

# Informe de NUTRICIÓN y SALUD en ESTUDIANTES UMH



UNIVERSITAS Miguel Hernández



Sexualidad



Act. Física



Alimentación



# INFORME DE LA ENCUESTA DE NUTRICION Y SALUD EN ALUMNOS DE LA UNIVERSIDAD MIGUEL HERNÁNDEZ DE ELCHE, 2017

«Dieta, antropometría y salud en  
población universitaria»

## Editado por:

Vicerrectorado de Relaciones Institucionales.  
Universidad Miguel Hernández

## Autores

Manuela García de la Hera  
Sergio Hernández Sánchez  
Miriam Hurtado Pomares  
Eva M<sup>ª</sup> Navarrete Muñoz  
M Teresa Pérez-Vázquez  
Jesús Vioque López

Alicante 2017

**E**ste trabajo ha sido posible gracias a la colaboración entre el Vicerrectorado de Relaciones Institucionales de la Universidad Miguel Hernández, siendo vicerrectora D<sup>a</sup> María Teresa Pérez-Vázquez y la Unidad de Epidemiología de la Nutrición de la Universidad Miguel Hernández, siendo su director el profesor Jesús Vioque.

#### ENTIDADES COLABORADORAS:

- ✓ Generalitat Valenciana. Conselleria de Transparencia, Responsabilidad Social, Participación y Cooperación.

---

- ✓ Vicerrectorado de Relaciones Institucionales. Universidad Miguel Hernández. Programa UMH Saludable.

---

- ✓ Unidad de Epidemiología de la Nutrición. UMH.

---

- ✓ Instituto de Investigación Sanitaria y Biomédica de Alicante (ISABIAL-FISABIO).

---

- ✓ Consorcio de Investigación Biomédica en Red de Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP).

---

**AUTORES**

**Manuela García de la Hera**

*Profesora Contratada Doctora. (Acreditada TU). Dpto. de Salud Pública. Doctorado en Salud Pública. Master en Salud Pública. UMH*

**Sergio Hernández Sánchez**

*Profesor Contratado Doctor. Vicerrector adjunto de relaciones institucionales para la responsabilidad social. UMH*

**Miriam Hurtado Pomares**

*Profesora Colaboradora. Vicerrectora adjunta de relaciones institucionales. Universidad Miguel Hernández.*

**Eva M<sup>a</sup> Navarrete Muñoz**

*Investigadora Post-doctoral en el CIBER de Epidemiología y Salud Pública en la Unidad de Epidemiología de la Nutrición de la UMH*

**M<sup>a</sup> Teresa Pérez Vázquez**

*Catedrática Universidad. Vicerrectora de Relaciones Institucionales de la UMH*

**Jesús Vioque López**

*Catedrático de Universidad. Dpto. de Salud Pública. Doctorado en Salud Pública. Master en Salud Pública. UMH*

**COORDINADORES DEL TRABAJO DE CAMPO**

**Sergio Hernández Sánchez**

**Miriam Hurtado Pomares**

**TRABAJO DE CAMPO**

**Carmela Mubarak**

*Becaria de investigación. Dpto. de Salud Pública. Máster de Terapia ocupacional en Neurología. UMH.*

**Fátima Castro Agüero**

*Becaria de Investigación. Máster de Terapia ocupacional en Neurología.*

**Gloria...**

<b>1. Introducción</b>	<b>9</b>
<b>2. Objetivos</b>	<b>11</b>
<b>3. Metodología</b>	<b>12</b>
3.1 POBLACIÓN DE ESTUDIO.....	12
3.2 CUESTIONARIOS.....	12
✓ Características : .....	12
✓ Hábitos alimentarios y consumo de alimentos: .....	13
✓ Percepción Corporal y antropometría.....	13
✓ Salud y estilos de vida:.....	13
✓ Integración social, bienestar y estrés laboral: .....	13
✓ Uso de nuevas tecnologías:.....	13
3.3 DEFINICIÓN DE LAS VARIABLES: RECOGIDA Y MEDICIÓN.....	15
✓ Características sociodemográficas: .....	15
✓ Datos relacionados con hábitos alimentarios: .....	15
✓ Datos Percepción de estado corporal y Antropometría.....	16
✓ Datos sobre estilos de vida: .....	16
✓ Datos sobre integración social, bienestar y estrés laboral.....	18
✓ Datos sobre el uso de nuevas tecnologías.....	18
<b>4. Resultados</b>	<b>19</b>
4.1 RESULTADOS SOCIODEMOGRÁFICOS.....	19
4.2 RESULTADOS CON RESPECTO AL SEXO.....	20
✓ HÁBITOS ALIMENTARIOS Y CONSUMO DE ALIMENTOS.....	20
✓ PERCEPCIÓN CORPORAL Y ANTROPOMETRÍA.....	25
✓ SALUD Y ESTILOS DE VIDA.....	27
✓ INTEGRACIÓN SOCIAL, BIENESTAR Y ESTRÉS LABORAL.....	32
✓ USO DE NUEVAS TECNOLOGÍAS.....	33
4.3 RESULTADOS POR CAMPUS UNIVERSITARIO.....	34
✓ HÁBITOS ALIMENTARIOS.....	34
✓ PERCEPCIÓN CORPORAL Y ANTROPOMETRÍA.....	35
✓ SALUD Y ESTILOS DE VIDA.....	36
✓ INTEGRACIÓN SOCIAL, BIENESTAR Y ESTRÉS LABORAL.....	40
✓ USO DE NUEVAS TECNOLOGÍAS.....	42
<b>5. Conclusiones:</b>	<b>43</b>
<b>6. Recomendaciones</b>	<b>44</b>
<b>7. Referencias:</b>	<b>45</b>
<b>8. Anexos:</b>	

## PRESENTACIÓN DEL RECTOR



La universidad Miguel Hernández, en su plan estratégico 2016-2019 desarrolla en su eje de relación con la sociedad una línea específica para la promoción de hábitos de vida saludable en la comunidad universitaria, lo cual nos define como Universidad Saludable.

Todas las acciones dirigidas a la consecución de este objetivo, se enmarcan dentro del proyecto institucional "UMH Saludable", en el que participan diferentes servicios, unidades y departamentos con un objetivo común: mejorar la salud y los hábitos de quienes estudian y trabajan en nuestra universidad

Por otro lado, el concepto actual de Responsabilidad Social de la universidad, en el que ya trabajamos desde hace años, enlaza con el de universidad saludable, ya que ambos cuentan con varios objetivos compartidos.

El estudio descriptivo y transversal, cuyos resultados se presentan a continuación, se ha centrado en el análisis de algunos hábitos de vida de los estudiantes universitarios de primer curso relacionados con la salud. Sabemos que los problemas de salud de los jóvenes se relacionan con factores como los estilos de vida alimentarios, de ejercicio físico, relaciones sexuales, uso de nuevas tecnologías o hábitos tóxicos como el consumo de tabaco, drogas o alcohol.

Se ha llevado a cabo un diagnóstico institucional sobre los hábitos relacionados con la salud de quienes llegan a estudiar a nuestra universidad. Desde nuestro Vicerrectorado de Relaciones Institucionales, con la colaboración del departamento de Salud Pública de la UMH se ha realizado un esfuerzo para recoger la mayor cantidad de información posible en este colectivo, y tener una muestra amplia que permita una interpretación fiable de los resultados.

La información aquí contenida constituye una base fundamental para intervenir en un futuro, para establecer prioridades y políticas de promoción o protección de la salud en los distintos campus, e incluso en distintas disciplinas. No olvidemos que la mayoría de estudiantes universitarios se encuentran en una etapa de la vida de gran importancia para la salud, en la que se desarrollan y se consolidan hábitos que conforman los distintos estilos de vida. Dado que la mayor parte de los encuestados pasarán en nuestros campus al menos cuatro años, debemos hacer lo posible para favorecer la adopción de estilos de vida saludables, con acciones a diferentes niveles. Si lo conseguimos, nuestros estudiantes se convertirán en modelos o promotores de conductas saludables en sus familias, en sus futuros entornos laborales, en su comunidad y en la sociedad en general.

Es nuestra responsabilidad favorecer en la medida de nuestras posibilidades, hábitos y estilos de vida saludables, a través de acciones en el entorno, la actividad universitaria a través de la sensibilización y la formación, predicando con el ejemplo.

Por todo ello quiero dar las gracias, a todos/as los/as estudiantes que han completado voluntariamente la encuesta, así como a los/as profesionales implicados en su concepción, desarrollo y aplicación.

Jesús T. Pastor Ciurana

## PRESENTACIÓN DEL DIRECTOR DEL GRUPO DE INVESTIGACIÓN EPINUT

**E**s un placer presentar el Informe sobre NUTRICIÓN Y SALUD EN POBLACIÓN UNIVERSITARIA basado en los resultados de la **ENCUESTA DE NUTRICIÓN Y SALUD EN ALUMNOS DE LA UNIVERSIDAD MIGUEL HERNÁNDEZ DE ELCHE**. Esta iniciativa se enmarca como una actividad dentro de la “Red Europea de Universidades Saludables”, creada por la Organización Mundial en 1997, a la que se adhirió la Red Española de Universidades Saludables (REUS) en el año 2008.

Desde la creación de la Red Española de Universidades Saludables en el año 2008 y siguiendo una de las acciones prioritarias de la Carta de Ottawa 1986, la Universidad Miguel Hernández se ha comprometido en su desarrollo, como agente promotor de la salud implicado en la mejora de la salud, el bienestar y calidad de vida de quienes en ella estudian y trabajan. En este sentido, desde el Vicerrectorado de Relaciones Institucionales, en estrecha colaboración con la Unidad de Epidemiología de la Nutrición de la Universidad Miguel Hernández, se ha creado la iniciativa UMH-Saludable para apoyar este tipo de iniciativas.

Por ello, en el curso 2016/2017, se decidió realizar una encuesta entre estudiantes de primer curso de varios Grados de la Universidad Miguel Hernández con el fin de evaluar el estado de salud y nutricional de este colectivo, como primer paso fundamental para plantear posibles acciones futuras de promoción de la salud adaptadas a las características y necesidades detectadas. El inicio de la vida universitaria suele coincidir con el final de la adolescencia y el paso a la edad adulta y es una etapa vital importancia para consolidar comportamientos relacionados con los estilos de vida que tienen una importante repercusión sobre la salud en la vida adulta y que serán muy difíciles de modificar. Son también muchas las evidencias que indican que los principales problemas de salud en los jóvenes están relacionados con los estilos de vida.

En esta encuesta se ha recogido información sobre hábitos y estilos de vida como la alimentación, actividad física, tabaco, alcohol, consumo de sustancias, estado de salud, hábitos sexuales, percepción corporal, Integración social, bienestar y estrés laboral y uso de internet a los/as estudiantes. La información obtenida se ha analizado y plasmado en este informe que esperamos sea de utilidad para impulsar actividades de promoción de la salud que redunden en beneficio de toda la comunidad universitaria.

Jesús Vioque, Catedrático UMH



# 1. Introducción

La salud es un derecho fundamental para el individuo y para la sociedad. Se trata del estado de bienestar físico, psíquico y social que implica una mejora constante de las condiciones personales y sociales en las que se desarrolla el individuo, con la finalidad de lograr un nivel de calidad de vida cada vez mejor. Por tanto, en la medida de lo posible debe protegerse.

Los principales problemas de salud en los jóvenes suelen relacionados con sus estilos de vida que se refieren a comportamientos a los cuales los individuos se exponen deliberadamente y sobre los que sería posible ejercer algún mecanismo de control, evitándolos o reforzándolos. Sabemos que ciertos estilos de vida son determinantes importantes del estado de salud, y que cuando los comportamientos se consolidan en la juventud, son difíciles de modificar en la edad adulta.

A la hora de analizar y abordar los problemas de salud en cualquier población, es necesario tener en cuenta también sus posibles determinantes y las interrelaciones que pueden darse entre ellos a distintos niveles. Los aspectos sociales y económicos, los factores ambientales, las condiciones de vida y del entorno en el cual se desarrolla la vida de las personas son importantes determinantes de la salud que deben tenerse en cuenta al igual que las propias actuaciones preventivas y asistenciales.

La salud, además de ser un derecho individual, es un deber, por lo que es muy importante que las instituciones y la sociedad tomen consciencia del mismo. La familia y su entorno, el lugar de trabajo, las condiciones laborales, las diferencias sociales, el estrés, la educación recibida, los alimentos, los espacios o zonas verdes, el transporte, el entorno físico y ambiental, son factores que influyen en nuestra salud. Esta visión integral de la salud es totalmente necesaria para comprender y poder hacer frente a los problemas de salud actuales en la población.

La salud no solo afecta a las personas de forma individual, también al conjunto de la sociedad. Por ello, la salud pública, entendida como el esfuerzo organizado de la sociedad para prevenir la enfermedad y, promover y restaurar la salud debería constituir uno de los principales motivos de interés y preocupación de los ciudadanos en

nuestro país

De este modo, los problemas actuales de la población necesitan un abordaje desde la salud pública centrado en la mejora de la salud de la población en lugar de un tratamiento individualizado. La promoción de la salud definida por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como “el proceso que permite a las personas incrementar el control sobre su salud” puede ser una herramienta fundamental que ayude a conseguir la mejora de la salud. Para ello, son necesarios cambios en el entorno implicando a los individuos, las organizaciones y la comunidad que ayudan a promoverla y protegerla basada en tres principios básicos la participación de la población, la intersectorialidad y el contexto. La promoción de la salud constituye un proceso político y social global que abarca no solamente las acciones dirigidas directamente a fortalecer las habilidades y capacidades de los individuos, sino también, las dirigidas a modificar las condiciones sociales, ambientales y económicas, con la finalidad de mitigar su impacto en la salud pública y en la individual.

Una de las herramientas fundamentales de la promoción de la salud es la educación para la salud, que aborda no solamente la transmisión de información, sino también el fomento de la motivación, las habilidades personales y la autoestima, necesarias para adoptar medidas destinadas a mejorar la salud.

En este marco, la universidad puede y debe desempeñar un papel fundamental para la promoción de estilos de vida saludables, especialmente entre los jóvenes universitarios, ya que es el colectivo mayoritario en la misma. El concepto de Universidad Saludable o Institución de Educación Superior Promotora de Salud, se basa en los principios de ciudades saludables de la OMS, que prioriza iniciativas de promoción de la salud dirigidas a la universidad como entorno, más que las estrategias de cambios de hábitos de cada persona en particular. Es decir, se desarrolla en el marco de un modelo de promoción de la salud basado en el entorno o contexto (setting - based approach).

Los pasos hacia una **Universidad Saludable** que garantice una buena calidad de vida serían los siguientes:

1

La formulación de conceptos que conduzcan a la adopción de planes de salud activos para el colectivo de personas de la universidad.

2

El desarrollo de modelos adecuados de actuación en la práctica.

3

Monitorización e investigación sobre la efectividad de los modelos de actividades saludables y de calidad en la universidad.

4

Intercambio de ideas y experiencias entre otras universidades colaboradoras o interesadas.

5

Apoyo mutuo, colaboración y aprendizaje entre las universidades europeas.

La Universidad Miguel Hernández de Elche (UMH) forma parte de la "Red Española de Universidades Saludables" (REUS) y de la Xarxa Valenciana d'universitats Públiques Saludables (creada en 2014), con la pretensión de conseguir un escenario universitario saludable y de calidad.

La mayoría de estudiantes universitarios se encuentran en una etapa de la vida de gran importancia para la salud (entre la edad adolescente y la edad adulta), en la que se desarrollan y se consolidan los estilos de vida (saludables o perjudiciales) y crece la toma de decisiones y la independencia. Además, la universidad en sí, es una institución con una importante influencia a nivel social, por tanto, puede favorecer la promoción de la salud en la sociedad. En ella se forman los futuros profesionales que configurarán los servicios de la futura comunidad.

La promoción de la salud en la universidad será un valor añadido para la mejora de la calidad de vida y el bienestar de los que allí estudien o trabajen y además, permitirá formarlos con la finalidad de que actúen como modelos o promotores de conductas saludables en sus familias, en sus futuros entornos laborales, en su comunidad y en la sociedad en general. Considerando estos principios, la UMH ha establecido históricamente una línea de trabajo en ese sentido en sus planes estratégicos, reforzándola del mismo modo en su plan vigente (2016-2019).

Siguiendo las líneas generales de las Universidades Promotoras de Salud de la OMS y de la Red Española y Europea de Universidades Saludables, este estudio forma parte de un proyecto más amplio para explorar y profundizar en el conocimiento de las condiciones,

opiniones, actitudes y comportamientos de los/as estudiantes universitarios de la UMH con el objetivo de fomentar la promoción de la salud y la calidad de vida en el contexto universitario.

En este sentido, las encuestas de salud como la realizada en este proyecto constituyen una herramienta muy valiosa para informar sobre lo que tenemos, lo que hacemos y lo que somos, proporcionando sobre el punto de partida de los estilos de vida

y principales problemas de salud que permitirán en definitiva establecer prioridades, proponer posibles estrategias de promoción y protección de la salud que deberán ser en último caso evaluadas haciendo un seguimiento de las posibles mejoras y cambios que se produzcan

Este informe se basa en los datos recogidos en la encuesta de nutrición y salud que se ha realizado entre estudiantes que iniciaban el Grado en la UMH durante el curso 2016-17, siguiendo una metodología estandarizada que nos ha permitido conocer su estado de salud autopercebida y profundizar en el conocimiento de los principales estilos de vida como la actividad física, la dieta, el consumo de alcohol, tabaco y otras drogas, y relacionarlos con otros determinantes importantes de salud como son la posición socioeconómica, la situación laboral, las condiciones de trabajo y el lugar de residencia. Ello permitirá evaluar en el futuro los posibles cambios que se produzcan, e incluso establecer prioridades y estrategias de promoción o protección de la salud a distintos niveles, durante el tiempo de paso de los estudiantes por la Universidad, lo que debería en definitiva contribuir a empoderar y configurar un mejor estado de salud de nuestros universitarios

## 2. Objetivos

El diseño de esta Encuesta de Nutrición y Salud de la UMH corresponde a un estudio epidemiológico transversal, cuyo **objetivo general** ha consistido en examinar el estado nutricional, los estilos de vida y la salud que presentan los estudiantes universitarios que inician sus estudios de grado en la UMH.

Los **objetivos específicos** principales de esta encuesta han consistido en la:

- ✓ Obtener de índices antropométricos como el peso y la talla, y estimar la prevalencia de sobrepeso y obesidad
- ✓ Describir los hábitos alimentarios y la frecuencia del consumo de alimentos.
- ✓ Estimar el grado de adherencia a la dieta mediterránea.
- ✓ Estimar la prevalencia de sedentarismo y de las prácticas de actividad física a lo largo del día.
- ✓ Describir los hábitos sexuales.
- ✓ Estimar la prevalencia del consumo de tabaco, alcohol y uso de sustancias ilícitas (otras drogas).
- ✓ Describir el estado de salud autopercebido.
- ✓ Describir el grado de la integración social, bienestar y estrés laboral
- ✓ Estimar la prevalencia del uso de Internet y evaluar el uso problemático de Internet entre los/as universitarios/as.

## 3. Metodología

### 3.1. POBLACIÓN DE ESTUDIO

Para la realización de la presente Encuesta de Nutrición y Salud se ha empleado la metodología habitual de los estudios o encuestas transversales. Más concretamente, se ha utilizado en gran medida la metodología empleada en el estudio DISA, un estudio con un doble componente transversal y prospectivo que se viene realizando desde la Unidad de Epidemiología de la Nutrición para evaluar las asociaciones entre la Dieta, Salud y Antropometría en estudiantes de ciencias de la salud de la UMH (Navarrete-Muñoz EM 2016)

En el curso 2016-2017 durante los meses de septiembre a noviembre del 2016, se realizó esta encuesta de Nutrición y salud con estudiantes de primer curso de grado de diversas titulaciones de la UMH. Todas las titulaciones fueron invitadas a participar a través del contacto con sus decanos/as de facultad o vicedecanos/as de titulación, aunque el reclutamiento no fue posible en todas las titulaciones, finalmente 12 (43%) titulaciones y 659 (27%) de los/as estudiantes de primero participaron en la encuesta. El reclutamiento de los/as estudiantes, en la mayoría de los casos, se ha realizado en el aula durante la "jornada de bienvenida" del curso académico (el primer día). En aquellos grados en los que no se realiza "jornada de bienvenida", el reclutamiento se llevó a cabo a principios de curso durante una hora lectiva cedida por los profesores de forma voluntaria. Previamente a la distribución del cuestionario y consentimiento informado, se facilitó a los estudiantes la hoja de información al participante (Anexo I) y se dieron una serie de instrucciones generales explicando el motivo del estudio, las características del instrumento, el modo de responder a éste y lo que supondría su participación, así como que dicha participación era voluntaria y anónima.

Todos los/as estudiantes que aceptaron participar, firmaron el consentimiento y completaron un cuestionario (Anexo II) auto-cumplimentado fueron incluidos en la Encuesta de Salud alcanzándose un tamaño muestral reclutado de 659 estudiantes.

### 3.2. CUESTIONARIOS.

Los cuestionarios fueron autocumplimentados por los/as participantes, aunque contaron con la ayuda de entrevistadores entrenados que resolvieron las posibles dudas surgidas en el momento

La encuesta se configuró en ocho módulos diferenciados:

- Características sociodemográficas.
- Hábitos alimentarios y dietéticos
- Percepción Corporal y antropometría
- Salud y estilos de vida.
- Estado de Salud
- Hábitos sexuales
- Integración social.
- Uso de nuevas tecnologías.

#### CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS:

En este apartado se ha obtenido la información respecto a las características demográficas, sociales y del trabajo de la persona entrevistada, así como de otros miembros que vivieran en el núcleo familiar y que pudieran ser relevantes como determinantes de salud.

## HÁBITOS ALIMENTARIOS Y CONSUMO DE ALIMENTOS:

Este módulo se diferenció en dos bloques:

- **Hábitos alimentarios:** Se recoge información sobre métodos culinarios de preparación, lugares donde realiza las comidas, número de veces y tipo de comida que realiza al día.
- **Cuestionario de Frecuencia de Consumo de Alimentos (CFA):** Se ha utilizado un cuestionario a partir cuestionario validado en población adulta de la comunidad valenciana (Vioque 2007, Vioque 2013). El cuestionario consta de 44 ítems (alimentos o grupos de alimentos), sobre los que se pregunta por su frecuencia de consumo habitual para una determinada cantidad, a lo largo de año anterior a la entrevista.

## PERCEPCIÓN CORPORAL Y ANTROPOMETRÍA

Se recoge información sobre aspectos relacionados con hacer dieta, motivos, percepción de su propio cuerpo y comportamientos relacionados con la pérdida de peso. Respecto a las medidas antropométricas. Además, se recoge información de: peso, la talla autoreferida, circunferencia de cintura y cadera medidas con cinta métrica que se aporta en el momento de la realización de la encuesta.

## SALUD Y ESTILOS DE VIDA:

En el cuestionario de salud y estilos de vida se recogió información sobre aspectos relacionados con el estado de salud. Este módulo se recoge información de los siguientes aspectos relacionados con la salud:

- **Actividad física.**
- **Consumo de alcohol, tabaco y uso de sustancias.**
- **Hábitos sexuales.**
- **Estado de salud autopercebida**

## INTEGRACIÓN SOCIAL, BIENESTAR Y ESTRÉS LABORAL:

Se pregunta en este módulo sobre aspectos relacionados con la discriminación, violencia y sus consecuencias en el ámbito laboral y rendimiento en sus estudios.

## USO DE NUEVAS TECNOLOGÍAS:

- **Este módulo se diferenció en dos bloques:**
- **Preguntas relacionadas con el uso de internet, frecuencia tiempo y motivo del uso de dichas frecuencias.**
- **Cuestionario de adicción a Internet, validado en población española por el Fernández-Villa et al (Fernández-Villa, 2015).**

Tabla 1. Bloques incluidos en la encuesta de salud de estudiantes UMH y referencias bibliográficas del origen de las preguntas.

DIMENSIONES / FACTORES		ITEMS	OBSERVACIONES
PERCEPCIÓN CORPORAL	Mediciones antropométricas	1,2	Estudio de estudiantes de ciencias de la salud (Savane FR, Navarrete-Muñoz EM, García de la Hera M, et al.)
	Siluetas corporales	7	Estudio SUN
	Conducta alimentaria	8,9	Basadas en criterios diagnósticos para descartar trastornos de la conducta alimentaria (DSM-IV; APA, 2000)
HÁBITOS ALIMENTARIOS	Hábitos	1-7	Modificación a partir del cuestionario PREDIMED
	Consumo de alimentos	1-44	A partir del cuestionario en población adulta de la Comunidad Valenciana (Vioque 2007, Vioque 2013)
	Adherencia a la dieta mediterránea	1-44	Mediterranean Diet Score (MDS) (Trichopoulou, 2003)
ACTIVIDAD FÍSICA	Actividades diarias	4-8	Basado en el cuestionario de Norman y colegas (Norman, 2011)
	Horas de televisión	1	
	Horas de sueño	2,3	Elaboración propia a partir del cuestionario (Martínez-Moyá M, 2014)
	Actividad física	9	
TABACO, ALCOHOL Y USO DE SUSTANCIAS		1-9	Estudio SUN o el proyecto UNHICOS (Fernández Villa T, 2015) Patrón de alcohol mediterráneo definido (Gea y colegas (Gea, 2014) y consumo propulsivo de alcohol (Valencia-Martín 2007)
ESTADO DE SALUD	Mediciones	1	Barrio-Lopez MT, Bes-Rastrollo M, Beunza JJ, et al. Validation of metabolic syndrome using medical records in the SUN cohort
	Enfermedades	4	Sanchez-Villegas A, 2008
	Salud auto-perdida	2	Estudios epidemiológicos y en encuestas nacionales (Chamberlain 2014, Tamayo-Fonseca 2013, May 2006, Wu 2013, DeSalvo 2006, Goldberg 2001, Damian 1999) También con población universitaria (Barrio - Vicedo 2014)
HÁBITOS SEXUALES	Conocimiento		
	Uso de métodos anticonceptivos	1-10	Modificado INE (encuesta de Salud y hábitos sexuales, 2003)
	Enfermedades de transmisión sexual		
INTEGRACIÓN SOCIAL, BIENESTAR Y ESTRÉS LABORAL		1-15	Elaboración propia
USO DE INTERNET	Adicción a internet	1-7	Internet Addiction Test (IAT)(Fernández-Villa, 2015)

### 3.3. DEFINICIÓN DE LAS VARIABLES: RECOGIDA Y MEDICIÓN.

#### CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS:

Se solicitaron datos demográficos como la fecha de nacimiento, titulación, el sexo, la ocupación relacionada con el trabajo y estudios, el estado civil y número de hijos. Se preguntó, además, sobre el tipo de residencia durante el curso académico y las personas que residen

en ese domicilio. Se obtuvo la edad de los participantes a partir de la fecha actual (considerando para todos 15/10/2016) restando la fecha de nacimiento aportada por los estudiantes en el cuestionario.

#### DATOS RELACIONADOS CON HÁBITOS ALIMENTARIOS:

La conducta alimentaria es uno de los aspectos que más influyen en la salud. Conocer la opinión acerca de la actitud adoptada frente a los hábitos alimentarios supone un factor básico a la hora de abordar estrategias que favorezcan un cambio de tendencia hacia una conducta alimentaria más saludable.

##### ✓ Hábitos alimentarios:

En relación con los hábitos alimentarios se realizaron preguntas acerca de la frecuencia de comer fuera de casa, comida rápida, alimentos fritos y picar entre horas. Las respuestas varían en función de la posibilidad de elegir entre 9 posibles frecuencias: “nunca”, “de 1 a 3 veces al mes”, “1 vez a la semana”, “de 2 a 4 veces a la semana”, “de 5 a 6 veces a la semana”, “1 vez al día”, “2 o 3 veces al día”, “4 o 5 veces al día” y “6 o más veces al día”.

Las preguntas sobre hábitos alimentarios no se han validado previamente pero se utilizaron en estudios de seguimiento como el Nurses Health Study (<http://www.nurseshealthstudy.org/>) o el estudio SUN (<http://www.unav.edu/departamento/preventiva/sun>). Algunas se han utilizado también en encuestas regionales y/o nacionales sobre nutrición.

A su vez, se preguntó acerca del **número de comidas que se realizan al día** (una, dos, tres, cuatro, cinco o más de cinco), categorizándose la variable en tres categorías: 1 o 2 comidas al día, 3 o 4 comidas al día, 5 o más comidas al día

Además, se pregunta si el participante sigue alguna dieta o régimen especial, tanto para ganar o perder peso, como por alguna enfermedad o problema de salud, lo que puede ser un factor clave a la hora de valorar el consumo de alimentos.

El **consumo habitual de alimentos en el último año** se preguntó para cada uno de los alimentos incluidos en el cuestionario se especifica un tamaño de la ración y se ofrece la posibilidad de elegir

entre 9 posibles frecuencias de consumo de alimentos: “nunca”, “de 1 a 3 veces al mes”, “1 vez a la semana”, “de 2 a 4 veces a la semana”, “de 5 a 6 veces a la semana”, “1 vez al día”, “2 o 3 veces al día”, “4 o 5 veces al día” y “6 o más veces al día”. Para su posterior análisis, estos ítems se categorizaron en variables de 5 categorías: Menos de 1 vez al mes; Entre 1 y 4 veces al mes; Entre 2 y 6 veces por semana; Entre 1 y 3 veces al día; y, Entre 4 y 6 veces al día.

Las preguntas de alimentación pretenden evaluar la dieta habitual. Este cuestionario es similar al cuestionario de Havard (Willett 1985), pero que ha sido adaptado y validado para su uso en población adulta valenciana (Vioque 2007, Vioque 2013). Además, esta nueva versión está en proceso de validación para adultos jóvenes por la Unidad de Epidemiología de la Nutrición de la UMH ([www.bibliodieta.es](http://www.bibliodieta.es)).

Con los datos proporcionados acerca del consumo de alimentos, se elaboró una variable relacionada con la **adherencia a la dieta mediterránea** (Anexo III). Esta variable hace relación a los resultados del cuestionario de adherencia a la dieta mediterránea, una versión modificada del Mediterranean Diet Score (MDS) (Trichopoulou, et al., 2003), utilizado para determinar el grado de adherencia a la dieta mediterránea según la población de estudio y proporcionar datos sobre la adherencia a la dieta mediterránea de los estudiantes.

Para crear esta variable se analizó el consumo de 14 productos típicos/atípicos de la dieta mediterránea tales como: aceite de oliva, verduras u hortalizas, frutas, carnes rojas y embutidos, grasas, bebidas azucaradas, vino, legumbres, pescado o marisco, repostería comercial, frutos secos, carnes blancas y sofrito. Todos estos ítems se categorizaron en distintas variables con dos categorías (0 y 1) según el cuestionario siendo la máxima puntuación obtenida 14 puntos. El punto de corte de adherencia a la Dieta Mediterránea se consideró 9. Seguidamente se creó una variable sumando todas las variables anteriores para categorizarla en dos categorías: Menos de 9 puntos (baja adherencia) y 9 o más puntos (buena adherencia).

Tabla 2. Cuestionario de Adherencia a la Dieta Mediterránea.

Nº	PREGUNTA	MODO DE VALORACIÓN
1	¿Usa usted el aceite de oliva principalmente para cocinar?	Si= 1 punto
2	¿Cuánto aceite de oliva consume en total al día (incluyendo el usado para freír, el de las comidas fuera de casa, las ensaladas, etc.)?	Dos o más cucharadas =1 punto
3	¿Cuántas raciones de verdura u hortalizas consume al día (las guarniciones o acompañamientos contabilizan como ½ ración)?	Dos o más al día (al menos una de ellas en ensaladas o crudas) = 1 punto
4	¿Cuántas piezas de fruta (incluyendo zumo natural) consume al día?	Tres o más al día= 1 punto
5	¿Cuántas raciones de carnes rojas, hamburguesas, salchichas o embutidos consume al día (una ración equivale a 100-150 gr.)?	Menos de una al día= 1 punto
6	¿Cuántas raciones de mantequilla, margarina o nata consume al día porción individual equivale a 12 gr)?	Menos de una al día= 1 punto
7	¿Cuántas bebidas carbonatadas y/o azucaradas (refrescos, colas, tónicas, bitter) consume al día?	Menos de una al día= 1 punto
8	¿Bebe vino? ¿Cuánto consume a la semana?	Tres o más vasos por semana= 1 punto
9	¿Cuántas raciones de legumbres consume a la semana (una ración o plato equivale a 150 gr)?	Tres o más por semana= 1 punto
10	¿Cuántas raciones de pescado o mariscos consume a la semana (un plato, pieza o ración equivale a 100-150 gr de pescado ó 4-5 piezas de marisco)?	Tres o más por semana= 1 punto
11	¿Cuántas veces consume repostería comercial (no casera) como galletas, flanes, dulces o pasteles a la semana?	Menos de tres por semana= 1 punto
12	¿Cuántas veces consume frutos secos a la semana (una ración equivale a 30 gr)?	Una o más por semana= 1 punto
13	¿Consume preferentemente carne de pollo, pavo o conejo en vez de ternera, cerdo, hamburguesas o salchichas (carne de pollo: una pieza o ración equivale a 100- 150 gr)?	Si= 1 punto
14	¿Cuántas veces a la semana consume los vegetales cocinados, la pasta, el arroz u otros platos aderezados con una salsa de tomate, ajo, cebolla o puerro elaborada a fuego lento con aceite de oliva (sofrito)?	Dos o más por semana= 1 punto

## DATOS PERCEPCIÓN DE ESTADO CORPORAL Y ANTROPOMETRÍA.

Se obtuvo información sobre la percepción de la silueta corporal, si habían realizado en algún momento dieta o algún método para controlar el peso, tales como vómitos, abuso de laxantes, diuréticos o ejercicio físico excesivo. Estas medidas para controlar peso se contestaban “SÍ” o “NO”, y en caso de ser afirmativo, se preguntó abiertamente la frecuencia (número de veces al día o semana).

Respecto a la antropometría, se preguntó sobre el peso y la talla y, aunque se trata de un cuestionario auto-cumplimentado esta información fue validada en una submuestra (Savane 2012).

Para valorar el peso corporal y determinar el exceso de peso y obesidad se utilizó el Índice de Masa Corporal (IMC) a partir del peso y la talla autoreportada. El IMC fue calculado con la siguiente fórmula:  $IMC = \text{peso (kg)} / \text{talla (m}^2\text{)}$ , se categorizó siguiendo la clasificación de la OMS del estado nutricional con respecto al IMC, y se obtuvieron 4 categorías: Bajo peso (< 18.5), Normo peso (18.5 -25), Sobrepeso (25-30) y Obesidad (> 30).

## DATOS SOBRE ESTILOS DE VIDA:

### ✓ Actividad física.

El cuestionario de actividad física recoge información sobre horas de televisión, sueño y actividad física auto-referida ampliamente utilizadas en estudios a nivel nacional también se usaron en población universitaria en el estudio de Martínez-Moyá M et al. 2014)

Se preguntó por el número de horas de televisión que se ven a la semana y esta variable se categorizó en tres categorías con respecto al número de horas de televisión al día (menos de 1 hora; entre 1 y 2 horas; e igual o más de 2 horas).

El mismo procedimiento se utilizó con el número de horas de sueño, categorizando esta variable en tres categorías: Menos de 7 horas; Entre 7 y 9 horas; y más de 9 horas.

En este apartado, además se pregunta sobre la ocupación principal, el tiempo que se hace bicicleta, tiempo que se hacen tareas de casa, el deporte y globalmente cómo se consideran en relación a la actividad física: Sedentario; Poco activo; Moderadamente activo; Bastante activo; o, Muy activo.

En relación a la **práctica de deporte a la semana**, para categorizar esta variable se ha tenido en cuenta que las recomendaciones para mayores de 18 años son de al menos 30 minutos diarios 5 días a la semana, es decir, entre 2 y 3 horas semanales.

## ✓ Tabaco, alcohol, y uso de sustancias.

En este apartado se han realizado preguntas sobre el consumo de alcohol (en una semana típica, el consumo de vino, los fines de semana y el máximo número de bebidas que se consumen en un día especial), se pregunta si son fumadores y en caso de que sí lo sean, se pregunta a qué edad empezaron a fumar. Por último, se pregunta si alguna vez se han consumido drogas y, concretamente, cuáles.

Para conocer si los participantes consumen alcohol y otras drogas se ha preguntado por la edad de consumo y el tipo de sustancia, así como por el consumo de estas sustancias en el último mes y el último año.

Todas las preguntas incluidas en este apartado no han sido validadas previamente, pero su uso está extendido en la literatura científica y ha sido utilizado en estudios como el Estudio SUN o el proyecto UNHICOS (<http://www.unileon.es/en/imagenes/proyecto-unhicos>), estudio de seguimiento de estudiantes universitarios españoles.

Las preguntas de alcohol permiten obtener el patrón de alcohol mediterráneo definido por Gea et al. (2014), así como el consumo compulsivo del alcohol (Valencia-Martín 2007).

## ✓ Hábitos sexuales.

En este apartado se realizan preguntas sobre la manera de vivir la sexualidad de los participantes del estudio: orientación sexual, si han mantenido relaciones sexuales y a qué edad lo han hecho la primera vez, el número de personas con las que han mantenido relaciones sexuales y el número de personas con las que lo han hecho en los últimos 12 meses, así como la frecuencia en el último año. También, se investigó sobre los tipos de métodos anticonceptivos utilizados, así como si han tenido que recurrir a la píldora del día después o si padecen o han padecido alguna enfermedad de transmisión sexual (ETS)

Este apartado esta extraído de encuesta realizadas por organismos nacionales sobre hábitos sexuales en adolescentes o adultos jóvenes. Así como de la encuesta de salud y hábitos sexuales del “Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad” que se realizó en el 2003 ([http://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica\\_C&cid=1254736176785&menu=resultados&idp=1254735573175](http://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica_C&cid=1254736176785&menu=resultados&idp=1254735573175))

## ✓ Estado de salud autopercebida y antecedentes sobre enfermedad crónica.

Se realizaron preguntas con respecto a los datos de mediciones de tensión arterial, glucemia, y lípidos en el último año. Estas preguntas junto con las mediciones requeridas en el apartado de percepción corporal, permitirán obtener los componentes del síndrome metabólico. Esta pregunta fue validada previamente (Fernández-Montero 2011, Barrio-Lopez 2011).

A su vez, se pregunta acerca de la salud autopercebida a partir de una pregunta genérica sobre la salud: “¿Consideras que tu estado de salud en general es...?”. En la autovaloración del estado de salud se distinguen cinco categorías: “muy bueno”, “bueno”, “regular”, “malo” y “muy malo”, considerando a efectos del análisis como ausencia de buena salud a las personas que manifestaron tener un estado de salud “regular”, “malo” o “muy malo”. Esta pregunta ha sido ampliamente utilizada en estudios epidemiológicos y en encuestas nacionales e internacionales (Chamberlain 2014, Tamayo-Fonseca 2013, May 2006, Wu 2013, DeSalvo 2006, Goldberg 2001, Damian 1999) y en población Universitaria (Barrio-Vicedo 2014).

Respecto a la variable que responde al diagnóstico por parte de algún profesional sanitario de alguna enfermedad, también se recoge mediante el uso de una tabla en la cual se presentan una serie de enfermedades y, unas casillas para la respuesta “sí” o “no”.

## DATOS SOBRE INTEGRACIÓN SOCIAL, BIENESTAR Y ESTRÉS LABORAL.

Este apartado ha sido diseñado para este estudio y se pretende validar en una submuestra del mismo durante la realización del estudio. Actualmente, el equipo del estudio DISA está trabajando en el desarrollo del protocolo de estudio sobre el estudio de validación.

Se realizan preguntas relacionadas con la autopercepción de capacidad, cómo se enfrentan a diferentes situaciones, resolución de problemas, preocupaciones, y sentimientos.

## DATOS SOBRE EL USO DE NUEVAS TECNOLOGÍAS.

Se ha medido la **adicción a Internet** mediante el test Internet Addiction Test (IAT), el cual se puntúa mediante una escala tipo Likert de 5 puntos (0 = nunca, 1 = casi nunca, 2 = ocasionalmente, 3 = frecuentemente, 4 = a menudo y 5 =siempre). Para recoger esta variable se sumaron todos los ítems y se clasificaron en dos categorías considerando con menos de 40 puntos a los usuarios no problemáticos y, con 40 o más puntos usuarios problemáticos.

El IAT está adaptado y validado y nos permitirá estimar la prevalencia de adicciones a las nuevas tecnologías. La adaptación y validación se ha realizado con estudiantes universitarios y ha sido publicada por Fernández-Villa y colegas (2015).

### ✓ Análisis de los datos

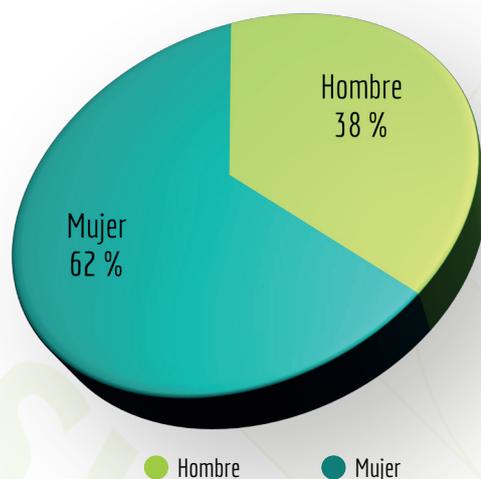
Se realizó un análisis descriptivo de los datos por sexo y según el campus universitario. Se utilizó la prueba de chi-cuadrado para la comparación de variables categóricas. Las pruebas empleadas fueron bilaterales y el nivel de significación se estableció en una  $p < 0.05$ . El análisis estadístico se realizó con SPSS 24.0.0 (IBM SPSS Statistics).

## 4. Resultados

### 4.1. RESULTADOS SOCIODEMOGRÁFICOS.

En algunos casos el tamaño de la muestra ("n") puede verse reducido al no facilitar la persona entrevistada información para alguna de las variables estudiadas. Los participantes en el estudio fueron 659 estudiantes, 408 mujeres y 250 hombres (un estudiante no responde). La mediana de edad de los/as estudiantes es de 18.8 años, RI (18.3 a 21.3)

Figura 1. Distribución de los estudiantes según el sexo



El domicilio familiar del 87% de los/as estudiantes se encuentra en la Comunidad Valenciana, mientras que el 12% de ellos tienen el domicilio familiar en las comunidades limítrofes (Castilla y La Mancha y Murcia)

La participación en la encuesta de Nutrición y salud según los campus ha sido, Campus de Elche (61%), Campus de Orihuela las Salesas (12.5%), Campus San Juan (21.4%) y Campus de Altea (4.9%), siendo la distribución por campus proporcional al número de titulaciones que se imparten en cada uno de ellos.

Respecto a la distribución por sexo en cada campus, el mayor porcentaje de mujeres se encuentran en los campus de Altea, San Juan (78.1% y 74.5%) respectivamente como se muestra en la Tabla 3.

Tabla 3. Distribución de los participantes según titulación universitaria y sexo.

CAMPUS	TITULACIÓN	HOMBRES		MUJERES		TOTAL	
		N	%	N	%	N	%
ELCHE	Ciencias actividad física y deportiva	64	25,6%	17	4,2%	81	12,3%
	Periodismo	42	16,8%	66	16,2%	108	16,4%
	Comunicación audiovisual	18	7,2%	34	8,3%	52	7,9%
	Biotecnología	17	6,8%	26	6,4%	43	6,5%
	Psicología	24	9,6%	95	23,3%	119	18,1%

CAMPUS	TITULACIÓN	HOMBRES		MUJERES		TOTAL	
		N	%	N	%	N	%
SAN JUAN	Terapia ocupacional	9	3,6%	69	16,9%	78	11,9%
	Podología	27	10,8%	36	8,8%	63	9,6%
ORIHUELA	Ciencias políticas y gestión pública	18	7,2%	11	2,7%	29	4,4%
	Administración de empresas	6	2,4%	13	3,2%	19	2,9%
	Ciencia y tecnología de alimentos	18	7,2%	16	3,9%	34	5,2%
ALTEA	Bellas artes	7	2,8%	25	6,1%	32	4,9%

## 4.2. RESULTADOS CON RESPECTO AL SEXO.

### HÁBITOS ALIMENTARIOS Y CONSUMO DE ALIMENTOS.

#### ✓ Hábitos alimentarios.

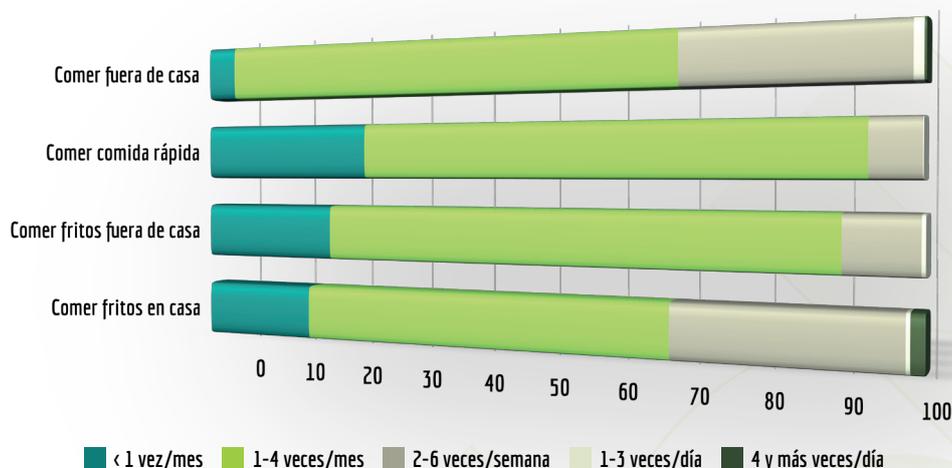
Respecto al número de **comidas que hacen al día** (Figura 2), el 39% de los/as estudiantes cumplen la recomendación de realizar cinco o más comidas al día. El 90% realiza tres comidas al día (desayuno, la comida y la cena) no hay diferencias por sexo.

Figura 2. Distribución de la muestra según el número de comidas que se realizan al día



Los hábitos relacionados con comer fritos, comida rápida y comer fuera de casa se muestran en la figura 3. Debemos señalar que el 30% del alumnado come fuera de casa de 2 a 4 veces o más a la semana y el 28% come fritos en casa más de dos veces por semana.

Figura 3. Distribución de la muestra según la frecuencia de hábitos alimentarios.



### ✓ Frecuencia de consumo de alimentos.

La distribución del consumo de grupos de alimentos (lácteos, huevos, carnes y pescados, frutas y verduras, Legumbres, cereales, patatas y bollería, grasas y bebidas) por los estudiantes de la UMH se describe a continuación:

#### ● Lácteos.

El consumo de un vaso o más al día de leche es consumida por un 39% del alumnado y 40% consume un vaso o más de leche desnatada. Los hombres son mayores consumidores de leche entera mientras que las mujeres lo son de leche desnatada.

#### ● Huevos, carnes y pescados.

Los huevos son consumidos al menos dos veces por semana por el 50% de los participantes, carnes blancas (67%), carnes rojas (38%) y pescado (30%). Encontramos diferencias en el consumo de alimentos respecto al sexo, siendo los hombres más consumidores de carne roja, carne blanca y huevos, mientras que las mujeres son mayores consumidoras de pescado azul grande y pescado blanco.

#### ● Verduras y frutas.

El 44% del alumnado consume fruta al menos una vez al día. En cuanto a la verdura cruda, un 27% indica su consumo al menos una vez al día. No hay diferencias en el consumo zumos, frutas y verduras por sexo. El 12% del alumnado consume frutos secos más de una vez al día, siendo los hombres mayores consumidores que las mujeres (14% vs 10%).

#### ● Legumbres, cereales, patatas.

El arroz y la pasta son consumidos por el 50% del alumnado más de dos veces a la semana. El 20% consumen arroz y pasta integral más de dos veces a la semana. Respecto al pan, el 23% consume pan blanco y el 11% pan integral diariamente, siendo los hombres los mayores consumidores tanto de arroz y pasta normal e integral que las mujeres.

En lo que respecta al consumo de legumbres, más del 31% indica el consumo de dos a cuatro veces por semana. El 35% de los participantes consumen patatas fritas caseras al menos dos veces a la semana.

#### ● Alimentos procesados.

El 30% de los estudiantes señalaron un consumo de al menos una vez por semana de patatas fritas comerciales (Doritos®, chips, etc.), El 33% indica consumir bollería industrial y el 15% bollería integral más de dos veces a la semana. Encontramos diferencias por sexo en el consumo de bollería industrial, siendo los hombres mayores consumidores que las mujeres.

#### ● Grasas.

Más del 35% de los participantes indican el consumo de aceite de oliva al menos una vez al día. El 19% manifestó consumir margarina más de

2 veces a la semana y el 16% señala consumir otros aceites al menos una vez al día.

## ● Bebidas.

El 25% del alumnado indica consumir café más de una vez al día. El 29% consumen refrescos azucarados más de dos veces por semana y 5.5% toman bebidas vigorizantes más de dos veces por la semana. Los hombres son mayores consumidores que las mujeres de café, bebidas azucaradas y bebidas vigorizantes.

Tabla 4. Distribución por sexo del consumo de alimentos lácteos.

ALIMENTOS	SEXO	MENOS DE 1 VEZ AL MES/ NUNCA	DE 1 – 4 VECES AL MES	DE 2 A 6 VECES A LA SEMANA	1 O MÁS VECES AL DÍA	P – VALOR
		N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	
LÁCTEOS ENTEROS	Hombre	38 (15,4)	37 (15)	54 (25,9)	108 (43,7)	0,023
	Mujer	100 (24,8)	64 (15,9)	81 (20,1)	158 (39,2)	
LÁCTEOS DESNATADOS	Hombre	54 (22,4)	26 (10,8)	65 (27)	96 (39,8)	0,115
	Mujer	78 (19,8)	56 (14,2)	80 (20,3)	180 (45,7)	
QUESOS	Hombre	39 (15,9)	72 (29,3)	94 (38,2)	41 (16,7)	0,905
	Mujer	71 (17,6)	111 (27,5)	150 (37,2)	71 (17,6)	

Tabla 5. Distribución por sexo del consumo de alimentos de origen animal.

ALIMENTOS	SEXO	MENOS DE 1 VEZ AL MES/ NUNCA	DE 1 – 4 VECES AL MES	DE 2 A 6 VECES A LA SEMANA	1 O MÁS VECES AL DÍA	P – VALOR
		N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	
MARISCO	Hombre	89 (36,2)	141 (57,3)	13 (5,3)	3 (1,2)	0,750
	Mujer	157 (39,2)	213 (53,1)	26 (6,5)	5 (1,2)	
PESCADO AZUL PEQUEÑO	Hombre	74 (30)	133 (53,8)	40 (16,2)	0 (0)	0,232
	Mujer	138 (33,9)	216 (53,1)	50 (12,3)	3 (0,7)	
PESCADO AZUL GRANDE	Hombre	36 (14,6)	129 (52,2)	69 (27,9)	13 (5,3)	0,022
	Mujer	64 (15,7)	227 (55,8)	111 (27,3)	5 (1,2)	
PESCADO BLANCO	Hombre	34 (13,9)	120 (49,2)	78 (32)	12 (4,9)	0,005
	Mujer	52 (12,8)	201 (49,5)	150 (36,9)	3 (0,7)	
CARNE PROCESADA	Hombre	20 (8,1)	102 (41,5)	108 (43,9)	16 (6,5)	0,302
	Mujer	52 (12,8)	166 (40,8)	162 (39,8)	27 (6,6)	
CARNE ROJA	Hombre	5 (2)	91 (36,8)	143 (57,9)	8 (3,2)	< 0,001
	Mujer	36 (8,8)	198 (48,6)	166 (40,8)	7 (1,7)	
CARNE BLANCA	Hombre	5 (2)	30 (12,2)	164 (66,9)	46 (18,8)	0,002
	Mujer	19 (4,7)	69 (17)	278 (68,6)	39 (9,6)	
HUEVOS	Hombre	10 (4,1)	83 (34,2)	130 (53,5)	20 (8,2)	< 0,001
	Mujer	7 (1,7)	188 (46,3)	204 (50,2)	7 (1,7)	

Tabla 6. Distribución por sexo del consumo de verduras y frutas.

ALIMENTOS	SEXO	MENOS DE 1 VEZ AL MES/ NUNCA	DE 1 – 4 VECES AL MES	DE 2 A 6 VECES A LA SEMANA	DE 1 O MÁS VECES AL DÍA	P - VALOR
		N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	
ZUMOS O PURÉ DE FRUTAS	Hombre	54 (22,1)	97 (39,8)	56 (23)	37 (15,2)	0,192
	Mujer	95 (23,8)	132 (33)	118 (29,5)	55 (13,8)	
FRUTAS	Hombre	7 (2,8)	43 (17,3)	84 (33,9)	114 (46)	0,696
	Mujer	12 (3)	65 (16)	156 (38,4)	173 (42,6)	
VERDURA COCINADA	Hombre	54 (22)	78 (31,7)	87 (35,4)	27 (11)	0,077
	Mujer	62 (15,2)	119 (29,2)	171 (41,9)	56 (13,7)	
VERDURA CRUDA	Hombre	23 (9,3)	55 (22,3)	101 (40,9)	68 (27,5)	0,622
	Mujer	33 (8,1)	77 (19)	184 (45,3)	112 (27,6)	
FRUTOS SECOS	Hombre	30 (12,3)	92 (37,7)	87 (35,7)	35 (14,3)	0,001
	Mujer	74 (18,2)	194 (47,8)	98 (24,1)	40 (9,9)	

Tabla 7. Distribución por sexo del consumo de legumbres, cereales y patatas.

ALIMENTOS	SEXO	MENOS DE 1 VEZ AL MES/ NUNCA	DE 1 – 4 VECES AL MES	DE 2 A 6 VECES A LA SEMANA	1 O MÁS VECES AL DÍA	P - VALOR
		N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	
ARROZ Y PASTA INTEGRAL	Hombre	84 (34)	62 (25,1)	80 (32,4)	21 (8,5)	0,001
	Mujer	169 (42,3)	122 (30,5)	97 (24,3)	12 (3,0)	
ARROZ Y PASTA	Hombre	3 (1,2)	55 (22,2)	160 (64,5)	30 (12,1)	< 0,001
	Mujer	10 (2,5)	119 (29,5)	259 (64,1)	16 (4,0)	
LEGUMBRES	Hombre	17 (7)	148 (60,7)	72 (29,5)	7 (2,9)	0,187
	Mujer	45 (11,1)	220 (54,3)	132 (32,6)	8 (2,0)	
PATATAS FRITAS O HERVIDAS CASERAS	Hombre	10 (4,1)	120 (49,2)	107 (43,9)	7 (2,9)	0,492
	Mujer	11 (2,7)	205 (51,1)	179 (44,6)	6 (1,5)	
PAN INTEGRAL O DE SEMILLAS	Hombre	96 (39,2)	62 (25,3)	57 (23,3)	30 (12,2)	0,098
	Mujer	152 (37,8)	83 (20,6)	89 (22,1)	76 (18,9)	
PAN BLANCO	Hombre	29 (11,8)	47 (19,1)	81 (32,9)	89 (36,2)	0,727
	Mujer	44 (11)	66 (16,5)	147 (36,7)	144 (35,9)	

Tabla 8. Distribución por sexo del consumo de alimentos procesados.

ALIMENTOS	SEXO	MENOS DE 1 VEZ AL MES/ NUNCA	DE 1 – 4 VECES AL MES	DE 2 A 6 VECES A LA SEMANA	1 O MÁS VECES AL DÍA	P - VALOR
		N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	
Pizza o empanadas	Hombre	17 (6,9)	156 (63,7)	69 (28,2)	3 (1,2)	0,600
	Mujer	22 (5,5)	275 (68,4)	99 (24,6)	6 (1,5)	
Patatas fritas comerciales	Hombre	43 (18,2)	129 (54,7)	58 (24,6)	6 (2,5)	0,261
	Mujer	93 (23,1)	225 (55,8)	77 (19,1)	8 (2)	
Bollería y dulces	Hombre	52 (21,1)	83 (33,7)	77 (31,3)	34 (13,8)	0,006
	Mujer	46 (11,4)	140 (34,6)	147 (36,3)	72 (17,8)	
Bollería y dulces integrales	Hombre	111 (45,3)	83 (33,9)	42 (17,1)	9 (3,7)	0,133
	Mujer	215 (53,3)	115 (28,5)	53 (13,2)	20 (5,0)	

Tabla 9. Distribución por sexo del consumo de alimentos grasos.

ALIMENTOS	SEXO	MENOS DE 1 VEZ AL MES/ NUNCA	DE 1 – 4 VECES AL MES	DE 2 A 6 VECES A LA SEMANA	1 O MÁS VECES AL DÍA	P - VALOR
		N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	
ACEITE DE OLIVA	Hombre	27 (11,3)	53 (22,1)	83 (34,6)	77 (32,1)	0,044
	Mujer	36 (8,9)	59 (14,6)	152 (37,5)	158 (39,0)	
MARGARINA/ MANTEQUILLA	Hombre	86 (35,5)	110 (45,5)	42 (17,4)	4 (1,7)	0,683
	Mujer	138 (34,2)	183 (45,4)	69 (17,1)	13 (3,2)	
OTROS ACEITES	Hombre	58 (24,3)	73 (30,5)	71 (29,7)	37 (15,5)	0,453
	Mujer	105 (26,8)	125 (31,9)	94 (24)	68 (17,3)	

Tabla 10. Distribución por sexo del consumo de bebidas.

ALIMENTOS	SEXO	MENOS DE 1 VEZ AL MES/ NUNCA	DE 1 – 4 VECES AL MES	DE 2 A 6 VECES A LA SEMANA	1º MÁS VECES AL DÍA	P - VALOR
		N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	
CAFÉ	Hombre	77 (31,2)	45 (18,2)	57 (23,1)	68 (27,5)	0,046
	Mujer	156 (38,5)	88 (21,7)	66 (16,3)	95 (23,5)	
REFRESCOS SIN AZÚCAR	Hombre	125 (51,2)	72 (29,5)	32 (13,1)	15 (6,1)	0,205
	Mujer	222 (55,4)	109 (27,2)	58 (14,5)	12 (3,0)	
REFRESCOS VIGORIZANTES	Hombre	153 (62,7)	71 (29,1)	19 (7,8)	1 (0,4)	< 0,001
	Mujer	329 (81,4)	59 (14,6)	13 (3,2)	3 (0,7)	
REFRESCOS AZUCARADOS	Hombre	43 (17,6)	106 (43,4)	76 (31,1)	19 (7,8)	0,028
	Mujer	114 (27,9)	156 (38,2)	107 (26,2)	31 (7,6)	

## Adherencia a la dieta mediterránea.

El 20% de los estudiantes obtiene los 9 puntos en el cuestionario, presentando una buena adherencia a la dieta mediterránea.

La puntuación media de la adherencia a la dieta mediterránea en los/as estudiantes fue de 7.2, clasificándose el 77.8% en adherencia baja. Este porcentaje fue ligeramente superior en mujeres que en hombres (75% vs 77.8%).

Tabla 11. Distribución de la muestra por sexo según la adherencia a la dieta mediterránea.

DIETA MEDITERRANEA	HOMBRES		MUJERES		TOTAL		P
	N	%	N	%	N	%	
BAJA ADHERENCIA	162	75.0	290	79.5	452	77.8	P=0.126
BUENA ADHERENCIA	54	25.0	75	20.5	129	22.2	

Tabla 12. Ítems que forman parte del cuestionario de adherencia a la dieta mediterránea según el sexo

ÍTEM	HOMBRE		MUJER		TOTAL	
	SI	NO	SI	NO	SI	NO
	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)
1. ACEITE DE OLIVA (COCINAR)	213 (88,8)	27 (11,3)	369 (91,1)	36 (8,9)	582 (90,2)	63 (9,8)
2. ACEITE DE OLIVA AL DÍA	77 (32,1)	163(67,9)	158 (39)	247 (61)	235 (36,4)	410 (63,6)
3. VERDURA AL DÍA	22 (9)	223 (91)	47 (11,6)	359 (88,4)	69 (10,6)	582 (89,4)
4. PIEZAS DE FRUTA AL DÍA	9 (3,7)	235(96,3)	9 (2,3)	389(97,7)	18 (2,8)	624 (97,2)
5. CARNES ROJAS	233 (94,7)	13 (5,3)	395 (97,3)	11 (2,7)	628 (96,3)	24 (3,7)
6. MANTEQUILLA	238 (98,3)	4 (1,7)	390 (96,8)	13 (3,2)	628 (97,4)	17 (2,6)
7. BEBIDAS AZUCARADAS	225 (92,2)	19 (7,8)	377 (92,4)	31 (7,6)	602 (92,3)	50 (7,7)
8. VINO A LA SEMANA	20 (8,2)	224(91,8)	26 (6,5)	376 (93,5)	46 (7,1)	600 (92,9)
9. LEGUMBRES A LA SEMANA	79 (32,4)	165(67,6)	140 (34,6)	265 (65,4)	219 (33,7)	430 (66,3)
10. PESCADO A LA SEMANA	102 (42,1)	140(57,9)	252 (63,3)	146 (36,7)	248 (38,8)	392 (61,3)
11. REPOSTERÍA COMERCIAL A LA SEMANA	194 (78,9)	52 (21,1)	286 (70,6)	119(29,4)	480 (73,7)	171 (26,3)
12. FRUTOS SECOS A LA SEMANA	167 (68,4)	77 (31,6)	235 (57,9)	171 (42,1)	402 (61,8)	248 (38,2)
13. POLLO, PAVO O CONEJO	88 (35,9)	157(64,1)	113 (27,9)	292(72,1)	201 (30,9)	449 (69,1)
14. SOFRITO A LA SEMANA	135 (55,3)	109(44,7)	226 (55,7)	180(44,3)	361 (55,5)	289 (44,5)

## PERCEPCIÓN CORPORAL Y ANTROPOMETRÍA.

### Percepción corporal

En los últimos doce meses, el 31% de los participantes manifiestan haber realizado dieta, y el 15% que los pensamientos sobre el peso o forma corporal afectan a la concentración en sus aficiones, siendo estos pensamientos más frecuentes en las mujeres que en los hombres

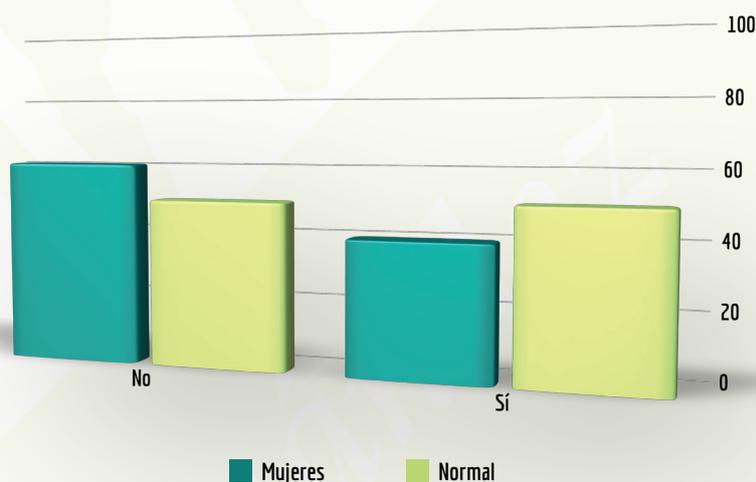
Los/as estudiantes manifiestan diversas medidas para controlar el peso tales como diuréticos, laxantes y/o ejercicio físico excesivo. A pesar de que no encontramos diferencias significativas entre sexos podemos observar que el uso de estas medidas se da mayoritariamente en mujeres.

		HOMBRES		MUJERES		TOTAL		P
		N	%	N	%	N	%	
DIURÉTICOS	No	240	99,6	391	98,2	631	98,7	0,131
	Si	1	0,4	7	1,8	8	1,3	
LAXANTES	No	241	100	392	98,7	633	99,2	0,092
	Si	0	0	5	1,3	5	0,8	
EJERCICIO FÍSICO EXCESIVO	No	221	90,6	353	88,5	574	89,3	0,242
	Si	23	9,4	46	11,5	69	10,7	

Un 3% de los estudiantes se provoca vómitos como medida para controlar el peso, siendo una medida que es utilizada predominantemente por mujeres.

Respecto al picoteo constante durante el día, del 46.3% de los estudiantes manifiesta realizar esta práctica, siendo más prevalente en las mujeres que en los hombres.

Figura 4. Distribución de la muestra por sexo según si existe picoteo constante durante el día.



## ✓ Antropometría

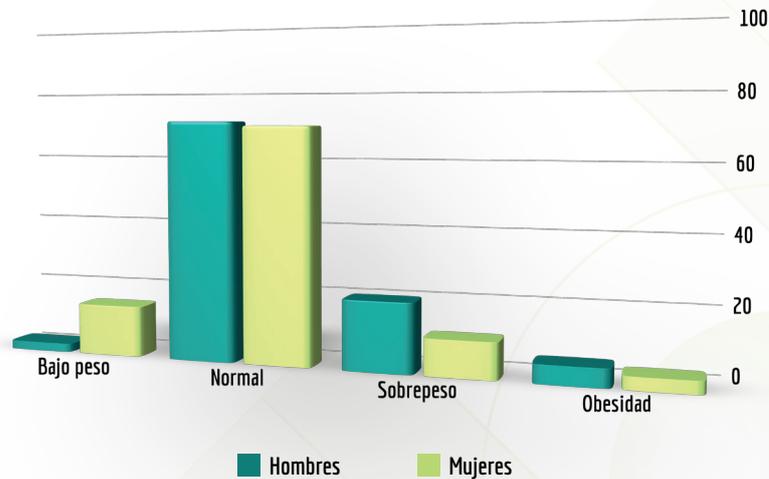
La altura media de los/las estudiantes en la encuesta es 169.3 (DE 8-78) y el peso medio es 64.4 (DE 13.1). La tabla 14 muestra las diferencias de altura y peso entre hombres y mujeres.

Tabla 14. Altura, peso e IMC de los participantes según el sexo.

	HOMBRES		MUJERES		TOTAL		P
	MEDIA	DE	MEDIA	DE	MEDIA	DE	
ALTURA (M)	177.05	6.11	164.44	6.40	169.28	8.78	<0.001
PESO (KG)	73.57	11.56	58.49	10.24	64.41	13.04	<0.001
IMC (KG/M <sup>2</sup> )	23.48	3.30	22.11	10.69	22.65	8.59	<0.001

El 19 % del alumnado presenta un obesidad o sobrepeso (14.7% sobrepeso y 4.4% obesidad), mientras que el 10.2% presenta bajo peso. Los hombres presentan una mayor frecuencia de sobrepeso (20.6%) que las mujeres (10.8%). En cambio, la prevalencia de bajo peso es del 15% en mujeres y 2.5% en hombres. Encontrando diferencias por sexo en el IMC.

Figura 5. Distribución de la muestra según su estado nutricional por sexo.

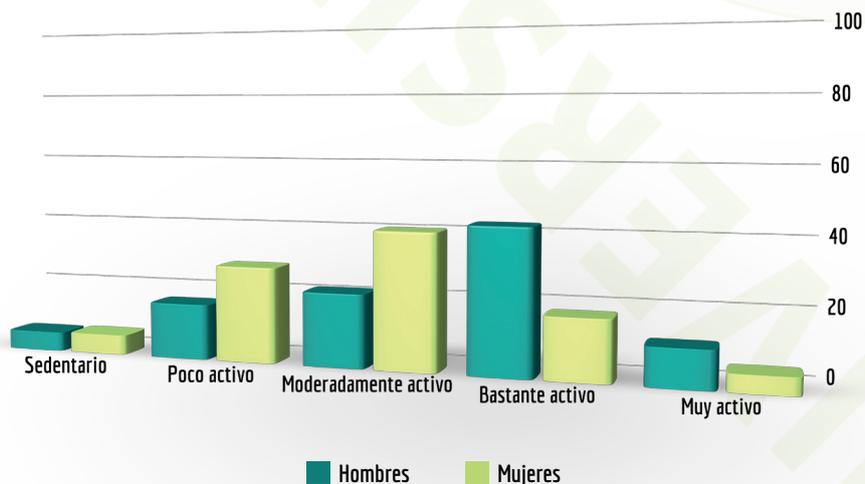


## SALUD Y ESTILOS DE VIDA.

### ✓ Actividad física.

Considerando globalmente la percepción de actividad física (actividad principal, hogar y tiempo libre), más de un tercio de los estudiantes se considera moderadamente activo y el 28% bastante activo. Más de dos tercios de las mujeres se declara sedentaria, poco activa o moderadamente activa, mientras que más de la mitad de los hombres se considera activo o muy activo.

Figura 6. Distribución de la muestra por sexo según su actividad física.



En relación a la **práctica de deporte a la semana**, el 33% de los/as estudiantes practica deporte menos de una hora a la semana y el 67% dos o más horas práctica deportiva a la semana. Por sexos: el 80% de los hombres realizan dos o más horas a la semana frente al 60% de cumplimiento en las mujeres.

Tabla 15. Distribución de la muestra por sexo según el deporte realizado en la semana.

DEPORTE A LA SEMANA	HOMBRES		MUJERES		TOTAL		P
	N	%	N	%	N	%	
1H O MENOS/ SEMANA	50	20.4	163	40.2	213	32.7	P<0.001
2 -3 H/SEMANA	52	21.1	132	32.6	184	28.3	
MÁS DE 3 H/SEMANA	144	58.5	110	27.2	254	39.0	

## ✓ Horas de TV al día.

El tiempo medio que dedican los/as estudiantes a ver TV a la semana es de 18.7 horas [DE=16.4], el 50% de los estudiantes refiere ver la TV más de dos horas al día. Respecto al sexo, las mujeres ven menos la TV que los hombres (p = 0.005).

Figura 7. Distribución de la muestra por sexo según las horas de TV al día.



## ✓ Horas de sueño.

La media de horas de sueño diarias referidas por los/as estudiantes es de 8.1 horas [DE=1.3]. La mayoría de los estudiantes duermen entre 7 y 9 horas (57.2%). Los que duermen menos de 7 horas son el 28% mientras que hay un 14.6% duerme más de 9 horas al día.

Tabla 16. Distribución de la muestra por sexo según las horas de sueño al día.

HORAS DE SUEÑO AL DÍA	HOMBRES		MUJERES		TOTAL		P
	N	%	N	%	N	%	
MENOS DE 7 HORAS	72	29.10	111	27.50	183	28.2	0.068
ENTRE 7 Y 9 HORAS	149	60.30	223	55.30	372	57.2	
MÁS DE 9 HORAS	26	10.50	69	17.10	95	14.6	

En cuanto a los minutos de siesta diarios, la media es de 50 minutos diarios [DE=39.5]. El 43.1% de los estudiantes refiere dormir siesta menos de 30 minutos y el 45% más de 50 minutos.

✓ Consumo de tabaco, alcohol, y uso de sustancias.

El 30 % de los/as estudiantes son fumadores, (31% hombres vs 28.5% mujeres), siendo la media de edad en la que se empieza a fumar los 16 años.

En relación con el consumo de alcohol, el 63% de los participantes en el estudio manifiestan ser consumidores de alcohol, siendo los hombres mayores consumidores que las mujeres ( $p = 0.034$ ).

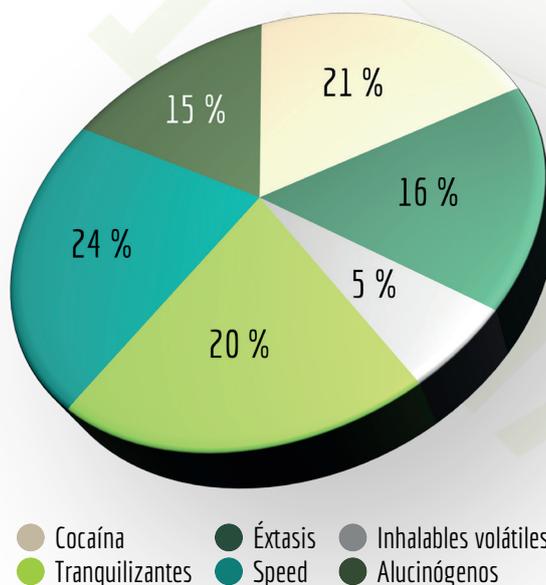
Respecto a la frecuencia de consumo de bebidas alcohólicas, encontramos que los hombres son mayores consumidores de cerveza que las mujeres. Sin embargo, no encontramos diferencias por sexo en el consumo de alta graduación y vino

Tabla 17. Distribución de la muestra por sexo según el consumo de alcohol

	SEXO	MENOS DE 1 VEZ AL MES/ NUNCA	DE 1 – 4 VECES AL MES	DE 2 A 6 VECES A LA SEMANA	DE 1 – 3 VECES AL DÍA	4 O MÁS VECES AL DÍA	P - VALOR
		N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	
BEBIDAS ALTA GRADUACIÓN	Hombres	85 (34,7)	138 (56,3)	21 (8,6)	1 (0,4)	0 (0)	0,106
	Mujeres	162 (40,2)	223 (55,3)	16 (4)	1 (0,2)	1 (0,2)	
CERVEZA	Hombres	71 (29,7)	82 (34,3)	71 (29,7)	12 (5)	3 (1,3)	< 0,001
	Mujeres	189 (47,5)	127 (31,9)	71 (17,8)	9 (2,3)	1 (0,3)	
VINO	Hombres	166 (68)	58 (23,8)	16 (6,6)	3 (1,2)	1 (0,4)	0,877
	Mujeres	277 (68,9)	99 (24,6)	19 (4,7)	6 (1,5)	1 (0,2)	

Respecto al consumo de drogas, el 43% de los/as estudiantes encuestados reporta consumir drogas, siendo superior el consumo en hombres. La droga más consumida es el cannabis seguido de speed y cocaína (Figura 8). La media de edad en la que se empieza a consumir cannabis es a los 17 años.

Figura 8. Distribución de la muestra según el consumo de drogas.



En relación al policonsumo de drogas, el 85% de los consumidores de drogas consume un solo tipo de droga, el 15 % consume 2 tipos o más tipos de drogas. El 11% de los hombres indican consumir 3 o más tipos de drogas frente al 4% de mujeres.

Tabla 18. POLICONSUMO DE DROGAS POR SEXO.

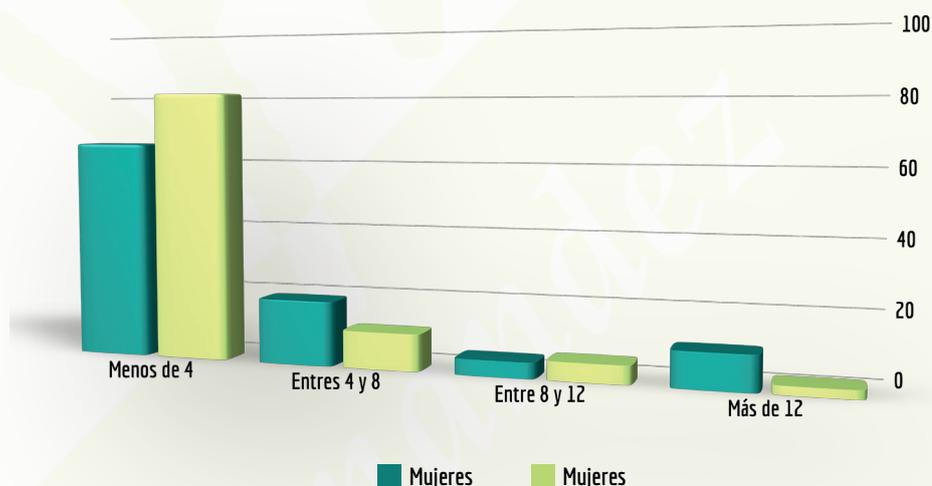
CONSUMO	HOMBRES		MUJERES		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%
1 TIPO DE DROGA	98	83,1	143	87,2	241	85,5
2 TIPOS DE DROGA	7	5,9	14	8,5	21	7,4
3 O MÁS TIPOS DE DROGA	13	11	7	4,3	20	7,1

### ✓ Hábitos sexuales.

Respecto a la orientación sexual, el 91% de los participantes en el estudio se declaran heterosexuales, (el 93.4% de los hombres y el 89.2% de las mujeres); el 4% homosexuales (el 5% de los hombres y el 3.3% de las mujeres) y el 5% bisexuales (el 1.7% de hombres y el 7.6% de las mujeres).

En cuanto a las relaciones sexuales, el 80% de los estudiantes han mantenido relaciones sexuales alguna vez en su vida, siendo este porcentaje inferior en las mujeres ( $p=0.004$ ). En relación al número de personas con las que han mantenido relaciones sexuales a lo largo de su vida, podemos destacar que el 75% de los participantes han mantenido relaciones sexuales con menos de 4 personas, siendo los hombres los que manifiestan haber tenido relaciones con un mayor número de personas.

Figura 9. Distribución de la muestra por sexo según el número de personas con las que se han mantenido relaciones sexuales.



Uso del preservativo. El 17% de los estudiantes no usa el preservativo en sus relaciones sexuales y este porcentaje coincide con los estudiantes que indican haber utilizado la píldora del día después. No encontramos diferencias significativas en el uso de estos métodos anticonceptivos.

Figura 10. Distribución de la muestra por sexo según la frecuencia de uso de preservativo durante las relaciones sexuales.

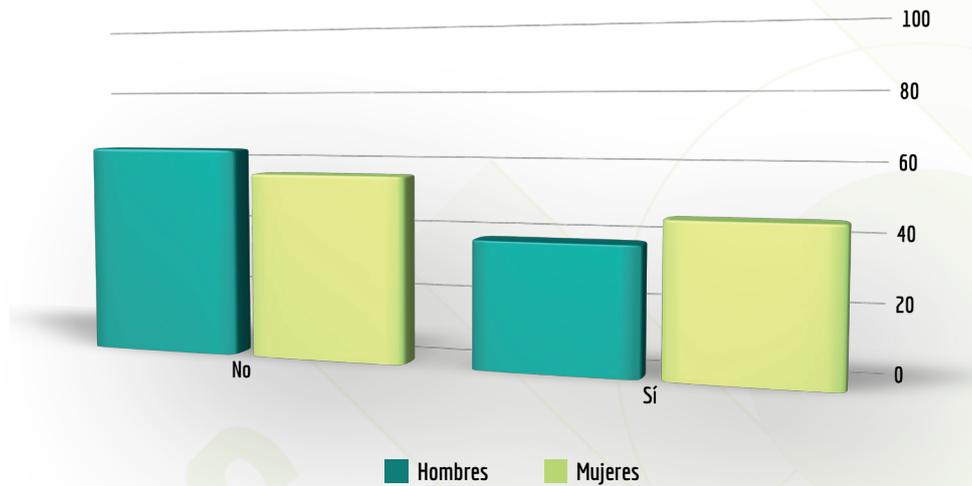


✓ Estado de salud autopercebida y antecedentes sobre enfermedad.

Salud autopercebida en los últimos 12 meses. Un 78% de los participantes manifiesta tener un buen estado de salud, mientras que un 22% considera tener un estado de salud regular, malo o muy malo (18.1% de hombres y 24.4% de las mujeres), sin hallarse diferencias por sexo.

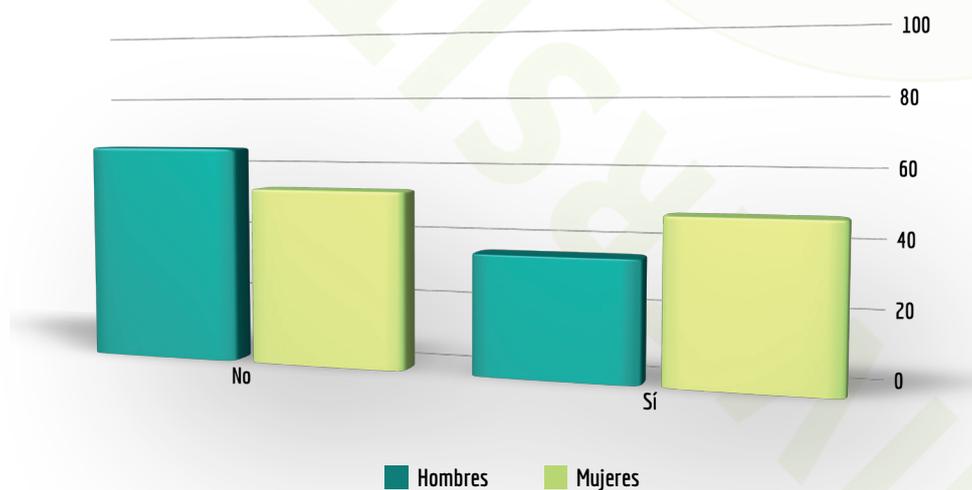
El 42% de los participantes se encuentran diagnosticados por un profesional sanitario (37.5% de hombres y 44.7% de mujeres) de alguna enfermedad. Las enfermedades más prevalentes diagnosticadas han sido: dolor de espalda lumbar o cervical (11%), migrañas (10%), depresión y asma (6% cada una de ellas), 3.2% Traumatismo por accidente de tráfico y un 2.2% trastornos de la Alimentación. Las mujeres presentan mayor prevalencia de dolor de espalda, migrañas y trastornos de la alimentación que los hombres.

Figura 11. Distribución de la muestra por sexo según presencia de alguna enfermedad diagnosticada.



En relación a la ingesta de medicamentos de forma habitual para el tratamiento de enfermedades, no se encontraron diferencias significativas entre ambos sexos ( $p = 0.072$ ). Un 43% de los participantes manifiesta tomar al menos un medicamento de forma habitual (35.3% de hombres y 47.4% de mujeres).

Figura 12. Distribución de la muestra por sexo según ingesta o no de medicamentos.



## INTEGRACIÓN SOCIAL, BIENESTAR Y ESTRÉS LABORAL.

En este apartado se responde a preguntas relacionadas con la autopercepción de capacidad, cómo se enfrentan a diferentes situaciones, resolución de problemas, preocupaciones, y sentimientos.

El 26% de los estudiantes manifiesta que ha sufrido agresión o maltrato, siendo el 29.7% hombres y el 24.9% de las mujeres participantes.

A la pregunta de “Has experimentado discriminación, no se te ha permitido hacer algo, se te ha molestado o hecho sentir inferior” el 28.6% de los estudiantes manifiestan sentir discriminación, aunque no se encuentran diferencias por sexo. Entre los principales motivos de discriminación, el 21% de estudiantes lo atribuyen al sexo, otros motivos que podemos destacar son la edad y el país de origen.

Tabla 19. Distribución de la muestra por sexo según las variables de bienestar.

BIENESTAR	NO		NO MÁS DE LO HABITUAL		ALGO MÁS		MUCHO MÁS	
	%	N	%	N	%	N	%	N
<b>PERDER SUEÑO POR PREOCUPACIONES</b>								
Hombres	77	32,6	104	44,1	50	21,2	5	2,1
Mujeres	93	23,7	152	38,7	104	26,5	44	11,2
TOTAL	170	27	256	40,7	154	24,5	49	7,8
P - valor	<0,001							
<b>AGOBIADO O EN TENSIÓN</b>								
Hombres	77	32,5	74	31,2	69	29,1	17	7,2
Mujeres	75	18,9	111	28	152	38,3	59	14,9
TOTAL	152	24	185	29,2	221	34,9	76	12
P - valor	<0,001							
<b>SENTIR NO PODER SUPERAR DIFICULTADES</b>								
Hombres	118	49,6	77	32,4	38	16	5	2,1
Mujeres	120	30,5	125	31,8	115	29,3	33	8,4
TOTAL	238	37,7	202	32	153	24,2	38	6
P - valor	<0,001							
<b>INCAPAZ DE DISFRUTAR DE ACTIVIDADES</b>								
Hombres	51	21,7	157	66,8	22	9,4	5	2,1
Mujeres	61	15,7	250	64,3	68	17,5	10	2,6
TOTAL	112	17,9	407	65,2	90	14,4	15	2,4
P - valor	0,019							
<b>CAPAZ DE HACER FRENTE A LOS PROBLEMAS</b>								
Hombres	3	1,3	13	5,5	154	65,5	65	27,7
Mujeres	9	2,3	53	13,6	256	65,5	73	18,7
TOTAL	12	1,9	66	10,5	410	65,5	138	22
P - valor	0,002							
<b>DEPRIMIDO</b>								

BIENESTAR	NO		NO MÁS DE LO HABITUAL		ALGO MÁS		MUCHO MÁS	
	%	N	%	N	%	N	%	N
Hombres	107	45,3	70	29,7	51	21,6	8	3,4
Mujeres	146	37,1	113	28,7	106	26,9	29	7,4
TOTAL	253	40,2	183	29	157	24,9	37	5,9
P	0,042							
<b>PÉRDIDA DE CONFIANZA EN SÍ MISMO</b>								
Hombres	149	63,7	50	21,4	28	30,1	7	3
Mujeres	204	51,9	102	26	65	16,5	22	5,6
TOTAL	353	56,3	152	24,2	93	14,8	29	4,6
P	0,028							
<b>PENSAMIENTOS DE QUE NO VALES PARA NADA</b>								
Hombres	190	81,5	26	11,2	11	4,7	6	2,6
Mujeres	248	62,9	81	20,6	48	12,2	17	4,3
TOTAL	438	69,9	107	17,1	59	9,4	23	3,7
P	<0,001							

El 32% de los estudiantes señala que sus preocupaciones le han hecho perder sueño, (23.3% de hombres vs al 37.7 % de mujeres). Además, encontramos diferencias significativas según el sexo en cuanto a sentirse agobiado o en tensión (36.6% de

hombres vs el 53.2% de mujeres); respecto al sentimiento de incapacidad de superar

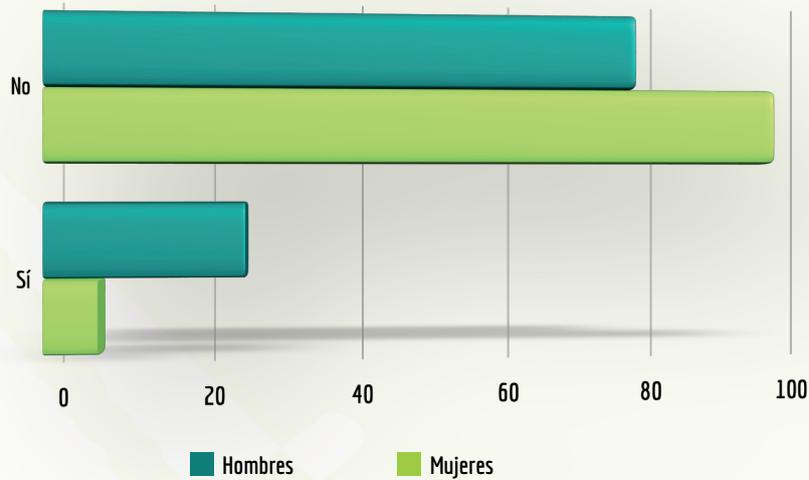
las dificultades mucho más de lo habitual (2% de hombres vs 8.4% de mujeres); así como en cuanto a sentirse “una persona que no vale para nada” (7.3% de hombres vs al 16.5% de mujeres)

#### USO DE NUEVAS TECNOLOGÍAS.

Los estudiantes están conectados a internet un tiempo medio de 6.3 horas [DE=5.2]. El tiempo medio conectado a internet por trabajos o estudios es el mismo que destinan al ocio, siendo la media de 3 horas [DE=3.4]. El 99% de los estudiantes se conectan a internet desde el móvil.

El 85% de los participantes no juega en Internet (75% de los hombres y 93% de las mujeres), siendo dichas diferencias por sexo estadísticamente significativas (p<0.001).

Figura 13. Distribución de la muestra por sexo según el uso de Internet para jugar.



La prevalencia de uso problemático de Internet evaluada mediante el Internet Addiction Test (IAT) en los estudiantes fue del 2.4%. Respecto al uso problemático según el sexo el 1.5% se dio en mujeres frente al 1% en hombres.

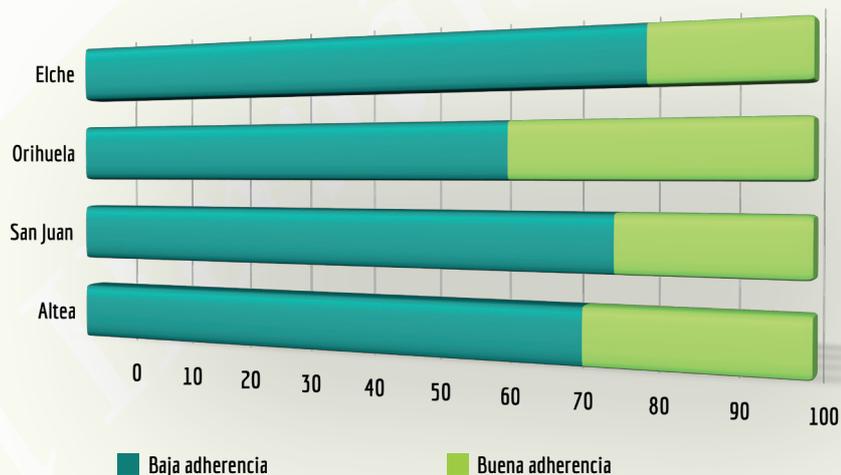
### 4.3. RESULTADOS POR CAMPUS UNIVERSITARIO.

En este apartado se describen los resultados de la encuesta según los Campus Universitarios de la UMH.

#### HÁBITOS ALIMENTARIOS

Respecto a la adherencia a la dieta mediterránea los participantes del campus que muestran una mayor adherencia a la dieta mediterránea son los Orihuela 36%, siendo los participantes del campus de Elche los que presenta una menor adherencia (19%), siendo dichas diferencias significativas entre campus universitarios ( $p = 0.015$ ).

Figura 14. Distribución de la muestra por campus universitario según la adherencia a la dieta mediterránea.

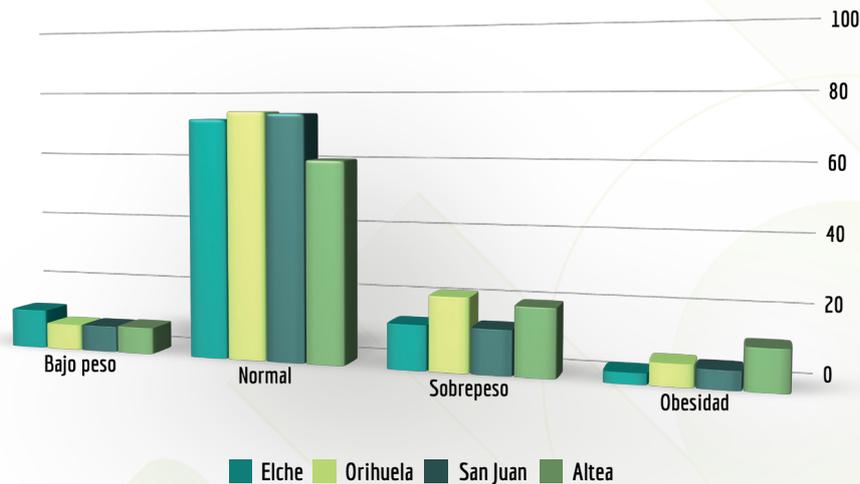


## PERCEPCIÓN CORPORAL Y ANTROPOMETRIA

La percepción corporal de los estudiantes es similar en todos los campus universitarios de la UMH. La mayoría de los estudiantes en todos los campus perciben su peso como normal.

La mayoría de los estudiantes en todos los campus tienen un peso normal. Sin embargo, el 11% de los estudiantes del Campus de Elche presenta bajo peso, mientras que un porcentaje similar de estudiantes del Campus de Altea presenta obesidad.

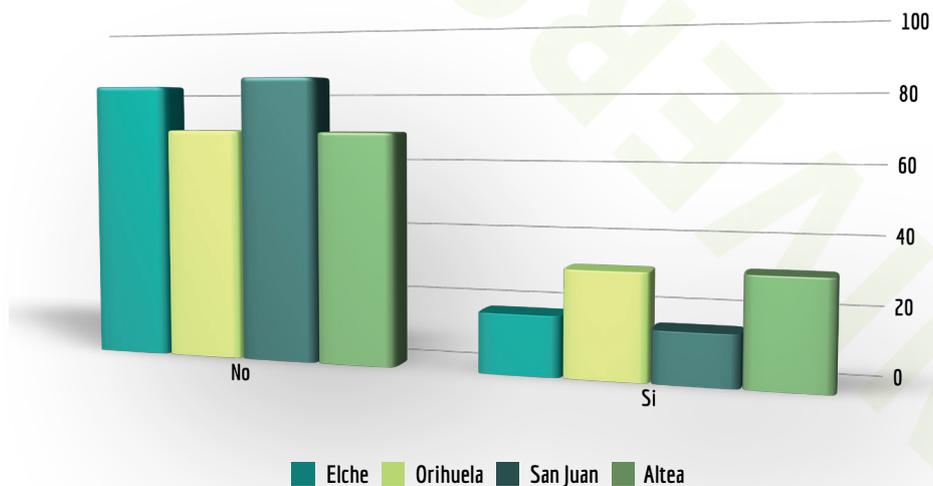
Figura 15. Distribución de la muestra por campus universitario según el estado nutricional.



A la pregunta sobre si “los pensamientos sobre el peso o la forma corporal han afectado en que pueda concentrarse en sus aficiones, el 40% de los/as estudiantes del campus de Altea, refiere que sus pensamientos con respecto al peso han afectado su capacidad para concentrarse, con respecto al campus de San Juan (15%), Orihuela (9.9%) y Elche (13.9%). Se observan diferencias significativas en cuanto a los distintos campus universitarios ( $p = 0.001$ ).

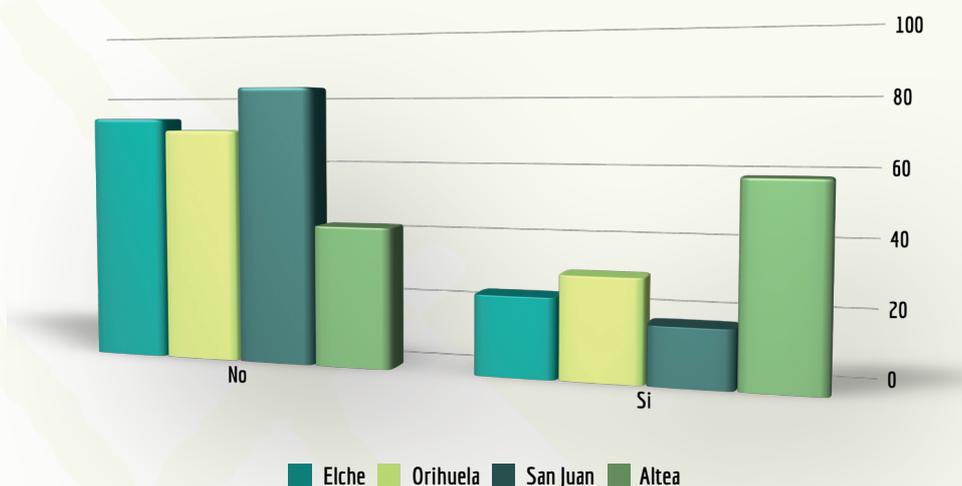
Las mayores prevalencias de pérdida de peso importante se encuentran en los campus de Altea (31.3%) y Orihuela (30.9%), mientras que en los campus de Elche y San Juan dichas las prevalencias son casi la mitad (17.5% y 15% respectivamente). Estas diferencias entre los distintos campus de la UMH son estadísticamente significativas ( $p = 0.007$ ).

Figura 16. Distribución de la muestra por campus universitario según el porcentaje de participantes que señalan una pérdida de peso importante.



Entre los estudiantes que han utilizado alguna medida para controlar el peso podemos encontrar diferencias significativas en los diferentes campus universitarios, en cuanto a los atracones o ingesta compulsiva de alimentos ( $p < 0.001$ ), siendo el 24.5% de los participantes los que realizan esta práctica. El campus con mayor porcentaje de estudiantes que tienen atracones es Altea (58.1%) seguido de Orihuela (30%), Elche (23.5%) y San Juan (17%).

Figura 17. Distribución de la muestra por campus universitario según el porcentaje de participantes que señalan tener atracones.



No encontramos diferencias en los distintos campus universitarios en relación a las demás prácticas para controlar el peso como vómitos, diuréticos, laxantes o ejercicio físico excesivo.

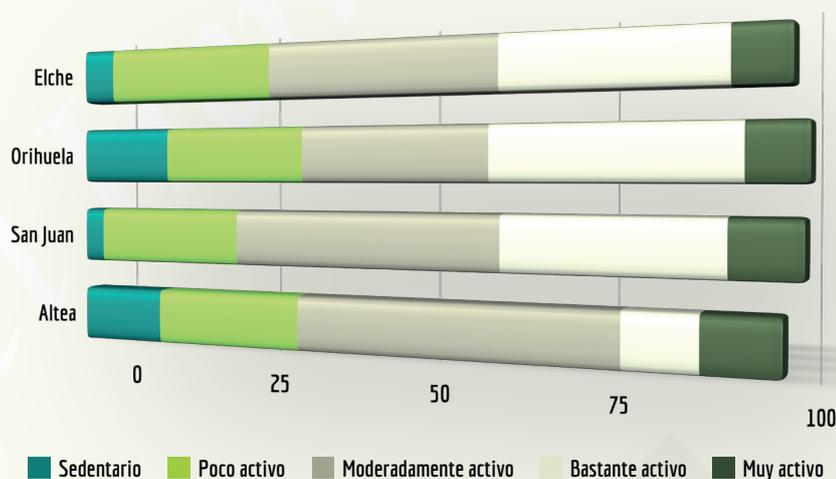
## SALUD Y ESTILOS DE VIDA.

### ✓ Actividad física.

Considerando globalmente la percepción de actividad física (actividad principal, hogar y tiempo libre), los campus en los que más se refiere un estilo de vida sedentario son Orihuela (13.8%) y Altea (12.5%) mientras que en los campus de Elche y San Juan las frecuencias de sedentarismos son 4.7% y 2.9% respectivamente.

Respecto a comportamientos moderadamente activos/bastante activos y muy activos encontramos que en Campus de San Juan el 75% de los estudiantes realizan alguna de este tipo de actividad física frente al 55% de los estudiantes del Campus de Altea.

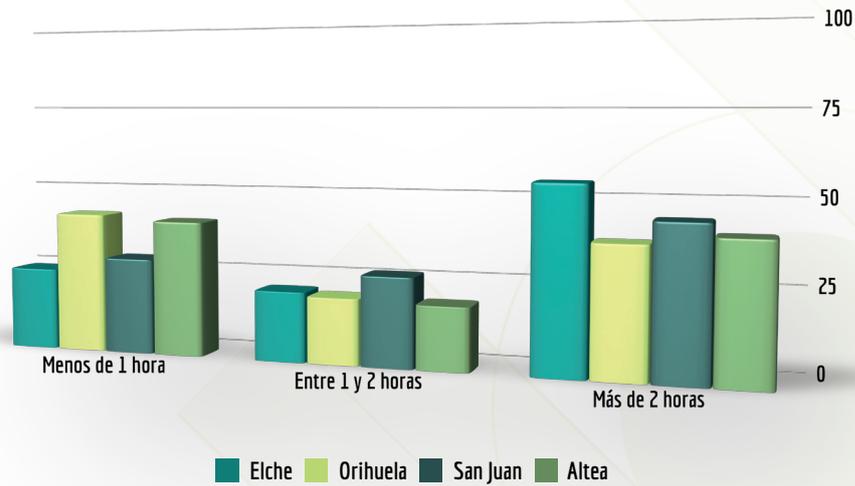
Figura 18. Distribución de la muestra por campus universitario según la actividad física



✓ **Horas de TV al día.**

La distribución de las horas de TV difiere en cada uno de los campus. Los estudiantes que refieren ver menos horas de TV son los del Campus de Altea frente a los del Campus de Elche que son los que más horas de TV visionan al día.

Figura 19. Distribución de la muestra por campus universitario según el porcentaje de horas de TV al día

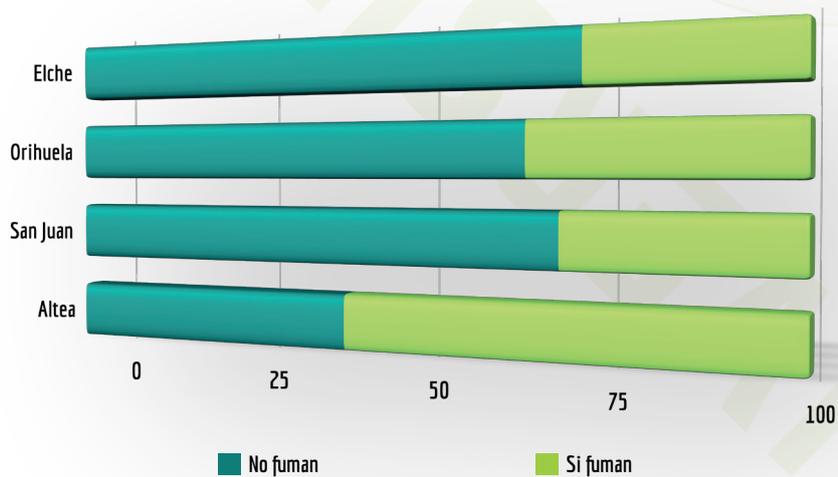


✓ **Consumo de tabaco, alcohol y uso de sustancias.**

No encontramos diferencias significativas en relación con el consumo de alcohol en los distintos campus universitarios.

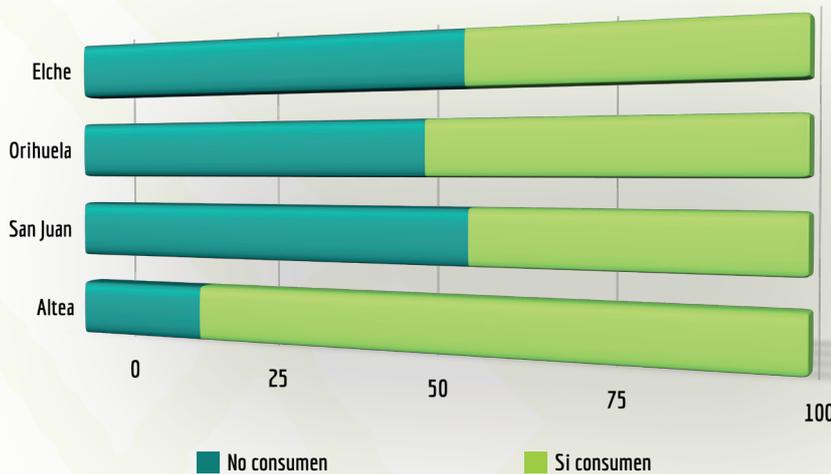
Respecto al consumo de tabaco, el 30% del alumnado de los campus de Elche, San Juan y Orihuela son fumadores frente al 58% en el campus de Altea ( $p = 0.003$ ).

Figura 20. Distribución de la muestra por campus universitario según el porcentaje de participantes que fuman



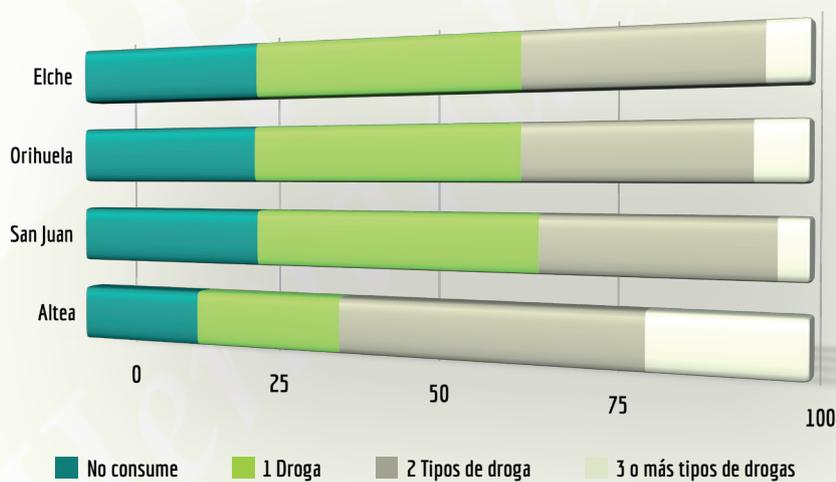
En lo que respecta al **consumo de drogas**, el 80% de los/as estudiantes del Campus de Altea manifiestan consumir drogas, siendo el consumo de drogas diferentes entre los campus universitarios ( $p < 0.001$ ).

Figura 21. Distribución de la muestra por campus universitario según el porcentaje del consumo de drogas.



Respecto al **policonsumo de drogas** encontramos diferencias en el patrón de consumo de drogas por campus universitario ( $p=0.001$ ). El patrón de consumo de drogas en los estudiantes Campus de Elche, Orihuela y San Juan es similar, encontrando un patrón de consumo diferente entre los estudiantes del campus de Altea.

Figura 22. Distribución de la muestra por campus universitario según el porcentaje del policonsumo de alcohol y drogas.

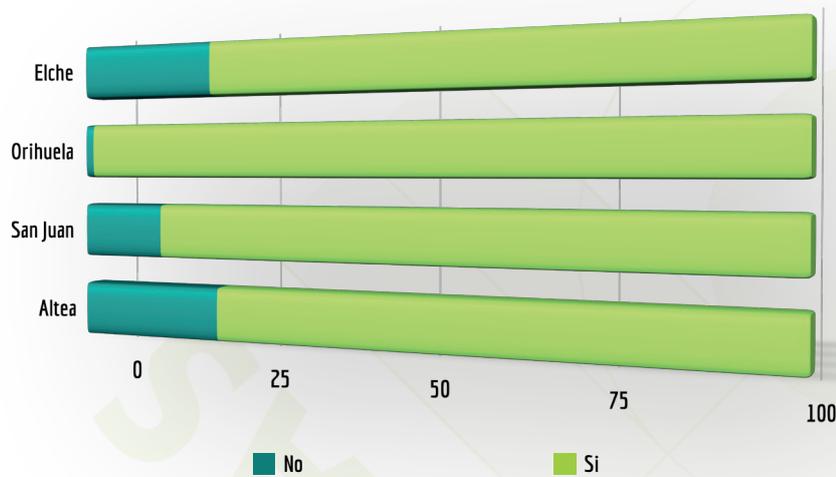


✓ Hábitos sexuales.

En relación a los hábitos sexuales de los estudiantes, no encontramos diferencias significativas en los diferentes campus universitarios en relación a la orientación sexual, uso de preservativo o uso de métodos anticonceptivos

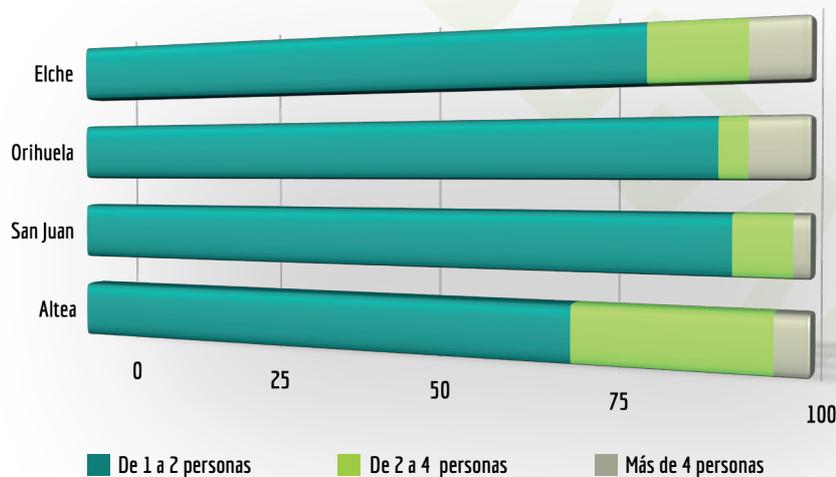
Observamos diferencias significativas en los diferentes campus en relación a si se han mantenido relaciones sexuales o no alguna vez en su vida ( $p < 0.001$ ). En el campus de Orihuela el 98.8% de los estudiantes manifiestan haber tenido relaciones sexuales frente al 78% de los/as estudiantes de Altea.

Figura 23. Distribución de la muestra por campus universitario según si han mantenido relaciones sexuales.



También observamos diferencias significativas en los distintos campus universitarios en el número de personas con las que se han mantenido relaciones sexuales en los últimos 12 meses ( $p = 0.029$ ).

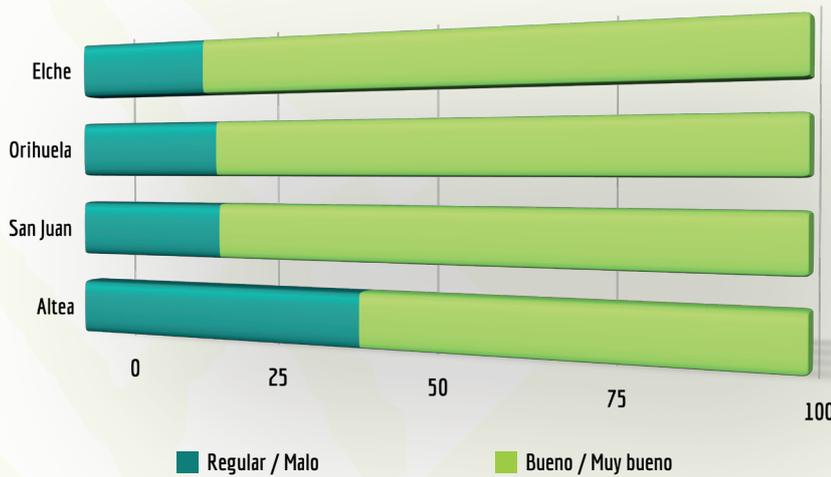
Figura 24. Distribución de la muestra por campus universitario según el número de personas con las que han tenido relaciones sexuales el último año.



✓ Estado de salud autopercebida.

En lo que respecta a la salud percibida de los estudiantes en los últimos 12 meses encontramos diferencias significativas entre los campus universitarios ( $p = 0.021$ ). El 44% de los estudiantes de Altea manifiesta tener un estado de salud regular o malo.

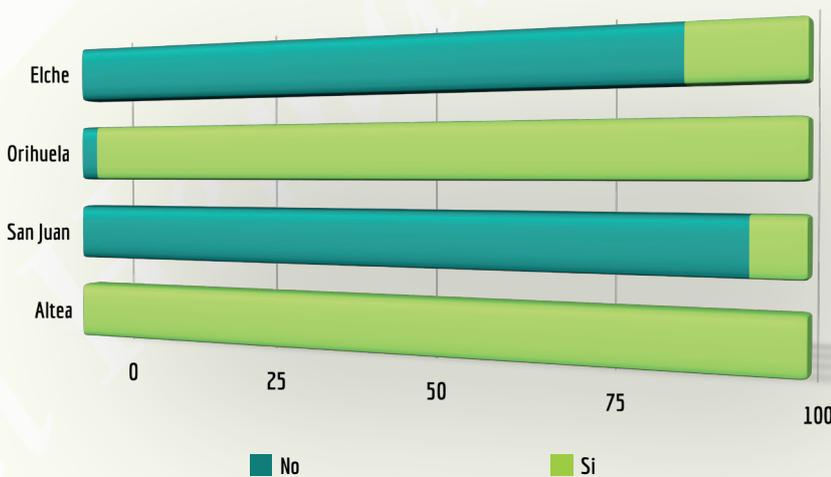
Figura 25. Distribución de la muestra por campus universitario según el estado de salud percibido.



INTEGRACIÓN SOCIAL, BIENESTAR Y ESTRÉS LABORAL.

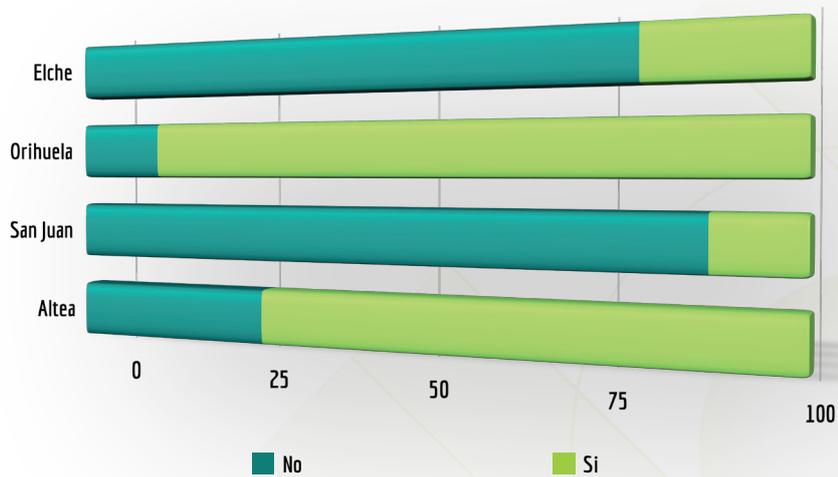
Encontramos diferencias en los distintos campus respecto “haber sufrido agresión o violencia”, ( $p < 0.001$ ). El 100% de los/as estudiantes del campus de Altea y el 97.5 % de los/as estudiantes de Orihuela manifiestan haber sufrido agresión o violencia.

Figura 26. Distribución de la muestra por campus universitario según manifiesten agresión o maltrato.



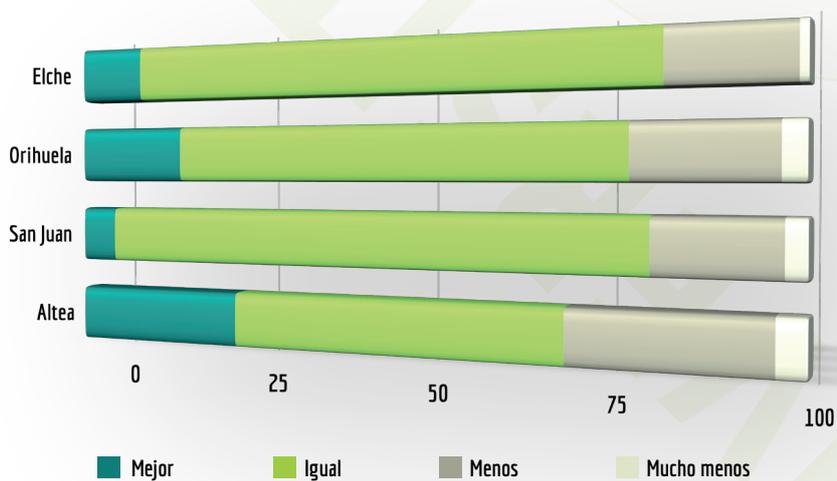
También encontramos diferencias entre campus ( $p < 0.001$ ) respecto a los/as estudiantes que refieren haber sufrido alguna discriminación, encontrando una mayor prevalencia en los campus de Orihuela (87.7%) y Altea (71%).

Figura 27. Distribución de la muestra por campus universitario que hayan sufrido o no discriminación.



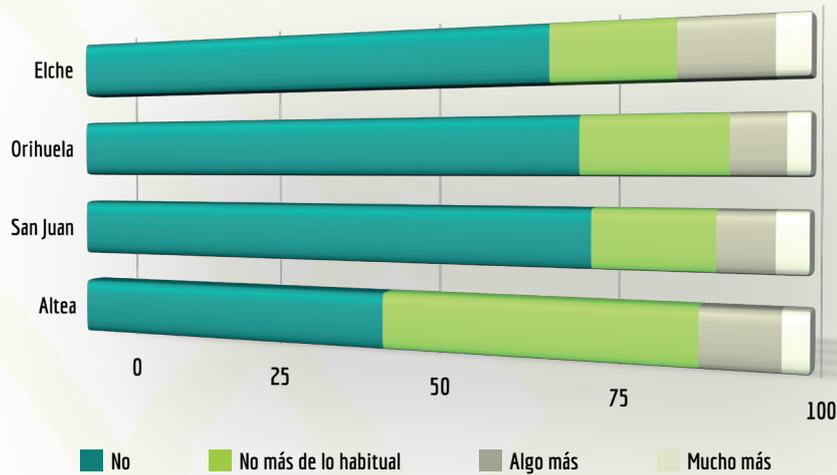
Encontramos diferencias en los campus universitarios en cuanto a que las preocupaciones han afectado la capacidad para concentrarse ( $p = 0.024$ ). Son los/as estudiantes del campus de Altea los que señalan en mayor proporción que su capacidad para concentrarse es menos o mucho menos de lo habitual.

Figura 28. Distribución de la muestra por campus universitario según si las preocupaciones han afectado la capacidad para concentrarse.



Respecto a la pregunta “sentirse una persona que no vale para nada”, son los/as estudiantes del Campus de Elche los que refieren en mayor proporción sentirse una persona que no vale para nada algo o mucho más de lo habitual ( $p = 0.039$ ).

Figura 29. Distribución de la muestra por campus universitario según se manifieste “sentirse una persona que no vale para nada”.

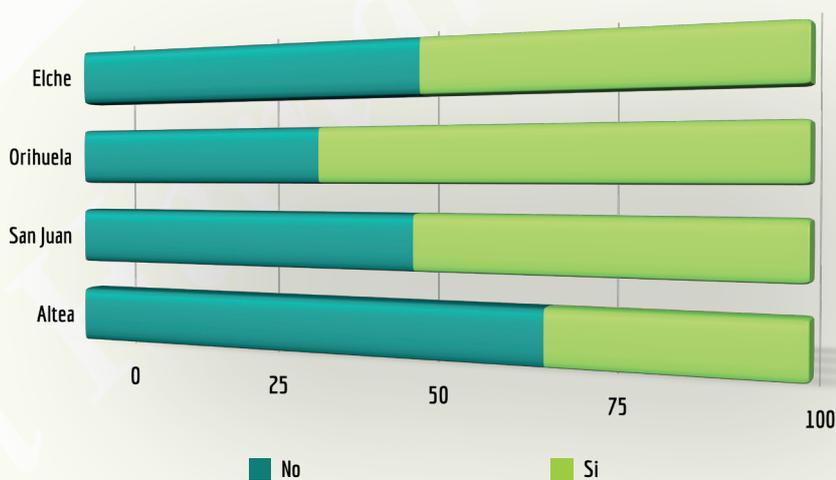


## USO DE NUEVAS TECNOLOGÍAS.

### ✔ Uso de Internet.

Los/as estudiantes que más tiempo pasan en internet para realizar trabajos son los del campus de Orihuela, seguidos de San Juan, Elche y por último Altea. Encontramos diferencias significativas entre campus universitarios en el uso de Internet para escribir o realizar trabajos ( $p = 0.018$ ).

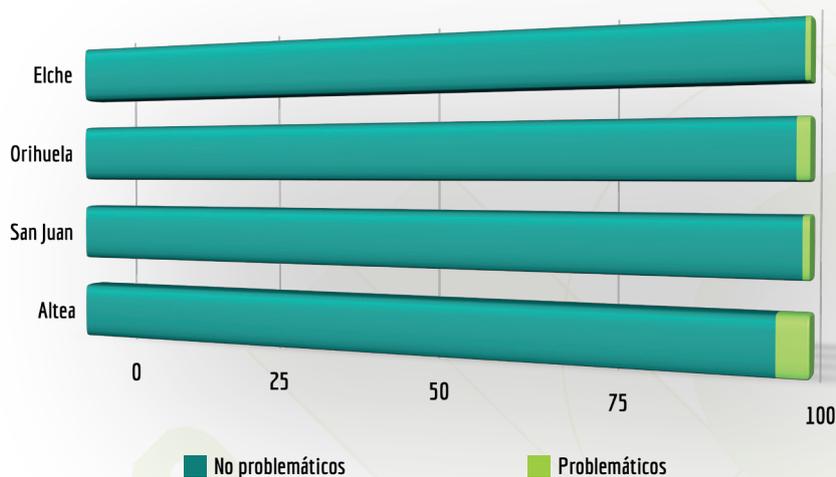
Figura 30. Distribución de la muestra por campus universitario según el uso de internet para realizar trabajos.



En relación al tiempo en Internet dedicado a ocio observamos una media de 3.9 horas [DE=3.9]. En el campus de Altea un 65% de los estudiantes utilizan internet para ver series o películas. Encontramos diferencias significativas entre los distintos campus ( $p = 0.002$ ).

Se ha medido la adicción a Internet mediante el test IAT, Siendo los/as estudiantes. Del campus de Altea (3.7%) los más problemáticos respecto al uso de internet. aunque no se encontraron diferencias significativas entre los distintos campus universitarios ( $p = 0.386$ ).

Figura 31. Distribución de la muestra por campus universitario según la adicción a internet.



## 5. Conclusiones:

Entre las principales conclusiones que se pueden establecer a partir de los resultados observados con la "Encuesta de Salud en Estudiantes de la UMH" realizada sobre una muestra de estudiantes de primer curso de la Universidad Miguel Hernández, cabe destacar

- 1.-** En general, una gran proporción de estudiantes presenta hábitos saludables, si bien para algunos estilos de vida se observan diferencias significativas para algunos hábitos en relación al sexo y por campus
- 2.-** Los estudiantes refieren un buen estado general de salud autopercebida. Un 22 % refieren tener una regular/salud mala o muy mal salud siendo mayor este porcentaje entre las mujeres. Se aprecian diferencias entre campus universitarios en relación a la salud autopercebida, destacando que casi la mitad de los participantes del campus de Altea considera tener un estado de salud regular, malo o muy mal.
- 3.-** Respecto al estado nutricional medido a través del índice de masa corporal, los hombres presentaron un mayor porcentaje de sobrepeso y obesidad que las mujeres. En cambio, el porcentaje de bajo peso fue mayor entre las mujeres. En relación a los campus la mayor prevalencia de obesidad se presenta en el campus de Altea, mientras que el campus de Elche es el que presenta una mayor prevalencia de bajo peso.
- 4.-** En relación con los hábitos alimentarios, no encontramos diferencias por sexo, 4 de 10 estudiantes hacen cinco comidas al día y uno de cada 10 no suele desayunar a diario. Respecto a la percepción corporal, las mujeres refirieron mayores porcentajes de una peor percepción corporal, picoteo más frecuente y una mayor provocación de vómitos y es en el campus de Altea donde se encuentra con mayor frecuencia estas conductas.
- 5.-** Respecto al consumo de alimentos, se ha observado un consumo de frutas, verduras, legumbres, frutos secos y pan integral muy inferior al recomendado para población joven. Por el contrario, se ha observado un consumo elevado de alimentos, como refrescos y bollería industrial. Con todo ello, casi tres de cada cuatro estudiantes presentaron una baja adherencia a la dieta mediterránea, siendo la adherencia menor en mujeres y en todo caso, alejándose de las recomendaciones alimentarias para la población española. Por campus son los/as estudiantes del campus de Orihuela los que presenta una mayor adherencia a la dieta mediterránea
- 6.-** Se han observado diferencias por sexo y por campus en relación con algunos estilos de vida saludables. Los hombres presentaron mayor sobrepeso y obesidad refieren ver más tiempo la televisión al día, consumir más alcohol, tabaco y drogas, y practicar más ejercicio físico. Mientras que las mujeres, presentaron una mayor prevalencia de bajo peso y realizan menos actividad física. Respecto a los campus, el alumnado de los campus de Altea y Orihuela son los que refieren un estilo de vida más sedentario, además el alumnado del campus de Altea son los más fumadores y los que consumen más drogas, más del 80% señalan consumir drogas y el 10% consumir 3 o más tipos de drogas.
- 7.-** No se han observado diferencias por sexo en las relaciones sexuales, 4 de cada 5 ha mantenido relaciones sexuales, llama la atención que el casi 4 de 10 estudiantes no utilicen nunca o casi nunca el preservativo en sus relaciones sexuales y que casi 2 de cada 5 estudiantes ha utilizado en alguna ocasión la píldora del día después. Encontramos diferencias por campus respecto a las relaciones sexuales, el 22% del alumnado del campus Altea refiere no haber mantenido relaciones sexuales vs al 1% del campus de Orihuela
- 8.-** En relación a la integración social y bienestar, casi un tercio de la población manifiesta que ha sufrido agresión y que sufre discriminación. Además, las mujeres refieren tener más sentimientos de agobio y tensión, más pérdida de sueño por preocupaciones y más sentimientos de no servir para nada, que los hombres. Respecto a los campus el 100% del alumnado del campus de Altea y el 97.5% del de Orihuela indican haber sufrido este tipo de agresiones, siendo en estos dos campus donde hay una mayor proporción de estudiantes que indica haber sufrido discriminación.

## 6. Recomendaciones

1º

**Gana salud:**

**¡Come fruta y verduras!** La fruta fresca como postre habitual y/o en el almuerzo. Incluye en cada comida y cena algo de vegetales, ya sea como plato principal, o como ingrediente o acompañamiento



2º

**Modera tu consumo de bollería, bebidas azucaradas, refrescos.** Cada vez más tendemos a consumir mayor cantidad diaria de glucosa de la recomendada. Buena parte de esta procede de bebidas azucaradas y refrescos. Toma consciencia de ello, y considéralo para tener una dieta equilibrada con respeto a las necesidades sociales, ambientales, laborales y de seguridad.

3º

**NO todas las grasas son perjudiciales para la salud.**

Consume grasas de calidad, como el aceite de oliva virgen extra (AOVE), por sus propiedades cardiosaludables. Busca en la etiqueta Virgen Extra es señal de la alta calidad del aceite



4º

**¡Muévete! Busca una actividad que te divierta.**

El ejercicio regular posee múltiples beneficios para el organismo como bien sabes, y nos ayuda a una mejor función cognitiva. Camina cada día 30 min al día. (subir escaleras, caminar o montar en bici o entre 3-5 días por semana: realiza 60 minutos de actividad física de intensidad moderada (caminar a buen paso, ir en bicicleta) o vigorosa (correr, saltar a la comba, practicar deportes)



5º

**Toma el control.** En las cenas y fiestas de clase, controla el consumo del alcohol, y que no te pase factura

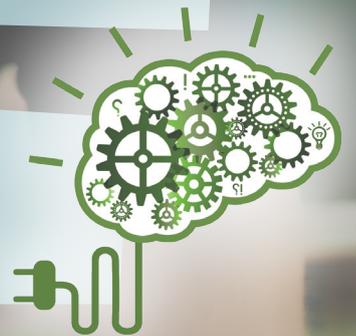


6º

**Plantéate dejar de fumar, ¡EN SERIO!.** Ahorrarás dinero además de ganar en salud.

7º

**¡Alimenta tu mente!** Haz actividades lúdicas y formativas fuera de la universidad, cultiva y cuida tus aficiones, aprende a saborear los pequeños momentos de la vida.



8º

**Relaciones sexuales seguras.** Si decides tener relaciones sexuales coitales con otras personas, no corras riesgos innecesarios como embarazos no deseados, infecciones de transmisión sexual. Para evitarlo siempre que tengas una relación sexual, ya sabes... ¡UTILIZA PRESEVATIVO!

9º

**¡Conecta con la tierra!** Controla el tiempo que estás conectado a Internet. Piensa cuanto le dedicas al mundo virtual y al mundo real o las personas que te rodean. Mantén un balance adecuada para no perder la perspectiva.



## 7. Referencias

- Alonso A, Beunza JJ, Delgado-Rodríguez M, Martínez-González MA. Validation of self-reported diagnosis of hypertension in a cohort of university graduates in Spain. *BMC Public Health* [Internet]. diciembre de 2005 [citado 30 de septiembre de 2017];5(1). Disponible en: <http://bmcpublichealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2458-5-94>
- American Psychiatric Association, editor. *Diagnostic criteria from DSM-IV-TR*. Washington, D.C: American Psychiatric Association; 2000. 370 p.
- Barrio-Lopez MT, Bes-Rastrollo M, Beunza JJ, Fernandez-Montero A, Garcia-Lopez M, Martinez-Gonzalez MA. Validation of metabolic syndrome using medical records in the SUN cohort. *BMC Public Health* [Internet]. diciembre de 2011 [citado 30 de septiembre de 2017];11(1). Disponible en: <http://bmcpublichealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2458-11-867>
- Chamberlain AM, Manemann SM, Dunlay SM, Spertus JA, Moser DK, Berardi C, et al. Self-Rated Health Predicts Healthcare Utilization in Heart Failure. *Journal of the American Heart Association*. 28 de mayo de 2014;3(3):e000931-e000931.
- Coronado PJ, Delgado-Miguel C, Rey-Cañas A, Herráiz MA. Sexual and reproductive health in Spanish University Students. A comparison between medical and law students. *Sexual & Reproductive Healthcare*. marzo de 2017;11:97-101.
- Coscia L, Causa P, Giuliani E, Nunziata A. Pharmacological properties of new neuroleptic compounds. *Arzneimittelforschung*. septiembre de 1975;25(9):1436-42.
- Damian J, Ruigomez A, Pastor V, Martin-Moreno JM. Determinants of self assessed health among Spanish older people living at home. *Journal of Epidemiology & Community Health*. 1 de julio de 1999;53(7):412-6.
- DeMars R, LeVan SL, Trend BL, Russell LB. Abnormal ornithine carbamoyltransferase in mice having the sparse-fur mutation. *Proc Natl Acad Sci USA*. mayo de 1976;73(5):1693-7.
- DeSalvo KB, Blosner N, Reynolds K, He J, Muntner P. Mortality prediction with a single general self-rated health question: A meta-analysis. *Journal of General Internal Medicine*. marzo de 2006;21(3):267-75.
- Essiet IA, Baharom A, Shahar HK, Uzochukwu B. Application of the Socio-Ecological Model to predict physical activity behaviour among Nigerian University students. *Pan Afr Med J*. 2017;26:110.
- Fernández-Montero A, Beunza JJ, Bes-Rastrollo M, Barrio MT, de la Fuente-Arrillaga C, Moreno-Galarraga L, et al. Validación de los componentes del síndrome metabólico autodeclarados en un estudio de cohortes. *Gaceta Sanitaria*. julio de 2011;25(4):303-7.
- Fernández-Villa T, Alguacil Ojeda J, Almaraz Gómez A, Cancela Carral JM, Delgado-Rodríguez M, García-Martín M, et al. Problematic Internet Use in University Students: associated factors and differences of gender. *Adicciones*. 15 de diciembre de 2015;27(4):265-75.
- Fernández Villa T, Alguacil Ojeda J, Ayán Pérez C, Bueno Cavanillas A, Cancela Carral JM, Capelo Álvarez R, et al. Proyecto UNHCOS: cohorte dinámica de estudiantes universitarios para el estudio del consumo de drogas y otras adicciones. *Revista Española de Salud Pública*. diciembre de 2013;87(6):575-85.

- 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 [Internet]. diciembre de 2015 [citado 30 de septiembre de 2017];15(1). Disponible en: <http://bmcpublihealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12889-015-2281-5>
- 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 [Internet]. diciembre de 2015 [citado 30 de septiembre de 2017];15(1). Disponible en: <http://bmcpublihealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12889-015-2281-5>
- Folasayo A, Oluwasegun A, Samsudin S, Saudi S, Osman M, Hamat R. Assessing the Knowledge Level, Attitudes, Risky Behaviors and Preventive Practices on Sexually Transmitted Diseases among University Students as Future Healthcare Providers in the Central Zone of Malaysia: A Cross-Sectional Study. International Journal of Environmental Research and Public Health. 2017;14(2):159.
- Gea A, Bes-Rastrollo M, Toledo E, Garcia-Lopez M, Beunza JJ, Estruch R, et al. Mediterranean alcohol-drinking pattern and mortality in the SUN (Seguimiento Universidad de Navarra) Project: a prospective cohort study. British Journal of Nutrition. 2014;111(10):1871-80.
- Goldberg P. Longitudinal study of associations between perceived health status and self reported diseases in the French Gazel cohort. Journal of Epidemiology & Community Health. 1 de abril de 2001;55(4):233-8.
- Guerra-Martín MD. Estilos De Vida Y Factores Asociados a La Alimentación Y La Actividad. Nutricion Hospitalaria. 1 de diciembre de 2015;(6):2838-2847.
- Ilow R, Regulska-Ilow B, Ró a ska D. Dietary habits of Wroclaw Medical University students (Poland). Rocznik Panstw Zakl Hig. 2017;68(1):23-32.
- Ivanova II, Shul'govskaia EM, Rabotnova IL. [Effect of H<sup>+</sup> and OH<sup>-</sup> ions on the physiological and biochemical properties of a Pseudomonas methanolica culture]. Mikrobiologiya. octubre de 1975;44(5):839-43.
- Kohnen R, Lienert GA. [Free description of drug effects and description by questionnaire of a sleep inducer (flurazepam) by normal test subjects (author's transl)]. Arzneimittelforschung. 1976;26(6):1133-6.
- Martínez-Moyá M, Navarrete-Muñoz EM, García de la Hera M, Giménez-Monzo D, González-Palacios S, Valera-Gran D, et al. Asociación entre horas de televisión, actividad física, horas de sueño y exceso de peso en población adulta joven. Gaceta Sanitaria. mayo de 2014;28(3):203-8.
- May M. Cardiovascular disease risk assessment in older women: can we improve on Framingham? British Women's Heart and Health prospective cohort study. Heart. 15 de mayo de 2006;92(10):1396-401.
- Moroi K, Sato T. Comparison between procaine and isocarboxazid metabolism in vitro by a liver microsomal amidase-esterase. Biochem Pharmacol. 15 de agosto de 1975;24(16):1517-21.
- Navarrete-Muñoz EM. Una Menor Adherencia a La Dieta Mediterránea Se Asocia a Una Peor. Nutricion Hospitalaria. 1 de febrero de 2015;(2):785-792.
- Navarrete-Muñoz EM, Valera-Gran D, Gonzalez-Palacios S, García de la Hera M, Gimenez-Monzo D, Torres-Collado L, Vioque L. Cohort profile The DiSA-UMH study (Dieta, Salud y Antropometría): A prospective cohort study in health science students from Miguel Hernandez University. Revista Española de Nutrición Humana y Dietética 2016; 20: 69-76

- Norman A, Bellocco R, Bergström A, Wolk A. Validity and reproducibility of self-reported total physical activity—differences by relative weight. *International Journal of Obesity*. mayo de 2001;25(5):682-8.
- Richter R, Hobi V. [Personality-specific action of a tranquilizer (author's transl)]. *Arzneimittelforschung*. 1976;26(6):1136-8.
- Roldán-Merino J, Lluch-Canut MT, Casas I, Sanromà-Ortíz M, Ferré-Grau C, Sequeira C, et al. Reliability and validity of the Positive Mental Health Questionnaire in a sample of Spanish university students. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*. marzo de 2017;24(2-3):123-33.
- Sanchez-Villegas A, Schlatter J, Ortuno F, Lahortiga F, Pla J, Benito S, et al. Validity of a self-reported diagnosis of depression among participants in a cohort study using the Structured Clinical Interview for DSM-IV (SCID-I). *BMC Psychiatry* [Internet]. diciembre de 2008 [citado 30 de septiembre de 2017];8(1). Disponible en: <http://bmcp psychiatry.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-244X-8-43>
- Share JB. Review of drug treatment for Down's syndrome persons. *Am J Ment Defic*. 1976;80(4):388-93.
- Stunkard A. Old and New Scales for the Assessment of Body Image. *Perceptual and Motor Skills*. junio de 2000;90(3):930-930.
- Tamayo-Fonseca N, Quesada JA, Nolasco A, Melchor I, Moncho J, Pereyra-Zamora P, et al. Self-rated health and mortality: a follow-up study of a Spanish population. *Public Health*. diciembre de 2013;127(12):1097-104.
- Thornton JA, Harrison MJ. Letter: Duration of action of AH8165. *Br J Anaesth*. septiembre de 1975;47(9):1033.
- Valencia-Martín JL, Galán I, Rodríguez-Artalejo F. Binge Drinking in Madrid, Spain. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*. octubre de 2007;31(10):1723-30.
- Vioque López J, Quiles i Izquierdo J. Encuesta de nutrición y salud de la Comunidad Valenciana. Alicante: J. Vioque; 2003.
- Wu S, Wang R, Zhao Y, Ma X, Wu M, Yan X, et al. The relationship between self-rated health and objective health status: a population-based study. *BMC Public Health* [Internet]. diciembre de 2013 [citado 30 de septiembre de 2017];13(1). Disponible en: <http://bmcpublichealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2458-13-320>

## 8. Anexos:

# INFORME DE LA ENCUESTA DE NUTRICION Y SALUD EN ALUMNOS DE LA UNIVERSIDAD MIGUEL HERNÁNDEZ DE ELCHE, 2017

«Dieta, antropometría y salud en  
población universitaria»

## Editado por:

Vicerrectorado de Relaciones Institucionales.  
Universidad Miguel Hernández

## Autores

Manuela García de la Hera  
Sergio Hernández Sánchez  
Miriam Hurtado Pomares  
Eva M<sup>a</sup> Navarrete Muñoz  
M Teresa Pérez-Vázquez  
Jesús Vioque López

Alicante 2017



UNIVERSITAS Miguel Hernández