



Diputación de Palencia



Universidad de Valladolid

Escuela de Enfermería de Palencia
"Dr. Dacio Crespo"

GRADO EN ENFERMERÍA

Curso académico 2014 - 2015

Trabajo Fin de Grado

Sobrepeso, obesidad y hábitos de vida saludables en estudiantes universitarios de Enfermería de Palencia.

Alumno: Teresa Diez Polo

Tutora: D^a Elena Faulín Ramos

Junio, 2015

Agradecimientos:

D^a Elena Faulín Ramos

Dr. D. José Ignacio Cuende Melero

D. Tomás Salvador Fuentes

Y a todos los alumnos, que de forma voluntaria, colaboraron en éste estudio.

INDICE

RESUMEN	4
INTRODUCCIÓN	5
OBJETIVOS.....	8
MATERIAL Y MÉTODOS	9
• Ámbito y diseño del estudio:	9
• Muestra y población de estudio:	9
• Material:	10
• Análisis estadístico de los datos.....	12
RESULTADOS.....	13
DISCUSIÓN	25
CONCLUSIONES	32
BIBLIOGRAFÍA	33
ANEXOS	40

RESUMEN

INTRODUCCIÓN: La obesidad ha sido declarada la gran epidemia del siglo XXI, afectando tanto a niños como adultos. Debemos concienciarnos de que los hábitos adquiridos durante la infancia perduran durante la edad adulta. Es necesario promover desde la escuela y la universidad, los hábitos de vida sana y la adherencia a la dieta mediterránea ya que es un aliado en la lucha contra la obesidad.

OBJETIVO: Analizar la prevalencia de sobrepeso, obesidad y hábitos de vida saludables, de la población universitaria de la Escuela de Enfermería Dr. Dacio Crespo de Palencia.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio descriptivo observacional transversal, con 64 universitarios (25% hombres y 75% mujeres). Se realizaron mediciones directas de peso y talla para el cálculo del IMC y se entregó una encuesta compuesta por el test KidMed y varias cuestiones sobre actividad física y hábitos de vida.

RESULTADOS: Se halló 23,44% de sobrepeso y 6,25% de obesidad. No había ningún caso de bajo peso. La adherencia a la dieta mediterránea era óptima en el 62,50%, media en el 35,94 y baja en el 1,56%. Un elevado porcentaje de alumnos (73,43%) realizaba actividad física durante la semana. En referencia a hábitos nocivos: el 15,63% de los alumnos fuman y un 90,62% declaran consumir alcohol al menos una vez al mes.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES: Los datos de sobrepeso y obesidad, podrían disminuir llevando a cabo actividades de educación para la salud a nivel dietético orientadas a un aumento en el consumo de pasta, arroz, frutos secos y derivados lácteos, y disminuyendo la ingesta de fast-food y bollería industrial. A nivel de actividad física se debería promover el ocio activo, desterrando además hábitos tóxicos como son el consumo de tabaco y alcohol, siendo este último más alarmante en función de los datos obtenidos.

PALABRAS CLAVE: Sobrepeso. Obesidad. Universitarios. Dieta Mediterránea.

INTRODUCCIÓN

La sociedad actual se encuentra en plena globalización, lo que implica un conjunto de modificaciones en los estilos de vida. Uno de los cambios relevantes, es el que se ha producido durante los últimos años en los hábitos dietéticos. Dichas variaciones hacen que actualmente la obesidad suponga un importante problema de salud pública en la mayoría de los países desarrollados, incluido España. La magnitud y repercusión de este problema ha conducido a que se haya calificado a la obesidad, como la gran epidemia del siglo XXI.

Según ha publicado recientemente la Organización Mundial de la Salud (OMS)¹, en 2014 más el 39% de adultos mayores de 18 años tenía sobrepeso (38% de los hombres y 40% de las mujeres), y el 13% eran obesos (11% de los hombres y 15% de las mujeres). Siendo aún más preocupante la publicación del año 2013, que revelaba la escalofriante cifra de más de 42 millones de niños menores de 5 años que presentaban ya sobrepeso.

Diversos organismos han dado la voz de alarma sobre la necesidad de la puesta en marcha de planes de actuación efectivos. En 2004, la OMS aprobó la Estrategia Global sobre Dieta y Actividad Física², que instaba a los estados miembros a la implantación de planes nacionales de actuación. El Ministerio de Sanidad y Consumo, a través de la Agencia Española de Seguridad Alimentaria y Nutrición, impulsó en ese ámbito el desarrollo de la Estrategia NAOS de Nutrición, Actividad Física y Obesidad³, con un programa específico dirigido de manera prioritaria a la intervención en el medio escolar, el Programa PERSEO⁴. La finalidad de éste programa es la promoción de hábitos alimenticios saludables y la realización de actividad física de forma regular. Va dirigido a escolares entre 6 y 10 años de edad, a sus familias, comedores y entorno escolar.

Los hábitos se definen como respuestas aprendidas o adquiridas que se manifiestan regularmente. Observamos que los “malos hábitos” adquiridos durante la infancia perduran también durante la edad adulta y conducen a un incremento de la obesidad infanto-juvenil, que constituye el trastorno nutricional de mayor relevancia en nuestro medio y un problema sanitario de gran trascendencia. La rapidez con que se está incrementando su prevalencia

parece guardar relación con diversos factores ambientales (hábitos dietéticos, vida sedentaria, etc.)⁵. Es relevante por lo tanto, el estudio de dichos cambios y los efectos que estos producen sobre todo durante el desarrollo infanto-juvenil, ya que se ha demostrado que es en esa etapa temprana, cuando se establecen los hábitos alimenticios, los gustos y rechazos hacia determinados alimentos. En este aspecto es esencial la educación para la salud, tanto en el ámbito familiar como en el escolar, debido a su poder como herramienta de prevención y promoción en el cambio de conductas relacionadas con la adopción de hábitos alimentarios saludables^{4, 6}. No hay que olvidarse de suprimir aquellos hábitos que influyen de forma negativa en la salud como pueden ser el alcoholismo, tabaquismo y el consumo de otras drogas.

Las cifras halladas en la población infanto-juvenil indican que la obesidad afecta a 4 de cada 10 jóvenes, en mayor medida a los varones en edad prepuberal⁵. En la población adulta, la obesidad es más frecuente en las mujeres, especialmente a partir de los 40 años, y en mayor medida en los colectivos de entorno socioeconómico y cultural desfavorecido⁵.

Este incremento de obesidad, a su vez actúa como factor determinante en el aumento del riesgo cardiovascular. Si a esto le sumamos el sedentarismo, el consumo de tabaco y alcohol, se obtiene un incremento de la incidencia de enfermedades crónicas como la Diabetes Méllitus, hipertensión, enfermedades cardíacas y ciertas enfermedades tumorales⁷.

El principal aliado en el combate contra el sobrepeso y la obesidad, es la dieta mediterránea⁸. Originaria del sur de Europa, ha sido desde hace años referencia como modelo de dieta a seguir por muchos países, debido a su gran variedad: consumo elevado de cereales y fruta fresca, abundante consumo de pescado y derivados lácteos, moderada ingesta de huevos y carnes rojas, uso de aceite de oliva como principal grasa de adición y abundante consumo de agua⁸.

El concepto de dieta mediterránea equilibrada no solo hace referencia a los hábitos nutricionales sino que además propone pautas de estilos de vida.

Éste patrón alimentario, forjado a lo largo de siglos por las condiciones geográficas, climatológicas, orográficas, culturales y ambientales de las

poblaciones del Mediterráneo⁹ ha sido declarado Patrimonio Cultural Inmaterial de la Humanidad por la UNESCO en el año 2010^{10,11}.

A pesar de la popularización y el conocimiento de la misma, se observa cada vez con mayor frecuencia una falta de adherencia a dicha dieta, aumentando el consumo de grasas saturadas, suprimiendo comidas importantes como el desayuno, abusando de alimentos precocinados y disminuyendo la ingesta de productos frescos.

Existen numerosos estudios sobre la adherencia a la dieta mediterránea en diferentes poblaciones, siendo trascendentales los que hacen referencia al ámbito infanto-juvenil^{12, 13}, debido a la gran variedad de nuevas experiencias que surgen en estas etapas y a la adquisición de nuevos hábitos que van a ser determinantes del estado de salud del futuro adulto.

Encontramos que durante la etapa universitaria, cuando los estudiantes salen del entorno familiar y se disponen a vivir de forma independiente, muchos de ellos se convierten por primera vez en los responsables de su alimentación. En este momento, los hábitos familiares se suelen abandonar debido a cambios en la organización de la vida, a limitaciones en los recursos económicos, a la gran oferta de comidas preparadas, a la comodidad, falta de tiempo, la inexperiencia en la compra, la planificación y la preparación de los alimentos, etc.⁹

Existen multitud de estudios que hablan sobre la composición de la dieta de los universitarios españoles^{9,14,15,16,17,18,19,20,21}, concluyendo en la mayoría de ellos que esta dieta se compone de un alto contenido en proteínas, colesterol y grasas saturadas. Además se halla un exceso de consumo de carnes rojas y embutidos, mientras que el consumo de cereales y fruta es insuficiente.

La población universitaria, más en concreto los estudiantes de Enfermería, reciben gran cantidad de información acerca de nutrición y dietética, hábitos de vida saludables, efectos del consumo de alcohol y tabaco, factores de riesgo para enfermedades crónicas, etc. Por tanto, se cree que estos alumnos deberían presentar una baja prevalencia de sobrepeso y obesidad, junto con unos buenos datos de actividad física y adherencia a la dieta mediterránea. Se tiende a pensar que el hecho de poseer determinados conocimientos implica una puesta en práctica de los mismos, pero sin embargo vemos continuamente a personal sanitario, fumadores y con sobrepeso, recomendando a sus pacientes no fumar, hacer más ejercicio, bajar peso, etc.

OBJETIVOS

- **Objetivo principal:**
 - Analizar la prevalencia de sobrepeso, obesidad y hábitos de vida saludables, de la población universitaria de la Escuela de Enfermería Dr. Dacio Crespo de Palencia.

- **Objetivos específicos:**
 - Identificar el nivel de adherencia a la dieta mediterránea, y mostrar la relación entre la falta de seguimiento de la misma y la presencia de sobrepeso y obesidad.
 - Valorar diferentes hábitos de vida y de actividad física, que poseen los estudiantes universitarios, e identificar su relación con el sobrepeso y la obesidad.

MATERIAL Y MÉTODOS

- **Ámbito y diseño del estudio:**

A continuación se presenta el desarrollo de un estudio descriptivo observacional transversal, llevado a cabo en la Escuela Universitaria de Enfermería Dr. Dacio Crespo de Palencia. La población universitaria de dicha escuela se compone de 405 alumnos, distribuidos en cuatro cursos.

El trabajo se efectuó durante el primer semestre del año 2015, comenzando con una revisión bibliográfica de artículos sobre estudios de características semejantes, realizándose posteriormente la recogida de datos en el mes de febrero.

Inicialmente se informó y solicitó consentimiento a la dirección de la escuela y a los profesores implicados, pidiendo autorización para la irrupción en la clase y la selección de los participantes.

Los alumnos fueron informados de la naturaleza del estudio antes de la selección, y además se explicó que la participación era de carácter voluntario, firmando a continuación el consentimiento informado (anexo 1).

La recogida de datos fue efectuada por un único investigador que recopiló de forma directa la edad, el sexo, el peso y la talla.

El análisis estadístico y la redacción de los resultados se llevó a cabo en los meses de marzo, abril y mayo, periodo en el cual se continuó también con la revisión bibliográfica de nuevos artículos.

- **Muestra y población de estudio:**

La población diana del estudio son los 405 alumnos de la Escuela Universitaria de Enfermería Dr. Dacio Crespo de Palencia. Para obtener una muestra representativa (n) del total (N), se realizó el cálculo muestral con apoyo del programa informático Ene 3.0, estableciendo un intervalo de confianza de 95%, estimando un 7% de precisión, recuperando de forma aleatoria todas las pérdidas y tomando como referencia el índice de masa corporal de 22,7 (DS \pm 3,1) Kg/m², que se halló en otro estudio de características similares²¹.

Resultó así una muestra representativa (n) de 64 alumnos, seleccionados posteriormente de forma aleatoria en proporción al número de alumnos matriculado en cada curso.

Se estableció como criterio de inclusión que el alumno estuviese matriculado en primero, segundo, tercero o cuarto curso de Enfermería. Otro criterio fue la participación voluntaria en el estudio y la cumplimentación de la encuesta.

La elección de alumnos se realizó mediante muestreo aleatorio simple, siendo nombrados en clase, por lo que otro criterio de inclusión era estar presente en el momento de la selección de los participantes.

Se les fue nombrando, en función de la selección aleatoria que se había realizado previamente, y en caso de pérdida, se procedió a la selección de otro alumno, también de forma aleatoria. El principal criterio de exclusión fue la negación a la participación y/o el absentismo en el momento de la selección. Hubo tres alumnos que se negaron a participar alegando motivos personales y numerosos alumnos de todos los cursos que no se encontraban presentes en clase en el momento de la selección.

Otro de los motivos de exclusión era ser menor de 18 años.

- **Material:**

Para llevar a cabo las mediciones antropométricas de la muestra a estudio, se utilizó una báscula digital de suelo, marca Ilsa y modelo 9795, que pesaba un máximo de 180 Kg. El tallímetro utilizado era del modelo Seca 213. En el momento de las mediciones los participantes llevaban ropa ligera y estaban descalzos.

Con los datos obtenidos se calculó el índice de masa corporal (IMC), que nos permite relacionar el peso en kilos con la altura en metros.

$$\text{IMC} = \text{Peso (Kg)} / \text{Talla (m}^2\text{)} = \text{Kg/m}^2.$$

En función del resultado, se realizó una clasificación atendiendo a los criterios establecidos por la Sociedad Española para el Estudio de la Obesidad (SEEDO)²².

CLASIFICACIÓN VALORES DE IMC	
Insuficiencia ponderal	<18.5
Intervalo normal	18.5 - 24.9
Sobrepeso grado I	25 - 26.9
Sobrepeso grado II (preobesidad)	27 - 29.9
Obesidad de tipo I	30 - 34.9
Obesidad de tipo II	35 - 39.9
Obesidad de tipo III	40 - 49.9
Obesidad de tipo IV (extrema)	>50

Tabla 1-Clasificación del IMC según la SEEDO.

A continuación los participantes cumplimentaron la encuesta (anexo 2), donde el investigador anotó además los datos antropométricos, asociándose éstos de forma directa con las respuestas pero sin identificar al sujeto por nombre.

Para comprobar el nivel de adherencia a la dieta mediterránea se utilizó el cuestionario Kidmed, validado por Serra-Majem⁸. Se compone de 16 ítems y nos permite clasificar en tres niveles la adherencia:

- **Menor o igual de tres puntos:** se determina que la dieta seguida es de muy baja calidad.
- **Entre cuatro y siete puntos:** se considera que existe necesidad de mejorar el patrón alimentario para ajustarlo al modelo mediterráneo.
- **Igual o mayor de ocho puntos:** sinónimo de un seguimiento óptimo de la dieta mediterránea.

Los enunciados del cuestionario cuentan con una puntuación de +1 si se marca la casilla del “sí” y en el sumatorio final se discriminan las casillas marcadas con “no”. Sin embargo tres de los ítems son indicativos de mala adherencia, por lo tanto un “sí” en ellos conlleva a una puntuación negativa (-1) en el sumatorio final.

Los ítems de connotación negativa son los siguientes:

- Acude una vez o más a la semana a un centro de fast-food (Ej. Hamburguesería).
- Desayuna bollería industrial.
- Toma dulces o golosinas varias veces al día.

La encuesta se compone además de varias cuestiones sobre actividad física/sedentarismo, horas de estudio, horas de descanso nocturno, horas dedicadas a la televisión/ordenador, tabaquismo y consumo de alcohol. Se utilizaron las tres primeras cuestiones del test validado AUDIT²³ que se encarga de valorar la dependencia alcohólica.

- **Análisis estadístico de los datos:**

Para el análisis estadístico se utilizó el programa informático G-Stat 2.0., llevando a cabo un análisis descriptivo de las variables antropométricas y del resto de cuestiones de la encuesta.

Los resultados obtenidos se expresaron en medias (\bar{x}) con sus respectivas desviaciones estándar (s), y las frecuencias en tanto por ciento (%).

El test de normalidad de Kolmogorov-Smirnov se aplicó en el estudio de las variables cuantitativas para comprobar la distribución normal de las mismas.

Se buscaron además diferencias significativas entre variables utilizando la prueba estadística “t de student” en variables cuantitativas, el análisis del “Chi-cuadrado” en variables cualitativas y el test exacto de Fisher en el análisis de tablas de contingencia.

Todas las pruebas estadísticas analíticas se realizaron con un nivel de significación del 95% ($p \leq 0,05$).

RESULTADOS

La muestra representativa seleccionada (n) está constituida por 64 participantes siendo seleccionados proporcionalmente por cursos, como se muestra en la tabla 2.

	Total (N=405)	Muestra (n=64)
1º Curso	107	17 (26,56%)
2º Curso	116	18 (28,12%)
3º Curso	103	16 (25%)
4º Curso	79	13 (20,31%)

Tabla 2- Población total y muestra a estudio.

En la tabla 3 se recogen las medias (\bar{x}) de los datos antropométricos generales, acompañadas de las desviaciones estándar (s) y el intervalo de confianza (IC95%), así como la clasificación del índice de masa corporal en tantos por ciento (%).

	Total (n= 64)		Hombres (n=16)		Mujeres (n=48)	
	\bar{x} (s)	IC95%	\bar{x} (s)	IC95%	\bar{x} (s)	IC95%
Edad (años)	21,94 (5,12)	21,30 - 22,57	22 (3,41)	21,15 -22,85	21,92 (5,61)	21,11 - 22,73
Peso (kg)	66,81 (12,08)	65,30 - 68,32	75,84 (13,52)	72,46 - 79,22	63,80 (10,01)	62,36 - 65,25
Talla (m)	1,67 (0,09)	1,66 - 1,68	1,75 (0,08)	1,73 - 1,77	1,64 (0,08)	1,63 - 1,65
IMC (kg/m ²)	23,94 (3,59)	23,49 - 24,39	24,67 (3,77)	23,73 - 25,62	23,69 (3,53)	23,18 - 24,20
Normopeso (%)	70,31		62,50		72,92	
Sobrepeso (%)	23,44		31,25		20,83	
Obesidad (%)	6,25		6,25		6,25	

Tabla 3- Características generales de la muestra seleccionada.

Se han encontrado diferencias significativas entre hombres y mujeres en las variables de peso ($p = 0,0003$) y talla ($p = 0,000007$). No existen diferencias estadísticamente significativas al comparar el IMC entre sexos ($p = 0,3470$). La muestra (n) se compone por tanto de 48 mujeres (75%) y 16 hombres (25%). La selección de los participantes se realizó totalmente al azar sin realizar un control de la variable sexo, aun así el resultado total obtenido es de gran similitud a la proporción de hombres y mujeres del total de matriculados en la Escuela de Enfermería Dr. Dacio Crespo.

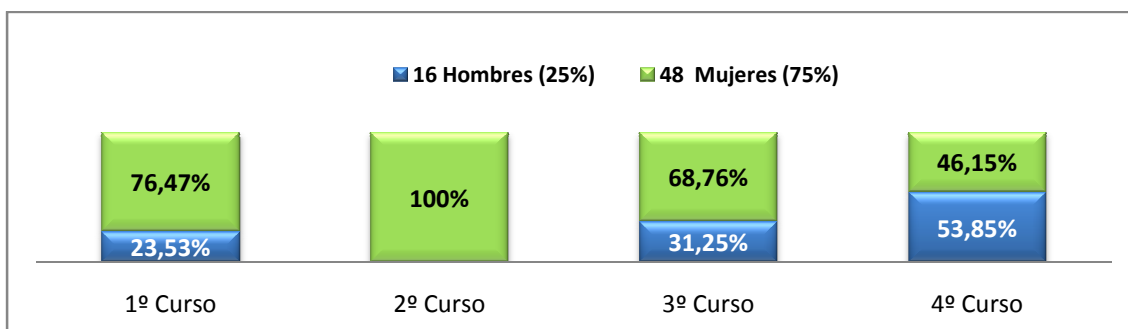


Gráfico 1- Distribución en porcentajes de sexos por cursos.

Las edades de los participantes están comprendidas entre los 18 y los 53 años, con una media de 21,94 años ($\pm 5,12$). La gran mayoría (73,44%) se encuentra entre los 18 y 22 años. Se observó que el IMC era mayor en el grupo de estudiantes mayores de 25 años, con un valor de p significativo.

El índice de masa corporal medio del conjunto es de normopeso, 23,94 kg/m^2 ($\pm 3,59$), siendo éste mayor en los alumnos de segundo y tercer curso, y menor en los de primero y cuarto curso. Sin embargo se comprobó que no existían diferencias estadísticamente significativas.

El 70,31 % de la muestra se encuentra dentro de los límites indicativos de normopeso, mientras que el otro 29,69% de la muestra presenta un exceso de peso, bien sea sobrepeso u obesidad. No se halló ningún caso de bajo peso.

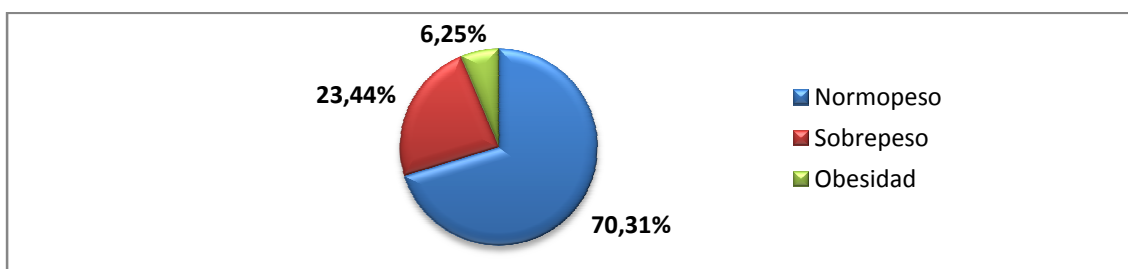


Gráfico 2- Clasificación del IMC de la muestra.

En el siguiente gráfico se observan los porcentajes de normopeso, sobrepeso y obesidad, en función del curso. Aparece una prevalencia de obesidad elevada en segundo y tercer curso, siendo nula en primero y cuarto curso.

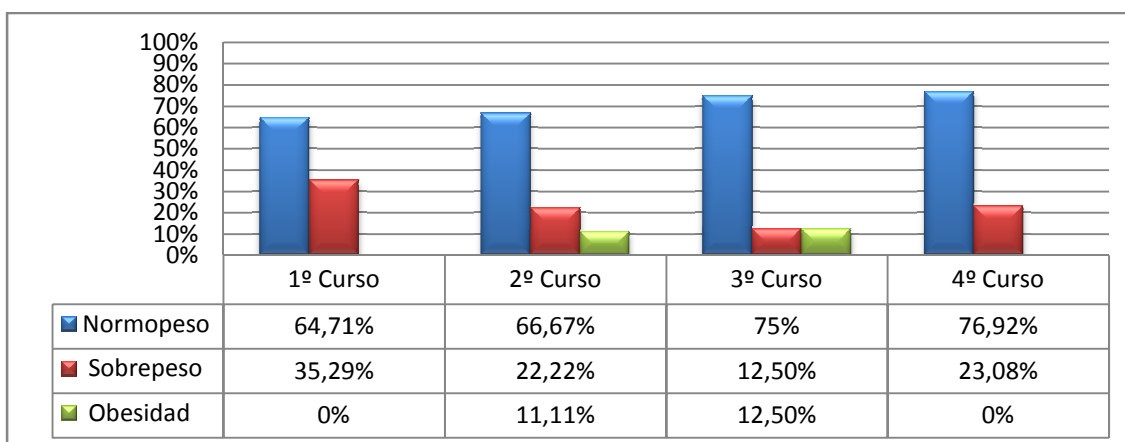


Gráfico 3- Clasificación en % del IMC en función del curso.

Se ha realizado también la comparación entre el índice de masa corporal en función de el sexo y el curso, resultados en la tabla 4.

	IMC hombre Kg/m ² (s)	IMC mujer Kg/m ² (s)
1º Curso	24,02 (0,95)	23,83 (2,25)
2º Curso	-	24,18 (4,84)
3º Curso	26,66 (5,52)	22,99 (2,91)
4º Curso	23,63 (3,15)	23,25 (2,46)

Tabla 4- Media del IMC en función del sexo y del curso.

En la población estudiada, el 62,5% de los participantes seguían una dieta mediterránea óptima, mientras que otro gran porcentaje, 35,94%, se encontraba con una adherencia media. Únicamente un 1,56% presenta una dieta de muy baja calidad.

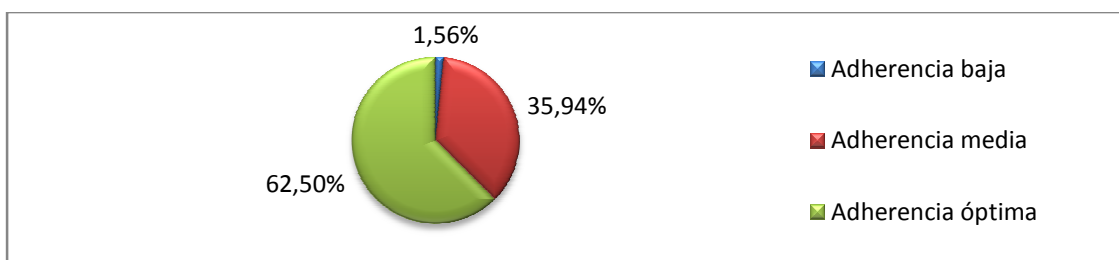


Gráfico 4- Porcentajes de adherencia a la dieta mediterránea.

Se realizó una comparativa entre el IMC y la adherencia a la dieta mediterránea, obteniendo un valor de p no significativo. Confrontando el índice de adherencia, entre hombres y mujeres, podemos observar unos valores muy similares. Apareció un único caso de baja adherencia en hombres y ninguno en mujeres.

Se analizan a continuación los resultados, por items, del test KidMed. En el gráfico inferior se muestran las respuestas afirmativas obtenidas en dicho test, expresándose en tanto por ciento. Tres de las preguntas valoran connotaciones negativas en el seguimiento de la dieta mediterránea y sus porcentajes se encuentran representados en rojo.

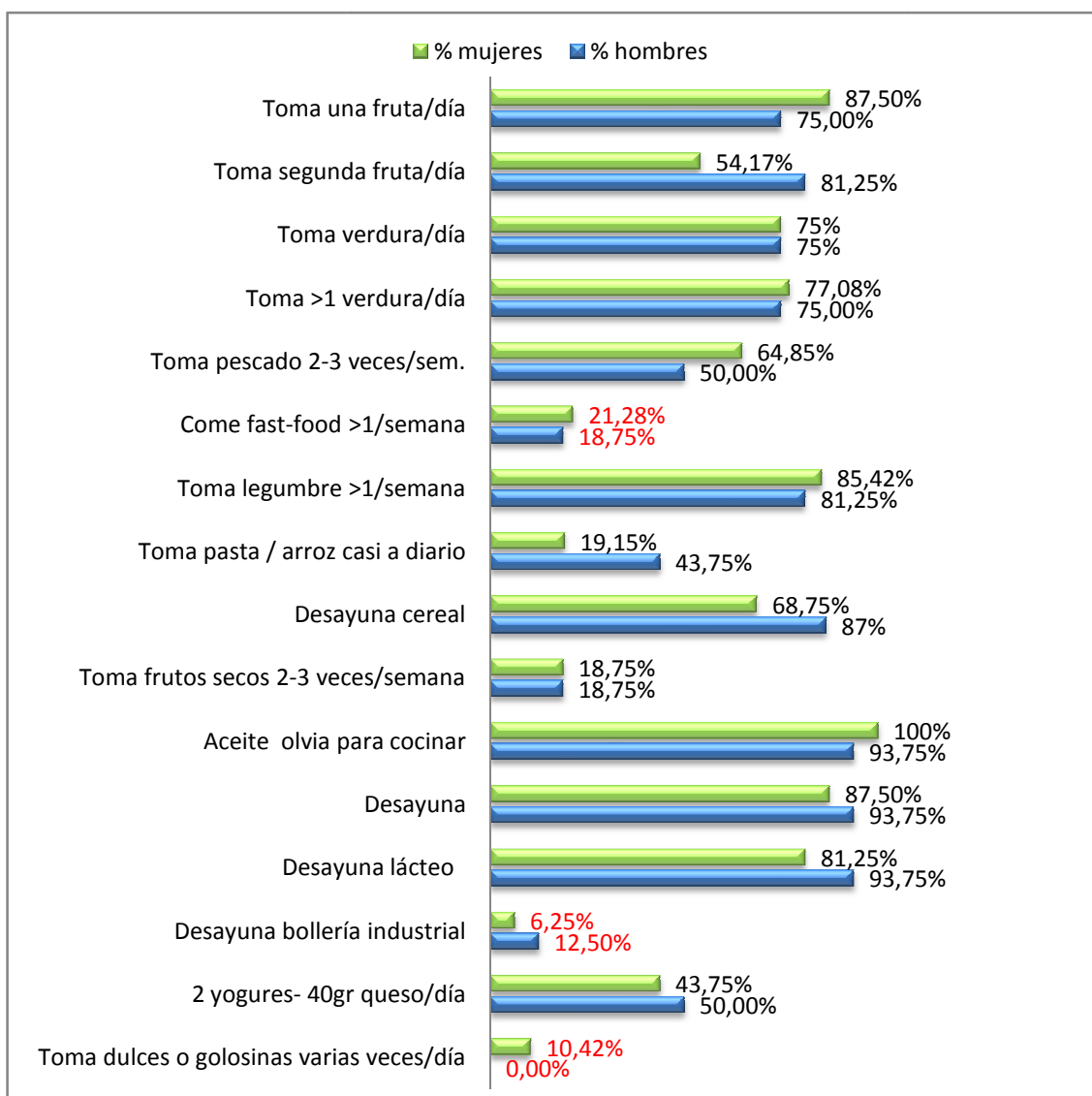


Gráfico 5- Porcentajes de respuestas afirmativas en cuestionario KidMed, según sexo.

Se observan altos porcentajes de respuestas afirmativas en el consumo diario de productos frescos: fruta, verduras, pescado, leche, etc. La gran mayoría desayuna a diario cereal y lácteo, y casi todos utilizan el aceite de oliva.

Los porcentajes descienden mucho cuando se trata de tomar una segunda pieza de fruta y verdura, o cuando hablamos de consumo casi diario de pescado y derivados lácteos como queso y yogur.

El porcentaje de consumo de fast-food una vez a la semana, alcanza un 21,28% en mujeres y 18,75% en hombres siendo datos representativos de los estilos de alimentación y de ocio de la juventud actual. El consumo de bollería industrial en el desayuno es mayor en hombres (12,50%) que en mujeres (6,25%). Sin embargo las mujeres consumen con mayor frecuencia que los hombres dulces o golosinas varias veces al día, 10,42% en mujeres y 0% en hombres.

A continuación los participantes fueron encuestados sobre si consideraban tener o no, una dieta y estilo de vida saludables. El 20% contestaron “no” a esa pregunta, mientras el 80% restante consideró tener unos buenos hábitos.

El segundo bloque de la encuesta, referido a la actividad física, comenzó consultando el método de desplazamiento utilizado para acudir a la universidad o centro donde realizan las prácticas clínicas. Se obtuvieron unos porcentajes muy similares, 51% se desplazan andando o en bicicleta mientras que el 47% lo hace en coche o autobús. Desconocemos la procedencia de los alumnos y la distancia que han de recorrer desde el lugar de residencia habitual hasta la universidad u hospital.

Se valoraron las horas de estudio diarias y durante el fin de semana, teniendo en cuenta que la actividad física en ese tiempo es nula. Se hallaron un mayor número de horas de estudio en los cursos de primero y segundo, que en los de tercero y cuarto.

Al referirnos a las horas de estudio al día, de lunes a viernes, en función del curso obtenemos un valor de $p = <0,0001$, existiendo por tanto diferencias significativas. Los alumnos que más tiempo dedican al estudio durante la semana son los de primero y segundo.

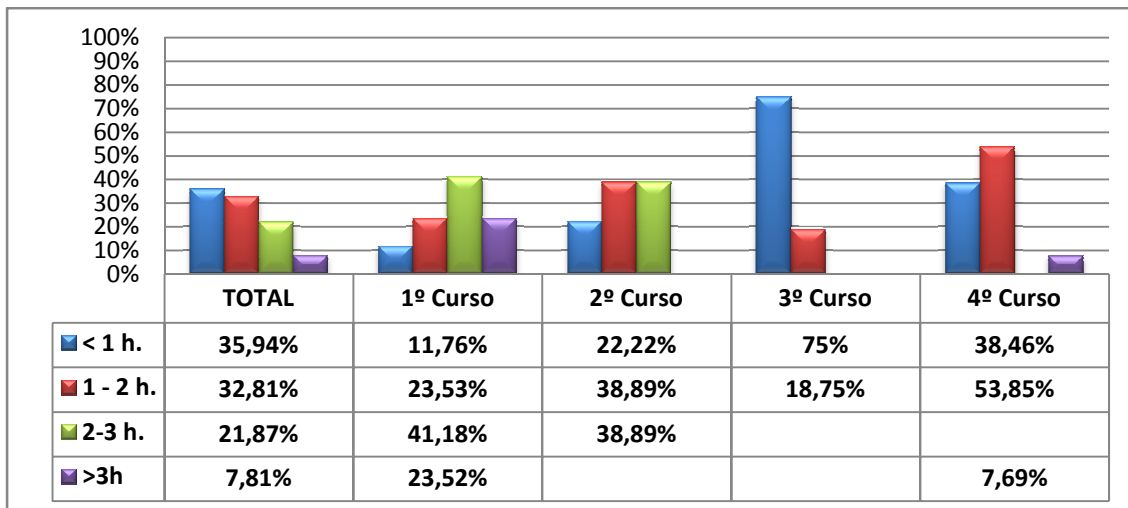


Gráfico 6- Porcentaje de horas de estudio al día en función del curso.

Si valoramos las horas de estudio el fin de semana en relación a los cursos, obtenemos un valor de p no significativo.

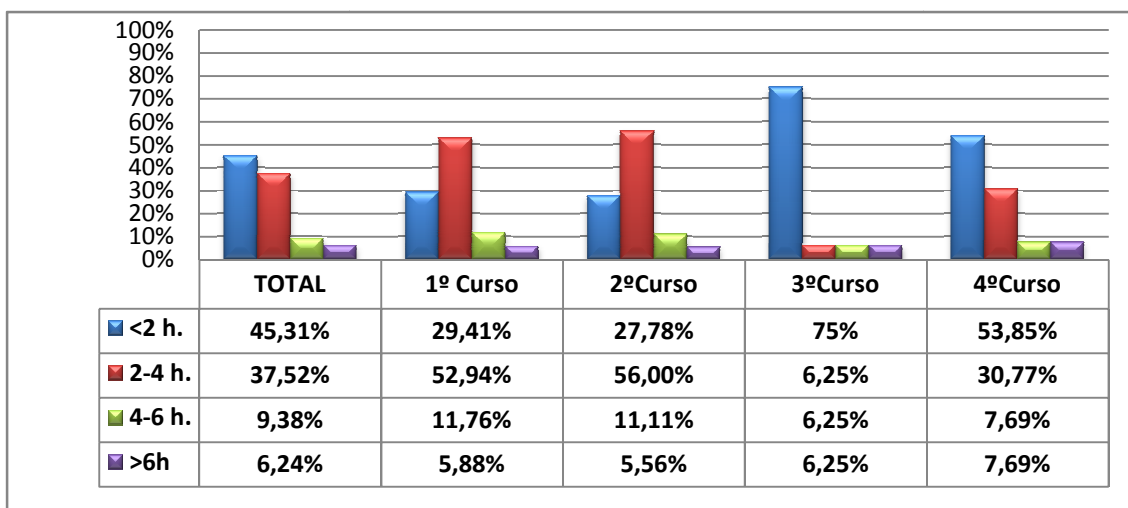


Gráfico 7- Porcentaje de horas de estudio durante el fin de semana.

Cuando hablamos de realización de actividad física nos encontramos que el 73,43% de la muestra estudiada realiza actividad física durante la semana. El fin de semana el número de horas de actividad disminuye.

Reflejar que el 23,44% de universitarios llevan una vida sedentaria durante la semana, el 4,68% de ellos son hombres y el 18,75% son mujeres.

Se estudió la posible relación entre diferentes variables y las horas de actividad física realizadas, tanto durante la semana como en el fin de semana. No existen diferencias estadísticamente significativas entre los distintos cursos, ni entre sexos, edad, IMC e índice de adherencia a la dieta mediterránea.

Se ha observado que el porcentaje de horas de actividad física disminuye el fin de semana, aumentando así el sedentarismo de 23,44% a 32,81%

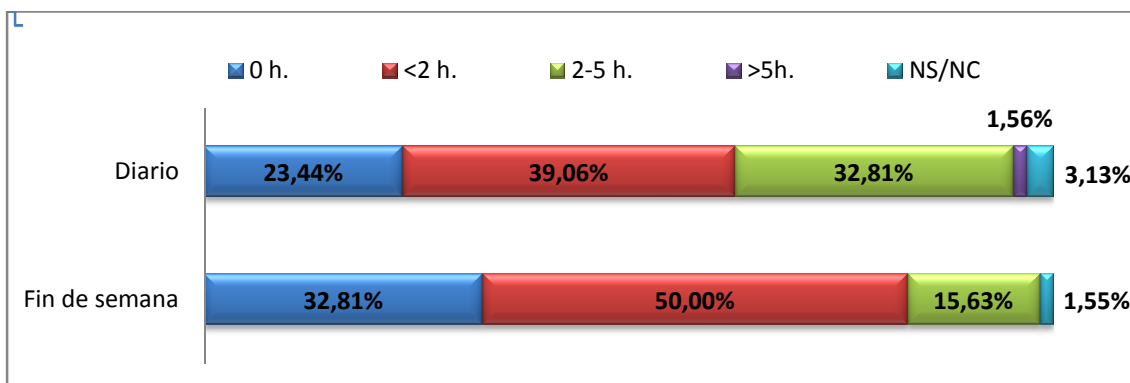


Gráfico 8- Porcentajes de horas de actividad física a diario y el fin de semana.

Se han analizado también los datos de horas de sueño en función de cursos, edad, sexo, IMC y en total. Sólo se han observado diferencias significativas ($p= 0,0055$) entre los diferentes cursos, siendo los de primero y segundo los que más horas duermen. Se observa que la gran mayoría de los alumnos encuestados (93,75%), duermen más de 6 horas por la noche.

Los gráficos sobre horas de televisión diarias y durante el fin de semana, muestran que aproximadamente el 50% de los encuestados dedican entre 1 y 3 horas diarias a la televisión, video y DVD. Aumentando el número de horas frente a la televisión durante el fin de semana.

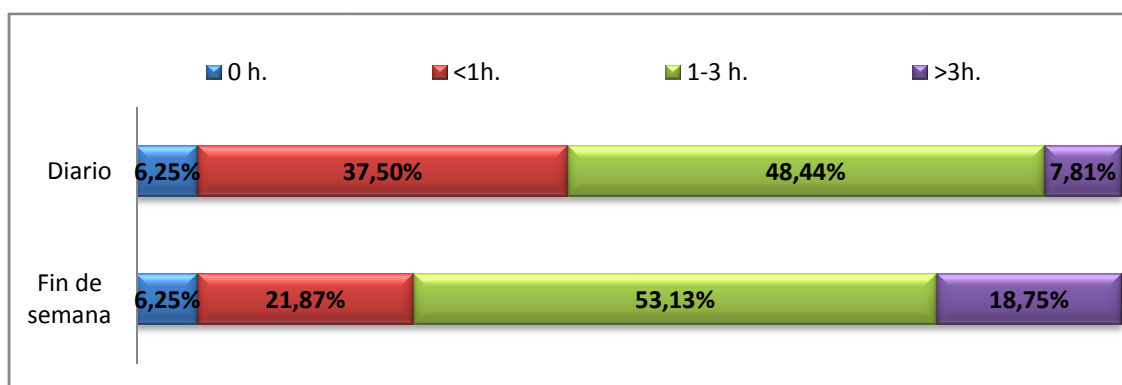


Gráfico 9- Porcentaje de horas dedicadas a la televisión, video y DVD, a diario y el fin de semana

Se hallaron diferencias estadísticamente significativas al buscar la relación entre el índice de masa corporal y las horas dedicadas a la televisión el fin de semana ($p= 0,0147$), observando que los que menos ven la televisión presentan una media de IMC mayor.

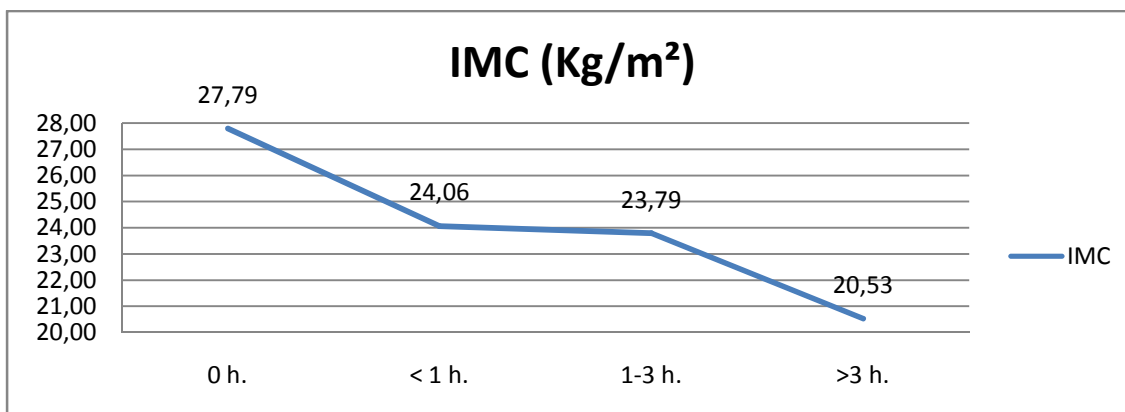


Gráfico 10- Relación IMC y horas de televisión diarias.

Si analizamos el tiempo dedicado al uso del ordenador o de videojuegos, observamos como el número de horas dedicadas a ello aumenta por lo general el fin de semana.

Se encuentran diferencias significativas entre el curso y las horas dedicadas al ordenador a diario con un valor de $p = 0,0230$, siendo los alumnos de 3º y 4º curso los que más tiempo pasan con el ordenador.

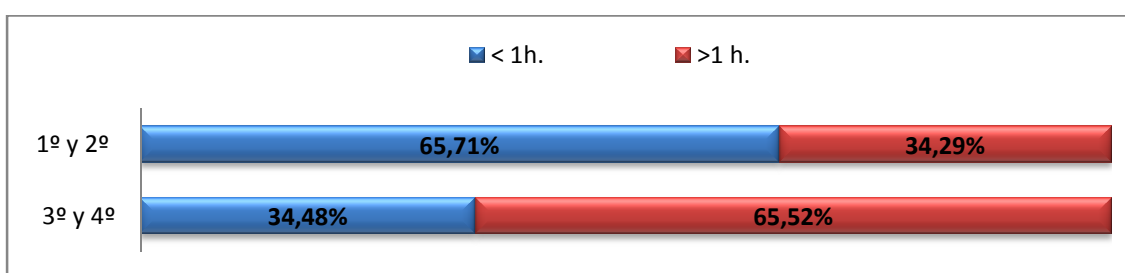


Gráfico 11- Porcentajes de horas dedicadas a diario al ordenador y videojuegos, según cursos.

No se ha observado relación estadísticamente significativa entre el IMC y el tiempo de uso del ordenador, ni durante la semana ni durante el fin de semana. Se encuentran diferencias estadísticamente significativas entre sexo y horas de ordenador al día con $p = 0,0141$, siendo los hombres los que más tiempo dedican al ordenador.

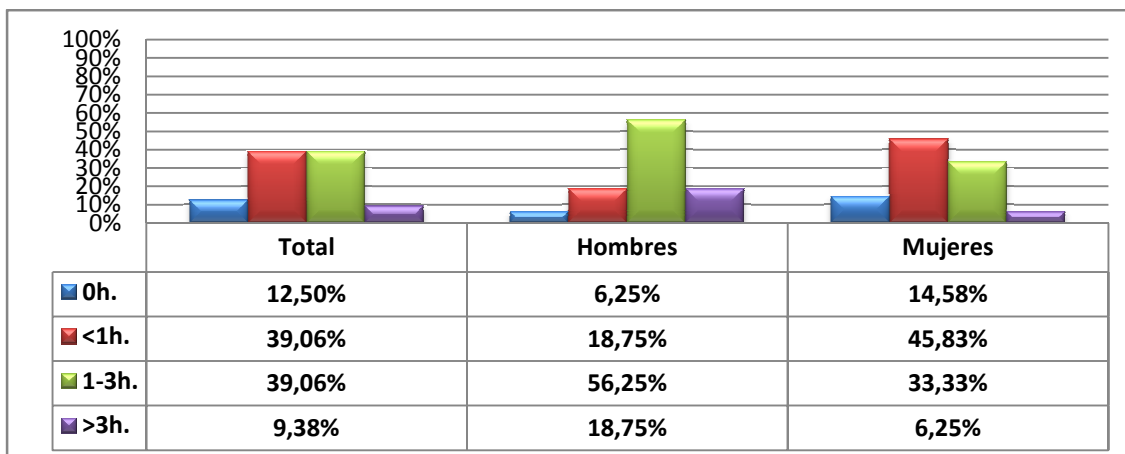


Gráfico 12- Porcentajes de horas dedicadas a diario al ordenador y videojuegos, según sexo.

También hay diferencias estadísticamente significativas entre las horas de ordenador el fin de semana y el sexo, con $p = 0,0241$, siendo mayor el tiempo que pasan los hombres con el ordenador.

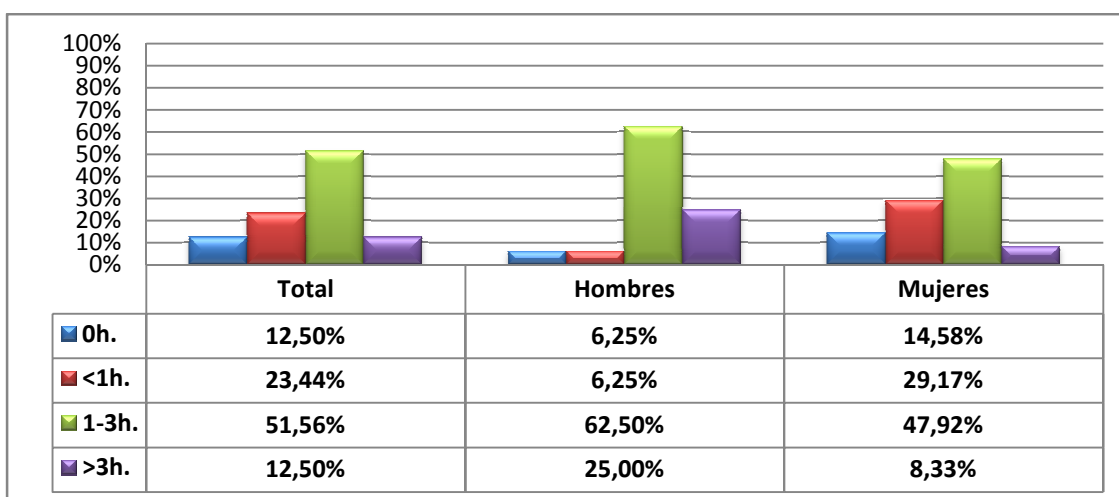


Gráfico 13- Porcentajes de horas dedicadas durante el fin de semana al ordenador y videojuegos, según sexo.

El tercer bloque se compone de varias cuestiones sobre hábitos nocivos para la salud como son el tabaquismo y el alcoholismo.

Se ha podido comprobar que un 84% de la población universitaria encuestada no fuma. Dentro de la población estudiada no se han encontrado diferencias significativas de sexo, edad, adherencia a dieta mediterránea e IMC, en relación al tabaquismo.

Se han observado diferentes porcentajes en relación a los sexos, siendo mayor el porcentaje de hombres fumadores.

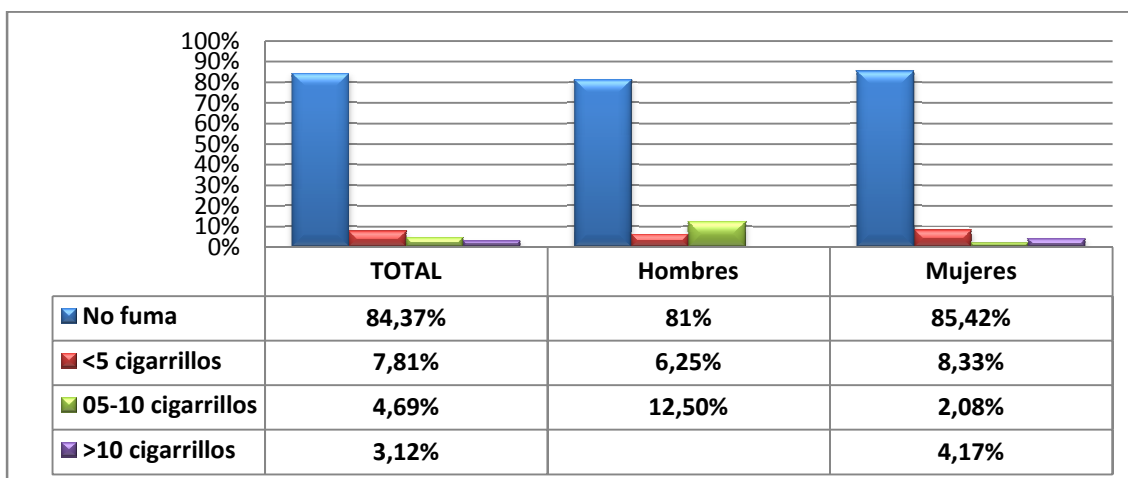


Gráfico 14- Porcentajes de fumadores y de cigarrillos fumados al día, en función del sexo.

A continuación se muestra la frecuencia con que consumen alcohol los estudiantes encuestados en función del curso. La mayoría afirma consumir alcohol entre 2 y 4 veces al mes.

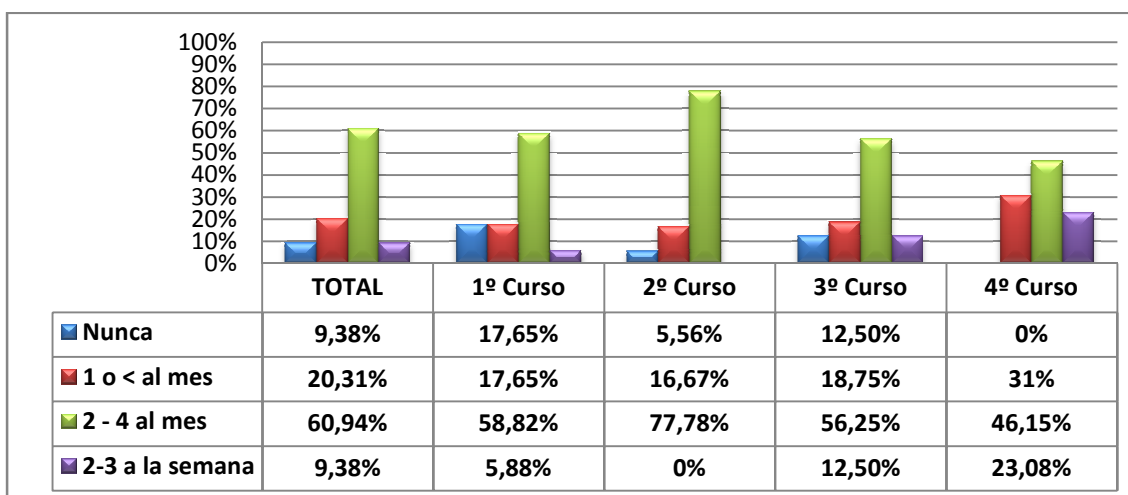


Gráfico 15- Porcentajes de frecuencia de consumo de alcohol según el curso.

En frecuencia de consumo de alcohol entre sexos se observa un alto porcentaje de varones que consumen alcohol de dos a tres veces por semana, siendo este porcentaje nulo en mujeres. En ellas existe un 12,50% que no toma nunca alcohol.

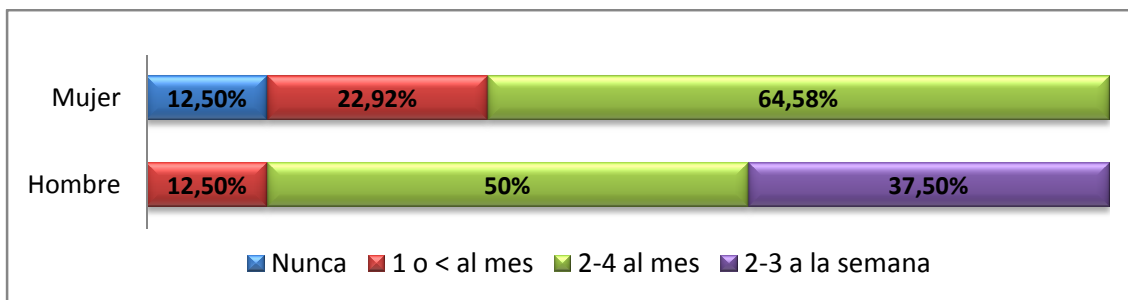


Gráfico 16- Porcentajes de frecuencia de consumo alcohol en función del sexo.

Se preguntó también sobre la cantidad de bebidas que consumen cuando toman alcohol. Un 29,69% de los encuestados toman entre 1 y 2 bebidas cuando beben. El 43,75% suelen consumir entre 3 y 4 bebidas y el 17,19% tomaban entre 5 y 6 bebidas. No aparecieron diferencias significativas entre cantidad de alcohol consumido y las variables estudiadas.

La única diferencia significativa que se halló, fue al relacionar la cantidad de bebidas alcohólicas que se consumen en una noche y el resultado de la escala KidMed ($p = 0,0002$), indicando éste resultado que una adherencia óptima va asociada a un menor consumo de alcohol.

Adherencia a dieta mediterránea	¿Cuántas bebidas alcohólicas consume normalmente cuando bebe?			
	1-2 Bebidas	3-4 Bebidas	5-6 bebidas	7-9 bebidas
Baja	-	100%	-	-
Media	22,73%	31,82%	40,91%	4,55%
Alta	40%	57,14%	2,86%	-

Tabla 5- Relación de la adherencia a la dieta mediterránea y cantidad de alcohol consumida.

Si comparamos entre sexos, existe una gran diferencia porcentual en cuanto al número de bebidas consumidas. Destacando que en el caso de las mujeres un 64,58% de ellas nunca toma más de seis bebidas la misma noche.

Este porcentaje en hombres es menor, 18,75%, indicando un consumo masivo de alcohol cuando beben.

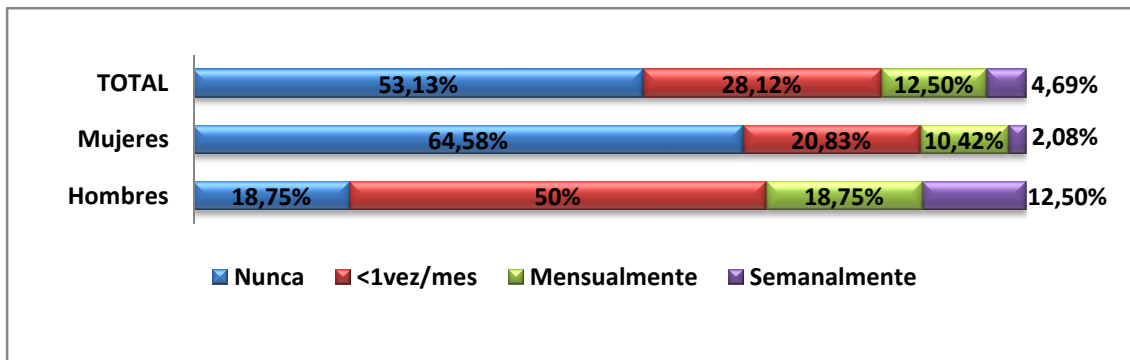


Gráfico 17- Porcentajes de frecuencia de consumo superior a 6 bebidas alcohólicas la misma noche.

Estos datos revelan que los hombres presentan un mayor consumo en cuanto a cantidad de alcohol, y lo toman con mayor frecuencia que las mujeres.

DISCUSIÓN

En el presente estudio las prevalencias halladas de sobrepeso, 23,44%, y de obesidad, 6,25%, han sido mayores a las esperadas pero inferiores a las reveladas en la Encuesta Nacional de Salud 2011-2012²⁴, donde se describe que en la población general española existe un 36,7% de sobrepeso y un 17% de obesidad.

A pesar de tener mejores resultados que la población general, estos datos siguen siendo muy elevados, al compararlos con otros estudios de población universitaria española.

En estudios similares realizados en la zona norte (Vigo⁹, Ourense¹⁴ y País Vasco¹⁵) y sur de la península (Alicante¹⁶ y Murcia¹⁷), los porcentajes de sobrepeso y obesidad son mucho menores a los encontrados en la Escuela Universitaria de Enfermería de Palencia. En Vigo⁹, Ourense¹⁴ y País Vasco¹⁵, la suma de estas categorías (sobrepeso y obesidad) es de 11,28%, 11% y 17,5% respectivamente, siendo casi nulo el porcentaje de obesidad. En Alicante¹⁶ la suma de dichas categorías alcanza un 16,75% en los estudiantes de Nutrición y Dietética, mientras que en los de Enfermería ese porcentaje es menor, 14,7%. En Murcia¹⁷ se observa como la suma resulta 18,7%. Hay que reseñar que en ninguno de los casos la obesidad llegó a superar el porcentaje que se encontró en nuestro estudio.

Por el contrario, en un estudio de la Universidad Francisco de Vitoria¹⁸ de Madrid, se observa como sobrepeso y obesidad alcanzan un 33%, datos que se asemejan más a los encontrados en nuestro estudio.

Estas diferencias geográficas han sido investigadas por la Fundación Española de Nutrición a través de un estudio²¹, con una muestra representativa de universitarios a nivel nacional, que concluyó que no existen diferencias estadísticamente significativas en cuanto a la categorización del IMC por zonas geográficas, en esta población universitaria.

Estos datos quedarían reforzados al hallar otros estudios de la zona norte y zona sur (País Vasco²⁵, Jaén²⁶, Murcia²⁷) donde los porcentajes son también muy elevados y más parejos a los nuestros.

La obesidad y el sobrepeso en universitarios, son difíciles de asociar por tanto con la zona geográfica. Aunque partimos de poblaciones semejantes, estudiadas en función del lugar donde realizan el Grado Universitario, son una muestra heterogénea de jóvenes de múltiples provincias, sin tenerse en cuenta esta variable en la mayoría de los estudios. No podemos hacer una comparativa intentando justificar los resultados de sobrepeso y obesidad en función del lugar de estudio, pero si se pueden comparar dichos datos como unidades de población joven y con estilos de vida semejantes.

En la comparativa del IMC entre sexos vemos que la prevalencia de sobrepeso es mayor en hombres (31,25%) que en mujeres (20,83%), y la de obesidad es igual en ambos sexos (6,25%). Esto coincide con la mayoría de los estudios consultados, y con la Encuesta Nacional de Salud 2011-2012²⁴. No se halló coincidencia con los datos mostrados por la OMS en 2014¹.

En cuanto al porcentaje de normopeso de nuestro estudio (70,31%) es similar al hallado en la Encuesta Nacional de Salud²⁴ (71,6%) del año 2011-2012, y al que aparece en la mayoría de estudios consultados.

Como punto a favor de los estudiantes de Enfermería de Palencia, no apareció en nuestro estudio ningún caso de bajo peso, a diferencia de la mayoría de estudios revisados, donde existía un porcentaje representativo de bajo peso, sobre todo en las mujeres.

Se hallaron diferencias estadísticamente significativas entre el peso y la talla de hombres y mujeres, al igual que en la mayoría de los estudios, pudiéndose explicar por las diferencias antropométricas. Además se observó como de forma significativa los alumnos mayores de 25 años presentaban una mayor prevalencia de sobrepeso y obesidad.

La muestra a estudio se seleccionó de forma totalmente aleatoria, estableciendo previamente criterios de inclusión y de exclusión. Fue necesario recuperar muchos sujetos perdidos a causa del absentismo, hemos de tenerlo en cuenta como posible fuente de sesgo ya que se desconocen los motivos por los que no acudieron a clase ese día. Cabe recordar que el método de recaptación siguió siendo aleatorio.

Si bien a la hora de realizar la selección no se controló la variable “sexo”, la muestra quedó compuesta por porcentajes muy similares al total de matriculados en ésta Escuela. Existe un potencial de sesgo cuando analizamos las variables en función del curso, ya que no hay una distribución homogénea de hombres y mujeres en los distintos cursos.

Para el cálculo de la prevalencia de sobrepeso y obesidad, se utilizó el índice de masa corporal, al igual que en la mayoría de estudios y en la práctica clínica. Este índice puede dar lugar a distorsión ya que no tiene en cuenta las variables de sexo, edad, constitución atlética o robusta, composición grasa o de músculo, etc. Sin embargo es un método rápido, recomendado y conocido por la mayoría de la población para calcular el estado nutricional general.

Un punto fuerte del presente estudio, es que los datos antropométricos han sido recogidos de forma directa por un único observador, a diferencia de otros donde estos datos se recogían de forma auto-referida.

Para el estudio de los hábitos alimenticios se utilizó la escala KidMed^{8, 28}. Éste cuestionario es un instrumento de uso sencillo, que facilita la identificación tanto de los hábitos alimenticios saludables como de los que no lo son.

En comparación con otros estudios, la adherencia óptima a la dieta mediterránea de nuestros estudiantes es elevada 62,50%. En Vigo⁹ y Navarra¹⁹ sólo el 33% y 28,4% presentaban una adherencia óptima, y a pesar de que en estos estudios aparece una adherencia menor, la prevalencia de sobrepeso y obesidad era también mucho menor.

Se desconoce el motivo de dichas diferencias, pero se propone como línea de acción, para toda la población universitaria, la promoción de un patrón dietético equilibrado, fomentando actividades de educación para la salud en el campus y conferencias acerca de los efectos de una alimentación saludable.

El test KidMed ha sido utilizado también en el programa Thinking About Obesity (THAO)²⁹ realizado en diversos centros de educación primaria de toda España. En la capital de Palencia³⁰, en los años 2010-2011, la adherencia a la dieta mediterránea en escolares era mayoritariamente media (50,2%) y alta (43,1%), con un pequeño porcentaje de adherencia baja (6,6%).

Desde que se conocieron éstos resultados, se han puesto en marcha diversas campañas de promoción de hábitos de vida saludables, políticas de salud pública tanto en colegios como comedores escolares y actividades extraescolares, con el fin de aumentar la adherencia a la dieta mediterránea y prevenir la obesidad.

Al igual que en otros estudios, hemos comparado los ítems del KidMed en hombres y mujeres, no observándose diferencias estadísticas significativas. Aparecieron porcentajes muy diferentes en dos de los ítems con valores de p muy cercanos a 0,05. Estos ítems son: consumo de una segunda fruta a lo largo del día, 81,25% en hombres frente a 54,17% en mujeres y en el consumo de pasta, 43,79% en hombres y 19,17% en mujeres.

Al confrontar los resultados obtenidos en nuestro estudio con los de Vigo⁹ y Navarra¹⁹, observamos que los universitarios de Palencia alcanzan unos porcentajes muy elevados en el consumo de fruta y de verdura al día. También presentan altos porcentajes en la ingesta de legumbres más de una vez por semana, la gran mayoría de ellos desayunan con leche y cereales. Una baja proporción de mujeres y nula de hombres, refirió consumir dulces varias veces al día, a diferencia del grupo de Vigo⁹ y Navarra¹⁹, donde hay porcentajes más altos, apareciendo un mayor consumo de dulces en hombres.

En el caso de las mujeres de nuestro estudio, destacar que consumen más de una ración de verdura al día, con una frecuencia cuatro veces mayor que las de Vigo⁹ y Navarra¹⁹.

En el caso del consumo de comida rápida más de una vez por semana, se han obtenido porcentajes menores que en otros estudios, pero aún así muy elevados (18,75% en hombres y 21,28% de mujeres). Por lo general los estudiantes palentinos no suelen consumir bollería industrial en el desayuno, destacando la diferencia porcentual entre hombres 6,25% y mujeres 12,50%. Ningún hombre refirió consumir dulces varias veces al día mientras que en el grupo de mujeres el porcentaje ascendía a 10,42%.

Como recomendaciones, ambos sexos deberían aumentar el consumo de pasta y arroz a diario, tomar más frutos secos y derivados lácteos, disminuir la

ingesta de fast-food y la de bollería industrial. Podrían mejorar además el consumo de pescado y de cereales en el desayuno.

Aunque frecuentemente se hable de hábitos dietéticos y nutricionales para la promoción de la salud y el control del peso, no debemos olvidarnos nunca del importante papel que juega la actividad física. Según redactaba la OMS³¹, ya por el año 1990 en uno de sus informes, la actividad física ayuda al equilibrio energético que determina el peso corporal, tiene gran influencia en la composición grasa, muscular y ósea del cuerpo, en definitiva, la falta de ésta actividad es un riesgo para la salud y el sedentarismo es un problema de salud pública de todo el mundo, tanto en países desarrollados como en los que se encuentran en vías de desarrollo.

En éste estudio hemos podido comprobar cómo la gran mayoría de la población universitaria de la Escuela de Enfermería de Palencia, dedica más de una hora al día a estudiar, tiempo de baja/nula actividad física. Destacar que se concentran mayor número de horas de estudio en los alumnos de primero y segundo ya que se encuentran en la parte teórica del Grado. Los alumnos de tercero dedican menos horas al estudio durante la semana y durante el fin de semana que los alumnos de cuarto curso. Esto puede tener una explicación hipotética si partimos de la base de que los alumnos de cuarto curso se encontraban en ese momento realizando el Trabajo de Fin de Grado y muchos de ellos se plantean la opción de presentarse a un examen cuando terminen el Grado, bien sea para una Oferta de Empleo Público (OPE) o de especialidades (EIR).

Con respecto a la actividad física, se observa un elevadísimo porcentaje de alumnos (73,43%) que realizan un mínimo de actividad física a diario, son datos superiores a los obtenidos en un estudio de la Universidad de Valladolid²⁰ donde el 67% declaró realizar algún tipo de ejercicio físico, siendo éste porcentaje mayor en hombres que en mujeres, al igual que en nuestro estudio. En la sociedad actual el incremento del sedentarismo en el conjunto de la población y sobre todo en la población infanto-juvenil, es un importante determinante de salud. Se observa cómo se han modificado los patrones de vida hacia modelos menos activos, que acompañados al uso masivo de las nuevas tecnologías, el ocio pasivo y el uso del coche/transporte urbano para

los desplazamientos cortos, están llevando al conjunto de la población a la reducción de la actividad física de forma drástica.

En nuestro estudio se consultó además sobre las horas que los universitarios dedican a la televisión a diario, y las horas que pasaban frente al ordenador. Destacar que la mayoría dedica entre 1 y 3 horas a la televisión, aumentando este porcentaje durante el fin de semana. Sobre el ordenador y videojuegos, se observa como existen diferencias significativas entre sexos, siendo mayor el tiempo que dedican los hombres a los ordenadores, tanto durante la semana ($p=0,0141$) como durante el fin de semana ($p=0,0241$). Esto nos orienta hacia los cambios en el ocio, cada vez más pasivo, de la población juvenil. Es necesario además incidir durante las campañas e intervenciones, en el sexo masculino, siendo ellos los que más horas dedican a las nuevas tecnologías.

Numerosos autores han estudiado la influencia que dormir las horas adecuadas, tiene sobre el rendimiento académico y el estado de salud³². Estos estudios advierten que la cantidad y calidad del sueño nocturno son factores que tienen una relación directa con el sobrepeso y la obesidad^{33, 34}.

En relación al número de horas de sueño, en nuestro estudio no se ha observado la relación directa con el exceso de peso, sin embargo sería conveniente incidir en las 8 horas mínimas de descanso, ya que la gran mayoría seleccionó el intervalo entre 6 y 8 horas.

Se ha estudiado la prevalencia de hábitos nocivos, como son el tabaquismo o el alcoholismo, en los alumnos de la Escuela de Enfermería. Como enunciaba la nota técnica de la Encuesta Nacional de Salud de 2011-2012²⁴, el consumo de tabaco en España ha descendido, llegando en los jóvenes (entre 15 y 24 años) a un 21,7% de fumadores. En nuestro estudio estos datos fueron aún menores, con un porcentaje de fumadores de 15,63%. No se conoce el motivo exacto de dicha diferencia pero ya en el estudio realizado por la Fundación Española de Nutrición²¹, los estudiantes de Grados en Ciencias de la Salud presentaban una baja prevalencia de consumo de tabaco. Se observó además un porcentaje mayor de fumadores en el sexo masculino, siendo necesario por tanto hacer un especial hincapié en ellos durante las actividades anti-tabaco, para finalmente seguir reduciendo dichas cifras.

Finalmente hablaremos sobre el consumo de alcohol en la población universitaria. Se observó como los alumnos de tercer y cuarto curso, toman alcohol con mayor frecuencia que los de primero y segundo.

Existen grandes diferencias porcentuales al comparar la frecuencia de consumo de alcohol y el sexo, indicando que los hombres consumen alcohol con mayor frecuencia y en mayor cantidad que las mujeres. El 12,50% de las mujeres afirman no consumir nunca alcohol, mientras que ese porcentaje es nulo en los hombres.

Además en éste estudio se ha observado que existe una relación porcentual entre el la cantidad de bebidas alcohólicas consumidas y la adherencia a la dieta mediterránea, de forma que a mayor adherencia, la frecuencia de consumo de alcohol es menor.

Es alarmante que en consumo de más de seis bebidas la misma noche, el 12,50% reconozcan tomarlas con frecuencia mensual y el 4,69% con frecuencia semanal. Por otra parte el 64,58% de las mujeres dijo que nunca consumía más de 6 bebidas alcohólicas en una misma noche, porcentaje muy superior al 18,75% que aparece en hombres.

Se observa por lo tanto como el consumo de bebidas alcohólicas se encuentra en una situación preocupante, hallándose unos porcentajes muy superiores en hombres. Sería necesario seguir investigando en esta línea sobre el tipo de bebidas consumidas, el entorno de consumo y el motivo que conlleva a un consumo masivo de alcohol. Dichas investigaciones futuras pueden aportar mayor información para la posterior puesta en marcha de campañas sobre la prevención del alcoholismo juvenil, promoción de ocio saludable, etc. Pero queda claro que hay que impulsar estas actividades de forma urgente y con especial insistencia en el sexo masculino.

En función de todos los resultados obtenidos, nos atrevemos a indicar que gracias al alto nivel educativo y al potencial como profesionales de la salud, nuestros estudiantes de enfermería deberían comenzar a interiorizar y llevar a cabo hábitos de vida saludables, con el fin no solo de que los conozcan sino de que los apliquen y sepan transmitirlos en su futuro desarrollo profesional.

CONCLUSIONES

- La prevalencia de **sobrepeso (23,44%)** y **obesidad (6,25%)** se encuentra en niveles elevados. Se propone por tanto la puesta en marcha de campañas que lleven a la disminución de dichas cifras, evaluando posteriormente la efectividad de las actividades propuestas.
- El **62,50%** de la población universitaria de Palencia, presenta una **adherencia óptima a la dieta mediterránea**, mientras que el 37,50% debería realizar modificaciones en su dieta para ajustarla al modelo mediterráneo. Para mejorar la adherencia en ésta población, se debería incrementar el consumo de pasta, arroz y demás cereales en el día a día, tomar con mayor frecuencia frutos secos, pescado y derivados lácteos. Se insta a los estudiantes a disminuir el consumo de bollería industrial, fast-food y dulces.
- Existe un **23,44%** de universitarios que **no realizan ningún tipo de actividad física a diario**. Plantear intervenciones de lucha contra el sedentarismo, donde se incida en mayor medida en las mujeres. Por otra parte, los universitarios han modificado sus hábitos hacia el ocio pasivo, dedicando actualmente un **alto porcentaje de horas al ordenador**, sin olvidarnos de que **la mayoría dedica entre 1 y 3 horas diarias a la televisión**.
- En cuanto a hábitos nocivos, el **tabaquismo** se presenta en un **15,63%**. Coincide con datos hallados en el estudio de la Fundación Española de Nutrición, donde fuman menos los estudiantes de Ciencias de la Salud. El **consumo de alcohol es excesivo**, destacando negativamente los hombres. Por lo general el consumo de alcohol suele ser entre 1 y 4 veces al mes. Se ha observado además que **la buena adherencia a la dieta mediterránea va asociada a una menor ingesta en cuanto a la cantidad de alcohol**.

BIBLIOGRAFÍA

1. WHO [Sede Web]. Ginebra: Organización Mundial de la salud; 2015 Enero [acceso 30 de enero de 2015]. Centro de prensa, notas descriptivas. Obesidad y sobrepeso. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/es/>
2. WHO [Sede Web]. Ginebra: Organización Mundial de la salud; 2015 Enero [acceso 30 de enero de 2015]. Estrategia mundial sobre régimen alimentario, actividad física y salud. Disponible en: http://www.who.int/dietphysicalactivity/strategy/eb11344/strategy_spanish_web.pdf
3. NAOS [Sede Web]. Madrid: Agencia Española de Seguridad Alimentaria; 2005 Febrero [acceso 10 de enero de 2015]. Estrategia para la nutrición, actividad física y prevención de la obesidad. Disponible en: <http://www.naos.aesan.msssi.gob.es/naos/ficheros/estrategia/estrategianaos.pdf>
4. PERSEO [sede Web]. Madrid: Agencia Española de Seguridad Alimentaria; Febrero 2005 [acceso 10 de enero de 2015]. Programa piloto escolar de referencia para la salud y el ejercicio, contra la obesidad. Disponible en: <http://www.perseo.aesan.msssi.gob.es/es/index.shtml>
5. Quiles Izquierdo J, Pérez Rodrigo C, Serra Majem L, Román B, Aranceta J. Situación de la obesidad en España y estrategias de investigación: Revisión. *Rev. Esp. Nutr. Comunitaria* [online]; 2008 [acceso 17 de enero de 2015].14 (3): 142-9. Disponible en: http://www.fesnad.org/publicaciones/pdf/renc_senc.pdf

6. Durá Travé T, Sánchez- Valverde Virus F. Obesidad infantil: ¿Un problema de educación individual, familiar o social? *Acta Pediatr. Esp.* [online] (Pamplona) 2005; [acceso 17 de enero de 2015] 63: 204-7. Disponible en: <https://www.gastroinf.es/sites/default/files/files/SecciNutri/OBESIDAD.pdf>
7. Sánchez- Cruz J.J, Jiménez-Moleón J.J, Fernández-Quesada F, Sánchez M.J. Prevalencia de obesidad infantil y juvenil en España en 2012. *Rev. Esp. Cardiol.* [online] 2013; [acceso 18 de enero de 2015]. 66(5): 371–6. Disponible en: <http://www.revespcardiol.org/es/prevalencia-obesidad-infantil-juvenil-espana/articulo/90198744/>
8. Serra-Majem L, Ribas L, Ngo J, Ortega RM, Garcia A, Perez-Rodrigo C, et al. Food, Youth and the Mediterranean diet in Spain. Development of KIDMED, Mediterranean Diet Quality Index in children and adolescents. *Public Health Nutrition* [online] 2004; [acceso 18 de enero de 2015]. 7: 931-5. Disponible en: [file:///C:/Users/usuario/Desktop/Downloads/Public%20Health%20Nutr.%202004-7931-5%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/usuario/Desktop/Downloads/Public%20Health%20Nutr.%202004-7931-5%20(1).pdf)
9. De la Montaña J, Castro L, Cobas N, Rodríguez M, Mínguez M. Adherencia a la dieta mediterránea y su relación con el índice de masa corporal en universitarios de Galicia. *Nutr. Clín. Diet. Hosp.* [online] 2012; [acceso 1 de febrero de 2015]. 32(3): 72-80. Disponible en: <http://vicou.uvigo.es/contidos/convida/pdf/publicacion1.pdf>
10. Dieta Mediterránea [sede Web]. Barcelona: Fundación Dieta Mediterránea; 2010 Noviembre [acceso 1 de febrero de 2015]. Dieta Mediterránea, Patrimonio Cultural Inmaterial de la Humanidad. Disponible en: <http://dietamediterranea.com/la-dieta-mediterranea-patrimonio-cultural-inmaterial-de-la-humanidad/>

11. Silvestre Castelló D, Alonso Aperte E, Varela Moreiras G. ¿Es posible al dieta mediterránea en el siglo XXI? [Monografía en Internet]. Madrid: Instituto Tomás Pascual Sanz, Universidad CEU San Pablo y Universidad CEU Cardenal Herrera; 2010. [acceso 2 de febrero de 2015]. Disponible en: http://www.institutotomaspascualsanz.com/descargas/formacion/publi/Libro_Dieta_Mediterranea_XXI.pdf
12. Osorio J, Weisstaub G, Castillo C. Desarrollo de la conducta alimentaria en la infancia y sus alteraciones. *Rev. Chil. Nutr.* [online]. 2002; [acceso 2 de febrero de 2015]. 29(3): 280-5. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717-75182002000300002&script=sci_arttext&tlng=en
13. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (MSSSI) [Sede web]: Campañas 2007- Prevención de la obesidad infantil [acceso 2 de febrero de 2015]. Disponible en: <http://www.msssi.gob.es/campannas/campanas06/obesidadInfant1.htm>
14. Mínguez Bernárdez M, De la Montaña Miguélez J, González Carnero J, González Rodríguez M.^a. Concordancia entre la autopercepción de la imagen corporal y el estado nutricional en universitarios de Orense. *Nutr. Hosp.* [online]. 2011 Junio. [acceso 8 de febrero de 2015]. 26(3): 472-9. Disponible en: http://scielo.isciii.es/pdf/nh/v26n3/07_original_03.pdf
15. Arroyo Izaga M, Rocandio Pablo A. M^a, Ansotegui Alday L, Pascual Apalauza E, Salces Beti I, Rebato Ochoa E. Calidad de la dieta, sobrepeso y obesidad en estudiantes universitarios. *Nutr. Hosp.* [online]. 2006 Diciembre. [acceso 8 de febrero de 2015]. 21(6): 673-9. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/nh/v21n6/original6.pdf>

16. Rizo-Baeza M. M, González-Brauer N. G, Cortés E. Calidad de la dieta y estilos de vida en estudiantes de Ciencias de la Salud. *Nutr. Hosp.* [online]. 2014 Enero. [acceso 8 de febrero de 2015]. 29(1): 153-7. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/nh/v29n1/20original14.pdf>
17. Cutillas A.B, Herrero E, San Eustaquio A, 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.* [online]. 2013 Junio. [acceso 12 de febrero de 2015]. 28(3): 683-9. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-16112013000300019&lng=es
18. Martínez Roldán C, Veiga Herreros P, López de Andrés A, Cobo Sanz J. M^a, Carbajal Azcona A. Evaluación del estado nutricional de un grupo de estudiantes universitarios mediante parámetros dietéticos y de composición corporal. *Nutr. Hosp.* [online]. 2005 Junio; [acceso 12 de febrero de 2015]. 20(3): 197-203. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/nh/v20n3/original5.pdf>
19. Durá Travé T, Castroviejo Gandarias A. Adherencia a la dieta mediterránea en la población universitaria. *Nutr. Hosp.* [online]. 2011 Junio. [acceso 12 de febrero de 2015]. 26(3): 602-608. Disponible en: http://scielo.isciii.es/pdf/nh/v26n3/25_original_21.pdf
20. Ledo-Varela M.^a T , Luis Román D. A, González-Sagrado M, Izaola Jauregui O, Conde Vicente R, Aller de la Fuente R. Características nutricionales y estilo de vida en universitarios. *Nutr. Hosp.* [online]. 2011. [acceso 12 de febrero de 2015] 26(4): 814-818. Disponible en: <http://www.nutricionhospitalaria.com/pdf/5156.pdf>

21. Ruiz Moreno E, Del Pozo de la Calle S, Valero Gaspar T, Ávila Torres J.M, Varela-Moreiras G. Estudio de hábitos alimentarios y estilos de vida de universitarios españoles. Patrón de consumo de bebidas fermentadas. 2013. [acceso 12 de febrero de 2015]. Disponible en: <http://www.fen.org.es/archivos/imgPublicaciones/30092014131915.pdf>
22. Sociedad Española para el Estudio de la Obesidad (SEEDO). Consenso SEEDO 2007 para la evaluación del sobrepeso y la obesidad y el establecimiento de criterios de intervención terapéutica. *Rev. Esp. Obes.* [online]. 2007. [acceso 16 de febrero de 2015]. 7-48. Disponible en: http://www.seedo.es/images/site/documentacionConsenso/Consenso_SEEDO_2007.pdf
23. Saunders J.B, Aasland O.G, Babor, T.F, de la Fuente, J.R, and Grant, M. Development of the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT): WHO collaborative project on early detection of persons with harmful alcohol consumption. 1993. [acceso 16 de febrero de 2015]. 791-804. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8329970>
24. Instituto Nacional de Estadística (INE) [sede Web]. Encuesta Nacional de Salud 2011-2012. [acceso 12 de mayo de 2015]. Disponible en: <http://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/encuestaNac2011/NotaTecnica2011-12.pdf>
25. Margo López A, Sáez Meabe Y, Narváez Gofinondo I, Sáez de Lafuente J.P, Iriarte Ezkurdia J.A. Índice de masa corporal en mujeres de Vizcaya. Relación -con la presión arterial. Ed. El sevier. *Clin. Invest. Arterioscl.* 2002. [acceso 12 de mayo de 2015]. 14(1):17-20. Disponible en: http://apps.elsevier.es/watermark/ctl_servlet? f=10&pident_articulo=13025975&pident_usuario=0&pcontactid=&pident_revista=15&ty=50&accion=L&origen=zonadelectura&web=www.elsevier.es&lan=es&fichero=15v14n01a13025975pdf001.pdf

26. Gallego Gómez A.M, Hita Contreras F, Lomas-Vega R, Martínez-Amat A. Estudio comparativo del índice de masa corporal y el equilibrio postural en estudiantes universitarios sanos. Ed. Elsevier. *Fisioterapia* 2011. [acceso 12 de mayo de 2015]. 33(3): 93-7. Disponible en: http://apps.elsevier.es/watermark/ctl_servlet?_f=10&pident_articulo=90024471&pident_usuario=0&pcontactid=&pident_revista=146&ty=153&accion=L&origen=zonadelectura&web=www.elsevier.es&lan=es&fichero=146v33n03a90024471pdf001.pdf
27. Gómez Sánchez R, Gómez Sánchez R, Díaz Cuenca A. M^a, Fortea Gorbe M^a I, Salorio del Moral P. Prevalencia de los trastornos alimentarios en una muestra universitaria: Ansiedad como factor de modulación. *Index Enferm* [online]. 2010 Septiembre. [acceso 12 de mayo de 2015]. 19(2-3): 124-8. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962010000200011#t3
28. Mariscal-Arcas M, Rivas A, Velasco J, Ortega M, Caballero AM, Olea-Serrano F. Evaluation of the Mediterranean Diet Quality Index (KIDMED) in children and adolescents in Southern Spain. *Public Health Nutr.* [online]. 2009 Septiembre. [acceso 19 de mayo de 2015]. 12(9): 1408-12. Disponible en: http://journals.cambridge.org/download.php?file=%2FPHN%2FPHN12_09%2FS1368980008004126a.pdf&code=0bbb99c923f0bfa8a467b20ce538f628
29. THAO [Sede Web]. Barcelona: 2011. Fundación THAO (Thinking About Obesity). Programa de prevención de la obesidad infantil en los municipios. [acceso 19 de mayo de 2015]. Disponible en: <http://thaoweb.com/es>

30. THAO WEB [sede Web]. Palencia: Casas R. y Gómez S. VIII Encuentro THAO "Palencia". 2013 Mayo. [acceso 19 de Mayo 2015]. Disponible en: http://thaoweb.com/sites/default/files/documentos/resumen_1373961374.pdf
31. WHO [sede web]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud. 1990. Dieta, nutrición y prevención de enfermedades crónicas. Informe de un grupo de estudio de la OMS. [acceso 21 de mayo de 2015]. Disponible en: http://www.who.int/nutrition/publications/obesity/WHO_TRS_916_spa.pdf
32. Luque M. En qué medida dormir poco y otros malos hábitos disminuyen el rendimiento escolar. [acceso 21 de mayo de 2015]. Disponible en: <http://www.solociencia.com/medicina/08112606.htm>
33. Bass J, Turek FW. Sleepless in America: a pathway to obesity and the metabolic syndrome? *Arch Intern Med* [Online]. 2010 January [acceso 21 de mayo de 2015]. 165: 15-6. Disponible en: <http://archinte.jamanetwork.com/article.aspx?articleid=486332>
34. Eisenmann J, Ekkekakis P, Holmes M. Sleep duration and overweight among Australian children and adolescents. *Acta Paediatrica*. 2006. [acceso 21 de mayo de 2015]. 95: 956-63.. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2225560/>

ANEXOS

ANEXO 1



Diputación de Palencia



Universidad de Valladolid

Escuela de Enfermería de Palencia

“Dr. Dacio Crespo”

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

D/D^a, de años de edad y con D.N.I.:, manifiesta que ha sido informado/a por D/D^a, con D.N.I.: y alumno/a de la Escuela Universitaria de Enfermería de Palencia, sobre el estudio que va a realizar, para el desarrollo del TFG titulado: Estudio de hábitos de vida saludable, sobrepeso y obesidad.

- Comprendo que mi participación en el estudio es voluntaria.
- Comprendo que puedo retirarme de dicho estudio cuando quiera y sin dar explicaciones.
- He sido informado/a, también, de que mis datos personales serán tratados de manera anónima y confidencial. (no serán utilizados mis datos personales)

Tomando todo ello en consideración, otorgo mi consentimiento para la participación en dicho estudio.

Palencia, a

Firma del representante

Firma del alumno

ANEXO 2

INSTRUCCIONES:

-Se recuerda que el cuestionario es totalmente anónimo, teniéndose en cuenta la relación peso/talla/perímetro abdominal con los resultados de la encuesta, y desconociéndose la identidad del alumno.

-Lea atentamente el siguiente cuestionario, respondiendo a las preguntas según se indique:

	SI	NO
Toma una fruta o zumo de fruta todos los días		
Toma una segunda fruta todos los días		
Toma verduras frescas(ensaladas) o cocinadas regularmente una vez al día		
Toma verduras frescas o cocinadas más de una vez al día		
Toma pescado fresco por lo menos 2 ó 3 veces por semana		
Acude una vez o más a la semana a un centro de fast-food (Ej. Hamburguesería)		
Toma legumbres más de 1 vez a la semana		
Toma pasta o arroz casi a diario (5 días o más a la semana)		
Desayuna un cereal o derivado (pan, tostadas, etc.)		
Toma frutos secos por lo menos 2 ó 3 veces a la semana		
Utiliza aceite de oliva en casa para cocinar		
Desayuna		
Desayuna un lácteo (leche o yogur, etc.)		
Desayuna bollería industrial		
Toma 2 yogures y/o 40 gr. De queso cada día		
Toma dulces o golosinas varias veces al día.		
Toma frutos secos con regularidad (por lo menos 2 ó 3 veces a la semana)		

- ❖ ¿Considera seguir una dieta y estilo de vida saludables?
 - Si
 - No
- ❖ ¿Cómo se desplaza a la universidad /centro de prácticas clínicas?
 - Andando /Bicicleta
 - Coche/Autobús

- ❖ ¿Cuántas horas al día (**de lunes a viernes**) dedica a estudiar?
 - Menos de 1 hora.
 - Entre 1 y 2 horas.
 - Entre 2 y 3 horas.
 - Entre 3 y 4 horas.
 - Más de 4 horas.

- ❖ ¿Cuántas horas dedica al estudio el fin de semana (**sábado y domingo**)?
 - Menos de 2 horas.
 - Entre 2 y 4 horas.
 - Entre 4 y 6 horas.
 - Entre 6 y 8 horas.
 - Más de 8 horas.

- ❖ ¿Cuántas horas dedica al día (**de lunes a viernes**) a la realización de actividad física (no añadir las horas de práctica clínica)?
 - Ninguna
 - Menos de 2 horas
 - Entre 2 y 5 horas
 - Más de 5 horas

- ❖ ¿Cuántas horas dedica el fin de semana (**sábado y domingo**) a la realización de actividad física?
 - Ninguna
 - Menos de 2 horas
 - Entre 2 y 5 horas
 - Más de 5 horas

- ❖ ¿Cuántas horas duerme por la noche?
 - Menos de 6 horas
 - Más de 6 pero menos de 8 horas
 - Entre 8 y 9 horas
 - Más de 9 horas

- ❖ ¿Cuántas horas suele ver la televisión/vídeo/DVD al día (lunes a viernes)?
 - Ninguna
 - Menos de 1 hora
 - Entre 1 y 3 horas
 - Más de 3 horas

- ❖ ¿Cuántas horas sueles ver la televisión/vídeo/DVD el fin de semana (sábado y domingo)?
 - Ninguna
 - Menos de 1 hora
 - Entre 1 y 3 horas
 - Más de 3 horas

- ❖ ¿Cuántas horas dedica a el ordenador (para navegar por Internet, chatear, practicar juegos interactivos, etc.) durante el día (lunes a viernes)?
 - Ninguna
 - Menos de 1 hora
 - Entre 1 y 3 horas
 - Más de 3 horas

- ❖ ¿Cuántas horas dedica al ordenador (para navegar por Internet, chatear, practicar juegos interactivos, etc.) durante el día, el fin de semana (sábado y domingo)?
 - Ninguna
 - Menos de 1 hora
 - Entre 1 y 3 horas
 - Más de 3 horas

- ❖ ¿Fuma? ¿Cuántos cigarrillos al día?
 - SI / NO
 - Menos de 5 cigarrillos/día
 - Entre 5 y 10 cigarrillos/día
 - Entre 10 y 15 cigarrillos/día
 - Más de 15 cigarrillos/día

- ❖ ¿Con qué frecuencia consume bebidas alcohólicas?
 - Nunca
 - Una o menos veces al mes
 - 2 a 4 veces al mes
 - 2 ó 3 veces a la semana
 - 4 ó más veces a la semana

- ❖ ¿Cuántas bebidas alcohólicas consume normalmente cuando bebe?
 - 1 ó 2.
 - 3 ó 4.
 - 5 ó 6.
 - 7 a 9.
 - 10 ó más.

- ❖ ¿Con qué frecuencia se toma más de 6 bebidas alcohólicas en un solo día?
 - Nunca.
 - Menos de una vez al mes.
 - Mensualmente.
 - Semanalmente.
 - A diario o casi a diario.

Datos a completar por el entrevistador:

CURSO:

EDAD:

SEXO:

PESO:

TALLA:

IMC: