

ORIGINAL

Estilo de vida y riesgo de trastorno alimentario atípico en estudiantes universitarios: realidad versus percepción



Olga Castelao-Naval^{a,*}, Ascensión Blanco-Fernández^b,
Carmen Marina Meseguer-Barros^c, Israel J. Thuissard-Vasallo^d, Begoña Cerdá^e
y Mar Larrosa^d

^a Departamento de Farmacia, Biotecnología y Nutrición, Facultad de Biomédicas y Salud, Universidad Europea de Madrid, Villaviciosa de Odón, Madrid, España

^b Departamento de Psicología, Facultad de Biomédicas y Salud, Universidad Europea de Madrid, Villaviciosa de Odón, Madrid, España

^c Subdirección General de Farmacia y Productos Sanitarios, Consejería de Sanidad, Comunidad de Madrid, Madrid, España

^d Escuela de Doctorado e Investigación, Universidad Europea de Madrid, Villaviciosa de Odón, Madrid, España

^e Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Católica San Antonio de Murcia, Guadalupe, Murcia, España

Recibido el 3 de febrero de 2017; aceptado el 10 de marzo de 2018

Disponible en Internet el 18 de mayo de 2018

PALABRAS CLAVE

Conducta
alimentaria;
Consumo alcohol;
Consumo tabaco;
Anorexia;
Bulimia;
Autoimagen

Resumen

Objetivo: Los objetivos de este trabajo han sido determinar el estado ponderal y los hábitos de alimentación y de consumo de alcohol y tabaco en estudiantes universitarios, determinar la asociación de estas variables con la autopercepción negativa de sus hábitos alimentarios, así como analizar el riesgo de desarrollar algún tipo de trastorno de la conducta alimentaria (TCA). **Método:** Se llevó a cabo un estudio transversal en 422 estudiantes universitarios. Los parámetros analizados fueron: estado nutricional, hábitos alimentarios, consumo alcohol/tabaco y conductas de TCA. Se aplicó regresión logística para identificar factores asociados a una percepción negativa de los hábitos alimentarios.

Resultados: El 5% de la población presentaba peso insuficiente, el 16% sobrepeso y el 4% obesidad. El 55% no realizaba las cinco comidas/día. Los alimentos recomendados de ingesta diaria se consumían por debajo de las recomendaciones, mientras que embutidos/carnes grasas, bollería industrial, carnes magras y pescados se consumían en exceso. Percibieron sus hábitos alimentarios como buenos/muy buenos el 63%. El consumo de alcohol/tabaco predominaba los fines de semana. Las chicas mostraron mayor preocupación por su imagen (80,6% vs. 33%) y miedo a engordar (52,5% vs. 23,9%). Casi el 30% presentó una percepción distorsionada de su imagen corporal. Encontramos un riesgo del 12,8% de anorexia nerviosa atípica y del 4,7% de bulimia nerviosa atípica.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: mariaolga.castelao@universidadeuropea.es (O. Castelao-Naval).

Conclusiones: Los estudiantes universitarios presentan un estilo de vida poco saludable, principalmente debido a hábitos alimentarios alejados de las recomendaciones. Más del 17% presentan riesgo de desarrollar TCA atípico. Esta información puede resultar de interés para desarrollar acciones preventivas.

© 2018 Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

KEYWORDS

Eating behaviours;
Alcohol abuse;
Smoking;
Anorexia;
Bulimia;
Self-concept

Life style and risk of atypical eating disorders in university students: Reality versus perception

Abstract

Objective: The objectives of this paper were to determine weight status, eating, and alcohol drinking and smoking habits of university students, to determine the association between these variables with negative self-perception of their eating habits and to assess the risk of developing eating disorders.

Method: A cross-sectional study was carried out on 422 university students. The parameters analyzed were: nutritional status, eating habits, alcohol/ tobacco consumption, and risk of eating disorder. Logistic regression was applied to identify factors associated with a negative perception of eating habits.

Results: Out of the whole population that was analyzed, 5% were underweight, 16% overweight and 4% obese. Fifty-five percent of the sample analyzed did not consume five meals a day. The recommended foods for daily consumption were consumed below recommendations, while sausages/fatty meats, industrial pastries, lean meats, and fish were over-consumed. Overall, the population perceived their eating habits as good/very good (63%). Alcohol and tobacco consumption predominated at weekends. The girls were more image-conscious (80.6% vs. 66%) and fearful of gaining weight (52.5% vs. 23.9%). Almost 30% had a distorted perception of body image. There was a 12.8% risk of atypical anorexia nervosa and 4.7% of atypical bulimia nervosa. **Conclusions:** College students led unhealthy lifestyles, mainly due to eating habits that do not conform to the establish recommendations. More than 17% are at risk of developing an atypical eating disorder. This information may be of interest in developing preventive actions.

© 2018 Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

Qué se conoce

Los estudios epidemiológicos actuales evidencian que hay un creciente riesgo de trastornos de la conducta alimentaria en población universitaria, que además suele presentar hábitos alimentarios inadecuados o desorganizados que favorecen el desarrollo de dichos trastornos (anorexia nerviosa, bulimia nerviosa y trastornos de la conducta alimentaria no especificados), con una importante repercusión en la salud y morbilidad de diferentes patologías.

Qué aporta

En población universitaria se evidencian conductas inadecuadas de hábitos nutricionales, consumo de alcohol y tabaco. Una destacada proporción de estudiantes

están preocupados por su figura, manifiestan distorsión de la imagen corporal y utilizan medidas compensatorias para perder o controlar el peso, con un notable riesgo de trastornos de la conducta alimentaria atípicos, destacando la anorexia nerviosa atípica como trastorno más prevalente. A pesar de tener una percepción negativa de sus hábitos alimentarios, siguen manteniendo estas conductas. Se recomienda diseñar programas de concienciación sobre la repercusión negativa a corto-medio plazo en su salud, y la estrecha relación que existe entre las conductas que han «normalizado» y el riesgo de instauración de un trastorno de la conducta alimentaria.

Introducción

El periodo universitario en el adulto joven, y su autonomía en la toma de decisiones en el establecimiento de conductas y hábitos, es un momento decisivo para detectar posibles desequilibrios y tomar medidas de corrección.

La Organización Mundial de la Salud (OMS)¹ señala un alto índice de masa corporal (IMC), la insuficiente ingesta de fruta y verdura, y el abuso de alcohol, como tres de los siete principales factores de riesgo de mortalidad prematura en Europa, considerando además una dieta equilibrada, actividad física regular, reducir el consumo de alcohol y no fumar, imprescindibles para una buena salud. Sin embargo, los estudios en población universitaria muestran un alejamiento de las pautas dietéticas y una asociación entre el distanciamiento de una dieta adecuada con el sobrepeso y la obesidad².

Los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) son enfermedades mentales que engloban diferentes patologías (anorexia nerviosa [AN], bulimia nerviosa [BN] y trastornos de la conducta alimentaria no especificados [TCANE]), acompañándose de alteraciones nutricionales, comportamientos distorsionados en el acto de comer o comportamientos específicos para el control de peso³. Los criterios diagnósticos para estas enfermedades se recogen en el Manual para el Diagnóstico de las Enfermedades Mentales (DSM-V)⁴ (tabla 1). En base a estos criterios, se podría decir que la AN se caracteriza por una pérdida de peso autoinducida y el miedo a engordar, la BN por el descontrol alimentario donde se suceden atracones y ayunos, y los TCANE por la falta de una o más características diagnósticas de AN y BN. Los TCA predisponen a la desnutrición y a la obesidad⁵ y comportan importantes consecuencias negativas para la salud⁶.

Cada vez es más frecuente encontrar casos de TCA denominados atípicos en población general⁷, es decir, aquellos que no cumplen todos los criterios diagnósticos de cada trastorno pero manifiestan conductas de riesgo. Estudios en población universitaria han evidenciado riesgo de TCA^{8,9}, hecho preocupante por su previsible cronicidad y evolución, si no son diagnosticados y tratados precozmente.

Por todo lo anterior, los objetivos de este trabajo han sido determinar el estado ponderal y los hábitos de alimentación y de consumo de alcohol y tabaco de estudiantes universitarios, determinar la asociación de estas variables con la autopercepción negativa de sus hábitos alimentarios, así como analizar el riesgo de desarrollar algún tipo de TCA en población universitaria.

Método

Estudio epidemiológico descriptivo, transversal (n = 422) con muestreo de conveniencia, estratificado por curso y titulación (enfermería, óptica y optometría, fisioterapia, doble grado en fisioterapia-ciencias de la actividad física y del deporte, podología y doble grado en podología-fisioterapia) en los tres primeros cursos de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Europea de Madrid (UEM) en 2013.

Se estimó un tamaño muestral de 362 estudiantes, considerando un 20% de prevalencia de sobrepeso —hallado en estudios previos de universitarios²—, un nivel de confianza del 95% y una precisión del 3% (asumiendo un 5% de posibles pérdidas).

Criterios de inclusión: ser alumno de 1.º, 2.º o 3.º en titulaciones de Ciencias de la Salud de la UEM y comprender bien español. Criterios de exclusión: embarazo, alteración metabólica/enfermedad o tomar medicación que influya en hábitos alimentarios/control del peso.

Se realizaron medidas antropométricas básicas de peso (kg) y talla (cm) por un único observador experimentado, siguiendo recomendaciones de la Sociedad Internacional para el Avance de la Cineantropometría (ISAK)¹⁰. Se utilizó una balanza clínica calibrada (precisión 100 g) con tallímetro (graduación 1 mm). Se calculó el IMC con la fórmula $IMC = \text{peso (kg)} / \text{estatura}^2 \text{ (m)}$. Se agrupó en peso insuficiente ($IMC < 18,5 \text{ kg/m}^2$), normopeso ($18,5 \leq IMC \leq 24,99 \text{ kg/m}^2$), sobrepeso ($25 \leq IMC \leq 29,99 \text{ kg/m}^2$) y obesidad ($IMC > 30 \text{ kg/m}^2$), según los puntos de corte de la OMS¹¹ y la Sociedad Española para Estudio de Obesidad (SEEDO)¹².

Se recogieron variables sociodemográficas: sexo, edad, situación laboral, titulación, curso y turno. Al no encontrar ningún cuestionario validado con información conjunta sobre hábitos alimentarios, consumo de alcohol y tabaco, se utilizó un Cuestionario sobre hábitos alimentarios, consumo de tabaco y alcohol *ad-hoc*. Se realizó un estudio piloto con 47 estudiantes y se estimó un alfa de Cronbach = 0,761, tras el análisis de las covarianzas para verificar su fiabilidad. Este cuestionario proporcionó información sobre: lugar de realización de las comidas, consumo de comida precocinada, realización de dieta, motivo para realizarla, y percepción del hábito alimentario, así como sobre consumo de tabaco y alcohol y percepción de su consumo (tabla 2). Se empleó un Cuestionario de frecuencia consumo de alimentos (CFCA) validado en población general¹³. Los datos obtenidos se agruparon según ingestas/raciones recomendadas para adultos por la Sociedad Española de Nutrición Comunitaria (SENC)¹⁴: ingesta diaria (lácteos, cereales, frutas y verduras y hortalizas), ingesta semanal (carne magras, pescados y mariscos) y consumo ocasional (embutidos y carne grasas y bollería industrial).

Para el riesgo de TCA atípico, se usó una Encuesta de Hábitos Alimentarios (EHA) diseñada para evaluación y detección de diagnóstico temprano de TCA, con especificidad global para detección de TCA de 0,747 y buena validez de criterio para discriminar «grupo clínico» (pacientes con TCA) y «grupo general» (estudiantes universitarios)⁷. Al ser nuestra población de estudio no clínica, se analizó el riesgo de trastorno atípico (según DSM-V⁴), considerando como respuesta afirmativa el responder a menudo, habitualmente o siempre a las variables respectivas de la EHA (tabla 2) para cada tipo de trastorno (tabla 1).

Los datos se recogieron en las instalaciones de la UEM. Inicialmente se acudió al aula, se informó a los estudiantes de los objetivos, entregando los cuestionarios a los voluntarios. Posteriormente se concertó una cita para las medidas antropométricas, recogiendo entonces los cuestionarios y resolviendo dudas sobre su cumplimentación. Se obtuvo el consentimiento informado, garantizando la confidencialidad y cumpliendo los principios éticos de la Declaración de Helsinki¹⁵. El protocolo del estudio fue aprobado por la Comisión de Investigación de la UEM.

Para el análisis descriptivo se utilizó frecuencia absoluta (n) y relativa (%) para las variables cualitativas, y media y desviación estándar (DE) o mediana y rango intercuartílico (RIC) para las cuantitativas, según el comportamiento paramétrico de la variable. Para comprobar diferencias estadísticamente significativas en comparaciones bivariantes se utilizó el test chi cuadrado o test exacto Fisher para las variables cualitativas y el test t de Student o U de Mann Whitney para las variables cuantitativas, en función de la

Tabla 1 Criterios diagnósticos para los trastornos de la conducta alimentaria (TCA)

DSM-V		EHA
Anorexia nerviosa (AN)	AN atípica	AN atípica
<i>Restricción de ingesta energética.</i> <i>Peso significativamente bajo.</i> <i>Gravedad:</i> Leve: $IMC \geq 17 \text{ kg/m}^2$ Moderado: $IMC 16-16,99 \text{ kg/m}^2$ Grave: $IMC 15-15,99 \text{ kg/m}^2$ Extremo: $IMC < 15 \text{ kg/m}^2$	Se cumplen todos los criterios para la AN, excepto que el peso del individuo está por encima del intervalo normal	Perfiles restrictivo y purgativo: $IMC < 25 \text{ kg/m}^2$, miedo a engordar, verse gordo o desproporcionados alguna parte del cuerpo y utilizar uno o más métodos para controlar o perder peso (dieta voluntaria, ayuno, ejercicio físico y uso laxantes/diuréticos)
Bulimia nerviosa (BN)	BN atípica	BN atípica
<i>Episodios recurrentes de atracones (ingestión desmesurada y falta de control en lo ingerido).</i> <i>Comportamientos compensatorios inapropiados para evitar aumento de peso (vómitos autoprovocados, laxantes, diuréticos, ayuno o ejercicio físico)</i> <i>Gravedad:</i> Leve: promedio de 1-3 episodios/semana comportamientos compensatorios. Moderado: promedio de 4-7 episodios/semana comportamientos compensatorios Grave: promedio de 8-13 episodios/semana comportamientos compensatorios Extremo: promedio más de 14 episodios/semana comportamientos compensatorios	Se cumplen todos los criterios para la BN, excepto que los atracones o comportamientos compensatorios inapropiados se producen de promedio menos de una vez/semana y/o menos de tres meses	Perfiles con/sin atracones y purgas: $IMC \geq 18,5 \text{ kg/m}^2$, preocupación por la figura o imagen corporal, pérdida de control sobre la cantidad alimentos ingeridos y contestar afirmativamente a una o más de las siguientes preguntas: consumir gran cantidad de alimento en poco tiempo, verse gordo o desproporcionado alguna parte del cuerpo, utilizar uno o más métodos para controlar o perder peso (vómitos, uso de laxantes/diuréticos)
Trastorno alimentario o de la ingestión de alimentos no especificado (TCANE)		
<i>Predominan los síntomas característicos de un trastorno alimentario, pero no cumplen todos los criterios en la categoría diagnóstica de los trastornos alimentarios</i>		$18,5 \text{ kg/m}^2 > IMC \geq 25 \text{ kg/m}^2$, pérdida de control sobre la cantidad de alimentos ingeridos y utilizar dos o más métodos para controlar o perder peso (dieta voluntaria, ayuno, alimentos <i>light</i> , ejercicio físico, vómitos autoprovocados y uso de laxantes/diuréticos)

DSM-V: Manual para el Diagnóstico de las Enfermedades Mentales; EHA: Encuesta de hábitos alimentarios.

normalidad de los datos. Se aplicó un modelo de regresión logística binaria para analizar la asociación entre hábitos alimentarios, consumo de tabaco, alcohol, IMC y riesgo de TCA con la percepción negativa de los hábitos alimentarios (regular, malo y muy malo) respecto a la percepción positiva (buena y muy buena), con el objeto de analizar el efecto de estos hábitos sobre su percepción.

El análisis estadístico se hizo con SPSS 21.0, considerando significación estadística cuando $p < 5\%$.

Resultados

Se obtuvo una tasa de respuesta del 60,9% de los 693 estudiantes que reunían criterios de inclusión. La edad media fue de 24,5 (DE: 6,6) años (rango 18-57 años) con

un predominio de población femenina (tabla 3). Respecto al estado ponderal, el IMC medio fue de 22,8 (DE: 3,4) kg/m^2 (rango 15,85-40,66 kg/m^2). La mayoría de la muestra tenía un IMC normal, mientras que el 5,2% presentaba peso insuficiente, el 16,1% sobrepeso y el 3,8% obesidad.

El cuestionario de hábitos alimentarios indicó que más de la mitad de los estudiantes no realizaba las cinco comidas/día recomendadas, siendo las mujeres las que más seguían este patrón (tabla 3). No hubo diferencias significativas por edad ni por IMC. Las comidas menos realizadas eran la de media mañana (41%), la merienda (35,3%) y el desayuno (13%), y casi el 10% declaró no almorzar. Respecto al consumo de comida precocinada, más del 50% lo hacía cada semana, destacando los hombres frente a las mujeres (59,1% vs 49,4%, $p = 0,023$) (tabla 3).

Tabla 2 Variables estudiadas

<i>Antropométricas</i>	
<i>Peso (kg) y talla (cm)</i>	
<i>Sociodemográficas</i>	
Sexo y edad (años)	
Titulación: grado, curso, turno	
Situación laboral	Estudiante, Estudiante y trabajador
<i>Hábitos alimentarios</i>	
Lugar realización comidas: desayuno, media mañana, comida, merienda, cena	En casa, En la universidad con comida de casa, En la universidad con comida de la cafetería, En otro lugar (restaurantes, cafetería), No lo hago/ esporádicamente
Frecuencia consumo comida precocinada/rápida	Nunca/ esporádicamente, 1-2 días, 3-4 días, 5-6 días, Todos los días
Modificación dieta habitual	No modificada, Modificada por adelgazar (no problemas de salud), Modificada por problemas con colesterol / tensión arterial
Percepción hábitos alimentarios	Muy bueno, Bueno, Regular, Malo, Muy malo
<i>Consumo tabaco</i>	
Descripción consumo tabaco	Nunca he fumado, Exfumador, Fumador no diario, Fumador diario
Número de días fuma/semana	No fumo, 1-2 días, 3-4 días, 5-6 días, Todos los días
Cantidad cigarrillos de lunes a jueves	No fumo, 1-5 cigarrillos/día, 5-10 cigarrillos/día, 10-20 cigarrillos día, Más de 20 cigarrillos día
Cantidad cigarrillos de viernes a domingo	No fumo, 1-5 cigarrillos/día, 5-10 cigarrillos/día, 10-20 cigarrillos día, Más de 20 cigarrillos día
Percepción hábito tabáquico	Muy bueno, Bueno, Regular, Malo, Muy malo
<i>Consumo alcohol</i>	
Descripción consumo alcohol	Nunca he bebido, Exbebedor, Bebedor no diario, Bebedor diario
Número de días bebe/semana	No bebo, 1-2 días, 3-4 días, 5-6 días, Todos los días
Cantidad de alcohol de lunes a jueves	No bebo, 1-2 copas/día, 2-3 copas/día, 3-4 copas/día, Más de 4 copas/día
Cantidad de alcohol de viernes a domingo	No bebo, 1-2 copas/día, 2-3 copas/día, 3-4 copas/día, Más de 4 copas/día
Percepción hábito alcohólico	Muy bueno, Bueno, Regular, Malo, Muy malo
<i>Encuesta hábitos alimentarios (EHA)</i>	
¿Se preocupa por su figura y su imagen corporal?	Nunca, Raramente, A veces, A menudo, Habitualmente, Siempre
¿Tiene miedo a ganar peso/engordar?	Nunca, Raramente, A veces, A menudo, Habitualmente, Siempre
¿Utiliza o ha utilizado alguno de estos métodos para controlar/perder peso?: Dieta Médica, Dieta voluntaria, Ayuno (suprimir 1/más comidas), Laxantes/diuréticos, Ejercicio Físico, Alimentos "light", Vómitos (autoinducidos)	Nunca, Raramente, A veces, A menudo, Habitualmente, Siempre
¿Se ve gordo o alguna parte cuerpo le resulta desproporcionada?	Nunca, Raramente, A veces, A menudo, Habitualmente, Siempre
¿Suele consumir gran cantidad alimentos en periodo pequeño de tiempo?	Nunca, Raramente, A veces, A menudo, Habitualmente, Siempre
¿Algunas veces siente que pierde el control en la cantidad de alimentos ingeridos?	Nunca, Raramente, A veces, A menudo, Habitualmente, Siempre

El análisis del consumo de diferentes grupos de alimentos según raciones recomendadas por la SENC mostró un elevado incumplimiento. Un notable porcentaje de estudiantes manifestó un consumo menor en grupos de alimentos de consumo diario: lácteos (73,5%), cereales (94,1%), verduras/hortalizas (93,4%), frutas (95,7%) y en algunos de

consumo semanal: frutos secos (84,4%), huevos (79,6%) y legumbres (84,6%), a la vez que excedían las recomendaciones en los grupos de alimentos de consumo ocasional: embutidos/carnes grasas (96,4%), bollería industrial (71,3%) y en algunos de consumo semanal: carnes magras (52,4%) y pescados/mariscos (34,8%). No se hallaron diferencias

Tabla 3 Características de los participantes en función del sexo

	Total % (n)	Hombre % (n) 37,7% (159)	Mujer % (n) 62,3% (263)	P-valor
VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS Y ANTROPOMÉTRICAS				
Edad (años)				
18-24	66,1% (279)	70,4% (112)	63,5% (167)	0,344
25-34	25,4% (107)	22,0% (35)	27,4% (72)	
35 o más años	8,5% (36)	7,50% (12)	9,1% (24)	
Titulación				
Enfermería	56,4% (238)	37,1% (59)	68,1% (179)	< 0,001
Fisioterapia	17,1% (72)	17,6% (28)	16,7% (44)	
Fisioterapia-CAFYD	15,2% (64)	31,4% (50)	5,3% (14)	
Podología y Fisioterapia-podología	7,1% (30)	8,8% (14)	6,1% (16)	
Óptica y Optometría	4,3% (18)	5% (8)	3,8% (10)	
VARIABLES HáBITOS ALIMENTARIOS				
Realiza 5 Comidas al día				
Si	44,8% (189)	49,1% (78)	58,9% (155)	0,048
No	55,2% (233)	50,9% (81)	41,1% (108)	
Consumo Comida Precocinada				
Nunca/espóricamente	46,9% (198)	40,9% (65)	50,6% (133)	0,023
1-2 días/semana	42,2% (178)	43,4% (69)	41,4% (109)	
más 3 días/semana	10,9% (46)	15,7% (25)	8,0% (21)	
Motivos modifica dieta				
No modificada	52,1% (220)	54,7% (87)	50,6% (133)	0,031
Adelgazar	26,3% (111)	19,5% (31)	30,4% (80)	
Otros motivos	21,6% (91)	25,8% (41)	19,0% (50)	
Consumo alimentos raciones/diarias				
Menor recomendado	64,7% (273)	60,4% (96)	67,3% (177)	0,300
Recomendado	32,5% (137)	35,8% (57)	30,4% (80)	
Mayor recomendado	2,8% (12)	3,8% (6)	2,3% (6)	
Consumo alimentos raciones/semanal				
Menor recomendado	12,3% (52)	10,7% (17)	13,3% (35)	0,700
Recomendado	21,1% (89)	20,8% (33)	21,3% (56)	
Mayor recomendado	66,6% (281)	68,6% (109)	65,4% (172)	
Consumo alimentos raciones/ocasional				
Recomendado	2,4% (10)	0,6% (1)	3,4% (9)	0,098
Mayor recomendado	97,6% (412)	99,4% (158)	96,6% (254)	
Percepción hábitos alimentarios				
Bueno-muy bueno	62,8% (265)	66,7% (106)	60,5% (159)	0,201
Regular-malo-muy malo	37,2% (157)	33,3% (53)	39,5% (104)	
VARIABLES HáBITOS TÓXICOS				
Consumo alcohol				
No bebe	11,6% (49)	10,7% (17)	12,2% (32)	0,301
Ex bebedor	21,8% (92)	25,8% (41)	19,4% (51)	
Si bebe	66,6% (281)	63,5% (101)	68,4% (180)	
Consumo tabaco				
No fumador	46,2% (195)	52,8% (84)	42,2% (111)	0,052
Ex fumador	22% (93)	22% (35)	22,1% (58)	
Fumador	31,8% (134)	25,2% (40)	35,7% (94)	

CAFYD: Ciencias de la Actividad Física y del Deporte, IMC: Índice de Masa Corporal. Consumo alimentos raciones/diarias: lácteos (2-4), cereales (4-6), frutas (≥ 3), verduras y hortalizas (≥ 2). Consumo alimentos raciones/semanal: carne magra (3-4), pescados/mariscos (3-4), legumbres (2-4), huevos (3-4) y frutos secos (3-7). Consumo alimentos raciones/ocasional: embutidos/carne grasa (≤ 3 /mes) y bollería industrial (≤ 3 /mes).

significativas por sexo en el incumplimiento del consumo de raciones diarias, semanales u ocasionales (tabla 3).

La opinión de los estudiantes sobre sus hábitos alimentarios fue bastante positiva, considerando el 62,8% que eran

buenos/muy buenos (tabla 3). Los estudiantes que presentaban obesidad tenían una mayor percepción negativa frente a positiva (8,3% vs 1,1%, $p=0,003$), no encontrándose diferencias significativas por sexo, edad o titulación (tabla 4).

Tabla 4 Características en función de la percepción de sus hábitos alimenticios

	Bueno-Muy bueno % (n) 62,8% (265)	Regular-malo-muy malo % (n) 37,2% (157)	P-valor
VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS Y ANTROPOMÉTRICAS			
Sexo			
Hombre	40,0% (106)	33,8% (53)	0,201
Mujer	60,0% (159)	66,2% (104)	
Edad (años)			
18-24	67,2% (178)	64,3% (101)	0,761
25-34	24,2% (64)	27,4% (43)	
35 o más años	8,7% (23)	8,3% (13)	
Titulación			
Enfermería	58,5% (155)	52,9% (83)	0,424
Fisioterapia	17,4% (46)	16,6% (26)	
Fisioterapia-CAFYD	14,0% (37)	17,2% (27)	
Podología y Fisioterapia-podología	7,2% (19)	7,0% (11)	
Óptica y Optometría	3,0% (8)	6,4% (10)	
IMC (Kg/m²)			
Bajo peso/peso insuficiente	5,7% (15)	4,5% (7)	0,003
Normopeso	77,0% (204)	71,3% (112)	
Sobrepeso	16,2% (43)	15,9% (25)	
Obesidad	1,1% (3)	8,3% (13)	
VARIABLES HáBITOS ALIMENTARIOS			
Realiza 5 Comidas al día			
Si	51,7% (137)	33,1% (52)	< 0,001
No	48,3% (128)	66,9% (105)	
Consumo Comida Precocinada			
Nunca/espóricamente	55,8% (148)	31,8% (50)	< 0,001
1-2 días/semana	40% (106)	45,9% (72)	
3 o más días/semana	4,2% (11)	22,3% (35)	
Motivos modifica dieta			
No modificada	56,2% (149)	45,2% (71)	0,002
Adelgazar	27,5% (73)	24,2% (38)	
Otros motivos	16,2% (43)	30,6% (48)	
Consumo alimentos raciones/diarias			
Menor recomendado	60,4% (160)	72,0% (113)	0,052
Recomendado	36,2% (96)	26,1% (41)	
Mayor recomendado	3,4% (9)	1,9% (3)	
Consumo alimentos raciones/semanal			
Menor recomendado	9,8% (26)	16,6% (26)	0,007
Recomendado	18,1% (48)	26,1% (41)	
Mayor recomendado	72,1% (191)	57,3% (90)	
Consumo alimentos raciones/ocasional			
Recomendado	2,6% (7)	1,9% (3)	0,750
Mayor recomendado	94,4% (258)	98,1% (154)	
VARIABLES HáBITOS TÓXICOS			
Consumo alcohol			
No bebe	12,5% (33)	10,2% (16)	0,747
Ex bebedor	21,1% (56)	22,9% (36)	
Si bebe	66,4% (176)	66,9% (105)	
Consumo tabaco			
No fumador	46,8% (124)	45,2% (71)	< 0,001
Ex fumador	27,9% (74)	12,1% (19)	
Fumador	25,3% (67)	42,7% (67)	

CAFYD: Ciencias de la Actividad Física y del Deporte, IMC: Índice de Masa Corporal. Consumo alimentos raciones/diarias: lácteos (2-4), cereales (4-6), frutas (≥ 3), verduras y hortalizas (≥ 2). Consumo alimentos raciones/semanal: carne magra (3-4), pescados/mariscos (3-4), legumbres (2-4), huevos (3-4) y frutos secos (3-7). Consumo alimentos raciones/ocasional: embutidos/carne grasa (≤ 3 /mes) y bollería industrial (≤ 3 /mes).

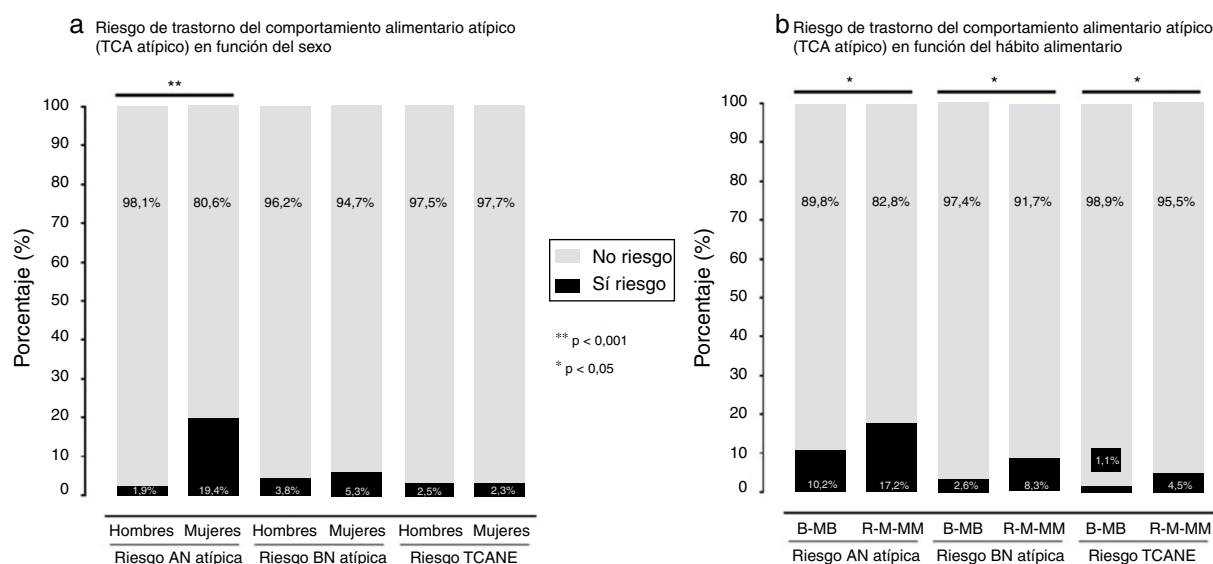


Figura 1 Riesgo de trastorno del comportamiento alimentario atípico (TCA atípico): riesgo de anorexia nerviosa atípica (AN atípica), bulimia nerviosa atípica (BN atípica) y riesgo de trastorno del comportamiento alimentario no especificado (TCANE): a) en función del sexo, y b) en función de la percepción del hábito alimentario. MB: muy bueno; B: bueno; R: regular; M: malo; MM: muy malo.

Casi el 50% de los que tenían una percepción positiva no realizaban las cinco comidas/día (tabla 4).

En cuanto a la comida precocinada, se observó una percepción negativa frente a positiva en los que la consumían habitualmente (68,2% vs 44,2%, $p < 0,001$) (tabla 4). De los estudiantes que manifestaron una percepción positiva frente a la negativa, la mayoría excedían las recomendaciones de consumo de alimentos de ingesta semanal (72,1% vs 57,3%, $p = 0,007$), y no llegaban a las recomendaciones diarias, aunque de forma marginalmente significativa (60,4% vs 72%, $p = 0,052$) (tabla 4).

Con relación al hábito tabáquico, el 31,8% fumaba, siendo mayor de viernes a domingo el consumo de más de 10 cigarrillos/día que entre semana (14% vs 8,8%). El porcentaje de mujeres fumadoras era superior al de los hombres (35,7% vs 25,2%, $p = 0,052$) (tabla 3). Respecto a la percepción del hábito tabáquico, el 18% de los encuestados que fumaban percibía que era bueno/muy bueno. En cuanto al consumo de alcohol, el 66,6% declaró que bebía, pasando de un consumo de lunes a jueves del 2% de más de 4 copas/día al 17,3% durante el fin de semana. No se apreciaron diferencias significativas por sexo en el hábito alcohólico (tabla 3).

En lo relativo al riesgo de TCA, los datos recogidos por la EHA indicaron que las mujeres, mostraron más preocupación por su figura que los hombres (80,6% vs 66%, $p = 0,001$) y más miedo a engordar (52,5% vs 23,9%, $p < 0,001$).

Las conductas más frecuentes para perder o controlar peso fueron: ejercicio físico (58,5%), alimentos *light* (38,4%) y dieta voluntaria (28,4%), siendo menos utilizados el ayuno (8,3%), la dieta médica (5%), los laxantes/diuréticos (2,4%) y los vómitos autoinducidos (0,5%). En todos los casos, las mujeres fueron las que más los utilizaron.

Hubo diferencias significativas según el IMC. Los estudiantes con IMC por encima del normopeso manifestaron más miedo a engordar frente a los que no lo tenían (58,3%

vs 37,5%, $p < 0,001$). De la misma manera, el porcentaje de estudiantes con exceso ponderal que utilizaba medidas compensatorias para el control del peso era significativamente superior que los que tenían normopeso o peso insuficiente: dieta (42,8% vs 24,8%, $p < 0,001$), alimentos *light* (55,4% vs 35,8%, $p = 0,002$) y ejercicio físico (75,6% vs 56,5%, $p = 0,001$).

El 28,4% de los estudiantes se veía gordo o desproporcionada alguna parte de su cuerpo, destacando en esta percepción las mujeres frente a los hombres (38,8% vs 11,3%, $p < 0,001$).

Un 10,2% de la muestra declaró ingerir gran cantidad de comida en poco tiempo, destacando los hombres en este hábito (15,7% vs 6,8%, $p = 0,003$).

Se encontró casi un 20% de estudiantes con algún tipo de riesgo de TCA atípico, siendo el 12,8% AN, el 4,7% BN y el 2,4% TCANE, predominando la AN atípica en mujeres (19,4% vs 1,9%, $p < 0,001$) (fig. 1a).

Los estudiantes con riesgo de TCA atípico pensaban en mayor medida que sus hábitos alimentarios no eran buenos frente a los que opinaban lo contrario (fig. 1b), tanto en riesgo de AN atípica (17,2% vs 10,2%, $p = 0,037$), riesgo de BN atípica (8,3% vs 2,6%, $p = 0,008$) como en riesgo de TCANE (4,5% vs 1,1%, $p = 0,044$) (tabla 4).

El análisis de los factores asociados a una percepción negativa de hábitos alimentarios (tabla 5) indicó que un elevado consumo de comida precocinada predispone con mayor probabilidad a tener una significativa peor percepción de los hábitos alimentarios (OR: 8,52), al igual que tener obesidad (OR: 8,96), no realizar 5 comidas diarias (OR: 2,01), exceder el consumo recomendado de bollería industrial (OR: 1,89), modificar la dieta con un fin distinto al de adelgazar (OR: 2,36) y tener riesgo de AN atípica (OR: 2,09).

La prueba ómnibus indicó que el modelo ayuda a explicar la percepción negativa de los hábitos alimentarios. El valor R^2 de Cox y Snell fue de 0,28. Finalmente, la estimación no

Tabla 5 Factores asociados a una percepción negativa de los hábitos alimentarios

VARIABLES	Odds Ratio (IC 95%) ^a	P-valor
VARIABLES ANTROPOMÉTRICAS		
<i>IMC (Kg/m²)</i>		
Peso insuficiente (Ref*)		
Normopeso	0,97 (0,34 - 2,78)	0,858
Sobrepeso	1,47 (0,45 - 4,76)	0,727
Obesidad	8,96 (1,32 - 60,80)	0,038
VARIABLES Hábitos Alimentarios		
<i>Realiza 5 comidas al día</i>		
Si (Ref*)		
No	2,01 (1,23 - 3,27)	<0,001
<i>Consumo comida precocinada</i>		
Nunca/espóricamente (Ref*)		
1 o 2 días por semana	1,96 (1,19 - 3,23)	0,003
≥ 3 días por semana	8,52 (3,70 - 19,64)	<0,001
<i>Motivos para modificar la dieta</i>		
No modificada (Ref*)		
Para adelgazar	0,98 (0,55 - 1,76)	0,718
Por otros motivos	2,36 (1,28 - 4,35)	0,010
<i>Consumo de alimentos raciones/diarias</i>		
Recomendado (Ref*)		
Menor recomendado	1,44 (0,86 - 2,41)	0,215
Mayor recomendado	0,36 (0,06 - 2,01)	0,268
<i>Consumo de alimentos raciones/semanales</i>		
Recomendado (Ref*)		
Menor recomendado	1,76 (0,78 - 4,00)	0,244
Mayor recomendado	0,76 (0,43 - 1,34)	0,180
<i>Consumo de alimentos raciones/ocasional</i>		
Recomendado (Ref*)		
Mayor recomendado	0,63 (0,13 - 3,03)	0,635
<i>Consumo de bollería industrial/mes</i>		
Recomendado (Ref*)		
Mayor que recomendado	1,89 (1,06 - 3,37)	0,002
VARIABLES Hábitos Tóxicos		
<i>Consumo de tabaco</i>		
No fumador (Ref*)		
Exfumador	0,49 (0,25 - 0,96)	0,038
Fumador	1,73 (1,00 - 2,98)	0,050
<i>Consumo de alcohol</i>		
No bebe (Ref*)		
Ex bebedor	1,61 (0,66 - 3,93)	0,448
Si bebe	1,06 (0,47 - 2,36)	0,528
VARIABLES Riesgo TCA		
<i>Riesgo de anorexia nerviosa atípica (restrictiva y purgativa)</i>		
No riesgo (Ref*)		
Si riesgo	2,09 (1,03 - 4,24)	0,039
<i>Riesgo de bulimia nerviosa atípica (con o sin atracones y purgas)</i>		
No riesgo (Ref*)		
Si riesgo	1,59 (0,51 - 4,97)	0,333
<i>Riesgo de trastorno no especificado</i>		
No riesgo (Ref*)		
Si riesgo	0,86 (0,11 - 6,80)	0,919

(a) Odds ratio ajustado por el resto de las variables a través de regresión logística multivariante.

*Ref: Categoría de referencia, IMC: Índice de Masa Corporal, TCA: Trastorno de la Conducta Alimentaria.

Prueba ómnibus: p-valor<0,001; prueba de Hosmer-Lemeshow: p-valor= 0,878; R-cuadrado de Cox y Snell: 0,284; estadístico C: ABC=0,7126 (IC 95%: 0,66 a 0,76)

paramétrica del área fue de 0,71, indicando que el modelo logístico clasifica correctamente a los sujetos en percepción negativa o positiva en función de las variables incorporadas en el modelo de regresión múltiple.

Discusión

La distribución por sexos de este estudio fue coincidente con la de otras universidades españolas, con mayor frecuencia de mujeres, aunque nuestra media de edad fue algo mayor¹⁶⁻¹⁸.

Respecto al estado nutricional (IMC con peso y talla no autorreferidos), nuestros resultados coinciden con los encontrados en universitarios murcianos¹⁷, y difieren en las categorías de IMC con estudiantes madrileños¹⁹ y de otros países¹⁹ (Caribe, América Latina, África y Asia).

Al igual que en nuestra muestra, también se evidenció en universitarios de País Vasco², Cataluña¹⁶, Madrid¹⁸ y Alicante²⁰ la omisión de alguna comida al día. Fuera de nuestras fronteras encontramos la misma tendencia en relación con no desayunar y realizar menos de tres comidas al día²⁰.

Del mismo modo, el elevado consumo de comida precocinada también se observó en estudiantes de Baleares²¹ y europeos²², con un notable porcentaje de consumidores de *fast food* varias veces/semana.

El análisis del consumo de diferentes grupos de alimentos mostró desviaciones respecto a las raciones recomendadas por la SENC. Los resultados encontrados están en consonancia con los mostrados por otros autores en población universitaria española, que destacan un elevado consumo de proteínas y grasas (sobre todo saturadas) procedentes de carnes rojas y un bajo consumo de hidratos de carbono, frutas y verduras^{16,17,20,21}, al igual que en estudiantes de otras nacionalidades²². Esto es especialmente relevante, pues las dietas insalubres y la falta de actividad física están entre los principales factores de riesgo para la salud. La OMS identifica cinco de ellos relacionadas con la dieta y el ejercicio físico con las enfermedades crónicas más prevalentes, causantes de una mayor morbilidad (enfermedades cardiovasculares, cáncer, enfermedades respiratorias crónicas y diabetes)²³.

Respecto al hábito tabáquico, se observó un porcentaje de fumadores algo superior al de universitarios valencianos²⁴ y gallegos²⁵ y algo inferior a los de Baleares²¹, predominando en todos ellos en las mujeres, al igual que en nuestro estudio. De igual modo, los altos porcentajes del consumo de alcohol en nuestra muestra se confirmaron en estudiantes universitarios de otras regiones de España^{20,21}.

En el análisis de la percepción negativa de los hábitos alimentarios, los estudiantes identificaban claramente la ingesta de comida precocinada y de bollería industrial, así como no realizar cinco comidas/día como conductas perjudiciales. No sucedía lo mismo con los otros alimentos en los que no alcanzaban la ingesta recomendada o la excedían. Estos resultados, sugieren que son necesarias herramientas de concienciación para que el alejamiento de las recomendaciones sea considerado como un factor negativo en los hábitos de alimentación.

Existe abundante bibliografía de TCA en población adolescente por su mayor prevalencia e inicio en esa edad. No ocurre lo mismo en población universitaria española⁸, siendo

escasos los estudios sobre riesgo de TCA atípicos en esta población. Comparando nuestros resultados de riesgo de TCA atípico con estudios que evalúan el riesgo de TCA general, encontramos similares medidas compensatorias para perder o controlar el peso (ejercicio físico, vómitos y laxantes), predominando estas en los estudiantes con IMC elevado²⁶⁻²⁹.

Se deben considerar las limitaciones de este estudio derivadas de su carácter transversal, del muestreo a conveniencia y de la falta de cuestionarios validados para las variables estudiadas en esta población.

En conclusión, el estilo de vida de los estudiantes de Ciencias de la Salud de la UEM respecto a la alimentación se aleja de lo considerado como estilo de vida saludable, en especial en los hábitos alimentarios (no realizan las cinco comidas diarias e incumplen las recomendaciones de ingesta de alimentos). Los estudiantes con pautas desordenadas son conscientes de sus malos hábitos alimentarios y aun así los mantienen, lo que podría favorecer el riesgo de TCA.

A la vista de nuestros resultados, y los de otros estudios similares, parece recomendable diseñar programas de prevención primaria y secundaria para centros universitarios dirigidos a mejorar estos hábitos de salud, y en especial a los que tienen impacto sobre el desarrollo de TCA, sobrepeso y obesidad (epidemia mundial del siglo XXI).

Financiación

M.L. tiene un contrato Ramón y Cajal (2012_11910) del Ministerio de Economía y Competitividad.

Conflicto de intereses

Los autores declaran que no hay conflicto de intereses.

Agradecimientos

A los estudiantes voluntarios, sin cuya participación no hubiera sido posible este estudio, y a los compañeros del grupo Nutrinvest de la Universidad Europea de Madrid.

Bibliografía

1. Mathers C, Stevens G, Mascarenhas M. Global Health Risks: Mortality and Burden of Disease Attributable to Selected Major Risks. World Health Organization; 2009.
2. Arroyo M, Rocandio AM, Ansotegui L, Pascual E, Salces I, Rebato E. Calidad de la dieta, sobrepeso y obesidad en estudiantes universitarios. *Nutr Hosp*. 2006;21:673-9.
3. Toro J. Etiopatogenia. En: Morandé G, Graell M, Blanco MA, editores. *Trastornos de la conducta alimentaria y obesidad. Un enfoque integral*. Madrid: Médica Panamericana; 2014. p. 17-27.
4. Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM 5. Arlington, VA: Asociación Americana de Psiquiatría; 2013. p. 319.
5. American Dietetic Association. Position of the American Dietetic Association: Nutrition intervention in the treatment of anorexia nervosa, bulimia nervosa, and other eating disorders. *J Am Diet Assoc*. 2006;106:2073-82.
6. Martínez MJ, Muñoz R, Muñoz MT, Caballero FJ, Baño A, Nova E, et al. Respuesta fisiológica a la malnutrición. En: Morandé G, Graell M, Blanco MA, editores. *Trastornos de la conducta*

- alimentaria y obesidad. Un enfoque integral. Madrid: Médica Panamericana; 2014. p. 87–104.
7. Blanco MA. Epidemiología de los trastornos del comportamiento alimentario. Diferencias individuales y perfiles de riesgo en población universitaria. Diseño de una prueba diagnóstica [tesis]. Madrid: Universidad Autónoma de Madrid; 2007.
 8. Gómez R, Díaz AM, Fortea M, Salorio P. Prevalencia de los trastornos alimentarios en una muestra universitaria: Ansiedad como factor de modulación. *Index Enferm*. 2010;19:124–8.
 9. Peláez MA, Raich RM, Labrador FJ. Trastornos de la conducta alimentaria en España: Revisión de estudios epidemiológicos. *Rev Mex Trastor Aliment*. 2010;1:62–75.
 10. Martínez JM, Ortiz R. Antropometría: manual básico para estudios de salud pública, nutrición comunitaria y epidemiología nutricional. 2013 [consultado 2 Oct 2016]. Disponible en: <http://rua.ua.es/dspace/handle/10045/28100>.
 11. World Health Organisation (WHO). BMI classification [consultado 2 Feb 2016]. Disponible en: <http://apps.who.int/bmi/index.jsp?introPage=intro.3.html>.
 12. Rubio MA, Salas-Salvadó J, Barbany M, Moreno B, Aranceta J, Bellido D, et al. Consenso SEEDO 2007 para la evaluación del sobrepeso y la obesidad y el establecimiento de criterios de intervención terapéutica. *Rev Esp Obes*. 2007;5:135–75.
 13. Trinidad I, Fernández J, Cucó G, Biarnés E, Arija V. Validación de un cuestionario de frecuencia de consumo alimentario corto: reproducibilidad y validez. *Nutr Hosp*. 2008;23:242–52.
 14. Dapcich V, Salvador G, Ribas L, Pérez C, Aranceta J, Serra L. Guía de la alimentación saludable. Sociedad Española de Nutrición Comunitaria; 2004.
 15. World Medical Association. Declaración de Helsinki de la AMM — Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos 2012 [consultado 4 Oct 2017]. Disponible en: <https://www.wma.net/es/polices-post/declaracion-de-helsinki-de-la-amm-principios-eticos-para-las-investigaciones-medicas-en-seres-humanos/>.
 16. Socarrás VS, Martínez AA. Hábitos alimentarios y conductas relacionadas con la salud en una población universitaria. *Nutr Hosp*. 2014;31:449–57.
 17. Cutillas AB, Herrero E, San Eustaquio AD, Zamora S, Pérez-Llamas F. Prevalencia de peso insuficiente, sobrepeso y obesidad, ingesta de energía y perfil calórico de la dieta de estudiantes universitarios de la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia (España). *Nutr Hosp*. 2013;28:683–9.
 18. Iglesias MT, Mata G, Pérez A, Hernández S, García-Chico R, Papadaki C. Estudio nutricional en un grupo de estudiantes universitarios madrileños. *Nutr Clin Diet Hosp*. 2013;33:23–30.
 19. Peltzer K, Pengpid S, Samuels T, Özcan NK, Mantilla C, Rahamefy OH, et al. Prevalence of overweight/obesity and its associated factors among university students from 22 countries. *Int J Environ Res Public Health*. 2014;11:7425–41.
 20. Rizo-Baeza MM, González-Brauer NG, Cortés E. Calidad de la dieta y estilos de vida en estudiantes de Ciencias de la Salud. *Nutr Hosp*. 2014;29:153–7.
 21. Moreno-Gómez C, Romaguera-Bosch D, Tauler-Riera P, Bennasar-Veny M, Pericas-Beltran J, Martínez-Andreu S, et al. Clustering of lifestyle factors in Spanish university students: The relationship between smoking, alcohol consumption, physical activity and diet quality. *Public Health Nutr*. 2012;15:2131–9.
 22. El Ansari W, Stock C, Mikolajczyk RT. Relationships between food consumption and living arrangements among university students in four European countries — A cross-sectional study. *Nutr J*. 2012;11:28.
 23. World Health Organization (WHO). Global health risks: Mortality and burden of disease attributable to selected major risks. 2009 [consultado 4 Oct 2017]. Disponible en: http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/GlobalHealthRisks_report_full.pdf.
 24. Chelet-Martí M, Escriche-Saura A, García-Hernández J, Moreno-Bas P. Consumo de tabaco en población universitaria de Valencia. *Trastornos Adictivos*. 2011;13:5–10.
 25. Ayán C, Molina AJ, Varela-Mato V, Cancela JM, Barrio JP, Martín V. Relación entre el consumo de tabaco y la práctica deportiva en una población universitaria de ciencias de la salud y la educación. *Enferm Clin*. 2017;27:21–7.
 26. Berengüi R, Castejón M, Torregrosa M. Body dissatisfaction, risk behaviors eating disorders in university students. *Rev Mex Trastor Aliment*. 2016;7:1–8.
 27. Castejón MA, Berengüi R, Garcés E. Relación del índice de masa corporal, percepción de peso y variables relacionadas con los trastornos de la conducta alimentaria en estudiantes universitarios. *Nutr Clin Diet Hosp*. 2016;36:54–63.
 28. Alba JG, Canales IS, Casas EE, Asencio EN. Imagen corporal y riesgo de trastornos de la conducta alimentaria en población universitaria española: diferencias de género. *Revista de Orientación Educativa*. 2012;26:31–46.
 29. Hernández N, Alves D, Arroyo M, Basabe N. Del miedo a la obesidad a la obsesión por la delgadez; actitudes y dieta. *Nutr Hosp*. 2012;27:1148–55.