



---

**Universidad de Valladolid**

---

**Asociación entre malos hábitos  
alimentarios y otros estilos de vida.  
Proyecto UniHcos.**

---

**Trabajo de Fin de Grado  
Nutrición Humana y Dietética**

Curso 2017-2018

**AUTORA:** Lucía Rojo León

**TUTORA:** Ana Almaraz Gómez

Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública

# RESUMEN.

Introducción: las principales causas de mortalidad en España son las relacionadas con estilos de vida poco saludables. Estos hábitos se adquieren principalmente en la infancia y la adolescencia y se mantendrán, casi con seguridad, durante toda la edad adulta.

Objetivo: analizar la prevalencia de malos hábitos de alimentación en adolescentes universitarios y determinar si hay asociación entre éstos y otros malos hábitos relacionados con el estilo de vida.

Metodología: estudio epidemiológico, observacional, descriptivo y transversal. A partir de un cuestionario autoadministrado se obtuvieron datos sociodemográficos y de estilo de vida de alumnos de universidades españolas de primer curso. La muestra fue de 4166 alumnos, en su mayoría mujeres (71,6%) con 20,20 años  $\pm$  4,5 años de media de edad.

Resultados: se ha encontrado asociación entre la práctica de actividad física, el tabaco y otras drogas y el patrón de consumo de diferentes grupos de alimentos. Ni el alcohol ni el uso excesivo de Internet parecen influir en el consumo de distintos grupos de alimentos, aunque las personas que hacen uso de ellos, al igual que la mayoría, necesitan introducir cambios en su dieta para hacerla más saludable. Se observa también que las personas con algún tipo de Trastorno del Comportamiento Alimentario reestructuran su patrón de alimentación, evitando cierto tipo de alimentos.

Conclusiones: existe relación significativa entre la realización de actividad física, el alcohol y otras drogas y las pautas alimentarias seguidas por los adolescentes universitarios. El 77,6% de esta población necesita cambios en su alimentación, cifra muy similar a la que realiza actividad física. Es importante educar a los estudiantes en hábitos saludables y continuar obteniendo datos de ellos para observar cómo influye todo ello en su salud futura.

Palabras clave: universitarios, actividad física, hábitos alimentarios, drogas, Internet.

# ÍNDICE DE CONTENIDOS.

1. INTRODUCCIÓN.....	5
2. MATERIAL Y MÉTODOS.....	8
3. RESULTADOS.....	12
4. DISCUSIÓN.....	22
5. CONCLUSIONES.....	24
6. BIBLIOGRAFÍA.....	25
7. ANEXOS.....	29

## ABREVIATURAS.

**TCA:** Trastorno del Comportamiento Alimentario.

**AUDIT:** Alcohol Use Disorders Identification Test.

**IPAQ:** Cuestionario Internacional de Actividad Física.

**IAT:** Test de Adicción a Internet.

**CFC:** Cuestionario de Frecuencia de Consumo.

**SCOFF:** Sick, Control, One Stone, Fat, Food.

**IASE:** Índice de Alimentación Saludable de la población Española.

## 1. INTRODUCCIÓN.

El estilo de vida, dentro del ámbito de la epidemiología, se define como el conjunto de comportamientos o actitudes que desarrollan las personas y mantienen en el tiempo y en la vida cotidiana. Estos comportamientos pueden ser, o no, saludables y vienen determinados por la interacción entre las características personales, las relaciones sociales y las condiciones socioeconómicas<sup>1</sup>. Muchas veces, las enfermedades más comunes en la actualidad son debidas a un incorrecto estilo de vida, más que a la genética u otras causas.

Como se desprende de los datos del Global Burden of Disease, de entre los 10 primeros riesgos asociados a mortalidad en España en el rango de 15 a 49 años de edad, 9 están relacionados directamente con el estilo de vida y los malos hábitos, como fumar, tomar alcohol o drogas o diversas deficiencias en la dieta. Además, del total de 22 ítems reflejados, 14 se corresponden con causas puramente relativas al estilo de vida, mientras que solo 3 son debidas al ambiente<sup>2</sup>.

A nivel global y según la Organización Mundial de la Salud (OMS), las 10 primeras causas de defunción en países de ingresos medios altos, como es el caso de España, fueron aquellas relacionadas con la salud cardiovascular, problemas respiratorios, cáncer y diabetes<sup>3</sup>. Como se ve, todas ellas relacionadas con el estilo de vida.

Según el informe global de mortalidad de las Naciones Unidas, en la actualidad, la esperanza de vida al nacer en España para ambos sexos es de 83,36 años, siendo ligeramente superior para las mujeres<sup>4</sup> (+6 años). Sin embargo, esta edad se verá mermada en caso de padecer algún tipo de enfermedad derivada de unos malos hábitos. Hablaríamos entonces del concepto de *Años Potenciales de Vida Perdidos* (APVP), que serían los años que restarían hasta alcanzar la esperanza de vida y que no se viven por una mortalidad prematura.

Algunas de las causas no solo conllevan riesgo de mortalidad, sino que disminuyen la calidad de vida, y podemos encontrarnos ante personas con algún grado de dependencia o incapacidad para la realización de actividades básicas de la vida diaria. En este caso, aparece otro concepto, el de *Años de Vida Ajustados por Discapacidad* (AVAD), que relaciona el dato de los años de vida perdidos con el de los años de vida vividos con algún tipo de discapacidad. Por tanto, nos da una idea de los años perdidos de vivir con buena salud.

Como es sabido, los diferentes hábitos de vida se adquieren en la infancia y se consolidan en la adolescencia. En total, casi un millón y medio de estudiantes están matriculados en las distintas Universidades de nuestro país<sup>5</sup> y esos estudiantes, en su mayoría, siguen siendo adolescentes. Por tanto, debería hacerse hincapié en la promoción de hábitos saludables en este colectivo.

El acceso a la Universidad suele comprender un periodo de incertidumbre, estrés y duda para muchos estudiantes, debido al cambio que supone en su vida diaria. Para algunos, supone también la salida del hogar familiar y un aumento de la independencia, pero también de la responsabilidad en distintos ámbitos. Esta responsabilidad puede ser útil para algunos, que aprenderán a desenvolverse por sí mismos en la vida; pero para otros, puede suponer un cambio de hábitos y una adquisición de malas conductas con respecto a su salud.

En general, el alcohol y el tabaco son las drogas más consumidas entre adolescentes, y que menos se consideran nocivas para la salud<sup>6</sup>, debido principalmente a que son drogas legales. Según el Informe Anual sobre Drogas en España de 2017, el 78,9% de la población juvenil ha consumido alcohol alguna vez y un 68,2% lo hace habitualmente. Además, la mayoría del consumo se produce de golpe, concentrado en los fines de semana<sup>7</sup> y los lugares más habituales de consumo son aquellos que ofrecen comida y música<sup>8</sup>. Junto con este consumo, encontramos malos hábitos alimentarios: en general, los estudiantes que presentan un consumo abusivo de alcohol ingieren más comida rápida y menos fruta, verdura, pasta, pan, legumbre y lácteos<sup>9</sup>.

Respecto al tabaco, el 15% de los adolescentes son fumadores habituales y, en mayor medida, son chicas<sup>10,16</sup>. El tabaco es menos consumido que el alcohol, pero de forma más habitual<sup>7,17</sup>. Como se observa en varios estudios de la literatura científica<sup>11-13,16</sup>, es significativa la relación inversa entre la práctica de actividad física y el consumo de tabaco. Además, en relación con la alimentación, el consumo de tabaco se asocia a una mayor ingesta de comida rápida, menos fruta, vegetales y leche y también está asociado con un mayor consumo de alcohol<sup>14</sup>. Por otra parte, muchas chicas relacionan el consumo de tabaco con una silueta más delgada<sup>15</sup>, lo que puede hacerlas vulnerables a la aparición de Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA) y una mayor adicción al tabaco.

Por su parte, las drogas ilegales son percibidas como un mayor riesgo para la salud por la población universitaria<sup>6</sup> y la mayoría de los estudiantes indica que nunca las ha

consumido<sup>7</sup>, aunque el 49% tiene amigos que sí las consumen<sup>8</sup>. Las más habituales son el cannabis (29,1%), la cocaína (3,5%) y el éxtasis (0,9%)<sup>6</sup> y su consumo se relaciona inversamente con la práctica de actividad física<sup>7</sup>.

Internet es una herramienta que se ha instalado rápidamente en nuestras vidas y aparece en casi todas las ocasiones. Daniel Sieberg, director de relaciones institucionales de Google acuñó el término *obesidad digital* para referirse a un exceso de uso de las nuevas tecnologías, con una necesidad de conectividad continua, que puede traducirse en diferentes alteraciones, entre las que se encuentran el sobrepeso y la dependencia<sup>18,19</sup>. En general, se observa que la práctica de ejercicio físico disminuye en la etapa universitaria y aparece un mayor uso de videoconsolas, ordenadores y televisión<sup>21</sup>, especialmente en las chicas<sup>19</sup>. Este último punto es importante, ya que en Internet podemos encontrar páginas en las que se favorecen los TCA<sup>20</sup>, y las chicas son también las más vulnerables en este aspecto<sup>22</sup>. Diversos estudios<sup>19,20,22</sup> relacionan el uso de nuevas tecnologías en exceso con una menor adherencia a la dieta mediterránea, sedentarismo y sobrepeso. Sin embargo, no se encuentra asociación entre el consumo de tabaco, alcohol o drogas y el uso excesivo de nuevas tecnologías, aunque algunos autores<sup>22</sup> señalan que en las mujeres se observa un mayor consumo de alcohol.

## JUSTIFICACIÓN

Cada vez son más prevalentes los problemas de salud derivados de los malos hábitos dietéticos y los hábitos tóxicos. Es en la etapa adolescente en la que se instauran los hábitos que, presumiblemente, nos acompañarán toda la vida. Por ello, es importante identificar los factores que afectan negativamente a la salud y la relación entre ellos, para permitir el posterior desarrollo de medidas y acciones preventivas y correctivas, que se traduzcan en una mejor salud y una menor incidencia de enfermedades.

## OBJETIVOS

- Analizar la prevalencia de malos hábitos de alimentación en adolescentes universitarios de un conjunto de universidades españolas.
- Determinar si hay asociación entre los diferentes hábitos no saludables (tabaco, drogas, Internet,...) y los malos hábitos respecto a la alimentación.

## 2. MATERIAL Y MÉTODOS.

### Diseño del estudio.

Es un estudio epidemiológico, observacional, descriptivo y transversal.

### Población a estudio.

La población diana comprende la totalidad de los alumnos de primer curso y primera matrícula de las diferentes universidades adscritas al proyecto UniHcos entre el año 2011 y el 2015<sup>23</sup>. Finalmente, la muestra total fue de 4166 estudiantes.

Para obtener información acerca de las diferentes variables a estudio, los alumnos fueron invitados por correo electrónico a realizar un cuestionario autoadministrado<sup>24</sup>, de forma voluntaria y confidencial<sup>25</sup>. El cuestionario constaba de 373 ítems a lo largo de los cuáles se iba dando información sobre características demográficas, uso de sustancias y otros hábitos de vida.

No se perdieron datos ni se desechó ningún cuestionario, ya que todas las preguntas eran de respuesta obligatoria.

### Variables e instrumentos de medida.

- Variables sociodemográficas: sexo, edad, titulación que se cursa y tipo de domicilio (residencia universitaria, piso compartido o domicilio familiar).
- Consumo de alcohol:
  - AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test): utilizado para cribar el consumo excesivo de alcohol. Principalmente, se busca identificar bebedores de riesgo con el fin de poder realizar intervenciones para que abandonen el hábito. Consta de 10 preguntas referidas a la frecuencia con que se dan diferentes situaciones. La puntuación va de 0 a 40 puntos, suponiendo más dependencia cuanto más alto sea el valor y presentando síntomas de adicción a partir de 8 puntos<sup>26</sup> (**ANEXO 1**).

- Binge drinking: podríamos definir este concepto como un consumo abusivo de alcohol en una misma ocasión. Más o menos la ingesta de 60g de alcohol en unas pocas horas o la referencia práctica, 4 o más unidades de alcohol en mujeres y 5 o más en hombres<sup>27</sup>. Los episodios de esta ingesta abusiva se miden con preguntas abiertas y preguntas dicotómicas (SÍ/NO). Las preguntas son relativas a si se ha consumido alguna vez alcohol, la edad de comienzo de consumo o la frecuencia de borracheras en el último año.
- Hábito tabáquico:
- Consumo de tabaco: se divide a los participantes en tres categorías (fumador actual, no fumador o exfumador).
  - Dependencia del tabaco: valorada utilizando el Test Fagerström. Este test contiene 6 preguntas, algunas dicotómicas (SÍ/NO) y otras con varias opciones de cantidades, para expresar tiempos o cantidad de cigarrillos. La máxima puntuación es de 10. Se establece baja dependencia en menos de 4, moderada entre 4 y 7, y alta a partir de 7<sup>28</sup> (**ANEXO 2**).
  - Consumo + dependencia: esta nueva variable creada relaciona los dos conceptos descritos anteriormente y es la que utilizaremos en el análisis estadístico, dividiendo a los sujetos en tres categorías (no fumadores o exfumadores; sujetos con dependencia baja y sujetos con dependencia moderada/alta).
- Actividad física:
- Test IPAQ (Cuestionario Internacional de Actividad Física): sirve para conocer el tipo y frecuencia de actividad física en la última semana. Está formado por 7 preguntas abiertas (versión corta), que deben contestarse con números. Después, a partir de unas fórmulas dadas se valorará si el nivel de actividad es sedentario, moderadamente activo o muy activo<sup>29</sup> (**ANEXO 3**).
- Internet:
- Test de Adicción a Internet (Cuestionario IAT): analiza el grado en que afecta el uso de Internet a la vida diaria de la persona. El test ha sido validado en castellano por Tania Fernández Villa, una de las

promotoras del desarrollo del proyecto UniHcos<sup>23,30</sup>. Consta de 20 preguntas que se contestarán en una escala Likert que va de nunca a siempre, adquiriendo diferente puntuación en función de la frecuencia respondida. Se establece un rango de uso normal por debajo de 20 puntos, exceso de conexión entre 20 y 40 y uso adictivo o patológico a partir de 40 puntos<sup>19</sup> ([ANEXO 4](#)).

– Alimentación:

- Cuestionario de Frecuencia de Consumo (CFC): sirve para obtener un registro del consumo o no consumo de alimentos de diferentes grupos<sup>31</sup>. No hay un cuestionario estandarizado oficial, se redacta en función de las respuestas que se necesitan. En este caso se pregunta por el consumo de 15 alimentos o grupos de alimentos. En cada uno de ellos se contesta en una escala que va desde "a diario" hasta "nunca o casi nunca". Al introducir los datos en el programa estadístico, se barema con números del 1 (nunca o casi nunca) al 5 (a diario). De este modo, se obtendrá una media de consumo que variará entre dichos números en función de la frecuencia con que se consume cada alimento.
- Cuestionario SCOFF: (Sick, Control, One stone, Fat, Food): se usa para realizar un cribado de Trastornos del Comportamiento Alimentario. Consta de 5 preguntas dicotómicas (SÍ/NO). Cada SÍ es valorado con un punto y el punto de corte para la criba es de 2 puntos<sup>32</sup> ([ANEXO 5](#)).
- Índice de Alimentación Saludable para la población Española (IASE): comprende 4 variables referentes a alimentos de consumo diario, 2 variables para alimentos de consumo semanal, 3 variables para alimentos de consumo ocasional y una última variable que determinará si hay variedad o no en la dieta. Cada variable dará lugar a una puntuación en función de la frecuencia de su consumo. La suma total de las puntuaciones divide los resultados en tres categorías: "saludable" si se obtienen >80 puntos, "necesita cambios" si la puntuación se encuentra entre 50 y 80 y "poco saludable" en caso de obtener <50 puntos<sup>33</sup> ([ANEXO 6](#)).

### Análisis estadístico.

Los datos, codificados en Excel, fueron exportados para su tratamiento estadístico al programa IBM SPSS (Statistical Package for Social Sciences) versión 24.

Para el análisis descriptivo, se utilizó la media y el error estándar o la mediana y el intervalo intercuartílico en el caso de variables cuantitativas y distribución de frecuencias para las categóricas.

Se utilizó el test  $\chi^2$  para analizar la asociación entre variables categóricas. En la comparación de medias, se utilizó la t de student o ANOVA, según el número de categorías.

En todos los casos se consideró un nivel de significación de 0,05.

### 3. RESULTADOS.

#### Características de la muestra.

##### A. Características sociodemográficas.

La muestra total fue de 4166 alumnos matriculados en primer curso y por primera vez en las diferentes universidades que participan en el proyecto entre el año 2011 y el 2015.

La universidad que tuvo más alumnos que respondieron al cuestionario fue la Universidad de Granada (35,8%), mientras que la Universidad de Valladolid fue la segunda con menor participación (4,2%), con 1490 y 177 alumnos, respectivamente.

Las características generales de esta muestra se pueden ver en la **TABLA 1**.

Respecto al sexo, en la muestra se observa una mayoría de mujeres (71,6%). La edad media del total de la muestra fue de 20,2 años  $\pm$  4,5 años, siendo el 73,9% del total menores de 21 años. El 75,7% eran estudiantes de titulaciones diferentes a Ciencias de la Salud y más de la mitad (55,9%) vivía fuera del domicilio familiar, bien en residencias o colegios mayores o bien en pisos compartidos.

**TABLA 1. Características generales de la muestra.**

	<b>N (%)</b>
<b>SEXO</b>	
Mujer	2982 (71,6)
Hombre	1184 (28,4)
<b>EDAD</b>	
< 21 años	3078 (73,9)
$\geq$ 21 años	1088 (26,1)
<b>TITULACIÓN</b>	
Ciencias de la Salud	1014 (24,3)
Otras titulaciones	3152 (75,7)
<b>LUGAR DE RESIDENCIA</b>	
Domicilio familiar	1836 (44,1)
Residencia o Colegio Mayor	459 (11)
Piso compartido/Domicilio propio	1871 (44,9)

## B. Estilo de vida.

En cuanto al consumo de tabaco, la mayoría de los alumnos no fuman (77,3%, de los cuales el 9% son ex fumadores) y, de los fumadores, el porcentaje con alto grado de dependencia es minoritario (6,2%). Todo ello podemos verlo resumido en la **TABLA 2**.

**TABLA 2. Consumo de tabaco.**

	N (%)
<b>CONSUMO DE TABACO</b>	
No fumador	2845(68,3)
Ex fumador	376 (9,0)
Fumador	945 (22,7)
<b>CONSUMO DE TABACO + DEPENDENCIA</b>	
No fumador/ Ex fumador	3214 (77,3)
Dependencia baja	692 (16,5)
Dependencia moderada/ alta	260 (6,2)

El consumo de alcohol centrado en los fines de semana (*binge drinking*) fue realizado por casi la mitad de la muestra en el último mes (49,5%) y la dependencia a éste se valoró con el test AUDIT, obteniendo que casi un cuarto de la muestra (22,2%) presenta algún tipo de problema con el alcohol. Estos datos están resumidos en la **TABLA 3**.

**TABLA 3. Consumo de alcohol.**

	N (%)
<b>Binge drinking</b>	
Sí	2063 (49,5)
No	2103 (50,5)
<b>AUDIT</b>	
< 8 puntos	3243 (77,8)
≥ 8 puntos	923 (22,2)

En cuanto al uso de Internet, mediante la aplicación del IAT hemos encontrado que los alumnos, en general, hacen un uso adecuado del mismo (94,0%), aunque algunos presenten un exceso de conexión. Sólo un pequeño porcentaje (6,0%) tiene un uso abusivo de Internet. Los datos se resumen en la **TABLA 4**.

**TABLA 4. Uso de Internet.**

	<b>N (%)</b>
Uso normal	2711 (65,1)
Exceso de conexión	1203 (28,9)
Problemas ocasionales o uso adictivo	252 (6,0)

Respecto a las drogas, casi la mitad de los alumnos ha probado alguna en, al menos, una ocasión (46,0%). Principalmente el cannabis, probado por el 45,1% de los alumnos. A gran distancia le sigue la cocaína en polvo, utilizada por el 4,2% de los participantes al menos una vez. Podemos ver los datos en la **TABLA 5**.

**TABLA 5. Consumo de drogas.**

	<b>N (%)</b>
Ninguna	2249 (54,0)
Alguna	1917 (46,0)

En lo referente a la actividad física, tres cuartas partes de la muestra son activas físicamente (75,2%), aunque en distinto grado. Podemos verlo en la **TABLA 6**.

**TABLA 6. Hábito de actividad física.**

	<b>N (%)</b>
Sedentario	1021 (24,8)
Moderadamente activo	1678 (40,7)
Muy activo	1424 (34,5)

### C. Alimentación.

Del total de alumnos participantes, la mayoría necesitan cambios en su dieta (77,6%) según la puntuación obtenida en el IASE. Por otro lado, casi un quinto de todos los alumnos (19,4%) obtuvieron una puntuación mayor de 2 en el test SCOFF de cribado de TCAs.

Los resultados están en la **TABLA 7**.

**TABLA 7. Hábitos alimentarios.**

	N (%)
<b>CALIDAD DE LA DIETA</b>	
Alimentación saludable	490 (11,8)
Necesita cambios	3233 (77,6)
Alimentación poco saludable	443 (10,6)
<b>SCOFF</b>	
< 2 puntos	3359 (80,6)
≥ 2 puntos	807 (19,4)

#### Relación entre los datos sobre hábitos alimentarios y los diferentes estilos de vida.

En la **TABLA 8** podemos ver la relación entre el consumo de los diferentes grupos de alimentos y los distintos estilos de vida estudiados. Solo se incluyen aquellos que han tenido significación estadística ( $p \leq 0,05$ ).

**TABLA 8. Relación entre grupos de alimentos y estilos de vida.**

ALIMENTO	ESTILO DE VIDA	MEDIA	DESVIACIÓN ESTÁNDAR	SIGNIFICACIÓN $p$
Fruta	Actividad física			,000
	Sedentario	3,36	1,414	
	Moderadamente activo	3,59	1,360	
	Muy activo	3,87	1,270	

Carne	<b>Actividad física</b>			
	Sedentario	3,80	,870	,030
	Moderadamente activo	3,80	,871	
	Muy activo	3,87	,829	
	<b>Binge drinking</b>			
	Sí	3,85	,831	,043
	No	3,80	,885	
Hamburguesas	<b>Consumo de tabaco</b>			
	No fumador/ exfumador	1,97	,831	,005
	Dependencia baja	2,05	,855	
	Dependencia moderada	1,87	,792	
	<b>Éxtasis y drogas de diseño (alguna vez en la vida)</b>			
	Sí	2,13	,814	,023
	No	1,97	,833	
Huevos	<b>Actividad física</b>			
	Sedentario	2,97	,786	,014
	Moderadamente activo	2,99	,812	
	Muy activo	3,06	,795	
Pescado	<b>Actividad física</b>			
	Sedentario	2,72	,959	,000
	Moderadamente activo	2,85	,964	
	Muy activo	2,98	,915	
Pasta	<b>Actividad física</b>			
	Sedentario	3,71	,806	,011
	Moderadamente activo	3,75	,755	
	Muy activo	3,80	,802	
	<b>Éxtasis y drogas de diseño (alguna vez en la vida)</b>			
	Sí	3,94	,756	,005
	No	3,75	,786	

<b>Pan/Cereales</b>	<b>Consumo de tabaco</b>			
	No fumador/ exfumador,	4,27	1,090	,038
	Dependencia baja	4,20	1,101	
	Dependencia moderada	4,40	,995	
<b>Pizzas</b>	<b>Actividad física</b>			
	Sedentario	2,24	,879	,000
	Moderadamente activo	2,22	,865	
	Muy activo	2,11	,884	
	<b>Éxtasis y drogas de diseño (alguna vez en la vida)</b>			
	Sí	2,34	,909	,027
	No	2,18	,875	
	<b>Speed (alguna vez en la vida)</b>			
	Sí	2,38	,926	,011
	No	2,18	,875	
<b>Verduras</b>	<b>Actividad física</b>			
	Sedentario	3,31	1,201	,000
	Moderadamente activo	3,49	1,156	
	Muy activo	3,62	1,146	
<b>Legumbres</b>	<b>Consumo de tabaco</b>			
	No fumador/ exfumador	2,90	,961	,005
	Dependencia baja	2,93	,910	
	Dependencia moderada/alta	3,10	,956	
	<b>Actividad física</b>			
	Sedentario	2,84	1,002	,002
	Moderadamente activo	2,89	,942	
	Muy activo	2,98	,926	
	<b>Éxtasis y drogas de diseño (alguna vez)</b>			
	Sí	3,12	,878	,007
No	2,91	,956		

<b>Lácteos</b>	<b>Actividad física</b>			
	Sedentario	4,45	,956	,002
	Moderadamente activo	4,57	,842	
	Muy activo	4,56	,865	
	<b>Tranquilizantes (alguna vez en la vida)</b>			
	Sí	4,34	1,134	,013
	No	4,54	,873	
<b>Dulces</b>	<b>Actividad física</b>			
	Sedentario	3,24	1,279	,000
	Moderadamente activo	3,35	1,258	
	Muy activo	3,16	1,276	
<b>Refrescos</b>	<b>Éxtasis y drogas de diseño (alguna vez)</b>			
	Sí	2,73	1,263	,039
	No	2,52	1,288	
<b>Zumos</b>	<b>Actividad física</b>			
	Sedentario	3,08	1,414	,001
	Moderadamente activo	3,19	1,404	
	Muy activo	3,30	1,405	
	<b>Éxtasis y drogas de diseño (alguna vez)</b>			
	Sí	3,44	1,362	,037
	No	3,19	1,411	
	<b>Speed (alguna vez en la vida)</b>			
	Sí	3,49	1,432	,017
	No	3,19	1,408	
	<b>Binge drinking</b>			
	Sí	3,25	1,399	,040
No	3,16	1,419		

A lo largo de la tabla podemos observar que la mayor relación con los diferentes grupos se da en el caso de la realización o no de actividad física. Prácticamente todos los grupos de alimentos varían en frecuencia de consumo entre las personas con diferentes grados de actividad física. En general, las personas con mayor grado de actividad física consumen más fruta, carne, huevos, pescado, pasta, verduras, legumbres, lácteos y zumos y menos pizzas y dulces.

También producen cambios en la ingesta de diferentes alimentos otros estilos de vida. Por ejemplo, las personas con dependencia baja al tabaco consumen más hamburguesas (2,05) y menos pan y cereales (4,20). Además, el consumo de legumbres aumenta con la dependencia a este hábito (2,90-3,10).

Con respecto al speed, el éxtasis y otras drogas de diseño y los tranquilizantes, se observa que las personas que han consumido alguno de ellos alguna vez ingieren más hamburguesas, más pasta, más pizzas, más legumbres, más refrescos y zumos y menos lácteos.

Sin embargo, ni el alcohol ni el uso de Internet influyen en la alimentación de los participantes según los resultados del estudio.

Por otra parte, en la **TABLA 9** se ve la relación existente entre los diferentes grados de actividad física y la puntuación obtenida en el Índice de Alimentación saludable (IASE). En general, se observa una mayor calidad de la dieta en las personas que realizan actividad física de manera muy activa. En cualquier caso, en los tres grupos, la mayoría de los integrantes necesita introducir cambios para mejorar su alimentación.

**TABLA 9. Relación entre la puntuación del IASE y la realización de actividad física.**

		Alimentación saludable	Necesita cambios	Alimentación poco saludable
<b>ACTIVIDAD FÍSICA</b>	Sedentario	9,3%	76,4%	14,3%
	Moderadamente activo	11,3%	77,8%	10,9%
	Muy activo	14,2%	78,1%	7,7%

\* $p = ,000$ .

Además de por la actividad física, el IASE se verá afectado por el resultado obtenido tras la aplicación del IAT, como puede verse en la **TABLA 10**. En dicha tabla puede observarse que tanto el grupo con uso normal de Internet como el grupo que realiza un

uso problemático, en su mayoría, necesitan realizar cambios en su dieta (77,3% y 81,7%, respectivamente).

**TABLA 10. Relación entre la puntuación del IASE y el uso de Internet.**

		Saludable	Necesita cambios	Poco saludable
Uso normal (0-40 puntos)	<b>N (%)</b>	459 (11,7)	3027 (77,3)	428 (10,9)
Uso problemático (>40 puntos)	<b>N (%)</b>	31 (12,3)	206 (81,7)	15 (6,0)

\* $p = ,045$ .

En cuanto a la relación entre la puntuación obtenida en el cuestionario SCOFF y los diferentes estilos de vida, se observa significación respecto al consumo de tabaco y otras drogas, el grado de actividad física y algunos alimentos como los huevos, la pasta o las legumbres. Todo ello aparece en la **TABLA 11**, la **TABLA 12** y la **TABLA 13**, respectivamente.

Se observa que, tanto en el grupo de menor puntuación como en el de mayor puntuación en el cuestionario SCOFF, son mayoría los no fumadores o exfumadores (77,0% en personas con puntuaciones menores de 2 y 77,8% en aquellos con puntuaciones mayores de 2). (**TABLA 11**).

En cuanto a actividad física, hay mayor sedentarismo en ambos grupos de puntuación del cuestionario SCOFF (23,8% en personas con puntuaciones menores de 2 y 28,6% en aquellos con puntuaciones mayores de 2). (**TABLA 12**).

Respecto a los alimentos, observamos que las personas con más de 2 puntos en el cuestionario consumen menos huevos, pasta, pan y cereales, legumbres, embutidos, lácteos, refrescos y zumos. (**TABLA 13**).

**TABLA 11. Relación entre puntuación SCOFF y grado de dependencia de tabaco.**

			No fumador/ exfumador	Dependencia baja	Dependencia moderada	Dependencia alta
<b>SCOFF</b>	< 2 puntos	<b>N (%)</b>	2586 (77,0)	563 (16,8)	24 (6,1)	6 (0,2)
	≥ 2 puntos	<b>N (%)</b>	628 (77,8)	129 (16,0)	44 (5,5)	6 (0,7)

\* $p = ,048$ .

**TABLA 12. Relación entre puntuación SCOFF y grado de actividad física.**

			Sedentario	Moderadamente activo	Muy activo
SCOFF	< 2 puntos	N (%)	793 (23,8)	1362 (41,0)	1171 (35,2)
	≥ 2 puntos	N (%)	228 (28,6)	316 (39,6)	253 (31,8)

\* $p = ,015$ .

**TABLA 13. Relación entre puntuación SCOFF y frecuencia de consumo de diferentes grupos de alimentos.**

Alimento	Puntuación SCOFF	Media	Desviación estándar	Significación $p$
Huevos	< 2 puntos	3,02	,792	,028
	≥ 2 puntos	2,96	,832	
Pasta	< 2 puntos	3,78	,763	,001
	≥ 2 puntos	3,68	,870	
Pan/Cereales	< 2 puntos	4,29	1,066	,004
	≥ 2 puntos	4,17	1,169	
Legumbres	< 2 puntos	2,93	,950	,047
	≥ 2 puntos	2,86	,969	
Embutidos	< 2 puntos	3,16	1,186	,014
	≥ 2 puntos	3,05	1,271	
Lácteos	< 2 puntos	4,55	,870	,014
	≥ 2 puntos	4,47	,929	
Refrescos	< 2 puntos	2,56	1,291	,000
	≥ 2 puntos	2,38	1,266	
Zumos	< 2 puntos	3,23	1,400	,019
	≥ 2 puntos	3,10	1,447	

## 4. DISCUSIÓN.

Este estudio tiene como objetivo analizar la relación existente entre los hábitos alimentarios y otros hábitos, algunos no saludables, como el tabaco, el consumo de alcohol o el uso abusivo de Internet y nuevas tecnologías.

Los resultados que se han obtenido aluden principalmente a la realización de actividad física, que es el hábito que más influye en la manera en que los participantes del estudio se alimentan.

Cuanto más activa es la persona, consume más fruta, carne, huevos, pescado, pasta, verduras, legumbres y zumos y menos dulces y pizzas. Acorde a lo visto en otros estudios, como el de Carolina Castañeda Vázquez et al. realizado con datos de estudiantes de la Universidad de Sevilla<sup>7</sup>, se observa que, en general, consideran que siguen una alimentación más sana y equilibrada aquellos estudiantes que son más activos.

Por otra parte, las personas con puntuaciones mayores en el SCOFF tienden a ser más sedentarias, en contra de lo que podría esperarse por la lectura de otros estudios que evalúan la relación entre la práctica de actividad física y el desarrollo de TCA<sup>34</sup>. Esto puede ser porque usen diferentes técnicas restrictivas o purgativas para compensar la falta de actividad física y evitar subidas de peso.

En cuanto a la encuesta IASE, en general, todos los grupos necesitan introducir cambios en su alimentación para que ésta sea saludable. Sí se relaciona una mejor calidad de la dieta con la mayor práctica de actividad física, pero con esta mayor actividad también aumenta el porcentaje de participantes que necesitan cambios. Esto puede deberse a que, como realizan actividad física, se permiten más transgresiones en la dieta porque pueden "compensarlo".

Otro hallazgo es la relación entre el consumo de diferentes alimentos o grupos de alimentos y el hábito tabáquico. En el estudio se muestra que las personas con dependencia baja hacia el tabaco consumen más hamburguesas y menos pan y cereales, mientras que el consumo de legumbres aumenta acorde a la dependencia a esta sustancia. Estos resultados no son totalmente acordes a los que encontramos en la literatura científica<sup>11,13,14</sup>, en la que se relaciona el consumo de tabaco con una menor ingesta de vegetales, frutas y leche. Sí coinciden en el aumento de la ingesta de comida rápida, en este caso hamburguesas, aunque habría que contrastar los

datos y definir el nivel de dependencia al tabaco y el tipo concreto de comida rápida para ver si son acordes los resultados de todos los estudios.

En cuanto al cuestionario SCOFF, se da un mayor porcentaje de no fumadores o exfumadores en las puntuaciones más altas de éste, mientras que los fumadores se mantienen con puntuaciones más bajas. Esto es contrario a la revisión de la literatura científica, en la que se expone que muchas chicas asocian el consumo de tabaco con una silueta más delgada y pueden utilizarlo como "herramienta" aquellas que padezcan algún TCA<sup>15</sup>.

Estas personas con mayores puntuaciones en el cuestionario SCOFF, según los resultados obtenidos, consumen menos pasta, huevos, pan/cereales, embutidos, legumbres, lácteos refrescos y zumos. Casi todos los alimentos mencionados han sido también menos elegidos para sus dietas en otros estudios con personas con trastornos del comportamiento alimentario<sup>35,36</sup>.

En lo referente a las drogas, en el presente estudio se observa que las personas que consumen speed o éxtasis consumen más comida rápida y, en general, siguen un patrón menos saludable en su alimentación. Sin embargo, no se han encontrado estudios que avalen o refuten estos resultados.

Respecto a las limitaciones del estudio podríamos señalar que, al ser un cuestionario tan largo, se consigue una baja respuesta al mismo. Por ello, aunque la muestra es amplia, con un cuestionario más limitado podría favorecerse esta respuesta, aunque también se perdería concreción en los datos.

Por otra parte, se trata de un estudio transversal, por lo que las relaciones obtenidas son de naturaleza correlacional, no pueden establecerse relaciones de causalidad.

## 5. CONCLUSIONES.

Existe relación significativa entre la realización de actividad física y el patrón de consumo de diferentes alimentos. Sin embargo, la prevalencia de alimentación con necesidad de cambios en la población estudiada es del 77,6%, muy similar a la cantidad de personas que realizan actividad física.

Otro tipo de sustancias, como el alcohol y algunas drogas, también influyen en la alimentación de los adolescentes, aunque en menor medida. No existen asociaciones entre la manera en que influye el consumo de sustancias en la alimentación y la forma en la que lo hace la práctica de actividad física.

Es necesario realizar programas de educación nutricional a todos los niveles desde edades tempranas, enseñando a los estudiantes a consolidar un hábito alimentario saludable para que, si en un futuro adquieren otros hábitos insanos (en los cuales también habrá que educar a la población), éstos no influyan tan negativamente en la alimentación.

Es también importante mantener la continuidad del proyecto UniHcos, ya que a partir de sus datos podremos relacionar los diferentes efectos de distintos hábitos de vida y observar cómo afectan a la vida diaria de la población. Con ello, se puede aclarar cuáles serían los ámbitos de actuación prioritarios.

## 6. BIBLIOGRAFÍA.

1. Organización Mundial de la Salud (OMS/WHO). Las 10 principales causas de defunción. [acceso 17 abr 2018]. Disponible en:  
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs310/es/>
2. Global Burden of Disease. Ranking de los riesgos de asociados a mortalidad. Datos de 2016. [acceso 16 abr 2018]. Disponible en:  
<https://vizhub.healthdata.org/gbd-compare/>
3. Organización Mundial de la Salud. Promoción de la Salud, glosario de términos. 1998. Página 27. [acceso 17 abr 2018]. Disponible en:  
[http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/67246/WHO\\_HPR\\_HEP\\_98.1\\_spa.pdf?sequence=1&ua=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/67246/WHO_HPR_HEP_98.1_spa.pdf?sequence=1&ua=1)
4. Naciones Unidas. World Mortality Report 2017. Esperanza de vida al nacimiento 1950-2020. [acceso 16 abr 2018]. Disponible en:  
<http://www.un.org/en/development/desa/population/publications/mortality/world-mortality-cdrom-2017.shtml>
5. Instituto Nacional de Estadística España en cifras 2017. Página 15. [acceso 17 abr 2018]. Disponible en: [http://www.ine.es/prodyser/espa\\_cifras/2017/index.html#14](http://www.ine.es/prodyser/espa_cifras/2017/index.html#14)
6. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Gobierno de España. Informe de consumo de drogas 2017. 2017. [acceso 17 abr 2018]. Disponible en:  
<http://www.pnsd.msssi.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/informesEstadisticas/pdf/2017OEDA-INFORME.pdf>
7. Castañeda Vázquez C, Romero Granados S. Alimentación y consumo de sustancias (alcohol, tabaco y drogas) del alumnado universitario. Análisis en función del género y la práctica de actividad físico-deportiva. *Cultura, Ciencia y Deporte*. 2014;9(26):95-105.
8. Salazar Torres IC, Arrivillaga Quintero M. El consumo de alcohol, tabaco y otras drogas como parte del estilo de vida de jóvenes universitarios. *Rev Colomb Psicol*. 2004;(13):74-89.
9. Ramos Corvillo, L. Prevalencia de alcoholoxia y factores asociados en universitarios españoles (Proyecto UniHcos). 2017.

10. Tercedor P, Martín-Matillas M, Chillón P, Pérez-López IJ, Ortega FB, Warnberg J, et al. Incremento del consumo de tabaco y disminución del nivel de práctica de actividad física en adolescentes españoles. Estudio AVENA. *Nutr Hosp.* 2007;22(1):89-94.
11. Lee B, Yi Y. Smoking, physical activity and eating habits among adolescents. *West J Nurs Res.* 2016;38(1):27-42.
12. Ma J, Hampl JS, Betts NM. Antioxidant intakes and smoking status: data from the continuing survey of foods intakes by individuals. 1994-1996. *Am J Clin Nutr.* 2000;71(3):774-780.
13. Wilson DB, Nietert PJ. Patterns of fruit, vegetable and milk consumption among smoking and nonsmoking female teens. *Am J Prev Med.* 2002;22(4):240-246.
14. Robles MI, Obando J, González MT, Bueno J. Asociación entre dieta, actividad física y consumo de tabaco en adolescentes. *SEMERGEN - Medicina de Familia.* 2011;37(5):238-245.
15. Jiménez-Muro A, Beamonte San Agustín A, Marqueta Baile A, Gargallo Valero P, Nerin de la Puerta I. Consumo de drogas en estudiantes universitarios de primer curso. *Adicciones.* 2009;21(1):131-142.
16. Riba i Sicart M. Estudio de los hábitos alimentarios en una población universitaria y sus condicionantes. Tesis doctoral. 2002.
17. Sánchez-Socarrás V, Aguilar Martínez A. Hábitos alimentarios y conductas relacionadas con la salud en una población universitaria. *Nutr Hosp.* 2015;31(1):449-457.
18. Díaz Ruiz R, Aladro Castañeda M. Relación entre el uso de las nuevas tecnologías y el sobrepeso infantil como problema de salud pública. *RqR Enferm Comunitaria (Revista de SEAPA).* 2016;4(1):46-51.
19. Fernández-Villa, T, Alguacil Ojeda J, Almaraz Gómez A, Cancela Carral JM, Delgado-Rodríguez M, García-Marín M, et al. Uso problemático de internet en estudiantes universitarios: factores asociados y diferencias de género. *Adicciones.* 2015;27(4):265-275.

20. Ochoa de Alda I, Bleye L, Carmona R. Trastornos de conducta alimentaria (TCA) en las redes sociales: perfil de uso y posibles peligros [monografía de Internet]. Universidad del País Vasco: Facultad de psicología; 2015 [acceso 18 abr 2018]. Disponible en:  
<http://congresonacionaldepsicoterapia.es/wp-content/uploads/2017/11/Trastornos-de-conducta-alimentaria-TCA-en.pdf>
21. Vargas MJ. Trastornos de la conducta alimentaria. Rev Med Costa Rica Centroamérica. 2013;70(607):475-482.
22. Grao Cruces A, Nuviala A, Fernández-Martínez A, Martínez-López EJ. Relationship of physical activity and sedentarism with tobacco and alcohol consumption, and Mediterranean diet in Spanish teenagers. Nutr Hosp. 2015;31(4):1693-1700.
23. Fernández Villa T, Alguacil Ojeda J, Ayán Pérez C, Bueno Cavanillas A, Cancela Carral JM, Capelo Álvarez R, et al. Proyecto UniHcos, cohorte dinámica de estudiantes universitarios para el estudio del consumo de drogas y otras adicciones.
24. Cuestionario diseñado para el Proyecto UniHcos. [acceso 7 may 2018]. Disponible en:  
<http://preventiva.unileon.es/uniHcos/DATOSPERSONALES/cuestionario.htm?sphinxaxid>.
25. Boletín Oficial del Estado. Ley Orgánica 15/1999 de Protección de Datos de Carácter Personal. 1999. [acceso 7 may 2018]. Disponible en:  
<http://www.boe.es/boe/dias/1999/12/14/pdfs/A43088-43099.pdf>.
26. Babor TF, Higgins-Biddle JC, Saunders JB, Monteiro MG. AUDIT Cuestionario de Identificación de los Transtornos debidos al Consumo de Alcohol: Pautas para su utilización en Atención Primaria. Valencia: OMS; 2011.
27. Ministerio de Sanidad y Consumo. Prevención de los problemas derivados del alcohol: Primera Conferencia de Prevención y Promoción de la Salud en la Práctica Clínica en España [acceso 24 may 2018]. Disponible en: <http://www.msc.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/docs/prevencionProblemasAlcohol.pdf>
28. Fagerstrom KO. Measuring degree of physical dependence to tobacco smoking with reference to individualization of treatment. Addict Behav 1978;3(3-4):235-41.

29. Mantilla Toloza SC, Gómez Conesa A. El Cuestionario Internacional de Actividad Física: un instrumento adecuado en el seguimiento de la actividad física poblacional. *Rev Iberoam Fisioter Kinesol.* 2007;10(1):48-52.
30. Fernández Villa T, Molina AJ, García-Martín M, Llorca J, Delgado-Rodríguez M, Martín V. Validation and psychometric analysis of the Internet Addiction Test in Spanish among college students. *BMC Public Health.* 2015;15:953-962.
31. Zacarías I. Métodos de evaluación dietética. Morón C, Zacarías I, de Pablo S, FAO. Producción y manejo de datos de composición química de alimentos en nutrición. Santiago de Chile. 1997.
32. Morgan JF, Reid F, Hubert Lacey J. The SCOFF questionnaire: assessment of a new screening tool for eating disorders. *BMJ.* 1999;319:1467-68.
33. Norte Navarro AI, Ortiz Moncada R. Calidad de la dieta española según el índice de alimentación saludable. *Nutr Hosp.* 2011;26:330-336.
34. Mond J., Myers T., Crosby R., Hay P, Mitchell J. Excessive exercise and eating-disordered behavior in young adult women: further evidence from a primary care sample. *European Eating Disorders Review.* 2008; 16 (3): 215-221
35. Jáuregui Lobera I, Bolaños Ríos P. Choice of diet in patients with anorexia nervosa. *Nutr Hosp.* 2009;24(6):682-687.
36. Amigo Vázquez I, Fernández Rodríguez C, Rodríguez Noriega E, Rodríguez Santamarta A. Creencias sobre las estrategias para el control de peso. *Psicothema.* 2005;17(3):418-421.

## 7. ANEXOS.

- I. **ANEXO 1:** Test AUDIT.
- II. **ANEXO 2:** Test Fagerström.
- III. **ANEXO 3:** Cuestionario IPAQ.
- IV. **ANEXO 4:** Cuestionario IAT.
- V. **ANEXO 5:** Cuestionario SCOFF.
- VI. **ANEXO 6:** Cuestionario IASE.

## **ANEXO 1. Test AUDIT.**

## Test AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test)

Proyecto de la OMS que ha sido validado en España, para detectar tanto consumos de riesgo como dependencia alcohólica; identifica los trastornos debidos al consumo no responsable de alcohol.

1.	¿Con qué frecuencia consumes bebidas alcohólicas?	Nunca (0) Una o menos veces al mes (1) 2 a 4 veces al mes (2) 2 o 3 veces a la semana (3) 4 o más veces a la semana (4)
2.	¿Cuántas bebidas alcohólicas consumes normalmente cuando bebes?	1 o 2 (0) 3 o 4 (1) 5 o 6 (2) 7 a 9 (3) 10 o más (4)
3.	¿Con qué frecuencia te tomas 6 o más bebidas alcohólicas en un solo día?	1 o 2 (0) 3 o 4 (1) 5 o 6 (2) 7 a 9 (3) 10 o más (4)
4.	¿Con qué frecuencia, en el curso del último año, has sido incapaz de parar de beber una vez que habías empezado?	Nunca (0) Menos de una vez al mes (1) Mensualmente (2) Semanalmente (3) A diario o casi a diario (4)
5.	¿Con qué frecuencia, en el curso del último año, no pudiste atender tus obligaciones porque habías bebido?	Nunca (0) Menos de una vez al mes (1) Mensualmente (2) Semanalmente (3) A diario o casi a diario (4)
6.	¿Con qué frecuencia, en el curso del último año, has necesitado beber en ayunas para recuperarte después de haber bebido mucho el día anterior?	Nunca (0) Menos de una vez al mes (1) Mensualmente (2) Semanalmente (3) A diario o casi a diario (4)
7.	¿Con qué frecuencia, en el curso del último año, has tenido remordimientos o sentimientos de culpa después de haber bebido?	Nunca (0) Menos de una vez al mes (1) Mensualmente (2) Semanalmente (3) A diario o casi a diario (4)
8.	¿Con qué frecuencia, en el curso del último año, no has podido recordar lo que sucedió la noche anterior porque habías estado bebiendo?	Nunca (0) Menos de una vez al mes (1) Mensualmente (2) Semanalmente (3) A diario o casi a diario (4)
9.	Tú o alguna otra persona, ¿habéis resultado heridos porque habías bebido?	Nunca (0) Menos de una vez al mes (1) Mensualmente (2) Semanalmente (3) A diario o casi a diario (4)
10.	¿Algún familiar, amigo, médico o profesional sanitario han mostrado preocupación por tu consumo de alcohol, o te han sugerido que dejes de beber?	No (0) Sí, pero no en el curso del último año (2) Sí, en el último año (4)

**Interpretación de resultados:** La puntuación oscila entre 0 y 40 puntos como máximo. A mayor número de puntos, mayor dependencia. Si tu puntuación es mayor de 8, puede ser síntoma de padecer algún problema relacionado con el alcohol. Este cuestionario no es determinante.

En todo caso, para verificar la identificación de un problema relacionado con el abuso de alcohol, es conveniente acudir al especialista.

## **ANEXO 2. Test Fagerström.**



**Nombre**

**Fecha**

**Unidad/Centro**

**Nº Historia**

**DEPENDENCIA DE LA NICOTINA - TEST DE FAGERSTRÖM –**

**Población diana:** Población general fumadora. Se trata de una escala **heteroadministrada** de 6 ítems que valora la dependencia de las personas a la nicotina. Los puntos de corte son 4 y 7, donde menos de 4 es una dependencia baja, entre 4 y 7 es una dependencia moderada y más de 7 es una dependencia alta.

PREGUNTAS	RESPUESTAS	PUNTOS
¿Cuánto tiempo pasa entre que se levanta y fuma su primer cigarrillo?	hasta 5 minutos	3
	entre 6 y 30 minutos	2
	31 - 60 minutos	1
	más de 60 minutos	0
¿Encuentra difícil no fumar en lugares donde está prohibido, como la biblioteca o el cine?	Sí	1
	No	0
¿Qué cigarrillo le molesta más dejar de fumar?	El primero de la mañana	1
	Cualquier otro	0
¿Cuántos cigarrillos fuma cada día?	10 ó menos	0
	11 - 20	1
	21 - 30	2
	31 o más	3
¿Fuma con más frecuencia durante las primeras horas después de levantarse que durante el resto del día?	Sí	1
	No	0
¿Fuma aunque esté tan enfermo que tenga que guardar cama la mayor parte del día?	Sí	1
	No	0
<b>PUNTUACIÓN TOTAL</b>		

**Bibliografía**

- Fagerstrom KO Measuring degree of physical dependence to tobacco smokin with reference to individualization of treatment. Addict Behav 1978;3(3-4):235-41
- Carrasco, TJ Luna, M Vila, J Validez del Fagerstrom Tolerance Questionnaire como medida de dependencia física de la nicotina: una revisión. Rev Esp Drogodependencias 1994; 19(1):3-14.
- Lee EW, D'Alonzo GE. Cigarette smoking, nicotine addiction, and its pharmacologic treatment. Arch Intern Med 1993 Ene 11; 153(1):34-48.
- Cordoba, R Martin, C Casas, R Barbera, C Botaya, M Hernández, A Jane, C Valor de los cuestionarios breves en la predicción del abandono del tabaco en atención primaria. Aten Primaria 2000 Ene; 25(1):32-6.

## **ANEXO 3. Cuestionario IPAQ.**

### CUESTIONARIO INTERNACIONAL DE ACTIVIDAD FÍSICA (IPAQ)

Nos interesa conocer el tipo de actividad física que usted realiza en su vida cotidiana. Las preguntas se referirán al tiempo que destinó a estar activo/a en los últimos 7 días. Le informamos que este cuestionario es totalmente anónimo.

Muchas gracias por su colaboración

1.- Durante los últimos 7 días, ¿en cuántos realizo actividades físicas intensas tales como levantar pesos pesados, cavar, ejercicios hacer aeróbicos o andar rápido en bicicleta?	
Días por semana (indique el número)	
Ninguna actividad física intensa (pase a la pregunta 3)	<input type="checkbox"/>
2.- Habitualmente, ¿cuánto tiempo en total dedicó a una actividad física intensa en uno de esos días?	
Indique cuántas horas por día	
Indique cuántos minutos por día	
No sabe/no está seguro	<input type="checkbox"/>
3.- Durante los últimos 7 días, ¿en cuántos días hizo actividades físicas moderadas tales como transportar pesos livianos, o andar en bicicleta a velocidad regular? No incluya caminar	
Días por semana (indicar el número)	
Ninguna actividad física moderada (pase a la pregunta 5)	<input type="checkbox"/>
4.- Habitualmente, ¿cuánto tiempo en total dedicó a una actividad física moderada en uno de esos días?	
Indique cuántas horas por día	
Indique cuántos minutos por día	
No sabe/no está seguro	<input type="checkbox"/>
5.- Durante los últimos 7 días, ¿en cuántos días caminó por lo menos 10 minutos seguidos?	
Días por semana (indique el número)	
Ninguna caminata (pase a la pregunta 7)	<input type="checkbox"/>
6.- Habitualmente, ¿cuánto tiempo en total dedicó a caminar en uno de esos días?	
Indique cuántas horas por día	
Indique cuántos minutos por día	
No sabe/no está seguro	<input type="checkbox"/>
7.- Durante los últimos 7 días, ¿cuánto tiempo pasó sentado durante un día hábil?	
Indique cuántas horas por día	
Indique cuántos minutos por día	
No sabe/no está seguro	<input type="checkbox"/>

#### VALOR DEL TEST:

1. Caminatas:  $3'3 \text{ MET}^* \times \text{minutos de caminata} \times \text{días por semana}$  (Ej.  $3'3 \times 30 \text{ minutos} \times 5 \text{ días} = 495 \text{ MET}$ )
2. Actividad Física Moderada:  $4 \text{ MET}^* \times \text{minutos} \times \text{días por semana}$
3. Actividad Física Vigorosa:  $8 \text{ MET}^* \times \text{minutos} \times \text{días por semana}$

A continuación sume los tres valores obtenidos:

**Total = caminata + actividad física moderada + actividad física vigorosa**

#### CRITERIOS DE CLASIFICACIÓN:

- Actividad Física Moderada:
  1. 3 o más días de actividad física vigorosa por lo menos 20 minutos por día.
  2. 5 o más días de actividad física moderada y/o caminata al menos 30 minutos por día.
  3. 5 o más días de cualquiera de las combinaciones de caminata, actividad física moderada o vigorosa logrando como mínimo un total de 600 MET\*.
- Actividad Física Vigorosa:
  1. Actividad Física Vigorosa por lo menos 3 días por semana logrando un total de al menos 1500 MET\*.
  2. 7 días de cualquier combinación de caminata, con actividad física moderada y/o actividad física vigorosa, logrando un total de al menos 3000 MET\*.

\* Unidad de medida del test.

RESULTADO: NIVEL DE ACTIVIDAD ( señale el que proceda)

NIVEL ALTO	<input type="checkbox"/>
NIVEL MODERADO	<input type="checkbox"/>
NIVEL BAJO O INACTIVO	<input type="checkbox"/>

Para finalizar, le vamos a pedir que registre algunos datos de interés estadístico:

SEXO: Hombre  Mujer

EDAD: \_\_\_\_\_

EMPRESA/INSTITUCIÓN: \_\_\_\_\_

CENTRO DE TRABAJO: \_\_\_\_\_

POBLACIÓN: \_\_\_\_\_

PROFESIÓN: \_\_\_\_\_

CATEGORÍA PROFESIONAL: \_\_\_\_\_

DEPARTAMENTO EN EL QUE TRABAJA: \_\_\_\_\_

Los resultados se tratarán de forma global y se mantendrá el anonimato en las publicaciones que puedan derivarse de este cuestionario.

La transmisión de datos se hará con las medidas de seguridad adecuadas en cumplimiento de la Ley Orgánica 15/1999 de Protección de Datos de Carácter Personal y el Real Decreto 994/99.

## **ANEXO 4. Cuestionario IAT.**

# Test de uso de Internet

Kimberly Young, PhD

Marque el casillero, para cada una de las 20 preguntas, que represente con mayor precisión lo que usted experimenta respecto al uso de Internet:

0 = Nunca	3 = Frecuentemente
1 = Raramente	4 = Muy a menudo
2 = Ocasionalmente	5 = Siempre

Preguntas	0	1	2	3	4	5
1. ¿Con qué frecuencia se encuentra con que lleva más tiempo navegando del que pretendía estar?						
2. ¿Desatiende las labores de su hogar por pasar más tiempo frente a la computadora navegando?						
3. ¿Prefiere excitarse con fotos o videos a través de Internet en lugar de buscar intimidad con su pareja?						
4. ¿Con qué frecuencia establece relaciones amistosas con gente que sólo conoce a través de Internet?						
5. ¿Con qué frecuencia personas de su entorno le recriminan que pasa demasiado tiempo conectado a Internet?						
6. ¿Su actividad académica (escuela, universidad) se ve perjudicada porque dedica demasiado tiempo a navegar?						
7. ¿Con que frecuencia chequea el correo electrónico antes de realizar otras tareas prioritarias?						
8. ¿Su productividad en el trabajo se ve perjudicada por el uso de Internet?						
9. ¿Se vuelve precavido o reservado cuando alguien le pregunta a qué dedica el tiempo que pasa navegando?						
10. ¿Se evade de sus problemas de la vida real pasando un rato conectado a Internet?						
11. ¿Se encuentra alguna vez pensando en lo que va a hacer la próxima vez que se conecte a Internet?						
12. ¿Teme que su vida sin Internet sea aburrida y vacía?						
13. ¿Se siente molesto cuando alguien lo/a interrumpe mientras esta navegando?						
14. ¿Con qué frecuencia pierde horas de sueño pasándolas conectado a Internet?						
15. ¿Se encuentra a menudo pensando en cosas relacionadas a Internet cuando no está conectado?						
16. ¿Le ha pasado alguna vez eso de decir "solo unos minutitos más" antes de apagar la computadora?						
17. ¿Ha intentado alguna vez pasar menos tiempo conectado a Internet y no lo ha logrado?						
18. ¿Trata de ocultar cuánto tiempo pasa realmente navegando?						
19. ¿Prefiere pasar más tiempo online que con sus amigos en la vida real?						
20. ¿Se siente ansioso, nervioso, deprimido o aburrido cuando no está conectado a Internet?						

## **El test de adicción a internet**

El Test de Adicción a Internet (IAT) es el primer instrumento validado para evaluar la adicción a Internet (Widyanto&McMurren, 2004). Diversos estudios han encontrado que el IAT es una medida confiable que cubre las características claves del uso patológico online. El test mide el alcance del involucramiento de un individuo con la computadora y clasifica el comportamiento adictivo en términos de deterioro o incapacidad leve, moderado o severo.

El IAT puede ser utilizado en contextos ambulatorios o residenciales, y también puede ser adaptado para satisfacer las necesidades del encuadre clínico. Además, más allá de la validación en inglés, el IAT ha sido también validado en Italia (Ferraro, Caci, D'Amico, & Di Blasi, 2007) y Francia (Khazaal et al., 2008), haciendo del mismo la primera medida psicométrica global.

### **Administración**

Luego de que todas las preguntas han sido completadas, sumar las respuestas obtenidas para cada una, obteniéndose así el resultado final. Mientras más alto sea el puntaje, mayor será el nivel de adicción:

Rango Normal: 0–30 puntos

Leve: 31–49 puntos

Moderado: 50–79 puntos

Severo: 80–100 puntos

Para más información, consultar:

**Young, K.** *Internet Addiction: A Handbook and Guide to Evaluation and Treatment*. Wiley 2010, p.19-34

## **ANEXO 5. Cuestionario SCOFF.**



**Nombre**  
**Unidad/Centro**

**Fecha**  
**Nº Historia**

**CUESTIONARIO –SCOFF-**

**Población diana:** Población general femenina. Es un cuestionario autoadministrado.

**Instrucciones:** Por favor, marque con una cruz la respuesta que mejor se ajusta a su situación

	SI	NO
¿Tiene la sensación de estar enferma porque siente el estomago tan lleno que le resulta incómodo?		
¿Está preocupada porque siente que tiene que controlar cuanto come?		
¿Ha perdido recientemente más de 6Kgs en un periodo de tres meses?		
¿Cree que está gorda aunque otros digan que está demasiado delgada?		
¿Diría que la comida domina su vida?		
<b>PUNTUACIÓN TOTAL</b>		



## **TEST DE CRIBADO PARA TRASTORNOS DE LA ALIMENTACIÓN –SCOFF-**

### **Instrucciones para el profesional**

**Población diana:** Población general femenina. Es un cuestionario **autoadministrado** de 5 ítems con respuestas dicotómica (SI - NO). Cada respuesta afirmativa es valorada con un punto. El punto de corte propuesto para el cribado en la población general es igual o superior a 2 puntos.

### **Bibliografía**

- García Campayo J, Sanz-Carrillo C, Ibañez JA, Lou S & Solano V. Validation of the spanish version of the SCOFF Questionnaire for the detection of eating disorders in primary care. 2005. Journal of Psychosomatic Research, 2005; 59(2):51-55.
  
- Morgan JF, Reid F, Lacey JH. The SCOFF questionnaire: assessment of a new screening tool for eating disorders. BMJ, 1999; 319: 1467-8.

## **ANEXO 6. Cuestionario IASE.**

**Tabla 1**  
*Criterios para definir la puntuación de cada variable del Índice de Alimentación Saludable*

<i>Variables</i>	<i>Criterios para puntuación máxima de 10</i>	<i>Criterios para puntuación de 7,5</i>	<i>Criterios para puntuación de 5</i>	<i>Criterios para puntuación de 2,5</i>	<i>Criterios para puntuación mínima de 0</i>
<i>Consumo diario</i>					
1. Cereales y derivados	Consumo diario	3 o más veces a la semana pero no a diario	1 ó 2 veces a la semana	Menos de una vez a la semana	Nunca o casi nunca
2. Verduras y hortalizas	Consumo diario	3 o más veces a la semana pero no a diario	1 ó 2 veces a la semana	Menos de una vez a la semana	Nunca o casi nunca
3. Frutas	Consumo diario	3 o más veces a la semana pero no a diario	1 ó 2 veces a la semana	Menos de una vez a la semana	Nunca o casi nunca
4. Leche y derivados	Consumo diario	3 o más veces a la semana pero no a diario	1 ó 2 veces a la semana	Menos de una vez a la semana	Nunca o casi nunca
<i>Consumo semanal</i>					
5. Carnes	1 ó 2 veces a la semana	3 o más veces a la semana pero no a diario	Menos de una vez a la semana	Consumo diario	Nunca o casi nunca
6. Legumbres	1 ó 2 veces a la semana	3 o más veces a la semana pero no a diario	Menos de una vez a la semana	Consumo diario	Nunca o casi nunca
<i>Consumo ocasional</i>					
7. Embutidos y fiambres	Nunca o casi nunca	Menos de una vez a la semana	1 ó 2 veces a la semana	3 o más veces a la semana pero no a diario	Consumo diario
8. Dulces	Nunca o casi nunca	Menos de una vez a la semana	1 ó 2 veces a la semana	3 o más veces a la semana pero no a diario	Consumo diario
9. Refrescos con azúcar	Nunca o casi nunca	Menos de una vez a la semana	1 ó 2 veces a la semana	3 o más veces a la semana pero no a diario	Consumo diario
10. Variedad.	2 puntos si cumple cada una de las recomendaciones diarias, 1 punto si cumple cada una las recomendaciones semanales.				