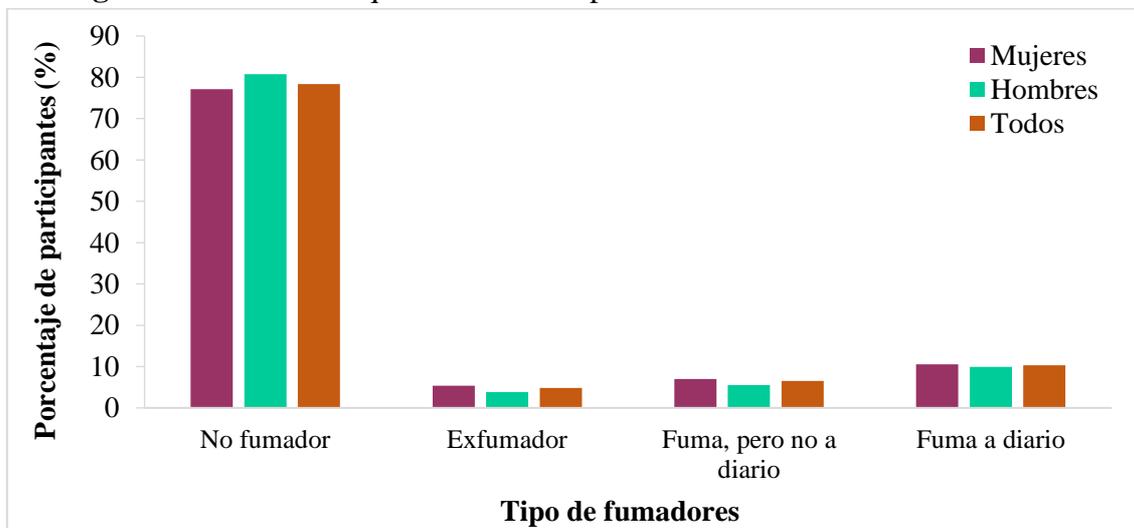
*** indica diferencias significativas entre hombres y mujeres (χ^2 de Pearson, $p < 0,05$).

5.1.3.4 Consumo de sustancias tóxicas

5.1.3.4.1 Hábito tabáquico

En el momento de la realización del estudio, el 83,2% de los participantes no fumaba tabaco (figura 13). De estos, el 78,4% afirmó no haber fumado nunca y el 4,8% restante se declaraba exfumador. Del 16,8% de fumadores, el 10,3% fumaba a diario y el 6,5% de forma ocasional. No se hallaron diferencias al comparar por sexo (χ^2 de Pearson = 1,431; $p = 0,232$), ni por curso académico (χ^2 de Pearson = 3,181; $p = 0,957$)

Figura 13. Hábito tabáquico distribuido por sexo.



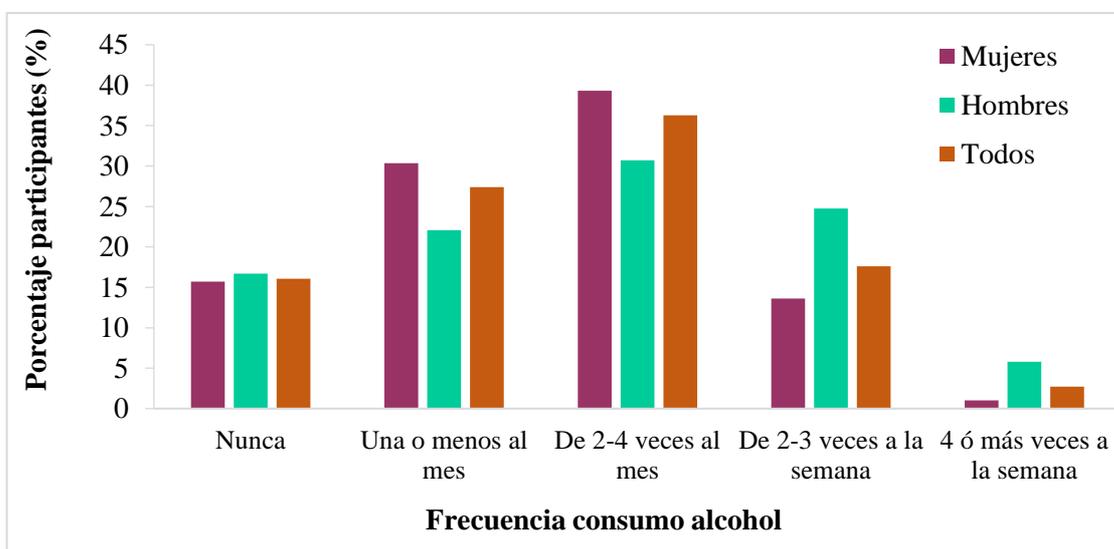
Los resultados se expresan como porcentaje de participantes. No se observaron diferencias significativas por sexo (χ^2 de Pearson, $p > 0,05$).

Entre los fumadores, la mediana de cigarrillos consumidos al día fue de 4 (RI 3-7). Si se comparaba por sexo, se hallaban diferencias estadísticamente significativas (U-Mann Whitney = 13168,50; $p < 0,001$), con un mayor consumo en hombres (mediana de 6 cigarrillos diarios (RI 3-10)) que en mujeres (4 cigarrillos (RI 2-6)). Sin embargo, las mujeres iniciaron su consumo a edades más tempranas, en concreto, a una mediana de edad de 16 años frente a los 17 de los hombres (U-Mann Whitney = 14132,50; $p < 0,001$).

5.1.3.4.2 Consumo de alcohol

El 56,6% de los participantes declararon consumir alcohol, con una mediana de edad de inicio de consumo, tanto en mujeres como en hombres, de 16 años (RI 15-17 años). Dentro de los consumidores, la frecuencia de consumo correspondiente a “de dos a cuatro veces al mes”, la frecuencia menor incluida en el cuestionario, fue la más reportada (figura 14). Se determinaron diferencias significativas por sexo, siendo los hombres los que indicaron mayores frecuencias de consumo (χ^2 de Pearson = 91,747; $p < 0,001$).

Figura 14. Frecuencia de consumo de alcohol



$p < 0,05$ existen diferencias significativas entre hombres y mujeres (χ^2 de Pearson).

Al comparar por curso académico (tabla 23), se evidenciaron diferencias, siendo los estudiantes de tercero y cuarto curso los que consumían alcohol con mayor frecuencia (χ^2 de Pearson = 48,173; $p < 0,001$).

Tabla 23. Frecuencia de consumo de alcohol por curso académico

Curso académico	Frecuencia de consumo de alcohol					χ^2 de Pearson (p)
	Nunca	Una o menos al mes	De 2-4 veces al mes	De 2-3 veces a la semana	4 ó más veces a la semana	
Primero	15,7	28,8	39,2	15,3	1,0	48,173 (<0,001)
Segundo	18,1	29,4	36,3	14,8	1,4	
Tercero	14,8	25,1	33,5	21,3	5,3	
Cuarto	14,8	23,9	34,0	22,6	4,7	

Los resultados se expresan como el porcentaje de participantes dentro de cada curso que presentaban cada frecuencia de consumo; $p < 0,05$ indica diferencias significativas entre cursos académicos (χ^2 de Pearson).

En cuanto al número de consumiciones en un día de consumo habitual, más de la mitad de los participantes (58,3%) informó realizar una o dos consumiciones (tabla 24). A medida que aumentaba el número de consumiciones, descendía paulatinamente el porcentaje de participantes que indicaba ese consumo habitual. No obstante, cabe destacar que un 10,5% de los estudiantes tomaba más de 5 consumiciones en un día normal de consumo de alcohol, y un 0,7% de personas tomaba más de 10 consumiciones. Se observaron diferencias significativas por sexo, de manera que los hombres reportaron consumir de forma más habitual un mayor número de consumiciones ($p < 0,001$).

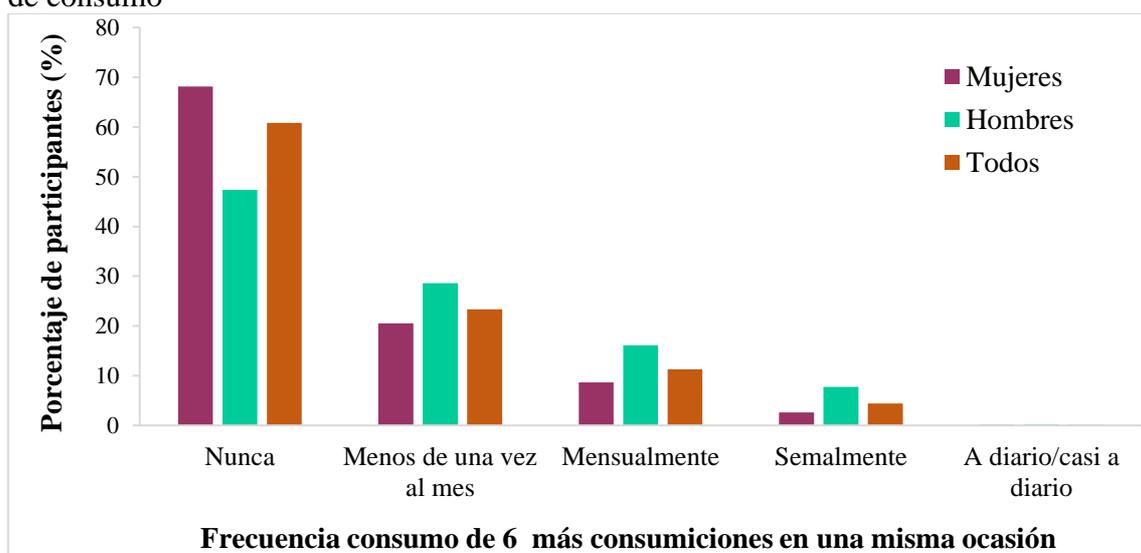
Tabla 24. Distribución de participantes según el número de consumiciones de bebidas alcohólicas en un día de consumo habitual

Número consumiciones	Todos (%)	Mujeres (%)	Hombres (%)	χ^2 de Pearson (p)
1-2	58,3	58,6	57,9	21,062 (<0,001)
3-4	31,2	33,0	27,8	
5-6	8,4	7,2	10,4	
7-9	1,4	0,9	2,5	
> 10	0,7	0,3	1,4	

Los valores se expresan como el porcentaje de participantes consumidores de alcohol que realizan de forma habitual ese número de consumiciones; $p < 0,05$ indica diferencias significativas entre hombres y mujeres (χ^2 de Pearson).

Cuando se analizó con qué frecuencia los participantes en el estudio tomaban más de seis consumiciones alcohólicas en una misma ocasión, un 15,8% reportó realizarlo, como mínimo, de forma mensual (figura 15). Si se comparaba por sexo, nuevamente se alcanzaba el nivel de significancia (χ^2 de Pearson = 78,712; $p < 0,001$), el cual muestra que con mayor frecuencia los hombres realizaban más de seis consumiciones en una misma ocasión de consumo.

Figura 15. Frecuencia de consumo de seis o más bebidas alcohólicas en una ocasión de consumo



Los valores se expresan en porcentaje de participantes; $p < 0,05$ existen diferencias significativas entre hombres y mujeres (χ^2 de Pearson).

Al evaluar el consumo de alcohol problemático mediante el AUDIT-C, se obtuvo que un 24,0% de los estudiantes presentaba un consumo de riesgo, correspondiente a un 23,1% de las mujeres y un 25,8% de los hombres, sin diferencias significativas entre sexos (χ^2 de Pearson = 1,839; $p = 0,175$).

5.1.3.4.3 Consumo de cannabis

Un 10,0% de la muestra informó consumir cannabis, con una prevalencia de consumo del 7,5% entre las mujeres y del 14,6% en hombres (χ^2 de Pearson = 25,847; $p < 0,001$). Al comparar por curso académico no se observaron diferencias, siendo el consumo de 9,9% en primer curso, 8,1% en segundo, 13,1% en tercero y 9,2% en cuarto curso (χ^2 de Pearson = 7,038; $p = 0,071$).

La mediana de edad a la que probaron el cannabis por primera vez fue a los 16 años, estableciéndose el consumo habitual a los 18 años. No se observaron diferencias significativas entre hombres y mujeres en relación con estos valores de edad.

Respecto a la cantidad de marihuana que consumían, la mediana fue de 3 porros a la semana (tabla 25). Se apreciaba que durante el fin de semana el consumo era mayor. Se hallaron diferencias estadísticas entre sexos en el consumo de fin de semana, con un mayor consumo en hombres ($p = 0,01$).

Tabla 25. Consumo de cannabis de los participantes en el estudio

Consumo	Todos (n = 199)	Mujeres (n = 96)	Hombres (n = 103)	U-Man-Whitney (p)
Entre semana (n° porros)	1 (0-5)	1 (0-5)	1 (0-5)	3800,5 (p = 0,984)
Fin de semana (n° porros)	1,5 (1-3)	1 (0,5-2)	2 (1-4)	3305,5 (p = 0,010)
Total semanal (n° porros)	3 (1-8,5)	3 (1-7)	3 (1-9)	3392,5 (p = 0,386)

Los valores se expresan como mediana (rango intercuartílico) del número de porros; $p < 0,05$ indica diferencias significativas entre hombres y mujeres (U-Mann Whitney).

5.1.3.4.4 Problemas con el uso del móvil

Respecto a los resultados del cuestionario sobre problemas con el uso del móvil (CERM), se obtuvo una mediana de puntuación de 15 puntos (en una escala de valores posibles de 0 a 40). Se determinó que un 45,1% de los participantes tenían problemas ocasionales (obtuvieron una puntuación entre 18-25 puntos), y un 3,1% problemas frecuentes con el uso del móvil (obtuvieron entre 26 y 40 puntos).

En cuanto al tipo de problemas, el cuestionario evalúa, por una parte, los conflictos interpersonales y, por otra, los emocionales y de carácter comunicacional. En cada una de las escalas la mediana fue de 6 y 9 puntos, respectivamente. Al comparar por sexo, se observaba que las mujeres tenían mayores problemas con el uso del móvil respecto a los hombres ($p < 0,001$) (tabla 26). Estas diferencias significativas no solo se alcanzaron en la puntuación total del cuestionario, sino también al analizar de forma independiente los dos tipos de conflictos.

Tabla 26. Puntuación CERM por sexo y frecuencia de problemas con el uso del móvil

		Todos	Mujeres	Hombres	U-Mann Whitney (p)
Puntuación Total CERM	Mediana (RI)	15 (13-18)	16 (14-18)	15 (13-17)	404268,5 (p<0,001)
Conflicto interpersonal	Mediana (RI)	6 (5-7)	6 (6-7)	6 (5-7)	422959,0 (p = 0,025)
Conflicto comunicacional y emocional	Mediana (RI)	9 (8-11)	9 (8-11)	9 (7-10)	398562,5 (p<0,001)
Ausencia de problemas (%)		51,7	49,6	55,6	χ^2 de Pearson = 7,947 (p =0,019)
Problemas ocasionales (%)		45,1	46,8	42,1	
Problemas frecuentes (%)		3,1	3,6	2,3	

CERM: Cuestionario de Experiencias Relacionadas con el Móvil; p<0,05 indica diferencias significativas entre hombres y mujeres (U-Mann Whitney o χ^2 de Pearson).

Al comparar por curso académico, también se hallaron diferencias significativas tanto en la clasificación (χ^2 de Pearson 21,840; p = 0,001), siendo los de primer curso los que presentaban más problemas ocasionales y frecuentes, al comparar la puntuación obtenida en total y al considerar las dos subescalas, siendo los de primero los que obtuvieron puntuaciones superiores (tabla 27).

Tabla 27. Puntuación CERM por curso académico y frecuencia de problemas con el uso del móvil

		Curso Académico				Chi-Square (p)
		Primero	Segundo	Tercero	Cuarto	
Puntuación Total CERM	Mediana (RI)	16 (14-18)	15 (13-18)	15 (14-18)	15 (13-17)	27,811; (<0,001)
Conflicto interpersonal	Mediana (RI)	6 (6-7)	6 (5-7)	6 (5-7)	6 (5-7)	27,078; (<0,001)
Conflicto comunicacional y emocional	Mediana (RI)	9 (8-11)	9 (7-11)	9 (8-11)	9 (7-10)	15,588; (0,001)
Ausencia de problemas (%)		46,6	53,2	50,6	61,8	χ^2 de Pearson 21,840 (0,001)
Problemas ocasionales (%)		49,7	44,3	46,3	35,0	
Problemas frecuentes (%)		3,7	2,5	3,1	3,2	

p<0,05 indica diferencias significativas por cursos (test Kruskal Wallis, Chi Square para los valores de las escalas o χ^2 de Pearson para la distribución de participantes según la frecuencia de problemas (%).

5.1.3.5 Alimentación

En relación con el número de comidas realizadas, los participantes informaron llevar a cabo una mediana de cuatro comidas al día. De hecho, el 73,1% de los participantes realizaba cuatro o más comidas al día (tabla 28), sin diferencias significativas entre sexos ($p = 0,096$).

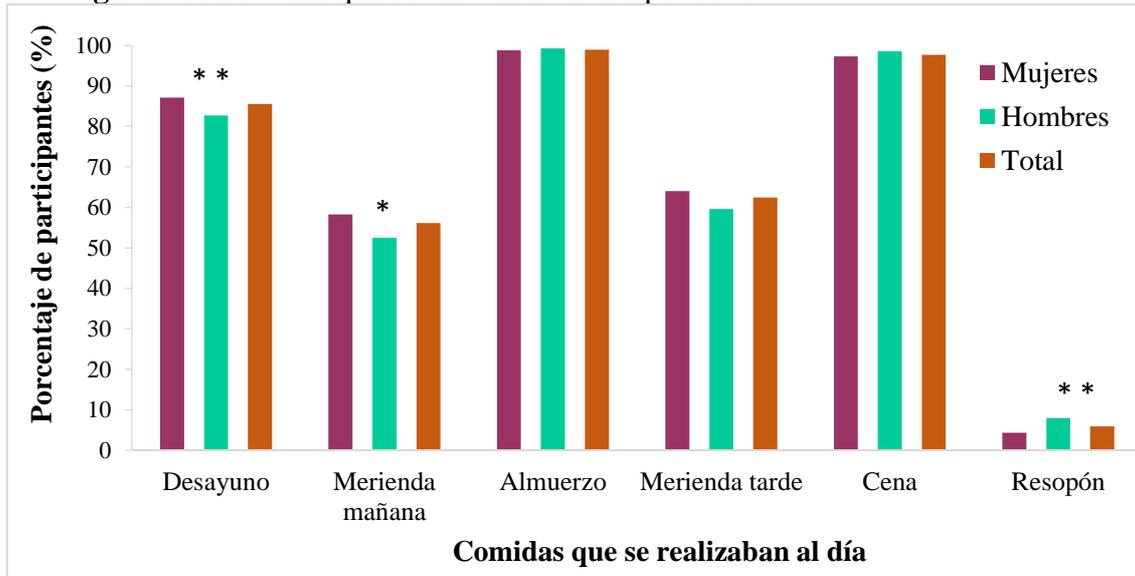
Tabla 28. Distribución de participantes según el número de comidas realizadas al día

Nº de comidas diarias	Todos	Mujeres	Hombres	χ^2 de Pearson (p)
Una (%)	0,3	0,4	0,1	9,348 (0,096)
Dos (%)	4,4	3,8	5,5	
Tres (%)	22,2	20,8	24,8	
Cuatro (%)	37,2	37,9	35,8	
Cinco (%)	33,0	34,3	30,8	
Seis (%)	2,9	2,8	3,0	

Los resultados se expresan como el porcentaje de participantes que realizaban ese número de comidas diarias. $p > 0,05$ indica que no hay diferencias por sexo (χ^2 de Pearson).

Al analizar qué comidas se llevaban a cabo al día, la gran mayoría de los estudiantes manifestó realizar el almuerzo (99,0%) y la cena (97,8%). El desayuno fue la tercera comida que con más frecuencia se realizaba, pero con un 14,4% de los participantes que no la realizaba. Había ciertas diferencias entre sexos (figura 16). A destacar que un mayor porcentaje de mujeres informó desayunar (87,1% frente al 82,7% de los hombres, χ^2 de Pearson 7,013; $p = 0,009$) y realizar la merienda de media mañana (58,28% versus el 52,48% de los hombres, χ^2 de Pearson 6,236; $p = 0,014$). En cambio, el resopón lo efectuaban más los hombres (7,9% frente al 4,3% de las mujeres, χ^2 de Pearson = 7,894; $p = 0,007$). Adicionalmente, el 18,7% de los participantes en el estudio afirmó que picoteaba entre horas, sin existir diferencias entre sexos (18,3% de mujeres frente al 19,4% de hombres; χ^2 de Pearson 0,325; $p = 0,589$).

Figura 16. Comidas que se realizaban al día por sexo



Los valores se expresan en porcentaje de participantes que realiza esa comida. * indica diferencias significativas entre hombres y mujeres (χ^2 de Pearson, $p < 0,05$), ** (χ^2 de Pearson, $p < 0,01$).

Al preguntar quién cocinaba habitualmente, cuestión que podían responder con más de una alternativa, la opción seleccionada con mayor frecuencia fue “mi madre” (59,0%), seguido de un 42,5% de los propios participantes, un 19,5% de “mi padre”, un 8,5% por “otro familiar” y, finalmente, un 2,8 % de “compañeros de piso”. Si se comparaba por sexo, se observaba que las mujeres cocinaban más habitualmente, 44,9% frente al 38,4% de los hombres, con diferencias estadísticamente significativas (χ^2 de Pearson = 7,769; $p = 0,006$).

5.1.3.5.1 Patrón de alimentación

En cuanto al patrón de alimentación obtenido (tabla 29), destacaba el bajo consumo de alimentos ricos en hidratos de carbono complejos, dos raciones diarias; de frutas, verduras y hortalizas, apenas se llegaba a consumir una ración diaria de cada una de ellas; de legumbres y huevos, los cuales tampoco alcanzaban el mínimo de las recomendaciones dietéticas. En contraposición, se observaba un consumo elevado de carnes rojas, productos azucarados y snacks, alimentos que se consumían una mediana de 2-3 raciones semanales.

Al analizar este patrón alimentario por sexo, se obtenían algunas diferencias estadísticamente significativas. De forma general, las mujeres consumían más fruta ($p =$

0,029), verdura y hortalizas ($p < 0,001$). En cambio, los hombres manifestaron consumir una mayor cantidad de frutos secos ($p < 0,001$), huevos ($p = 0,002$), carnes rojas ($p < 0,001$), repostería industrial ($p = 0,007$) y refrescos ($p < 0,001$). En particular destacaba el consumo de refrescos, el cual era el doble en hombres respecto al de mujeres. Dentro de los alimentos ricos en hidratos de carbono complejos, destacaba que las mujeres consumían una mayor cantidad de alimentos integrales respecto a los hombres ($p = 0,001$).

Tabla 29. Frecuencia de consumo de alimentos por sexo, en relación con las recomendaciones del SENC

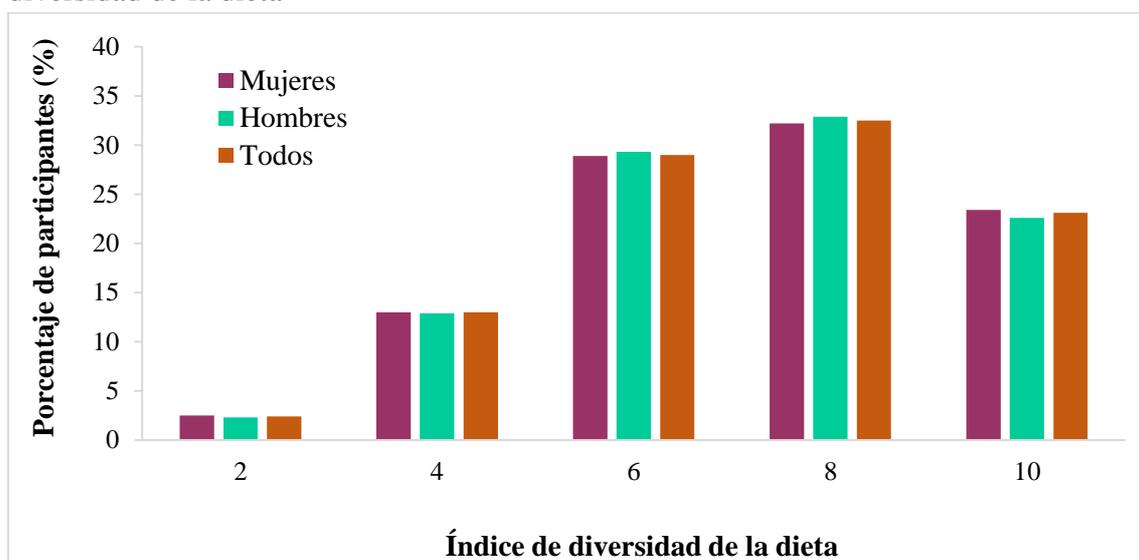
Grupo de alimentos		Todos	Mujeres	Hombres	U-Mann Whitney (p)
Consumo diario	Total	1,43 (1-2)	1,43 (1-2)	1,43 (1-2,14)	407705,0 (0,172)
	Cereales y tubérculos				
	Cereales refinados	0,43 (0,29-0,86)	0,43 (0,29-0,71)	0,43 (0,29-1)	393500,0 (0,002)
	Cereales integrales	0,43 (0-1)	0,43 (0,14-1)	0,29 (0-0,86)	389708,5 (0,001)
	Tubérculos	0,43 (0,29-0,71)	0,43 (0,29-0,71)	0,43 (0,29-0,71)	402963,5 (0,014)
Frutas	1 (0,57-2)	1 (0,57-2)	1 (0,57-2)	415083,5 (0,029)	
Verduras y hortalizas	0,71(0,43-1,43)	0,71 (0,43-1,5)	0,71(0,43-1)	393596,0 (< 0,001)	
Consumo diario	Aceite de oliva virgen	2 (2-3)	3 (2-3,5)	2 (2-3)	376390,5 (0,196)
	Leche y derivados	1 (1-2)	1(1-2)	1(1-2)	415706,0 (0,146)
	Frutos secos	2 (1-4)	2 (1-3)	2 (1-4)	396299,0 (<0,001)
Consumo semanal	Pescado y marisco	2 (1-2,5)	2 (1-2,5)	2 (1-2)	442741,5 (0,623)
	Carne blanca	3 (2-5)	3 (2-5)	3 (2-5)	384833,5 (< 0,001)
	Huevos	2 (1-3)	2 (1-3)	2 (2-4)	397672,0 (0,002)
	Legumbres	2 (1-2)	2 (1-2)	2 (1-2)	440939,5; (0,592)

Consumo esporádico	Carne roja	2 (1-4)	2 (1-3)	3 (2-4)	295684,0 (< 0,001)	
	Grasas saturadas	0,14 (0-0,29)	0,14 (0-0,29)	0,14 (0-0,29)	429730,5 (0,246)	
	Azúcar y productos azucarados	Total	3,29 (2-5,57)	3,15 (2-5,29)	4 (2-6)	400818,5 (0,001)
		Repostería industrial	2 (1-4)	2 (1-4)	2 (1-4)	416884,5 (0,007)
		Repostería casera	1 (0-1)	1 (0-1)	1 (0-2)	437847,5 (0,337)
		Refrescos	0,15 (0-0,43)	0,14 (0-0,43)	0,29(0-0,57)	376871,0 (< 0,001)
Snacks	2 (1-4)	2 (1-4)	2 (1-4)	409070,0 (0,065)		

Los resultados se expresan como la mediana (rango intercuartílico); $p < 0,05$ indica diferencias significativas entre hombres y mujeres (U-Mann Whitney). En la primera columna se indica, de forma general, la frecuencia de consumo recomendada, el consumo esporádico está expresado en consumo semanal.

Al calcular el índice de diversidad de la dieta, el cual valora el consumo diario de cinco grupos de alimentos (lácteos, proteínas, hidratos de carbono complejos, frutas y verduras), se obtuvo una mediana de puntuación de 8 puntos (RI 6-8). Si se compara por sexo, no se observaban diferencias significativas (mujeres 8 (6-8), hombres 8 (6-10), U-Mann Whitney = 389255,00; $p = 0,275$). La figura 17 muestra el porcentaje de participantes que obtuvo cada puntuación del índice de diversidad (χ^2 de Pearson 0,341; $p = 0,987$).

Figura 17. Distribución de participantes según puntuación obtenida en el índice de diversidad de la dieta



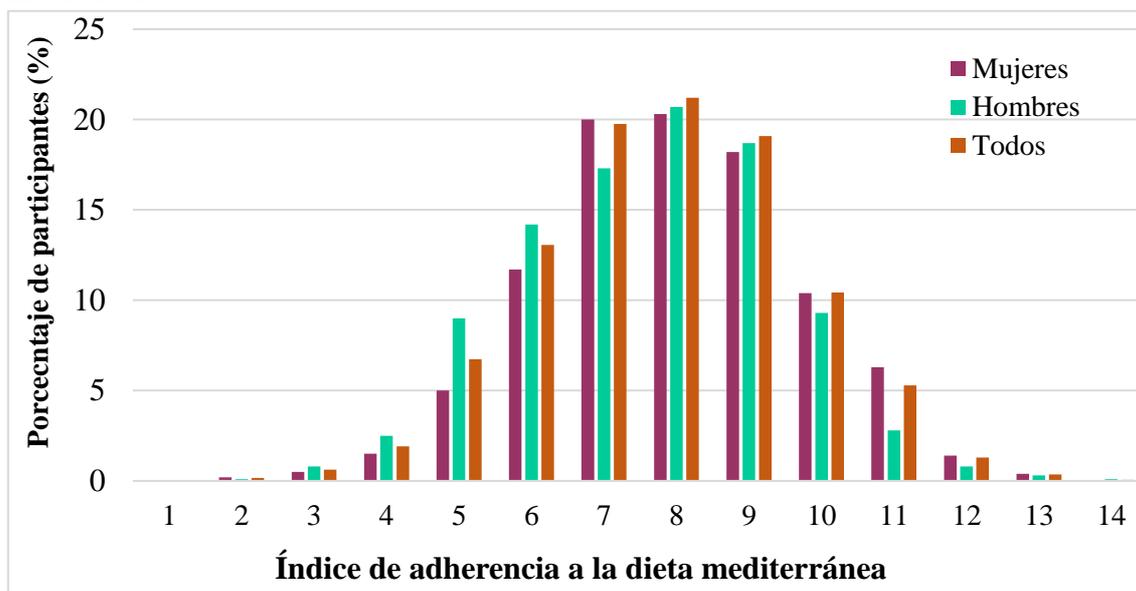
Los valores se expresan en porcentaje de participantes según puntuación obtenida en el índice. $p > 0,05$, no hay diferencias entre hombres y mujeres (χ^2 de Pearson)

Al considerar el curso académico que estaban cursando, no se hallaron diferencias significativas en el índice de diversidad de la dieta (χ^2 de Pearson = 11,477; $p = 0,489$).

5.1.3.5.2 Adherencia a la dieta mediterránea

En el índice de adherencia a la dieta mediterránea se obtuvo una mediana de puntuación de 8 puntos (RI 7-9) (figura 18). Teniendo en cuenta que a partir de 9 puntos se considera una buena adherencia, solo el 36,5% de los participantes tenía una buena adherencia a la dieta mediterránea.

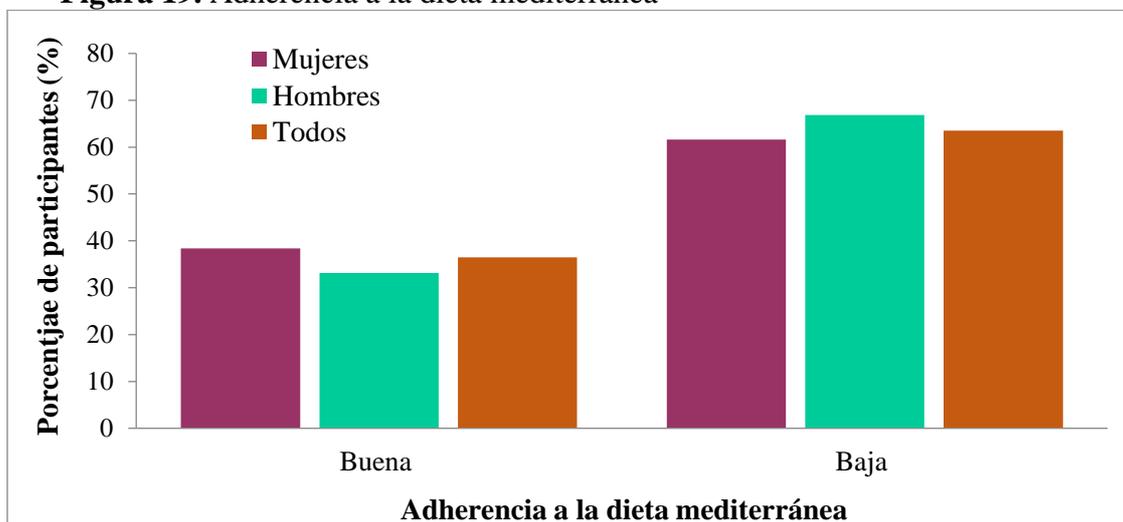
Figura 18. Distribución de participantes según el índice de adherencia a la dieta mediterránea



Los valores se expresan como el porcentaje de participantes que obtuvo esa puntuación

En cuanto a la adherencia a la dieta mediterránea por sexo (figura 19), se observaba que las mujeres obtuvieron una mejor adherencia, con diferencias estadísticamente significativas (χ^2 de Pearson = 5,217; $p = 0,022$).

Figura 19. Adherencia a la dieta mediterránea



$p < 0,05$ existen diferencias significativas entre hombres y mujeres (χ^2 de Pearson).

Si se analiza la adherencia a la dieta mediterránea por curso, se hallaron diferencias significativas (χ^2 de Pearson = 7,965; $p = 0,047$), siendo los estudiantes de tercer y cuarto curso los que presentaron una mayor adherencia (tabla 30).

Tabla 30. Adherencia a la dieta mediterránea distribuido por curso académico

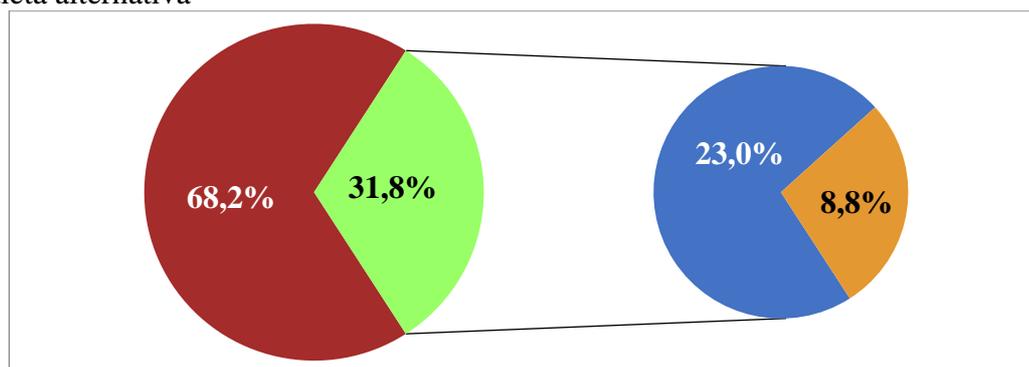
Curso académico	Adherencia a la dieta mediterránea		χ^2 de Pearson (p)
	Baja (%)	Buena (%)	
Primero	66,8	33,2	7,965 (0,047)
Segundo	64,8	35,2	
Tercero	59,4	40,6	
Cuarto	60,2	39,8	

Los resultados expresan el porcentaje de participantes de cada curso con baja y buena adherencia a la dieta mediterránea; $p < 0,05$ indica diferencias significativas por curso académico (χ^2 de Pearson).

5.1.3.5.3 Dietas alternativas

Al preguntar por la realización, o el intento de realizar, dietas alternativas en el momento del estudio o durante el año previo, 627 de las 2006 personas encuestadas respondieron afirmativamente, lo que representaba el 31,8% de los encuestados (figura 20). Dentro de este grupo, en la figura se distinguen las personas que habían cumplimentado la dieta prevista, algo más de dos tercios, y las que lo habían intentado, pero no habían conseguido su propósito.

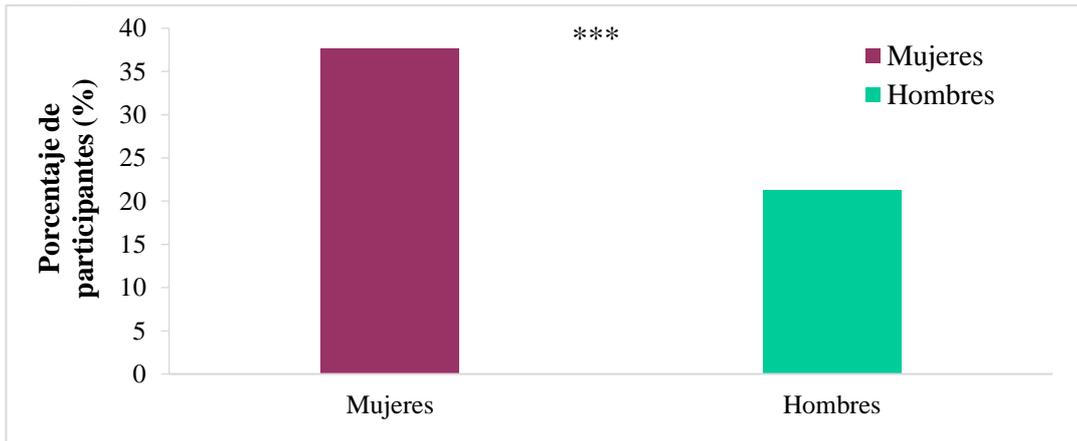
Figura 20. Proporción de personas que durante el último año habían decidido realizar una dieta alternativa



- No se habían planteado realizar una dieta alternativa
- Se habían planteado realizar una dieta alternativa en el último año
- Realizaban o habían realizado una dieta alternativa en el último año
- Habían intentado realizar una dieta alternativa en el último año, pero no la completaron

Si se compara por sexos, puede observarse en la figura 21 que un porcentaje superior de mujeres se propusieron realizar una dieta alternativa (χ^2 de Pearson = 56,177; $p < 0,001$). Concretamente, se obtuvo que por cada hombre que ideaba llevar a cabo una dieta alternativa, lo planificaba más del doble de las mujeres, en concreto 2,23 mujeres (IC 95% 1,80-2,76).

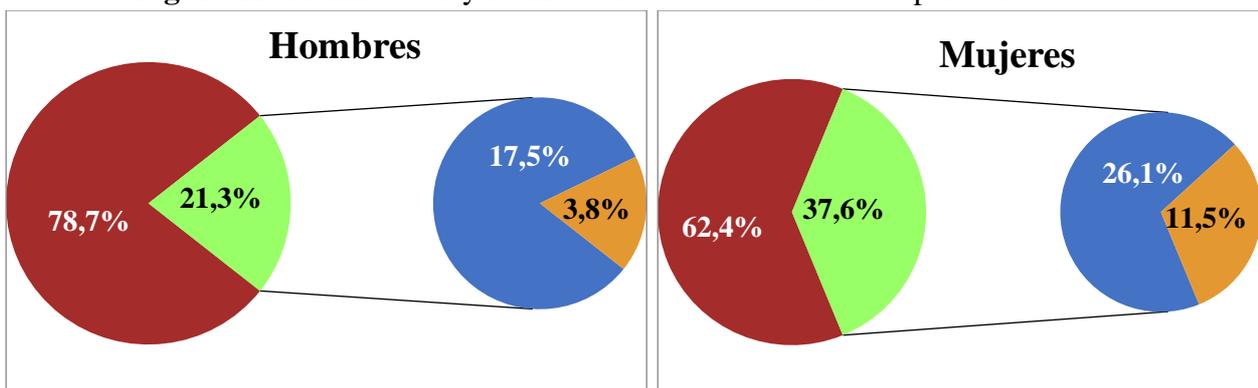
Figura 21. Distribución por sexo de la planificación de realizar una dieta alternativa en el año previo



***indica diferencias significativas entre hombres y mujeres (χ^2 de Pearson, $p < 0,001$).

De forma más detallada, si se distingue entre la intención y la ejecución, se obtuvo que las mujeres, a pesar de proponérselo con mayor frecuencia, tendían a desistir más fácilmente en comparación a los hombres (figura 22).

Figura 22. Planificación y realización de dietas alternativas por sexo



- No se han planteado realizar una dieta alternativa
- Se han planteado realizar una dieta alternativa en el último año
- Realizan o han realizado una dieta alternativa en el último año
- Han intentado realizar una dieta alternativa en el último año, pero no la completaron

Al comparar por rama de conocimiento, se encontraron diferencias estadísticamente significativas respecto a la planificación de una dieta alternativa (χ^2 de Pearson = 21,183; $p < 0,001$), siendo la rama de ciencias sociales y jurídicas (42,7%) y la de ciencias de la salud (27,2%) las que tuvieron una mayor prevalencia. Sin embargo, al contemplar el sexo en el análisis, debido a que las ramas de conocimiento que obtenían los porcentajes más elevados de personas que se proponían realizar una dieta alternativa correspondían con las que tenían una mayor proporción de mujeres matriculadas, las diferencias encontradas por rama de conocimiento se minimizaban o desaparecían (hombres χ^2 de Pearson = 9,568; $p = 0,048$; mujeres χ^2 de Pearson = 6,903; $p = 0,141$).

Al considerar el curso académico, no se hallaron diferencias entre cursos respecto a la realización de dietas alternativas (χ^2 de Pearson = 7,342; $p = 0,062$).

Al preguntar específicamente por la dieta alternativa que intentaron realizar o llevaron a cabo durante el último año, se obtuvo que la dieta autoelaborada para perder peso fue la mayoritaria (13,4%), seguida de la dieta hipocalórica (5,9%) y la dieta ovolactovegetariana (5,4%). También se observaron diferencias entre hombres y mujeres, especialmente en la dieta autoelaborada y la ovolactovegetariana, las cuales fueron más realizadas por las mujeres (autoelaborada 17,1% vs. 6,2%, ovolactovegetariana 7,6% vs. 1,4%). En contraposición, un porcentaje superior de hombres prefirió realizar una dieta hipercalórica (3,2% vs. 0,2%) (tabla 31).

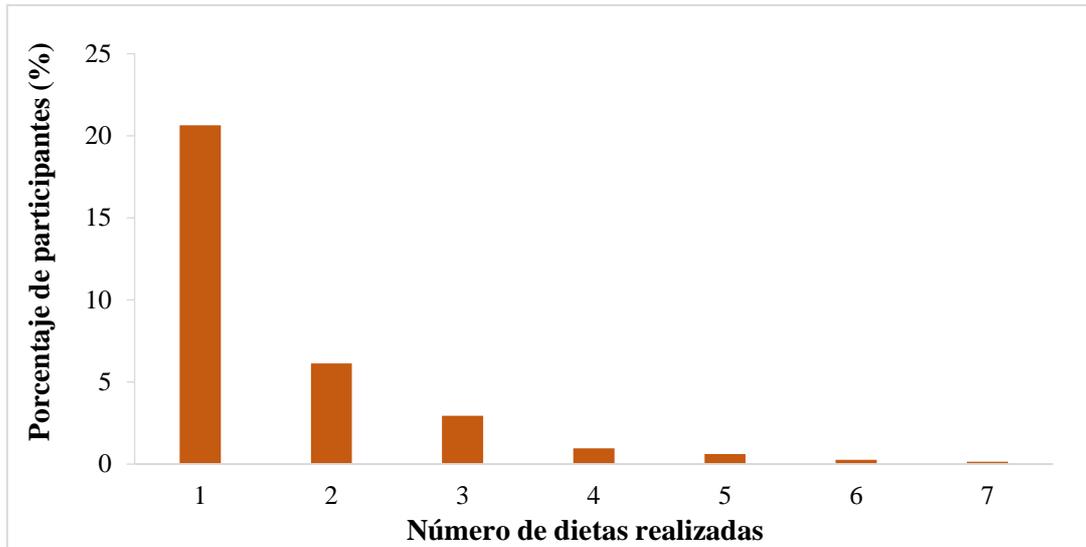
Cabe puntualizar que los participantes podían escoger en su respuesta más de una dieta. De hecho, como se puede apreciar en la figura 23, a pesar de que la gran mayoría solo intentó o realizó una dieta (20,6%), hubo participantes que intentaron realizar hasta siete dietas en el último año (0,2%). En este aspecto, se encontraron diferencias entre hombres y mujeres (U Mann-Whitney $U = 379429,5$; $p < 0,001$), siendo las mujeres las que más probaron y/o realizaron más de una dieta en el último año (14,1% frente al 5,5% de los hombres).

Tabla 31. Porcentaje de participantes que habían realizado y/o intentado cada dieta alternativa en el año previo

Dieta alternativa	Todos (n = 637)	Mujeres (n = 486)	Hombres (n = 151)	χ^2 de Pearson (p)
Ovolactovegetariana (%)	5,4	7,6	1,4	34,114 (<0,001)
Vegana (%)	2,2	2,9	1,0	7,495 (0,006)
Sin gluten (%)	1,4	1,8	0,6	5,085 (0,024)
Hipocalórica (%)	5,9	7,8	2,4	24,230 (<0,001)
Hipercalórica (%)	1,3	0,2	3,2	32,379 (<0,001)
Paleolítica (%)	0,8	0,5	1,1	2,117 (0,146)
Dunkan (%)	4,1	3,7	4,9	1,718 (0,190)
Cetogénica (%)	0,5	0,2	1,0	5,249 (0,022)
Bajo índice glucémico (%)	3,5	4,6	1,6	12,327 (<0,001)
Monotemática (%)	1,1	1,3	0,6	2,490 (0,115)
Alcalina (%)	0,2	0,3	0	2,199 (0,138)
Disociativa (%)	0,7	0,9	0,3	2,299 (0,129)
Détox (%)	3,6	5,3	0,6	29,711 (<0,001)
Batidos (%)	2,6	3,3	1,3	7,236 (0,007)
Sanguínea (%)	0,2	0,3	0	2,199 (0,138)
Macrobiótica (%)	0,1	0,1	0,1	0,186 (0,667)
Autoelaborada (%)	13,4	17,1	6,8	42,023 (<0,001)
Pesco vegetariana (%)	0,8	1,2	0	8,851 (0,003)
Realfooding (%)	1,0	1,1	0,9	0,261 (0,610)
Deportista (%)	0,4	0,3	0,4	0,169 (0,681)
Sin azúcar (%)	0,5	0,4	0,6	0,321 (0,571)
Otras dietas (%)	1,7	1,7	1,6	

Los porcentajes se expresan respecto al total de la muestra. Un participante podía seleccionar más de una dieta. Los resultados expresan el porcentaje de mujeres y hombres que realizaban cada una de las dietas; $p < 0,05$ indica diferencias significativas entre hombres y mujeres (χ^2 de Pearson).

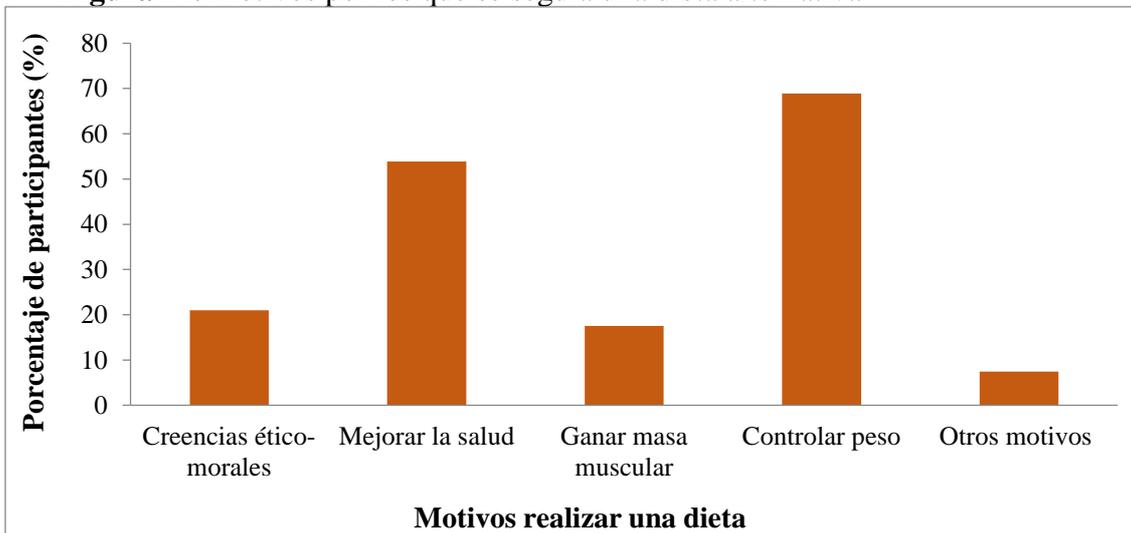
Figura 23. Distribución de participantes según el número de dietas alternativas realizadas o intentadas en el último año



Los porcentajes de participantes se expresan sobre el total de participantes en el estudio.

En cuanto a las razones por las cuáles las personas realizaban una dieta alternativa (figura 24), “controlar el peso y/o la forma corporal” fue la motivación más prevalente (68,9%), por delante del motivo “para mejorar la salud” (53,9%).

Figura 24. Motivos por los que se seguía una dieta alternativa

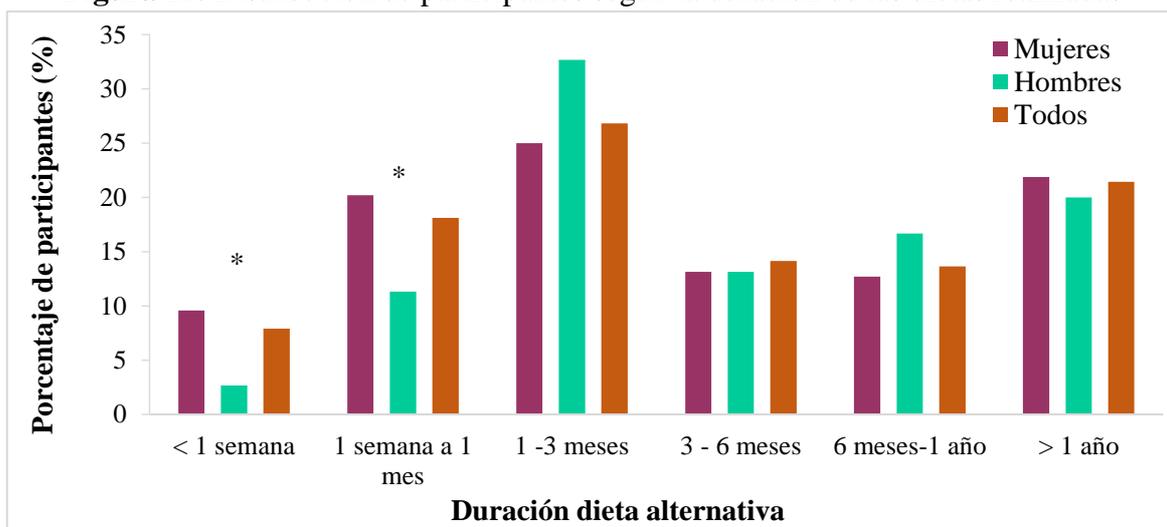


Porcentaje de participantes expresado sobre el número de personas que afirmaban haber intentado y/o realizado una dieta. Dentro de la opción otros, el motivo especificado con mayor frecuencia fue adelgazar, expuesta por un 3,8% de los participantes. Otras de las razones que expusieron fueron: para solucionar problemas de salud, por solidaridad con un familiar, por el medioambiente, para depurarse y por el deporte; todas estas razones no alcanzaron el 1,0%.

Al comparar los motivos por sexo, se hallaron diferencias significativas en el motivo “para controlar el peso y/o la forma corporal”, el cual fue más prevalente en las mujeres (71,2%, frente al 61,6% de los hombres, χ^2 de Pearson = 4,915; p = 0,027), o “por creencias ético-morales” (23,4% de las mujeres frente al 13,3% de los hombres, χ^2 de Pearson = 7,206; p = 0,007). Por otro lado, en los hombres destacó más el motivo de “querer aumentar la masa muscular” (46,4%, vs. el 8,5% de las mujeres, χ^2 de Pearson = 113,919; p<0,001).

En cuanto a la duración de las dietas que llevaron a cabo (figura 25), mayoritariamente la realizaron durante 1-3 meses (26,8%). Al comparar por sexo, se apreciaba una diferencia estadísticamente significativa cuando la duración de la dieta era inferior a un mes, siendo más predominante en mujeres que en hombres (29,8%, vs. 14,0%, χ^2 de Pearson = 14,801, p<0,001).

Figura 25. Distribución de participantes según la duración de las dietas realizadas



Porcentaje de participantes determinado a partir de las personas que afirmaban haber intentado y/o realizado una dieta. * indica diferencias entre hombres y mujeres (χ^2 de Pearson, p<0,05).

Respecto a quién determinaba la duración de la dieta, mayoritariamente lo decidían ellos mismos (35,4%), o reconocían que la habían interrumpido antes de tiempo porque no eran capaces de seguirla (35,5%). Un 11,4 % afirmó que seguía las indicaciones de un profesional y, finalmente, un 19,9% reconoció iniciar dietas continuamente y seguirlas por un período breve de tiempo. Al comparar por sexo, se observaban ciertas diferencias. Por una parte, se observaba que los hombres tendían a determinar ellos mismos la duración de la dieta (45,2% frente al 33,6% de las mujeres, χ^2 de Pearson = 6,514; p = 0,011). Y por otra, que las mujeres, de forma más habitual, solían iniciar continuamente

una dieta de corta duración (23,4% frente al 8,9% de los hombres, χ^2 de Pearson = 14,577; $p < 0,001$).

5.1.4 Valores antropométricos

La mediana de altura fue de 169 cm (164 cm las mujeres y 178 cm los hombres). Respecto al peso, la mediana global fue de 62 kg (58 kg las mujeres y 72 kg los hombres). La mediana de IMC en mujeres fue de 21,4 kg/m² (rango intercuartílico 19,6-23,7 kg/m²), y en hombres 22,7 kg/m² (rango intercuartílico 20,9-24,7 kg/m²), con diferencias significativas entre sexos (U-Mann Whitney = 343546,0; $p < 0,001$). Según la clasificación de la OMS, estos resultados estarían dentro del rango de normopeso. Sin embargo, el rango de valores de IMC osciló entre un mínimo de 14 kg/m² (bajo peso) y un máximo de 44 kg/m² (obesidad tipo III mórbida). La tabla 32 muestra la distribución de la muestra según el IMC.

Al analizar por sexo se apreciaron diferencias en la clasificación según el IMC (χ^2 de Pearson = 36,083; $p < 0,001$), destacando que el porcentaje de bajo peso en las mujeres casi triplicaba al de los hombres (12,1% vs. 4,4%). En cambio, la prevalencia de exceso de peso (sobrepeso y obesidad) era superior en hombres que en mujeres (21,2% vs. 16,0%).

Tabla 32. Distribución de la muestra según el IMC

Categoría IMC		Todos	Mujeres	Hombres
Peso insuficiente (%)		9,4	12,1	4,4
Normopeso (%)		72,8	71,9	74,4
Sobrepeso (%)	Grado I	8,8	7,6	11,0
	Grado II	5,7	5,3	6,5
Obesidad (%)	Grado I	2,5	2,3	3,0
	Grado II	0,6	0,6	0,6
	Grado III (mórbida)	0,2	0,2	0,1
	Grado IV	0,0	0,0	0,0

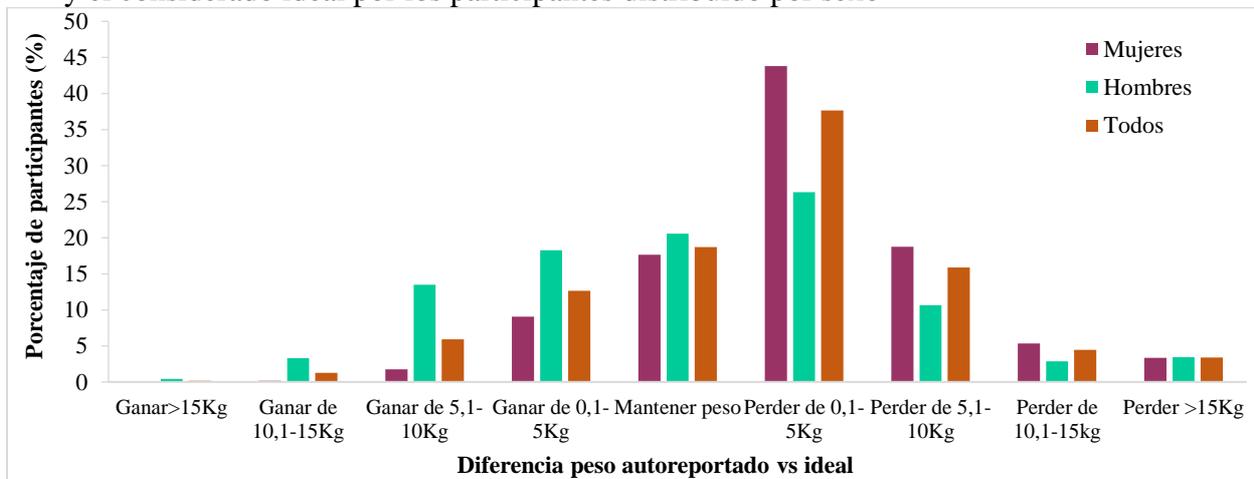
Los resultados se expresan como el porcentaje de participantes en cada categoría según la clasificación por el IMC. $p < 0,05$ diferencias significativas entre hombres y mujeres (χ^2 de Pearson).

5.1.5 Satisfacción corporal

Al preguntar por cuál consideraban que sería su peso ideal, la mediana de las valoraciones fue de 60 kg, lo que representa una mediana de 2,5 kg inferior al peso real autoreportado (RI 0 a 5 kg). Estos valores se traducirían en un IMC ideal de 21,2 kg/m² (RI 19,6 - 22,9 kg/m²). De forma general, un 18,7% consideraba que tenía el peso ideal, un 20,0% aumentaría de peso, y el 61,3% restante consideraba que debería perder peso para llegar al considerado ideal. Es destacable que un 9,2% de los estudiantes consideró que el peso ideal para su altura era tener un peso insuficiente, es decir, correspondiente a un IMC inferior a 18,5 kg/m². Por otra parte, un 5,7% consideró que su peso ideal era tener sobrepeso, concretamente, un 4,7% sobrepeso grado I y el 1,0% restante sobrepeso grado II.

En la comparación por sexo respecto al peso que cada participante consideraba como ideal, se hallaban diferencias significativas, (U-Mann Whitney = 298063,00; p<0,001). Si se divide la muestra según si la comparación resulta en aumentar, mantener o perder peso, en ambos sexos el mayor porcentaje se concentraba en perder peso. No obstante, la proporción de mujeres que consideró que debía perder peso para lograr el peso ideal era mayor (71,4% frente al 43,2% de los hombres). En contraposición, en los hombres el porcentaje que consideraba que debería ganar peso era mayor (36,2% frente al 11,0% de las mujeres). En la figura 26 se muestra la distribución de participantes según la diferencia de peso autoreportado e ideal.

Figura 26. Distribución de participantes según la diferencia entre peso autoreportado y el considerado ideal por los participantes distribuido por sexo



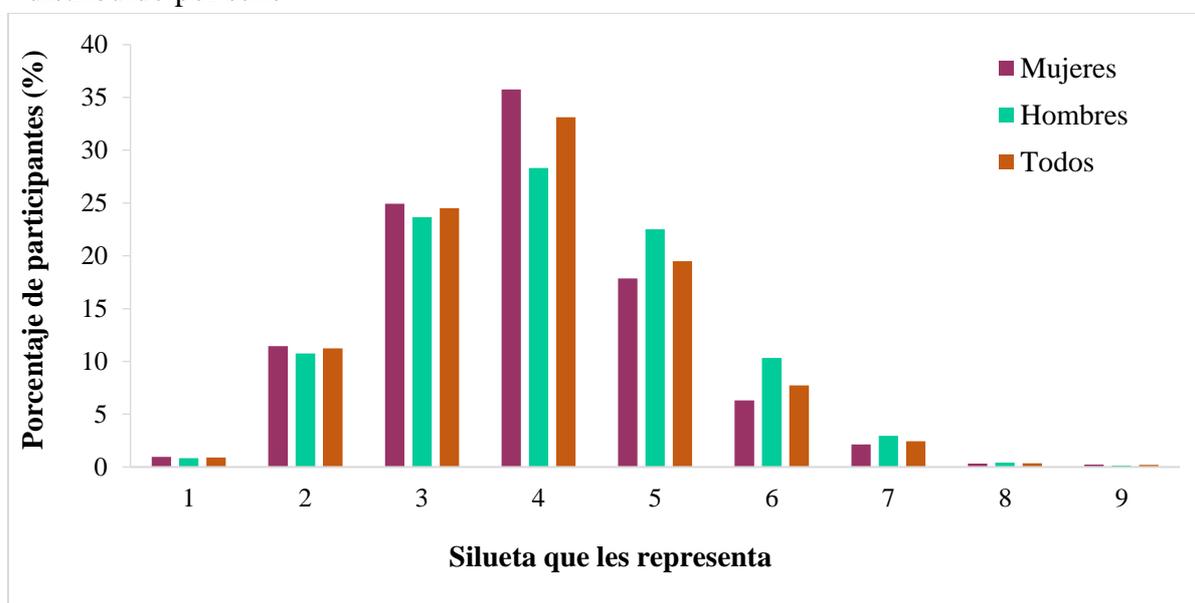
Los resultados se expresan como el porcentaje de participantes que presentan estos rangos de diferencia entre el peso propio y el ideal. p<0,05 existen diferencias significativas entre hombres y mujeres (χ^2 de Pearson).

Al analizar la satisfacción corporal de los participantes distribuidos por curso académico, no se hallaron diferencias (Kruskal Wallis Test, Chi-Square = 3,511; p = 0,319).

Al calcular el IMC con el peso considerado ideal, se obtuvo que la mediana del IMC en los hombres ascendía ligeramente, de 22,7 kg/m² a 22,8 kg/m² (RI 20,9-24,7 kg/m²). En cambio, en las mujeres descendía de 21,4 kg/m² a 20,3 kg/m², (RI 19,1-21,7 kg/m²). Con los resultados obtenidos respecto al peso considerado ideal, se observó un mayor porcentaje de mujeres que consideraba que el peso ideal para su altura era tener un peso insuficiente, 13,7% frente al 1,2% de los hombres. En cambio, en los hombres había un mayor porcentaje que consideró que el peso ideal era tener sobrepeso u obesidad, 11,1% frente al 2,9% en mujeres.

Resultados similares se encontraron al valorar la satisfacción corporal mediante el test de las siluetas (figura 27). La silueta 4 fue la más seleccionada, concretamente por un 33,1% de los participantes, seguido de las siluetas 3 y 5, con el 24,5% y 19,5% respectivamente. Tendencia similar se encontró al analizarlo por sexo.

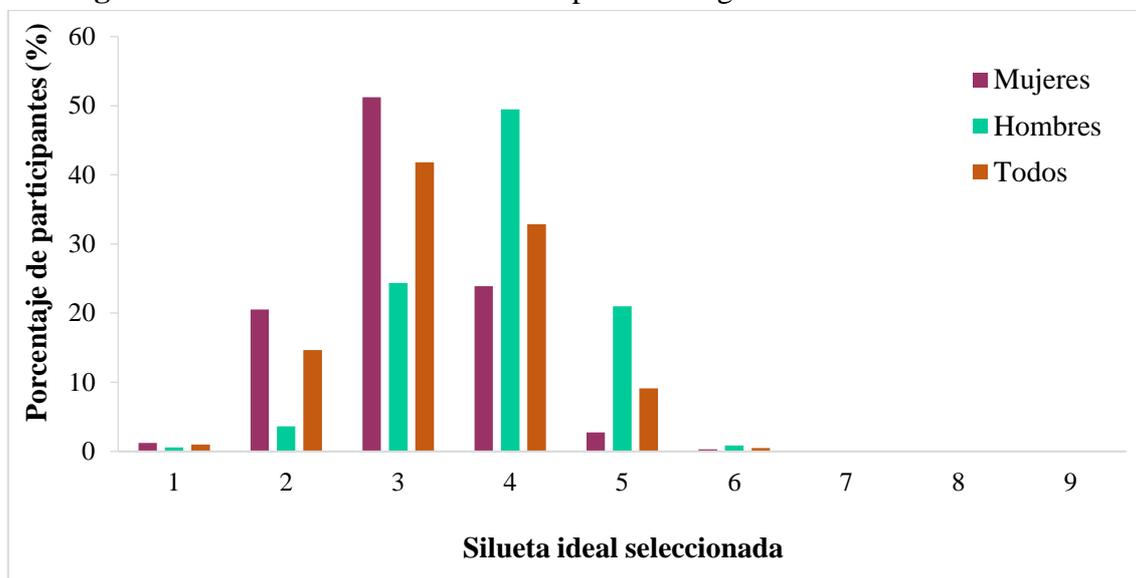
Figura 27. Clasificación de la muestra según la silueta que les representaba distribuido por sexo



Los resultados se expresan con el porcentaje de participantes que seleccionaron esa silueta como que les representaba según el test de las figuras de Stunkard, representada en la figura 2 (página 87).

Al preguntar por la silueta ideal (figura 28), la silueta 3 fue la más elegida (41,8% de la muestra). Al analizarlo por sexo, las mujeres prefirieron mayoritariamente la silueta 3 (51,2%) y los hombres la silueta 4 (44,5%).

Figura 28. Clasificación de la muestra por sexo según silueta ideal seleccionada



Los resultados se expresan con el porcentaje de participantes que seleccionaron esa silueta como ideal, según el test de figuras de Stunkard representado en la figura 2.

La discrepancia entre siluetas, la que les representaba versus la que les gustaría tener, representa la insatisfacción corporal. Dentro del cálculo de la insatisfacción, se considera que, a mayor discrepancia entre siluetas, menor satisfacción corporal. En este sentido, el 31,4% de los participantes estaba satisfecho con su cuerpo (mayor porcentaje que el obtenido mediante la discrepancia de pesos), mientras que el 68,6% presentó insatisfacción. Dentro de estos últimos, el 5,8% por querer aumentar de peso (seleccionaron una silueta ideal de gradación superior a la que les representaba), y el 62,8% restante por querer perder peso (escogieron una silueta ideal de gradación inferior a la que les representaba). Como se puede observar en la tabla 33, había participantes con muy poca satisfacción corporal, caracterizada por una discrepancia mayor o igual a tres siluetas (4,0% de la muestra). En relación con el análisis por sexo, se observaron diferencias significativas entre hombres y mujeres ($p = 0,029$), con mayores porcentajes de insatisfacción corporal entre las mujeres. Asimismo, dentro de la insatisfacción había tendencias diferentes. Las mujeres indicaron preferir siluetas de gradaciones inferiores a las que les representaba (62,8% vs. 38,6% de los hombres), mientras que los hombres escogieron siluetas de gradaciones superiores (25,2% vs. 5,8% de las mujeres).

Tabla 33. Satisfacción corporal de los participantes del estudio según la silueta propia y la deseada

Diferencia entre silueta propia e ideal	Todos	Mujeres	Hombres	χ^2 de Pearson (p)
Descienden 3 o más siluetas (%)	3,5	4,4	2,0	4,773 (0,029)
Descienden 2 siluetas (%)	14,9	16,8	11,3	
Descienden 1 silueta (%)	35,8	41,6	25,3	
Mantienen la silueta (%)	33,2	31,4	36,3	
Aumentan 1 silueta (%)	9,2	5,2	16,5	
Aumentan 2 o más siluetas (%)	3,4	0,6	8,6	

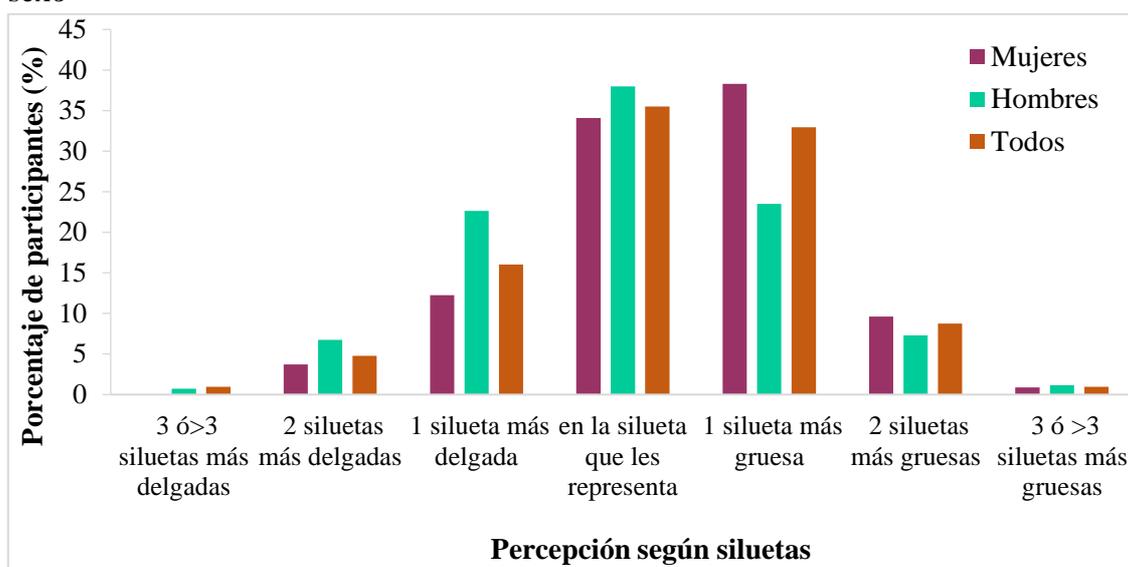
Los resultados se expresan como el porcentaje de participantes según la diferencia entre la silueta propia y la deseada. $p < 0,05$ indica diferencias significativas entre hombres y mujeres (χ^2 de Pearson).

Al evaluar la satisfacción corporal según el curso académico de los estudiantes, no se hallaron diferencias (χ^2 de Pearson = 6,222; $p = 0,399$).

En cuanto a la percepción corporal calculada con la discrepancia entre el IMC autoreportado y la silueta seleccionada que les representaba, se obtuvo que un 35,5% de la muestra no tenía alteración en la percepción corporal, pero el 64,5% restante tenía alguna alteración. En concreto, el 21,8% se veía más delgado de lo que estaba, mientras que el 42,7% restante se veía más grueso. No había diferencias en cuanto a la presencia de alteración en la percepción corporal entre sexos (χ^2 de Pearson = 2,895; $p = 0,089$). No obstante, si se tenía en cuenta como se percibían, es decir, si se veían más delgados o gruesos, entonces se encontraban diferencias (χ^2 de Pearson = 66,122; $p < 0,001$). Se puede observar en la figura 29, como las mujeres tenían la tendencia a percibirse más gruesas de lo que estaban, mientras que los hombres se veían más delgados.

Figura 29. Clasificación de la muestra según la percepción corporal distribuido por

sexo



Los resultados se expresan como el porcentaje de participantes según el cálculo de alteración corporal realizado. $p < 0,05$ existen diferencias significativas entre hombres y mujeres (χ^2 de Pearson).

5.1.6 Conductas relacionadas con TCA

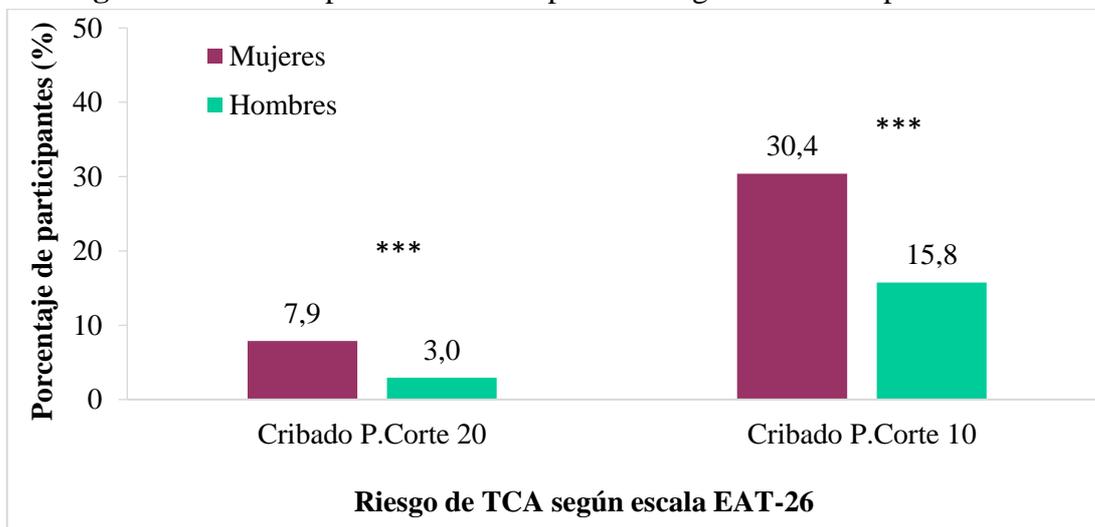
La mediana de la puntuación EAT-26 fue de 5 puntos con un RI de 3 - 10 puntos. Al considerar el punto de corte en 20 puntos había 123 personas con riesgo de tener un TCA, lo que representa a un 6,1 % de la muestra (IC 95% 5,1 - 7,2%). La mediana de edad de las personas con riesgo de TCA fue de 20 años (RI 19 - 22), la edad de los participantes con riesgo no era diferente al del conjunto de los participantes.

Los participantes en el estudio se clasificaron según el grado de riesgo dependiendo de la puntuación obtenida en el cuestionario EAT-26: sin riesgo (puntuación menor a 10), con bajo riesgo (puntuación entre 10 - 19 puntos), con riesgo moderado (puntuación entre 20 - 29 puntos) y con elevado riesgo (puntuaciones superiores a 30). Se obtuvo que del 25,2% de personas con riesgo de TCA, el 19,0% (IC 95% 17,3 - 20,8%) tenía un riesgo bajo, el 3,9% (IC 95% 3,1 - 4,8%) tenía un riesgo moderado, y el 2,2% (IC 95% 1,6 - 2,8%) tenía un riesgo elevado.

Al analizar por sexo, se obtenía que 102 mujeres y 21 hombres daban positivo en el cribado de TCA cuando se consideraba el valor 20 como punto de corte. Como se puede apreciar en la figura 30 había diferencias estadísticamente significativas al comparar la

prevalencia en hombres y en mujeres (χ^2 de Pearson = 19,393; $p < 0,001$). Si se baja el punto de corte a 10, los casos positivos ascendían a 393 mujeres y 112 hombres. Las mujeres tenían una mayor prevalencia de riesgo, más concretamente, se encontraron 2,81 (IC 95% 1,74 – 4,54) veces más casos de mujeres con riesgo TCA.

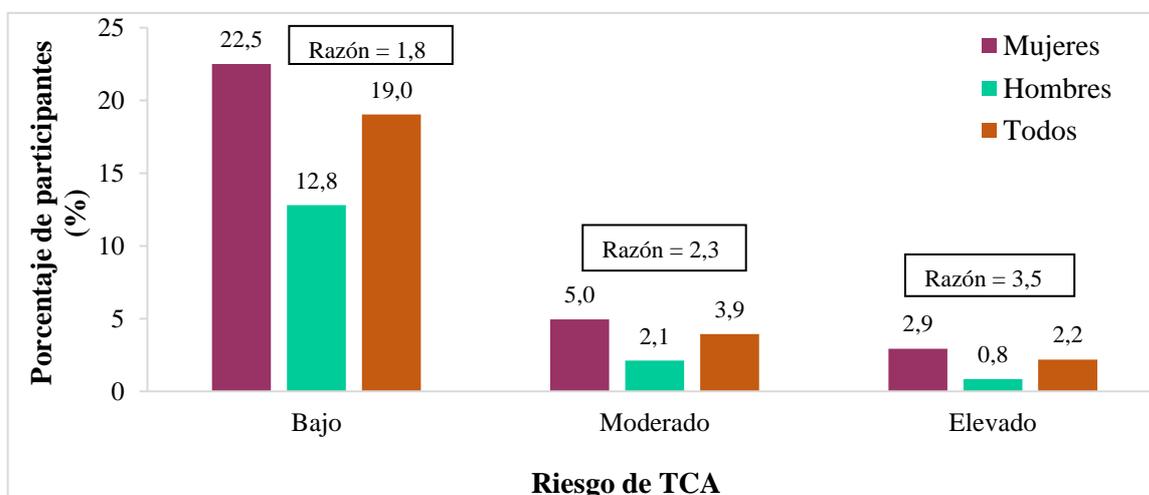
Figura 30. Cribado positivo de TCA por sexo según diferentes puntos de corte



Porcentajes expresados, respectivamente, sobre el número de mujeres y de hombres participantes. *** indica diferencias significativas entre hombres y mujeres (χ^2 de Pearson, $p < 0,001$).

Las diferencias obtenidas entre sexos se mantenían cuando se clasificaban los casos según la gravedad del riesgo (figura 31). Asimismo, a medida que aumentaba el riesgo, se observaba un aumento en la razón de mujeres respecto a los hombres.

Figura 31. Distribución de participantes según riesgo de TCA y sexo



Porcentajes expresados sobre el número de participantes (mujeres, hombres y todos respectivamente). $p < 0,05$ existen diferencias significativas entre hombres y mujeres (χ^2 de Pearson). Se ha considerado el punto de corte 10 del EAT-26.

En cuanto al riesgo de TCA analizado por curso académico (tabla 34), se observaron diferencias significativas, siendo los estudiantes de último curso los que presentaron menor riesgo (2,5%, χ^2 de Pearson = 9,794; p = 0,020).

Tabla 34. Riesgo de TCA por curso académico.

Curso académico	Sin riesgo de TCA (%)	Con riesgo de TCA (%)	χ^2 de Pearson (p)
Primero	93,5	6,5	9,794 (0,020)
Segundo	93,7	6,3	
Tercero	92,1	7,9	
Cuarto	97,5	2,5	

Los resultados se expresan como el porcentaje de participantes de cada curso con y sin riesgo de TCA. p<0,05 indica diferencias por curso académico (χ^2 de Pearson).

Por otro lado, tal como se muestra en la tabla 35, la prevalencia de riesgo de TCA obtenida coincide con la prevalencia estandarizada por rama de conocimiento.

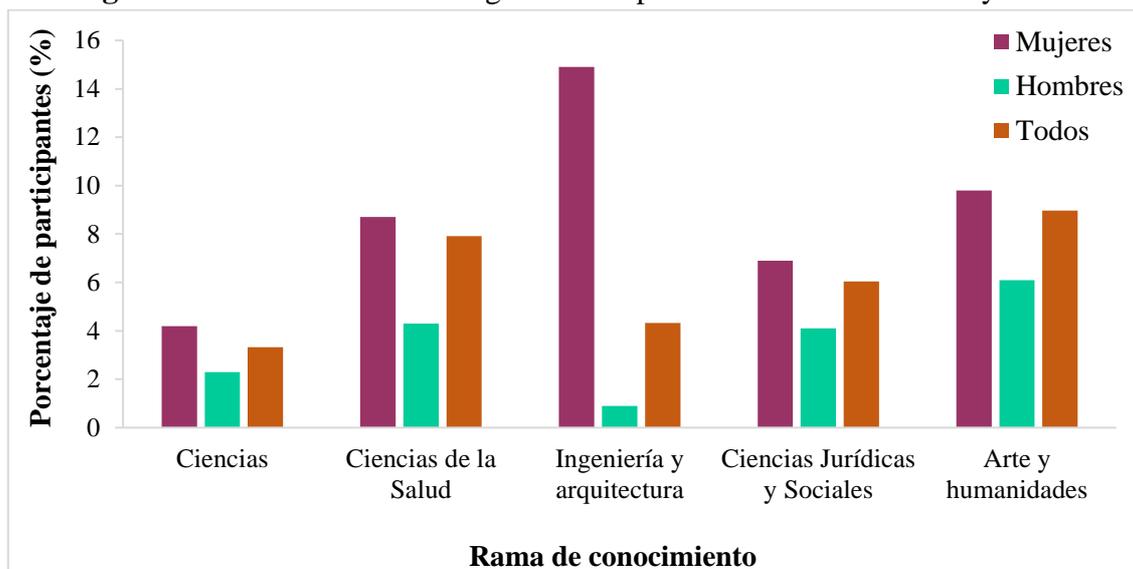
Tabla 35. Prevalencia de población con riesgo de TCA estandarizada por rama de conocimiento

Rama de conocimiento	Prevalencia en la muestra (%)	Ponderación	Prevalencia estandarizada
Ciencias	3,32	0,087	0,289
Ciencias de la Salud	7,91	0,135	1,068
Ingeniería y Arquitectura	4,32	0,136	0,583
Ciencias Sociales y Jurídicas	6,04	0,551	3,328
Arte y Humanidades	8,97	0,092	0,825
Total			6,093

Los resultados se expresan como porcentaje de participantes. La ponderación se obtiene del porcentaje en la población real.

Al comparar el riesgo de TCA por rama de conocimiento las diferencias que se observaban (χ^2 de Pearson = 10,278; p = 0,036), desaparecían al considerar el sexo (χ^2 de Pearson = 5,882; p = 0,208 en hombres y χ^2 de Pearson = 8,894; p = 0,064 en mujeres) (figura 32).

Figura 32. Distribución del riesgo de TCA por rama de conocimiento y sexo

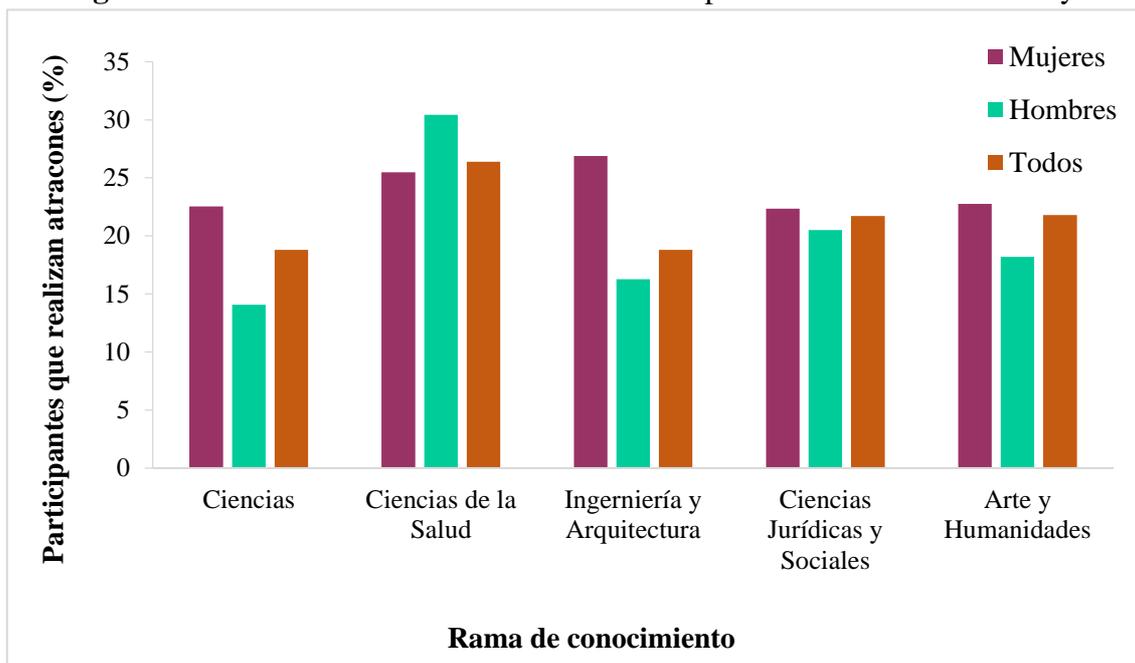


Los resultados se expresan en porcentaje de participantes que obtienen riesgo según EAT-26 con el punto de corte en 20.

Respecto a la realización de atracones, la prevalencia fue del 22,2%. Al comparar por sexo, se obtuvieron diferencias estadísticamente significativas (χ^2 de Pearson = 5,071; $p = 0,024$), siendo las mujeres las que los realizaban con mayor prevalencia (23,6% frente al 19,3% de los hombres).

Al comparar por rama de conocimiento, no se observaron diferencias en la realización de atracones (χ^2 de Pearson = 8,829; $p = 0,066$). No obstante, si se analizaba considerando también la variable sexo (figura 33), se observaron diferencias en los hombres (χ^2 de Pearson = 11,076; $p = 0,026$), siendo los que cursaban la rama de ciencias de la salud los que más llevaban a cabo esta acción (30,4%), y esta rama era la única en la que la frecuencia en los hombres superaba a la de las mujeres. Si se compara por curso académico, no se observaron diferencias en la realización de atracones (χ^2 de Pearson = 2,618; $p = 0,454$).

Figura 33. Realización de atracones distribuido por rama de conocimiento y sexo

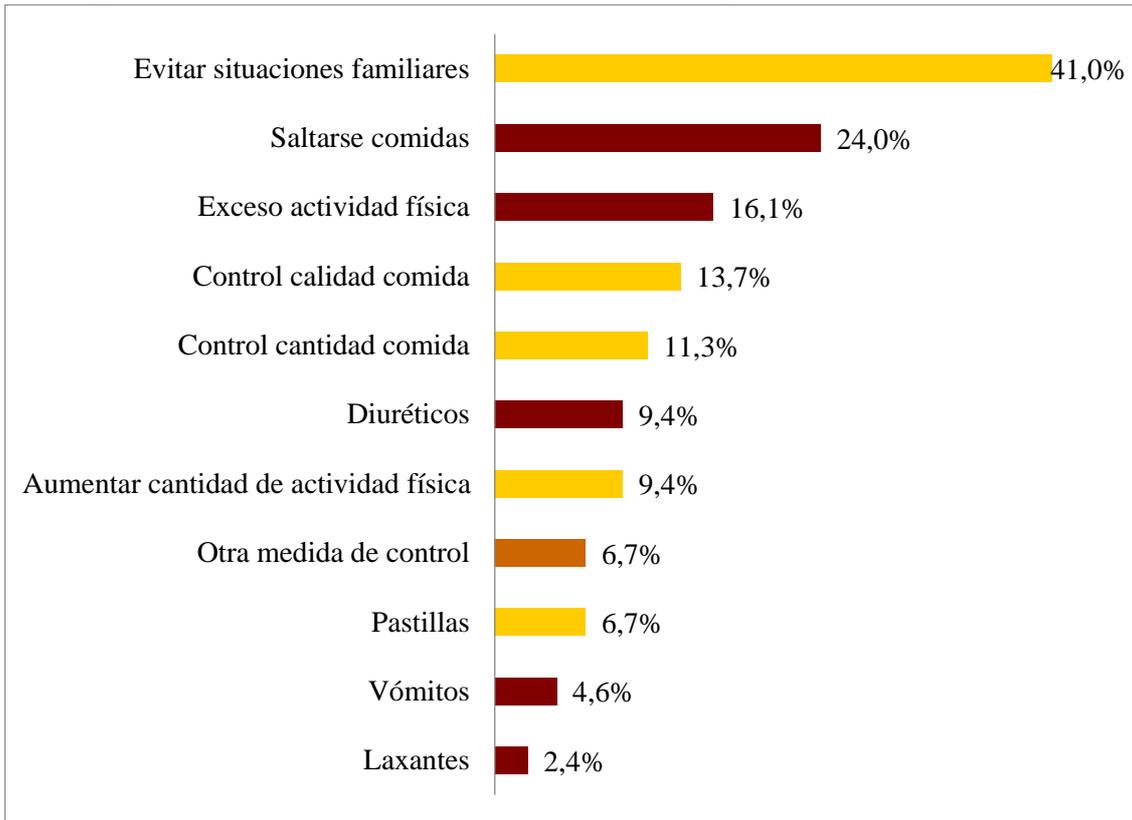


Los resultados se expresan en porcentaje de participantes que informaron realizar atracones.

Respecto a la frecuencia de atracones, la mediana fue de un atracón a la semana, rango intercuartílico de un atracón cada quince días a uno y medio a la semana, con valores extremos que llegaban a un atracón por día. Si se comparaba por sexo, la mediana de atracones a la semana fue superior en las mujeres, con un atracón a la semana mientras que la mediana de los hombres fue de 0,75 atracones semanales (aproximadamente un atracón cada 9 días), pero sin diferencias significativas (U-Mann Whitney = 17547,50; $p = 0,367$).

Al preguntar si realizaban o habían realizado alguna conducta para controlar el peso y/o forma corporal durante el último año, el 19,3% (IC 95% 7,5-21,0%) de los estudiantes manifestó haber realizado alguna de estas acciones. Entre los participantes que realizaban o habían realizado alguna conducta de control de peso, el 42,9%, que representaba el 7,0% del total de los participantes en el estudio, recurría a alguna conducta como el uso de laxantes, diuréticos, autoprovoarse el vómito, saltarse comidas o realizar un exceso de actividad física. En la figura 34 se puede ver que la medida de control de peso que realizaban con mayor frecuencia fue evitar situaciones relacionadas con comidas con amistades, familiares... (41,0%).

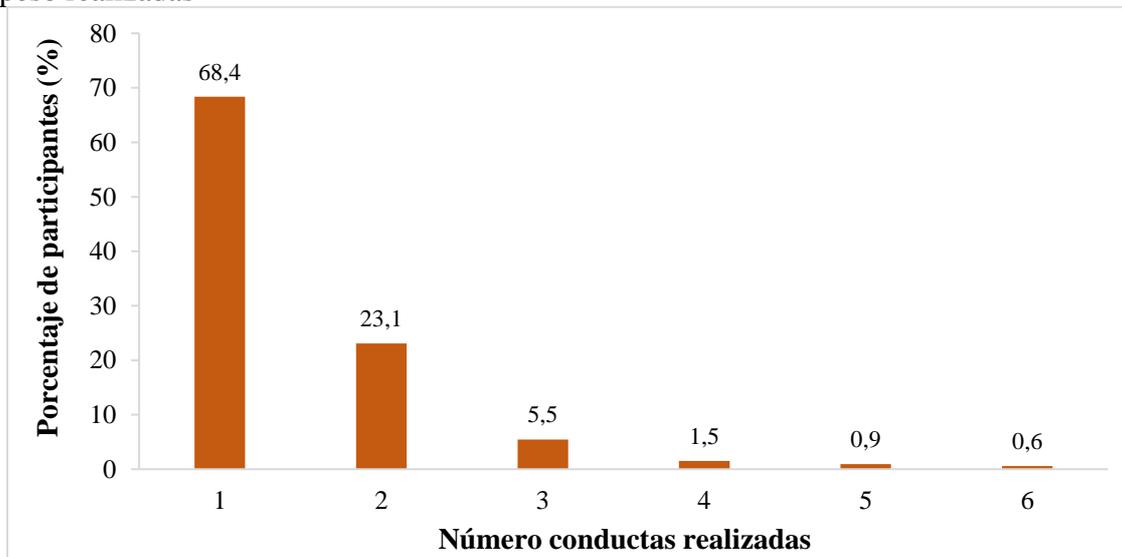
Figura 34. Prevalencia de conductas de control de peso



Los resultados se expresan sobre el número de participantes que realizaba alguna conducta de control de peso. En color marrón oscuro se marcan las conductas consideradas agresivas.

Destacar que hay personas que realizaban más de una conducta de control de peso, incluso había participantes que practicaban hasta seis acciones (figura 35).

Figura 35. Porcentaje de participantes según el número de conductas de control de peso realizadas



Porcentajes expresados sobre el número de participantes que realizaba alguna conducta de control de peso.

Si se comparaba por sexo, se observaban diferencias significativas (χ^2 de Pearson = 11,590; $p = 0,001$), siendo las mujeres las que recurrían con mayor frecuencia a realizar conductas de control de peso (21,5% vs. 15,2%). De hecho, se observaba que las mujeres tenían una Odds Ratio de 1,528 (IC 95 % 1,196 - 1,952) respecto a los hombres.

Al analizar cada una de las conductas por separado, se obtuvo que, en general, el porcentaje de mujeres que realizaba cada conducta agresiva era superior al de hombres (tabla 36), a pesar de que solo se encontraban diferencias significativas en el uso de diuréticos ($p = 0,031$), autoprovocarse el vómito ($p = 0,045$) y evitar situaciones de comida ($p = 0,044$).

Tabla 36. Realización de conductas de control de peso distribuido por sexo

Conducta	Mujeres (n = 276)	Hombres (n = 107)	χ^2 de Pearson (p)
Uso de laxantes (%)	3,5	0,0	3,479 (0,062)
Uso de diuréticos (%)	11,7	4,1	4,665 (0,031)
Autoprovocarse el vómito (%)	6,1	1,0	4,017 (0,045)
Pastillas (%)	6,9	6,1	0,71 (0,789)
Saltarse comidas (%)	26,8	17,4	3,398 (0,065)
Evitar situaciones de comida (%)	44,6	32,7	4,051 (0,044)
Exceso de actividad física (%)	18,2	11,2	2,465 (0,116)
Control cantidad de alimentos (%)	10,8	12,2	0,139 (0,709)
Control tipo de alimentos (%)	13,0	15,3	0,313 (0,576)
Hacer ejercicio (%)	7,8	13,3	2,415 (0,120)

Los resultados expresan el porcentaje de mujeres y hombres que realizaban esa acción concreta considerando solo los participantes que realizaban o habían realizado alguna acción; $p < 0,05$ diferencias significativas entre hombres y mujeres (χ^2 de Pearson).

Si se analizaba, en general, la realización de conductas por curso académico (tabla 37), se apreciaban diferencias significativas (χ^2 de Pearson = 11,697; $p = 0,008$), siendo los estudiantes de primer curso los que más recurrían a estas acciones (22,9%).

Tabla 37. Realización de conductas de control de peso por curso académico.

Curso académico	Conductas control de peso		χ^2 de Pearson (p)
	Sí (%)	No (%)	
Primero	22,9	77,1	11,697 (0,008)
Segundo	19,0	81,0	
Tercero	16,4	83,6	
Cuarto	15,1	84,9	

Los resultados se expresan como el porcentaje de participantes de cada curso que recurrían o no a estas conductas. $p < 0,05$ indica diferencias entre cursos académicos (χ^2 de Pearson).

Si se analiza por la acción llevada a cabo, únicamente se hallaban diferencias significativas entre cursos en saltarse comidas (χ^2 de Pearson 9,757; $p = 0,021$), siendo los de primer curso los que recurrían más a esta acción (31,0%), pero sin observarse una tendencia clara entre cursos (tabla 38).

Tabla 38. Tipo de conducta de control de peso llevada a cabo por curso académico.

Conducta control de peso	Curso académico				χ^2 de Pearson (p)
	Primero	Segundo	Tercero	Cuarto	
Uso de laxantes (%)	1,6	3,2	0,0	4,5	3,193 (0,363)
Uso de diuréticos (%)	8,7	11,6	11,5	2,3	3,582 (0,310)
Autoprovocarse el vómito (%)	6,3	5,3	3,3	0,0	3,337 (0,343)
Pastillas (%)	4,8	7,4	9,8	4,5	2,154 (0,541)
Saltarse comidas (%)	31,0	20,0	11,5	27,3	9,757 (0,021)
Evitar situaciones de comida (%)	43,7	43,2	41,0	27,3	3,977 (0,264)
Exceso de actividad física (%)	15,9	13,7	16,4	20,5	1,039 (0,792)
Control cantidad de alimentos (%)	10,3	10,5	11,5	15,9	1,107 (0,775)
Control tipo de alimentos (%)	13,5	17,9	9,8	11,4	2,374 (0,499)
Hacer ejercicio (%)	9,5	7,4	14,8	6,8	2,826 (0,419)

Los resultados se expresan como el porcentaje de participantes de cada curso que recurrían a cada conducta en concreto. $p < 0,05$ indica diferencias entre cursos académicos (χ^2 de Pearson).

En cuanto a la frecuencia de la realización de estas acciones, variaba según la conducta realizada (tabla 39). No obstante, lo más habitual era llevarlas a cabo una vez al día como es el caso del uso de diuréticos, tomar pastillas para adelgazar, saltarse comidas o autoproducirse el vómito. En cuanto a la duración de estas acciones, es decir, durante cuánto tiempo realizaron o llevaban realizando estas acciones, también dependía en gran medida de la conducta de control de peso que llevaban a cabo. No obstante, lo más habitual fueron unos 2-3 meses en todas las conductas, excepto en autoprovocarse el vómito, acción que solían realizar desde hacía más tiempo (mediana 10,5 meses).

Tabla 39. Frecuencia semanal de realización de conductas control de peso y duración

Conducta control de peso	Frecuencia semanal			Duración (meses)
	Todos	Mujeres	Hombres	Todos
Uso de laxantes	2,5 (1-7)	2.5 (1-7)	0	1 (0,5-1)
Uso de diuréticos	7 (4-7)	7 (4-7)	5 (1-7)	1 (3-12)
Vómitos	3 (2-11)	3(2-12)	5 (5-5)	10,5 (6-24)
Pastillas	8 (6-18)	7 (7-14)	14 (7-21)	2 (1-3,5)
Saltarse comidas	3,5 (2-7)	4 (2-7)	3 (1-7)	3 (1-12)
Evitar situaciones de comida	-	-	-	3 (1-7)
Exceso actividad física	4 (1-5)	4 (1-5)	5 (1-5)	2,5 (1-9)
Control cantidad	4,5 (1-7)	5 (1-7)	4 (1-6)	2,5 (1-7)
Control tipo alimentos	5 (1-7)	5,5 (1-7)	3 (1-7)	3 (2-12)
Realizar deporte	5 (4-7)	6 (4-7)	4 (4-5)	4,5 (3-8)

Frecuencia y duración de las conductas de control de peso expresado en mediana (rango intercuartílico).

Por otra parte, al preguntar específicamente por el uso del tabaco como método para disminuir el apetito, un 12,7% de los que consumían tabaco durante el estudio lo hacían con ese objetivo. Las mujeres eran más propensas a usar este método (13,6% frente al 10,9% de los hombres), aunque no se observaron diferencias significativas (χ^2 de Pearson = 0,471; p = 0,493).

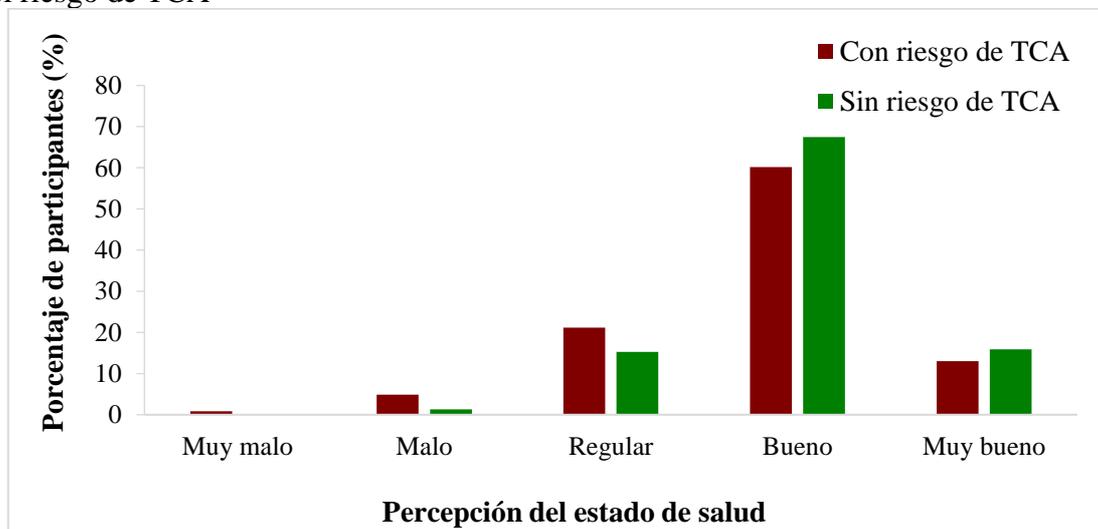
5.2 Comparativa según riesgo de TCA

5.2.1 Estado de Salud y calidad de vida percibida según riesgo TCA

Las personas con riesgo de TCA, caracterizadas por un valor del EAT-26 superior a 20 puntos, tenían más antecedentes médicos personales, con diferencias significativas (27,6% las personas con riesgo vs. 14,1% sin riesgo de TCA, χ^2 de Pearson = 16,553; $p < 0,001$). De hecho, la Odds Ratio fue de 2,321 (IC 95% 1,531- 3,513). Mismos hallazgos se encontraron al analizar el EAT-26 como variable cuantitativa (U-Mann Whitney = 209190,00; $p < 0,001$). Si se tiene en cuenta el sexo, estas diferencias únicamente se mantenían en las mujeres (U-Mann Whitney = 97824; $p < 0,001$ vs. U-Mann Whitney = 21985,00; $p = 0,397$ en hombres).

Analizando la percepción del estado de la salud (figura 36), se evidenció que las personas con riesgo de TCA percibían su estado de salud como peor (χ^2 de Pearson = 17,924; $p = 0,001$).

Figura 36. Distribución de participantes según la percepción del estado de salud y el riesgo de TCA



$p < 0,05$, existen diferencias entre participantes con riesgo y sin riesgo de TCA (χ^2 de Pearson). Los porcentajes se expresan sobre el número de participantes con y sin riesgo.

Resultados similares se encontraron al analizar la variable EAT-26 como numérica (tabla 40), con una mayor puntuación en el EAT-26 en las personas que tenían una peor percepción del estado de salud ($p < 0,001$). Si se tiene en cuenta el sexo, se observaba como estas diferencias obtenidas persistían en las mujeres ($p < 0,001$), mientras que en los hombres no existían diferencias.

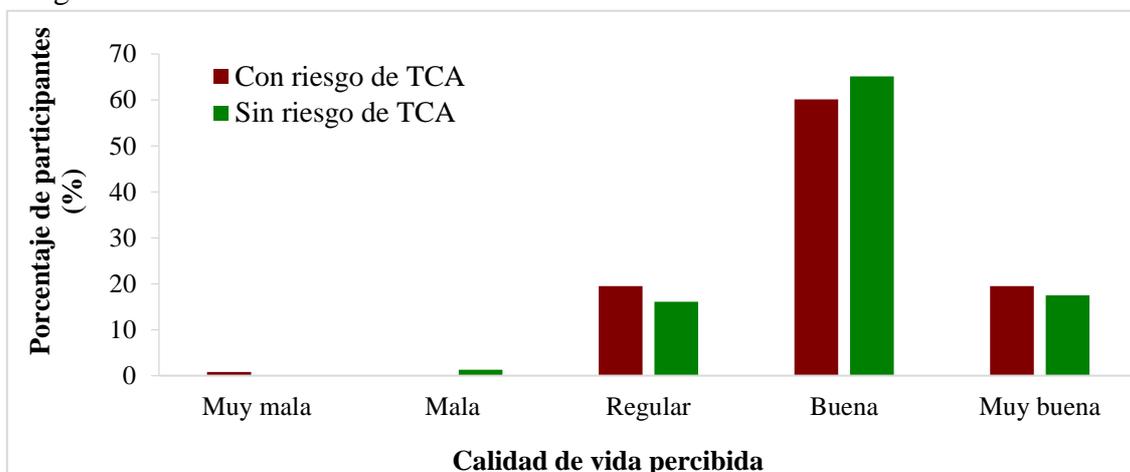
Tabla 40. Puntuación EAT-26 según el estado de salud percibido

Estado de salud	Puntuación EAT-26		
	Todos	Mujeres	Hombres
Muy malo	16 (3-16)	35 (35-35)	9,5 (3-9,5)
Malo	9 (2-16,5)	12 (4-20)	4 (2-10)
Regular	6 (3-11)	7 (4-12)	4 (2-7)
Bueno	5 (3-9)	6 (3-10)	4 (2-7)
Muy bueno	5 (3-9)	5 (3-10)	5 (3-9)
Kruskal Wallis Test (p)	18,169 (<0,001)	22,516 (<0,001)	8,317 (0,081)

Los valores se expresan como mediana (rango intercuartílico) del EAT-26; $p < 0,05$ indica diferencias según el estado de salud percibido (Kruskal Wallis).

Al analizar la calidad de vida subjetiva según el riesgo de TCA, también se observaron diferencias significativas entre personas con riesgo y sin riesgo (χ^2 de Pearson = 9,813; $p = 0,044$). No obstante, no se observó una tendencia clara como en el caso de la salud percibida (figura 37).

Figura 37. Distribución de participantes según calidad de vida distribuida según el riesgo de TCA



$p < 0,05$, existen diferencias entre personas con riesgo y sin riesgo de TCA (χ^2 de Pearson). Los porcentajes se expresan sobre el número de participantes con y sin riesgo.

Si se analiza el EAT-26 como variable numérica, se observaba de forma más clara la tendencia de que a mayor puntuación, generalmente, había una peor calidad de vida percibida (tabla 41), con diferencias estadísticamente significativas ($p < 0,001$). Al examinarlo considerando el sexo estas diferencias solo persistían en las mujeres ($p < 0,001$).

Tabla 41. Puntuación EAT-26 según la calidad de vida percibida

Calidad de vida	Puntuación EAT-26		
	Todos	Mujeres	Hombres
Muy mala	22 (12-22)	22 (12-22)	-
Mala	6 (3-9)	7 (4-14)	3 (3-7)
Regular	7 (3-11)	8 (4-13)	4 (2-8)
Buena	5 (3-9)	6 (3-10)	4 (2-7)
Muy buena	5 (3-9)	5,5 (3-10)	4 (2-8)
Kruskal Wallis test (p)	23,622 (<0,001)	31,737 (< 0,001)	1,058 (0,787)

Los valores se expresan como la mediana (rango intercuartílico) del EAT-26; $p < 0,05$ indica diferencias en el EAT-26 según calidad de vida (Kruskal Wallis Test).

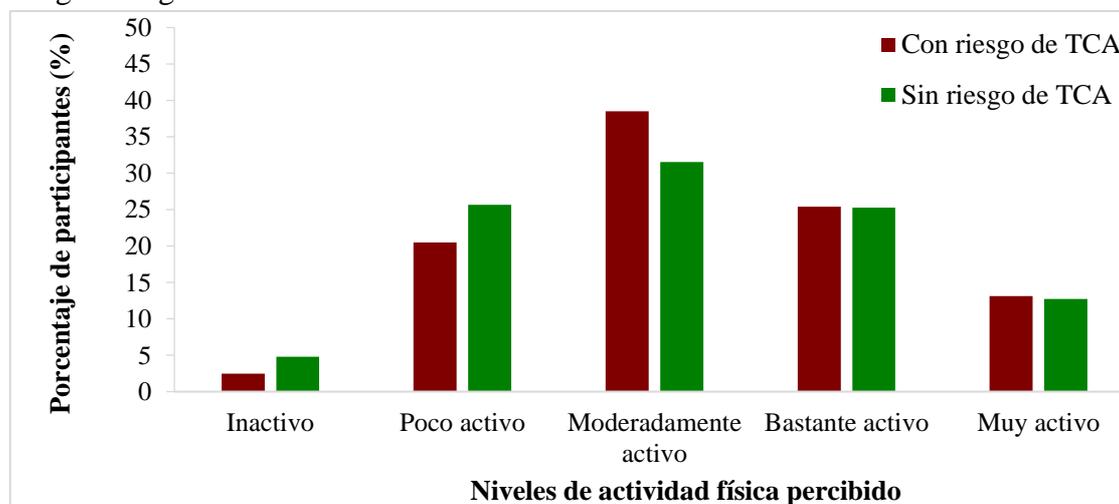
5.2.2 Estilos de vida según riesgo de TCA

5.2.2.1 Actividad física y riesgo TCA

Percepción del nivel de actividad física desarrollada

En función de la percepción del nivel de AF llevado a cabo, las personas con riesgo de TCA tendían a considerarse de forma general más activas (figura 38), pero sin diferencias significativas (χ^2 de Pearson = 4,322; $p = 0,364$).

Figura 38. Distribución de participantes según nivel de actividad física percibida según riesgo de TCA



Los porcentajes se expresan sobre el número de participantes con y sin riesgo. $p > 0,05$ no hay diferencias significativas entre personas con y sin riesgo de TCA (χ^2 de Pearson).

Tampoco se hallaron diferencias en la percepción de actividad física de forma general al analizar la variable EAT-26 como numérica ($p = 0,695$) (tabla 42). En cambio, al analizarlo segmentado por sexo, en los hombres se hallaron diferencias ($p = 0,016$), con una ligera tendencia a valores más elevados del EAT-26 a medida que aumenta la percepción de actividad física.

Tabla 42. Puntuación del EAT-26 según percepción del nivel de actividad física desarrollada

AF subjetiva	Todos	Mujeres	Hombres
Inactivo	6 (3-10)	6 (3-13)	3 (1-7)
Poco activo	5 (3-9)	6 (3-10)	4 (2-7)
Moderadamente activo	5 (3-9)	6 (3-11)	3 (2-6)
Bastante activo	5 (3-10)	6 (3-10)	5 (2-9)
Muy activo	5 (3-10)	7 (3-12)	4 (2-8)
Kruskal Wallis Test (p)	2,236 (0,695)	6,136 (0,189)	12,1232 (0,016)

Los valores se expresan como la mediana (rango intercuartílico) del EAT-26; $p < 0,05$ indica diferencias según nivel de actividad física subjetivo (Kruskal Wallis Test).

Nivel de actividad física desarrollada

Al analizar el tiempo destinado a realizar actividad física recogido mediante la herramienta IPAQ (tabla 43), se observaron diferencias significativas entre los participantes con riesgo de TCA y aquellos sin riesgo en los minutos totales de actividad física ($p = 0,019$) y en los METS-semana ($p = 0,028$), siendo las personas con riesgo de TCA las que reportaron mayores cantidades de actividad física realizada. Si se examina según la intensidad del ejercicio, únicamente se hallaron diferencias en la actividad física moderada ($p = 0,006$), con tiempos más prolongados en los participantes con riesgo de TCA.

Tabla 43. Niveles de actividad física distribuido por riesgo de TCA

		Tiempo (minutos)	U Mann-Whitney (p)
Actividad Física total	Con Riesgo	470 (270-829)	98332,50 (0,019)
	Sin Riesgo	400 (210-645)	
	Todos	410 (220-654)	
Actividad Física Intensa	Con Riesgo	90 (0-240)	103531,00 (0,135)
	Sin Riesgo	60 (0-225)	
	Todos	60 (0-225)	
Actividad Física moderada	Con Riesgo	90 (28-203)	96026,50 (0,006)
	Sin Riesgo	60 (0-150)	
	Todos	60 (0-175)	
Caminar	Con Riesgo	200 (90-366)	103961,00 (0,154)
	Sin Riesgo	150 (90-315)	
	Todos	151 (90-315)	
		Mets-h/semana	U-Mann Whitney (p)
Actividad Física total	Con Riesgo	36,3 (18,9-59,4)	99222,00 (0,028)
	Sin Riesgo	29,8 (14,3-53,0)	
	Todos	30,4 (14,6-53,2)	

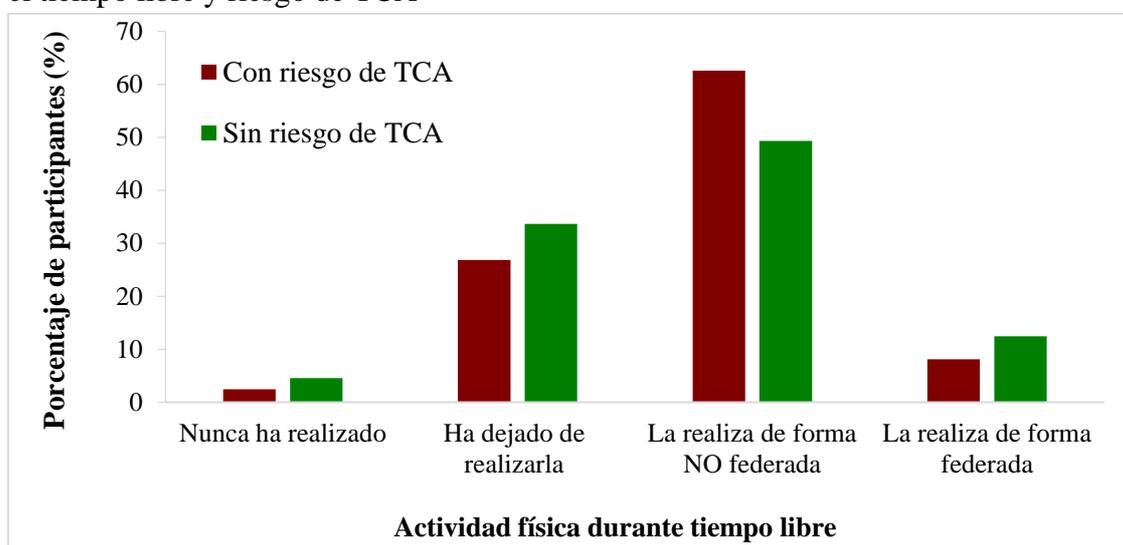
Los valores se presentan como la mediana (rango intercuartílico); $p < 0,05$ indica diferencias entre personas con riesgo y sin riesgo de TCA (U-Mann Whitney).

Al examinar el EAT-26 como variable numérica, se obtuvo una correlación muy débil entre la puntuación obtenida y el tiempo de realización de actividad física a la semanal (correlación de Spearman = 0,045; $p = 0,048$). Si se analiza el nivel de actividad física en METS-semana no se observó una correlación significativa (correlación Spearman = 0,039; $p = 0,082$). Al considerar la variable sexo en este análisis, en las mujeres únicamente se hallaron asociaciones débiles y significativas en la actividad física intensa o al analizar los METS-semana (correlación de Spearman = 0,106; $p < 0,001$ y correlación de Spearman = 0,061; $p = 0,031$, respectivamente). En cambio, en los hombres se obtuvieron correlaciones débiles y significativas tanto para la duración total

como al considerar cada intensidad (correlación de Spearman = 0,142; $p < 0,001$ para minutos totales a la semana; correlación de Spearman = 0,132; $p < 0,001$ en METS-semana; correlación de Spearman = 0,097; $p = 0,011$ en actividad física intensa; correlación de Spearman = 0,078; $p = 0,041$ en actividad física moderada y correlación de Spearman = 0,112; $p = 0,003$ en caminar).

Respecto a la realización de actividad física durante el tiempo libre, se observaba que un mayor porcentaje de personas con riesgo de TCA afirmaba llevarla a cabo (χ^2 de Pearson = 8,611; $p = 0,035$). La mayor diferencia se encontró en la realización de actividad física de forma no federada, como se puede apreciar en la figura 43.

Figura 43. Distribución de participantes según realización de actividad física durante el tiempo libre y riesgo de TCA



Los porcentajes se expresan sobre el número de participantes con y sin riesgo; $p < 0,05$, existen diferencias entre personas con riesgo y sin riesgo de TCA (χ^2 de Pearson).

Asimismo, se observaba que el porcentaje de personas que dejaron de hacer actividad física era superior en el grupo sin riesgo de TCA, lo que de alguna manera confirma que los participantes con riesgo eran los que se mantenían más activos.

Si se analiza la realización de actividad física durante el tiempo libre teniendo en cuenta el sexo, se aprecia que el porcentaje de personas que la realizaban era superior en el grupo con riesgo en ambos sexos (67,6% mujeres con riesgo vs. 56,0% sin riesgo de TCA, y en hombres 85,7% con riesgo vs. 71,8% sin riesgo de TCA), pero sin diferencias significativas. El porcentaje de hombres que realizaba AF en su tiempo libre era mayor, tanto en personas federadas como no federadas. No obstante, en ningún sexo se hallaron

diferencias estadísticamente significativas entre las personas con riesgo y sin riesgo de TCA (χ^2 de Pearson = 7,532; p = 0,057 en mujeres y χ^2 de Pearson = 2,227; p = 0,527 en hombres).

Las personas sin riesgo de TCA iniciaron a edades más tempranas la realización de actividad física, siendo los 6 años la mediana de edad (RI 5-12 años). En cambio, las personas con riesgo empezaron a hacer actividad física a la mediana de edad de 8 años (RI 5-15 años). La misma tendencia se observa en ambos sexos, siendo la mediana de 8 años en las mujeres con riesgo y 7 años en las mujeres sin riesgo. En los hombres, la mediana de edad de inicio de actividad física fue de 10 años en los participantes con riesgo y 6 años para los participantes sin riesgo.

Al preguntar por el número de sesiones que realizaban, el porcentaje de participantes con riesgo que realizaban más de dos sesiones de actividad física tendía a ser mayor que en el grupo sin riesgo de TCA (84,2% vs. 76,0%), pero sin diferencias significativas, (χ^2 de Pearson = 2,803; p = 0,094).

Motivos para la realización de actividad física

Al preguntar por los motivos por los cuáles realizaban actividad física, se hallaron diferencias significativas entre los participantes con y sin riesgo de TCA (tabla 44) en el motivo “por diversión”, el cual fue seleccionado por más personas sin riesgo de TCA (p<0,001) y el motivo “para mejorar la imagen corporal”, el cual fue más prevalente en el grupo con riesgo (p<0,001).

Tabla 44. Motivos por los cuales las personas realizaban actividad física según riesgo de TCA.

Motivos realización de actividad física	Con riesgo (n = 87)	Sin riesgo (n = 1155)	χ^2 de Pearson (p)
Competir (%)	17,3	27,0	3,015 (0,083)
Superarse (%)	50,6	47,9	0,222 (0,637)
Relacionarse (%)	22,2	25,6	0,444 (0,505)
Diversión (%)	43,2	71,1	27,486 (< 0,001)
Amistades (%)	4,9	8,5	1,237 (0,266)
Mejorar la imagen (%)	92,6	60,0	34,101 (<0,001)
Para estar en forma (%)	74,1	75,7	0,107 (0,744)
Liberar tensiones (%)	86,4	79,7	2,146 (0,143)
Beneficios para la salud (%)	75,3	74,4	0,030 (0,863)

Los resultados se expresan como el porcentaje de personas con y sin riesgo que eligieron esa opción; los participantes podían seleccionar más de una opción; $p < 0,05$ indica diferencias significativas entre participantes con riesgo de TCA y participantes sin riesgo de TCA (χ^2 de Pearson).

Si se analiza la variable EAT- 26 como numérica (tabla 45), se observa una tendencia similar en el motivo “por diversión”, obteniendo una puntuación menor en el EAT-26 las personas que seleccionaron este motivo (mediana de 5 puntos frente a los 7 puntos de las personas que no seleccionaron este motivo; $p < 0,001$), y en el motivo “para mejorar la imagen corporal”, con valores superiores en las personas que seleccionaron este motivo (mediana de 7 puntos frente a 4 puntos; $p < 0,001$). Además, se obtuvieron diferencias en los motivos “para superarme” y “por los beneficios que se obtienen para la salud”, con valores de EAT superiores en las personas que seleccionaron estos motivos, así como en el motivo “porque me gusta competir”, con valores superiores de EAT-26 en las personas que no seleccionaron este motivo.

Tabla 45. Puntuación del EAT-26 según selección motivos realización AF

Motivo	EAT-26		U-Mann Whitney (p)
	Personas que SÍ seleccionaron el motivo	Personas que NO seleccionaron el motivo	
Competir	4,5 (2-8)	6 (3-10)	118747,5 (< 0,001)
Superarse	6 (3-11)	5 (3-9)	165631,0 (0,011)
Relacionarse	5 (3-10)	5 (3-10)	133282,0 (0,466)
Diversión	5 (3-9)	7 (3-12)	123806,0 (< 0,001)
Amistades	6 (3-10)	6 (3-11)	49182,5 (0,092)
Mejorar la imagen	7 (3-12)	4 (2-6)	106211,0 (< 0,001)
Para estar en forma	5 (3-10)	5 (3-9)	126899,0 (0,184)
Liberar tensiones	5 (3-10)	4 (3-9)	106273,5 (0,059)
Beneficios para la salud	6 (3-10)	4 (2-9)	116359,5 (< 0,001)

Los valores se expresan como la mediana (rango intercuartílico) del EAT-26; $p < 0,05$ indica diferencias significativas en el valor del EAT-26 entre participantes que seleccionaron o no ese motivo (U-Mann Whitney).

Al comparar por sexo (tabla 46) únicamente se mantuvieron las diferencias significativas en ambos sexos en los motivos “para superarse”, “para mejorar la imagen corporal” y “por diversión”. En los motivos “para competir” y “por los beneficios de la salud” únicamente se observaron diferencias en los hombres.

Tabla 46. EAT-26 de los participantes distribuidos por sexo según los motivos por los cuales realizaban actividad física

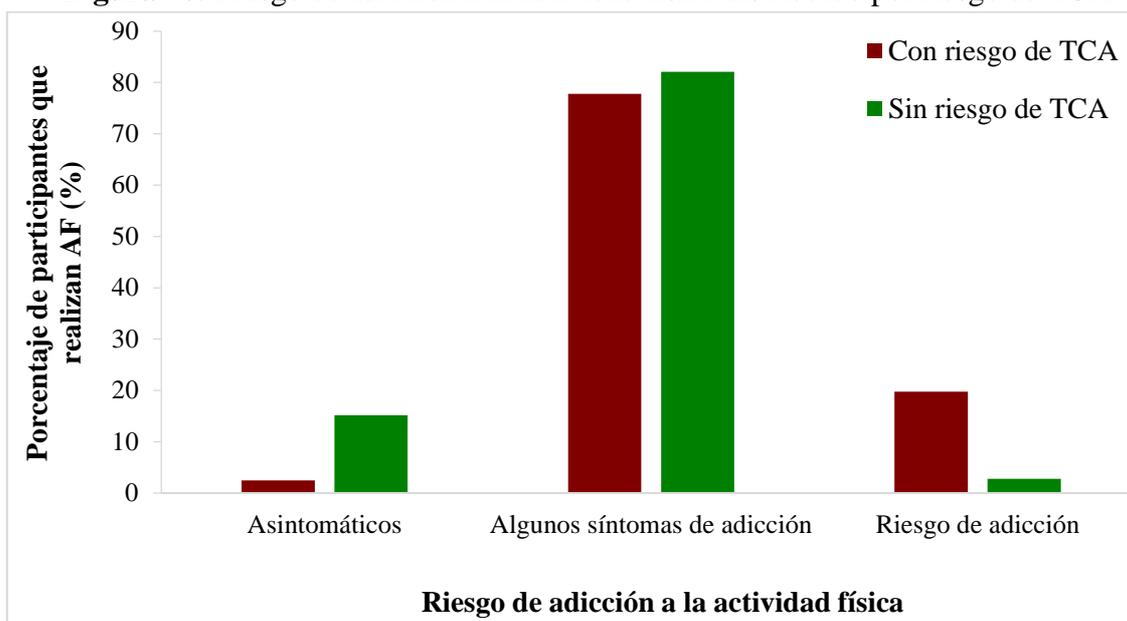
Motivo	Mujeres			Hombres		
	EAT-26 motivo seleccionado	EAT-26 motivo NO seleccionado	U-Mann Whitney (p)	EAT-26 motivo seleccionado	EAT-26 motivo NO seleccionado	U-Mann Whitney (p)
Competir	6 (3-11)	6 (3-11)	27731,5 (0,949)	4 (2-7)	4 (3-8)	27481,5 (0,047)
Superarse	7 (3-12)	6 (3-10)	54152,0 (0,024)	5 (2-9)	4 (2-6)	25656,0 (0,002)
Relacionarse	6 (3-11)	6 (3-11)	39808,0 (0,505)	4 (2-8)	4 (2-7)	25776,0 (0,510)
Diversión	6 (3-10)	8 (4-14)	47433,0 (<0,001)	4 (2-7)	5,5 (3-8)	17881,0 (0,005)
Amistades	6 (3-10)	6 (3-11)	10934,0 (0,518)	4 (2-7,8)	4 (2-7)	13286,5 (0,536)
Mejorar la imagen	8 (4-14)	4 (2-7)	32417,0 (<0,001)	5 (3-9)	3 (2-5)	21363,5 (<0,001)
Para estar en forma	6 (3-11)	6 (3-11)	44645,5 (0,552)	4 (2-8)	4 (2-6,8)	20611,5 (0,120)
Liberar tensiones	6 (3-11)	6 (3-12)	32095,0 (0,790)	5 (2-8)	4 (2-6,8)	21421,0 (0,097)
Beneficios para la salud	6 (3-11)	6 (3-11)	38975,0 (0,387)	5 (3-8)	3 (2-6)	21215,5 (<0,001)

Los valores se expresan como la mediana (rango intercuartílico) del EAT-26; p<0,05 indica diferencias significativas en el valor del EAT-26 entre participantes que seleccionaron o no ese motivo (U-Mann Whitney).

Adicción a la actividad física

Al analizar el riesgo de adicción a la actividad física mediante el cuestionario EAI, se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre las personas con riesgo y sin riesgo de TCA (χ^2 de Pearson = 64,488; p <0,001). Como se puede observar en la figura 40, un mayor porcentaje de participantes con riesgo de TCA presentaban riesgo de adicción a la actividad física (19,8% vs. 2,8%).

Figura 40. Riesgo de adicción a la actividad física distribuido por riesgo de TCA



$p < 0,05$, existen diferencias entre personas con riesgo y sin riesgo de TCA (χ^2 de Pearson).

Si se analiza el EAT-26 como variable numérica también se encontraron diferencias estadísticamente significativas ($p < 0,001$). Se aprecia como la puntuación EAT-26 era superior en el grupo de participantes con riesgo de adicción a la actividad física (tabla 47). De forma similar, al analizar la correlación entre la puntuación EAT-26 y la puntuación EAI, se obtuvo una asociación baja-moderada (coeficiente de correlación de Spearman = 0,309; $p < 0,001$).

Tabla 47. EAT-26 de los participantes según el riesgo de adicción a la actividad física

Grado de adicción	EAT-26	Chi-Square (p)
Asintomáticos (n= 172)	4 (2-6,8)	58,136 (<0,001)
Algunos síntomas de adicción (n= 987)	5 (3-10)	
Riesgo de adicción (n= 47)	12 (6-24)	

Los valores se expresan como la mediana (rango intercuartílico) del EAT-26; $p < 0,05$ indica diferencias significativas según el riesgo de adicción (test de Kruskal Wallis, Chi-Square).

Si se realiza el análisis segmentado por sexo (tabla 48), se repiten los mismos hallazgos estadísticamente significativos ($p < 0,001$ en mujeres y hombres), siendo los resultados del coeficiente de correlación de Spearman 0,354 en mujeres y 0,274 en hombres.

Tabla 48. EAT-26 de los participantes distribuidos por sexo según el riesgo de adicción a la actividad física

Riesgo de adicción	EAT-26	
	Mujeres	Hombres
Asintomáticos	4 (2-8)	4 (2-7)
Algunos síntomas de adicción	6 (3-11)	4 (2-8)
Riesgo de adicción	18 (8-25)	8 (3,5-12)
Chi-Square (p)	48,136 (<0,001)	13,632 (0,001)

Los valores se expresan como la mediana (rango intercuartílico) de la puntuación EAT-26; $p < 0,05$ indica diferencias significativas según el riesgo de adicción a la actividad física (test Kruskal Wallis, Chi-Square).

Motivos para el cese de actividad física

Se observaron diferencias entre los grupos con y sin riesgo de TCA en algunos de los motivos indicados para el cese de realización de actividad física (tabla 49). Los motivos en los cuales se observaron diferencias significativas fueron: “por las exigencias de los estudios”, “por incompatibilidad horaria”, “por falta de interés” y “por problemas de salud”, siendo estos motivos más prevalentes en el grupo con riesgo, a excepción del motivo “por falta de interés”, el cual fue más prevalente en el grupo sin riesgo de TCA.

Tabla 49. Motivos del cese de actividad física distribuido por riesgo de TCA

Motivo del cese	Con riesgo (n = 33)	Sin riesgo (n = 629)	χ^2 de Pearson (p)
Por falta de tiempo (%)	67,7	63,5	0,236 (0,627)
Por las exigencias de los estudios (%)	76,5	54,6	6,277 (0,012)
Por incompatibilidad horaria (%)	55,9	31,3	8,837 (0,003)
Por falta de interés (%)	5,9	21,6	4,905 (0,027)
Por falta de instalaciones cercanas (%)	20,6	16,1	0,482 (0,488)
Por problemas económicos (%)	20,6	13,0	1,606 (0,205)
Por problemas de salud (%)	20,6	9,4	4,469 (0,035)
Por el cese de sus amistades (%)	5,9	8,3	0,247 (0,619)
Por falta de apoyo familiar (%)	5,9	3,9	0,331 (0,565)
Por malas experiencias (%)	5,9	3,4	0,577 (0,447)
Por pereza (%)	0,0	1,6	0,561 (0,454)

Los resultados se expresan como el porcentaje de personas con y sin riesgo que eligieron esa opción; $p < 0,05$ indica diferencias significativas entre personas con riesgo y sin riesgo de TCA (χ^2 de Pearson).

Si se considera el EAT-26 como variable numérica, mayoritariamente se obtuvieron los mismos hallazgos (tabla 50). Destaca que mientras en los motivos “por las exigencias de los estudios” ($p = 0,008$) y “por problemas de salud” ($p < 0,001$), fueron seleccionados por personas con valores de EAT-26 superiores, el motivo “por falta de interés” ($p = 0,020$) fue seleccionado por participantes con valores del EAT-26 inferiores.

Tabla 50. EAT-26 según los motivos del cese de realización de actividad física

Motivo cese	EAT-26		U-Mann Whitney (p)
	Personas que SÍ seleccionaron ese motivo	Personas que NO seleccionaron ese motivo	
Por falta de tiempo	5 (3-9)	4 (2-9)	44372,0 (0,046)
Por las exigencias de los estudios	5 (3-9,3)	4 (2-8)	45818,5 (0,008)
Por incompatibilidad horaria	5 (3-10)	5 (3-8)	42924,0 (0,117)
Por falta de interés	4 (2-7)	5 (3-9)	30442,0 (0,020)
Por falta de instalaciones cercanas	5 (2-9)	5 (3-9)	28495,5 (0,849)
Por problemas económicos	5 (3-9)	5 (3-9)	24405,5 (0,958)
Por problemas de salud	7 (4,5-13,5)	5 (3-9)	13978,0 ($<0,001$)
Por el cese de sus amistades	5 (2-8)	5 (3-9)	14984,0 (0,522)
Por falta de apoyo familiar	5 (2-9)	5 (3-9)	7708,5 (0,666)
Por malas experiencias	8 (3-11)	5 (3-9)	6056,5 (0,191)
Por pereza	4 (2-7)	5 (3-9)	2888,50 (0,802)

Los valores se expresan como la mediana (rango intercuartílico) del EAT-26; $p < 0,05$ indica diferencias significativas en el valor del EAT-26 entre las personas que seleccionaron y no seleccionaron el motivo (U-Mann Whitney).

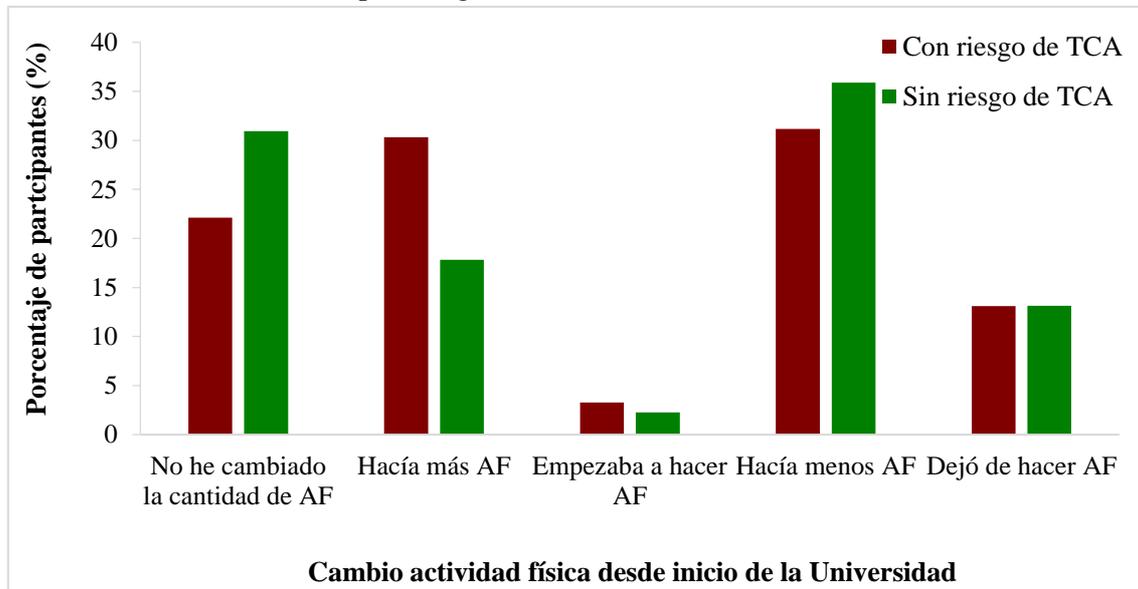
Al analizar los motivos del cese segmentado por sexo, se apreciaron ciertos cambios. En los hombres desaparecen las diferencias encontradas para el conjunto de la población de estudio. En cambio, las mujeres que seleccionaron los siguientes motivos obtuvieron una puntuación en el EAT-26 estadísticamente superiores: “por exigencias de los estudios” (U-Mann Whitney = 25072,0; $p = 0,047$; mediana de 6 RI (3-10) frente a los 4 puntos RI (2-7) de las que no seleccionaron esta opción) y “por problemas de salud” (U-Mann Whitney = 7950,5; $p = 0,001$; mediana de 7 RI (5-14) vs. 5 RI (3-9) de las mujeres que no seleccionaron esta opción). Asimismo, se hallaron diferencias significativas en el

motivo “por incompatibilidad horaria” (U-Mann Whitney = 22989,5; p = 0,047; mediana de 6 puntos RI (3-12) vs. 5 RI (3-9) de las mujeres que no escogieron esta opción), diferencia que no se hallaba al analizarlo en conjunto.

Universidad y actividad física

Al preguntar por cómo había influido el inicio de los estudios universitarios sobre la realización de actividad física (figura 41), destaca que un mayor porcentaje de personas con riesgo informaron que la habían incrementado (33,6% frente al 20,1%, χ^2 de Pearson = 13,492; p = 0,001).

Figura 41. Influencia del inicio de los estudios universitarios sobre la realización de actividad física distribuido por riesgo de TCA



Los porcentajes se expresan sobre el número de participantes con y sin riesgo; p<0,05, existen diferencias entre personas con riesgo y sin riesgo de TCA (χ^2 de Pearson).

Asimismo, se aprecia que la puntuación EAT-26 tendía a ser superior en las personas que indicaron un cambio hacia realizar más actividad física, ya fuera por haber iniciado o aumentado la cantidad de actividad física realizada desde la entrada en la universidad (p<0,001) (tabla 51). Por el contrario, las personas que no habían modificado su actividad física eran las que obtenían una mediana de puntuación inferior del EAT-26.

Tabla 51. EAT-26 según cambio AF desde la entrada en la universidad

Cambio realización AF desde inicio universidad	EAT-26	Chi-Square (p)
No había cambiado (n= 602)	4 (2-8)	27,228 (<0,001)
Hacía más AF (n = 368)	6 (3-11)	
Empecé a hacer AF (n= 46)	6 (3-11,3)	
Hacía menos AF (n=705)	5 (3-10)	
He dejado de hacer AF (n=260)	5 (3-9)	

Los valores se expresan como la mediana (rango intercuartílico) del EAT-26; $p < 0,05$ indica diferencias significativas en el EAT-26 según opción elegida por los participantes (Kruskal-Wallis test, Chi-Square).

Al analizar el cambio de actividad física teniendo en cuenta el sexo (tabla 52), se hallaron diferencias estadísticamente significativas tanto en mujeres ($p = 0,002$), como en hombres ($p = 0,016$). De forma similar a lo observado para el conjunto de la población, destacan los valores ligeramente superiores del EAT-26 en aquellos participantes de ambos sexos que incrementaron sus niveles de actividad física.

Tabla 52. Puntuación EAT-26 según cambio de AF desde inicio de la universidad distribuido por sexo

	Modificación AF desde inicio Universidad	EAT-26	χ^2 (p)
Mujeres	No había cambiado (n=351)	5 (3-10)	17,121 (0,002)
	Hacía más AF (n=241)	7 (4-12)	
	Empezó a hacer AF (n=37)	6 (3-13)	
	Hacía menos AF (n=461)	6 (3-10)	
	Dejó de hacer AF (n=189)	6 (3-11)	
Hombres	No había cambiado (n= 250)	4 (2-7)	12,243 (0,016)
	Hacía más AF (n= 126)	4 (3-9)	
	Empezó a hacer AF (n= 9)	3 (2-8,5)	
	Hacía menos AF (n= 244)	4 (2-7)	
	Dejo de hacer AF (n=71)	3 (2-6)	

Los valores se expresan como la mediana (rango intercuartílico) del EAT-26; $p < 0,05$ indica diferencias significativas en el EAT-26 según opción elegida (Kruskal-Wallis test, Chi-Square).

5.2.2.2 Horas de estar sentado y riesgo de TCA

Al comparar las horas que los participantes reportaron estar sentados, no se hallaron diferencias entre las personas con riesgo y sin riesgo de TCA (U-Mann Whitney = 110334,50; $p = 0,815$). La mediana de horas por día de estar sentado en ambos grupos fue de 8 h (RI 6-10).

De igual modo, no se observó ninguna asociación significativa entre la puntuación obtenida en el EAT-26 y las horas de estar sentado (coeficiente de correlación de Spearman = 0,013; $p = 0,576$). Tampoco se establecieron diferencias entre el grupo con riesgo y sin riesgo al estudiarlo segmentado por sexo (U-Mann Whitney = 5798,50; $p = 0,807$, en mujeres; U-Mann Whitney = 6605,50; $p = 0,826$, en hombres).

5.2.2.3 Sueño y riesgo de TCA

Respecto a las horas de sueño, se hallaron diferencias significativas entre las personas con y sin riesgo de TCA (tabla 53), reportando menos horas de sueño las personas con riesgo ($p = 0,013$ entre semana y $p = 0,029$ en fin de semana).

Cuando se analiza segmentado por sexo, únicamente se hallaron diferencias en las mujeres (horas dormidas entre semana, U-Mann Whitney = 50929,50; $p = 0,012$ y horas dormidas el fin de semana, U-Mann Whitney = 51061,50; $p = 0,027$), siendo las mujeres con riesgo de TCA las que reportaron menos horas de sueño.

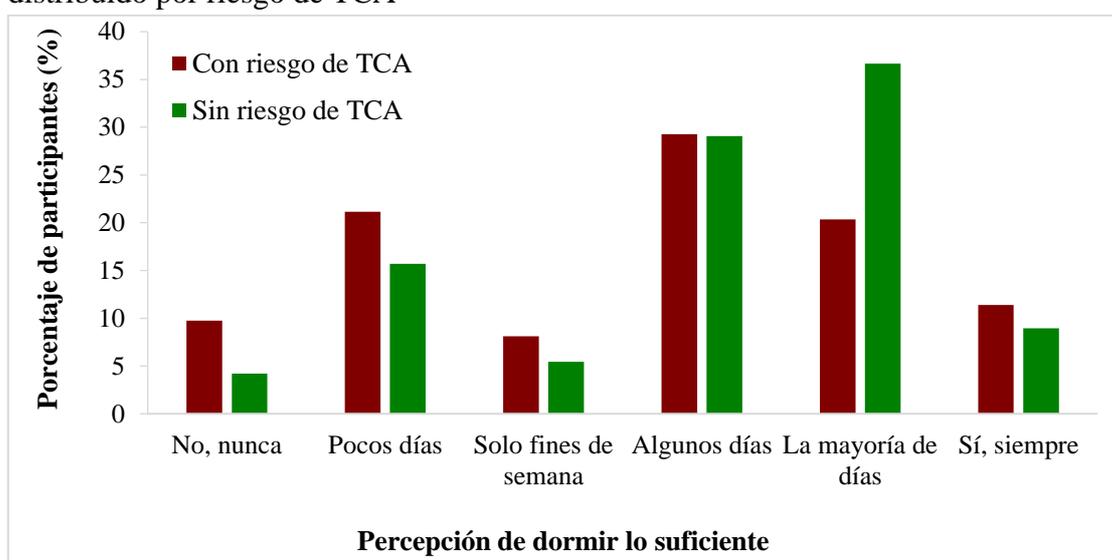
Tabla 53. Duración del sueño distribuido por riesgo de TCA

	Riesgo de TCA	Sin riesgo de TCA	U-Mann Whitney (p)
Dormir entre semana (h/día)	7 (6-8)	7 (7-8)	98243,50 (0,013)
Dormir fin de semana (h/día)	8 (8-9)	9 (8-10)	99671,50 (0,029)
Siesta entre semana (min/día)	0 (0-30)	0 (0-30)	109059,50 (0,313)
Siesta fin de semana (min/día)	0 (0-30)	0 (0-30)	113845,50 (0,910)

Los valores se expresan como la mediana (rango intercuartílico); $p < 0,05$ indica diferencias entre personas con riesgo y sin riesgo de TCA (U-Mann Whitney).

Al preguntar por la percepción de un sueño reparador (figura 42), se obtuvo que con mayor prevalencia las personas con riesgo informaron descansar nunca, pocos días o solo los fines de semana suficientemente (39,0% vs. 25,3% de las personas sin riesgo, χ^2 de Pearson = 13,255; $p = 0,001$).

Figura 42. Distribución de participantes según percepción de dormir lo suficiente distribuido por riesgo de TCA



Los porcentajes se expresan sobre el número de participantes con y sin riesgo; $p < 0,05$, existen diferencias entre personas con riesgo y sin riesgo de TCA (χ^2 de Pearson).

Al analizar el EAT-26 como variable numérica (tabla 54), se obtuvieron resultados en el mismo sentido, con valores de EAT-26 superiores en las personas que indicaron que no descansaban lo suficiente la mayoría de los días ($p = 0,002$).

Tabla 54. Puntuación EAT-26 según la percepción de dormir lo suficiente

Percepción dormir suficiente	Puntuación EAT-26	U-Mann Whitney (p)
No, nunca (n= 91)	7 (4-12)	18,565 (0,002)
Pocos días (n= 321)	6 (3-11)	
Solo fines de semana (n= 582)	5 (3-10)	
Algunos días (n= 714)	5 (3-9)	
La mayoría de los días (n= 112)	5 (2,8-8)	
Sí, siempre (n= 182)	5 (3-10)	

Los valores se expresan como la mediana (rango intercuartílico); $p < 0,05$ indica diferencias significativas en el EAT-26 según percepción (U-Mann Whitney).

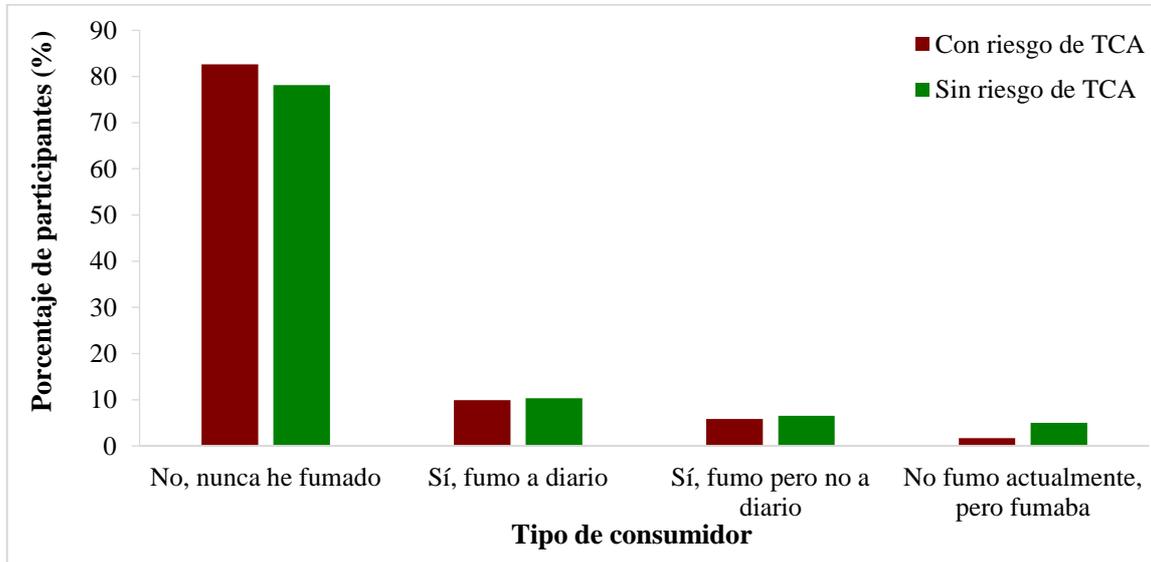
Si se analiza por sexo, a pesar de que en ambos sexos se observa la misma tendencia que en conjunto, no se hallaron diferencias (χ^2 de Pearson = 10,240; $p = 0,069$ en mujeres, y χ^2 de Pearson = 9,441; $p = 0,093$ en hombres).

5.2.2.4 Consumo de sustancias tóxicas y riesgo de TCA

Hábito tabáquico y riesgo de TCA

Al preguntar por el consumo de tabaco, no se estableció ningún tipo de diferencia entre las personas con riesgo y sin riesgo de TCA (figura 43), ni en el tipo de consumidor (no fumador, exfumador o fumador activo) (χ^2 de Pearson = 3,070; $p = 0,381$, al analizarlo como variable categórica y Chi-Square = 6,852; $p = 0,077$, al analizarlo como variable numérica), ni en la cantidad de cigarrillos que informaron consumir los fumadores activos (mediana de 5,5 (RI 4-10) cigarrillos en personas con riesgo frente a 5 (RI 3,3-7,5) en personas sin riesgo; U-Mann Whitney = 3702,50; $p = 0,597$). Tampoco se hallaron diferencias en la edad de inicio de consumo (U-Mann Whitney = 3836,50; $p = 0,932$).

Figura 43. Hábito tabáquico distribuido por riesgo de TCA



Los porcentajes se expresan sobre el total de participantes con y sin riesgo.

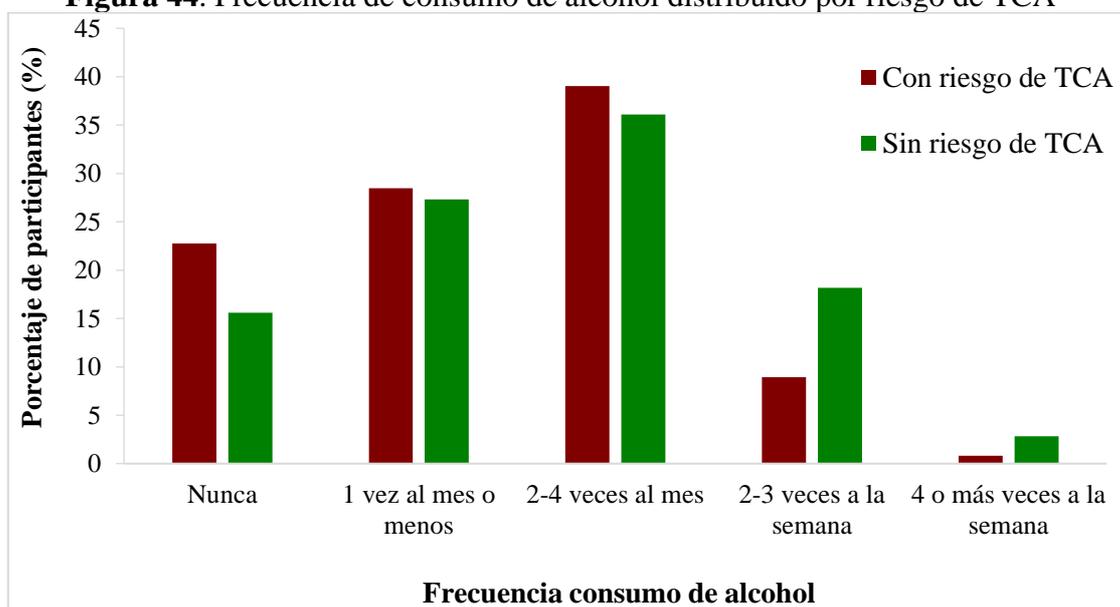
Al evaluar el consumo de tabaco segmentado por sexo, tampoco se apreciaron diferencias en el hábito tabáquico (χ^2 de Pearson = 2,194; $p = 0,533$ en mujeres y χ^2 de Pearson = 1,218; $p = 0,749$ en hombres), en el número de cigarrillos consumidos (U-Mann Whitney = 2134,50; $p = 0,439$ en mujeres y U-Mann Whitney = 63,00; $p = 0,237$

en hombres), ni en la edad inicio (U-Mann Whitney = 1991,50; p = 0,307 en mujeres y U-Mann Whitney = 41,00; p = 0,107 en hombres).

Consumo de alcohol y TCA

A diferencia del tabaco, en el consumo de alcohol sí se observaron diferencias significativas en la frecuencia de consumo, siendo el grupo sin riesgo de TCA el que presentaba mayor frecuencia de consumo (χ^2 de Pearson = 11,339; p = 0,023) (figura 44).

Figura 44. Frecuencia de consumo de alcohol distribuido por riesgo de TCA



Los porcentajes se expresan sobre el total de participantes con y sin riesgo; $p < 0,05$, existen diferencias entre personas con riesgo y sin riesgo de TCA (χ^2 de Pearson).

Al examinar el EAT-26 como variable numérica, también se hallaron diferencias ($p = 0,040$), siendo las personas con mayor frecuencia de consumo las que obtuvieron puntuaciones ligeramente inferiores (tabla 55). Al analizarlo segmentado por sexo, no se observaron estas diferencias (test Kruskal Wallis, Chi-Square = 1,382; $p = 0,847$ en mujeres y Chi-Square = 6,737; $p = 0,150$ en hombres). En cuanto a la edad de inicio de consumo de alcohol fue de 16 años (RI 15-17) tanto en el grupo con riesgo como sin riesgo de TCA (U-Mann Whitney = 73701,50; $p = 0,984$), con la misma edad de inicio en hombres y mujeres.

Tabla 55. Puntuación del EAT-26 según frecuencia consumo de alcohol

Frecuencia consumo de alcohol	Puntuación EAT-26	Chi- Square (p)
Nunca (n= 320)	5 (3-10)	10,039 (0,040)
1 vez al mes o menos (n= 546)	5 (3-10)	
2-4 veces al mes (n= 723)	5 (3-10)	
2-3 veces a la semana (n= 351)	5 (2-8)	
4 o más veces a la semana (n= 54)	4,5 (2-8,3)	

Los valores se expresan como la mediana (rango intercuartílico) de la puntuación EAT-26; $p < 0,05$ indica diferencias en el EAT-26 entre participantes con diferentes frecuencias de consumo de alcohol (Kruskal-Wallis test, Chi-Square).

Al preguntar por el número de consumiciones en un día normal de consumo, no se apreciaron diferencias entre el grupo con riesgo y sin riesgo de TCA (χ^2 de Pearson = 7,203; $p = 0,126$), o cuando se analiza el EAT-26 como variable numérica (test de Kruskal-Wallis, Chi-Square = 1,052; $p = 0,902$). Tampoco se hallaron diferencias al segmentarlo por sexo (Chi-Square = 5,404; $p = 0,248$, en mujeres y Chi-Square = 3,589; $p = 0,464$, en hombres).

Respecto a con qué frecuencia consumían más de seis bebidas alcohólicas, no se detectaron diferencias entre el grupo con riesgo y sin riesgo de TCA (χ^2 de Pearson = 2094; $p = 0,718$), ni al analizar el EAT-26 como variable numérica (Chi-Square = 3,351; $p = 0,501$). Tampoco se hallaron diferencias al segmentarlo por sexo (Chi-Square = 2,154; $p = 0,708$ en mujeres y Chi-Square = 2,935; $p = 0,569$ en hombres).

Al analizar el consumo problemático de alcohol mediante el AUDIT-C, no se hallaron diferencias entre las personas con riesgo y sin riesgo de TCA al analizar el EAT-26 como variable categórica (χ^2 de Pearson = 0,042; $p = 0,838$), o numérica (U Mann-Whitney = 340184,5; $p = 0,562$). Al comparar por sexos, tampoco se hallaron diferencias significativas.

Consumo de Cannabis y TCA

El porcentaje de consumidores de cannabis entre las personas con riesgo de TCA tendía a ser inferior, pero no de forma significativa (6,5% frente al 10,3% de las personas sin riesgo; χ^2 de Pearson = 1,797; p = 0,180). Al analizar el EAT-26 como variable numérica, tampoco se hallaron diferencias (mediana de 5 (RI 2-9) en personas que consumían y de 5 puntos (RI 3-10) en personas que no consumían; U-Mann Whitney = 171083,0; p = 0,269). Al examinar el consumo según el sexo, tampoco se hallaron diferencias en ningún sexo (U-Mann Whitney = 53288,5; p = 0,261 en mujeres, y U-Mann Whitney = 28439,5; p = 0,169 en hombres). En la tabla 56 se pueden observar características adicionales del consumo de cannabis según riesgo de TCA, no observándose diferencias significativas en ninguna de ellas.

Tabla 56. Comparación entre grupo con riesgo y sin riesgo de TCA respecto al consumo de cannabis

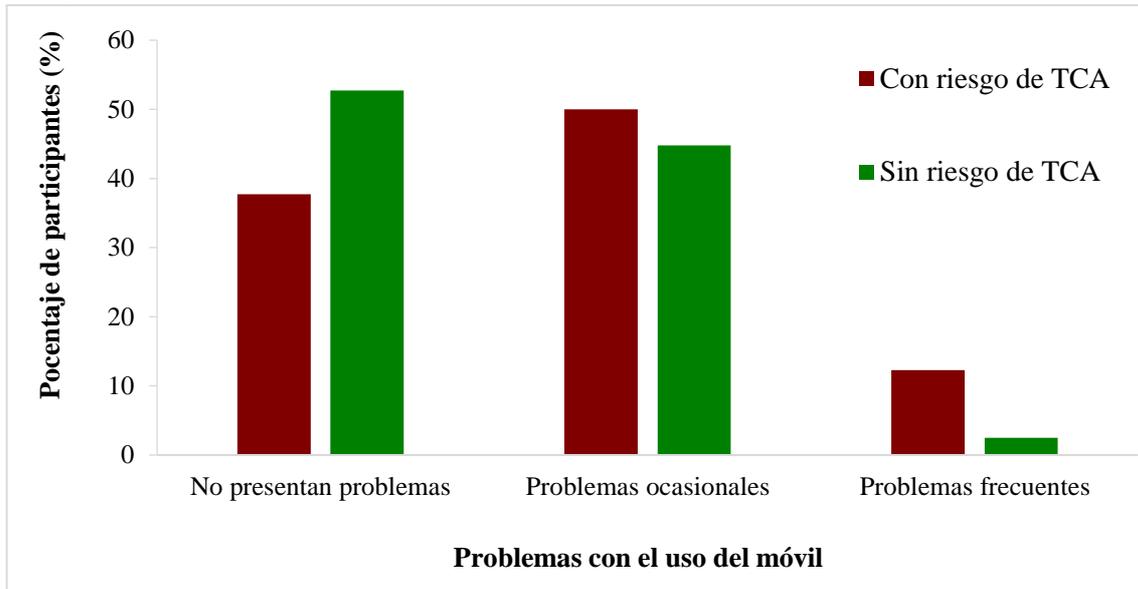
	Personas con riesgo de TCA (n=8)	Personas sin riesgo de TCA (n=192)	U-Mann Whitney (p)
Edad en la que probaron el cannabis	17 (16-18)	16 (15-17)	615,0 (0,321)
Edad inicio consumo cannabis	18 (17-21)	18 (17-19)	323,5 (0,916)
Cantidad porros consumidos a la semana	3,2 (0-6,8)	3 (1-8,5)	414,5 (0,472)

Los valores se expresan como la mediana (rango intercuartílico); p>0,05 indica que no hay diferencias (U-Mann Whitney).

Uso del móvil y TCA

Según se determinó mediante el cuestionario de experiencias relacionadas con el móvil (CERM), un mayor porcentaje de personas con riesgo de TCA presentaba frecuentemente problemas con el uso del móvil (χ^2 de Pearson = 40,736; p < 0,001) (figura 45).

Figura 45. Distribución de participantes según problemas con el uso del móvil y riesgo de TCA



$p < 0,05$, existen diferencias entre personas con y sin riesgo de TCA (χ^2 de Pearson).

Además, se aprecia que en las personas con riesgo de TCA la mediana de la puntuación fue superior tanto en la escala de conflictos interpersonales (7 (RI 6-9) vs. 6 (RI 5-7) puntos, U-Mann Whitney = 97173,0; $p = 0,005$), como en la de los conflictos emocionales y de carácter comunicacional (10 (RI 8-12) vs. 9 (RI 8-11) puntos, U-Mann Whitney = 93985,5; $p = 0,001$).

En el mismo sentido, al analizar la variable EAT-26 como numérica, se apreciaba como la mediana de la puntuación se incrementaba a medida que aumentaban los problemas con el uso del móvil ($p < 0,001$) (tabla 57). La asociación entre más problemas con el uso del móvil y más riesgo de TCA se mantuvo en ambos sexos ($p < 0,001$). Por otra parte, al analizar el coeficiente de correlación de Spearman se obtuvieron correlaciones débiles pero significativas entre los valores del EAT-26 y los valores de la escala CERM (0,215; $p < 0,001$), así como con sus dimensiones (0,171 para conflictos interpersonales y 0,203 para conflictos de carácter comunicacional, $p < 0,001$).

Tabla 57. Puntuación EAT-26, según frecuencia problemas con el uso del móvil distribuido por sexo

CERM	Puntuación EAT-26		
	Todos	Mujeres	Hombres
No presentan problemas	4 (2-8)	5 (3-9)	4 (2-6)
Problemas ocasionales	6 (3-11)	7 (4-12)	5 (2-8)
Problemas frecuentes	11,5 (7-19-3)	12 (8,8-19)	10,5 (4-24,3)
Chi- Square (p)	93,352 (<0,001)	65,455 (<0,001)	20,669 (<0,001)

Los valores se expresan como la mediana (rango intercuartílico) de la puntuación EAT-26; $p < 0,05$ indica diferencias en la puntuación EAT-26 según la frecuencia de problemas con el uso del móvil (Kruskal-Wallis test, Chi-Square).

Si se analiza la puntuación obtenida en la escala CERM comparando a las personas con riesgo y sin riesgo de TCA, en las mujeres se mantuvieron las diferencias encontradas tanto en la puntuación total ($p = 0,002$), como para las dos subescalas ($p = 0,014$ en conflictos interpersonales y $p = 0,005$ en conflictos de comunicación). En cambio, en los hombres no se observaron diferencias estadísticamente significativas (tabla 58).

Tabla 58. Puntuación CERM en los participantes distribuidos por riesgo de TCA y sexo

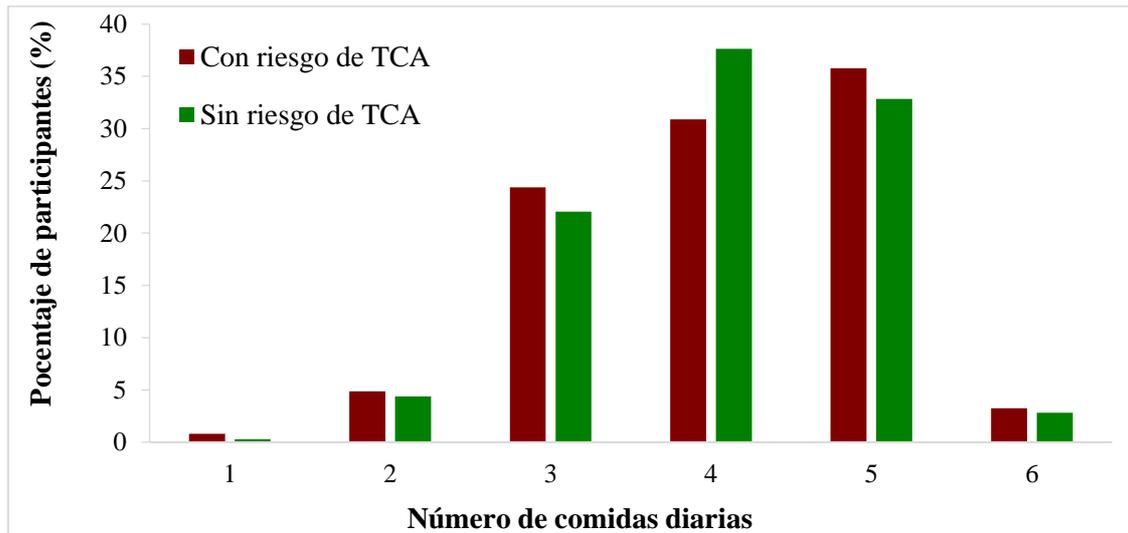
		Personas con riesgo	Personas sin riesgo	U-Mann Whitney (p)
Mujeres	Puntuación CERM	17 (14-20)	15 (13,8-18)	48659,5 (0,002)
	Conflictos interpersonales	7 (6-8,5)	6 (6-7)	51215,0 (0,014)
	Conflictos de comunicación	10 (8-12)	9 (8-11)	49764,0 (0,005)
Hombres	Puntuación CERM	15 (11,5-23,5)	15 (13-17)	6636,5 (0,572)
	Conflictos interpersonales	6 (5-9)	6 (5-7)	6310,0 (0,342)
	Conflictos de comunicación	9 (6-13,5)	9 (7-10)	6512,5 (0,481)

CERM: cuestionario de experiencias relacionadas con el móvil. Los valores se expresan como la mediana (rango intercuartílico); $p < 0,05$ indica diferencias significativas entre participantes con riesgo y sin riesgo de TCA (U-Mann Whitney).

5.2.2.5 Alimentación y riesgo de TCA

Al preguntar por los hábitos de alimentación en general, tanto las personas del grupo con riesgo como sin riesgo de TCA realizaban una mediana de 4 comidas al día (RI 3-5) (figura 46).

Figura 46. Distribución de participantes según número comidas diarias y riesgo de TCA



Los porcentajes se expresan sobre el total de participantes con y sin riesgo de TCA.

En cuanto a qué comidas solían realizar, la única diferencia que se estableció fue en la cena. El porcentaje de personas con riesgo que cenaba era inferior al de personas sin riesgo (95,1% vs. 97,9%, χ^2 de Pearson = 4,089; $p = 0,043$). Cuando se analiza el EAT-26 como variable numérica, se aprecia la misma tendencia (puntuación EAT-26 ligeramente superior en personas que no cenaban, mediana de 6 (RI 3-12) vs. 5 (RI 3-10) puntos de las personas que cenaban), pero sin diferencias significativas (U-Mann Whitney = 38872,5; $p = 0,189$).

Al preguntar por el picoteo entre horas, el grupo con riesgo reportó realizar esta acción con menor prevalencia, pero sin diferencias significativa (12,2% frente al 19,2% del grupo sin riesgo, χ^2 de Pearson = 3,685; $p = 0,055$). Al analizar el EAT-26 como variable numérica, sí que se obtuvieron diferencias estadísticas (U-Mann Whitney = 278500,0; $p = 0,013$), observándose en las personas que realizaban esta acción un RI con menor puntuación en el EAT-26 (mediana de 5 puntos (RI 2-8) frente a la mediana de 5 puntos (RI 3-10) de las personas que no picoteaban entre horas). Al analizarlo segmentado

por sexo, únicamente se mantuvieron las diferencias en las mujeres ($p = 0,008$), observándose una mediana de puntuación superior en las que no picoteaban entre horas (tabla 59).

Tabla 59. Puntuación EAT-26 de los participantes en el estudio según si picoteaban o no entre horas

Picotear entre horas	Puntuación EAT-26		
	Todos	Mujeres	Hombres
Sí	5 (2-8)	5 (3-9)	4 (2-7,5)
No	5 (3-10)	6 (3-11)	4 (2-7)
U-Mann Whitney (p)	278500,0 (0,013)	110447,0 (0,008)	37893,0 (0,590)

Los valores se expresan como la mediana (rango intercuartílico) del EAT-26; $p < 0,05$ indica diferencias significativas en el EAT-26 entre participantes que picotean y que no picotean entre horas (U-Mann Whitney).

Al preguntar por quién solía cocinar, un porcentaje superior de personas con riesgo de TCA informaron cocinar ellos mismos (51,2% vs 42,0%, χ^2 de Pearson = 3,997; $p = 0,046$). También se hallaron diferencias estadísticas al analizar el EAT-26 como variable numérica ($p = 0,002$), con una mayor puntuación en el EAT-26 en las personas que cocinaban para ellas mismas (tabla 60). Si se analiza fraccionado por sexo, únicamente persistían estas diferencias en los hombres ($p < 0,001$).

Tabla 60. Puntuación EAT-26 de los participantes en el estudio según si cocinaban ellos mismos

Cocinaban ellos mismos	Puntuación EAT-26		
	Todos	Mujeres	Hombres
Sí	6 (3-10)	6 (3-11)	5 (2-11)
No	5 (3-9)	6 (3-10)	3,5 (2-6)
U-Mann Whitney (p)	447714,0 (0,002)	201262,0 (0,619)	49385,5 (<0,001)

Los valores se expresan como la mediana (rango intercuartílico) del EAT-26; $p < 0,05$ indica diferencias significativas en el EAT-26 entre participantes según si cocinan ellos mismos o no (U-Mann Whitney).

Patrón de alimentación y riesgo de TCA

Al preguntar por la frecuencia de consumo de alimentos (tabla 61), se apreciaba como el grupo con riesgo de TCA consumía más fruta y verdura ($p < 0,001$), y menos carnes rojas, grasas saturadas, refrescos, snacks, repostería industrial ($p < 0,001$ en todos los casos) respecto al grupo sin riesgo de TCA, aproximándose más a las recomendaciones de la SENC. Por el contrario, el grupo con riesgo de TCA consumía menos cantidad de aceite de oliva ($p = 0,011$). En cuanto a los productos ricos en hidratos de carbono complejos, y dentro de un consumo inferior al recomendado, en el cómputo total no se apreciaban diferencias entre grupos, pero sí en el tipo de alimento consumido. Así, las personas con riesgo optaban más por los productos integrales, mientras que las personas sin riesgo elegían preferentemente los refinados y los tubérculos.

Tabla 61. Frecuencia de consumo de alimentos según riesgo de TCA

Recomendaciones SENC, 2019		CON riesgo de TCA	SIN riesgo de TCA	U-Mann Whitney (p)	
Consumo diario	Cereales y tubérculos	Total	1,29 (0,86-2)	1,43 (1-2)	99892,5 (0,452)
		Cereales refinados	0,29 (0,14-0,71)	0,43 (0,29-0,86)	79811,5 (<0,001)
		Cereales integrales	0,429 (0,286-1)	0,43 (0-1)	88208,5 (0,004)
		Tubérculos	0,43 (0,29-0,71)	0,43 (0,29-0,71)	92672,0 (0,028)
	Frutas	2 (1-3)	1 (0,57-2)	76006,5 (< 0,001)	
	Verduras y hortalizas	1 (0,57- 2)	0,71 (0,43-1,14)	77654,0 (< 0,001)	
Consumo diario	Aceite de oliva virgen	2 (1-3)	2,5 (2-3,5)	86104,0 (0,011)	
	Leche y derivados	1 (0,57-2)	1 (1-2)	100407,0 (0,233)	
	Frutos secos	2 (0-4)	2 (1-4)	106698,5 (0,623)	
Consumo semanal	Pescado y marisco	2 (1-3)	2 (1-2)	106408,0 (0,371)	
	Carne blanca	4 (2-7)	3 (2-5)	99266,5 (0,292)	
	Huevos	2 (1-4,5)	2 (1-3)	100579,0 (0,244)	
	Legumbres	2 (1-3)	2 (1-2)	111380,0 (0,986)	

Consumo esporádico expresado en consumo semanal	Carne roja	1 (0-2,5)	2 (1-4)	77453,0 (< 0,001)	
	Grasas saturadas	0 (0-0,14)	0 (0,14-0,29)	85371,0 (< 0,001)	
	Productos azucarados	Total	2 (0,29-3,14)	3,43 (2-6)	69075,0 (< 0,001)
		Repostería industrial	1 (0-2)	2 (1-4)	75490,0 (< 0,001)
		Repostería casera	0 (0-1)	1 (0-1)	94801,5 (0,003)
		Refrescos	0 (0-0,14)	0,14 (0-0,43)	76848,5 (< 0,001)
	Snacks	1 (0-3)	2 (1-4)	81176,5 (< 0,001)	

Los valores se expresan como la mediana (rango intercuartílico) de la frecuencia de consumo del alimento o grupo de alimentos; $p < 0,05$ indica diferencias significativas entre participantes con riesgo y sin riesgo de TCA (U-Mann Whitney). En la primera columna se indica, de forma general, la frecuencia de consumo recomendada, el consumo esporádico está expresado como consumo semanal.

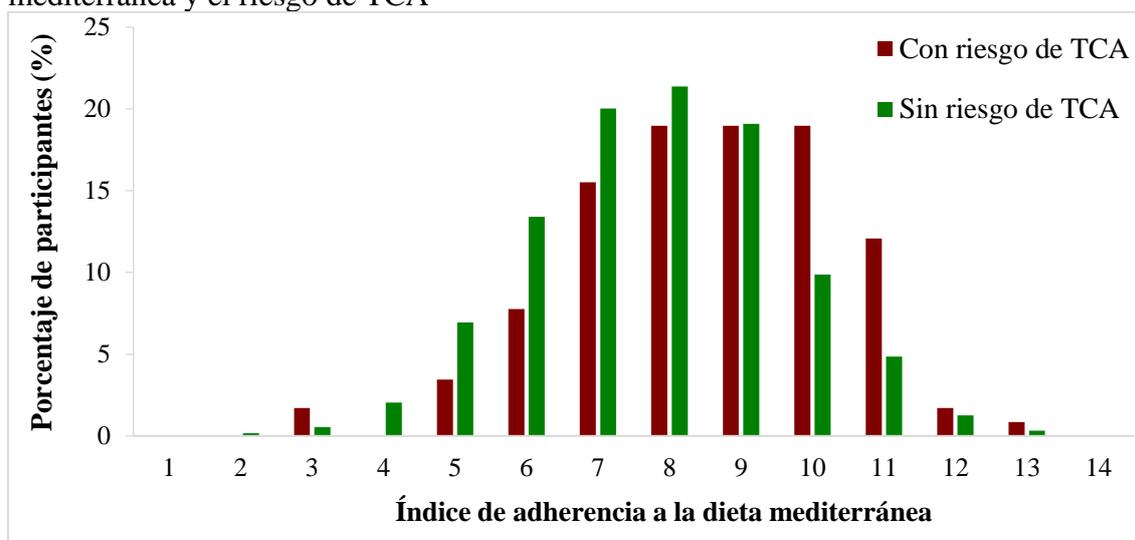
Al analizar el patrón de alimentación segmentado por sexo se observó, en general, la misma tendencia que en conjunto. Tanto las mujeres como los hombres con riesgo consumían menos productos procesados, carnes rojas y grasas saturadas que las personas sin riesgo de TCA. Sin embargo, en los hombres no se alcanzaban las diferencias estadísticamente significativas en el consumo de carne roja (U-Mann Whitney = 5726,50; $p = 0,151$), de snacks (U-Mann Whitney = 4909,50; $p = 0,093$), ni de repostería casera (U-Mann Whitney = 6439,50; $p = 0,405$). El consumo de frutas y verduras era superior en los grupos con riesgo, sin embargo, en los hombres no se mantuvieron las diferencias significativas halladas en conjunto (U-Mann Whitney = 5709,50; $p = 0,236$ en el consumo de verdura y U-Mann Whitney=6583,00; $p=0,560$ en el de fruta). En cuanto al consumo de productos ricos en hidratos de carbono complejos, a pesar de que los grupos con riesgo en ambos sexos consumían más productos integrales y menos refinados y tubérculos, en las mujeres no se alcanzaban las diferencias en el consumo de integrales (U-Mann Whitney = 48817,0; $p = 0,059$), ni de tubérculos (U-Mann Whitney = 49030,0; $p = 0,06$). En los hombres, únicamente se mantuvieron las diferencias en el consumo de productos integrales (U-Mann Whitney = 4767,5; $p = 0,030$).

Al estudiar el índice de diversidad de la dieta, se obtuvo que tanto el grupo con riesgo como sin riesgo de TCA obtenían una mediana de puntuación de 8 puntos. No obstante, el rango intercuartílico era más amplio, llegando a valores superiores, en las personas con riesgo, estableciéndose diferencias significativas entre ambos grupos (6-10 vs. 6-8, U-Mann Whitney = 83074,50; $p = 0,002$). Al considerar el sexo, en las mujeres se mantuvieron las diferencias (U-Mann Whitney = 42752,0; $p = 0,002$), pero en los hombres no se hallaron diferencias (U-Mann Whitney = 5380,5; $p = 0,340$).

Dieta mediterránea y riesgo de TCA

En cuanto a la adherencia a la dieta mediterránea (figura 47), se obtuvo que las personas con riesgo tenían una mejor adherencia (52,6% con buena adherencia frente al 35,5% en las personas sin riesgo, χ^2 de Pearson = 13,753; $p < 0,001$).

Figura 47. Distribución de los participantes según el índice de adherencia a la dieta mediterránea y el riesgo de TCA



$p < 0,05$, existen diferencias significativas entre participantes con riesgo y sin riesgo de TCA (χ^2 de Pearson).

El índice de adherencia a la dieta mediterránea fue superior en el grupo de participantes con riesgo respecto al grupo sin riesgo (9 (RI 7-10) vs. 8 (RI 7-9); $p < 0,001$).

Al analizarlo por sexo, si se analiza la variable EAT-26 como categórica, a pesar de tener una mejor adherencia las personas con riesgo, las diferencias únicamente fueron significativas en las mujeres, 54,6% de las mujeres con riesgo tenían buena adherencia vs. el 37,0% de las mujeres sin riesgo (χ^2 de Pearson = 11,783; $p < 0,001$). En hombres, el porcentaje con buena adherencia de los de riesgo fue del 42,1% vs. el 32,9% de los hombres sin riesgo (χ^2 de Pearson = 0,709; $p = 0,271$). Si se analiza el EAT-26 como variable numérica, las diferencias halladas en conjunto se mantienen en ambos sexos ($p < 0,001$ en mujeres y $p = 0,024$ en hombres) (tabla 62).

Tabla 62. Puntuación EAT-26 de los participantes según la adherencia a la dieta mediterránea

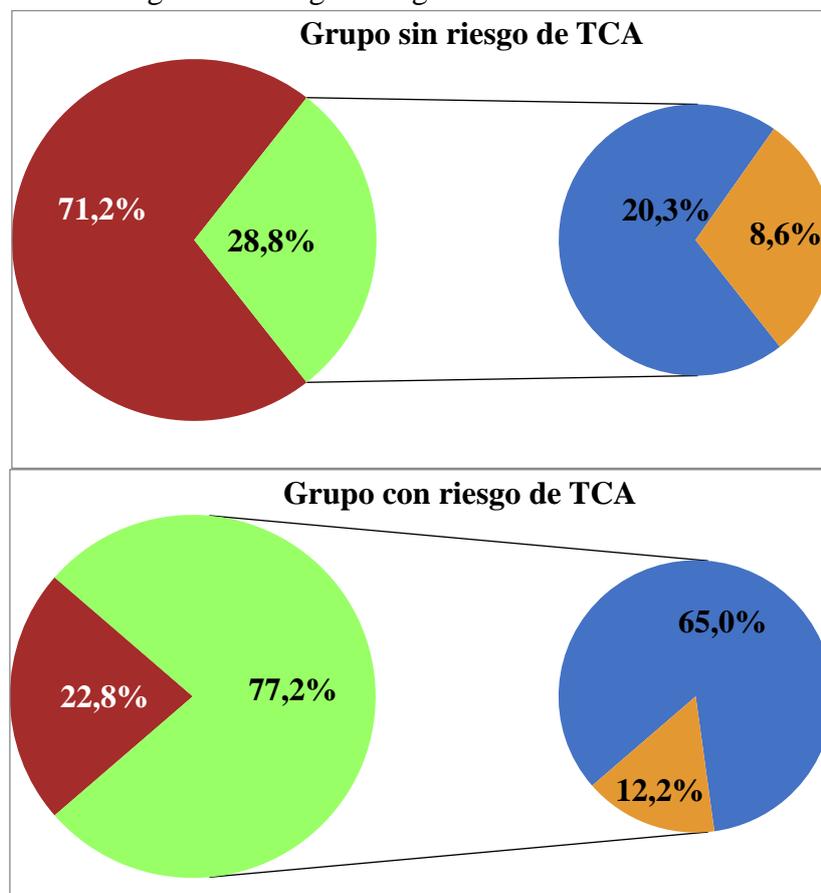
Adherencia a la dieta mediterránea	Puntuación EAT -26		
	Todos	Mujeres	Hombres
Baja	5 (2-9)	5 (3-10)	4 (2-7)
Buena	6 (3-11)	7 (3-12)	4 (2-8)
U-Mann Whitney (p)	370542,5 (<0,001)	154536,5 (<0,001)	46926,0 (0,024)

Los valores se expresan como la mediana (rango intercuartílico) del EAT-26; $p < 0,05$ indica diferencias significativas en el EAT-26 entre participantes según su grado de adherencia a la dieta mediterránea (χ^2 de Pearson).

Dietas alternativas y riesgo de TCA

Un mayor porcentaje de participantes con riesgo de TCA realizaron dietas alternativas durante el año anterior (77,2% vs. 28,8%, χ^2 de Pearson = 124,725; $p < 0,001$). En concreto, se obtuvo que el grupo con riesgo tenía una Odds ratio de 8,376 (IC 95% 5,4321-12,916) en cuanto a la realización de dietas respecto al grupo sin riesgo. En la figura 48 se puede apreciar el porcentaje de personas que llevaban o habían llevado a cabo la dieta y las que lo habían intentado.

Figura 48. Proporción de personas que durante el año previo habían decidido realizar una dieta alternativa segmentado según riesgo de TCA



- No se habían planteado realizar una dieta alternativa
- Se habían planteado realizar una dieta alternativa en el último año
- Realizaban o habían realizado una dieta alternativa en el último año
- Habían intentado realizar una dieta alternativa en el último año, pero no lo completaron

Al analizar el EAT-26 como variable numérica también se observaron diferencias significativas (tabla 63), de forma que las personas que llevaban a cabo este tipo de dietas

tenían una mayor puntuación en el EAT-26 ($p < 0,001$). Estas diferencias se mantenían al segmentar por sexo ($p < 0,001$ en ambos casos).

Tabla 63. Puntuación EAT-26 según realización dieta alternativa

Realización de dietas alternativas	Puntuación EAT-26		
	Todos	Mujeres	Hombres
Sí	9 (5-16)	10 (6-16)	7 (4-12)
No	4 (2-7)	5 (3-8)	3 (2-6)
U-Mann Whitney (p)	172430,0 (<0,001)	75017,0 (<0,001)	20608,5 (<0,001)

Los valores se expresan como la mediana (rango intercuartílico) del EAT-26; $p < 0,05$ indica diferencias significativas en el EAT-26 entre participantes según realización o no de dietas alternativas (U-Mann Whitney).

Si se examina el número de dietas realizadas, también se observaba que las personas con riesgo realizaban más dietas que las personas sin riesgo (U-Mann Whitney = 54645,00; $p < 0,001$). En el mismo sentido, se estableció una correlación positiva moderada entre la puntuación obtenida en el EAT-26 y la cantidad de dietas intentadas o realizadas (coeficiente de correlación de Spearman = 0,355; $p < 0,001$).

Si se examina el tipo de dietas realizadas, se observaba que, en general, todas eran llevadas a cabo con mayor frecuencia por el grupo con riesgo, excepto la dieta hipercalórica, la sin azúcar y la deportista, las cuales no eran llevadas a cabo por más del 1,0% de las personas sin riesgo. En la tabla 64, se observa como la dieta autoelaborada para perder peso, la hipocalórica, la detox, la ovolacteovegetariana y la Dunkan fueron, en general, las más realizadas en ambos grupos, pero con una prevalencia superior en el grupo con riesgo de TCA.

Tabla 64. Tipo de dieta alternativa realizada en el último año según riesgo de TCA

Dieta Alternativa	Con riesgo TCA (n = 95)	Sin riesgo TCA (n = 542)	χ^2 de Pearson (p)
Ovolacteovegetariana (%)	16,3	4,7	30,316 (< 0,001)
Vegana (%)	5,7	1,9	7,448 (0,006)
Sin gluten (%)	5,7	1,1	18,588 (< 0,001)
Hipocalórica (%)	22,8	4,8	67,295 (< 0,001)
Hiperclórica (%)	0,0	1,4	1,723 (0,189)
Paleolítica (%)	1,6	0,7	1,357 (0,244)
Dunkan (%)	15,5	3,4	42,153 (< 0,001)
Índice glucémico (%)	13,0	2,9	35,167 (< 0,001)
Monotemática (%)	4,9	0,8	18,526 (< 0,001)
Disociativa (%)	2,4	0,5	6,512 (0,011)
Détox (%)	17,1	2,8	67,294 (< 0,001)
Batidos (%)	6,5	2,3	8,273 (0,004)
Autoelaborada (%)	40,7	11,7	83,518 (< 0,001)
Pescovalacteovegetariana (%)	1,6	0,7	1,132 (0,287)
Otra dieta (%)	4,1	1,5	4,727 (0,030)

$p < 0,05$ indica diferencias significativas entre participantes con riesgo y sin riesgo de TCA (χ^2 de Pearson). No se muestran los valores para la dieta cetogénica, alcalina, grupo sanguíneo, macrobiótica, deportista, sin azúcar, realfooding, las cuales no eran realizadas por $> 1,0\%$ de los subgrupos (con riesgo y sin riesgo de TCA), ni se hallaban diferencias significativas.

Al analizar el tipo de dieta que realizaban considerando la variable EAT-26 como numérica (tabla 65), como se puede apreciar en las diez dietas más prevalentes, independientemente de si se hallaban diferencias significativas, se apreció que las personas que las llevaban, o las habían llevado a cabo, obtenían una mayor puntuación en el EAT-26.

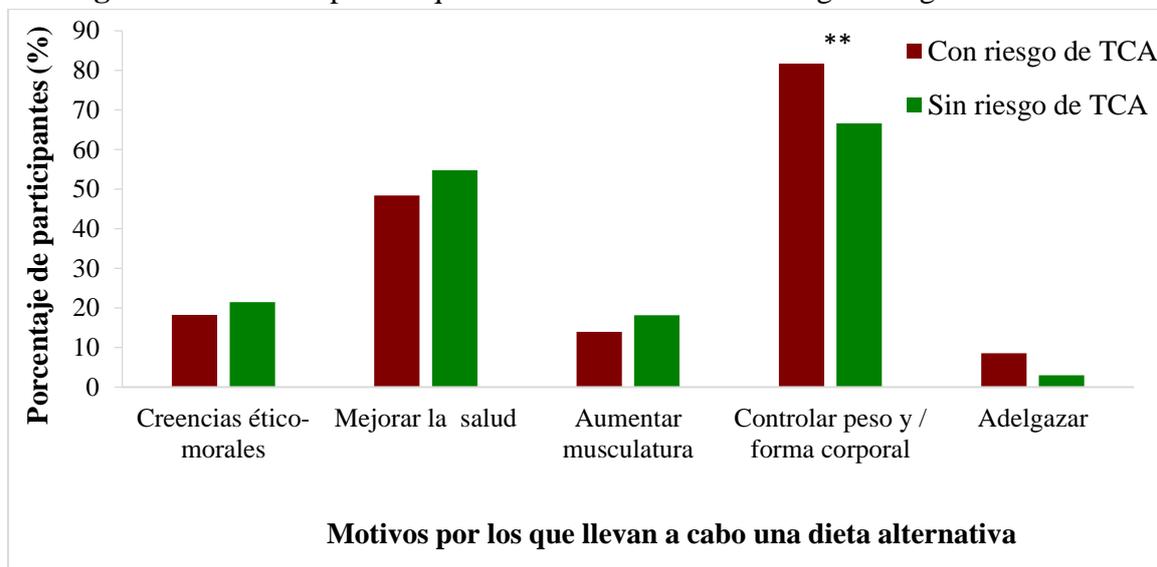
Tabla 65. Puntuación obtenida en EAT-26 según tipo de dieta alternativa realizada en el último año en los participantes distribuidos por sexo

Dieta Alternativa	Todos			Mujeres			Hombres		
	La realizaban (n=637)	No la realizaban (n=1364)	U- Mann Whitney (p)	La realizaban (n=486)	No la realizaban (n=806)	U-Mann Whitney (p)	La realizaban (n=151)	No la realizaban (n=558)	U- Mann Whitney (p)
Ovolacteo-vegetariana	8,5(4-14)	5 (3-9)	73761,5 (<0,001)	9 (4-15)	6 (3-11)	45532,0 (<0,001)	5,5 (2,8-12,3)	4 (2-7)	2585,50 (0,157)
Vegana	6,5 (3,3-12)	5 (3-9)	34035,0 (0,017)	9 (5-12,5)	6 (3-11)	17202,0 (0,007)	3 (1-4)	2 (4-7)	1595,0 (0,108)
Sin gluten	12 (7-20)	5 (3-9)	12310,5 (<0,001)	11 (7-19)	6 (3-11)	8131,5 (<0,001)	16 (7,5-23)	4 (2-7)	317,5 (0,007)
Hipocalórica	10,5 (6-19)	5 (3-9)	60341,5 (<0,001)	11 (6-19)	6 (3-10)	36120,0 (<0,001)	10 (5-21)	4 (2-7)	2818,5 (<0,001)
Dunkan	11 (6-19)	5 (3-9)	42842,0 (<0,001)	12 (8-22,8)	6 (3-10)	14098,5 (<0,001)	7 (4-16)	4 (2-7)	6765,0 (<0,001)
Índice glucémico	9,5 (5-15,5)	5 (3-9)	41077,5 (<0,001)	10 (6-20)	6 (3-11)	22917,5 (<0,001)	9 (1-12)	4 (2-7)	3030,5 (0,228)
Monotemática	11 (6-23,5)	5 (3-9)	11194,5 (<0,001)	10 (5-18,5)	6 (3-11)	7522,5 (0,030)	20,5 (11,8-47,3)	4 (2-7)	121,0 (0,002)
Détox	12 (7-21)	5 (3-9)	34817,5 (<0,001)	11 (6,5 -21)	6 (3-10)	24571,5 (<0,001)	18 (13-23)	4 (2-7)	123,0 (0,002)
Batidos	9 (6-16)	5 (3-9)	31508,0 (<0,001)	9,5 (6-16)	6 (3-11)	18254,0 (<0,001)	8 (5-17,5)	4 (2-7)	1747,5 (0,021)
Autoelaborada	9 (5-16)	5 (2-9)	138768,0 (<0,001)	10 (5,5-16)	5 (3-10)	75943,0 (<0,001)	8 (3-12)	4 (2-7)	9330,5 (<0,001)

Se muestran las diez dietas más realizadas. Los valores se expresan como la mediana (rango intercuartílico) del EAT-26; p<0,05 indica diferencias significativas en la puntuación EAT-26 entre personas que realizaban y no realizaban la dieta (U-Mann Whitney).

En cuanto a los motivos por los cuales llevaban a cabo la dieta (figura 49), únicamente se establecieron diferencias entre el grupo con riesgo y sin riesgo de TCA en el motivo “para controlar el peso y/ o forma corporal”, el cual era más frecuente en el grupo con riesgo (81,7% vs. 66,7%, χ^2 de Pearson = 8,387; $p = 0,004$).

Figura 49. Motivos por los que llevaban a cabo la dieta según riesgo de TCA



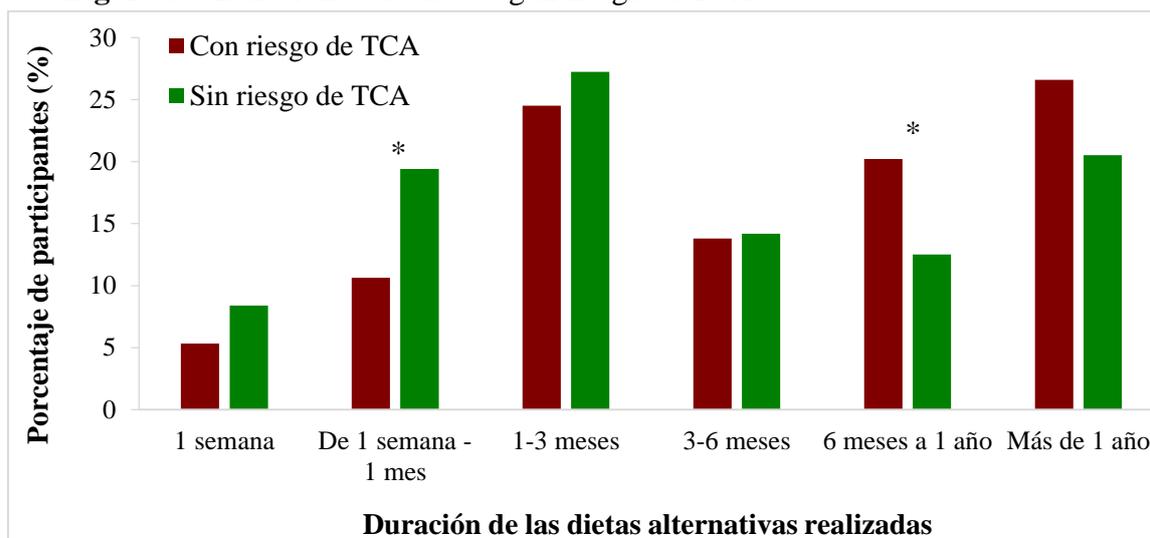
Porcentajes expresados sobre el número de participantes con y sin riesgo que realizaban dietas o habían intentado realizar una dieta. Resto de motivos (solidaridad familiar, por salud, deporte, medioambiente, etc.), presentaban porcentajes muy bajos; **indica diferencias entre participantes con y sin riesgo de TCA (χ^2 de Pearson, $p < 0,01$).

Al analizarlo considerando el EAT-26 como variable numérica, se hallaron diferencias en el motivo “para controlar el peso y/o forma corporal”, obteniendo una puntuación superior las personas que seleccionaron este motivo (mediana de 10 puntos (RI 5-16), vs. mediana de 6 puntos (RI 4-12), U-Mann Whitney = 33806,5; $p < 0,001$). También se establecieron diferencias en el motivo “por creencias ético-morales”, siendo en este caso la puntuación en el EAT-26 menor en las personas que seleccionaron este motivo (mediana de 6 puntos (RI 3-12) vs. 9 puntos (RI 5-15), U-Mann Whitney = 26970,0; $p = 0,001$).

Al analizar en hombres y mujeres los motivos por los cuáles realizaban la dieta, en las mujeres se halló la misma tendencia y las mismas diferencias significativas en los motivos “para controlar el peso y/o forma corporal” (U-Mann Whitney = 18627,5; $p < 0,001$), y para el motivo “por creencias ético-morales” (U-Mann Whitney = 16034,0; $p < 0,001$). En los hombres no se observó ninguna diferencia estadísticamente significativa.

En cuanto a la duración de la dieta, se apreció que las personas del grupo con riesgo llevaron a cabo dietas durante tiempos más prolongados, como se muestra en la figura 50, hallándose diferencias en el periodo de duración “de 6 meses a un año” (χ^2 de Pearson = 4,036; $p = 0,037$). Asimismo, en el periodo de “1 semana a 1 mes”, también se hallaron diferencias (χ^2 de Pearson = 4,145; $p = 0,025$), siendo más frecuente en las personas sin riesgo de TCA.

Figura 50. Duración de la dieta según riesgo de TCA



Porcentajes expresados sobre el número de participantes con y sin riesgo que realizaban dietas o habían intentado realizar una dieta; * indica diferencias entre participantes con riesgo y sin riesgo de TCA (χ^2 de Pearson, $p < 0,05$).

Al examinar el EAT-26 como variable numérica, se apreciaba la misma tendencia, de forma que a partir de la duración “3-6 meses”, la puntuación del EAT-26 tendía a ser superior, pero sin diferencias significativas (tabla 66). En cambio, en las duraciones más cortas, la tendencia era que la puntuación del EAT-26 fuera inferior, con diferencias significativas en la duración de una semana a un mes, en la que se observaba una puntuación significativamente inferior en las personas que realizaban dietas de esta duración ($p = 0,024$).

Tabla 66. Puntuación EAT-26 según duración de la dieta

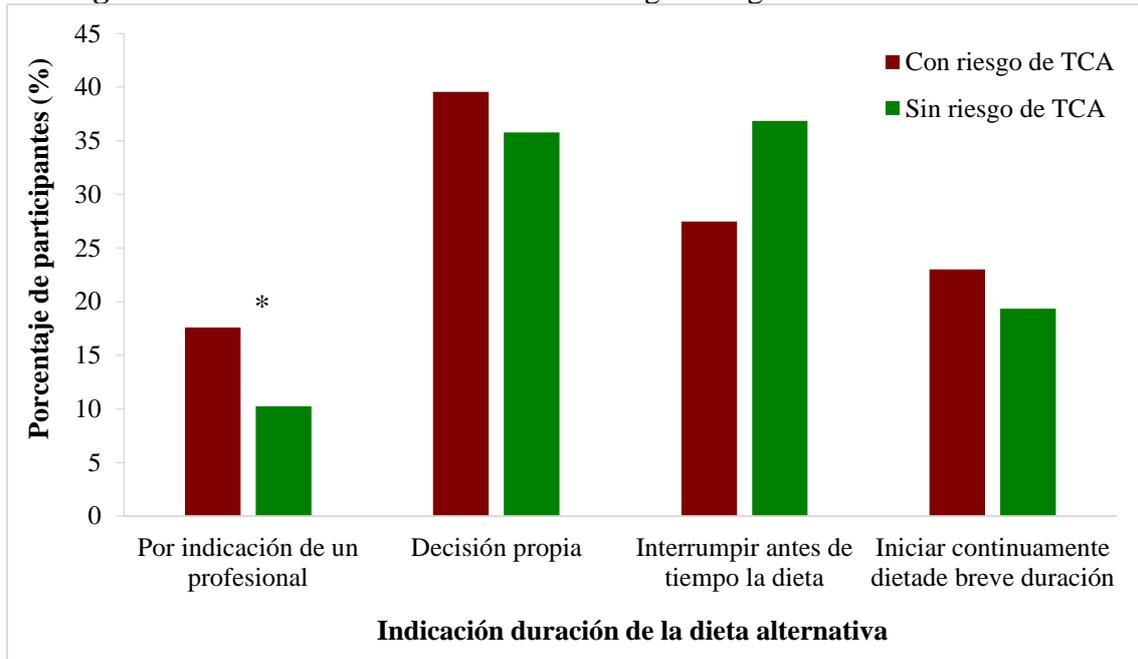
Duración dieta	Puntuación EAT-26		U-Mann Whitney (p)
	Personas que seleccionan esta duración	Personas que NO seleccionan esta duración	
1 semana	8,5 (5-15,3)	9 (5-14)	14185,5 (0,799)
1 semana a 1 mes	7,5 (3,8-12)	9 (5-15)	25434,0 (0,024)
De 1-3 meses	8 (4-13)	9 (5-15)	36260,5 (0,183)
De 3-6 meses	9 (5-15)	8 (5-14)	22773,5 (0,413)
De 6 meses a 1 año	9,5 (5-17)	8,5 (5-14)	21415,5 (0,207)
Más de 1 año	10 (5-16)	8 (5-14)	30141,0 (0,081)

Los valores se expresan como la mediana (rango intercuartílico); $p < 0,05$ indica diferencias significativas en la puntuación EAT-26 de los participantes que seleccionaron y no seleccionaron la duración indicada (U-Mann Whitney).

Al segmentar por sexo, se apreció la misma tendencia general, descrita previamente. No obstante, únicamente se hallaron diferencias en el periodo “de una semana a un mes” en las mujeres, siendo las que seleccionaron esta opción las que obtuvieron una menor puntuación en el EAT-26 (U-Mann Whitney = 16027,0; $p = 0,037$).

Al analizar quién indicaba o prescribía la duración de la dieta (figura 51), se observaron únicamente diferencias significativas en la indicación por parte de un profesional al evaluar el EAT-26 como variable categórica (χ^2 de Pearson = 4,134; $p = 0,042$), siendo el grupo con riesgo quién seleccionó con mayor frecuencia esta opción. En cambio, no se halló diferencia al evaluar el EAT-26 como variable numérica (U-Mann Whitney = 15996,0; $p = 0,058$). Para el resto de las indicaciones no se determinaron diferencias significativas. No obstante, se observó como en el grupo sin riesgo tenía una mayor tendencia por la opción “interrumpir antes de tiempo la dieta”, además de obtener las personas que seleccionaron esta opción una puntuación EAT-26 inferior.

Figura 51. Indicación duración de la dieta según riesgo de TCA



Porcentajes expresados sobre el número de participantes con y sin riesgo que realizaban dietas o habían intentado realizar una dieta; * $p < 0,05$, indica diferencias significativas entre participantes con riesgo y sin riesgo de TCA (χ^2 de Pearson).

Si se analiza la indicación o prescripción de la duración segmentada por sexo, se observaron ciertos cambios. En las mujeres se mantuvieron las diferencias halladas en la indicación de un profesional (U-Mann Whitney = 8680,5; $p = 0,018$). En cambio, en los hombres, se hallaron diferencias significativas en la opción “la determinan ellos mismos”, obteniendo una mayor puntuación en el EAT-26 los que indicaron esta opción (mediana de 9 (RI 5-14) vs. 8 (RI 5-15), U-Mann Whitney = 1917,0; $p = 0,004$).

5.2.3 IMC, satisfacción corporal y riesgo de TCA

La mediana del IMC de las personas con riesgo fue superior, siendo de 22,5 kg/m² frente a 21,9 kg/m² en las personas sin riesgo de TCA (U-Mann Whitney = 100263,00; $p = 0,042$). Al estudiar el IMC según el riesgo de TCA y segmentado por sexo (tabla 67), en las mujeres se observó la misma tendencia, es decir, una mayor puntuación en la escala EAT-26 a medida que aumentaba el IMC ($p = 0,019$). Asimismo, se halló una ligera correlación significativa entre ambas variables (coeficiente de correlación de Spearman = 0,104; $p < 0,001$). En el caso de los hombres, no se hallaron diferencias ($p = 0,667$).

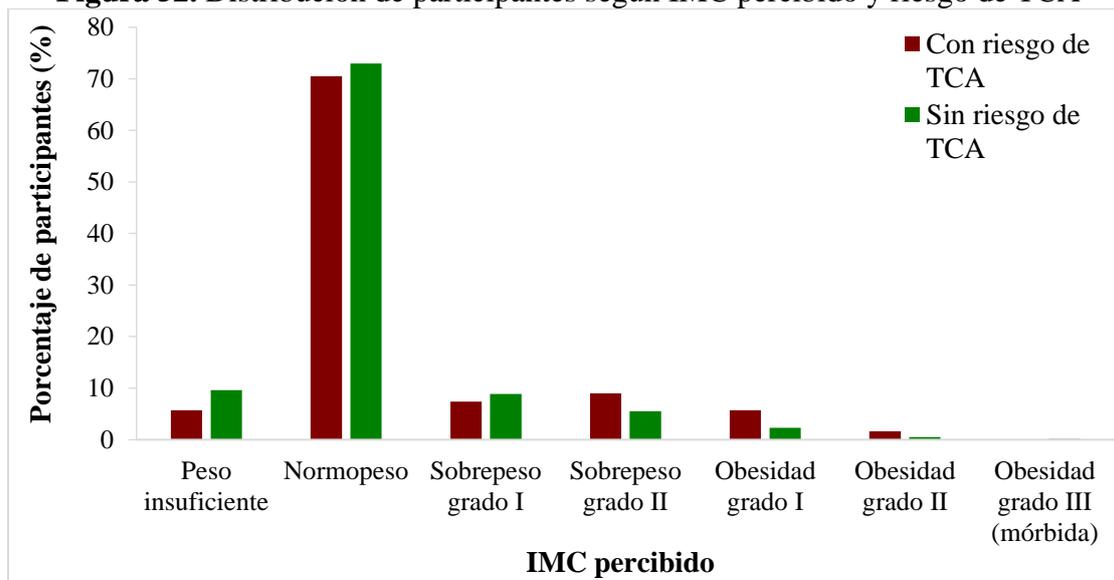
Tabla 67. Puntuación EAT-26 según índice de masa corporal de los participantes

IMC (Categorías)	Puntuación EAT-26		
	Todos	Mujeres	Hombres
Peso insuficiente	5 (3-9)	5 (3-9)	5 (3-7)
Normopeso	5 (3-10)	6 (3-11)	4 (2-7)
Sobrepeso	5 (3-10)	7 (3-11)	4 (2-8)
Obesidad	6 (3-13)	9 (4-16)	4 (1,8-7)
Chi-Square (p)	4,565 (0,207)	9,947 (0,019)	1,565 (0,667)

Los valores se expresan como la mediana (rango intercuartílico); $p < 0,05$ existen diferencias significativas entre participantes según el valor del índice de masa corporal (IMC) (Kruskal-Wallis test, Chi-Square).

Por otra parte, en la figura 52 se puede apreciar cómo había un mayor porcentaje de personas que se percibían con sobrepeso y obesidad en el grupo con riesgo (χ^2 de Pearson = 8,758; $p = 0,033$). Asimismo, si se analiza el EAT-26 como variable numérica, se aprecia un aumento de la mediana de puntuación de dicha escala a medida que las personas percibían un IMC mayor, pero sin diferencias significativa ($p = 0,207$).

Figura 52. Distribución de participantes según IMC percibido y riesgo de TCA



$p < 0,05$, existen diferencias significativas entre participantes con riesgo y sin riesgo de TCA (χ^2 de Pearson).

Al preguntar por el peso deseado, se obtuvo que el grupo con riesgo deseaba un IMC inferior respecto al grupo sin riesgo (mediana de IMC deseado = 20,0 kg/m² en el grupo con riesgo frente al 21,3 kg/m² del grupo sin riesgo, p<0,001). Esta misma tendencia se observaba cuando se analizaban los valores en hombres y en mujeres (tabla 68).

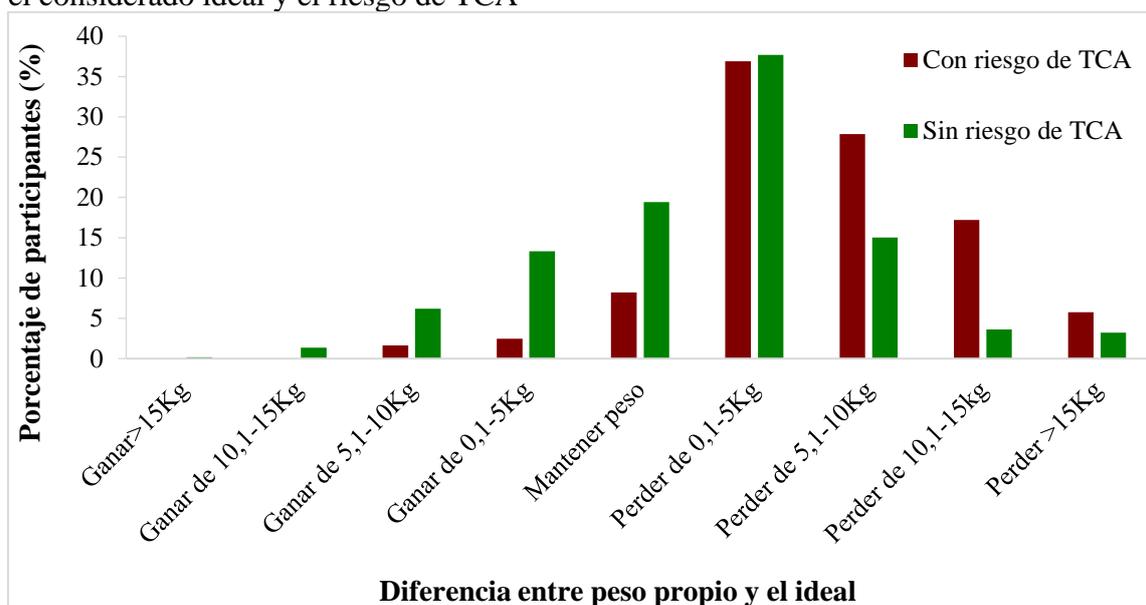
Tabla 68. IMC autoreportado versus el deseado distribuido por riesgo de TCA y sexo

	Con riesgo		Sin riesgo		U-Mann Whitney (p)
	IMC autoreportado (kg/m ²)	IMC deseado (kg/m ²)	IMC autoreportado (kg/m ²)	IMC deseado (kg/m ²)	
Mujeres	22,2 (20,3-24,4)	19,7 (18,6-21,2)	21,2 (19,5-23,7)	20,3 (19,1-21,8)	32617,0 (<0,001)
Hombres	23,0 (21,0-26,2)	22,3 (21,7-24,2)	22,7 (20,9-24,6)	22,9 (21,6-24,1)	4786,50 (0,011)
Todos	22,5 (20,5-24,9)	20,0 (18,9-22,1)	21,9 (20-24,1)	21,3 (19,7-23,0)	61240,5 (<0,001)

Los valores se expresan como la mediana (rango intercuartílico) del IMC (índice de masa corporal); p<0,05 indica diferencias significativas entre participantes con y sin riesgo de TCA respecto a la diferencia entre IMC reportado y deseado (U-Mann Whitney).

En las personas con riesgo de TCA la mediana de la discrepancia entre el peso real y el deseado suponía una disminución de 5,7 kg (RI 3-10), significativamente superior que el valor en las personas sin riesgo, que fue de 2 kg (RI 0-5). En la figura 53 se muestra la distribución de los participantes según el peso que querían ganar o perder y el riesgo de TCA, destacando que solo en las opciones que suponen perder un mínimo de 5 kg de peso donde se observan porcentajes superiores de participantes con riesgo de TCA. Se estableció una asociación de carácter leve-moderado entre la puntuación EAT-26 obtenida y la discrepancia entre el peso de la persona y el deseado (coeficiente de correlación de Spearman = 0,205; p<0,001).

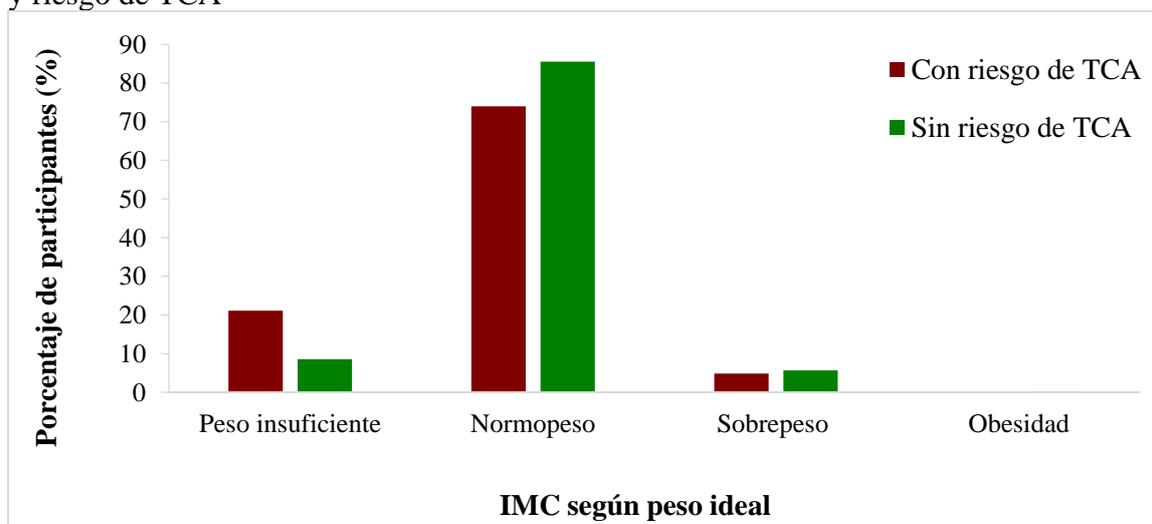
Figura 53. Distribución de los participantes según la diferencia entre peso propio y el considerado ideal y el riesgo de TCA



$p < 0,05$, existen diferencias significativas entre participantes con riesgo y sin riesgo de TCA (χ^2 de Pearson).

En el mismo sentido, esta discrepancia de peso se traduce en que había un mayor porcentaje de personas con riesgo que consideraban que el peso ideal era tener un peso insuficiente, 21,1% frente a un 8,5% de las personas sin riesgo (figura 54), estableciéndose diferencias estadísticamente significativas en el IMC que se considera ideal según la clasificación de la OMS (χ^2 de Pearson = 21,823; $p < 0,001$).

Figura 54. Distribución de participantes según clasificación de IMC (peso deseado) y riesgo de TCA



$p < 0,05$, existen diferencias significativas entre participantes con riesgo y sin riesgo de TCA (χ^2 de Pearson).

Los mismos resultados se obtuvieron al analizar la variable EAT-26 como numérica ($p < 0,001$), en la cual la puntuación EAT-26 descendía a medida que se deseaba un IMC mayor (tabla 69). Al analizarlo segmentado por sexo, únicamente se mantuvieron las diferencias en las mujeres ($p = 0,003$).

Tabla 69. Puntuación EAT-26 según índice de masa corporal deseado

IMC deseado	Puntuación EAT-26		
	Todos	Mujeres	Hombres
Peso insuficiente	7 (4-13)	7 (4-13)	5 (3-16,5)
Normopeso	5 (3-9)	6 (3-10)	4 (2-7)
Sobrepeso	5 (3-9)	8,5 (2-12,3)	4 (2-7)
Obesidad	3,5 (3-8,5)	3,5 (3-3,5)	3 (3-6,5)
Ch-Square (p)	23,624 (<0,001)	14,266 (0,003)	1,032 (0,793)

Los valores se expresan como la mediana (rango intercuartílico); $p < 0,05$ indica diferencias significativas entre participantes según el IMC (índice de masa corporal) deseado (Kruskal-Wallis test, Chi-Square).

Si se analiza la insatisfacción mediante la diferencia de peso real frente al ideal y clasificado en “satisfechos”, “querían perder peso” o “querían ganar peso”, se apreciaba que las personas con riesgo querían perder peso de forma estadísticamente significativa tanto al analizar el EAT-26 de forma categórica como continua (χ^2 Pearson = 60,221; $p < 0,001$ y Kruskal Wallis, Chi-Square = 87,895; $p < 0,001$). Asimismo, destacar que, independientemente de si querían ganar o perder peso, las personas que presentaban insatisfacción tenían puntuaciones del EAT-26 superiores que las personas que no querían modificar su peso.

Al analizar el coeficiente de correlación de Spearman, se obtuvieron correlaciones significativas entre el EAT-26, sus subescalas y la insatisfacción corporal medida a través de la discrepancia entre el peso real y el ideal (tabla 70). Al analizarlo por sexo, en las mujeres se mantuvieron todos estos hallazgos, incrementándose el coeficiente de correlación excepto en la subescala de control oral, el cual fue mayor en los hombres. En el caso de los hombres solo se hallaron correlaciones significativas en las subescalas de dieta y de control oral ($p < 0,001$ en ambos casos).

Tabla 70. Coeficientes de correlación entre insatisfacción corporal (por diferencias de peso real-ideal) y subescalas EAT-26 distribuido por sexo

	Coeficiente de correlación de Spearman (p)		
	Mujeres	Hombres	Todos
Subescala dieta	0,471 (<0,001)	0,271 (<0,001)	0,432 (<0,001)
Subescala bulimia	0,206 (<0,001)	0,053 (0,161)	0,161 (<0,001)
Subescala control oral	-0,239 (<0,001)	-0,340 (<0,001)	-0,265 (<0,001)
EAT-26	0,261 (<0,001)	-0,007 (0,850)	0,205 (<0,001)

p<0,05 indica correlaciones bivariadas significativas.

Al evaluar la satisfacción corporal mediante el test de las siluetas, se obtuvieron resultados similares. La mediana de la silueta seleccionada tanto en el grupo con riesgo como sin riesgo de TCA fue la silueta 4 (RI 3-5). La diferencia se halló al preguntar por la silueta ideal. La mediana de las siluetas en las personas sin riesgo fue la 3 (RI 3-4), en cambio para los estudiantes con riesgo, a pesar de que la mediana también fue la silueta 3, se apreció una tendencia a desear una silueta inferior (RI 2-3). Esta tendencia se aprecia mejor al analizar el EAT-26 como variable numérica (tabla 71), donde se observa como a menor silueta mayor puntuación en el EAT-26 (p<0,001).

Tabla 71. Puntuación EAT-26 según silueta deseada

Silueta ideal	Puntuación EAT-26	Kruskal Wallis test Chi-Square (p)
Silueta 1 (n = 20)	16,5 (8,3-36,5)	83,637 (<0,001)
Silueta 2 (n = 302)	7 (3-13,3)	
Silueta 3 (n = 821)	5 (3-10)	
Silueta 4 (n = 635)	5 (2-8)	
Silueta 5 (n = 176)	4 (2-7)	
Silueta 6 (n = 9)	6 (2,5-10,5)	
Silueta 9 (n = 1)	3 (3-3)	

Los valores se expresan como la mediana (rango intercuartílico); ningún participante seleccionó la silueta 7 y 8 como la deseada; p <0,05 indica diferencias en el EAT-26 según siluetas (Kruskal-Wallis test, Chi-Square).

Al observar la satisfacción corporal mediante la discrepancia de siluetas “real” y la “deseada”, se observa una mayor discrepancia en las personas con riesgo de TCA, es decir, obtenían mayores porcentajes de insatisfacción corporal (90,0% frente al 65,3% del grupo sin riesgo, χ^2 de Pearson = 30,955; $p < 0,001$). Esta diferencia se mantuvo al evaluar el EAT-26 como variable numérica, hallándose una correlación significativa entre dicha escala y la insatisfacción corporal medida a través de la discrepancia entre siluetas (coeficiente de correlación de Spearman = 0,236; $p < 0,001$).

Al analizar la insatisfacción corporal mediante la discrepancia entre siluetas segmentado por sexo, únicamente se mantuvieron las diferencias encontradas entre el grupo con riesgo y sin riesgo de TCA en las mujeres, siendo las de riesgo las que obtenían puntuaciones más elevadas en el EAT-26 (mujeres: U-Mann Whitney = 118441,0; $p < 0,001$; hombres: U-Mann Whitney = 51802,5; $p = 0,360$).

En cuanto a la percepción corporal (discrepancia entre el IMC auto reportado y la silueta seleccionada como que les representaba), no se observaron diferencias entre el grupo con riesgo y sin riesgo de TCA (χ^2 de Pearson = 1,699; $p = 0,192$). Tampoco se observaron diferencias al analizar el EAT-26 como variable numérica (U-Mann Whitney = 429098,0; $p = 0,874$).

Al segmentar los resultados por sexo, tampoco se establecieron diferencias respecto a la presencia de una alteración en la percepción corporal (mujeres: U-Mann Whitney = 168457,0; $p = 0,467$; hombres: U-Mann Whitney = 54390,0; $p = 0,246$).

5.2.4 Conductas relacionadas con trastornos alimentarios y riesgo de TCA

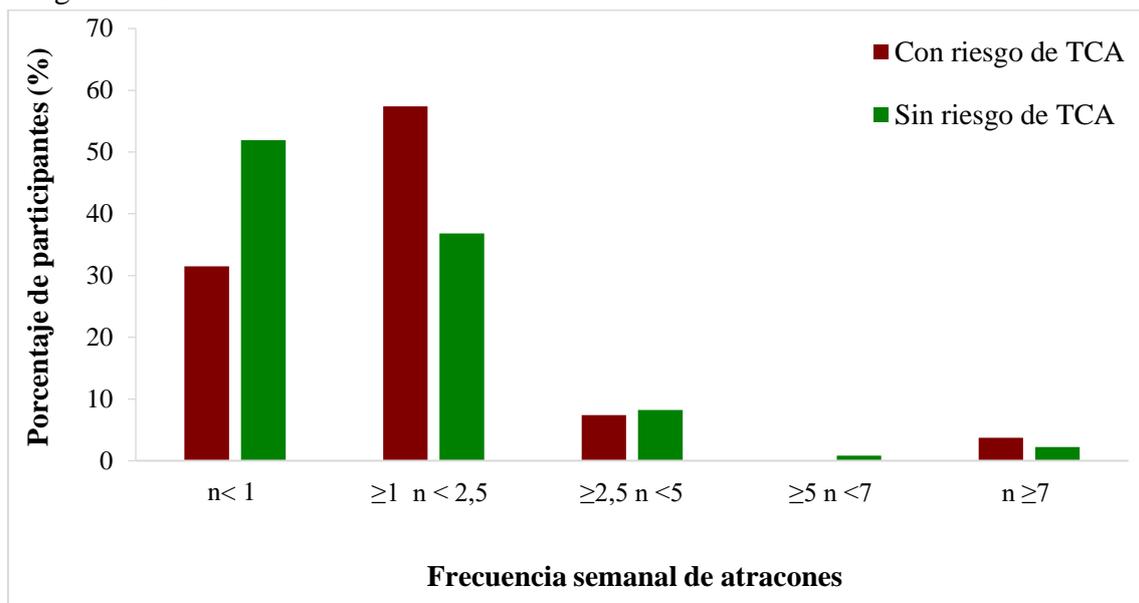
5.2.4.1 Atracones

Al preguntar por la realización de atracones, se observaron diferencias significativas, con un mayor porcentaje de participantes que los realizaba en el grupo con riesgo (48,0% frente al 20,4% del grupo sin riesgo de TCA, χ^2 de Pearson = 50,858; $p < 0,001$). Además, las personas con riesgo tenían 3,593 veces más probabilidades de realizar atracones (IC95% 2,479-5,208) que las personas sin riesgo. En el mismo sentido, las personas que realizaban atracones también obtenían una puntuación mayor en el EAT-26 (mediana de 8 puntos (RI 4-13,5) frente a 5 puntos (RI 2-8), U-Mann Whitney = 245326,00; $p < 0,001$).

Al analizar la realización de atracones segmentado por sexo, se mantuvieron los hallazgos encontrados en conjunto (mujeres: U-Mann Whitney = 102540,5; $p < 0,001$; hombres: U-Mann Whitney = 30722,0; $p < 0,001$). En concreto, considerando como referencia los grupos sin riesgo, en las mujeres con riesgo se obtuvo una Odds ratio de 3,368 (IC95% 2,230 - 5,087) y en los hombres de 4,033 (IC95% 1,676 - 9,703) para la realización de atracones.

Al examinar la frecuencia de atracones, también se obtuvo que el grupo con riesgo los realizaba con mayor frecuencia (una mediana de un atracón a la semana frente a un atracón cada dos semanas del grupo sin riesgo, U-Mann Whitney = 8224,50; $p = 0,049$). En la figura 55 se puede observar la distribución de participantes según riesgo de TCA y frecuencia semanal de atracones.

Figura 55. Distribución de participantes según la frecuencia semanal de atracones y riesgo de TCA



Porcentajes expresados sobre el número de participantes con y sin riesgo que realizan atracones; $p < 0,05$, existen diferencias significativas según riesgo de TCA (χ^2 de Pearson).

Al analizar la frecuencia por sexo, no se hallaron diferencias, siendo, tanto en mujeres como en hombres, de un atracón a la semana en los grupos de riesgo frente a un atracón cada semana y media en los grupos sin riesgo, (mujeres: U-Mann Whitney = 4891,00; $p = 0,161$; hombres: U-Mann Whitney = 320,00; $p = 0,109$).

5.2.4.2 Conductas de control de peso

Respecto a la realización de conductas de control de peso y/o forma corporal durante el año previo a la realización de la encuesta, se observó que hubo una mayor prevalencia de participantes del grupo con riesgo de TCA que realizaban esta acción (57,0% frente al 16,8% de las personas sin riesgo, χ^2 de Pearson = 118,307; $p < 0,001$). De hecho, se obtuvo que el grupo con riesgo tenía 6,571 más de probabilidades (IC 95% 4,495-9,607) de realizar estas acciones. Resultados similares se obtuvieron al analizar el EAT-26 como variable numérica, donde se evidenciaba que las personas que recurrían a estas acciones tenían una mayor puntuación en el EAT-26 (mediana de 9 puntos (RI 4-15) vs. mediana 5 puntos (RI 3-8); U-Mann Whitney = 205485,5; $p < 0,001$).

Cuando se consideró el tipo de conducta, se apreció que las personas con riesgo realizaban con mayor frecuencia conductas agresivas como uso de laxantes, diuréticos, autoprovocarse el vómito, saltarse comidas o realizar exceso de actividad física (67,2% frente al 37,6% del grupo sin riesgo, χ^2 de Pearson = 17,096; $p < 0,001$). En concreto, se obtuvo una Odds ratio del 3,401 (IC 95% 1,865 – 6,202) del grupo con riesgo respecto al grupo sin riesgo de TCA. Si se consideraba el EAT-26 como variable numérica, también se obtenía que las personas que usaban medidas agresivas para el control de peso obtenían una puntuación en el EAT-26 superior, mediana de 11 puntos (RI 6,25-20) vs. mediana de 6 puntos (RI 3 – 11) de las personas que no realizaban conductas agresivas para el control de peso (U-Mann Whitney = 8020,5; $p = 0,001$).

Cabe destacar que, tal como puede observarse en la tabla 72, más participantes del grupo con riesgo realizaban más de una conducta agresiva ($p < 0,001$). Al segmentar el análisis por sexo, esta diferencia significativa se mantenía únicamente en las mujeres (χ^2 de Pearson = 44,149; $p < 0,001$ en mujeres, y χ^2 de Pearson = 1,180; $p = 0,758$ en hombres).

Tabla 72. Distribución de participantes según el número de conductas agresivas y riesgo de TCA

Número de conductas agresivas	Con riesgo de TCA (%) (n = 39)	Sin riesgo de TCA (%) (n = 102)	χ^2 de Pearson (p)
0	32,8	62,4	57,751 (<0,001)
1	36,2	32,8	
2	15,5	4,8	
3	8,6	0,0	
4	5,2	0,0	
5	1,7	0,0	

Los valores expresan el porcentaje de participantes con y sin riesgo que realizaban ese número de conductas; $p < 0,05$ existen diferencias significativas entre participantes con y sin riesgo (χ^2 de Pearson).

Si se tienen en cuenta todos los participantes que realizaron alguna conducta de control de peso, fuera o no agresiva (tabla 73), también se hallaron diferencias entre el grupo con riesgo y sin riesgo de TCA ($p < 0,001$), siendo los de riesgo los que realizaban más conductas de control de peso. Aunque el grupo con riesgo tendía a aglomerar más conductas de control de peso, se puede observar como también aumentaba el número de acciones de control de peso en el grupo sin riesgo si se comparaba con el uso exclusivo de conductas agresivas descrito en la tabla 72.

Tabla 73. Distribución de participantes según el número total de conductas de control de peso y riesgo de TCA

Número de conductas	Con riesgo de TCA (%) (n=58)	Sin riesgo de TCA (%) (n=271)	χ^2 de Pearson (p)
0	43,1	73,8	61,202 (<0,001)
1	24,1	22,9	
2	17,2	3,0	
3	6,9	0,4	
4	5,2	0,0	
5	3,5	0,0	

Los valores expresan el porcentaje de participantes con y sin riesgo que realizan ese número de conductas; $p < 0,05$ indica diferencias significativas entre participantes con y sin riesgo (χ^2 de Pearson).

De forma similar se apreciaba como, a medida que las personas realizaban más conductas de control de peso obtenían mayores puntuaciones en la escala EAT-26 (tabla 74), hallándose, además, una correlación significativa de carácter leve-moderado ($p < 0,001$). Estos hallazgos se mantuvieron al segmentar por sexo, aunque cuando se calculaba la Odds ratio, se apreciaba que esta era ligeramente superior en el grupo de las mujeres con riesgo (6,38 IC 95% 4,194-9,733) respecto al de los hombres con riesgo (5,391 IC 95% 2,136-13,603).

Tabla 74. Puntuación EAT-26 según el número de conductas de control de peso y sexo

Número de conductas de control de peso	Puntuación EAT-26		
	Todos (n = 329)	Mujeres (n = 231)	Hombres (n = 98)
0	5 (3-8)	5 (3-9)	4 (2-7)
1	7 (3-12)	8 (4-12)	5 (3-9,8)
2	9,5 (5-16)	11 (6-16,8)	6 (2-13,3)
3	21,5 (12-35)	15,8 (24,5-39)	12 (12-12)
4	25 (15,5-39,5)	25 (15,5-39,5)	-
5	45 (33-45)	45 (33-45)	-
6	47,5 (31-47,5)	47,5 (31-47,5)	-
Chi-Square (p)	47,513 (<0,001)	42,498 (<0,001)	2,413 (0,299)
Correlación de Spearman (p)	0,308 (<0,001)	0,259 (<0,001)	0,131 (0,001)

Los valores se expresan como la mediana (rango intercuartílico) del EAT-26; No hay hombres que realicen más de 3 conductas de control de peso. $p < 0,05$ indica diferencias en el EAT-26 entre personas con riesgo y sin riesgo de TCA (Kruskal-Wallis test, Chi-Square) o correlaciones bivariadas significativas.

Si se analiza de forma más exhaustiva el tipo de conducta de control de peso y/o forma corporal (tabla 75), se aprecia como la acción de evitar situaciones relacionadas con comida fue la conducta realizada por un mayor porcentaje de participantes con y sin

riesgo de TCA, siendo superior en el grupo con riesgo (χ^2 de Pearson = 35,301; $p < 0,001$). Asimismo, los participantes con riesgo realizaban con mayor frecuencia todas las acciones, excepto controlar el tipo y la cantidad de alimentos y hacer actividad física, medidas que reportaron de forma específica con mayor asiduidad el grupo sin riesgo de TCA (en el apartado otras acciones).

Tabla 75. Prevalencia de conductas de control de peso según riesgo de TCA

Conducta	Prevalencia de las acciones (%)		χ^2 de Pearson (p)	Odds ratio (IC95%)
	Personas con riesgo (n = 69)	Personas sin riesgo (n = 314)		
Evitar situaciones de comida	75,9	33,6	35,301 (<0,001)	6,217 (3,239 – 11,933)
Saltarse comidas	43,1	19,9	14,065 (<0,001)	3,044 (1,672 – 5,542)
Exceso de AF	27,6	13,7	6,863 (0,009)	2,409 (1,230 – 4,718)
Autoprovocarse el vómito	22,4	0,7	51,585 (<0,001)	38,856 (8,483 – 177,976)
Uso de diuréticos	11	7,4	7,513 (0,006)	2,937 (1,321 - 6,530)
Pastillas	10,3	5,9	1,510 (0,219)	1,839 (0,687 – 4,922)
Uso de laxantes	10,3	0,7	18,585 (<0,001)	15,519 (3,048 - 79,019)
Control tipo de alimentos	1,7	13,3	8,522 (0,004)	0,091 (0,012 – 0,671)
Control cantidad de alimentos	1,7	16,2	6,396 (0,011)	0,115 (0,15 – 0,853)
Hacer ejercicio	0	11,4	7,325 (0,007)	0,886 (0,849 – 0,924)

$p < 0,05$ indica diferencias entre participantes con y sin riesgo (χ^2 de Pearson). Para el cálculo de las Odds ratio siempre se considera el grupo sin riesgo de TCA como el grupo de referencia.

Cuando se analizaba el EAT-26 como variable numérica, se hallaron prácticamente los mismos resultados. La única diferencia se encontró en la toma de pastillas, ya que las personas que recurrían a esta acción obtenían una puntuación en el EAT-26 estadísticamente superior ($p = 0,001$), tal como se muestra en la tabla 76, diferencia que no se observaba al analizar los valores del EAT-26 de forma categórica.

Tabla 76. Puntuación EAT-26 según medida de control de peso y/o forma corporal llevada a cabo

Conducta	Puntuación EAT-26		U-Mann Whitney (p)
	SI realizaban la acción	NO realizaban la acción	
Uso de laxantes	38 (17-48)	8 (3,5-14)	208,0 (<0,001)
Uso de diuréticos	12 (9-31)	8 (3-14)	2603,0 (<0,001)
Autoprovocarse el vómito	33 (22-54)	8 (3-13)	272,0 (<0,001)
Pastillas	14 (9,8-22)	8 (3-14)	1945,5 (0,001)
Saltarse comidas	12 (6-23)	8 (3-12)	7288,0 (<0,001)
Evitar situaciones de comida	11 (5-22)	7 (3-11)	9495,5 (<0,001)
Exceso de AF	12 (6-22)	8 (3-12,8)	5460,0 (0,003)
Control cantidad de alimentos	5 (3-10)	9 (4-16)	3632,0 (0,001)
Control tipo de alimentos	6 (3-11)	9 (4-16)	4823,0 (0,008)
Hacer ejercicio	6 (2-8)	9 (4-16)	2814,0 (<0,001)

$p < 0,05$ indica diferencias en el rango medio de la puntuación EAT-26 entre los participantes que realizaban y no realizaban aquella conducta de control de peso (U-Mann Whitney).

Al analizarlo segmentado por sexo (tabla 77), en las mujeres se observaron los mismos resultados que en conjunto. En hombres, en todas las medidas se observó la

misma tendencia, excepto en el uso de pastillas y exceso de actividad física, las cuales fueron más usadas en el grupo sin riesgo de TCA.

Tabla 77. Realización de conductas de control de peso y/o forma corporal según riesgo de TCA y sexo

Conducta	Mujeres			Hombres		
	Con riesgo de TCA (n = 60)	Sin riesgo de TCA (n = 216)	χ^2 de Pearson (p)	Con riesgo de TCA (n = 9)	Sin riesgo de TCA (n = 98)	χ^2 de Pearson (p)
Uso de laxantes (%)	12,2	1,1	14,346 (<0,001)	0	0	-
Uso de diuréticos (%)	20,4	9,3	4,581 (0,032)	11,1	3,4	0,263 (0,263)
Autoprovocarse el vómito (%)	24,5	1,1	37,101 (<0,001)	11,1	0,0	9,991 (0,002)
Pastillas (%)	12,2	5,5	2,729 (0,099)	0,0	6,7	0,646 (0,421)
Saltarse comidas (%)	44,9	22,0	10,328 (0,001)	33,3	15,7	1,766 (0,184)
Evitar situaciones de comida (%)	75,5	36,3	24,068 (<0,001)	77,8	28,1	9,176 (0,002)
Exceso de AF (%)	32,7	14,3	8,755 (0,003)	0,0	12,4	1,253 (0,263)
Control cantidad de alimentos (%)	2,0	13,2	4,969 (0,026)	0,0	13,5	1,383 (0,240)
Control tipo de alimentos (%)	2,0	15,9	6,594 (0,010)	0,0	16,9	1,791 (0,181)
Hacer ejercicio (%)	0,0	9,9	5,256 (0,022)	0,0	14,6	1,516 (0,218)

Los resultados se expresan como el porcentaje de participantes de cada grupo que llevaba a cabo esa acción; p<0,05 indica diferencias entre participantes con y sin riesgo de TCA (χ^2 de Pearson).

Respecto a la frecuencia del uso de estas acciones, se apreciaba como, en general, los participantes con riesgo de TCA también las llevaban a cabo más frecuentemente (generalmente una vez al día) de forma estadísticamente significativa (tabla 78), excepto

la toma de pastillas, la cual era mayoritariamente de una vez al día en ambos grupos (U-Mann Whitney = 7508,00; p = 0,435). Además, las medidas del control de la cantidad y el tipo de alimentos y realizar actividad física eran, por el contrario, más realizadas por el grupo sin riesgo de TCA, debido a que ningún participante con riesgo especificó estas acciones.

Tabla 78. Frecuencia semanal de realización de conductas control de peso y duración según riesgo de TCA

Conducta control de peso	Frecuencia semanal			Duración (meses)		
	Personas con riesgo de TCA	Personas sin riesgo de TCA	U-Mann Whitney (p)	Personas con riesgo de TCA	Personas sin riesgo de TCA	U-Mann Whitney (p)
Uso de laxantes	3 (2-7)	2 (1-3)	7237,00 (<0,001)	0,5 (0,5-0,8)	0,5	7047,00 (0,002)
Uso de diuréticos	7 (5-21)	7 (4-7)	7050,50 (0,036)	2 (1-12)	2 (0,5-6)	6414,50 (0,982)
Vómitos	4 (2-14)	3,5 (3-4)	6153,50 (<0,001)	11,5 (6-24)	4,5	6097,50 (<0,001)
Pastillas	7 (3-21)	7 (5-21)	7508,00 (0,435)	3,5 (1-6)	2 (1-3)	7167,50 (0,258)
Saltarse comidas	7 (3-14)	3 (2-7)	5678,00 (<0,001)	7,5 (3-12)	2 (1-12)	4459,50 (0,035)
Evitar situaciones de comida	-	-	-	6 (3-12)	2 (1-6)	1591,50 (<0,001)
Exceso actividad física	4 (1-4)	2 (1-5)	7086,00 (0,026)	13,5 (10,5-19,5)	1 (0,5-3)	5292,50 (0,112)
Control cantidad	-	2,5 (1-7)	7039,50 (0,043)	-	7 (5-7)	6697,50 (0,044)
Control tipo alimentos	-	7 (5-7)	6931,00 (0,017)	-	3 (2-12)	6526,50 (0,018)
Realizar deporte	-	5 (4-7)	6960,00 (0,010)	-	4,5 (3-8)	6989,00 (0,091)

Los valores se expresan como la mediana (rango intercuartílico); p<0,05 indica diferencias entre participantes con y sin riesgo de TCA (U-Mann Whitney)

En cuanto al tiempo que hacía que realizaban estas acciones, mayoritariamente se apreciaba que el grupo con riesgo las llevaba a cabo desde hacía más tiempo, siendo lo habitual más de 2 meses. En las acciones que no hubo diferencias en cuanto a su duración fue para el uso de diuréticos (mediana de duración de 2 meses en ambos grupos; U-Mann Whitney = 6414,50, $p = 0,982$), y de pastillas (mediana de 2 meses grupo sin riesgo vs. 3,5 meses grupo con riesgo, U-Mann Whitney = 7167,50, $p = 0,258$).

Otra de las preguntas realizadas era si fumaban para saciarse, observándose que las personas con riesgo recurrían más a esta práctica (60,0% vs. 9,7%, χ^2 de Pearson = 43,006; $p < 0,001$). Al analizar el EAT-26 como variable numérica, también se evidenciaba que las personas que fumaban para saciarse tenían una puntuación en el EAT significativamente superior (mediana de 12 puntos (RI 6,8-23,8) frente a la mediana de 5 puntos (RI 2-10) de las personas que no recurrían a esta acción, $p < 0,001$) (tabla 79). Si se analizaba dicha acción por sexo, se mantenían las diferencias en ambos grupos (mujeres $p < 0,001$; hombres $p = 0,002$).

Tabla 79. Puntuación EAT-26 según si fumaban para saciarse

Fumar para saciarse	Puntuación EAT-26		
	Todos (n = 335)	Mujeres (n = 226)	Hombres (n = 109)
Sí	12 (6,8-23,8)	14 (6,8-29)	9 (5,5-15,5)
No	5 (2-10)	6 (3-11)	3 (2-6,3)
U-Mann Whitney (p)	3205,0 (<0,001)	1595,0 (<0,001)	263,5 (0,002)

Los resultados se expresan como la mediana (rango intercuartílico) del EAT-26; $p < 0,05$ indica diferencias significativas según realización o no de la conducta (U-Mann Whitney).

5.2.5 Personalidad y riesgo de TCA

Al examinar los cinco grandes rasgos de la personalidad (tabla 80), se apreciaba como las personas del grupo con riesgo de TCA presentaban una puntuación superior en el atributo “responsabilidad” (mediana 6 (RI 4,5-6,5) puntos vs. mediana de 5,5 (RI 4,5-

6,5), $p = 0,001$), y una menor puntuación en “estabilidad emocional” (mediana de 4 (RI 3-5) vs. mediana de 4,5 (RI 3,5-5,5), $p < 0,001$).

Tabla 80. Puntuación en los rasgos de personalidad según riesgo de TCA

Rasgo de personalidad	Personas con riesgo de TCA	Personas sin riesgo de TCA	U-Mann Whitney (p)
Extraversión	5 (3,5-6)	4,5 (3,5-5,5)	103841,00 (0,152)
Afabilidad	5,5 (4,5-6,5)	5,5 (4,5-6,5)	111616,50 (0,880)
Responsabilidad	6 (4,5-6,5)	5,5 (4,5-6,5)	93300,00 (0,001)
Estabilidad emocional	4 (3-5)	4,5 (3,5-5,5)	83745,00 ($< 0,001$)
Apertura a nuevas experiencias	5,5 (4,5-6,5)	5,5 (4,5-6)	105409,00 (0,239)

Los resultados se expresan como la mediana (rango intercuartílico) de la puntuación de los rasgos de personalidad; $p < 0,05$ indica diferencias significativas en el valor del rasgo de personalidad según riesgo de TCA (U-Mann Whitney).

Siguiendo la misma tendencia, si se analiza el EAT-26 como variable numérica también se encontraron diferencias significativas en los atributos “responsabilidad” y “estabilidad emocional”. Adicionalmente, para la “responsabilidad” se obtuvo una correlación positiva (coeficiente de correlación de Spearman = 0,095; $p < 0,001$), mientras que para la “estabilidad emocional” se observó una correlación negativa (coeficiente de correlación de Spearman = -0.176, $p < 0,001$).

Si se analiza segmentado por sexo, se apreciaba tanto en hombres como en mujeres que se mantenían las diferencias encontradas en el rasgo “estabilidad emocional”, en el cual las personas con riesgo obtenían una puntuación de dicho atributo significativamente menor (mujeres U-Mann Whitney = 9306,50, $p = 0,005$; hombres U-Mann Whitney = 3718,50; $p < 0,001$). En las mujeres también se hallaron diferencias significativas en la “responsabilidad”, obteniendo el grupo con riesgo una puntuación superior (U-Mann Whitney = 51462,50; $p = 0,025$), mientras que en los hombres no se observaron diferencias (U-Mann Whitney = 6186,50; $p = 0,469$). Para el resto de los rasgos, al igual que sucedía en conjunto, no se observaron diferencias significativas.

5.3 Análisis multivariante

5.3.1 Regresión lineal

Al llevar a cabo la regresión lineal multivariante, considerando como variable dependiente el EAT-26, se obtuvo un modelo con un coeficiente de determinación del 34,4% ($p = 0,029$). De todas las variables introducidas en el análisis, diez se consideraron explicativas (tabla 81). Estas fueron, de mayor a menor potencia, realización de dietas alternativas, puntuación EAI, satisfacción corporal, IMC, puntuación en el CERM, conductas de control de peso, realización de atracones, estabilidad emocional, adherencia a la dieta mediterránea y responsabilidad emocional. En la tabla 81 se puede observar con mayor detalle el coeficiente estandarizado de cada variable, así como el intervalo de confianza. Las variables que no se hallaron explicativas fueron: la frecuencia de consumo de alcohol, el sexo, el estado de salud percibido y la cantidad de actividad física realizada expresada como Mets-hora semana.

Tabla 81. Modelo de regresión lineal para el EAT-26

Variable	R ²	B	β	p	IC 95%
Realización dietas alternativas	0,155	0,015	0,237	<0,001	0,011; 0,018
Puntuación EAI	0,222	0,426	0,210	<0,001	0,321; 0,352
Insatisfacción corporal	0,269	1,692	0,262	<0,001	1,294; 2,090
IMC	0,299	-0,087	-0,171	<0,001	-0,117; 0,057
Puntuación CERM	0,315	0,258	0,115	<0,001	0,139; 0,376
Conductas control de peso	0,327	0,007	0,099	<0,001	0,003; 0,011
Realización de atracones	0,333	0,006	0,079	0,003	0,002; 0,009
Estabilidad emocional	0,337	-0,014	-0,075	0,005	-0,024; -0,004
Adherencia dieta Mediterránea	0,341	0,236	0,059	0,024	0,031; 0,441
Responsabilidad	0,344	0,015	0,057	0,029	0,001; 0,028
Constante		-3,169		<0,001	-4,061; -2,277

R² indica el coeficiente de determinación del modelo al introducir la nueva variable. B: Coeficiente no estandarizado; β : coeficiente estandarizado; EAI: exercise adicción inventory, IMC: índice de masa corporal, CERM: Cuestionario de Experiencias Relacionadas con el Móvil. Se muestran solo las variables explicativas dentro del modelo ($p < 0,05$), ordenadas de mayor a menor contribución al modelo obtenido.

Si se lleva a cabo una regresión lineal segmentada por sexo, en mujeres se obtuvo un modelo explicativo del 37,4% ($p = 0,019$). Este modelo estaba conformado por nueve variables (tabla 82): realización dietas alternativas, insatisfacción corporal, puntuación EAI, IMC, puntuación CERM, conductas de control de peso, realización de atracones, adherencia a la dieta mediterránea y estabilidad emocional. De esta manera, la variable responsabilidad dejó de ser explicativa al analizarlo en las mujeres.

Tabla 82. Modelo de regresión lineal para el EAT-26 en mujeres

Variable	R ²	B	β	p	IC 95%
Realización dietas alternativas	0,149	0,014	0,215	< 0,001	0,010; 0,019
Insatisfacción corporal	0,230	2,921	0,348	< 0,001	2,205; 3,637
Puntuación EAI	0,300	0,474	0,211	< 0,001	0,323; 0,624
IMC	0,329	-0,114	-0,203	< 0,001	-0,159; -0,068
Puntuación CERM	0,345	0,261	0,103	0,004	0,086; 0,436
Conductas control de peso	0,355	0,07	0,092	0,009	0,002; 0,012
Realización atracones	0,363	0,006	0,081	0,019	0,001; 0,011
Adherencia dieta Mediterránea	0,368	0,364	0,080	0,018	0,062; 0,665
Estabilidad emocional	0,374	-0,016	-0,080	0,019	-0,029; -0,003
Constante		-5,947		<0,001	-7,497; -4,397

R² indica el coeficiente de determinación del modelo al introducir la nueva variable; B: Coeficiente no estandarizado; β : coeficiente estandarizado; EAI: exercise adicción inventory, IMC: índice de masa corporal, CERM: Cuestionario de Experiencias Relacionadas con el Móvil. Se muestran solo las variables explicativas dentro del modelo ($p < 0,05$), ordenadas de mayor a menor contribución al modelo.

En el caso de los hombres (tabla 83), se obtuvo un modelo con un valor de determinación del 22,2% ($p = 0,027$), en el cual de las 13 variables introducidas únicamente cuatro fueron explicativas. Por orden de contribución estas cuatro variables

fueron: realización de dietas alternativas, puntuación EAI, puntuación CERM y realización de conductas de control de peso. Si se compara con el modelo explicativo de las mujeres, se aprecia que cinco variables dejan de ser significativas. Estas son: insatisfacción corporal, IMC, realización de atracones, adherencia a la dieta mediterránea y estabilidad emocional.

Tabla 83. Modelo de regresión lineal para el EAT-26 en hombres

Variable	R ²	B	β	p	IC 95%
Realización dietas alternativas	0,122	0,013	0,252	<0,001	0,008; 0,017
Puntuación EAI	0,196	0,387	0,249	<0,001	0,252; 0,522
Puntuación CERM	0,213	0,223	0,134	0,002	0,080; 0,366
Conductas control de peso	0,222	0,006	0,098	0,027	0,001; 0,011
Constante		0,741		<0,001	0,378; 0,884

R² indica el coeficiente de determinación del modelo al introducir la nueva variable; B: Coeficiente no estandarizado; β : coeficiente estandarizado; EAI: exercise adicción inventory, CERM: Cuestionario de Experiencias Relacionadas con el Móvil. Se muestran solo las variables explicativas dentro del modelo ($p < 0,05$), ordenadas de mayor a menor contribución al modelo.

5.3.2 Regresión logística

Cuando se realizó el modelo de regresión logística para la existencia o no de riesgo de TCA, se obtuvo un modelo que incluye cinco variables: realizar dietas alternativas, insatisfacción corporal, puntuación CERM, realización de conductas de control de peso y puntuación EAI (tabla 84). A destacar, la realización de dietas alternativas y la insatisfacción corporal, las cuales obtuvieron un mayor peso explicativo respecto al riesgo de TCA. En concreto las personas que estaban realizando o habían intentado una dieta alternativa tenían una probabilidad 5,984 (IC95% 2,966-12,072) veces superior de tener riesgo de TCA que aquellas que no la habían realizado o intentado. Y en el caso de la insatisfacción corporal aquellas que querían una figura de gradiente inferior tenía 5,260 (IC95% 1,960 – 14,118) veces más riesgo de presentar TCA.

Tabla 84. Modelo de regresión logística para la existencia de riesgo de TCA

Variable	B	p	Odds ratio	IC 95%
Realización dietas alternativas	1,789	<0,001	5,984	2,966; 12,072
Insatisfacción corporal*	1,660	<0,001	5,260	1,960; 14,118
Puntuación CERM	1,344	0,036	3,832	1,092; 13,446
Conductas de control de peso	0,742	0,014	2,101	1,164; 3,792
Puntuación EAI	0,267	<0,001	1,306	1,188; 1,436
Constante	-8,857	<0,001	0	

EAI: exercise addiction inventory, CERM: Cuestionario de Experiencias Relacionadas con el Móvil. Se muestran solo las variables explicativas dentro del modelo ($p < 0,05$). El riesgo de TCA se midió según el cuestionario EAT-26, considerado el punto de corte de 20 puntos. * La insatisfacción corporal, el resultado expuesto son los que no tenían insatisfacción respecto a los que deseaban una silueta de gradación inferior. De las variables dicotómicas se escogió como referencia el no realizar dietas alternativas, estar satisfecho con su cuerpo y no realizar conductas de control de peso.

Al analizarlo segmentado por sexo se apreciaron ciertas diferencias. En las mujeres el modelo explicativo estaba compuesto por cuatro variables: realización de una dieta alternativa, satisfacción corporal, conductas de control de peso y puntuación EAI (tabla 85). Por tanto, en relación con el modelo conjunto, quedó excluida la variable puntuación CERM.

Tabla 85. Modelo de regresión logística para la existencia de riesgo de TCA en mujeres

Variable	B	p	Odds ratio	IC 95%
Insatisfacción corporal *	2,010	0,002	7,465	2,032; 27,428
Realización dietas alternativas	1,825	<0,001	6,204	2,774; 13,873
Conductas control de peso	0,742	0,029	2,100	1,081; 4,081
Puntuación EAI	0,255	<0,001	1,290	1,290; 1,435
Constante	-28,022	0,999	0	

EAI: exercise addiction inventory. Se muestran solo las variables explicativas dentro del modelo ($p < 0,05$). El riesgo de TCA se midió según el cuestionario EAT-26, considerado el punto de corte de 20 puntos. * La insatisfacción corporal, el resultado expuesto son los que no tenían insatisfacción respecto a los que deseaban una silueta de gradación inferior. De las variables dicotómicas se escogió como referencia el no realizar dietas alternativas, estar satisfecho con su cuerpo y no realizar conductas de control de peso.

En el caso de los hombres el modelo explicativo de regresión logística solo estaba compuesto por dos variables: realización de una dieta alternativa y puntuación EAI (tabla 86). De forma que, si se compara con el modelo explicativo de las mujeres, se aprecia que en los hombres no influyen ni la insatisfacción corporal ni las conductas de control de peso.

Tabla 86. Modelo de regresión logística para la existencia de riesgo de TCA en hombres

Variable	B	p	Odds ratio	IC 95%
Realización dietas alternativas	1,953	0,042	7,048	1,072; 46,342
Puntuación EAI	0,332	0,014	1,394	1,070; 1,815
Constante	-7,286	0,191	0	

EAI: exercise addiction inventory. Se muestran solo las variables explicativas dentro del modelo ($p < 0,05$). El riesgo de TCA se midió según el cuestionario EAT-26, considerado el punto de corte de 20 puntos. De la variable dicotómica se escogió como referencia el no realizar dietas alternativas.

6. DISCUSIÓN

La presente tesis ha permitido determinar que la prevalencia del riesgo de TCA entre los estudiantes de Grado de la Universitat de les Illes Balears es del 6,1%. Además, según el análisis de regresión logística y lineal, se ha obtenido que las cinco variables con mayor poder explicativo del riesgo de TCA son: realizar dietas alternativas, tener insatisfacción corporal, tener problemas con el uso de los dispositivos móviles, tener riesgo de adicción a la actividad física y realizar conductas para el control de peso.

En este apartado de discusión, en primer lugar, se procederá considerando las características de la muestra y, posteriormente, se irán analizando aquellas conductas que se relacionan con el riesgo de TCA siguiendo un orden de contribución descendente en el modelo explicativo obtenido en el análisis de regresión lineal múltiple llevado a cabo.

6.1 Características de la muestra

6.1.1 Datos sociodemográficos

Para realizar el estudio, se obtuvo una muestra formada por 2.006 participantes, lo que supone un 19,4% de la población. La distribución por sexo era similar a la población de estudio, con un porcentaje de mujeres superior al de los hombres, siendo, en este sentido, representativa de la población de estudiantes de grado de la Universitat de les Illes Balears.

En cuanto al curso que estaban realizando los participantes en el estudio, el mayor porcentaje provenía de primero, y se apreciaba como el porcentaje de participantes iba descendiendo a medida que se ascendía de curso. Esto difiere del número de matriculados en la UIB, ya que el mayor número de matriculados se concentraba en el último curso. Esta diferencia podría ser debida, principalmente, a factores relacionados con el método de reclutamiento, el cual se hacía de forma presencial en el aula, al principio o al final de las sesiones. En este sentido, la menor actividad presencial de los alumnos del último curso pudo generar esta desviación en el reclutamiento para participar en el estudio. En muchos casos, estos alumnos están pendientes de realizar solo el trabajo de fin de grado, o bien la distribución de asignaturas de algunos grados como enfermería, educación

infantil, educación primaria, trabajo social, etc., implica que, durante el último curso, y más específicamente en el segundo semestre, no haya clases teóricas ya que únicamente realizan el trabajo de fin de grado y prácticas fuera del campus.

En cuanto a la convivencia, el 76,0% vivía con alguno de sus progenitores. Este porcentaje era superior al que se halla, para un rango de edad algo superior al del presente estudio, en la población de la comunidad autónoma de las Illes Balears según el “Anuari de la Joventut de les Illes Balears 2018”, donde el 67,0% de la población entre 25-34 años aún cohabita con algún progenitor (Grup d’ Investigació i Formació Educativa i Social, 2018). Esta situación es equiparable a la observada en el resto de España según la encuesta del INE, en la cual se obtuvo que el 53,1% de jóvenes entre 25-29 años convive con alguno de sus progenitores (Instituto Nacional de Estadística, 2019). Probablemente, la diferencia de edad podría explicar la discrepancia de los valores obtenidos.

Respecto a la situación laboral, la mayoría de los participantes en el estudio realizaba trabajos de temporada (navidad, verano...), o no tenía ni buscaba trabajo (35,3% y 33,9%, respectivamente). Estos resultados están en la línea de lo observado en las Illes Balears según el “Anuari de la Joventut de les Illes Balears 2018”, en el cual se aprecia que la mayor tasa de ocupación de los jóvenes de 16-29 años es durante el verano (Grup d’ Investigació i Formació Educativa i Social, 2018).

6.1.2 Variables antropométricas

En cuanto a las variables antropométricas, se halló una mediana de IMC de 22,0 kg/m², similar a la encontrada en otras muestras universitarias, las cuales oscilan entre 22,0-22,2 kg/m² (Delinsky & Wilson, 2008; Fadipe et al., 2017; Moreno-Gómez et al., 2012; Patterson & Goodson, 2018). Además, si se compara según la clasificación del IMC, en algunos estudios se obtuvieron distribuciones similares (Aguiló Pons et al., 2022; Bennasar-Veny et al., 2020; Castelao-Naval et al., 2019; Desai et al., 2010; Kass et al., 2017; Moreno-Gómez et al., 2012) Sin embargo, en la gran mayoría de estudios previos, el porcentaje de personas con normopeso era menor, entre el 55,0-65,0% (en comparación al 72,8% encontrado en nuestro estudio), y el porcentaje de sobrepeso y obesidad era superior, estando alrededor del 30,0%, frente al 17,8% de nuestra muestra (Abd El-Azeem Taha et al., 2018; Alkazemi et al., 2018; Al-thani & Khaled, 2018; Alwosaifer et al., 2018; Barrack et al., 2019; Burnette et al., 2018; Díaz de León-Vázquez et al., 2017; El-Bagoury

et al., 2018; Lipson & Sonnevile, 2017; O' Dea & Abraham, 2010; Radwan et al., 2018; Yager et al., 2017; Yu et al., 2018). A pesar de estas diferencias, al comparar por sexo se apreciaba la misma tendencia que en estudios previos, es decir, las mujeres obtenían un IMC más bajo, además de haber un mayor porcentaje de estas clasificadas en el grupo de bajo peso en comparación con los hombres (Aguiló Pons et al., 2022; Barrack et al., 2019; Díaz de León-Vázquez et al., 2017; Lipson & Sonnevile, 2017; Yager et al., 2017; Yu et al., 2018).

Respecto al estado de salud y la calidad de vida subjetivos, se encontró que cerca de un 80,0% de los participantes en el estudio tenían una percepción buena o muy buena, tanto del estado de salud como de la calidad de vida. Resultados semejantes se han encontrado en esta misma universidad en estudios previos (Bennasar-Veny et al., 2020; Moreno-Gómez et al., 2012) así como en otras universidades españolas (Aguiló Pons et al., 2022; Reig Ferrer et al., 2001). En cuanto a la comparativa por sexo, se halló que los hombres tenían una mejor percepción tanto de la salud como de la calidad de vida (Baceviciene et al., 2020), lo que no coincide con los resultados de otros estudios en los que no se observaron diferencias entre sexos (Baceviciene et al., 2020; Bennasar Veny, 2012; Reig Ferrer et al., 2001). Sin embargo, la tendencia observada en la presente tesis coincide con la observada en la población general ya que, según la Encuesta Nacional de Salud, tanto del 2017 como del 2020, los hombres tenían una mejor percepción de su salud (estado de salud bueno o muy bueno 79,3% en los hombres y 72,0% en las mujeres).

6.1.3 Estilos de vida

6.1.3.1 Actividad física

Respecto a la práctica de actividad física, las últimas recomendaciones de las OMS recomiendan llevar a cabo 150-300 minutos semanales de actividad física moderada o 75-150 minutos de actividad física intensa para mejorar la salud y el bienestar. Teniendo en cuenta estas recomendaciones, se observó que el 57,3% de los participantes las cumplían. Al comparar entre sexos, como en otros estudios, se apreció que los hombres eran más activos, es decir, un mayor porcentaje de hombres realizaba actividad física, además de realizar más horas (Baceviciene et al., 2020; Barrack et al., 2019; Bennasar Veny, 2012; Davis et al., 2017; Molina-García et al., 2009; Neumark-Sztainer et al., 2018; Rocks et al., 2017; Štefanov et al., 2020; Universidad Pública de Navarra & Gobierno de Navarra,

2008). En otros estudios, estas diferencias se atribuyen al hecho de que las mujeres tienden a dejar la práctica de actividad física a edades más tempranas (Molina-García et al., 2009). Este hecho se puede apreciar en el estudio longitudinal de Neumark-Stztainer et. al (2018), en el cual se observa como la práctica de actividad física va descendiendo en ambos sexos, siendo mayor en las mujeres. Asimismo, en el presente estudio se observó que el cese de realización de AF fue significativamente superior en mujeres.

6.1.3.2 Alimentación

Respecto a los hábitos de alimentación, la mayoría de las personas realizaban cuatro comidas al día, sin diferencias por sexo. Las comidas menos realizadas eran las meriendas y el desayuno, resultados similares a los obtenidos en otras muestras universitarias (Bennasar Veny, 2012; Castelao-Naval et al., 2019; Plichta & Jezewska-Zychowicz, 2020; Universidad Pública de Navarra & Gobierno de Navarra, 2008).

En cuanto al patrón de alimentación se observó, de forma general, una alimentación de tipo occidental, con un elevado consumo de carnes rojas, productos azucarados y snacks y un consumo bajo de cereales, frutas, verduras y hortalizas, legumbres y huevos, lo que supone la misma tendencia que la encontrada en años anteriores en esta misma universidad (Bennasar-Veny et al., 2020; Moreno-Gómez et al., 2012), así como en otra muestra universitaria española (Castelao-Naval et al., 2019). Si se compara por sexos, mientras que en otros estudios no se hallaron diferencias (Castelao-Naval et al., 2019), en nuestro caso, se obtuvieron algunas diferencias como son que las mujeres consumían más fruta, verdura y hortalizas, y los hombres comían más frutos secos, huevos, carnes rojas, productos procesados y refrescos. En este sentido, en estudios realizados en esta misma universidad (Bennasar-Veny et al., 2020; Moreno-Gómez et al., 2012), así como en una universidad lituana (Baceviciene et al., 2020), ya se habían observado las mismas diferencias. Este patrón de alimentación se refleja en una baja adherencia a la dieta mediterránea, ya que únicamente el 36,5% tenía una buena adherencia, siendo superior en las mujeres, tal como ya se había observado previamente en poblaciones universitarias (Bennasar Veny, 2012; Zaragoza-Martí et al., 2016), o en un estudio multicéntrico reciente, el cual incluyó estudiantes de 18 universidades españolas (Aguiló Pons et al., 2022).

6.1.3.3 Consumo de alcohol

El 56,6% de los universitarios consumían alcohol, siendo el consumo más frecuente tomar de 1 a 2 consumiciones (58,3%) de 2 a 4 veces al mes, lo que supone la misma frecuencia descrita en estudios previos, pero con un número de consumiciones inferior (Davis et al., 2017), o semejante a la encontrado en el estudio español multicéntrico (Aguiló Pons et al., 2022), cabe destacar que un 10,5% informaba beber más de cinco consumiciones en una misma ocasión, hecho que ya reportó Castelao-Naval et al. (2019), que además observó que el consumo mayoritario se realizaba durante el fin de semana. Si se compara por sexo, al igual que en otros estudios, se aprecia que los hombres reportaban una mayor frecuencia y cantidad de consumo, así como beber más de 6 consumiciones alcohólicas en una misma ocasión de forma más habitual (Baceviciene et al., 2020). No obstante, hay discrepancia dentro de la literatura, ya que hay estudios que solo apreciaron una mayor cantidad de consumo, sin diferir en la frecuencia, por parte de los hombres (Choquette et al., 2018; Davis et al., 2017). Incluso en otros, no se observaron diferencias entre sexos (Castelao-Naval et al., 2019; Choquette et al., 2018).

Al analizar la existencia de un consumo problemático de alcohol, en nuestro caso con el test AUDIT-C, se obtuvo una media de 2,59 puntos siendo superior el de los hombres (3,02 frente al 2,34 de las mujeres), lo que supone una puntuación similar a la encontrada en universitarios americanos, pero inferior a la de universitarios franceses (Choquette et al., 2018). En el presente estudio un 23,1% de las mujeres y un 25,8% de los hombres obtenían puntuaciones indicativas de un consumo problemático de alcohol, siendo estos porcentajes ligeramente inferiores a otras muestras, las cuales estaban cerca del 30,0% (Bennasar Veny, 2012; Cusack et al., 2021).

6.1.3.4 Consumo de Tabaco

Respecto al consumo de tabaco, se obtuvo que un 16,8% de los universitarios fumaba, de los cuales el 10,3% lo hacía a diario y el 6,5% restante de forma ocasional. Este porcentaje de fumadores era superior al observado en el estudio de Aguiló Pons et al, (2022) en el cual el porcentaje de fumadores fue del 14,2%. Pero, en general, el porcentaje obtenido en la presente tesis es inferior al observado en la mayoría de los estudios, en los cuales también hallaron un mayor consumo por parte de las mujeres (Bennasar Veny, 2012; Castelao-Naval et al., 2019; Eisenberg et al., 2011; Tavolacci et al., 2015). En este

estudio se observó la misma tendencia, pero sin ser significativa. Cabe destacar que, aunque el hábito tabáquico es una variable relativamente clara y sencilla de determinar, existen muchas escalas y definiciones de lo que se considera un fumador, hecho que podría contribuir a explicar las diferencias halladas.

6.1.3.5 Consumo de Cannabis

Un 10,0% de la muestra consumía cannabis, porcentaje similar (Eisenberg et al., 2011) o superior (Bennasar Veny, 2012; Tavoracci et al., 2015) al encontrado en otras muestras. El consumo por parte de los hombres era superior, tal como también se observó en el estudio de Eisenberg et al. (2011).

6.1.3.6 Uso problemático de dispositivos móviles

En cuanto a los problemas asociados con el uso de los dispositivos móviles según la escala CERM, se obtuvo una prevalencia parecida a otra muestra universitaria española (Carbonell et al., 2018), y ligeramente inferior a otro estudio en población española, en la que hallaron un 56,1% de problemas ocasionales y un 3,6% de problemas frecuentes, frente al 45,1% y el 3,1% de problemas ocasionales y frecuentes, respectivamente, hallados en este estudio (Cachón-Zagalaz et al., 2020).

Además, se observaron diferencias entre hombres y mujeres, siendo estas últimas las que presentaban más problemas, tanto ocasionales como frecuentes, resultado que difiere de otros estudios en los cuales no se hallaron diferencias (Carbonell et al., 2018), o bien únicamente apreciaron más problemas ocasionales en las mujeres (Cachón-Zagalaz et al., 2020). Si consideramos los estudios que evalúan la adicción a internet, también se aprecian ciertas discrepancias al comparar por sexo, hallando algunos una mayor adicción o uso más frecuente sin fines educativos por parte de las mujeres (Aguiló Pons et al., 2022; Baceviciene et al., 2020) y, en otros, por parte de los hombres (Tayhan et al., 2021).

6.1.4 Riesgo de TCA

Al evaluar el riesgo de TCA mediante el cuestionario EAT-26 y aplicando el punto de corte en 20 puntos, un 6,1% de la muestra se clasificó con riesgo de TCA. Este

porcentaje entra dentro del margen de valores obtenidos en diferentes estudios realizados en muestras universitarias que incluyeron hombres y mujeres, usaron métodos de reclutamiento no autoseleccionados y que usaron la herramienta EAT-26 como método de cribado. En estudios con estas características, el porcentaje de prevalencia de riesgo de TCA oscilaba entre el 4,5-14,3% (I. Castillo et al., 2019; Chan et al., 2020; Gramaglia et al., 2019; Reyes-Rodríguez et al., 2011; Rocks et al., 2017; Universidad Pública de Navarra & Gobierno de Navarra, 2008; Yu et al., 2018). Dentro de este grupo de estudios, es importante puntualizar que el que halló un porcentaje mayor se centró en estudiantes del grado de dietética y nutrición (Rocks et al., 2017). Según la bibliografía, estos estudiantes presentan, en general, mayor riesgo de padecer TCA, aunque se desconoce la causa exacta (Trindade et al., 2019). No obstante, se han sugerido varias posibles causas. Por un lado, se justifica por las experiencias alimentarias y de control de peso que tenían las personas previamente a escoger este grado. Y por otro, por la presión que perciben respecto a la imagen ideal de un nutricionista, por ello, para ser congruentes con ella, llevan a cabo conductas de riesgo de TCA (Poínhos et al., 2015). En el presente estudio, no se pudo constatar debido a que en la UIB no se imparte el grado de dietética y nutrición. Además, no se realizó una comparativa por grado universitario, sino por rama de conocimiento, y se apreció que, a pesar de que el mayor riesgo se concentraba en la rama de arte y humanidades, estas diferencias no eran significativas ni al analizarlo en conjunto ni distribuido por sexo. En contraposición, otros estudios hallaron diferencias al estratificar por rama de conocimiento y sexo, siendo las mujeres de ciencias sociales y los hombres de arte y humanidades los que tenían mayor riesgo de TCA (Alkazemi et al., 2018; Lipson & Sonnevile, 2017).

Cabe señalar que, si se lleva a cabo una comparativa teniendo únicamente como criterio población universitaria o joven, se obtienen bastantes discrepancias en los valores de prevalencia de riesgo, con estudios que llegan a obtener porcentajes de riesgo de TCA que oscilan entre el 16,0-40,0% (Abd El-Azeem Taha et al., 2018; Alkazemi et al., 2018; Al-thani & Khaled, 2018; Alwosaifer et al., 2018; Aparicio-Martinez et al., 2019; Barrack et al., 2019; El-Bagoury et al., 2018; Fadipe et al., 2017; Fitzsimmons-Craft et al., 2019; Han et al., 2019; Nasrallah et al., 2020; O' Dea & Abraham, 2010; Plichta & Jezewska-Zychowicz, 2020; Radwan et al., 2018; Štefanov et al., 2020; Tavolacci et al., 2015; Wade et al., 2012; Yaqoob et al., 2022). Estas diferencias tan marcadas ya se observaron en revisiones que se centraban en comparar la prevalencia del riesgo de TCA en población

universitaria (Fitzsimmons-Craft et al., 2020; Trindade et al., 2019). Dentro de los motivos que hallaron como influyentes en estas disparidades, destacó el método de reclutamiento usado en los diferentes estudios. En este sentido, se apreciaba como aquellos basados en la autoselección, es decir, escogen alumnos de ciertos grados universitarios y, generalmente, de una sola rama de conocimiento, obtenían porcentajes de riesgo bastante más elevados en comparación a los que seguían métodos de reclutamiento más poblacionales (Fitzsimmons-Craft et al., 2020). De hecho, algunos de los estudios reconocían el elevado porcentaje de riesgo encontrado, y especificaban que sus resultados se debían interpretar con cautela debido al método de reclutamiento usado (Fitzsimmons-Craft et al., 2019). Otros motivos que también llevan a las diferencias en las prevalencias encontradas son fruto de la definición de TCA, o de la herramienta usada para determinar la presencia de riesgo. Esta última observación queda en evidencia en el estudio de Sanchez-Armass et al. (2017), el cual, tras aplicar dos herramientas diferentes, SCOFF y EDI-2, en una misma población universitaria obtuvo porcentajes de riesgo distintos, 15,0% y 8,0%, respectivamente. Otro aspecto que también tendría su influencia sería el punto de corte usado en una misma escala, como se puede comprobar en nuestros resultados, incrementándose el porcentaje de personas con riesgo de TCA del 6,1% al 25,2% al considerar el punto de corte en 10 puntos de la escala EAT-26, y no en 20 puntos como establecen los autores de dicha escala. El hecho de bajar el punto de corte a 10 puntos lo realizan algunos estudios para hallar a personas con riesgo bajo (estos estudios no se han considerado en la presente tesis para realizar las comparaciones).

Finalmente, otro de los motivos de estas diferencias es haber incluido en la muestra únicamente a mujeres, las cuales, tal como se muestra en este y en otros estudios, tienen un mayor riesgo de padecer TCA, tanto al analizarlo en población universitaria (Barrack et al., 2019; Díaz de León-Vázquez et al., 2017; Eisenberg et al., 2011; Gramaglia et al., 2019; Lipson & Sonnevile, 2017; Plichta & Jezewska-Zychowicz, 2020; Reyes-Rodríguez et al., 2011; Štefanov et al., 2020; Tavolacci et al., 2015; Tayhan et al., 2021; Universidad Pública de Navarra & Gobierno de Navarra, 2008), como en población general (Gonçalves & Gomes, 2012).

Cabe señalar que hay ciertos factores que contribuyen a que las mujeres presenten mayor riesgo. Por una parte, están los factores ligados al sexo como son los biológicos (sistemas neuroendocrinos e inmunológicos, por ejemplo el hecho que las mujeres tengan más riesgo de realizar atracones o a consumir alimentos ricos en grasa y azúcares es

debido a una menor exposición a niveles de testosterona durante el periodo pre y perinatal (Culbert et al., 2021)) y por otro lado, los ligados al género, a través de las creencias y presiones sociales formadas culturalmente, en las cuales la mujer está ligada a la delgadez, hecho que puede conducir a que tengan una mayor predisposición al uso de medidas de control de peso. Aun así, algunos autores remarcan como los TCA en los hombres están subdiagnosticados por el hecho de usar herramientas sesgadas, es decir, herramientas que son más sensibles a las acciones que realizan las mujeres (Coelho et al., 2018). En este sentido, tras la última actualización del DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders), con una ampliación de criterios diagnósticos, como incluir el trastorno por atracones como una entidad diagnóstica, las herramientas de cribado pasaron a ser más neutrales en cuanto al sexo, permitiendo una mejor evaluación en el caso de los hombres, los cuales tienen más probabilidades de presentar un trastorno por atracones frente a la anorexia y bulimia nerviosas (Franceschini & Fattore, 2021).

Tal como ya se había observado previamente (Abd El-Azeem Taha et al., 2018), respecto a las tres subescalas del EAT-26 (dieta, bulimia y control oral), se halló que la subescala de la dieta era la que presentaba puntuaciones más elevadas, seguido del control oral y, finalmente, la bulimia. Las puntuaciones de las tres dimensiones eran más altas en mujeres que en hombres, siendo estas diferencias significativas en la subescala de dieta y bulimia y no hallándose diferencias en la subescala de control oral, como ya se apreciaba en otro estudio (Yu et al., 2018). Esto apoya la idea que hombres y mujeres tienden a seguir diferentes comportamientos alimentarios, o que sean más propensos a una categoría diagnóstica de TCA frente a otra (Franceschini & Fattore, 2021), tal como se ha comentado anteriormente. Por tanto, las diferencias encontradas por sexo dependen, en gran medida, de los comportamientos alimentarios que se consideren, hecho que contribuye al dimorfismo sexual.

6.2 Conductas explicativas del riesgo de TCA

Para el desarrollo de este apartado se ha optado por tomar como punto de partida la regresión lineal múltiple. Es decir, se irán discutiendo aquellas variables que el análisis de regresión lineal ha revelado como explicativas para el riesgo de TCA, y siguiendo un orden descendente de potencia. Estas variables son: realización de dietas alternativas, adicción a la actividad física, insatisfacción corporal, IMC, problemas con el uso de los

dispositivos móviles, conductas de control de peso, realización de atracones, estabilidad emocional, adherencia a la dieta mediterránea y responsabilidad. Cabe mencionar que de las seis primeras variables con mayor potencia, la realización de dietas alternativas, la adicción a la actividad física, la insatisfacción corporal, los problemas con el uso de los dispositivos móviles y la realización de conductas de control de peso también se consideraron explicativas en el análisis de regresión logística llevada a cabo. Posteriormente, se destacarán ciertas peculiaridades de otras variables que no se incluyen en el modelo explicativo de regresión lineal múltiple.

6.2.1 Realización de dietas alternativas

La variable explicativa con mayor potencia en conjunto, así como al analizarlo en la población estratificada por sexo, fue la realización de dietas alternativas. Además, también constituía la variable con mayor valor explicativo en el modelo de regresión logística, tanto en el general como en el propio de cada sexo. Estudios centrados en población universitaria apuntaban que la restricción dietética era el predictor más potente para los TCA (Schaumberg & Anderson, 2016). Los resultados del presente estudio respaldarían este hallazgo ya que, una de las medidas de control de peso más frecuente era saltarse comidas.

En el mismo sentido, otros estudios ya hallaron que realizar dietas alternativas era más frecuente entre las personas con riesgo (Plichta & Jezewska-Zychowicz, 2020; Reyes-Rodríguez et al., 2011; Tavolacci et al., 2015). Esta observación es congruente dentro de los TCA, debido a que se caracterizan principalmente por una restricción calórica y una preocupación por ganar peso, lo que no es de extrañar que se traduzca en llevar a cabo variaciones en su alimentación. De hecho, algunos estudios, teniendo en cuenta el resto de las variables, explicaban que la manipulación de la dieta era la acción más usada para lograr ese ideal delgado (Aparicio-Martinez et al., 2019), y que la importancia del peso, la preocupación por el peso y una baja satisfacción corporal eran predictivos de realizar una dieta persistente (Loth et al., 2014). En este sentido, en el presente estudio, se ha apreciado que el motivo más frecuente para llevar a cabo dietas alternativas era el control del peso y/o forma corporal, motivación que ya se apreciaba en otros estudios, a pesar de que no se centraban únicamente en el riesgo de TCA (Bennasar Veny, 2012; Castelao-Naval et al., 2019; Lowe et al., 2006; Reyes-Rodríguez et al., 2011;

Schaumberg & Anderson, 2016). Asimismo, al comparar según el riesgo de TCA, se encontró como las personas con riesgo exponían mucho más este motivo para llevar a cabo una dieta. De hecho, en un estudio previo realizado en población universitaria se observó que la restricción dietética era el valor predictor más consistente de los TCA, tanto en hombres como en mujeres (Schaumberg & Anderson, 2016), resultado consistente y coherente con el observado en esta tesis. Esta observación estaría en consonancia con que la dieta hipocalórica sea una de las más realizadas, tal como ha podido observarse en el presente estudio, junto a la dieta autoelaborada para perder peso y la vegetariana fueron las tres dietas más usadas por los participantes.

La dieta que informaron realizar de forma más prevalente fue la autoelaborada para perder peso, siendo las mujeres las que recurrían más a ella. Otros estudios en población universitaria obtenían la misma tendencia, aunque el porcentaje de estudiantes que recurría a las dietas autoelaboradas era superior (47,9% frente al 13,1% de nuestra muestra). Esta diferencia puede ser por el hecho de centrarse en estudiantes de primer año, los cuales se aprecia que son los que la llevaban más a cabo (Yager et al., 2017), en nuestro caso el porcentaje ascendía hasta el 36,9%. La dieta autoelaborada era aquella que habían creado los participantes restringiendo algún tipo de alimento para conseguir su objetivo, en este caso para perder peso, ya que se preguntaba en el cuestionario de dicha forma. Por tanto, se trataba de una dieta hipocalórica.

La segunda dieta más realizada fue una dieta hipocalórica ya preestablecida (5,9%), es decir, que los participantes la seguían según unas directrices, las cuales no se sabe si eran extraídas de una revista, internet o un profesional. En otros estudios se apreciaba que mayoritariamente la extraían de revistas (Yager et al., 2017). Tal como se ha comentado previamente, teniendo en cuenta las motivaciones que llevan a la realización de dietas, no es de extrañar la prevalencia de realización de dietas con esta característica.

La tercera dieta más llevada a cabo fue la vegetariana, realizada por un 5,4% de los estudiantes con riesgo de TCA, porcentaje similar al encontrado en otras muestras, las cuales oscilaban entre el 4,5-5,0% (Barrack et al., 2019; Klopp et al., 2003; Robinson-O'Brien et al., 2009). Esta asociación entre realizar una dieta vegetariana y el riesgo de TCA ya se había descrito previamente (Barrack et al., 2019; Klopp et al., 2003; Robinson-O'Brien et al., 2009). De hecho, se ha apuntado que algunas personas adoptan una dieta vegetariana para perder peso, poder eliminar ciertos alimentos de su dieta y que esté socialmente aceptado, es decir, poder enmascarar comportamientos propios de los TCA.

En este estudio, si analizamos los motivos de la realización de la dieta vegetariana, se aprecia que un 10,6% de las personas recurría a esta dieta para controlar el peso y/o forma corporal. Aunque supone un valor inferior al observado en otro estudio (Perry et al., 2001), podría indicar que estas personas recurren a esta dieta para enmascarar un TCA.

La importancia del control de la dieta y su composición se demuestra también por los resultados obtenidos en relación con quien preparaba la comida. En este sentido, como dato peculiar se aprecia que, de forma general, las mujeres cocinaban más que los hombres, ya que estos solían recurrir más a la comida precocinada (Castelao-Naval et al., 2019). Sin embargo, cuando se tenía en cuenta el riesgo de TCA, se apreciaba que, en el caso de los hombres, los que presentaban riesgo cocinaban más que los que no presentaban riesgo, lo que podría explicarse por el objetivo de tener un mayor control de lo que consumían, y poder llevar a cabo la dieta escogida con éxito.

Por otra parte, cabe destacar que, a pesar de que intentar y realizar dietas alternativas se determinó como un factor de riesgo para el desarrollo de TCA, un porcentaje de personas sin riesgo, concretamente el 28,3%, también las llevaba a cabo, siendo más frecuente entre las mujeres. Si se compara con otras muestras universitarias, el porcentaje de realización de dietas varía de un 12,2-47,9%. No obstante, todos hallan en mayor o menor medida que las mujeres eran las que tendían más a realizar esta práctica (Bennasar Veny, 2012; Castelao-Naval et al., 2019; Gramaglia et al., 2019; Haynos et al., 2018; Lowe et al., 2006; Neumark-Sztainer et al., 2012; Schaumberg et al., 2014; Tavolacci et al., 2015; Universidad Pública de Navarra & Gobierno de Navarra, 2008).

6.2.2 Riesgo de adicción a la actividad física

El riesgo de adicción a la actividad física se determinó como la segunda variable explicativa del modelo, siendo una forma de evaluar la actividad física desde una dimensión cualitativa. Cabe destacar que también estaba presente como variable explicativa significativa en los modelos obtenidos de regresión logística.

En los análisis bivariantes ya se obtuvo que las personas con riesgo de TCA tenían una mayor prevalencia de riesgo de adicción a la actividad física (19,8% frente al 2,8% de las personas sin riesgo), resultados similares a los observados previamente (Rocks et al., 2017; Taranis & Meyer, 2011). De hecho, se apreció que el ejercicio compulsivo se asociaba a la psicopatología y el comportamiento de los TCA, contribuyendo entre el

34,0-40,0% en las cuatro subescalas de la herramienta EDE-Q (herramienta que evalúa el riesgo de TCA en general) (Taranis & Meyer, 2011). Si se analiza por sexo, en otro estudio que también usaba la escala EAI, únicamente hallaba una correlación significativa entre el EAT-26 y el EAI en las mujeres (Rocks et al., 2017). En la presente tesis, a pesar de obtener una asociación más potente en las mujeres, en los hombres también se mantenían estas diferencias.

A pesar de obtener hallazgos similares a otros estudios respecto a la asociación entre TCA y el riesgo de adicción a la actividad física, cabe destacar que si se compara con los resultados de otros estudios se obtienen bastantes disparidades en la clasificación de los participantes según el nivel de riesgo de adicción. En esta tesis se halló que el 3,9% tenía riesgo de adicción a la actividad física y un el 81,8% mostraban algunos síntomas de adicción a la actividad física, con un porcentaje considerable de personas que se hallaba cerca de presentar riesgo de adicción, en concreto, un 9,4% de personas obtenían una puntuación entre 21 y 23 puntos, siendo los 24 la puntuación de corte para el riesgo de adicción. En cambio, en otros estudios se obtuvieron porcentajes de riesgo de adicción que oscilaban entre el 18,1-28,0% (Guidi et al., 2009; Patterson & Goodson, 2018; Rocks et al., 2017). Si se comparan los resultados obtenidos en la presente tesis con los del estudio de Rocks et al. (2017), el cual evalúa el riesgo de adicción a la actividad física también con la escala EAI, este obtuvo un mayor porcentaje de personas con riesgo de adicción (23,0%) y un porcentaje menor de personas con algunos síntomas de adicción (72,0%). Cabe destacar que la muestra de este último estudio era bastante pequeña en comparación con la de esta tesis, ya que estaba compuesta por 167 estudiantes, mayoritariamente del grado de nutrición y dietética y, como se ha comentado previamente, los estudiantes de este grado, según la literatura, presentan mayor riesgo de padecer TCA y realizar conductas de control de peso (Poínhos et al., 2015)

Las diferencias halladas con el resto de los estudios no son debidas solo a usar diferentes escalas, sino a que la dimensión cualitativa puede entenderse de diferentes formas, como compromiso, ejercicio obligatorio, adicción o dependencia (Meyer et al., 2011), y a su vez cada concepto abarca diferentes dominios por ser conceptos multidimensionales. Este hecho, contribuye a las diferencias dentro de la literatura (Egan et al., 2017). Por ejemplo, en el estudio de Meyer & Taranis (2011) se observó que en la compulsividad, los dominios que se asociaban de forma más potente con los TCA eran el evitar consecuencias emocionales negativas, el retraimiento afectivo y la culpa.

Cabe destacar que dentro de la literatura se distinguen dos tipos de adicción, que dependen del motivo por el que se ejercitan. Por una parte, está la adicción primaria, la cual está ligada a la satisfacción de hacer deporte, mientras que la secundaria está relacionada con la preocupación por el peso y/o imagen corporal (Rocks et al., 2017). Esta última es la que estaría ligada con los TCA. De hecho, hay diversos estudios centrados en personas diagnosticadas de anorexia nerviosa en los que se aprecia que estas aumentaban su ejercicio problemático (en dimensiones cuantitativas y cualitativas) cuando estaban preocupadas por su peso, y motivadas por el deseo de estar delgadas. Por lo tanto, la actividad que llevaban a cabo era resultado de su intento por aumentar el gasto calórico y conseguir el ideal delgado deseado (Rizk et al., 2020).

En la presente tesis, al preguntar por los motivos por los que realizaban actividad física, se observó que en los participantes con riesgo de TCA los motivos estaban ligados a una adicción secundaria. Al preguntar los motivos a la muestra en conjunto se observaron cinco motivos más frecuentes: liberar tensiones, estar en forma, por lo beneficios de la salud, divertirse y mejorar la imagen corporal. Estos motivos eran, en parte, parecidos a los determinados en otras muestras universitarias, en las que tanto mantenerse en forma como divertirse eran las motivaciones más frecuentes (Universidad Pública de Navarra & Gobierno de Navarra, 2008), antes que por motivos de salud (Gonçalves & Gomes, 2012). Además, en el presente estudio también se apreciaban diferencias al comparar por sexo, ya que a las mujeres les motivaba más mejorar la imagen corporal y los beneficios de la salud, mientras que en hombres predominaba el hecho de competir, la diversión o superarse, lo que coincidía con los resultados de otro estudio (Guidi et al., 2009). No obstante, al analizarlo por riesgo de TCA, la principal motivación para realizar ejercicio físico era mejorar la imagen, tanto en hombres como en mujeres, junto a liberar tensiones, lo que concuerda con otros estudios (Gonçalves & Gomes, 2012; Mond & Calogero, 2009; O' Dea & Abraham, 2010; Schaumberg et al., 2014; Taranis & Meyer, 2011). De hecho, se aprecia como aquellas personas que se ejercitaban por razones de peso y/o forma corporal realizaban una mayor cantidad de conductas propias de los TCA (Taranis & Meyer, 2011). Más concretamente, en un estudio que comparaba las personas que se ejercitaban por motivos de salud frente a las que lo hacían por motivos de imagen, se observó que aquellas que lo hacían por la imagen tenían puntuaciones más altas en todas las dimensiones del cuestionario EDE-Q (herramienta para valorar los TCA), además de tener un mayor riesgo de realizar

atracones. Concretamente, el 27,3% que se ejercitaba por motivos de peso realizaban atracones, frente a un 10,0% de las personas que hacían actividad física por motivos de salud (Gonçalves & Gomes, 2012). De hecho, algunos estudios ya apuntaban que la psicopatología de los TCA parece estar más ligada a realizar actividad física por motivos de control de peso y/o forma corporal que a la frecuencia y/o duración del ejercicio (Mond et al., 2006; Schaumberg et al., 2014).

Como se puede observar en los resultados del presente estudio, el motivo para mejorar la imagen corporal también era frecuente en personas sin riesgo de TCA. Por ello, algunos estudios recalcan que los investigadores y profesionales de salud tienen que ser conscientes que relacionar el ejercicio con el control del peso y la forma no siempre es un comportamiento que promueva salud, y puede conducir al inicio de un TCA en personas susceptibles. Esto se explica por el hecho de que la pérdida de peso inicial inducida por la práctica de actividad física provoca ciertos refuerzos sociales que, a su vez, pueden generar un mayor interés en la apariencia física, y conducir a los TCA al generarse una relación de refuerzo recíproco entre el ejercicio problemático y la patología de TCA (Gonçalves & Gomes, 2012; Meyer et al., 2011; Rizk et al., 2015).

6.2.3 Insatisfacción corporal e índice de masa corporal

La tercera variable predictora con mayor potencia para el riesgo de TCA fue la insatisfacción corporal. De hecho, ya se apreciaba al comparar por riesgo de TCA que las personas con riesgo tenían niveles más elevados de insatisfacción corporal, tal como ya indicaba la literatura (Aparicio-Martinez et al., 2019; Patterson & Goodson, 2018; Radwan et al., 2018). Al diferenciar por sexo, en el presente estudio, únicamente se percibía que las mujeres con riesgo eran las que tenían más insatisfacción. No obstante, al analizar si el motivo de esta insatisfacción era por ganar o perder peso, se apreciaba en ambos sexos que las personas con riesgo tenían mayores deseos de perder peso. Esta observación está en consonancia con las de otros estudios, en los que se obtenía que la preocupación por el peso y el deseo de adelgazar era uno de los predictores más fuertes para el desarrollo de TCA (Chan et al., 2020; Loth et al., 2014). De ahí que, en algún estudio, de cara al riesgo de TCA, se destaque la percepción del peso por encima de lo que es el peso objetivo en sí mismo (Alkazemi et al., 2018).

En la bibliografía existe bastante debate sobre el IMC y la insatisfacción corporal, y cuál de estas dos variables es la que tiene mayor valor explicativo para el riesgo de TCA. Hay estudios que se centran más en el IMC y postulan que el peso de las personas es el predictor más consistente para el riesgo de TCA, estableciéndose que las personas de bajo peso tienen menor riesgo, mientras que las que tienen sobrepeso y obesidad tienen mayor riesgo de padecer TCA (Lipson & Sonnevile, 2017). En la presente tesis, si comparamos IMC e insatisfacción corporal y como estas se correlacionan con el EAT-26, se observa que la correlación más fuerte se obtiene con la insatisfacción corporal, al igual que en otros estudios en los que considerando tanto el IMC como la insatisfacción corporal, también se obtenía que la insatisfacción corporal era mejor predictora para explicar los TCA (Radwan et al., 2018). No obstante, no es de extrañar que estas dos variables jueguen un papel importante en el riesgo de TCA (Baceviciene et al., 2020; Burnette et al., 2017; Craven & Fekete, 2019; Radwan et al., 2018; Rouzitalab et al., 2015). Estos resultados estarían ligados a los modelos socioculturales actuales, en el que se defiende un ideal de belleza delgado, especialmente en las mujeres (Argyrides et al., 2020). La posterior internalización de este ideal es lo que contribuye a desarrollar la insatisfacción corporal y, a su vez, el riesgo de TCA (Canals & Arija Val, 2022; Dakanalis et al., 2017; Fitzsimmons-Craft, 2011). De esta forma, las personas que tienen un mayor IMC están más alejadas de ese ideal. Por lo tanto, tienen más riesgo a presentar insatisfacción corporal. De hecho, en algunos estudios centrados en universitarios, se establecía como la presión de los compañeros por lograr esa apariencia era uno de los contribuyentes para desencadenar el riesgo de TCA (Howard et al., 2020). Que el ideal delgado esté más presente en las mujeres contribuye a que estas tengan mayores niveles de insatisfacción corporal (Aparicio-Martinez et al., 2019; Baceviciene et al., 2020; Castelao-Naval et al., 2019; Goldschmidt et al., 2008; Neumark-Sztainer et al., 2012; Radwan et al., 2018), y que, consecuentemente, tengan un mayor riesgo de padecer TCA.

En la presente tesis, el IMC también se reveló como una variable explicativa del riesgo de TCA, en concreto, suponía la cuarta variable con mayor potencia explicativa, situándose por detrás de la insatisfacción corporal. En los análisis bivariantes se observaba que las personas con sobrepeso y obesidad tenían un riesgo significativamente mayor de padecer este tipo de patologías. Este hallazgo es acorde con los de otras investigaciones, cuyos resultados ya sugerían que un IMC elevado podía aumentar el riesgo de TCA (Abd El-Azeem Taha et al., 2018; Alkazemi et al., 2018; Al-thani &

Khaled, 2018; Barrack et al., 2019; Chan et al., 2020; Desai et al., 2010; Fadipe et al., 2017; Fitzsimmons-Craft et al., 2019; Goldschmidt et al., 2008; Kass et al., 2017; Nasrallah et al., 2020; Radwan et al., 2018; Rouzitalab et al., 2015; Yaqoob et al., 2022; Yu et al., 2018). De hecho, algunos estudios encontraron que las personas obesas tenían una OR de sufrir TCA de 3,5-3,9 veces más respecto a las categorizadas como normopeso (Alwosaifer et al., 2018; Chan et al., 2020; Lipson & Sonnevile, 2017).

Al analizar el riesgo mediante la variable numérica en el conjunto de la población, no se hallaban diferencias en cuanto al IMC y riesgo de TCA, lo que estaría de acuerdo con los resultados de un estudio previo (El-Bagoury et al., 2018). No obstante, al segmentar por sexo, se obtenía que en las mujeres el IMC se asociaba con el riesgo de TCA, al igual que se había observado en estudios previos (Burnette et al., 2018; Díaz de León-Vázquez et al., 2017; Rouzitalab et al., 2015; Schaumberg & Anderson, 2016). En cambio, en los hombres no se establecía esta asociación. Esta diferencia entre sexos se podría justificar por el ideal de belleza actual, en el que mientras en las mujeres está más centrado en la internalización del ideal delgado, en los hombres está más focalizado en el ideal musculoso o atlético (Baceviciene et al., 2020; Díaz de León-Vázquez et al., 2017; Flament et al., 2012; Franceschini & Fattore, 2021). De esta forma, mientras en las mujeres el ideal estaría ligado casi inequívocamente a un IMC más bajo, en los hombres, al depender el IMC de la masa corporal, el aumento de masa muscular llevaría a un ideal que podría estar ligado a un IMC más elevado.

Teniendo en cuenta las dos variables comentadas, y según los resultados obtenidos (en el modelo de regresión lineal múltiple la insatisfacción corporal explica el 4,7% del riesgo de padecer TCA vs. al 3,0% del IMC, además, en el modelo de regresión logística la insatisfacción corporal se considera una variable explicativa, en cambio, el IMC es una de las variables excluidas en dicho modelo explicativo del riesgo de TCA), al igual que otros autores, se reafirma que la percepción del peso es más importante en el riesgo de TCA que el propio peso (Alkazemi et al., 2018). Esto concuerda con los resultados de otros estudios, en los cuales, tras realizar el modelo de regresión lineal e incluir tanto la priorización del ideal delgado como el IMC, obtuvieron que solo la primera variable era predictora de los TCA (Díaz de León-Vázquez et al., 2017). En esta misma línea, en otros estudios destacan como variable predictora la preocupación del peso y la importancia que se le da a este (Loth et al., 2014).

Cabe destacar que a pesar de que la insatisfacción corporal estaba más presente en la población con riesgo de TCA, también era muy común en la población sin riesgo, lo que coincide con observaciones de otros estudios realizados en universitarios (Aparicio-Martinez et al., 2019; Castelao-Naval et al., 2019). Por lo que se va configurando la descripción de una población que, a pesar de no presentar riesgo de TCA, acumula prevalencias importantes de comportamientos asociados a este riesgo.

6.2.4 Uso problemático del móvil

La adicción a los móviles fue la quinta variable explicativa con mayor potencia del modelo obtenido para el riesgo de TCA, siendo también una variable significativa en el modelo de regresión logística. Al realizar el análisis bivalente ya se obtenía que las personas con riesgo tenían una mayor adicción a estos dispositivos en comparación al grupo sin riesgo. Estas diferencias se mantenían al realizar el análisis segmentado por sexo, incluso al realizar la regresión lineal segmentado por sexo, siendo una de las pocas variables que se considera explicativa cuando se centra en analizar a la población masculina. Estos hallazgos son similares a los encontrados en la mayoría de los estudios que analizan tanto la adicción a internet (Çelik et al., 2015; Hinojo-Lucena et al., 2019; G. Holland & Tiggemann, 2016; Tayhan et al., 2021), como a las redes sociales (Aparicio-Martinez et al., 2019).

En el presente estudio se hallaron correlaciones significativas entre la puntuación obtenida en la herramienta CERM y el EAT-26, resultado similar al observado previamente en estudiantes universitarios turcos (Tayhan et al., 2021). Además, un estudio longitudinal reciente obtuvo que los problemas con el uso del móvil predicen el riesgo de TCA y que la resiliencia media la relación entre los problemas del uso del móvil y los TCA (Li et al., 2022). No obstante, cabe destacar que, en diferentes estudios centrados en universitarios, el riesgo de TCA presenta asociaciones de carácter más fuerte con la adicción a internet que con el uso problemático de dispositivos móviles, obteniendo una asociación de carácter moderado-alto con un coeficiente de asociación de Spearman entre 0,67 y 0,77 (Çelik et al., 2015; Tayhan et al., 2021). Estos resultados podrían indicar que la problemática no está tan asociada al dispositivo móvil en sí, sino a la navegación por internet en general, debido a que, hoy en día, la mayoría de los dispositivos móviles tienen acceso a internet.

El vínculo hallado entre la adicción al internet y los TCA conduce a una nueva línea de investigación dentro del desarrollo de los TCA, debido a que hay estudios que consideran la adicción a internet una variable explicativa importante para el desarrollo de estas patologías. Asimismo, el continuo desarrollo de estos dispositivos y la aparición de nuevas redes sociales expone a un mayor riesgo de padecer adicción y, en consecuencia, aumentar el riesgo de TCA (Hinojo-Lucena et al., 2019). Este mayor riesgo se puede explicar mediante diferentes teorías, sobresaliendo dos: la sociocultural (J. K. Thompson et al., 1999) y la de autoobjetivación (Fredrickson & Roberts, 1997). Las dos teorías se basan en cómo los medios de comunicación transmiten unos ideales de belleza generalmente alejados de la realidad, en el que prima la delgadez en las mujeres y la musculación en los hombres. Este hecho se ha visto exponencialmente incrementado desde la globalización, es decir, el acceso a internet y a las redes sociales. Con la visualización repetitiva de estos ideales, las personas se llegan a auto objetivar, de forma que las personas se ven a ellas mismas como objetos en vez de como personas, en concreto, objetivan su cuerpo, el cual lo comparan con los ideales de belleza irreales que han internalizado. Esa comparativa les lleva a presentar insatisfacción corporal, la cual, como se ha comentado previamente, es uno de los predictores más importantes para el desarrollo de TCA, debido a que en personas susceptibles puede conllevar la realización de conductas desordenadas para llegar a conseguir su ideal (G. Holland & Tiggemann, 2016).

Asimismo, cabe destacar que internet puede actuar como una arma de doble filo debido a que, por una parte, es muy útil para la globalización, la transmisión de conocimientos y obtención de información, pero, por otra parte, se debe saber identificar cuáles son las fuentes fiables y con información cualificada y contrastada, debido a que, de lo contrario, puede repercutir en transmitir conductas de control de peso inadecuadas y poner a la persona en riesgo de desarrollar TCA (Yu et al., 2018). De hecho, cabe destacar el auge de blogs y comunidades en las que las personas con TCA comparten sus trucos para lograr sus objetivos, así como darse apoyo mutuo para retroalimentarse unas a otras, además de alentar a cualquier persona a perder peso (Bermejo et al., 2011; Ruano Ibarra et al., 2019). Es importante destacar que la adicción a internet afecta por igual a todas las categorías de TCA, a diferencia de lo que sucede en las adicciones a las sustancias, las cuales dependiendo de su uso están más ligadas a una categoría diagnóstica u otra (Panea-Pizarro et al., 2020). Esto es importante porque indica que la adicción a

internet es un predictor de cualquier TCA desde la infancia hasta la adultez temprana, tal como apunta el metanálisis de Hinojo-Lucena et al. (2019).

6.2.5 Conductas control de peso

La realización de conductas de control de peso fue la sexta variable explicativa del modelo de riesgo de TCA, estando presente tanto en la regresión lineal como en la regresión logística. La conducta más frecuente, independientemente de la presencia de riesgo de TCA, fue evitar situaciones sociales de comida, siendo las personas con riesgo de TCA las que recurrían más a esta estrategia. Este hallazgo estaría relacionado con que las personas con TCA, y más concretamente, las diagnosticadas de anorexia nerviosa, tienden a la evitación social debido a que presentan dificultades en la adaptación social, tal como apunta la literatura (Rizk et al., 2015). Particularmente evitan las actividades de ocio porque se sienten juzgadas constantemente por su apariencia física (Rizk et al., 2015). Asimismo, hay que destacar que este comportamiento de control de peso lleva implícitos dos factores. Por un lado, el factor social comentado y, por otro, el evitar situaciones de comida, ya que como se ha explicado previamente, realizar dietas alternativas fue el factor explicativo más potente. De forma que, asistir a estos eventos sociales, podría afectar a la realización o seguimiento estricto de una dieta.

Respecto al resto de medidas llevadas a cabo, las más usadas, al igual que se ha observado en otros estudios realizados en población universitaria, fueron saltarse comidas y realizar un exceso de actividad física (Barrack et al., 2019; Schaumberg et al., 2014; Schaumberg & Anderson, 2016; Stein et al., 2019; Tackett et al., 2016; Yaqoob et al., 2022). La prevalencia de estas medidas observada en el presente estudio fue del 24,0% para aquellas personas que se saltaban comidas y del 16,1% para la práctica excesiva de actividad física, lo que supone porcentajes similares a los observados en otros estudios, tanto en población universitaria (Berg et al., 2009; Lepage et al., 2008; Yager et al., 2017) como en una población de mujeres de 25-45 años (Reba-Harrelson et al., 2009). Sin embargo, en otras muestras universitarias, se han observado valores muy diferentes, que oscilaban entre el 48,0-71,8% para realizar ayuno/saltarse comidas (Barrack et al., 2019; Stein et al., 2019), y cerca del 50,0% para el exceso de actividad física (Barrack et al., 2019; Schaumberg & Anderson, 2016).

Las diferencias halladas en el ayuno podrían explicarse por la edad de la muestra, debido a que los estudios que obtienen mayores porcentajes se centran en estudiantes universitarios de primer año. Por lo tanto, son, como se ha comentado con anterioridad, los que están en ese momento de transición que genera estrés y vulnerabilidad, con un mayor riesgo de llevar a cabo conductas desordenadas con la intención de tener cierto control en su vida y hacer frente a esos cambios (L. Holland et al., 2013; Tozun et al., 2010). Asimismo, si en la presente tesis se compara entre cursos, se aprecia como los de segundo y tercer curso recurrían con menor porcentaje a saltarse comidas, siendo estadísticamente significativo ($p = 0,021$). En los estudiantes de cuarto curso se observa un ascenso del porcentaje de personas que se saltaban comidas, lo que podría explicarse por el estrés que puede ocasionar entrar en el mundo laboral.

En cuanto a qué comida se solían saltar, como ya se observó en otro estudio, la cena era la que más evitaban (Plichta & Jezewska-Zychowicz, 2020). Aunque, en otros casos se había observado que saltarse el desayuno era una de las variables ligadas a los TCA (Barrack et al., 2019).

Respecto a las diferencias halladas en el exceso de actividad física podría ser debido a la forma de como se ha evaluado o la definición usada en cada estudio, debido a que no hay un consenso en la literatura respecto a partir de qué cantidad se considera excesivo o si hay que considerar la dimensión cualitativa (Meyer & Taranis, 2011).

De forma general, al comparar por sexo, se obtuvo que las mujeres realizaban más estas acciones, saltarse comidas y realizar exceso de actividad física, aunque sin obtener diferencias significativas entre sexos, al igual que en el estudio con universitarios polacos de Plichta & Jezewska-Zychowicz (2020). En cambio, en otros estudios, dependía de la acción evaluada ya que, por ejemplo, se ha descrito como las mujeres tendían a saltarse más comidas, mientras que los hombres realizaban un exceso de actividad física, sin diferencias significativas (Barrack et al., 2019; Reyes-Rodríguez et al., 2011; Yager et al., 2017). Hay que puntualizar que, en esta tesis, había dos opciones disponibles para informar sobre la medida compensatoria en relación con la actividad física. Por una parte, había una lista enumerada de medidas compensatorias en las que aparecía la opción “exceso de actividad física” y por otra, marcando la opción “otros” y especificar posteriormente la medida que llevaran a cabo. Un mayor número de hombres decidió marcar la opción otros y especificar como medida compensatoria “realizar actividad física” en vez de marcar directamente la opción “exceso de actividad física”, lo cual

dependía de la percepción de cada persona debido a que no se adjuntaba una definición en el cuestionario usado, y podría suponer un motivo de discrepancia con los resultados de otros estudios en los que, por ejemplo, solo se ofreciera la opción “realizar un exceso de actividad física”.

Al comparar estas medidas según el riesgo de TCA, se observó que tanto saltarse comidas como realizar un exceso de actividad física era más frecuente en personas con riesgo, lo que coincide con resultados de estudios previos (Fitzsimmons-Craft et al., 2019; Reyes-Rodríguez et al., 2011). No obstante, hay que destacar que un porcentaje importante de población sin riesgo de TCA también las llevaba a cabo (19,9% se saltaba comidas y un 13,7% realizaba exceso de actividad física). Esto es importante porque, aunque sean comportamientos que pueden parecer no preocupantes por no cumplir con los criterios diagnósticos para un TCA, e incluso considerarse útiles para el adelgazamiento o para mejorar el rendimiento deportivo, estas conductas pueden contribuir a poner en riesgo tanto la salud física como la emocional (Stein et al., 2019; Yu et al., 2018). De hecho, se ha visto como las personas que ayunaban y se excedían en la práctica de actividad física, reportaban niveles más elevados de insatisfacción corporal (Lepage et al., 2008), siendo este un componente central en el desarrollo de los TCA. Asimismo, se ha visto que las personas que usaban la actividad física como método de purga obtenían puntuaciones similares en escalas de TCA a las personas que usaban conductas purgantes consideradas más agresivas como son el uso de laxantes o de diuréticos (Mond & Calogero, 2009; Schaumberg et al., 2014). En este sentido, en estudios centrados en personas con anorexia, se apreció que tanto los niveles elevados de actividad física como el empezar a saltarse comidas eran anteriores a la aparición del TCA, siendo la práctica conjunta de ambas conductas el mayor peligro, debido a que puede llevar a un ciclo de retroalimentación positiva en el que a nivel psicológico un comportamiento lleva a la preservación del otro y viceversa (Lepage et al., 2008). Además, esta práctica conjunta, llevada al extremo, genera un déficit de energía, que en personas susceptibles puede convertirse en la base para realizar conductas de control de peso más agresivas por querer obtener resultados más rápidos, así como realizar atracones cuando ese déficit excede ciertos niveles y el cuerpo pide energía. Estos comportamientos agravan la situación, y ponen a mayor riesgo la salud de la persona (Lepage et al., 2008; Yu et al., 2018), además de aumentar el riesgo de tener obesidad, hecho derivado de los atracones llevados a cabo (Yu et al., 2018).

A nivel fisiológico se ha observado que, al realizar una ingesta energética deficiente, ya sea por una ingesta insuficiente y/o por un incremento del gasto por exceso de actividad física, se produce una reducción en la liberación de la hormona liberadora de gonadotropinas (Dipla et al., 2021). En las mujeres esto se traduce en una disminución de la hormona foliculoestimulantes y luteinizantes, generando una amenorrea funcional, es decir, produce una alteración ovulatoria que se caracteriza por una menor producción de estradiol en el ovario. En el caso de los hombres, esta situación implica una reducción en la testosterona. Estas alteraciones hormonales pueden provocar más fácilmente una alimentación desregulada (Dipla et al., 2021). Además, esta situación puede acarrear otras alteraciones importantes como: disminución de la masa ósea, alteraciones en las vías de señalización de la hormona tiroidea, una menor producción de leptina, un aumento de grelina y una alteración en el metabolismo de los carbohidratos (Dipla et al., 2021).

En cuanto al uso de otras medidas purgantes consideradas más extremas, nuevamente, se obtuvo que las personas con riesgo realizaban con mayor prevalencia estas conductas, como ya apuntaba la literatura (Haynos et al., 2018; Schaumberg et al., 2014). Sin embargo, hay que destacar que un 6,3% de los participantes sin riesgo llevaba a cabo alguna mediada de control de peso agresiva, en la que destacaba el uso de diuréticos.

Al tener en cuenta toda la muestra, personas con y sin riesgo de TCA, dentro de las medidas de control de peso agresivas se obtuvo que un 9,4% usaba diuréticos, 4,6% se autoinducía el vómito y un 2,4% usaba laxantes. Y también destacó como medida no tan agresiva, el uso de pastillas para adelgazar método usado por el 6,7% de todos los participantes. Dentro de estos últimos resultados comentados, se observa que en el total de los participantes del presente estudio (sin considerar el riesgo de TCA), el uso del vómito era llevado a cabo en mayor porcentaje que el uso de laxantes. No obstante, este resultado ya se había obtenido en otros estudios (Berg et al., 2009; Reyes-Rodríguez et al., 2011; Yager et al., 2017), en los cuales autoproducirse el vómito oscilaba entre el 4,0-5,0%, mientras que el uso del laxante estaba entre el 2,0-3,5%.

Si comparamos con otros estudios universitarios la gran mayoría obtenía resultados similares en el porcentaje total de personas que realizaban conductas agresivas de control de peso, con un porcentaje del 7,5% (Haynos et al., 2018), igual al obtenido en el presente estudio. En cambio, si se compara por cada medida compensatoria, se obtienen resultados bastante dispares. Respecto al uso de laxantes, la mayoría de los estudios obtienen porcentajes similares, entre el 2,0-4,8% (Barrack et al., 2019; Castelao-Naval et al., 2019;

Neumark-Sztainer et al., 2012, 2018; Reyes-Rodríguez et al., 2011; Wade et al., 2012; Yager et al., 2017). Al analizar autoinducirse el vómito, hay estudios que obtienen prevalencias parecidas, entre el 2,0-6,2% (Barrack et al., 2019; Castelao-Naval et al., 2019; Neumark-Sztainer et al., 2012, 2018; Reyes-Rodríguez et al., 2011; Wade et al., 2012; Yager et al., 2017; Yaqoob et al., 2022), en cambio, en otros, los porcentajes de universitarios que recurren al vómito alcanzaban el 7,4-10,0% (Berg et al., 2009; Delinsky & Wilson, 2008).

El uso de diuréticos en todos los estudios fue inferior al hallado en este estudio (9,4%), con porcentajes que oscilaban entre el 2,0-4,8% (Barrack et al., 2019; Berg et al., 2009; Castelao-Naval et al., 2019; Neumark-Sztainer et al., 2018; Reyes-Rodríguez et al., 2011; Wade et al., 2012). Respecto al uso de pastillas, el estudio llevado a cabo con mujeres de 25 a 45 años obtuvo que el 40,2%, las tomaba para perder peso (Reba-Harreleson et al., 2009), porcentaje bastante superior al hallado en esta tesis.

Al comparar por sexo sin considerar el riesgo de TCA, se observó que las mujeres llevaban a cabo más conductas de control de peso, tal como ya se observó en otros estudios en población universitaria (Castelao-Naval et al., 2019; Haynos et al., 2018; Neumark-Sztainer et al., 2012; Schaumberg et al., 2014; Yu et al., 2018). Además, en otros estudios se observó la misma tendencia, es decir, que las mujeres recurrían más a estas acciones, pero sin observarse diferencias significativas (Burnette et al., 2017; Lipson & Sonnevile, 2017). En el presente estudio, como se ha comentado anteriormente, las mujeres reportaron en un mayor porcentaje llevar a cabo conductas de control de peso. Sin embargo, si se comparaba específicamente según la acción llevada a cabo: vómitos, uso de diuréticos, laxantes, pastillas... no siempre se hallaban diferencias significativas. De hecho, únicamente se mantuvieron diferencias en el uso de diuréticos y autoinducirse el vómito.

Otra de las medidas de control de peso analizada fue el consumo de tabaco como método para reducir la sensación de saciedad, debido a que la nicotina activa receptores neuronales del hipotálamo que reducen el apetito (Mineur et al., 2011). En este estudio, el 12,7% de los participantes recurría a esta acción, es decir, fumar para no tener tanta sensación de hambre. Este porcentaje era menor al encontrado en otros estudios, tanto en población universitaria (Yager et al., 2017) como en población general de mujeres (Reba-Harreleson et al., 2009). Las mujeres tendían a realizar más esta práctica, pero sin

diferencias significativas, al igual que se observó en otro estudio realizado en población universitaria (Yager et al., 2017).

6.2.6 Atracones

Realizar atracones también se determinó como una variable explicativa dentro del modelo de riesgo de TCA, estando por detrás de las conductas de control de peso. Hay que considerar que estas dos variables pueden estar ligadas, debido a que un déficit de energía desmesurado puede conllevar a la pérdida de control a la hora de comer y, por tanto, a realizar un atracón.

En los análisis bivariantes por riesgo de TCA, ya se apreciaba que más personas con riesgo realizaban atracones (48,0% frente al 20,4% del grupo sin riesgo de TCA), tal como ya apuntaban otros estudios (Fitzsimmons-Craft et al., 2019; Reyes-Rodríguez et al., 2011). Estas diferencias entre participantes con y sin riesgo de TCA se mantuvieron al segmentar por sexo. Cuando se analizó el porcentaje de personas que realizaban atracones en el conjunto de la población del estudio, se obtuvo que un 22,2% de los estudiantes los realizaban. Este porcentaje se encuentra dentro del rango de valores encontrados en otras muestras de población universitaria (14,0-28,0%) (Barrack et al., 2019; Berg et al., 2009; Burnette et al., 2017; Craven & Fekete, 2019; Guidi et al., 2009; Neumark-Sztainer et al., 2012; O' Dea & Abraham, 2010; Yaqoob et al., 2022), así como en mujeres jóvenes con edades comprendidas entre 18 y 23 años (Wade et al., 2012). En otros estudios, también llevados a cabo en universitarios (Burnette et al., 2017; Reyes-Rodríguez et al., 2011), o bien, en muestras que también incluyen estudiantes de instituto (Lipson & Sonneville, 2017), los porcentajes obtenidos eran más elevados, llegando a alcanzar el 40,0%. Este elevado porcentaje era debido, principalmente, a que la muestra valorada tenía un IMC mayor, y se ha observado como la realización de atracones aumenta a medida que lo hace el grado de sobrepeso (Goldschmidt et al., 2008).

Si se compara por sexo se observa que, de acuerdo con la mayoría de los estudios, la realización de atracones era más prevalente en mujeres (Burnette et al., 2017; Culbert et al., 2020; Delinsky & Wilson, 2008; Guidi et al., 2009; Lipson & Sonneville, 2017; Neumark-Sztainer et al., 2012; Schaumberg & Anderson, 2016). Según la literatura, estas diferencias son debidas a un compendio de factores biológicos, genéticos y psicosociales, y como estos interaccionan entre sí, pero, además, son debidas a las hormonas

reproductivas, las cuales generan diferencias sexuales respecto a la fisiología de la alimentación (Culbert et al., 2021; Franceschini & Fattore, 2021; Mikhail et al., 2021). En concreto, influyen los niveles de testosterona durante el desarrollo pre y perinatal, los cuales colaboran en la conformación neuronal del sistema nervioso central generando distintos fenotipos físicos, fisiológicos y conductuales, en los cuales está incluida la conducta alimentaria (Culbert et al., 2020, 2021). Esto produce que las mujeres, al haber estado expuestas a menores niveles de testosterona durante el período pre y perinatal, tengan un mayor riesgo de atracones, así como una mayor predisposición a consumir alimentos ricos en grasa y azúcares. En la edad adulta se ha apreciado que el vínculo hormonal no es tan simple, sino que también influyen otras hormonas sexuales que actúan de forma diferente según el sexo (Culbert et al., 2020, 2021; Franceschini & Fattore, 2021; Mikhail et al., 2021).

En el caso de los hombres, este comportamiento está más asociado a la testosterona, siendo los que tienen menores niveles de esta hormona los que presentan una mayor cantidad de conductas alimentarias desreguladas, como la pérdida de control alimentario y la realización de atracones. Estos hallazgos persistían al ajustar los resultados con otras variables influyentes en los TCA, como con los síntomas depresivos, el IMC y la edad (Culbert et al., 2020). En cuanto a cómo actúa la testosterona, parece ser que activa efectos genómicos protectores o inhibe la expresión de genes de riesgo, de manera que, según los niveles circulantes de testosterona y las variantes genéticas, se desencadena una cascada de cambios que altera las diferencias individuales en el riesgo de tener una alimentación desregulada, por el hecho de ser una expresión genética regulada por andrógenos (Culbert et al., 2020; Mikhail et al., 2021).

En las mujeres se ha observado que la testosterona tiene efectos opuestos respecto al riesgo de alimentación desregulada, de forma que a mayores niveles de testosterona hay mayores tasas de atracones (Culbert et al., 2021). Sin embargo, la hormona que tiene mayor influencia en las mujeres es el estradiol, el cual actúa de forma semejante a la testosterona en los hombres. Es decir, durante la gonadarquia se produce un período organizativo en el cual las hormonas ováricas interactúan con las diferencias genéticas individuales, las cuales pueden influir en la realización de atracones, de manera que unos niveles bajos de estradiol pueden amplificar una predisposición genética a los atracones (Culbert et al., 2021; Mikhail et al., 2021). Además, en las mujeres, la progesterona también aumenta la predisposición para consumir alimentos más ricos en grasa y

azúcares, así como consumir mayores cantidades de alimentos y realizar atracones, debido a que antagoniza los efectos de los estrógenos (Franceschini & Fattore, 2021).

6.2.7 Estabilidad emocional y responsabilidad

En cuanto a los rasgos de personalidad, se obtuvo que tanto la estabilidad emocional como la responsabilidad estaban presentes en el modelo explicativo del riesgo de TCA en general, siendo, respectivamente, la séptima y novena variable explicativa por orden de potencia. Estos rasgos de personalidad ya fueron los únicos en los que se observaron diferencias al comparar personas con y sin riesgo de TCA hallándose, además, una correlación positiva entre el EAT-26 y la responsabilidad, y una correlación negativa entre el EAT-26 y la estabilidad emocional, manteniéndose esta última correlación al segmentar por sexo. Estos resultados sobre la estabilidad emocional concuerdan con los obtenidos en estudios previos en los que también se destacaba la inestabilidad emocional como predictor a padecer un TCA, tanto en hombres como en mujeres de diferentes edades (M. Brown et al., 2017). En este sentido, si bien hay estudios que asocian la inestabilidad emocional con la realización de atracones y purgas (M. Brown et al., 2017; Dorard & Khorramian-Pour, 2017), otros la asocian más con la anorexia nerviosa, la alimentación restringida o la patología de TCA en general (Dubovi et al., 2016; Sanchez-Ruiz et al., 2019). Respecto a la responsabilidad o la conciencia, también hay estudios que muestran diferencias respecto al riesgo de TCA. No obstante, estas diferencias están, generalmente, más relacionadas con la realización de atracones y purgas (M. Brown et al., 2017; Dorard & Khorramian-Pour, 2017). En el presente estudio, al analizar la asociación de los cinco grandes rasgos de personalidad con la realización de atracones, y tal como se ha comentado previamente, se obtuvo una asociación con una menor estabilidad emocional y una menor responsabilidad, pero también con la extraversión y la amabilidad, mismos hallazgos que los encontrados en un estudio desarrollado en una población universitaria libanesa (Sanchez-Ruiz et al., 2019).

6.2.8 Dieta mediterránea

Finalmente, la penúltima variable explicativa del modelo del riesgo de TCA, fue la adherencia a la dieta mediterránea, para la que los análisis bivariantes ya mostraban que las personas con riesgo tenían una mejor adherencia (52,6% de buena adherencia frente al

35,5% en las personas sin riesgo), manteniéndose estas diferencias al analizarlo por sexos. Estos resultados son contrarios a los obtenidos en los pocos estudios que han analizado esta asociación, los cuales encontraron una asociación inversa entre la adherencia a la dieta mediterránea y el riesgo de anorexia y bulimia nerviosas (Leone et al., 2018), o con los trastornos por atracones (Bertoli et al., 2015; Zaragoza-Martí et al., 2016). Estas disparidades pueden ser debidas a las diferencias en las características de la muestra. Por ejemplo, los estudios centrados en los trastornos por atracones, la población de estudio tenía un IMC mayor al de la presente tesis, hecho que podría contribuir a que tuvieran una peor adherencia. Asimismo, en el caso del estudio de Leone et al. (2018), el cual está centrado en anorexia y bulimia nerviosas, se considera en mujeres de mediana de edad superior a nuestro estudio, en concreto, 33 años. Esta diferencia de edad podría indicar que son personas que ya están independizadas, por tanto, a la hora de comer no están bajo la supervisión de los padres, pudiendo de esta manera alejarse más de la dieta mediterránea como, por ejemplo, disminuir el uso del aceite de oliva, característica observada en el presente estudio.

Al analizar el patrón alimentario, se aprecia como las personas con riesgo se acercaban más a las recomendaciones, con un mayor consumo de fruta, verdura y hortalizas y un menor consumo de carne roja, ítems que se tienen en cuenta al evaluar la adherencia a la dieta mediterránea y que contribuyen a una mayor adherencia. Asimismo, son características de una dieta saludable, la cual evita la grasa y tiende a una dieta hipocalórica que, como se ha mencionado anteriormente, era una de las dietas más llevadas a cabo por las personas con riesgo de TCA. Estas diferencias (mayor consumo de fruta, verdura y menor de carne roja), ya se habían observado previamente en estudios desarrollados en poblaciones universitarias (Tavolacci et al., 2015). Sin embargo, es destacable que, en relación a otro de los ítems, probablemente uno de los más característicos de la dieta mediterránea, como es el consumo de aceite de oliva, en nuestro estudio se apreció como las personas con riesgo de TCA consumían menor cantidad de este tipo de aceite, característica acorde con el estudio SUN, en el que se observó una asociación inversa entre el consumo de aceite de oliva y el riesgo de anorexia y bulimia nerviosas (Leone et al., 2018) lo que se justificaría, tal como se ha indicado previamente, con el intento de evitar la ingesta de grasa.

Es destacable que hay pocos estudios que realicen una comparativa del patrón alimentario, es decir, de los grupos de alimentos que ingieren según el riesgo de TCA. De

hecho, otro hallazgo encontrado en estudios previos era que las personas con TCA consumían menos productos refinados, procesados y ricos en azúcar (Plichta & Jezewska-Zychowicz, 2020). Esto era de esperar debido a que, según la bibliografía, las personas con TCA tienden a eliminar este tipo de alimentos al ser elevados en hidratos de carbono simples y grasas. Aun así, sugerían que la frecuencia de ingesta de alimentos concretos no era un buen indicador para evaluar los TCA, debido a que generalmente están ligados a modificaciones de la ingesta de los alimentos que contienen ciertos nutrientes, como sería llevar a cabo una dieta específica (Plichta & Jezewska-Zychowicz, 2020). De hecho, como ya se ha comentado previamente, la realización de dietas fue la variable con mayor potencia explicativa en el modelo de riesgo de TCA.

6.3 Variables relacionadas con los TCA según análisis bivariantes

Las variables explicadas hasta el momento han sido las que resultaron significativas en el modelo explicativo al realizar la regresión lineal. No obstante, en los análisis bivariantes también se hallaron diferencias entre las personas con y sin riesgo de TCA en otras variables, las cuales se comentarán brevemente a continuación.

6.3.1 Sexo

El sexo es una variable que en el análisis multivariante no ha resultado ser explicativa del riesgo de TCA, a pesar de las diferencias halladas en los análisis bivariantes, con una mayor prevalencia en mujeres, tal como mostraban estudios previos (Barrack et al., 2019; Díaz de León-Vázquez et al., 2017; Eisenberg et al., 2011; Gonçalves & Gomes, 2012; Gramaglia et al., 2019; Lipson & Sonnevile, 2017; Plichta & Jezewska-Zychowicz, 2020; Reyes-Rodríguez et al., 2011; Štefanov et al., 2020; Tavoracci et al., 2015; Tayhan et al., 2021; Universidad Pública de Navarra & Gobierno de Navarra, 2008; Yaqoob et al., 2022). Este resultado podría justificarse por el hecho que hombres y mujeres presentan diferencias en casi todas las variables analizadas. Es decir, al realizar los análisis multivariantes por sexo se aprecian diferencias en la insatisfacción corporal, IMC, realización de atracones, adherencia a la dieta mediterránea y estabilidad emocional, estando presentes estas variables en el modelo explicativo del riesgo de TCA de las mujeres y no en el de los hombres. Por tanto, estas variables, que son incluidas en el

análisis multivariante, caracterizan de forma más completa las diferencias entre hombres y mujeres que la propia variable sexo en relación con el riesgo de TCA, lo que provocaría que esta última no tenga una contribución significativa en el modelo.

6.3.2 Estado general de salud y calidad de vida autopercibidas

Al comparar el estado de salud y calidad de vida percibido según el riesgo de TCA, se observó como las personas con riesgo de TCA tenían una peor percepción de ambas variables, apreciándose una tendencia más clara en el estado de salud, el cual se percibía peor a medida que aumentaba el riesgo de TCA. Los mismos resultados se han encontrado en otros estudios, en los que se aprecia como la conducta alimentaria estaba asociada negativamente con la calidad de vida, tanto en el ámbito psicológico como en el físico (Baceviciene et al., 2020; Stein et al., 2019; Wade et al., 2012).

Hay que destacar que un estudio mostró que la calidad de vida junto con la imagen corporal eran los mayores valores predictivos para la alimentación desordenada, es decir, para padecer un TCA, en las mujeres (Baceviciene et al., 2020). Además, en el estudio prospectivo de Wade et al. (2012) se apreció como las personas compatibles con TCA tenían puntuaciones de calidad de vida por debajo del promedio obtenido en la población general, persistiendo estas diferencias durante los nueve años que duró el estudio.

Por otra parte, algunos estudios han asociado la peor calidad de vida en personas con riesgo de TCA con la angustia y el estrés que genera este tipo de patologías. De hecho, se ha visto que las personas con TCA tienen mayores niveles de estrés, así como una mayor prevalencia de otras enfermedades psiquiátricas como son la depresión y la ansiedad (Bourdier et al., 2018; Fadipe et al., 2017; Skead et al., 2018; S. Thompson & Romeo, 2015). Lo que queda por esclarecer es cómo es la relación causa-efecto. En este sentido, hay estudios que apuntan que la ansiedad es el predictor más fuerte para los TCA, de manera que hablan de una angustia psicológica preexistente, y como las personas, con el objetivo de calmar esa angustia, realizan acciones que llevan a los TCA (Fadipe et al., 2017; Scharmer et al., 2020).

6.3.3 Actividad física

Una de las preguntas más frecuentes en este tipo de estudios es ¿qué se entiende por ejercicio físico problemático? Por el hecho que no existe un consenso en la respuesta, esta variable se ha ido evaluando de diferentes maneras, dificultando las posibles comparaciones. Esta cuestión se ve afectada no solo por usar diferentes herramientas, sino que hay autores que conciben el ejercicio problemático desde una perspectiva objetiva, es decir, relacionado con la frecuencia, intensidad y/o duración, lo que en conjunto lleva a la cantidad de ejercicio, y otros se centran en la dimensión subjetiva, la cual se puede entender a su vez como obligación, compulsión, obsesión y/o dependencia, lo que en la presente tesis se ha evaluado como la adicción.

En la bibliografía se pueden encontrar múltiples definiciones, o fusiones de estas descripciones, que pueden llevar a confusión cuando se requiere analizar esta variable en relación con los TCA (Lepage et al., 2008; Meyer et al., 2011; Meyer & Taranis, 2011; Patterson & Goodson, 2018; Rizk et al., 2020). De hecho, en el estudio de Rizk et al. (2015), que analizó la prevalencia de ejercicio problemático usando diferentes definiciones, unas centradas en la dimensión cuantitativa, otras cualitativa y otras mixtas, se apreció como la prevalencia variaba del 5,0 al 54,0%, dependiendo de la definición usada, siendo la definición más estricta aquella que combinaba dos criterios cuantitativos (duración e intensidad) junto a un criterio cualitativo. En cambio, la definición menos estricta fue la que únicamente tenía en cuenta la duración del ejercicio. No obstante, independientemente de la definición usada, se apreció que aquellos participantes con ejercicio problemático tendían a tener restricciones alimentarias considerables y otros comportamientos propios de los TCA.

En el presente estudio, a pesar de apreciarse que, al igual que muestran otros estudios, las personas con riesgo de TCA realizaban más actividad física, tanto en frecuencia como en duración (Fitzsimmons-Craft et al., 2019; Lepage et al., 2008; Rizk et al., 2020), estas diferencias no se reflejaban en el análisis multivariante, apreciándose que la dimensión subjetiva era más importante para el riesgo de TCA que la objetiva. Hay que puntualizar que en los análisis bivariantes se apreciaban tendencias diferentes según sexo respecto a la dimensión objetiva. En los hombres se hallaban diferencias entre participantes con y sin riesgo, independientemente de la intensidad y cantidad. En cambio, en las mujeres dependía más de la intensidad, ya que, únicamente se obtuvieron diferencias en la

realización de actividad física intensa. Esta tendencia es similar a la encontrada en un estudio con adolescentes, en el cual solo se observaron diferencias en la cantidad de actividad física realizada en los hombres con riesgo de TCA, pero no en las mujeres (Štefanov et al., 2020).

Por otro lado, hay estudios que no hallaron diferencias respecto a la realización de actividad física o a la práctica deportiva regular al comparar población con y sin riesgo de TCA (Tavolacci et al., 2015). Estas disparidades se podrían considerar fruto de evaluar tanto cantidad de actividad física como el riesgo de TCA con herramientas diferentes. En este último caso, y como se ha indicado previamente, cada instrumento es más sensible a una categoría diagnóstica (anorexia, bulimia, o trastornos por atracones), y según apunta la literatura, se obtienen hallazgos diferentes dependiendo de la patología objeto de estudio. Por ejemplo, en la revisión de Rizk, et al. (2020), en las personas con anorexia se apreciaba que la energía consumida durante la actividad y la duración del ejercicio eran significativamente superiores respecto a los controles sanos, pero no se establecieron diferencias al comparar los controles con personas con bulimia. En la presente tesis se usó el instrumento EAT-26, el cual es más sensible para la detección de la anorexia, en cambio en Tavolacci et al. (2015) usaron la escala SCOFF, que consiste en un cuestionario de 5 preguntas para detectar los TCA de forma general.

6.3.4 Consumo de sustancias

6.3.4.1 Alcohol

Al comparar según el riesgo de TCA, se observó que las personas sin riesgo consumían con mayor frecuencia alcohol. Sin embargo, no se hallaron diferencias en la cantidad ni en la frecuencia de realizar más de 6 consumiciones en una misma ocasión, ni tampoco se establecieron diferencias al comparar la puntuación obtenida en el AUDIT-C. Estos hallazgos difieren de lo encontrado hasta el momento, siendo habitual observar una asociación entre los TCA y el consumo problemático del alcohol, asociación más común en mujeres (Bogusz et al., 2021; Fouladi et al., 2015; Gadalla & Piran, 2007a; Harrop & Marlatt, 2010; Mustelin et al., 2016; Tavolacci et al., 2015; Wilkerson et al., 2017), y que no siempre se ha encontrado en hombres (Eisenberg et al., 2011). Cabe remarcar que, en algunos casos, pese a no observarse diferencias en cuanto a la frecuencia

ni la cantidad de consumo, al comparar las puntuaciones de las escalas que miden los problemas con el consumo de alcohol, se observa una puntuación más elevada en las personas con riesgo (Mustelin et al., 2016; Tavoracci et al., 2015). Asimismo, se ha observado que estas asociaciones se mantenían en el tiempo, teniendo las personas con riesgo de TCA el doble de probabilidades de padecer problemas relacionados con el alcohol a lo largo de la vida (Mustelin et al., 2016). Estas observaciones pueden también contribuir a las diferencias halladas entre este y otros estudios debido a que las tres primeras preguntas del AUDIT-C se centran en la cantidad y la frecuencia de consumo. Por otra parte, en estudios que comparan ambos sexos se aprecia como el riesgo de TCA se asocia a diferentes patrones de consumo según el sexo. Así, en los hombres se observaban problemas de interferencia del alcohol en su vida diaria, pero no de dependencia, mientras que en las mujeres se hallaba una asociación con ambos factores (Gadalla & Piran, 2007b).

Las discrepancias obtenidas en este estudio respecto a la literatura podrían ser debidas a la escala usada para valorar los TCA. El EAT-26, a pesar de valorar aspectos de diferentes categorías de TCA, se centra más en la anorexia. Se ha sugerido que la anorexia es la categoría diagnóstica dentro de los TCA con menor tasa de consumo de alcohol y otras sustancias, mientras que las personas con bulimia y las de trastorno por purgas son las que tienen una mayor tasa de consumo de alcohol y otras sustancias como sedantes, pastillas de cafeína o marihuana (Fouladi et al., 2015). Por otra parte, hay estudios que asocian solo algunos comportamientos al consumo de sustancias. Por ejemplo, observan como las purgas predicen el consumo de alcohol, los atracones el consumo de sedantes, mientras que la restricción calórica se asocia al uso de anfetaminas, concluyendo que el tipo y la gravedad de la sintomatología es más indicativo del consumo de sustancias que el diagnóstico de TCA (Harrop & Marlatt, 2010).

6.3.4.2 Tabaco

Al analizar la prevalencia del consumo de tabaco no se hallaron diferencias al comparar según el riesgo de TCA, resultado que difiere del obtenido en otros estudios (Chan et al., 2020; Eisenberg et al., 2011; Tavoracci et al., 2015; Yaqoob et al., 2022), en los cuales había un mayor porcentaje de personas con riesgo de TCA que fumaba respecto a sus iguales sin riesgo. No obstante, en el estudio de Chan et al. (2020), sus resultados

se deben coger con cautela debido al pequeño número de estudiantes que fumaban, 30 de 1.017. Además de ser una muestra donde el 90% practicaba la religión islámica y, según la interpretación que se realice, fumar no está permitido por ser un acto perjudicial para el cuerpo.

Por otra parte, en otro estudio realizado en una muestra universitaria tampoco se observaron diferencias en cuanto a la prevalencia del tabaquismo entre personas con y sin riesgo de TCA (Fouladi et al., 2015). Además, en este estudio se observó que las personas con anorexia nerviosa tenían una tasa de tabaquismo más baja en comparación a otras categorías diagnósticas, lo que podría también justificar que en nuestro estudio no se hallaran diferencias.

6.3.4.3 Cannabis

Respecto al consumo de cannabis, tampoco se hallaron diferencias al comparar por riesgo de TCA, ni en conjunto ni por sexo, lo que coincidía con resultados observados en otra muestra universitaria (Tavolacci et al., 2015). No obstante, en otros estudios se apuntó que las personas con riesgo consumían con mayor frecuencia cannabis (Gadalla & Piran, 2007a), o bien que, de forma específica, eran las mujeres con riesgo de TCA las que consumían más esta droga (Eisenberg et al., 2011). En este mismo sentido, en el presente estudio, al valorar el EAT-26 como variable numérica, se apreció como las mujeres que informaban consumir cannabis obtenían una media de rango superior en el riesgo de TCA. En cambio, en los hombres se apreciaba la tendencia opuesta. Estos resultados en hombres difieren de lo expuesto en la literatura, la cual apunta que el cannabis es una de las sustancias más consumidas por los pacientes con TCA, junto a los sedantes y las pastillas de cafeína (Fouladi et al., 2015). Que no se hayan obtenido diferencias en el consumo según el riesgo de TCA, podría ser fruto al hecho de que se haya incluido como consumidores a aquellos participantes que reportaban un consumo de fin de semana lo que no sería un comportamiento relacionado específicamente con los TCA o por un aumento de su consumo de forma general, debido a que si comparamos los datos de consumo de cannabis disponibles en la población de la UIB se aprecia un aumento, siendo del 5,8% en el 2012 (Bennasar Veny, 2012) y de un 10,0% en el 2018, cuando se realizó la recogida de datos de esta tesis.

6.4 Limitaciones de la tesis

Cabe mencionar que hay ciertas limitaciones del estudio que constituye la presente tesis que merecen consideración, siendo la primera el diseño descriptivo-transversal del mismo, que no permite establecer relaciones causa-efecto.

Otra de las limitaciones es haber considerado una población de una única universidad, con lo que los resultados podrían no ser extrapolables a otros entornos universitarios ni a la población en general de edades similares. Por otra parte, los datos autoreportados, los cuales en muchas ocasiones requieren recordar prácticas realizadas, por tanto, además está presente el sesgo de memoria el cual puede proporcionar informes inexactos. Asimismo, hay ciertas variables de estudio como la dieta y el control de peso, entre otras, que son constructos complejos que pueden ser difíciles de valorar. Además, se puede sospechar de la modificación de ciertas variables como las antropométricas al infraestimar el peso y sobrestimar la altura. No obstante, como se ha comentado con anterioridad, se han validado las medidas de los datos autoreferidos en población universitaria (Liparotti et al., 2007).

Otro posible sesgo es el de deseabilidad social y el de pertenencia. De hecho, hay ciertas preguntas de carácter más sensible como: antecedentes personales, riesgo de TCA, conductas compensatorias inadecuadas. En estos, la persona puede tener tendencia a responder ocultando esa información. Para prevenir este sesgo el cuestionario se realizó de forma anónima, para que de alguna manera la persona se sintiera comfortable respondiendo a dichas preguntas.

Desde el punto de vista del análisis estadístico, otra limitación es la baja prevalencia de riesgo de TCA hallada, especialmente en el caso de los hombres. Esto puede suponer que algunos de los análisis estadísticos en subgrupos pueden haberse llevado a cabo con un número de participantes insuficientes para lograr el poder estadístico. Tal como se ha indicado, esto podría haber afectado especialmente a los análisis realizados en el grupo de hombres con riesgo de TCA.

Y finalmente, el cuestionario usado para cribar a las personas con riesgo de TCA, el EAT-26, a pesar de estar validado en población universitaria española y estar su uso extendido, es un cuestionario más específico para la anorexia nerviosa, por lo que podría no haber detectado de forma óptima el riesgo de otras categorías de TCA.

Dadas las limitaciones comentadas y considerando los principales resultados obtenidos, como perspectivas de futuro se considera necesario realizar más estudios en el ámbito de los TCA en el entorno universitario. En concreto, sería interesante llevar a cabo estudios de tipo longitudinal para poder conocer los factores causales, así como estudios cualitativos, los cuales permitirían profundizar, por ejemplo, en los motivos que llevan a realizar las conductas asociadas al riesgo de TCA. Por ejemplo, en relación con los estilos de vida, se considera especialmente interesante continuar con el estudio de la actividad física como adicción en relación al riesgo de TCA, tanto desde el punto de vista de cómo se establece esta adicción y como de posibles estrategias educacionales para evitar esta vertiente de la actividad física. También cabe destacar la necesidad de profundizar en el estudio del uso de los dispositivos móviles en el ámbito de los TCA, uso que se ha determinado como uno de los factores de riesgo para el desarrollo de los TCA. Los teléfonos móviles, así como otros dispositivos electrónicos, están presentes en nuestro día a día. Por tanto, se podrían desarrollar estudios y propuestas para que, en vez de ser unos precursores de vulnerabilidad para los TCA, se conviertan en aliados para poder recabar información de personas susceptibles y, en definitiva, poder crear herramientas de prevención mediante una información adecuada.

7. RECAPITULACIÓN

Los TCA son una serie de enfermedades psiquiátricas que tienen una gran repercusión negativa a nivel biopsicosocial para la persona que lo padece y su entorno más cercano (Arija Val et al., 2022; Dakanalis et al., 2016; Espinosa Almendro, Juan Manuel II. Flores Muñoz & Porrás, Antonio IV. Ramos Valverde, 2016; Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre Trastornos de la Conducta Alimentaria., 2009; Madruga Acerete et al., 2010). En la actualidad, hay un incremento de la prevalencia de estos trastornos, siendo la tercera enfermedad crónica más frecuente en adolescentes y mujeres jóvenes (ACAB, 2022; Arija Val et al., 2022). De hecho, se considera un problema de salud pública de gran magnitud, debido a que supone la patología psiquiátrica con mayor tasa de mortalidad (Klump et al., 2009; Westmoreland et al., 2016), además de producir consecuencias irreversibles en las personas que la padecen, incluso al recuperarse de dicha enfermedad (Arija Val et al., 2022; Mitchell, 2016; Spaulding-Barclay et al., 2016).

La literatura apunta que hay componentes de los estilos de vida que pueden verse afectados y contribuirían al inicio, mantenimiento o agravamiento de los TCA (Dakanalis et al., 2017; López-Guimerà et al., 2010; Sepulveda et al., 2010). A pesar de haber estudios respecto al tema, estos suelen centrarse en un único aspecto de los estilos de vida existiendo, además, discrepancias en los resultados. Por tanto, en la presente tesis se planteaba realizar un estudio de cribado de población de riesgo como son los estudiantes universitarios, con el objetivo de determinar la prevalencia del riesgo de TCA y sus factores asociados, así como analizar la relación con datos antropométricos, satisfacción corporal y los estilos de vida (dieta, actividad física, consumo de sustancias o adicciones a los dispositivos móviles) en las personas con riesgo de TCA.

Para cumplir con este objetivo, se realizó un estudio observacional descriptivo-analítico mediante la administración de un cuestionario a los estudiantes universitarios de grado de la Universitat de les Illes Balears, concretamente, del campus de Palma. La muestra final obtenida fue de 2.006 participantes, siendo esta muestra, en conjunto, representativa de la población objeto de estudio. En cuanto a los resultados obtenidos, hay que destacar que un 6,1% de los participantes IC 95% (5,1-7,2%) tenían riesgo de

TCA, siendo las mujeres las que presentaban una mayor prevalencia, 7,9% frente al 3,0% en los hombres. En cuanto a las conductas relacionadas con los TCA, un mayor porcentaje de mujeres realizaba atracones y conductas de control de peso. Sin embargo, a pesar de estas diferencias por sexo en el riesgo de TCA observadas en los análisis bivariantes, el sexo no se determinó como una de las variables explicativas del modelo multivariante del riesgo de TCA, lo que podría ser debido a que la mayoría de las variables consideradas en el modelo presentaban diferencias por sexo, caracterizando de una manera más completa el dimorfismo sexual.

En los análisis bivariantes, al comparar por riesgo de TCA, se obtuvieron, para la mayoría de las variables consideradas, diferencias significativas entre población con riesgo y sin riesgo de TCA. No obstante, los hallazgos más destacables, y que se mantuvieron en los análisis multivariantes en ambos sexos fueron: realizar dietas alternativas, el riesgo de adicción a la actividad física y los problemas con el uso del móvil. Además, cabe destacar la importancia de la insatisfacción corporal, el factor psicosocial más destacado, especialmente en las mujeres, y que supone un determinante clave para el riesgo de TCA. La insatisfacción corporal viene determinada, en parte, por los factores socioculturales, es decir, lo que la sociedad determina como cánones de belleza. Actualmente, el que sigue más en vigor, es el ideal delgado para las mujeres, las cuales son las que presentan, a su vez, más insatisfacción corporal, y el ideal musculado en los hombres (Argyrides et al., 2020; Canals & Arija Val, 2022). En la actualidad, ambos ideales se transmiten mayoritariamente por redes sociales (Canals & Arija Val, 2022; Díaz Plaza et al., 2022; G. Holland & Tiggemann, 2016). De hecho, se ha determinado que las personas con riesgo presentan una mayor prevalencia de problemas frecuentes y ocasionales relacionados con los dispositivos móviles, siendo este otro de los factores explicativos de riesgo de TCA observado en la presente tesis. La transmisión de este ideal de belleza, junto a la posterior internalización por parte de la persona, es la que conduce a presentar insatisfacción corporal (Dakanalis et al., 2017; Fitzsimmons-Craft, 2011). De ahí que no sea de extrañar que, por el hecho de estar más alejados de este ideal de belleza, las personas con un IMC más alto presenten mayor riesgo de TCA, a pesar de que en la presente tesis la insatisfacción corporal se ha determinado más importante que el propio IMC. Para lograr el ideal delgado, las personas realizan cambios en su conducta, siendo las dos acciones más habituales realizar dietas alternativas y aplicar medidas de control de peso (Canals & Arija Val, 2022).

Realizar dietas alternativas fue el factor explicativo más potente del modelo del riesgo de TCA obtenido en la presente tesis, tanto en hombres como en mujeres. Destaca que, de forma frecuente, se recurría a dietas autoelaboradas para perder peso, lo que nuevamente pone en énfasis a los dispositivos móviles, por el hecho de poder obtener la información necesaria, aunque pueda provenir de fuentes con escasa calidad y fiabilidad, hecho que lleva a estas personas a hacer dietas extremas e insanas, que suelen ser muy difíciles de seguir (Yu et al., 2018). Este hecho genera ansiedad, y les hace vulnerables a realizar atracones, con su posterior compensación como método de castigo como sería autoinducirse el vómito, uso de laxantes...(Lepage et al., 2008; Yu et al., 2018).

Por otra parte, están las medidas de control de peso, siendo tres las más destacadas: evitar situaciones sociales relacionadas con la comida, saltarse comidas y realizar un exceso de actividad física. Es importante indicar que, a pesar de ser más realizadas en las personas con riesgo, estas medidas de control de peso también eran habituales en la población en general. El problema puede aparecer cuando se llevan a cabo de forma extrema, y la ingesta energética es deficiente para cubrir las necesidades del organismo. Esto conlleva alteraciones fisiológicas, como la disminución de niveles de hormonas como la testosterona en los hombres y el estradiol en mujeres, circunstancia que se asocia con una mayor vulnerabilidad por presentar una alimentación desregulada, además de tener otras repercusiones como disminución de la masa ósea, alteraciones en la hormona tiroidea y del metabolismo de los carbohidratos, etc. (Dipla et al., 2021). Asimismo, aunque saltarse comidas o realizar mucha actividad física se consideren métodos de control de peso poco agresivos, se ha visto como las personas que usan estos métodos tienen puntuaciones similares de riesgo de TCA a las de personas que siguen conductas mucho más agresivas como autoproducirse el vómito y usar laxantes o diuréticos (Meyer & Taranis, 2011; Stein et al., 2019; Yu et al., 2018).

En cuanto a la realización de actividad física, se apreció que las personas con riesgo eran más activas, pero lo que realmente destacó fue el riesgo de dependencia a esa actividad, considerándose también uno de los factores explicativos más importantes. De hecho, en otros estudios ya se apreció que el ejercicio compulsivo contribuía casi en un 40,0% a la psicopatología de los TCA (Taranis & Meyer, 2011). Además, otra característica del ejercicio a tener en cuenta es la motivación para ejercitarse, siendo por mejorar la imagen la que se asocia más con la psicopatología de los TCA (Gonçalves & Gomes, 2012; Mond et al., 2006; Schaumberg et al., 2014), tal como también se ha

observado en la presente tesis, en la cual realizar ejercicio para mejorar la imagen y/o forma corporal era el motivo para realizar AF más prevalente en personas con riesgo de TCA. Además, hay que considerar que esta motivación está asociada con la insatisfacción corporal y poder conseguir ese ideal de belleza que se transmite mediante los medios de comunicación y redes sociales, lo que supone una interacción muy importante en relación con el riesgo de TCA.

En resumen, las variables más influyentes en el riesgo de TCA en la población de estudiantes universitarios considerada fueron realizar dietas alternativas, el riesgo de adicción a la actividad física y el uso problemático de los dispositivos móviles, siendo las variables predictivas presentes en el modelo explicativo del riesgo de TCA, tanto en mujeres como en hombres. Adicionalmente, cabe destacar la importancia de la insatisfacción corporal, especialmente en las mujeres, segmento de la población con mayor prevalencia de riesgo de TCA. Los resultados obtenidos en la presente tesis son valiosos para seguir trabajando en esta área desde la universidad, poder implementar estrategias de prevención y ayuda, y poder contribuir a desestigmatizar este tipo de patologías.

8. CONCLUSIONES

1. Uno de cada cinco estudiantes de grado de la UIB realizaba conductas de control de peso, destacando evitar situaciones sociales que pudieran incluir comidas, saltarse comidas o hacer actividad física. Estas medidas, a pesar de ser calificadas como no agresivas, pueden predisponer al desarrollo de un TCA.
2. Un 6,1% de los estudiantes presentaba riesgo de padecer un TCA, siendo el riesgo mayor en mujeres. En concreto, las mujeres tenían una probabilidad casi tres veces superior de padecer este tipo de enfermedades.
3. Según los análisis multivariantes, los factores más destacables asociados al riesgo de TCA en el conjunto de la población fueron: realizar dietas alternativas, el riesgo de adicción a la actividad física, los problemas con el uso del móvil y realizar conductas de control de peso. Estas eran las únicas variables que también estaban presentes en los modelos explicativos segmentados por sexo.
4. La variable con mayor poder estadístico para explicar el riesgo de TCA fue llevar a cabo una dieta alternativa, destacando que el 40,0% de los estudiantes con riesgo de TCA llevaban a cabo una dieta autoelaborada para perder peso.
5. El componente subjetivo de la actividad física, caracterizado por la adicción a la misma, tuvo una mayor importancia en el riesgo de TCA que la frecuencia, duración e intensidad de la actividad física realizada, siendo un factor importante el motivo por el cual se ejercitan.
6. Los problemas con los dispositivos móviles supusieron una variable novedosa que, en el presente estudio, se ha asociado con el riesgo de TCA, hecho que puede retroalimentar otras variables por ser estos dispositivos usados para obtener información relacionada con los TCA, en muchas ocasiones, poco fiable.

7. La insatisfacción corporal fue una variable explicativa con elevada potencia en el desarrollo de los TCA, especialmente en las mujeres, estando por delante del índice de masa corporal. Por tanto, la percepción del peso y forma es más influyente para el desarrollo de un TCA que el peso en sí mismo.
8. El sexo no se consideró una de las variables explicativas del modelo multivariante del riesgo de TCA, lo que podría ser debido a las diferencias entre sexos observadas en variables explicativas del modelo. Estas diferencias podrían caracterizar de una forma más detallada el dimorfismo sexual en relación con el riesgo de TCA.
9. En relación con los estilos de vida, a pesar de que no aparecieron en los modelos multivariantes, entre las personas con riesgo de TCA se observó una menor prevalencia de consumo alcohol, una mayor adherencia a la dieta mediterránea, una mayor cantidad de actividad física desarrollada, pero no se observaron diferencias en el consumo de tabaco y cannabis.

9. BIBLIOGRAFÍA

- Abd El-Azeem Taha, A. A., Abu-Zaid, H. A., & Desouky, D. E.-S. (2018). Eating Disorders Among Female Students of Taif University , Saudi Arabia. *Archives of Iranian Medicine*, 21(3), 111–117.
- ACAB. (2022). *Associació contra l'Anorèxia i la Bulimia*. <https://www.acab.org/es>
- Achamrah, N., Coëffier, M., & Déchelotte, P. (2016). Physical activity in patients with anorexia nervosa. *Nutrition Reviews*, 0(0), 1–11. <https://doi.org/10.1093/nutrit/nuw001>
- Aguiló Pons, A., Sánchez Brígido, F., & Pareja-Bezares, A. (2022). *USO DEL TELÉFONO MÓVIL, ESTILO DE VIDA Y BIENESTAR PSICOLÓGICO EN ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS*.
- Alkazemi, D., Zafar, T. A., Ebrahim, M., & Kubow, S. (2018). Distorted weight perception correlates with disordered eating attitudes in Kuwaiti college women. *International Journal of Eating Disorders*, 51(February), 449–458. <https://doi.org/10.1002/eat.22852>
- Almeida, L., Savoy, S., & Boxer, P. (2011). The role of weight stigmatization in cumulative risk for binge eating. *Journal of Clinical Psychology*, 67(3), 278–292. <https://doi.org/10.1002/jclp.20749>
- Al-thani, M. A., & Khaled, S. M. (2018). “ Toxic pleasures ”: A study of eating out behavior in Arab female university students and its associations with psychological distress and disordered eating. *Eating Behaviors*, 31, 125–130. <https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2018.08.008>
- Alwosaifer, A. M., Alawadh, S. A., Abdel Wabab, M. M., Boubshait, L. A., & Almutairi, B. A. (2018). Eating disorders and associated risk factors among Imam Abdulrahman bin Faisal university preparatory year female students in Kingdom of Saudi Arabia Aisha. *Sausi Med J.*, 39(9), 910–921. <https://doi.org/10.15537/smj.2018.9.23314>

- Amaral Alves, D., Hernández Regidor, N., Basabe Baraño, N., Rocandio Pablo, A. M., & Arroyo Izaga, M. (2012). Satisfacción corporal y calidad de la dieta en estudiantes universitarias del País Vasco. *Endocrinología y Nutrición*, *59*(4), 239–245. <https://doi.org/10.1016/j.endonu.2012.01.007>
- American Psychiatric Association. (1980). *Diagnostic and Statistical manual of Mental Disorders* (third).
- American Psychiatric Association. (2014). *Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5*.
- American Psychological Association. (2002). DSM-IV-TR Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. In *DSM-IV-TR Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*.
- Aparicio-Martinez, P., Perea-Moreno, A.-J., Martínez-Jimenez, M. P., Redel-Macías, M. D., Pagliari, C., & Vaquero-Abellan, M. (2019). Social Media , Thin-Ideal , Body Dissatisfaction and Disordered Eating Attitudes : An Exploratory Analysis. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, *16*(4177), 1–16.
- Aranceta Bartrina, J., Arija Val, V., Maíz Aldalur, E., Martínez De Victoria Muñoz, E., Ortega Anta, R. M., Pérez-Rodrigo, C., Quiles Izquierdo, J., Rodríguez Martín, A., Román Viñas, B., Salvador I Castell, G., Tur Marí, J. A., Moreiras, G. V., & Majem, L. S. (2016). Guías alimentarias para la población española (SENC, diciembre 2016); la nueva pirámide de la alimentación saludable. *Nutricion Hospitalaria*, *33*(Supl. 8), 1–48. <https://doi.org/10.20960/NH.827>
- Argyrides, M., Anastasiades, E., & Alexiou, E. (2020). Risk and Protective Factors of Disordered Eating in Adolescents Based on Gender and Body Mass Index. *Environmental Research and Public Health*, *17*(24).
- Arija Val, V., Santi Cano, M. J., Novalbos Ruiz, J. P., Canals, J., & Rodríguez-Martín, A. (2022). Caracterización, epidemiología y tendencias de los trastornos de la conducta alimentaria. *Nutrición Hospitalaria*, *39*((Nº Extra 2)), 8–15.

- Asociación Americana de Psiquiatría. (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5) (5ª)*.
- Atiye, M., Miettunen, J., & Raevuori-Helkamaa, A. (2015). A meta-analysis of temperament in eating disorders. *European Eating Disorders Review*, 23, 89–99. <https://doi.org/10.1002/erv.2342>
- Baceviciene, M., Jankauskiene, R., & Balciuniene, V. (2020). The Role of Body Image , Disordered Eating and Lifestyle on the Quality of Life in Lithuanian University Students. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(1593), 1–17.
- Bakalar, J. L., Shank, L. M., Vannucci, A., Radin, R. M., & Tanofsky-Kraff, M. (2015). Recent Advances in Developmental and Risk Factor Research on Eating Disorders. *Current Psychiatry Reports*, 17(42), 1–10. <https://doi.org/10.1007/s11920-015-0585-x>
- Baker, J. H., Mitchell, K. S., Neale, M. C., & Kendler, K. S. (2010). Eating Disorder Symptomatology and Substance Use Disorders : Prevalence and Shared Risk in a Population Based Twin Sample. *International Journal of Eating*, 43, 648–658. <https://doi.org/10.1002/eat.20856>
- Baker, J. H., Schaumberg, K., & Munn-cherhoff, M. A. (2017). Genetics of Anorexia Nervosa. *Current Psychiatry Reports*, 19(84), 1–8. <https://doi.org/10.1007/s11920-017-0842-2>
- Barcaccia, B., Balestrini, V., Salianni, A. M., Baiocco, R., Mancini, F., & Schneider, B. H. (2018). Dysfunctional eating behaviors, anxiety, and depression in Italian boys and girls: The role of mass media. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 40, 72–77. <https://doi.org/10.1590/1516-4446-2016-2200>
- Barrack, M. T., West, J., Christopher, M., & Pham-Vera, A.-M. (2019). Disordered Eating Among a Diverse Sample of First-Year College Students. *Journal of the American College of Nutrition*, 38(2), 141–148. <https://doi.org/10.1080/07315724.2018.1487345>

- Belmonte García, L. (2017). *Trastornos de la Conducta Alimentaria en el Alumnado de la Universidad de Murcia: Salud, Satisfacción Vital y Estilos de Vida*.
- Bennasar Veny, M. (2012). *Estilos de vida y salud en estudiantess universitarios: la universidad como entorno promotor de la salud*.
- Bennasar-Veny, M., Yañez, A. M., Pericas, J., Ballester, L., Fernandez-Dominguez, J. C., Tauler, P., & Aguilo, A. (2020). Cluster Analysis of Health-Related Lifestyles in University Students. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, *17*(5), 1776.
- Benton, C., & Karazsia, B. T. (2015). The effect of thin and muscular images on women's body satisfaction. *Body Image*, *13*, 22–27. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2014.11.001>
- Beranuy Fargues, M., Chamarro Lusa, A., Graner Jordania, C., & Carbonell Sánchez, X. (2009). Validación de dos escalas breves para evaluar la adicción a Internet y el abuso de móvil. *Psicothema*, *21*(3), 480–485.
- Berg, K. C., Frazier, P., & Sherr, L. (2009). Change in eating disorder attitudes and behavior in college women: Prevalence and predictors. *Eating Behaviors*, *10*, 137–142. <https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2009.03.003>
- Bermejo, B. G., Saul, L. Á., & Jenaro, C. (2011). LA ANOREXIA Y LA BULIMIA EN LA RED: ANA Y MIA DOS “MALAS COMPAÑIAS” PARA LAS JÓVENES DE HOY. *ACCIÓN PSICOLÓGICA*, *8*(1), 71–84.
- Bertoli, S., Spadafranca, A., Bes-Rastrollo, M., Martinez-Gonzalez, M. A., Ponissi, V., Beggio, V., Leone, A., & Battezzati, A. (2015). Adherence to the Mediterranean diet is inversely related to binge eating disorder in patients seeking a weight loss program. *Clinical Nutrition*, *34*(1), 107–114. <https://doi.org/10.1016/j.clnu.2014.02.001>
- Bewell-Weiss, C. V., & Carter, J. C. (2010). Predictors of excessive exercise in anorexia nervosa. *Comprehensive Psychiatry*, *51*, 566–571. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2010.03.002>

- Bo, S., Zoccali, R., Ponzio, V., Soldati, L., De Carli, L., Benso, A., Fea, E., Rainoldi, A., Durazzo, M., Fassino, S., & Abbate-Daga, G. (2014). University courses, eating problems and muscle dysmorphia: Are there any associations? *Journal of Translational Medicine*, *12*(221), 1–8. <https://doi.org/10.1186/s12967-014-0221-2>
- Bogusz, K., Kopera, M., Jakubczyk, A., Trucco, E. M., Kucharska, K., Walenda, A., & Wojnar, M. (2021). Prevalence of alcohol use disorder among individuals who binge eat: a systematic review and meta-analysis. *Addiction (Abingdon, England)*, *116*(1), 18–31.
- Borzekowski, D. L. G., Schenk, S., Wilson, J. L., & Peebles, R. (2010). E-Ana and e-Mia: A content analysis of pro-eating disorder web sites. *American Journal of Public Health*, *100*, 1526–1534. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2009.172700>
- Bourdier, L., Orri, M., Carre, A., Gearhardt, A. N., Romo, L., Dantzer, C., & Berthoz, S. (2018). Are emotionally driven and addictive-like eating behaviors the missing links between psychological distress and greater body weight? *Appetite*, *120*, 536–546. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2017.10.013>
- Brown, A. J., Parman, K. M., Rudat, D. A., & Craighead, L. W. (2012). Disordered eating, perfectionism, and food rules. *Eating Behaviors*, *13*(4), 347–353. <https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2012.05.011>
- Brown, M., Robinson, L., Campione, G. C., Wuensch, K., Hildebrandt, T., & Micali, N. (2017). Intolerance of Uncertainty in Eating Disorders: A Systematic Review and Meta-Analysis. *European Eating Disorders Review*, *25*, 329–343. <https://doi.org/10.1002/erv.2523>
- Bulik, C. M., Devlin, B., Bacanu, S.-A., Thornton, L., Klump, K. L., Fichter, M. M., Halmi, K. A., Kaplan, A. S., Strober, M., Woodside, D. B., Bergen, A. W., Ganjei, J. K., Crow, S., Mitchell, J., Rotondo, A., Mauri, M., Cassano, G., Keel, P., Berrettini, W. H., & Kaye, W. H. (2003). Significant Linkage on Chromosome 10p in Families with Bulimia Nervosa. *The American Journal of Human Genetics*, *72*, 200–207. <https://doi.org/10.1086/345801>

- Burnette, C. B., Simpson, C. C., & Mazzeo, S. E. (2017). Exploring gender differences in the link between weight suppression and eating pathology. *Eating Behaviors, 27*, 17–22. <https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2017.10.001>
- Burnette, C. B., Simpson, C. C., & Mazzeo, S. E. (2018). Relation of BMI and weight suppression to eating pathology in undergraduates. *Eating Behaviors, 30*, 16–21. <https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2018.05.003>
- Bush, K., Kivlahan, D. R., McDonell, M. B., Fihn, S. D., & Bradley, K. (1998). The AUDIT Alcohol Consumption Questions AUDIT-C. *Arch Intern Med, 158*(Supl 14), 1789–1795. <https://doi.org/10.1097/00000374-199811000-00034>
- Cachón-Zagalaz, J., Sanabrias-moreno, D., Sánchez-Zafra, M., Zagalaz-Sánchez, M. L., & Lara-Sánchez, A. J. (2020). Use of the Smartphone and Self-Concept in University Students According to the Gender Variable. *International Journal of Environmental Research and Public Health, 17*(4184).
- Canals, J., & Arija Val, V. (2022). Factores de riesgo y estrategias de prevención en los trastornos del comportamiento alimentario. *Nutrición Hospitalaria, 39*(Nº Extra 2)), 16–26.
- Cancela Carral, J. M., & Ayán Pérez, C. (2011). Prevalencia y relación entre el nivel de actividad física y las actitudes alimenticias anómalas en estudiantes universitarias españolas de ciencias de la salud y la educación. *Revista Española de Salud Pública, 85*(5), 499–505. <https://doi.org/10.1590/S1135-57272011000500009>
- Carbonell, X., Chamarro, A., Rodrigo, B., & Padres, M. (2018). Problematic Use of the Internet and Smartphones in University Students: 2006 – 2017. *International Journal of Environmental Research and Public Health, 15*(475), 1–13. <https://doi.org/10.3390/ijerph15030475>
- Castelao-Naval, O., Blanco-Fernández, A., Meseguer-Barros, C. M., Thuissard-Vasallo, I. J., Cerdda, B., & Larrosa, M. (2019). Estilo de vida y riesgo de trastorno alimentario atípico en estudiantes universitarios: realidad versus percepción. *Enfermería Clínica, 29*(5), 280–290. <https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2018.03.002>

- Castillo, I., Solano, S., & Sepúlveda, A. R. (2019). A controlled study of an integrated prevention program for improving disordered eating and body image among Mexican university students : A 3 - month follow - up. *Eur Eat Disorder Rev*, 27, 541–556. <https://doi.org/10.1002/erv.2674>
- Castillo, M., & Weiselberg, E. (2017). Bulimia Nervosa/Purging Disorder. *Current Problems in Pediatric and Adolescent Health Care*, 47, 85–94. <https://doi.org/10.1016/j.cppeds.2017.02.004>
- Çelik, Ç. B., Odacı, H., & Bayraktar, N. (2015). Is problematic internet use an indicator of eating disorders among Turkish university students? *Eating and Weight Disorders*, 20(2), 167–172. <https://doi.org/10.1007/s40519-014-0150-3>
- Chan, Y. L., Samy, A. L., Tong, W. T., Islam, M. A., & Low, W. Y. (2020). Eating Disorder Among Malaysian University Students and Its Associated Factors. *Asia Pacific Journal of Public Health*, 0(0), 1–6. <https://doi.org/10.1177/1010539520947879>
- Choquette, E. M., Ordaz, D. L., Melioli, T., Delage, B., Chabrol, H., Rodgers, R., & Thompson, J. K. (2018). Eating Behaviors Food and Alcohol Disturbance (FAD) in the U . S . and France : Nationality and gender effects and relations to drive for thinness and alcohol use. *Eating Behaviors*, 31, 113–119. <https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2018.09.002>
- Coelho, J. S., Lee, T., Karnabi, P., Burns, A., Marshall, S., Geller, J., & Lam, P.-Y. (2018). Eating disorders in biological males : clinical presentation and consideration of sex differences in a pediatric sample. *Journal of Eating Disorders*, 6(40), 1–12.
- Craig, C. L., Marshall, A. L., Sjöström, M., Bauman, A. E., Booth, M. L., Ainsworth, B. E., Pratt, M., Ekelund, U., Yngve, A., Sallis, J. F., & Oja, P. (2003). International physical activity questionnaire: 12-Country reliability and validity. *Medicine and Science in Sports and Exercise*, 35(8), 1381–1395. <https://doi.org/10.1249/01.MSS.0000078924.61453.FB>
- Craven, M. P., & Fekete, E. M. (2019). Eating Behaviors Weight-related shame and guilt , intuitive eating , and binge eating in female college students. *Eating Behaviors*, 33(2019), 44–48. <https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2019.03.002>

- Culbert, K. M., Shope, M. M., Sisk, C. L., & Klump, K. L. (2020). Low testosterone is associated with dysregulated eating symptoms in young adult men. *International Journal of Eating Disorders*, *53*(9), 1469–1479.
- Culbert, K. M., Sisk, C. L., & Klump, K. L. (2021). A Narrative Review of Sex Differences in Eating Disorders: Is There a Biological Basis? *Clinical Therapeutics*, *43*(1), 95–111. <https://doi.org/10.1016/j.clinthera.2020.12.003>
- Cunningham, H. E., Pearman, S., & Brewerton, T. D. (2016). Conceptualizing primary and secondary pathological exercise using available measures of excessive exercise. *International Journal of Eating Disorders*, *49*(8), 778–792. <https://doi.org/10.1002/eat.22551>
- Cusack, C. E., Christian, C., Drake, J. E., & Levinson, C. A. (2021). A network analysis of eating disorder symptoms and co-occurring alcohol misuse among heterosexual and sexual minority college women. *Addictive Behaviors*, *118*, 106867. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2021.106867>
- Dakanalis, A., Carrà, G., Calogero, R., Fida, R., Clerici, M., Zanetti, M. A., & Riva, G. (2015). The developmental effects of media-ideal internalization and self-objectification processes on adolescents' negative body-feelings, dietary restraint, and binge eating. *European Child and Adolescent Psychiatry*, *24*(8), 997–1010. <https://doi.org/10.1007/s00787-014-0649-1>
- Dakanalis, A., Clerici, M., Bartoli, F., Caslini, M., Crocamo, C., Riva, G., & Carrà, G. (2017). Risk and maintenance factors for young women's DSM-5 eating disorders. *Arch Womens Ment Health*, *20*, 721–731. <https://doi.org/10.1007/s00737-017-0761-6>
- Dakanalis, A., Clerici, M., Caslini, M., Gaudio, S., Serino, S., Riva, G., & Carrà, G. (2016). Predictors of initiation and persistence of recurrent binge eating and inappropriate weight compensatory behaviors in college men. *International Journal of Eating Disorders*, *49*, 581–590. <https://doi.org/10.1002/eat.22535>
- Dalle Grave, R., Calugi, S., & Marchesini, G. (2008). Compulsive exercise to control shape or weight in eating disorders: prevalence, associated features, and treatment

outcome. *Comprehensive Psychiatry*, 49, 346–352.
<https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2007.12.007>

Davis, H. A., Riley, E. N., Smith, G. T., Milich, R., & Burris, J. L. (2017). Alcohol use and strenuous physical activity in college students: A longitudinal test of 2 explanatory models of health behavior. *J Am Coll Health*, 65(2), 112–121.
<https://doi.org/10.1080/07448481.2016.1260571>.Alcohol

de Oliveira, C., Colton, P., Cheng, J., Olmsted, M., & Kurdyak, P. (2017). The direct health care costs of eating disorders among hospitalized patients: A population-based study. *International Journal of Eating Disorders*, 50(12), 1385–1393.
<https://doi.org/10.1002/eat.22797>

Del Barrio, V. (2009). *Raíces y evolución del DSM*.

Delinsky, S. S., & Wilson, G. T. (2008). Weight gain , dietary restraint, and disordered eating in the freshman year of college. *Eating Behaviors*, 9, 82–90.
<https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2007.06.001>

Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública. (2022). *Proyecto SUN Seguimiento Universidad de Navarra* .

Desai, M. N., Miller, W. C., Staples, B., & Bravender, T. (2010). Risk Factors Associated With Overweight and Obesity in College Students. *Journal of American College Health ISSN:*, 57(1), 109–114. <https://doi.org/10.3200/JACH.57.1.109-114>

Díaz de León-Vázquez, C., Rivera-Márquez, J. A., Bojorquez-Chapela, I., & Unikel-Santoncini, C. (2017). Variables associated with disordered eating behaviors among freshman students from Mexico City. *Salud Pública de México*, 59, 258–265.
<https://doi.org/10.21149/8000>

Díaz Plaza, M. de D., Belmonte Cortés, S., Novaldos Ruiz, J. P., Santi Cano, M. J., & Rodríguez Martín, A. (2022). Publicidad y medios de comunicación en los trastornos del comportamiento alimentario. *Nutricion Hospitalaria*, 39((Nº Extra 2)), 55–61.

Diccionario de la Lengua Española. (2022). *Real Academia Española*.

- Dipla, K., Kraemer, R. R., Constantini, N. W., & Hackney, A. C. (2021). Relative energy deficiency in sports (RED-S): elucidation of endocrine changes affecting the health of males and females. *Hormones*, *20*, 35–47.
- Dorard, G., & Khorramian-Pour, M. (2017). Binge eating disorder: Links with personality and emotionality. *Encephale*, *43*(2), 114–119.
- Dubovi, A. S., Li, Y., & Martin, J. L. (2016). Breaking the Silence: Disordered Eating and Big Five Traits in College Men. *American Journal of Men's Health*, *10*(6), NP118–NP126.
- Duncan, L., Yilmaz, Z., Gaspar, H., Walters, R., Goldstein, J., Anttila, V., Bulik-Sullivan, Brendan Ripke, S., Thornton, L., Hinney, A., Daly, M., Sullivan, P., Zeggini, Eleftheria Breen, G., & Bulik, C. M. (2017). Significant Locus and Metabolic Genetic Correlations Revealed in Genome-Wide Association Study of Anorexia Nervosa. *The American Journal of Psychiatry*, *174*(9), 850–858.
- Egan, S. J., Bodill, K., Watson, H. J., Valentine, E., Shu, C., & Hagger, M. S. (2017). Compulsive exercise as a mediator between clinical perfectionism and eating pathology. *Eating Behaviors*, *24*, 11–16. <https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2016.11.001>
- Eisenberg, D., Nicklett, E. J., Roeder, K., & Kirz, N. E. (2011). Eating Disorder Symptoms Among College Students: Prevalence, Persistence, Correlates, and Treatment-Seeking. *Journal of American College Health*, *59*(8), 700–707. <https://doi.org/10.1080/07448481.2010.546461>.Eating
- Eklund, R., & Salzman-Erikson, M. (2016). An integrative review of the literature on how eating disorders among adolescents affect the family as a system – complex structures and relational processes. *Mental Health Review Journal*, *21*(3), 213–230. <https://doi.org/https://doi.org/10.1108/MHRJ-09-2015-0027>
- El-Bagoury, L. S., Hassan, A. M., & Abouseif, H. A. (2018). Eating attitudes and barriers to healthy eating and physical activity among a sample of university students in Egypt. *Journal of the Egyptian Public Health Association*, *92*(1), 29–35. <https://doi.org/10.21608/EPX.2018.6650>

- Elosua, P., López-Jáuregui, A., & Sánchez-Sánchez, F. (2010). *Adaptación española del Eating Disorder Inventory-3. Normalización y validación. Madrid: TEA.*
- Erzegovesi, S., & Bellodi, L. (2016). Eating disorders. *CNS Spectrums*, *21*, 304–309. <https://doi.org/10.1017/S1092852916000304>
- Espinosa Almendro, Juan Manuel II. Flores Muñoz, M. III. G., & Porras, Antonio IV. Ramos Valverde, P. V. (2016). *Catálogo de Preguntas y Respuestas sobre los Trastornos de la Conducta Alimentaria.*
- Fabres, L., & Moya, P. (2021). Sueño: conceptos generales y su relación con la calidad de vida. *Revista Médica Clínica Las Condes*, *32*(5), 527–534. <https://doi.org/10.1016/j.rmclc.2021.09.001>
- Fadipe, B., Oyelohunnu, M. A., Olagunju, A. T., Aina, O. F., Akinbode, A. A., & Suleiman, T. F. (2017). Disordered eating attitudes : demographic and clinico-anthropometric correlates among a sample of Nigerian students . *African Health Sciences*, *17*(2).
- Fairburn, C., & Beglin, S. (1994). Assessment of eating disorders: Interview or self-report questionnaire? *Int J Eat Disord*, *16*, 363–370.
- Fazeli, P. K., & Klibanski, A. (2018). Effects of Anorexia Nervosa on Bone Metabolism. *Endocrine Reviews*, *39*, 895–910. <https://doi.org/10.1210/er.2018-00063>
- Fichter, M. M., & Quadflieg, N. (2016). Mortality in eating disorders - Results of a large prospective clinical longitudinal study. *International Journal of Eating Disorders*, *49*(4), 391–401. <https://doi.org/10.1002/eat.22501>
- Fitzsimmons-Craft, E. E. (2011). Clinical Psychology Review Social psychological theories of disordered eating in college women : Review and integration. *Clinical Psychology Review*, *31*(7), 1224–1237. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2011.07.011>
- Fitzsimmons-Craft, E. E., Balantekin, K. N., Eichen, D. M., Graham, A. K., Monterubio, G. E., Sadeh-sharvit, S., Goel, N. J., Flatt, R. E., Saffran, K., Karam, A. M., Firebaugh, M., Trockel, M., Taylor, C. B., & Wilfley, D. E. (2019). Screening and Offering Online Programs for Eating Disorders: Reach, Pathology, and Differences

- Across Eating Disorder Status Groups at 28 U.S. Universities. *International Journal of Eating Disorders*, 52(10), 1125–1136. <https://doi.org/10.1002/eat.23134>.Screening
- Fitzsimmons-Craft, E. E., Karam, A. M., Monterubio, G. E., Taylor, C. B., & Wilfley, D. E. (2020). Screening for Eating Disorders on College Campuses: A Review of the Recent Literature. *Curr Psychiatry Rep.*, 21(10), 1–20. <https://doi.org/10.1007/s11920-019-1093-1>.Screening
- Flament, M. F., Hill, E. M., Buchholz, A., Henderson, K., Tasca, G. A., & Goldfield, G. (2012). Internalization of the thin and muscular body ideal and disordered eating in adolescence : The mediation effects of body esteem. *Body Image*, 9(1), 68–75. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2011.07.007>
- Fouladi, F., Mitchell, J. E., Crosby, R. D., Engel, S. G., Crow, S., Hill, L., Grange, D. Le, Powers, P., & Steffen, K. J. (2015). Prevalence of Alcohol and Other Substance Use in Patients with Eating Disorders. *European Eating Disorder Review*, 23, 531–536.
- Franceschini, A., & Fattore, L. (2021). Gender-specific approach in psychiatric diseases : Because sex matters. *European Journal of Pharmacology*, 896(173895). <https://doi.org/10.1016/j.ejphar.2021.173895>
- Fredrickson, B. L., & Roberts, T.-A. (1997). Objectification Theory: Toward Understanding Women’s Lived Experiences and Mental Health Risks. *Psychology of Women Quarterly*, 21(2), 173–206.
- Gadalla, T., & Piran, N. (2007a). Eating Disorders and Substance Abuse in Canadian Men and Women : A National Study. *Eating Disorders*, 15, 189–203. <https://doi.org/10.1080/10640260701323458>
- Gadalla, T., & Piran, N. (2007b). Review article Co-occurrence of eating disorders and alcohol use disorders in women : a meta analysis. *Archives of Women’s Mental Health*, 10, 133–140. <https://doi.org/10.1007/s00737-007-0184-x>
- Gandarillas Grande, Ana Zorrilla Torras, Belén Sepúlveda García, A. R. (2002). *Trastornos del comportamiento alimentario*. <https://doi.org/10.1157/13053645>

- García de la Hera, M., Hernández Sánchez, S., Hurtado Pomares, M., Navarrete Muñoz, E. M., Pérez Vázquez, M. T., & Vioque López, J. (2017). *Informe de la encuesta de nutrición y salud en alumnos de la Universidad Miguel Hernández*.
- García-Campayo, J., Sanz-Carrillo, C., Ibañez, J. A., Lou, S., Solano, V., & Alda, M. (2005). Validation of the Spanish version of the SCOFF questionnaire for the screening of eating disorders in primary care. *Journal of Psychosomatic Research*, *59*, 51–55. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2004.06.005>
- García-García, E., Vázquez-Velázquez, V., López-Alvarenga, J. C., & Arcila-Martínez, D. (2003). Validez interna y utilidad diagnóstica del Eating Disorders Inventory en mujeres mexicanas. *Salud Publica Mex*, *45*, 206–210.
- 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.
- Giordano, S. (2015). Eating disorders and the media. *Current Opinion in Psychiatry*, *28*(6), 478–482. <https://doi.org/10.1097/YCO.0000000000000201>
- Glenny, E. M., Bulik-Sullivan, E. C., Tang, Q., Bulik, C. M., & Carroll, I. M. (2017). Eating disorders and the intestinal microbiota: Mechanisms of energy homeostasis and behavioral influence. *Curr Psychiatric Rep*, *19*(8), 1–15. <https://doi.org/10.1007/s11920-017-0797-3>.Eating
- Goldfield, G., Moore, C., Henderson, K., Buchholz, A., Obeid, N., & Flament, M. (2010). The relation between weight-based teasing and psychological adjustment in adolescents. *Paediatrics and Child Health*, *15*(5), 283–288. <https://doi.org/10.1093/pch/15.5.283>
- Goldschmidt, A. B., Aspen, V. P., Sinton, M. M., Tanofsky-Kraff, M., & Wilfley, D. E. (2008). Disordered Eating Attitudes and Behaviors in Overweight Youth. *Obesity*, *16*(2), 257–264. <https://doi.org/10.1038/oby.2007.48>
- Gonçalves, S., & Gomes, R. (2012). Exercising for weight and shape reasons vs. health control reasons: The impact on eating disturbance and psychological functioning. *Eating Behaviors*, *13*(2), 127–130.

- Gosling, S. D., Rentfrow, P. J., & Swann Jr, W. B. (2003). A very brief measure of the Big-Five personality domains. *Journal of Research in Personality, 37*, 504–528. [https://doi.org/10.1016/S0092-6566\(03\)00046-1](https://doi.org/10.1016/S0092-6566(03)00046-1)
- Gramaglia, C., Gambaro, E., Delicato, C., Marchetti, M., Sarchiapone, M., Ferrante, D., Roncero, M., Perpiñá, C., Brytek-matera, A., Wojtyna, E., & Zeppegno, P. (2019). Orthorexia nervosa , eating patterns and personality traits : a cross-cultural comparison of Italian , Polish and Spanish university students. *BMC Psychiatry, 19*(235), 1–11.
- Grup d' Investigació i Formació Educativa i Social. (2018). *Anuari de la joventut de les Illes Balears 2018*.
- Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre Trastornos de la Conducta Alimentaria. (2009). *Guía de Práctica Clínica sobre Trastornos de la Conducta Alimentaria*. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Consumo, Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques de Catalunya.
- Grzelak, T., Dutkiewicz, A., Paszynska, E., Dmitrzak-Weglarz, M., Slopian, A., & Tyszkiewicz-Nwafor, M. (2017). Neurobiochemical and psychological factors influencing the eating behaviors and attitudes in anorexia nervosa. *Journal of Physiology and Biochemistry, 73*, 297–305. <https://doi.org/10.1007/s13105-016-0540-2>
- Guarda, A. S., Schreyer, C. C., Boersma, G. J., Tamashiro, K. L., & Moran, T. H. (2015). Anorexia nervosa as a motivated behavior: Relevance of anxiety, stress, fear and learning. *Physiology and Behavior, 152*, 466–472. <https://doi.org/10.1016/j.physbeh.2015.04.007>
- Güemes-Hidalgo, M., Ceñal González-Fierro, M., & Hidalgo Vicario, M. (2017). Pubertad y adolescencia. *Adolescere, 5*(1), 7–22.
- Guerdjikova, A. I., Mori, N., Casuto, L. S., & McElroy, S. L. (2017). Binge Eating Disorder. *Psychiatric Clinics of North America, 40*, 255–266. <https://doi.org/10.1016/j.psc.2017.01.003>

- Guidi, J., Pender, M., Hollon, S. D., Zisook, S., Schwartz, F. H., Pedrelli, P., Farabaugh, A., Fava, M., & Petersen, T. J. (2009). The prevalence of compulsive eating and exercise among college students: An exploratory study. *Psychiatry Research, 165*(1–2), 154–162. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2007.10.005>
- Gümmer, R., Giel, K. E., Schag, K., Resmark, G., Junne, F. P., Becker, S., Zipfel, S., & Teufel, M. (2015). High Levels of Physical Activity in Anorexia Nervosa: A Systematic Review. *European Eating Disorders Review, 23*, 333–344. <https://doi.org/10.1002/erv.2377>
- Han, J. H., Kim, S. A., Kim, S., & Park, J. Y. (2019). Factors influencing disordered eating behavior based on the theory of triadic influence. *Perspective in PSYCHIATRIC CARE, 55*, 366–371. <https://doi.org/10.1111/ppc.12308>
- Harris, N., Gee, D., Acquisto, D. 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. <https://doi.org/10.1556/2006.4.2015.029>
- 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*, 392–398. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2009.12.016>
- Haynos, A. F., Wall, M. M., Chen, C., Wang, S. B., Loth, K., & Neumark-sztainer, D. (2018). Patterns of weight control behavior persisting beyond young adulthood: Results from a 15-year longitudinal study. *International Journal of Eating Disorders, 51*(9), 1090–1097. <https://doi.org/10.1002/eat.22963>.Patterns
- Hillege, S., Beale, B., & McMaster, R. (2006). Impact of eating disorders on family life: individual parents' stories. *Journal of Clinical Nursing, 15*(8), 1016–1022. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2006.01367.x>
- Hinney, A., & Volckmar, A. L. (2013). Genetics of eating disorders. *Current Psychiatry Reports, 15*(423), 1–9. <https://doi.org/10.1007/s11920-013-0423-y>
- Hinojo-Lucena, F.-J., Aznar-Díaz, I., Cáceres-Reche, M.-P., Trujillo-Torres, J.-M., & Romero-Rodríguez, J.-M. (2019). Problematic Internet Use as a Predictor of Eating

- Disorders in Students : A Systematic Review and Meta-Analysis Study. *Nutrients*, *11*(2151), 1–11.
- Hoeken, D. Van, Veling, W., Sinke, S., Mitchell, J. E., & Hoek, H. W. (2009). The Validity and Utility of Subtyping Bulimia Nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, *42*, 595–602. <https://doi.org/10.1002/eat.20724>
- Holland, G., & Tiggemann, M. (2016). A systematic review of the impact of the use of social networking sites on body image and disordered eating outcomes . *Body Image*, *17*, 100–110.
- Holland, L., Bodell, L., & Keel, P. (2013). Psychological Factors Predict Eating Disorder Onset and Maintenance at 10-year Follow-up. *European Eating Disorder Review*, *21*(5), 405–410. <https://doi.org/10.1080/10810730902873927>.Testing
- Howard, L. M., Romano, K. A., & Heron, K. E. (2020). Prospective changes in disordered eating and body dissatisfaction across women ’ s first year of college : The relative contributions of sociocultural and college adjustment risk factors. *Eating Behaviors*, *36*, 101357. <https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2019.101357>
- Instituto de Ciencias de la Salud y la Actividad Física. (2022). *Diferencias entre actividad física y ejercicio físico*.
- Instituto Nacional de Estadística. (2019). *Encuesta Continua de Hogares (ECH)*. www.INE.es
- Kant, A. K., Schatzkin, A., & Ziegler, R. G. (1995). Dietary diversity and subsequent cause-specific mortality in the NHANES I epidemiologic follow-up study. *Journal of the American College of Nutrition*, *14*(3), 233–238. <https://doi.org/10.1080/07315724.1995.10718501>
- Karakuła-Juchnowicz, H., Pankowicz, H., Juchnowicz, D., Valverde Piedra, J., & Małecka-Massalska, T. (2017). Intestinal Microbiota – a Key To Understanding the Pathophysiology of Anorexia Nervosa? *Psychiatria Polska*, *51*(5), 859–870. <https://doi.org/10.12740/PP/65308>

- Kask, J., Ramklint, M., Kolia, N., Panagiotakos, D., Ekblom, A., Ekselius, L., & Papadopoulos, F. C. (2017). Anorexia nervosa in males: Excess mortality and psychiatric co-morbidity in 609 Swedish in-patients. *Psychological Medicine*, *47*(8), 1489–1499. <https://doi.org/10.1017/S0033291717000034>
- Kass, A. E., Jones, M., Kolko, R. P., Altman, M., Fitzsimmons-Craft, E. E., Eichen, D. M., Balantekin, K. N., Trockel, M., Taylor, C. B., & Wilfley, D. E. (2017). Universal prevention efforts should address eating disorder pathology across the weight spectrum: Implications for screening and intervention on college campuses. *Eating Behaviors*, *25*, 74–80. <https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2016.03.019>. Universal
- Keshaviah, A., Edkins, K., Hastings, E. R., Krishna, M., Franko, D. L., Herzog, D. B., Thomas, J. J., Murray, H. B., & Eddy, K. T. (2014). Re-examining premature mortality in anorexia nervosa: A meta-analysis redux. *Comprehensive Psychiatry*, *55*, 1773–1784. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2014.07.017>
- Keyes, A., Woerwag-Mehta, S., Bartholdy, S., Koskina, A., Middleton, B., Connan, F., Webster, P., Schmidt, U., & Campbell, I. C. (2015). Physical activity and the drive to exercise in anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, *48*, 46–54. <https://doi.org/10.1002/eat.22354>
- Kimmel, M. C., Ferguson, E. H., Zerwas, S., Bulik, C. M., & Meltzer-Brody, S. (2016). Obstetric and Gynecologic Problems Associated with Eating Disorders. *International Journal of Eating Disorders*, *49*(3), 260–275. <https://doi.org/10.1002/eat.22483>. Obstetric
- Klopp, S. A., Heiss, C. J., & Smith, H. S. (2003). Self-reported vegetarianism may be a marker for college women at risk for disordered eating. *Journal of the American Dietetic Association*, *103*(6), 745–747. <https://doi.org/10.1053/jada.2003.50139>
- Klump, K. L., Bulik, C. M., Kaye, W. H., Treasure, J., & Tyson, E. (2009). Academy for Eating Disorders Position Paper: Eating Disorders Are Serious Mental Illnesses. *International Journal of Eating Disorders*, *42*(2), 97–103. <https://doi.org/10.1002/eat.20589>
- Lam, Y. Y., Maguire, S., Palacios, T., & Caterson, I. D. (2017). Are the gut bacteria telling us to eat or not to eat? Reviewing the role of gut microbiota in the etiology,

- disease progression and treatment of eating disorders. *Nutrients*, 9(6), 602. <https://doi.org/10.3390/nu9060602>
- Leone, A., Martínez-González, M. Á., Lahortiga-Ramos, F., Molero Santos, P., Bertoli, S., Battezzati, A., & Bes-Rastrollo, M. (2018). Adherence to the Mediterranean dietary pattern and incidence of anorexia and bulimia nervosa in women : The SUN cohort. *Nutrition*, 54, 19–25. <https://doi.org/10.1016/j.nut.2018.02.008>
- Lepage, M. L., Crowther, J. H., Harrington, E. F., & Engler, P. (2008). Psychological correlates of fasting and vigorous exercise as compensatory strategies in undergraduate women. *Eating Behaviors*, 9, 423–429. <https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2008.06.002>
- Li, S., Cui, G., Yin, Y., Tang, K., Chen, L., & Liu, X. (2022). Prospective Association Between Problematic Mobile Phone Use and Eating Disorder Symptoms and the Mediating Effect of Resilience in Chinese College Students: A 1-Year Longitudinal Study. *Frontiers in Public Health*, 10. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2022.857246>
- Lindvall Dahlgren, C., & Wisting, L. (2016). Transitioning from DSM-IV To DSM-5 : A Systematic Review of Eating Disorder Prevalence Assessment. *International Journal of Eating Disorders*, 49(11), 975–997. <https://doi.org/10.1002/eat.22596>
- Liparotti, J. R., Acciol, H. J., & Maia, E. M. C. (2007). Validez del índice de masa corporal autodeclarado en universitarios Españoles. *Atencion Primaria*, 39(5), 273–274. <https://doi.org/10.1157/13101804>
- Lipson, S. K., & Sonnevile, K. R. (2017). Eating disorder symptoms among undergraduate and graduate students at 12 U.S. colleges and universities. *Eating Behaviors*, 24, 81–88. <https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2016.12.003>
- López-Guimerà, G., Levine, M. P., Sánchez-Carracedo, D., & Fauquet, J. (2010). Influence of mass media on body image and eating disordered attitudes and behaviors in females: A review of effects and processes. *Media Psychology*, 13, 387–416. <https://doi.org/10.1080/15213269.2010.525737>
- Loth, K., MacLehose, R., Bucchianeri, M., Crow, S., & Neumark-Stainer, D. (2014). Personal and socio-environmental predictors of dieting and disordered eating

- behaviors from adolescence to young adulthood: 10-year longitudinal findings. *J. Adolescent Health*, 55(5), 705–712. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2014.04.016>. Personal
- Lowe, M. R., Annunziato, R. A., Tuttman, J., Didie, E., Bellace, D. L., Riddell, L., Maille, C., Mckinney, S., & Stice, E. (2006). Multiple types of dieting prospectively predict weight gain during the freshman year of college. *Appetite*, 47(1), 83–90. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2006.03.160>
- Madruga Acerete, D., Leis Trabazo, R., & Lambruschini Ferri, N. (2010). Trastornos del comportamiento alimentario : Anorexia nerviosa y bulimia nerviosa. In *Protocolos de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición* (pp. 325–339).
- Marrugut, J., & Vila, J. (2012). *Calculadora de Grandària Mostral GRANMO*. <https://www.imim.es/ofertadeserveis/software-public/granmo/>
- Martin, J. L., Groth, G., Longo, L., Rocha, T. L., & Martens, M. P. (2015). Eating Behaviors Disordered eating and alcohol use among college women : Associations with race and big five traits. *Eating Behaviors*, 17, 149–152. <https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2015.02.002>
- Martínez-González, L., Fernández Villa, T., Molina De La Torre, A. J., Ayán Pérez, C., Bueno Cavanillas, A., Capelo Álvarez, R., Mateos Campos, R., & Martín Sánchez, V. (2014). Prevalencia de trastornos de la conducta alimentaria en universitarios españoles y factores asociados: Proyecto uniHcos. *Nutricion Hospitalaria*, 30(4), 927–934. <https://doi.org/10.3305/nh.2014.30.4.7689>
- Martínez-Moyá, M., Navarrete-Muñoz, E. M., García de la Hera, M., Giménez-Monzo, D., González-Palacios, S., Valera-Gran, D., Sempere-Orts, M., & Vioque, J. (2014). Asociación entre horas de televisión , actividad física , horas de sueño exceso de peso en población adulta joven. *Gaceta Sanitaria*, 28(3), 203–208.
- Mccormack, C., & Mccann, E. (2015). Caring for an Adolescent with Anorexia Nervosa : Parent ' s Views and Experiences. *Archives of Psychiatric Nursing*, 29, 143–147. <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2015.01.003>

- McLean, S. A., Paxton, S. J., & Wertheim, E. H. (2016). The role of media literacy in body dissatisfaction and disordered eating: A systematic review. *Body Image, 19*, 9–23. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2016.08.002>
- Mendes Soares, D. S., & Gil Soares de Araújo, C. (2003). Self-perception and Dissatisfaction with Weight Does Not Depend on the Frequency of Physical Activity. *Arq Bras Cardiol, 80*(3), 243–249.
- Meyer, C., & Taranis, L. (2011). Exercise in the Eating Disorders: Terms and Definitions. *European Eating Disorder Review, 19*(2011), 169–173. <https://doi.org/10.1002/erv.1121>
- Meyer, C., Taranis, L., Goodwin, H., & Haycraft, E. (2011). Compulsive Exercise and Eating Disorders. *European Eating Disorder Review, 19*, 174–189. <https://doi.org/10.1002/erv.1122>
- Mikhail, M. E., Anaya, C., Culbert, K. M., Sisk, C. L., Johnson, A., & Klump, K. L. (2021). Gonadal Hormone Influences on Sex Differences in Binge Eating Across Development. *Current Psychiatry Reports, 23*(74). <https://doi.org/10.1007/s11920-021-01287-z>
- Mineur, Y. S., Abizaid, A., Rao, Y., Salas, R., Dileone, R. J., Diano, S., De Biasi, M., Horvath, T. L., Gao, X.-B., & Picciotto, M. R. (2011). Nicotine Decreases Food Intake Through Activation of POMC Neurons. *Science, 332*(6035), 1330–1332. <https://doi.org/10.1126/science.1201889.Nicotine>
- Miró, E., Cano-lozano, C., & Buéla-casal, G. (2005). Sueño y calidad de vida. *Revista Colombiana de Psicología, 14*, 11–27.
- Misra, M., & Klibanski, A. (2014). Endocrine consequences of anorexia nervosa. *The Lancet Diabetes and Endocrinology, 2*(7), 581–592. [https://doi.org/10.1016/S2213-8587\(13\)70180-3](https://doi.org/10.1016/S2213-8587(13)70180-3)
- Mitchell, J. E. (2016). Medical comorbidity and medical complications associated with binge-eating disorder. *International Journal of Eating Disorders, 49*(3), 319–323. <https://doi.org/10.1002/eat.22452>

- Molina-García, J., Castillo, I., & Pablos, C. (2009). Determinants of Leisure-time Physical Activity and Future Intention to Practice in Spanish College Students. *The Spanish Journal of Psychology*, *12*(1), 128–137.
- Mond, J. M., & Calogero, R. M. (2009). Excessive exercise in eating disorder patients and in healthy Women. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, *43*, 227–234. <https://doi.org/10.1080/00048670802653323>
- Mond, J. M., Hay, P. J., Rodgers, B., & Owen, C. (2006). An update on the definition of “excessive exercise” in eating disorders research. *International Journal of Eating Disorders*, *39*(2), 147–153.
- Moreno-Gómez, C., Romaguera-Bosch, D., Tauler-Riera, P., Bennasar-Veny, M., Pericas-Beltran, J., Martinez-Andreu, S., & Aguilo-Pons, A. (2012). Clustering of lifestyle factors in Spanish university students: the relationship between smoking, alcohol consumption, physical activity and diet quality. *Public Health Nutrition*, *15*(11), 2131–2139. <https://doi.org/10.1017/S1368980012000080>
- Moreno-Gómez, Carlos Romaguera-Bosch, Dora Tauler-Riera, P., Bennasar-Veny, M., Pericas-Beltran, J., Martinez-Andreu, S., & Aguilo-Pons, A. (2012). Clustering of lifestyle factors in Spanish university students:the relationship between smoking, alcohol consumption,physical activity and diet quality. *Public Health Nutrition*, *15*(11), 2131–2139.
- Morgan, J. F., Reid, F., & Lacey, J. . H. (1999). The SCOFF questionnaire: Assessment of a new screening tool for eating disorders. *Bmj*, *319*, 1467–1468. <https://doi.org/10.1136/bmj.319.7223.1467>
- Moskowitz, L., & Weiselberg, E. (2017). Anorexia Nervosa/Atypical Anorexia Nervosa. *Current Problems in Pediatric and Adolescent Health Care*, *47*, 70–84. <https://doi.org/10.1016/j.cppeds.2017.02.003>
- Muñoz Calvo, M. (2011). *Trastornos del comportamiento alimentario* (Vol. 1). <https://doi.org/10.1157/13053645>
- Mustelin, L., Latvala, A., Raevuori, A., Rose, R. J., Kaprio, J., & Keski-Rahkonen, A. (2016). Risky drinking behaviors among women with eating disorders—A

- longitudinal community-based study. *International Journal of Eating Disorders*, *49*, 563–571. <https://doi.org/10.1002/eat.22526>
- Nasrallah, C., Kimmel, L., & Khaled, S. M. (2020). Eating Behaviors Associations between weight loss difficulty, disordered eating behaviors and poor weight loss outcomes in Arab female university students. *Eating Behaviors*, *36*, 1–7. <https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2020.101363>
- National Institutes of Health. (2013). The Benefits of Slumber. Why you need a good night's sleep. *NIH News in Health*, 1–4.
- Neumark-Sztainer, D., Wall, M., Larson, N. I., Eisenberg, M. E., & Loth, K. (2012). Dieting and disordered eating behaviors from adolescence to young adulthood: Findings from a 10-year longitudinal study. *J Am Diet Assoc*, *111*(7), 1004–1011. <https://doi.org/10.1016/j.jada.2011.04.012>.Dieting
- Neumark-Sztainer, D., Wall, M. M., Chen, C., Larson, N., Christoph, M. J., & Sherwood, N. E. (2018). Eating, Activity, and Weight-related Problems From Adolescence to Adulthood. *AM J Prev Med.*, *55*(2), 133–141. <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2018.04.032>.Eating
- Nicholls, D. E., Statham, R., Costa, S., Micali, N., & Viner, R. M. (2016). Childhood risk factors for lifetime bulimic or compulsive eating by age 30 years in a British national birth cohort. *Appetite*, *105*, 266–273. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2016.05.036>
- Nicholls, D. E., & Viner, R. M. (2009). Childhood Risk Factors for Lifetime Anorexia Nervosa by Age 30 Years in a National Birth Cohort. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, *48*(8), 791–799. <https://doi.org/10.1097/CHI.0b013e3181ab8b75>
- Nieto-Martinez, R., Gonzalez-Rivas, J. P., Medina-Inojosa, J. R., & Florez, H. (2017). Are Eating Disorders Risk Factors for Type 2 Diabetes? A Systematic Review and Meta-analysis. *Current Diabetes Reports*, *17*(12), 138. <https://doi.org/10.1007/s11892-017-0949-1>
- Norris, M. L., Harrison, M. E., Isserlin, L., Robinson, A., Feder, S., & Sampson, M. (2016). Gastrointestinal complications associated with anorexia nervosa: A

- systematic review. *International Journal of Eating Disorders*, 49(3), 216–237.
<https://doi.org/10.1002/eat.22462>
- O' Dea, J. A., & Abraham, S. (2010). Eating and Exercise Disorders in Young College Men. *Journal of American College Health*, 50(6), 273–278.
<https://doi.org/10.1080/07448480209603445>
- Organización Mundial de la Salud. (2021). *CIE-11 Clasificación Internacional de Enfermedades, 11.a revisión Estandarización mundial de la información de diagnóstico en el ámbito de la salud*. <https://icd.who.int/es>
- Organización Mundial de la Salud. (2020). *Directrices de la OMS sobre actividad física y hábitos sedentarios: de un vistazo*.
- Panea-Pizarro, I., López-Espuela, F., Martos-Sánchez, A., Domínguez-Martín, A. T., Beato-Fernández, L., & Moran-García, J. M. (2020). Internet addiction and Facebook addiction in Spanish women with eating disorders. *Archives of Psychiatric Nursing*, 34(6), 442–448. <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2020.07.023>
- Patterson, M. S., & Goodson, P. (2018). The Role of Ego Networks in Compulsive Exercise Behavior Among a Sample of College Sorority Women. *Journal of Physical Activity and Health*, 15, 755–762.
- Pavón Lores AI. (2004). *Motivaciones e intereses de los universitarios murcianos hacia la práctica físico-deportiva*.
- Pedersen, B. K., & Saltin, B. (2015). Exercise as medicine - Evidence for prescribing exercise as therapy in 26 different chronic diseases. *Scandinavian Journal of Medicine and Science in Sports*, 25, 1–72. <https://doi.org/10.1111/sms.12581>
- Peláez-Fernández, M. A., Javier Labrador, F., & Raich, R. M. (2012). Validation of eating disorder examination questionnaire (EDE-Q)--Spanish version--for screening eating disorders. *The Spanish Journal of Psychology*, 15(2), 817–824.
https://doi.org/10.5209/rev_SJOP.2012.v15.n2.38893

- Peláez-Fernández, M. A., Labrador Encinas, F. J., & Raich Escursell, R. M. (2003). Epidemiología de los trastornos de la conducta alimentaria en España. *Actas Españolas de Psiquiatría*, *31*, 89–122.
- Perry, C. L., McGuire, M. T., Neumark-Sztainer, D., & Story, M. (2001). Characteristics of vegetarian adolescents in a multiethnic urban population. *J Adolesc Health*, *29*, 406–416.
- Phillips, K., Keane, K., & Wolfe, B. E. (2014). Peripheral Brain Derived Neurotrophic Factor (BDNF) in Bulimia Nervosa: A Systematic Review. *Archives of Psychiatric Nursing*, *28*, 108–113. <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2013.11.006>
- Pietz, K., & Petersen, L. A. (2007). Comparing self-reported health status and diagnosis-based risk adjustment to predict 1- and 2 to 5-year mortality. *Health Services Research*, *42*(2), 629–643. <https://doi.org/10.1111/j.1475-6773.2006.00622.x>
- Plichta, M., & Jezewska-Zychowicz, M. (2020). Orthorexic Tendency and Eating Disorders Symptoms in Polish Students: Examining Differences in Eating Behaviors. *Nutrients*, *12*(218), 1–17.
- Póinhos, R., Alves, D., Vieira, E., Pinhão, S., Oliveira, B. M. P. M., & Correia, F. (2015). Eating behaviour among undergraduate students . Comparing nutrition students with other courses. *Appetite*, *84*, 28–33. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2014.09.011>
- Quick, V. M., & Byrd-Bredbenner, C. (2014). Disordered eating, socio-cultural media influencers, body image, and psychological factors among a racially/ethnically diverse population of college women. *Eating Behaviors*, *15*(1), 37–41. <https://doi.org/10.1111/j.1743-6109.2008.01122.x>. Endothelial
- 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. *The Spanish Journal of Psychology*, *14*(2), 712–723.
- Radwan, H., Hasan, H. A., Najm, L., Zaurub, S., Jami, F., Javadi, F., Deeb, L. A., & Iskandarani, A. (2018). Eating disorders and body image concerns as influenced by

- family and media among university students in Sharjah , UAE. *Asia Pac J Clin Nutr*, 27(3), 695–700. <https://doi.org/10.6133/apjcn.062017.10>
- Reba-Harrelson, L., Holle, A. Von, Hamer, R. M., Swann, R., Reyes, M. L., & Bulik, C. M. (2009). Patterns and Prevalence of Disordered Eating and Weight Control Behaviors in Women Ages 25–45. *Eat Weight Disord.*, 14(4), e190–e198.
- Reig Ferrer, A., Cabrero-García, J., Ferrer Casales, R., & Richard-Martínez, M. (2001). *La calidad de vida y el estado de salud de los estudiantes universitarios* (Issue January).
- Reina, A. A., Shomaker, L. B., Mooreville, M., Corville, A. B., Brady, S. M., Olsen, C., Yanovski, S. Z., Tanofsky-Kraft, M., & Yanovski, J. A. (2013). Sociocultural pressures and adolescent eating in the absence of hunger. *Body Image*, 10(2), 182–190. <https://doi.org/10.1111/j.1743-6109.2008.01122.x>.Endothelial
- Renau, V., Oberst, U., Gosling, S. D., Rusiñol, J., & Chamarro, A. (2013). Translation and validation of the ten-item-personality inventory into Spanish and Catalan. *Revista de Psicologia, Ciències de l'Educació i de l'Esport*, 31(2), 85–97. <https://doi.org/10.1027/1015-5759/a000215>
- Reyes-Rodríguez, M. L., Franko, D. L., Matos-Lamour, A., Bulik, C. M., Holle, A. Von, Cámara-Fuentes, L. R., Rodríguez-Angleró, D., Cervantes-López, S., & Suárez-Torres, A. (2011). Eating Disorder Symptomatology: Prevalence among Latino College Freshmen Students. *J Clin Psychol*, 66(6), 666–679. <https://doi.org/10.1002/jclp.20684>.Eating
- Rizk, M., Lalanne, C., Berthoz, S., Kern, L., & Godart, N. (2015). Problematic exercise in anorexia nervosa: Testing potential risk factors against different definitions. *PLoS ONE*, 10(11), 1–18. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0143352>
- Rizk, M., Lama, M., Laurence, K., Sylvie, B., Jeanne, D., Odile, V., & Nathalie, G. (2020). Physical Activity in Eating Disorders : *Nutrients*, 12(183), 1–33.
- Robinson, L., Micali, N., & Misra, M. (2017). Eating disorders and bone metabolism in women. *Current Opinion in Pediatrics*, 29(4), 488–496. <https://doi.org/10.1097/MOP.0000000000000508>

- Robinson-O'Brien, R., Perry, C. L., Wall, M. M., Story, M., & Neumark-Sztainer, D. (2009). Adolescent and Young Adult Vegetarianism: Better Dietary Intake and Weight Outcomes but Increased Risk of Disordered Eating Behaviors. *Journal of American Dietetic Association*, *109*(4), 648–655. <https://doi.org/10.1016/j.jada.2008.12.014>
- Rocks, T., Pelly, F., Slater, G., & Martin, L. A. (2017). Prevalence of Exercise Addiction Symptomology and Disordered Eating in Australian Students Studying Nutrition and Dietetics. *Journal of the Academy of Nutrition and Dietetics*, *117*(10), 1628–1636. <https://doi.org/10.1016/j.jand.2017.04.001>
- Rodrigues Arruda Pinto, V., Fernandes Melo, L., & Bressan, J. (2019). Prediction of body image dissatisfaction in university students by multivariate statistical methods. *Acta Scientiarum. Health Sciences*, *41*, 1–11. <https://doi.org/10.4025/actascihealthsci.v41i1.44186>
- Rosen, E., Bakshi, N., Watters, A., Rosen, H. R., & Mehler, P. S. (2017). Hepatic Complications of Anorexia Nervosa. *Digestive Diseases and Sciences*, *62*(11), 2977–2981. <https://doi.org/10.1007/s10620-017-4766-9>
- Rouzitalab, T., Gargari, B. P., Amirsasan, R., Jafarabadi, A., Naeimi, A. F., & Sanoobar, M. (2015). The Relationship of Disordered Eating Attitudes With Body Composition and Anthropometric Indices in Physical Education Students. *Iran Red Crescent Med J*, *17*(11), e20727. <https://doi.org/10.5812/ircmj.20727>
- Ruano Ibarra, L. E., Hoyos, M., & Arboleda Ramos, J. D. (2019). Comunidades pro ana: una revisión de la anorexia en redes sociales virtuales. *Revista Latina de Sociología*, *9*(2), 91–108.
- Rueda, G. E., Díaz, L. A., Campo, A., Barros, J. A., Ávila, G. C., Oróstegui, L. T., Osorio, B. C., & Cadena, P. (2005). Validación de la encuesta SCOFF para tamizaje de trastornos de la conducta alimentaria en mujeres universitarias. *Biomédica*, *25*, 196–202.
- Ruisoto, P., Cacho, R., López-Goñi, J. J., Real Deus, E., Vaca, S., & Mayoral, P. (2015). Gender Differences in Risk Factors for Stice's Bulimia in a Non-Clinical Sample.

The Spanish Journal of Psychology, 18(e72), 1–10.
<https://doi.org/10.1017/sjp.2015.58>

Rush, C. C., Curry, J. F., & Looney, J. G. (2015). Alcohol expectancies and drinking behaviors among college students with disordered eating. *Journal of American College Health*, 64(3), 195–204. <https://doi.org/10.1080/07448481.2015.1107837>

Sachs, K. V., Harnke, B., Mehler, P. S., & Krantz, M. J. (2016). Cardiovascular complications of anorexia nervosa: A systematic review. *International Journal of Eating Disorders*, 49(3), 238–248. <https://doi.org/10.1002/eat.22481>

Salwen, J. K., Hymowitz, G. F., Bannon, S. M., & O’Leary, K. D. (2015). Weight-related abuse: Perceived emotional impact and the effect on disordered eating. *Child Abuse and Neglect*, 45, 163–171. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2014.12.005>

San Sebastián Cabasés, J. (1999). Anorexia nerviosa - Aspectos históricos en la medicina sobre los trastornos alimentarios. *Revista de Estudios de Juventud*, 47, 17–22.

Sanchez-Armass, O., Raffaelli, M., Drumond Andrade, F. C., Wiley, A. R., Morales Noyola, A. N., Cepeda Arguelles, A., & Aradillas-Garcia, C. (2017). Validation of the SCOFF questionnaire for screening of eating disorders among Mexican university students. *Eat Weight Disord.*, 22, 153–160.

Sanchez-Ruiz, M. J., El-Jor, C., Kharma, J. A., Bassil, M., & Zeeni, N. (2019). Personality, emotion-related variables, and media pressure predict eating disorders via disordered eating in Lebanese university students. *Eating and Weight Disorders*, 24(2), 313–322.

Santana, M. L. P. De, Costa, H., Junior, R., Giral, M. M., & M, R. (2012). La epidemiología y los factores de riesgo de los trastornos alimentarios en la adolescencia; una revisión EPIDEMIOLOGY AND RISK FACTORS OF EATING. *Nutrición Hospitalaria*, 27(2), 391–401.
<https://doi.org/10.3305/nh.2012.27.2.5573>

Saunders, J. B., Aasland, O. G., Babor, T. F., de la Fuente, J. R., & Grant, M. (1993). Development of the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT): WHO Collaborative Project on Early Detection of Persons with Harmful Alcohol

Consumption-II. *Addiction*, 88, 791–804. <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.1993.tb02093.x>

Scharmer, C., Reilly, E. E., Maratinez, K., Gorrell, S., Anderson, D. A., & Donahue, J. M. (2020). Eating disorder pathology and compulsive exercise during the COVID-19 public health emergency : Examining risk associated with COVID-19 anxiety and intolerance of uncertainty. *International Journal of Eating Disorders*, 53(12), 2049–2054. <https://doi.org/10.1002/eat.23395>

Schaumberg, K., & Anderson, D. (2016). Dietary restraint and weight loss as risk factors for eating pathology. *Eating Behaviors*, 23, 97–103. <https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2016.08.009>

Schaumberg, K., Anderson, L. M., Reilly, E., & Anderson, D. A. (2014). Patterns of Compensatory Behaviors and Disordered Eating in College Students. *Journal of American College Health*, 62(8), 526–533. <https://doi.org/10.1080/07448481.2014.930468>

Schmidt, U., Adan, R., Böhm, I., Campbell, I. C., Dingemans, A., Ehrlich, S., Elzakkars, I., Favaro, A., Giel, K., Harrison, A., Himmerich, H., Hoek, H. W., Herpertz-Dahlmann, B., Kas, M. J., Seitz, J., Smeets, P., Sternheim, L., Tenconi, E., Van Elburg, A., ... Zipfel, S. (2016). Eating disorders: The big issue. *The Lancet Psychiatry*, 3(4), 313–315. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(16\)00081-X](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(16)00081-X)

Schroder, H., Fitó, M., Estruch, R., Martinez-Gonzalez, M. A., Corella, D., Salas-Salvado, J., Lamuela-Raventos, R., Ros, E., Salaverria, I., Fiol, M., Lapetra, J., Vinyoles, E., Gomez-Gracia, E., Lahoz, C., Serra-Majem, L., Pinto, X., Ruiz-Gutierrez, V., & Covas, M.-I. (2011). A Short Screener Is Valid for Assessing Mediterranean Diet Adherence among Older Spanish Men and Women. *Journal of Nutrition*, 141, 1140–1145. <https://doi.org/10.3945/jn.110.135566>

Sepulveda, A., Carroble, J. A., & Gandarillas, A. M. (2010). Associated Factors of Unhealthy Eating Patterns among Spanish University Students by Gender. *The Spanish Journal of Psychology*, 13(01), 364–375. <https://doi.org/10.1017/S1138741600003929>

- Sepulveda, A. R., Carrobes, 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*(102), 1–12. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-8-102>
- Shih, P. B., & Woodside, D. B. (2016). Contemporary Views on the Genetics of Anorexia Nervosa. *European Neuropsychopharmacology: The Journal of the European College of Neuropsychopharmacology*, *26*(4), 663–673. <https://doi.org/10.1016/j.euroneuro.2016.02.008>.Contemporary
- Sicilia-Camacho, Á., Alías-García, A., Ferriz, R., & Moreno-Murcia, J. A. (2013). Spanish adaptation and validation of the Exercise Addiction Inventory (EAI). *Psicothema*, *25*(3), 377–383. <https://doi.org/10.7334/psicothema2013.21>
- Simpson, C. C., & Mazzeo, S. E. (2017). Calorie counting and fitness tracking technology : Associations with eating disorder symptomatology. *Eating Behaviors*, *26*, 89–92. <https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2017.02.002>
- Skead, N. K., Rogers, S. L., & Doraisamy, J. (2018). Looking beyond the mirror : Psychological distress ; disordered eating , weight and shape concerns ; and maladaptive eating habits in lawyers and law students. *International Journal of Law and Psychiatry*, *61*, 90–102. <https://doi.org/10.1016/j.ijlp.2018.06.002>
- Solmi, M., Veronese, N., Sergi, G., Luchini, C., Favaro, A., Santonastaso, P., Vancampfort, D., Correll, C. U., Ussher, M., Thapa-Chhetri, N., Fornaro, M., & Stubbs, B. (2016). The association between smoking prevalence and eating disorders: a systematic review and meta-analysis. *Addiction (Abingdon, England)*, *111*(11), 1914–1922. <https://doi.org/10.1111/add.13457>
- Spaulding-Barclay, M. A., Stern, J., & Mehler, P. S. (2016). Cardiac changes in anorexia nervosa. *Cardiology in the Young*, *26*, 623–628. <https://doi.org/10.1017/S104795111500267X>
- Spencer, R. J., Russell, J. M., & Barker, M. E. (2013). Temporality in British young women’s magazines: Food, cooking and weight loss. *Public Health Nutrition*, *17*(10), 2359–2367. <https://doi.org/10.1017/S1368980013002620>

- Starr, T. B., & Kreipe, R. E. (2014). Anorexia nervosa and bulimia nervosa: Brains, bones and breeding. *Current Psychiatry Reports*, *16*(5), 441. <https://doi.org/10.1007/s11920-014-0441-4>
- Štefanov, E., Bakalár, P., & Baška, T. (2020). Eating-Disordered Behavior in Adolescents : Associations with Body Image , Body Composition and Physical Activity. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, *17*(6665), 1–9.
- Stein, K. F., Lee, C., Corte, C., & Steffen, A. (2019). The influence of identity on the prevalence and persistence of disordered eating and weight control behaviors in Mexican American college women. *Appetite*, *140*, 180–189. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2019.05.008>
- Stheneur, C., Bergeron, S., & Lapeyraque, A. L. (2014). Renal complications in anorexia nervosa. *Eating and Weight Disorders*, *19*(4), 455–460. <https://doi.org/10.1007/s40519-014-0138-z>
- Stice, E. (2001). A prospective test of the dual-pathway model of bulimic pathology: mediating effects of dieting and negative affect. *Journal of Abnormal Psychology*, *110*(1), 124–135.
- Stuhldreher, N., Wild, B., König, H.-H., Konnopka, A., Zipfel, S., & Herzog, W. (2015). Determinants of direct and indirect costs in anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, *48*, 139–146. <https://doi.org/10.1002/eat.22274>
- Stunkard, A., Sørensen, T., & Schulsinger, F. (1983). Use of the Danish Adoption Register for the study of obesity and thinness. *Res Publ Assoc Res Nerv Ment Dis*, *60*, 115–120.
- Svensson, E., & Nilsson, K. (2013). Parents ' Experiences of Having and Caring for a Child With an Eating Disorder. *Eating Disorders the Journal of Treatment & Prevention*, *21*, 395–407. <https://doi.org/10.1080/10640266.2013.827537>
- Tackett, B. P., Petrie, T. A., & Anderson, C. M. (2016). The frequency of weigh-ins , weight intentionality and management , and eating among female collegiate athletes. *Eating Behaviors*, *23*, 82–85. <https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2016.08.007>

- Tan, T., Kuek, A., Goh, S. E., Lee, E. L., & Kwok, V. (2016). Internet and smartphone application usage in eating disorders: A descriptive study in Singapore. *Asian Journal of Psychiatry, 19*, 50–55. <https://doi.org/10.1016/j.ajp.2015.11.007>
- Taranis, L., & Meyer, C. (2011). Associations Between Specific Components of Compulsive Exercise and Eating-Disordered Cognitions and Behaviors Among Young Women. *International Journal of Eating Disorders, 44*(5), 452–458. <https://doi.org/10.1002/eat.20838>
- Tavolacci, M. P., Grigioni, S., Richard, L., Meyrignac, G., Déchelotte, P., & Ladner, J. (2015). Eating Disorders and Associated Health Risks Among University Students. *Journal of Nutrition Education and Behavior, 47*(5), 412–421. <https://doi.org/10.1016/j.jneb.2015.06.009>
- Tayhan, F., Nurcan, K., & Ayhan, Y. (2021). Relationship between eating disorders and internet and smartphone addiction in college students. *Eating and Weight Disorders* -, 26(6), 1853–1862. <https://doi.org/10.1007/s40519-020-01027-x>
- Terry, A., Szabo, A., & Griffiths, M. (2004). The exercise addiction inventory: A new brief screening tool. *Addiction Research and Theory, 12*(5), 489–499.
- Thompson, J. K., Heinberg, L. J., Altabe, M., & TantleffDunn, S. (1999). Exacting beauty: Theory, assessment, and treatment of body image disturbance. *American Psychological Association*.
- Thompson, J. K., & Van Den Berg, P. (2002). Measuring Body Image Attitudes Among Adolescents and Adults. In *Body Images: A Handbook of Theory, Research and Clinical Practice, Guilford* (pp. 142–153).
- Thompson, S., & Romeo, S. (2015). Gender and racial differences in emotional eating, food addiction symptoms, and body weight satisfaction among undergraduates. *Journal of Diabetes and Obesity, 2*(2), 93–98.
- Toro, J. (2004). *Riesgo y causas de la anorexia nerviosa* (Ariel, Ed.).
- Tozun, M., Unsal, A., Ayranci, U., & Arslan, G. (2010). Prevalence of disordered eating and its impact on quality of life among a group of college students in a province of

west Turkey. *Salud Publica de Mexico*, 52(3), 190–198.
<https://doi.org/10.1590/S0036-36342010000300002>

Treasure, J., Stein, D., & Maguire, S. (2015). Has the time come for a staging model to map the course of eating disorders from high risk to severe enduring illness? An examination of the evidence. *Early Intervention in Psychiatry*, 9, 173–184.
<https://doi.org/10.1111/eip.12170>

Trichopoulou, A., Costacou, T., Bamia, C., & Trichopoulou, D. (2003). Adherence to a Mediterranean diet and survival in Greek population. *N Engl J Med*, 348(26), 2599–2608.

Trichopoulou, A., Kouris-blazos, A., Wahlqvist, M. L., Gnardellis, C., Lagiou, P., Polychronopoulos, E., Vassilakou, T., Lipworth, L., & Trichopoulou, A. (1995). Diet and overall survival in elderly people. *BMJ*, 311, 1457–1460.

Trindade, A. P., Appolinario, J. C., Mattos, P., Treasure, J., & Nazar, B. P. (2019). Eating disorder symptoms in Brazilian university students : a systematic review and meta-analysis. *Braz J Psychiatry*, 41(2), 179–187. <https://doi.org/10.1590/1516-4446-2018-0014>

Turton, R., Chami, R., & Treasure, J. (2017). Emotional Eating, Binge Eating and Animal Models of Binge-Type Eating Disorders. *Current Obesity Reports*, 6, 217–228.
<https://doi.org/10.1007/s13679-017-0265-8>

Unikel-Santoncini, C., Bojórquez-Chapela, I., & Carreño-García, S. (2004). Validación de un cuestionario breve para medir conductas alimentarias de riesgo. *Salud Publica de Mexico*, 46, 509–515. <https://doi.org/10.1590/S0036-36342004000600005>

Universidad Pública de Navarra, & Gobierno de Navarra. (2008). *ESTUDIO SOBRE SALUD, BIENESTAR Y CALIDAD DE VIDA DE LA COMUNIDAD UNIVERSITARIA*.

Vartanian, L. R., & Porter, A. M. (2016). Weight stigma and eating behavior: A review of the literature. *Appetite*, 102, 3–14. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2016.01.034>

- Vázquez Arévalo, R., López Aguilar, X., Tellez-Girón Ocampo, M. T., & Mancilla-Díaz, J. M. (2015). Eating disorders diagnostic : from the DSM-IV to DSM-5. *Mexican Journal of Eating Disorders*, 6, 108–120.
- Villarroel, A. M., Penelo, E., Portell, M., & Raich, R. M. (2011). Screening for eating disorders in undergraduate women: Norms and validity of the spanish version of the eating disorder examination questionnaire (EDE-Q). *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 33(1), 121–128. <https://doi.org/10.1007/s10862-009-9177-6>
- Voltas-Arribas, B., Artero-Fullana, A., Ferrer-García, J. C., Sánchez-Juan, C., Marco-Alacid, C., Sanz-Revert, P., & García-Blasco, L. (2018). Anorexia nerviosa como causa de fallo hepático agudo. A propósito de un caso. *Nutrición Hospitalaria*, 35(1), 244–247.
- Wade, T. D., Wilksch, S. M., & Lee, C. (2012). A Longitudinal Investigation of the Impact of Disordered Eating on Young Women ’ s Quality of Life. *Health Psychology*, 31(3), 352–359. <https://doi.org/10.1037/a0025956>
- Wang, L. Y., Nichols, L. P., & Austin, S. B. (2011). *The Economic Effect of Planet Health on Preventing Bulimia Nervosa*. 165(8), 756–762.
- Westmoreland, P., Krantz, M. J., & Mehler, P. S. (2016). Medical Complications of Anorexia Nervosa and Bulimia. *American Journal of Medicine*, 129(1), 30–37. <https://doi.org/10.1016/j.amjmed.2015.06.031>
- Wilkerson, A. H., Hackman, C. L., Rush, S. E., Usdan, S. L., & Smith, C. S. (2017). “ Drunkorexia ” : Understanding eating and physical activity behaviors of weight conscious drinkers in a sample of college students. *Journal of American College Health*, 65(7), 492–501.
- Yager, Z., Gray, T., Curry, C., & McLean, S. A. (2017). Body dissatisfaction , excessive exercise , and weight change strategies used by first-year undergraduate students : comparing health and physical education and other education students. *Journal of Eating Disorders*, 5(10), 1–11. <https://doi.org/10.1186/s40337-016-0133-z>

- Yaqoob, A., Majeed, I., Khalid, H., Hussain, S., Shahid, M. H., Majeed, F., Obaid-Ul-Hassan, Ijaz-Ul-Haq, & Qing, F. (2022). RISK FACTORS FOR EATING DISORDERS AMONG CHINESE AND INTERNATIONAL UNIVERSITY STUDENTS: A COMPARATIVE CROSS-SECTIONAL STUDY. *Central European Journal of Public Health*, 30(4), 241–247. <https://doi.org/10.21101/cejph.a6998>
- Yu, Z., Arce Indelicato, N., Fuglestad, P., Tan, M., Bane, L., & Stice, C. (2018). Sex differences in disordered eating and food addiction among college students. *Appetite*, 129, 12–18. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2018.06.028>
- Zaragoza-Martí, A., Sánchez-SanSegundo, M., & Ferrer-Cascales, R. (2016). ¿Se relaciona el trastorno por atracón con la adherencia a la dieta mediterránea en estudiantes universitarios? *Nutrición Hospitalaria*, 33(6), 1385–1390.
- Zipfel, S., Giel, K. E., Bulik, C. M., Hay, P., & Schmidt, U. (2015). Anorexia nervosa: Aetiology, assessment, and treatment. *The Lancet Psychiatry*, 2(12), 1099–1111. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(15\)00356-9](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(15)00356-9)

10. ANEXOS

Anexo 1. Cuestionario elaborado sobre estilos de vida y salud

CUESTIONARIO SOBRE ESTILOS DE VIDA Y SALUD

En la Universidad de les Illes Balears (UIB), estamos realizando una investigación sobre los estilos de vida y salud en la población universitaria. El presente estudio tiene como objetivo principal obtener información respecto a los estilos de vida y los determinantes sociales de la salud, con el fin de poder caracterizar aspectos relacionados con la salud en la población universitaria. Los resultados servirán como instrumento de apoyo para planificar actuaciones estratégicas para la mejora de la salud de la comunidad.

Solicitamos tu ayuda y tu tiempo para la resolución de este cuestionario. La participación en este estudio es totalmente voluntaria y anónima. No hay respuestas correctas o erróneas, es importante que respondas con sinceridad a todas las preguntas.

Agradecemos sinceramente tu colaboración y nos comprometemos a difundir los resultados de esta investigación, que esperamos redunden en el beneficio de todas las personas.

Datos sociodemográficos:

1. Sexo: Hombre Mujer

2. Edad: _____

3. Estado civil:

Soltero/a

Casado/a o pareja estable

Separado/a o Divorciado/a o Viudo/a

Otros

4. ¿A qué colectivo universitario perteneces?

Estudiante (Pasa a la pregunta 5) Personal de Administración y Servicios (Pasa a la pregunta 11)

Personal Docente e Investigador (Pasa a la pregunta 11)

Otros _____ (Pasa a la pregunta 11)

5. ¿Qué grado o máster estás cursando? _____

6. ¿Qué curso estás realizando? (si estás matriculado en asignaturas de diferentes cursos, considera la del curso superior) _____

7. Durante el curso o los días lectivos, ¿cambias tu lugar de residencia? SÍ NO

8. Durante el periodo lectivo (curso en general o días lectivos, entre semana) vives:

Con mis padres

Con mi pareja

Residencia

Con mis abuelos/a

Con compañeros/as de piso

Solo/a

Con otros familiares. ¿Cuáles? _____

Otros. Especificar: _____

9. ¿Cuál es tu situación actual en cuanto a estudios (según tu matrícula oficial)?

- Estudio a tiempo parcial
 Estudio a tiempo completo

10. ¿Cuál es tu situación actual en cuanto a trabajo?

- No tengo ni busco trabajo
 No tengo trabajo, pero busco
 Realizo trabajos de temporada (por ejemplo: verano, navidad...)
 Trabajo a tiempo parcial
 Trabajo a tiempo completo

11. ¿Has padecido o padeces alguna enfermedad diagnosticada por un/a médico, como, por ejemplo: diabetes, hipertensión, celiaquía, trastornos alimentarios, ansiedad, depresión...)?

- SÍ ¿Cuál/es? ¿Edad de inicio? NO

12. A continuación se presentan cuestiones sobre una serie de rasgos de personalidad que pueden o no referirse a ti. Por favor, lee las frases y responde a cada una de ellas señalando con una X el grado de acuerdo o desacuerdo. Valora el grado en qué cada par de rasgos corresponde a tu persona, aunque una pueda corresponder en más grado que otra.

Me veo a mi mismo/a como una persona:	Muy en desacuerdo	Moderadamente en desacuerdo	Un poco en desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	Un poco de acuerdo	Moderadamente de acuerdo	Totalmente de acuerdo
Extrovertida, entusiasta							
Colérica, discutidora							
Fiable, Auto-disciplinada							
Ansiosa, fácilmente alterable							
Abierta a nuevas experiencias, polifacética							
Reservada, callada							
Comprensiva, amable							
Desorganizada, descuidada							
Serena, emocionalmente estable							
Tradicional, poco imaginativa							

13. Lee las siguientes frases e indica la frecuencia con que te ocurren. Elige la respuesta que más se aproxime a tu realidad. (Contesta todos los ítems con una X).

	Nunca	Raramente	A veces	A menudo	Muy a menudo	Siempre
Me angustia la idea de estar demasiado gordo/a						
Procuro no comer cuando tengo hambre						
La comida es para mí una preocupación habitual						
He sufrido crisis de atracones en las que tenía la sensación de no poder parar de comer						
Corto los alimentos en trozos muy pequeños						
Conozco la cantidad de calorías de los alimentos que como						
Procuro no comer alimentos que contengan muchos hidratos de carbono (pan, pasta, arroz, patatas...)						
Tengo la impresión de que a los demás les gustaría verme comer más						
Vomito después de comer						
Me siento muy culpable después de comer						
Me obsesiona el deseo de estar más delgado/a						
Cuando hago deporte pienso sobre todo en quemar calorías						
Los demás piensan que estoy demasiado delgado/a						
Me preocupa la idea de tener zonas gordas en el cuerpo y/o tener celulitis						
Tardo más tiempo que los demás en comer						
Procuro no comer alimentos que tengan azúcar						
Tomo alimentos dietéticos (diet, light, 0% grasa...)						
Tengo la impresión de que mi vida gira alrededor de la comida						
Tengo un buen autocontrol en lo que se refiere a la comida						
Tengo la sensación de que los demás me presionan para que coma más						
Paso demasiado tiempo pensando en la comida						
No me siento bien después de haber tomado dulces						
Estoy haciendo régimen						
Me gusta tener el estómago vacío						
Me gusta probar platos nuevos, platos sabrosos y ricos en calorías						
Después de las comidas tengo el impulso de vomitar						

14. En general, dirías que tu estado de salud es:

- Muy bueno Bueno Regular Malo Muy malo

15. En general, dirías que tu calidad de vida es:

- Muy buena Buena Regular Mala Muy mala

Actividad física

A continuación, se presentan diversas cuestiones sobre la actividad física que desarrollas de forma habitual. Recuerda que la actividad física es todo movimiento del cuerpo que hace trabajar a los músculos y requiere más energía que estar en reposo. Caminar, correr, bailar, nadar, practicar yoga, hacer deporte y trabajar en la huerta o el jardín son unos pocos ejemplos de actividad física. Por tanto, la actividad física puede llevarse a cabo en cualquier momento y lugar de la vida cotidiana: hogar, caminar o ir en bici al trabajo, en el propio lugar de trabajo o estudio, tiempo libre, etc.

16. Valora globalmente tu actividad física (en tu actividad principal o trabajo, hogar y tiempo libre), ¿cómo te consideras al respecto?

- Inactivo/a Poco activo/a Moderadamente activo/a
 Bastante activo/a Muy activo/a

Las siguientes preguntas se referirán al tiempo que has destinado a estar físicamente **activo/a en el último mes**. Por favor, responde a cada pregunta incluso si no te consideras una persona activa. Piensa acerca de las actividades que has realizado **en tu trabajo, como parte de tus tareas en el hogar o en el jardín, moviéndote de un lugar a otro, o en tu tiempo libre para la recreación, el ejercicio o el deporte.**

Piensa en todas las actividades **intensas** que has realizado en el **último mes**. Las actividades físicas **intensas** se refieren a aquellas que implican un esfuerzo físico intenso y que te hacen respirar mucho más rápidamente que lo normal. Piensa solo en aquellas actividades físicas que realizaste durante al menos **10 minutos** seguidos.

17. ¿Cuántos días realizaste actividades físicas **intensas tales como levantar pesos pesados, cavar, pedalear rápido en bicicleta o correr rápido, fútbol, baloncesto, montañismo, natación de competición, etc.? **No incluyas caminar****

_____ **días por semana** (Ninguna actividad física intensa **pasa a la pregunta 19**)

18. Habitualmente, ¿cuánto tiempo en total dedicaste a una actividad física **intensa en uno de esos días?**

_____ **minutos por día**

Piensa en todas las actividades **moderadas** que realizaste en el **último mes**. Las actividades **moderadas** son aquellas que requieren un esfuerzo físico moderado que te hacen respirar algo más intensamente que lo normal. Piensa solo en aquellas actividades físicas que realizaste durante por lo menos **10 minutos** seguidos.

19. ¿Cuántos días realizaste actividades físicas **moderada como ir en bicicleta, nadar o correr a paso regular, jugar dobles de tenis, cargar objetos livianos, gimnasia, patinaje, golf, baile, yoga, etc.? **No incluyas caminar.****

_____ **días por semana** (Ninguna actividad física moderada **pasa a la pregunta 21**)

20. Habitualmente y en promedio, ¿cuánto tiempo en total dedicaste a la actividad física **moderada** en uno de esos días?

_____ **minutos por día**

Piensa en el tiempo que dedicaste a **caminar** a cualquier velocidad en el **último mes**. Esto incluye caminar en el trabajo o en la casa, para trasladarse de un lugar a otro, o cualquier otra caminata que podrías hacer solamente para la recreación, el deporte, el ejercicio o el ocio.

21. ¿Cuántos días **caminate** al menos **10 minutos** seguidos?

_____ **días por semana**. (Si respondes ninguno **pasa a la pregunta 23**)

22. Habitualmente, ¿cuánto tiempo en total dedicaste a caminar en uno de esos días?

_____ **minutos por día**

23. ¿Practicas actualmente actividad física en tu **TIEMPO LIBRE**?

- SÍ, principalmente como deportista federado/a y compitiendo (pasa a la pregunta 24)
- SÍ, cualquier situación diferente a la anterior (pasa a la pregunta 24)
- NO, pero realizaba (pasa a la pregunta 33)
- NO, nunca he realizado (pasa a la pregunta 36)

24. ¿A qué edad empezaste a hacer deporte en tu tiempo libre? _____ años

25. En general, durante el periodo lectivo ¿realizas esta actividad física mayoritariamente en una o dos sesiones a la semana?

- SÍ, principalmente el fin de semana
- SÍ, principalmente entre semana
- SÍ, indistintamente cualquier día de la semana
- NO, realizo más de dos sesiones semanales

26. ¿Cuáles son los motivos por los que practicas algún tipo de actividad física? Marca todas las opciones que sean necesarias

- Porque me gusta competir
- Porque me gusta superarme
- Para relacionarme y conocer gente
- Por diversión y pasar el tiempo
- Porque lo hacen mis amistades
- Para mejorar mi imagen y mi aspecto físico
- Porque me gusta estar en forma
- Para liberar la energía y las tensiones acumuladas el resto del día
- Por los beneficios que obtengo para la salud
- Otros motivos.....

27. Lee las frases que figuran a continuación y señala con una X el grado de acuerdo o desacuerdo que tienes con cada una de ellas:

	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Algo de acuerdo	De acuerdo	Muy de acuerdo
El ejercicio es lo más importante de mi vida					
Han surgido conflictos con mi pareja y/o familia en relación con la cantidad de ejercicio que realizo					
Uso el ejercicio como una forma de cambiar mi estado de ánimo					
Con el tiempo he aumentado la cantidad de ejercicio que hago en una sesión					
Si tengo que faltar a una sesión de ejercicio físico, me siento de mal humor e irritable					
Si dejo de hacer la cantidad de ejercicio que hacía y después comienzo de nuevo, siempre intento hacer tanto ejercicio como hacía					

28. ¿Dónde realizas actividad física en tu tiempo libre? (Se pueden responder las dos opciones)

- En la universidad Fuera de la universidad

29. ¿Cómo valoras la variedad de la oferta de actividades deportivas de la UIB?

- Muy mala Mala Regular Buena Muy buena No las conozco

30. ¿Cómo valoras la calidad de las instalaciones deportivas de la UIB?

- Muy malas Malas Regulares Buenas Muy buenas No las conozco

31. Si no realizas actividad física en la UIB, es debido a que...

- las instalaciones no me satisfacen SÍ NO
la oferta de actividades no me satisface SÍ NO

32. Si has contestado que SI a alguna de las opciones de la pregunta anterior, ¿cuáles son los motivos por los que no te satisfacen? (Si has respondido en los dos casos NO pasa a la pregunta 37)

Pasa a la pregunta 37

33. Responde a esta pregunta SOLO SI ACTUALMENTE NO REALIZAS ACTIVIDAD FÍSICA DURANTE TU TIEMPO LIBRE PERO ANTES LA REALIZABAS.

¿Cuáles son los motivos que influyeron en tu decisión de dejar la práctica de actividades físico-deportiva? Marca todas las opciones que consideres necesarias

- Por problemas económicos
- Porque no existe un apoyo y estímulo familiar
- Por falta de instalaciones deportivas adecuadas o cercanas al domicilio
- Porque los estudios exigen demasiado
- Por falta de tiempo libre
- Porque mis amistades dejaron de practicar deporte
- Porque los horarios que se ofertan son incompatibles con mis ocupaciones
- Por malas experiencias en prácticas anteriores
- Por problemas de salud
- Porque dejó de interesarme
- Otros motivos.....

34. ¿A qué edad empezaste a hacer deporte en tu tiempo libre? _____

35. ¿A qué edad dejaste de hacer deporte en tu tiempo libre? _____

Pasa a la pregunta 37

36. Responde a esta pregunta SOLO SI NUNCA HAS PRACTICADO ACTIVIDAD FÍSICA DURANTE TU TIEMPO LIBRE

¿Cuáles son los motivos por los que No practicas ningún tipo de actividad físico-deportiva? Marca todas las opciones que consideres necesarias

- Por falta de medios económicos
- Por falta de apoyo y tradición familiar
- Por falta de instalaciones deportivas o lejanas del domicilio
- Porque quita tiempo para el estudio
- Porque mis amistades no practican deporte
- Porque el deporte nunca se me dio bien
- Por salir cansado/a del trabajo y/o clase
- Por motivos de salud
- Por falta de interés
- Otros motivos.....

37. ¿Cómo se ha visto modificada la cantidad de actividad física que practicas desde que estás en la universidad?

- No he modificado la cantidad de actividad física que realizo
- Hago más actividad física
- Empecé a hacer actividad física
- Hago menos actividad física
- He dejado de hacer actividad física

38. ¿Qué tipo de actividad física crees que debería promocionar más la universidad?

- Deporte de rendimiento (competición)
- Actividad física para todas las personas (promoción de salud)
- Ambas
- Ninguna

39. ¿Cómo crees que la universidad puede fomentar la práctica de actividad física? Puedes señalar más de una opción.

- Más espacios de microdeporte (libres y gratis: mesas ping-pong, red de vóley...)
- Sesiones de demostración al aire libre, gratuitas
- Precios más baratos en las instalaciones deportivas
- Descuentos en instalaciones externas del campus
- Facilitar la realización de actividades entre departamentos/facultades (Liga intrauniversitaria)
- Otras ideas para potenciar la realización de ejercicio físico:

Las siguientes preguntas se refieren al hábito de estar sentado/a o dormir.

40. Durante los **últimos meses**, ¿cuánto tiempo pasaste **sentado/a** durante un **día hábil**? Esto incluye el tiempo dedicado al trabajo, en la casa, en una clase y durante el tiempo libre. Puede incluir el tiempo que pasaste sentado/a ante un ordenador, escritorio, visitando amistades, leyendo, en coche o sentado/a o recostado/a mirando la televisión.

_____ horas por día

41. En general, en el último mes:

¿Cuántas horas has dormido diariamente entre semana? (No tengas en cuenta las horas de siesta)

_____ horas

¿Cuántos minutos de siesta sueles dormir al día entre semana? _____ min

¿Cuántas horas duermes al día el fin de semana? (No tengas en cuenta las horas de siesta)

_____ horas

¿Cuántos minutos de siesta sueles dormir al día el fin de semana? _____ min

¿Duermes lo suficiente como para sentirte descansado/a al despertar por la mañana?

- No, nunca
- Pocos días
- Algunos días
- La mayoría de los días
- Solo los fines de semana o días festivos
- Sí, siempre

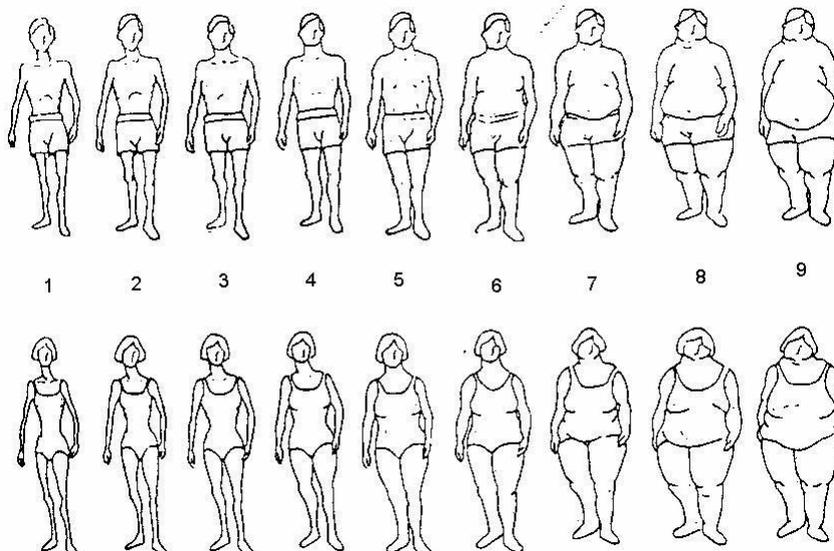
Responde a las siguientes preguntas sobre datos antropométricos y tu percepción sobre tu cuerpo:

42. ¿Cuánto pesas sin zapatos ni ropa de abrigo? _____ kg

43. ¿Cuánto mides descalzo/a? _____ cm

44. ¿Cuánto te gustaría pesar? _____ kg

45. ¿Qué número de la siguiente imagen representa mejor tu silueta? 1 2 3 4 5 6 7 8 9



46. ¿Qué número de silueta te gustaría tener según la imagen anterior? 1 2 3 4 5 6 7 8 9

A continuación, se formulan preguntas sobre la alimentación que sigues habitualmente

47. ¿Qué comidas sueles hacer habitualmente? (señala todas las que sean necesarias)

- Desayuno Merienda media mañana Comida Merienda media tarde
 Cena Resopón Otros (por ejemplo, picar entre horas...)

48. En tu lugar de residencia durante el curso o días lectivos, ¿quién suele cocinar generalmente?

- Yo Madre Padre Otro familiar Compañero/a de piso Otros

49. En los días lectivos, señala con qué frecuencia realizas las siguientes comidas en la UIB y/o la procedencia mayoritaria de los alimentos que tomas en esas comidas:

MERIENDA MEDIA MAÑANA O MEDIA TARDE	Nunca o menos de una vez al mes	1-3 veces al mes	1-2 veces a la semana	3-4 veces a la semana	Cada día lectivo
Cafetería de la UIB	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Máquina expendedora de la UIB	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Comida de casa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

COMIDA	Nunca o menos de una vez al mes	1-3 veces al mes	1-2 veces a la semana	3-4 veces a la semana	Cada día lectivo
Menú o plato único de una cafetería de la UIB	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Máquina expendedora de la UIB	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bocata/sándwich/pizza /hamburgueses o productos similares de la cafetería de la UIB	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Táper de casa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

50. ¿Cómo valoras los siguientes aspectos del servicio de bar/cafetería de la UIB? Especifica la cafetería (a la que vayas con más frecuencia)

- Anselm Turmeda Guillem Cifre Ramon Llull Campus esport
 Mateu Orfila Son Lledó Jovellanos Arxiduc Luis Salvador

	Insatisfactoria	Poco satisfactoria	Satisfactoria	Muy satisfactoria	No lo conozco
La variedad de oferta	<input type="checkbox"/>				
La calidad de la comida	<input type="checkbox"/>				
Oferta de opciones saludables	<input type="checkbox"/>				
Oferta de opciones vegetarianas	<input type="checkbox"/>				
Los precios	<input type="checkbox"/>				

51. ¿Tienes alergia o intolerancia a algún alimento?

- NO Sí ¿Cuál/es? _____

52. ¿Sigues actualmente o has seguido durante el último año algún tipo de dieta alternativa? (Responder solo una opción) Se considera una dieta alternativa consumir complementos dietéticos o la exclusión de cualquier alimento por elección propia, por valores ético-morales, para bajar peso, mantener peso, entre otros.

- Sí (Pasa a la pregunta 53)
 Lo he intentado, pero no lo he conseguido (Pasa a la pregunta 53)
 No, no sigo ninguna dieta ni lo he intentado (Pasa a la pregunta 57)

53. ¿Cuál? Señala todas las que hayas realizado o hayas intentado realizar:

- Ovolacteovegetariana (exenta de carne y pescado)
 Vegana (exenta de cualquier ingrediente o alimento de origen animal)
 Dieta sin gluten y NO tengo celiaquía
 Dieta hipocalórica para perder peso como la dieta del semáforo, la dieta de los puntos...
 Dieta hipercalórica para ganar peso
 Dieta paleolítica
 Dieta proteica y baja en grasa como la dieta Dunkan, la Montignac, Pronokal, Kot...
 Dieta proteica y elevada en grasa como la cetogénica o dieta atkins.
 Dieta del índice glucémico, no consume ciertos Hidratos de carbono como pan, arroz blanco...
 Dieta monotemática com la dieta del pollo, de la manzana, de la piña, de la alcachofa...
 Dieta alcalina
 Dieta disociada
 Dieta desintoxicante o depurativa como la detóx, de días alternos o sustituir comidas por batidos naturales (frutas o verduras)
 Dieta basada en sustituir alguna comida por batidos y productos proteicos comerciales
 Dieta según el grupo sanguíneo
 Macrobiótica
 Dieta elaborada por mi mismo/a para perder peso
 Otras. Especificar: _____

54. ¿Cuál ha sido el motivo para realizar la dieta? (puedes marcar más de una opción)

- Creencias ético-morales
 Para mejorar la salud
 Para aumentar la musculatura u otra capacidad física
 Para controlar el peso y/o forma corporal
 Otros motivos: _____

55. ¿Durante cuánto tiempo has seguido la dieta? (Si has seguido más de una responder en relación a la que has seguido durante un periodo más largo)

- Durante 1 semana
- De 1 semana a 1 mes
- De 1 mes a 3 meses
- De 3 meses a 6 meses
- De 6 meses a 1 año
- Más de 1 año

56. La duración indicada responde a:

- Prescripción por parte de algún profesional
- Cumplí con el tiempo que había decidido personalmente
- Intenté seguirla durante más tiempo, pero no lo conseguí
- Continuamente inicio alguna dieta por decisión propia pero solo consigo seguirla durante periodos muy breves de tiempo

57. En los últimos tres meses, ¿has realizado alguna ingesta de gran cantidad de alimentos en un período corto de tiempo con sensación de pérdida de control?

- SÍ ¿Cuántas veces a la semana o al mes? semana mes
-
- NO

58. ¿Consideras que sigues el modelo de dieta mediterránea?

- SÍ NO No sé qué es

Responde a todas las preguntas que se presentan a continuación. En el caso de que aparezcan las opciones de respuesta día y semana, escoge la más conveniente, indicando la cantidad concreta.

59. ¿Usas principalmente el aceite de oliva para cocinar?	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO
60. ¿Cuánto aceite de oliva (cucharadas soperas) consumes en total al día (incluyendo el usado para freír, en las comidas fuera de casa, las ensaladas...)?	<input type="checkbox"/>	
61. ¿Consumes principalmente aceite de oliva virgen (incluido el virgen extra)?	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO
62. ¿Cuántas raciones de verdura u hortalizas consumes (1 ración equivale a un plato, las guarniciones o acompañamientos contabilizan como 1/2 ración)? Responder solo una de las dos opciones: por día o por semana.	Día <input type="checkbox"/>	Semana <input type="checkbox"/>
63. ¿Cuántas de estas raciones son en forma de ensalada o verduras crudas?	<input type="checkbox"/>	
64. ¿Cuántas piezas de fruta consumes?	Día <input type="checkbox"/>	Semana <input type="checkbox"/>
65. ¿Cuántas piezas de fruta en forma de zumo natural (exprimido) consumes?	Día <input type="checkbox"/>	Semana <input type="checkbox"/>
66. ¿Cuántas raciones de carnes rojas, hamburguesas, salchichas o embutidos consumes (2 lonchas de jamón, 6 lonchas de fuet o chorizo, 1 rebanada de pan con sobrasada o paté, 2-4 salchichas de Frankfurt, 2 salchichas frescas, 1 hamburguesa, 1 filete de carne, no tengas en cuenta el consumo de queso)?	Día <input type="checkbox"/>	Semana <input type="checkbox"/>

67. ¿Cuántas raciones de mantequilla, margarina o nata consumes (una porción equivale a la cantidad para poder untar una tostada o una cucharada sopera de nata)?	Día <input type="checkbox"/>	Semana <input type="checkbox"/>
68. ¿Cuántas bebidas carbonatadas y/o azucaradas (refrescos, colas zumos comerciales, tónicas, bíter) consumes?	Día <input type="checkbox"/>	Semana <input type="checkbox"/>
69. ¿Bebes vino?	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO
70. ¿Cuánto vino consumes a la semana (una ración equivale a un vaso o una copa)?	<input type="checkbox"/>	
71. ¿Cuántas raciones de legumbres consumes a la semana (una ración equivale a un plato)?	<input type="checkbox"/>	
72. ¿Cuántas raciones de pescado o mariscos consumes a la semana ? (1 filete de lubina, salmón, 1 sepia, 3 sardinas, 4/5 piezas de marisco, 2 latas pequeñas de pescado en conserva)	<input type="checkbox"/>	
73. ¿Cuántas veces consumes repostería comercial (no casera) como galletas, flanes, dulces o pasteles a la semana ?	<input type="checkbox"/>	
74. ¿Cuántas veces a la semana consumes repostería casera?	<input type="checkbox"/>	
75. ¿Cuántas veces consumes frutos secos a la semana ? (almendras, nueces, avellanas..., una ración equivale a dos puñados a mano cerrada)	<input type="checkbox"/>	
76. ¿Consumes preferentemente carne de pollo, pavo o conejo en vez de ternera, cerdo, hamburguesas o salchichas?	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO
77. ¿Cuántas veces a la semana consumes los vegetales cocinados, la pasta, el arroz u otros platos aderezados con una salsa de tomate, ajo, cebolla o puerro elaborada a fuego lento con aceite de oliva (sofrito)?	<input type="checkbox"/>	
78. ¿Cuántas veces al día o a la semana consumes los siguientes alimentos?		
Lácteos (leche, yogur, quéfir natural, requesón, queso)	Día <input type="checkbox"/>	Semana <input type="checkbox"/>
Carnes rojas (ternera, cerdo, cordero...)	Día <input type="checkbox"/>	Semana <input type="checkbox"/>
Carnes blancas (pollo, pavo, conejo...)	Día <input type="checkbox"/>	Semana <input type="checkbox"/>
Huevos	Día <input type="checkbox"/>	Semana <input type="checkbox"/>
Cereales integrales o derivados (arroz integral, pan integral, pasta integral...)	Día <input type="checkbox"/>	Semana <input type="checkbox"/>
Cereales o derivados refinados o blancos (arroz, pasta, pan, cous-cous...)	Día <input type="checkbox"/>	Semana <input type="checkbox"/>
Tubérculos (patata, boniato, rábanos, nabo, zanahoria...)	Día <input type="checkbox"/>	Semana <input type="checkbox"/>
Snacks (galletitas saladas, patatillas, chocolatinas...)	Día <input type="checkbox"/>	Semana <input type="checkbox"/>

79. Sin considerar las dietas, ¿has realizado alguna medida para el control de tu forma o peso corporal, durante el último año?

SÍ NO (Pasa a la pregunta 81)

80. ¿Qué medida has llevado a cabo, con qué frecuencia y durante cuánto tiempo? (Puedes marcar más de una opción)

	Frecuencia		Tiempo durante el cual has llevado a cabo la acción
	Día	Semana	
<input type="checkbox"/> Uso de laxantes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Uso de diuréticos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Auto-provocar náuseas (vómitos)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Uso de pastillas para perder peso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Saltarse comidas principales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Evitar situaciones de comida (Ej: no ir a cenar con amigos...)	Semana <input type="checkbox"/>	Mes <input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Realizar un exceso de actividad física o realizarla a la hora de las comidas para no realizar las comidas	Semana <input type="checkbox"/>	Mes <input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Otros _____	Día <input type="checkbox"/>	Semana <input type="checkbox"/>	

81. ¿Qué acciones te gustaría que llevara a cabo la universidad respecto a la alimentación? Puedes señalar más de una opción.

- Mejorar servicio cafetería en general
- Mejorar la oferta de alimentos saludables
- Eliminar la oferta de alimentos no saludables
- Bajar precios
- Realizar talleres de cocina saludable
- Información sobre alimentación y nutrición
- Subir el precio de los alimentos menos saludables (bollería, refrescos, hamburguesas...)
- Otros _____

82. ¿Fumas tabaco actualmente?

- No fumo ni he fumado nunca de forma habitual. **(Pasa a la pregunta 84)**
- No fumo actualmente, pero he fumado antes → Cigarrillos al día: _____
Año o edad inicio consumo: _____
Año o edad fin de consumo _____ **(Pasa a la pregunta 84)**
- Sí, pero no diariamente → Cigarrillos a la semana: _____
Año o edad inicio consumo: _____
- Sí, fumo diariamente → Cigarrillos al día: _____ Año o edad inicio consumo: _____

83. ¿Fumas para disminuir la sensación de hambre? SÍ NO

84. ¿Con qué frecuencia consumes alguna bebida alcohólica? (vino, cerveza, bebidas destiladas...)

- 4 o más veces a la semana De 2 a 3 veces a la semana De 2 a 4 veces al mes
 una o menos al mes Nunca (Pasa a la pregunta 88)

85. ¿A qué edad empezaste a consumir alcohol? _____

86. ¿Cuántas consumiciones de alcohol sueles tomar en un día de consumo normal?

- 1 - 2 3 - 4 5 - 6 7 - 9 10 o más

87. ¿Con qué frecuencia tomas 6 o más bebidas alcohólicas en un solo día?

- Nunca Menos de una vez al mes Mensualmente
 Semanalmente A diario/casi a diario

88. ¿Consumes cannabis? SÍ NO (Pasa a la pregunta 93)

89. ¿A qué edad probaste el cannabis? _____

90. ¿A qué edad empezaste a consumir de forma habitual? _____

91. ¿Cuántos porros consumes entre semana? _____

92. ¿Cuántos porros consumes durante un fin de semana? _____

93. A continuación encontrarás algunas afirmaciones sobre el uso del móvil. Lee todas las frases e indica la frecuencia. Señala en cada una la respuesta que más se aproxime a tu realidad.

	Casi nunca	Algunas veces	Bastantes veces	Casi siempre
¿Has tenido el riesgo de perder una relación importante, un trabajo o una oportunidad académica por el uso del móvil?				
¿Piensas que tu rendimiento académico o laboral se ha visto afectado negativamente por el uso del móvil?				
¿Hasta qué punto te sientes inquieto/a cuando no recibes mensajes o llamadas?				
¿Sufres alteraciones de sueño debido a aspectos relacionados con el móvil?				
¿Sientes la necesidad de invertir cada vez más tiempo en el móvil para sentirte satisfecho/a?				
¿Piensas que la vida sin el móvil es aburrida, vacía y triste?				
¿Te enfadas o te irritas cuando alguien te molesta mientras utilizas el móvil?				
¿Dejas de salir con tus amistades por pasar más tiempo utilizando el móvil?				
Cuando te aburres, ¿utilizas el móvil como una forma de distracción?				
¿Con qué frecuencia dices cosas por el móvil que no dirías en persona?				

Para finalizar se presentan algunas cuestiones sobre la universidad:

94. ¿Sabes que la universidad ofrece un servicio de consultas sobre...		
VIH	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO
Nutrición	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO
Sexconsulta	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO
Psicología	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO
Altas capacidades	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO
Ayudas económicas a estudiantes en situaciones desfavorables o con problemas económicos	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO

95. ¿Cómo crees que la universidad puede fomentar la salud? ¿Qué mejoras o cambios te gustaría que se realizaran?

GRACIAS POR TU PARTICIPACIÓN!

Anexo 2. Aprobación Comité Ético



Universitat de les
Illes Balears

Exp.núm.: 71CER18

Informe del Comité de Ética de la Investigación⁽¹⁾ relativo a la solicitud de evaluación del proyecto de investigación titulado *Determinació dels estils de vida i la salut de la població universitària: relació entre els estils de vida i el risc de trastorns alimentaris*, presentada por el Dr. Pedro Tauler Riera, del Departamento de Biología Fundamental y Ciencias de la Salud de la UIB.

Vista la solicitud el 24 de enero de 2018, presentada a este Comité por el Dr. Pedro Tauler Riera, con el fin de que emita el correspondiente informe.

Visto el Acuerdo Normativo de 13 de junio de 2014 (FOU núm. 403), y de acuerdo con el artículo 2º de éste, el Comité es competente para analizar el citado proyecto.

De conformidad con el art. 4, letra a), del Acuerdo Normativo de 13 de junio, el Comité ha revisado la documentación presentada desde el punto de vista ético y jurídico.

De conformidad con el art. 4, letra b), del Acuerdo Normativo de 13 de junio, se ha evaluado la idoneidad del protocolo en relación a los objetivos del estudio y su eficiencia científica.

De conformidad con el art. 4, letra c), del Acuerdo Normativo de 13 de junio, se ha comprobado que está previsto el consentimiento informado y libre de las personas que participen en el estudio.

Por todo lo anterior, y de acuerdo con lo decidido unánimemente por el Comité en fecha 24 de enero de 2018.

Se informa favorablemente la solicitud de evaluación del proyecto titulado *Determinació dels estils de vida i la salut de la població universitària: relació entre els estils de vida i el risc de trastorns alimentaris*, presentado por el Dr. Pedro Tauler Riera, miembro del Departamento de Biología Fundamental y Ciencias de la Salud de la UIB e investigador principal del proyecto.

Palma de Mallorca, 6 de febrero de 2017

Antoni Miralles Socias
Presidente del Comité de Ética de la Investigación

Dr. Pedro Tauler Riera.

⁽¹⁾El Comité de Ética de la Investigación (Comitè d'Ètica de la Recerca, CER) de la Universitat de les Illes Balears, creado a través del Acuerdo Normativo de 13 de junio de 2014 (FOU núm. 403), tiene como finalidad apoyar a los investigadores cuya tarea científica implique el uso de datos procedentes de seres humanos. Es objetivo prioritario de este comité garantizar que los diseños experimentales y los protocolos propuestos cumplan la legalidad vigente y los principios éticos de respeto a la dignidad humana, confidencialidad, no discriminación y proporcionalidad entre los riesgos y los beneficios esperados. No es función de este comité informar sobre el cumplimiento de la normativa sobre protección de datos. Quedan excluidos de las competencias del CER los estudios con medicamentos, regulados según el Real decreto 223/2004, de 6 de febrero, por el cual se regulan los ensayos clínicos con medicamentos, y las investigaciones que impliquen procedimientos invasivos en seres humanos o la utilización de muestras biológicas de origen humano, regulados en la Ley 14/2007, de 3 de julio, de investigación biomédica.