



Original/Otros

Prevalencia de trastornos de la conducta alimentaria en universitarios españoles y factores asociados: proyecto uniHcos

Leticia Martínez-González¹, Tania Fernández Villa¹, Antonio José Molina de la Torre^{1,2}, Carlos Ayán Pérez³, Aurora Bueno Cavanillas^{4,5}, Rocío Capelo Álvarez⁶, Ramona Mateos Campos⁷ y Vicente Martín Sánchez^{1,2,4}

¹Área de Medicina Preventiva y Salud Pública. Universidad de León. ²Grupo de Investigación en Interacción Gen-Ambiente-Salud. Universidad de León. ³Grupo de Investigación Healthy Fit. Facultad de Ciencias de la Educación y el Deporte. Universidad de Vigo. ⁴CIBER de Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP). ⁵Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública. Universidad de Granada. ⁶Centro de Investigación en Salud y Medio Ambiente (CY SMA). Universidad de Huelva. ⁷Área de Medicina Preventiva y Salud Pública. Universidad de Salamanca. España.

Resumen

Introducción: Los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) son especialmente frecuentes en los jóvenes. **Objetivo:** Determinar la prevalencia de TCA en jóvenes universitarios y sus factores asociados.

Metodología: Estudio de prevalencia en jóvenes universitarios españoles del proyecto uniHcos. Mediante regresión logística no condicional se determinó la magnitud de la asociación entre los factores de riesgo asociados al estilo de vida y padecer un TCA medido mediante el cuestionario Sick, Control, One, Fat, Food (SCOFF).

Resultados: La prevalencia de TCA fue del 19,5%, siendo mayor en mujeres (ORa=1,59; p=0,006). En los chicos, tener criterios de padecer TCA se asoció con vivir en colegios mayores, con realizar “binge drinking”, y uso problemático de internet. En las mujeres el estudiar titulaciones diferentes a las ciencias de la salud (ORa=1,50) y el uso problemático de internet (ORa=2,33). Aquellas mujeres con riesgo de TCA presentaban con mayor frecuencia depresión (ORa=2,02), dolores menstruales (ORa=1,81) y mala salud percibida (ORa=1,70). En los hombres, aquellos con riesgo de TCA presentaban con mayor frecuencia una mala salud percibida (ORa=2,42).

Conclusiones: El riesgo de obtener resultados positivos en el SCOFF en nuestro estudio es similar a lo publicado para otras poblaciones de estudiantes, así como su asociación con determinadas adicciones y problemas de salud. Se observaron diferencias en función del sexo que precisan atención en el diseño de estrategias de prevención y control.

(Nutr Hosp. 2014;30:927-934)

DOI:10.3305/nh.2014.30.4.7689

Palabras claves: TCA, prevalencia, universitario, screening, SCOFF.

Correspondencia: Leticia Martínez González.
Escuela Universitaria de Ciencias de la Salud.
Universidad de León Campus Vegazana, s/n.
24071 León (España).
E-mail: leticia.martinezgonzalez6@gmail.com

Recibido: 16-VI-2014.
Aceptado: 17-VII-2014.

PREVALENCE OF EATING DISORDERS IN COLLEGE STUDENTS AND ASSOCIATED FACTORS: UNIHCOs PROJECT

Abstract

Introduction: eating disorders (ED) are particularly common in young people. **Objective:** To determine the prevalence of eating disorders in college students and its associated factors.

Methods: Study of prevalence in young Spanish university uniHcos project. Using unconditional logistic regression have determined the magnitude of the association between the risk factors associated with lifestyle and ED measured by questionnaire Sick, Control, One, Fat, Food (SCOFF).

Results: The prevalence of ED was 19.5%, being higher in women (ORa=1.59; p=0.006). In boys, have criteria of developing an eating disorder was associated with living in halls of residence, “binge drinking” and problematic Internet use. In women studying different courses at Health Sciences (ORa=1.50) and problematic Internet use (ORa=2.33). Those women at risk of ED more frequently had depression (ORa=2.02), menstrual pains (ORa=1.81) and perceived poor health (ORa=1.70). In men, those at risk for eating disorders more frequently had poor perceived health (ORa=2.42).

Conclusions: The risk of a positive outcome in the scoff in our study is similar to that reported for other populations of students as well as their association with certain health problems and addictions. By gender differences that need attention in the design of prevention and control strategies were observed.

(Nutr Hosp. 2014;30:927-934)

DOI:10.3305/nh.2014.30.4.7689

Key words: ED, prevalence, university, screening, SCOFF.

Lista de abreviaturas:

TCA: Trastornos de la Conducta Alimentaria
AN: Anorexia Nerviosa
BN: Bulimia Nerviosa
TA: Trastorno por atracón
TCANE: Trastorno de la Conducta Alimentaria No Especificado
DSM-V: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition, Text
SCOFF: Sick, Control, One, Fat, Food

Introducción

En la actualidad, el principal problema de salud mental en la población joven es el de los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA). Los TCA son enfermedades psiquiátricas graves, vinculadas a una percepción distorsionada del propio cuerpo, una insatisfacción corporal, y están caracterizadas por marcadas alteraciones en el comportamiento y una excesiva preocupación por el peso y/o con la forma del cuerpo. Se consideran como TCA, la Anorexia Nerviosa (AN), la Bulimia Nerviosa (BN), el Trastorno por Atracón (TA) y el Trastorno de la Conducta Alimentaria No Especificado (TCANE)¹.

Los TCA son difíciles de tratar observándose bajas tasas de recuperación y existiendo un alto riesgo de recaídas². Además predisponen a los sujetos a la desnutrición o a la obesidad³, y se relacionan con una baja calidad de vida, altas tasas de comorbilidad psicosocial y riesgo de mortalidad prematura². Asimismo, los TCA se asocian con frecuencia con otras morbilidades, especialmente con la depresión, ansiedad y el consumo de sustancias⁽⁴⁻⁷⁾.

La población universitaria está sujeta a una serie de cambios sociológicos y culturales. Muchos estudiantes se desplazan del núcleo familiar, convirtiéndose en los responsables de sus hábitos de alimentación, la organización de su tiempo, la compra de alimentos, la elaboración de sus menús y la organización de los horarios de comidas. Todo ello puede dar lugar a saltarse las comidas frecuentemente, tener preferencia por la comida rápida, consumir alcohol y fumar^(8,9) y finalmente puede favorecer la aparición de TCA¹⁰

Los objetivos del presente estudio son:

- 1) Determinar la prevalencia de riesgo de TCA en población de primer ingreso universitario estableciéndose diferencias por sexo.
- 2) Explorar la asociación entre el riesgo de TCA y el consumo de drogas legales e ilegales.
- 3) Describir la asociación entre el riesgo de TCA, el nivel de salud percibido y la depresión.

Material y métodos

Muestra

Se incluyeron en el estudio los menores de 30 años de siete universidades públicas del proyecto uniHcos (Universidad de Vigo, Universidad de Jaén, Universidad de Granada, Universidad de Salamanca, Universidad de Huelva y Universidad de León)¹¹. La invitación a la participación en el estudio se llevó a cabo mediante el envío de un correo-e al correo institucional de los alumnos. De los 39380 correos enviados, 1363 fueron contestados, obteniéndose una tasa de respuesta del 3,5%. El proyecto uniHcos está diseñado como una cohorte dinámica para evaluar la influencia, en la salud futura, de los estilos de vida en los universitarios. En este momento sólo esta disponible la información de partida de la cohorte, por lo que el diseño del presente estudio es equivalente al de un estudio transversal.

Recogida de la información y aspectos éticos

Aquellos alumnos que decidieron participar en el proyecto realizaron el cuestionario ad hoc online autoaplicado, mediante la plataforma SphinxOnline®. Se solicitó consentimiento informado y el procedimiento se atuvo a lo recogido en la Ley Orgánica de Protección de Datos de Carácter Personal (15/1999)¹². El período de recogida de información fue entre diciembre del 2011 y abril del 2013. El protocolo del estudio fue aprobado por el comité de bioética de todas las universidades participantes.

Instrumentos de medida

Se administró un cuestionario que valoró los siguientes aspectos: actividad física, uso de internet, consumo de alcohol, tabaco, cannabis y otras drogas, depresión y percepción de la salud.

Se evaluó la frecuencia de actividad física (dividida en activo e inactivo) realizada en los últimos 7 días, el uso de internet clasificado en los niveles uso problemático y uso no problemático.

Por otro lado, el consumo de alcohol se valoró determinando la ingesta de 6 o más bebidas alcohólicas en una misma ocasión, en un plazo aproximadamente de un par de horas (binge drinking). El consumo de sustancias en los últimos 30 días: tabaco (categorizado en fumador actual y no fumador), cannabis y otras drogas (no consumo y consumo actual, GHB, cocaína, heroína, tranquilizantes, alucinógenos, éxtasis, etc.). Además, se les preguntó su percepción de salud (dividida en buena o mala) y una lista de enfermedades entre ellas depresión, ansiedad y dolores menstruales que hubiesen padecido o padecen actualmente.

Finalmente, se valoraron los hábitos alimentarios mediante el cuestionario SCOFF (Sick, Control, One,

Fat, Food) que se ha utilizado como instrumento de medida, para detectar la posible existencia de TCA. Se trata de un cuestionario autoaplicado creado por Morgan, Reid y Lacey (1999)¹³, que consta de 5 ítems, en formato de respuesta dicotómica que evalúan la pérdida de control sobre la alimentación, la purga y la insatisfacción corporal. Cada respuesta afirmativa es valorada con un punto. El test es positivo cuando la persona contesta afirmativamente a 2 o más preguntas. Es un test sencillo, fácil de recordar, aplicar y evaluar, lo que facilita su utilización debido al reducido número de preguntas que lo forman. El cuestionario posee una sensibilidad del 80,1% y una especificidad del 93,4%¹⁴.

Análisis de datos

Se realizó un análisis descriptivo, calculando las frecuencias relativas y las prevalencias con sus intervalos de confianza del 95% (IC95%) para cada una de las categorías de las variables nominales y ordinales estudiadas, medidas de tendencia central y de dispersión para las variables cuantitativas.

Para evaluar la asociación entre las variables estudiadas se realizó un análisis bivariante en la que se utilizó la prueba t-Student para las variables cuantitativas continuas y se calcularon los Odds Ratio (OR) con IC95% mediante regresión logística no condicional. Para evaluar la asociación entre las variables cualitati-

Tabla I
Valores descriptivos.

	<i>N</i>	<i>n</i>	%	IC95%
Sexo				
Hombre	1306	353	27,4	(24,6-29,4)
Mujer	1306	953	72,6	(70,6-75,4)
Titulación				
Ciencias de la salud	1306	422	32,3	(29,8-34,9)
Otros	1306	884	67,7	(65,1-70,2)
Domicilio				
Domicilio familiar	1306	548	42	(39,3-44,6)
Colegio mayor/residencia	1306	147	11,2	(09,5-13,0)
Otros	1306	611	46,8	(44,1-49,5)
Scoff				
Negativo	1306	1051	80,5	(78,3-82,6)
Positivo	1306	255	19,5	(17,4-21,7)
Hábito tabáquico				
No	1306	987	75,6	(73,2-77,9)
Sí	1306	319	24,4	(22,1-26,8)
Consumo de cannabis				
No	1306	744	57,0	(54,3-60,0)
Sí	1306	465	43,0	(40,3-45,7)
Binge drinking				
No	1306	642	49,2	(46,4-51,9)
Sí	1306	664	50,8	(48,1-53,6)
Actividad física				
Activo	1306	339	26,3	(23,9-28,7)
Inactivo	1306	949	73,7	(71,3-76,1)
Internet				
No	1306	1211	92,7	(91,3-94,1)
Sí	1306	95	7,3	(05,9-08,7)

vas y padecer TCA se utilizó la prueba de chi-cuadrado y se calcularon las Odds Ratio (OR) con IC95% mediante regresión logística no condicional y las ajustadas (ORa) por diferentes variables según el caso.

Para la realización de todos estos análisis estadísticos se utilizó el Software STATA v11.0.

Resultados

La muestra total obtenida fue de 1306 personas. De ellas, un 73% fueron mujeres con una edad media de $19,8 \pm 2,8$ años (Rango=17-30; Mediana=19) y un 27% hombres, con una edad media de $19,9 \pm 2,8$ años (Rango 17-30; Mediana=19). El 42% vivían en el domicilio familiar, el 11,2% vivían en colegios mayores o residencias y el 46,8% restante en otros tipos de residencia (pisos compartidos, individuales, etc) (Tabla I).

De los 1306 estudiantes, 255 presentaban criterios de padecer TCA correspondiendo a una prevalencia

del 19,5%, siendo más frecuente en las mujeres que en los hombres (21,2% v 15,0%; ORa= 1,59; p=0,006), en aquellos que cursaban titulaciones distintas a las ciencias de la salud (21,3% v 15,9%; ORa=1,50; P=0,010) y en los que vivían en colegios mayores o residencias universitarias en comparación con quienes vivían en el domicilio familiar (27,9% v 19,2%; ORa=1,67; p=0,022).

Con relación a los hombres, en la Tabla II se puede observar como la prevalencia de riesgo de TCA era significativamente mayor en aquellos estudiantes que vivían en colegios mayores o residencias universitarias en comparación con aquellos que vivían en el domicilio familiar (29,0% v 13,3%; ORa=2,71; p=0,031), los que realizaron binge drinking en el último mes (20,5% v 9,6%; ORa=2,54; p=0,011) y los que presentaban un uso problemático de internet (31,2% v 13,4%; ORa=3,29; p=0,007). Por otro lado hemos observado que hay relación entre realizar actividad física y presentar criterios de padecer TCA (21,4% v 13,1%; ORa=0,50; p=0,061).

Tabla II
Asociación entre factores sociodemográficos, estilo de vida y riesgo de padecer TCA

<i>Hombres</i>	<i>N</i>	<i>Riesgo Scoff n(%)</i>	<i>OR</i>	<i>IC95%</i>	<i>ORa</i>	<i>IC95%</i>	<i>P</i>
Edad			1,02	(0,92-1,13)	1,03	(0,92-1,50)	0,623
Titulación							
Ciencias de la salud	88	10(11,4)	1,00		1,00		
Otras	265	43(16,2)	1,51	(0,72-3,15)	1,40	(0,62-3,15)	0,412
Domicilio							
Domicilio familiar	158	21(13,3)	1,00		1,00		
Colegio mayor/residencia	38	11(29,0)	2,66	(1,15-6,14)	2,71	(0,49-2,01)	0,031
Otros	157	21(13,4)	1,01	(0,53-1,93)	0,99	(0,49-2,01)	0,988
Hábito tabáquico							
No fumador	272	36(13,2)	1,00		1,00		
Fumador	81	17(21,0)	1,74	(0,92-3,30)	1,39	(0,62-3,10)	0,414
Consumo de cannabis							
No	180	24(13,3)	1,00		1,00		
Sí	173	29(16,8)	1,31	(0,73-2,35)	0,68	(0,33-1,43)	0,310
Binge drinking							
No	177	17(9,6)	1,00		1,00		
Sí	176	36(20,5)	2,42	(1,30-4,50)	2,54	(1,24-5,20)	0,011
Actividad física(*)							
Inactivo	70	15(21,4)	1,00		1,00		
Activo	274	36(13,1)	0,55	(0,28-1,08)	0,50	(0,25-1,03)	0,061
Internet							
Uso normal	321	43(13,4)	1,00		1,00		
Uso problemático	32	10(31,2)	2,94	(1,30-6,23)	3,29	(1,39-7,81)	0,007

* Se excluyeron 18 personas por datos incongruentes.

Tabla III
Asociación entre factores sociodemográficos, estilo de vida y riesgo de padecer TCA.

Mujeres	N	Riesgo Scoff n(%)	OR	IC95%	ORa	IC95%	P
Edad			1,00	(0,94-1,07)	1,00	(0,93-1,07)	0,990
Titulación							
Ciencias de la salud	334	57(17,1)	1,00		1,00		
Otras	619	145(23,4)	1,49	(1,06-2,09)	1,50	(1,05-2,14)	0,025
Domicilio							
Domicilio familiar	390	84(21,5)	1,00		1,00		
Colegio mayor/residencia	109	30(27,5)	1,38	(0,85-2,25)	1,43	(0,86-2,37)	0,172
Otros	454	88(19,4)	0,88	(0,63-1,22)	0,83	(0,58-1,17)	0,288
Hábito tabáquico							
No fumador	715	133(18,6)	1,00		1,00		
Fumador	238	69(29,0)	1,79	(1,27-2,50)	1,51	(1,00-2,28)	0,050
Consumo de cannabis							
No	564	103(18,3)	1,00		1,00		
Sí	389	99(25,5)	1,53	(1,12-2,09)	1,23	(0,84-1,80)	0,293
Binge drinking							
No	465	83(17,9)	1,00		1,00		
Sí	488	119(24,4)	1,48	(1,08-2,03)	1,34	(0,95-1,90)	0,100
Actividad física(*)							
Inactivo	269	65(24,2)	1,00		1,00		
Activo	675	132(19,6)	0,76	(0,54-1,07)	0,77	(0,54-1,10)	0,154
Internet							
Uso normal	890	179(20,1)	1,00		1,00		
Uso problemático	63	23(36,5)	2,28	(1,33-3,91)	2,33	(1,33-4,06)	0,003

* Se excluyeron 18 personas por datos incongruentes.

Con relación a las mujeres, en la Tabla III se puede observar que hay relación estadísticamente significativa entre el riesgo de TCA y estudiar una carrera distinta a las ciencias de la salud (23.4% v 17.1%; ORa=1.50; p=0,025), el ser fumadoras (29,0% v 18,6%; ORa= 1,51; p= 0,050) y el uso de internet de forma problemática (36.5% v 20.1%; ORa= 2.33; p=0,003).

La Tabla IV muestra como en ambos sexos la prevalencia del estado de “percepción de la salud regular, mala y muy mala” es mayor en aquellos estudiantes que presentaban riesgo de TCA respecto a los que no, tanto en hombres (28,3% v 12,0%; ORa=2,42; p=0,024) como en mujeres (37,1% v 20,0%; ORa=1,70; p=0,005). En las mujeres se apreció también como el haber padecido depresión a lo largo de la vida es más elevada en aquellas que presentaban riesgo de TCA en comparación a las que no presentaban riesgo (24,8% v 10,3%; ORa=2,02; p=0,002), lo que no se observó en los hombres. Además, la prevalencia de padecer dolores menstruales es mayor en las mu-

eres que presentaban criterios de padecer TCA que en aquellas que no lo presentaban (38,6% v 22,4%; ORa=1,81; p=0,001).

Discusión

Este estudio tuvo como objetivo conocer la prevalencia de TCA y su asociación con distintos hábitos de vida en población española y universitaria de primer curso. La prevalencia de riesgo de TCA en la población estudiada fue del 19,5%. A nivel nacional se han encontrado prevalencias de riesgo en población universitaria del 19%^(15,16). Sin embargo, a nivel internacional las prevalencias de riesgo muestran una gran variabilidad en esta población oscilando de valores del 39,7% en Grecia y Colombia al 5,8% de México⁽¹⁷⁻¹⁹⁾.

En todos los estudios consultados las prevalencias observadas eran superiores en mujeres que en hombres como se ha observado en nuestro estudio y con prevalencias muy similares a las nuestras (20,8% vs

Tabla IV
Modelo de regresión logística entre el riesgo de TCA y la salud percibida, depresión en hombres y dolores menstruales en mujeres

	N	NO RIESGO SCOFF	RIESGO SCOFF	OR	IC95%	ORa	IC95%	P
Hombres								
Salud percibida								
Buena, muy buena	302	264(88,0)	38(71,7)	1,00		1,00		
Regular, mala, muy mala	51	36(12,0)	15(28,3)	2,89	(1,45-5,78)	2,42	(1,13-5,21)	0,024
Depresión								
No	324	278(92,7)	46(86,8)	1,00		1,00		
Sí	29	22(7,3)	7(13,2)	1,92	(0,78-4,76)	1,33	(0,46-3,84)	0,597
Mujeres								
Salud percibida								
Buena, muy buena	728	601(80,0)	127(62,9)	1,00		1,00		
Regular, mala, muy mala	225	150(20,0)	75(37,1)	2,37	(1,69-3,31)	1,70	(1,17-2,46)	0,005
Depresión								
No	826	674(89,7)	152(75,2)	1,00		1,00		
Sí	127	77(10,3)	50(24,8)	2,88	(1,94-4,28)	2,02	(1,30-3,12)	0,002
Dolores menstruales								
No	707	583(77,6)	124(61,4)	1,00		1,00		
Sí	246	168(22,4)	78(38,6)	2,18	(1,57-3,04)	1,81	(1,26-2,60)	0,001

14,9%)^(4,5,16,20), con la excepción de los estudios griego y colombiano en los que oscilaban entre el 61,1% y el 44,1 % en mujeres y entre 38,9 % y el 9,6% en los hombres^(18,21).

Estos trastornos, presentan una elevada comorbilidad con otras enfermedades psiquiátricas, especialmente con la depresión, y el consumo de sustancias⁷. Todo ello puede relacionarse con el hecho de compartir la acción sobre determinados neurotransmisores como la dopamina, serotonina, ácido gamma-aminobutírico y los opiáceos endógenos²². En las personas que presentan TCA se ha observado una mayor prevalencia o problemas de abuso y adicción a drogas como el tabaco, cannabis o alcohol²³.

Con relación al alcohol, se ha observado como aquellas personas que presentaban un test AUDIT-C positivo presentaban casi el doble de riesgo de TCA⁴, y también como las personas con TCA presentan con mayor frecuencia consumos elevados de alcohol^(19,24,25). Incluso como las personas diagnosticadas con un TCA tenían 3 veces más probabilidad de sentir la pérdida de control por el alcohol⁶. En nuestro caso hemos observado cómo se incrementa el riesgo de TCA en aquellas personas que en el último mes practicaron binge drinking, 2,54 veces en el caso de los hombres ($p=0,01$) y 1,34 en el caso de las mujeres ($p=0,1$).

En cuanto al consumo de tabaco, se ha observado que aquellas personas que consumen tabaco presen-

tan prevalencias más elevadas de TCA (ORa=1,48; $p=0,13$)⁴ y también que las personas diagnosticadas con un TCA presentan prevalencias de consumo de tabaco más elevadas⁶. En nuestro caso hemos encontrado como se incrementa el riesgo de TCA en aquellas mujeres fumadoras (ORa=1,51; $p=0,05$) pero no en los hombres (ORa=1,39; $p=0,4$). Algunos autores han puesto de manifiesto como el fumar es utilizado por las mujeres para mantener el peso y la forma corporal^(26,27).

En relación al consumo de cannabis los resultados no son homogéneos y si bien algunos autores han observado una asociación de éste con los TCA^(5,28), otros autores, al igual que en nuestro caso no han observado diferencias estadísticamente significativas^(4,6).

Aunque no está reconocido el diagnóstico de dependencia a internet, hay un acuerdo en que esta tecnología tiene propiedades y características que pueden ser entendidas como susceptibles de abuso, uso problemático e incluso dependencia²⁹. No sorprende por tanto, que diversos autores hayan observado mayores prevalencias de uso problemático de internet en las personas con TCA que en las que no lo tienen^(30,31). Resultados estos coincidentes con los nuestros donde el uso problemático de internet es más frecuente en los hombres y mujeres universitarios con riesgo de TCA (ORa=3,21; $p=0,007$ y ORa=2,33; $p=0,03$).

Los TCA se asocian también con la depresión y la ansiedad^(18,23). Se ha descrito que aproximadamen-

te el 22,1% (ORa=5,03) de las mujeres y el 14,8% (ORa=4,52) de los hombres que estaban en riesgo de TCA habían tenido al menos un episodio de depresión mayor en el mismo año⁵. Además, el 31,9% (ORa=3,3) de la población que tiene depresión presenta riesgo de TCA⁴. Si analizamos nuestros resultados apreciamos como difieren de lo citado anteriormente ya que solo se muestra relación en el caso de las mujeres (ORa=2,02).

En este estudio se muestra que las mujeres que presentan riesgo de TCA presentan 1,81 veces más de probabilidad de sufrir dolores menstruales que aquellas que no presentan riesgo de TCA. Algunos autores afirman que comer compulsivamente está relacionado con el ciclo menstrual y que durante la semana anterior y durante la menstruación influyó en las mujeres ocasionando que los atracones fueran más frecuentes y graves³².

Finalmente, hemos encontrado que el 37,1% de las mujeres y el 28,3% de los hombres que perciben su salud como "regular, mala o muy mala" presentan riesgo de TCA, siendo esas prevalencias muy superiores a las de aquellos que perciben su salud como buena o muy buena. Estos resultados coinciden con otros autores que han relacionado los TCA con una peor calidad de vida, esto sucede especialmente en las mujeres³³.

Este trabajo cuenta con las limitaciones propias de cualquier estudio de prevalencia y especialmente debido a la baja tasa de participación que podría dar lugar a algún sesgo de selección.

Conclusión

Los TCA son una patología frecuente en estudiantes de primer curso universitario, cuya prevalencia se ha encontrado asociada con distintos hábitos de vida influenciada a su vez por el género. Los resultados de este estudio apoyan que existe una necesidad de promover estrategias de prevención primaria dirigidos a la población de mayor riesgo con la finalidad de combatir estos problemas.

Agradecimientos

Agradecer a la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional Sobre Drogas (Códigos: 2010145 y 20131034) la financiación de este proyecto.

Bibliografía

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 5 ed. Washington: APA; 2013.
2. Herpertz-Dahlmann B. Adolescent Eating Disorders: Definitions, Symptomatology, Epidemiology and Comorbidity. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*. 2009;18(1):31-47.
3. American Dietetic Association. Position of the American Dietetic Association: Nutrition intervention in the treatment of anorexia nervosa, bulimia nervosa, and other eating disorders. *Journal of the American Dietetic Association*. 2006;106(12):2073.
4. Dooley-Hash S, Banker JD, Walton MA, Ginsburg Y, Cunningham RM. The prevalence and correlates of eating disorders among emergency department patients aged 14–20 years. *International Journal of Eating Disorders*. 2012;45(7):883-90.
5. Gadalla TM. Psychiatric comorbidity in eating disorders: a comparison of men and women. *Journal of Men's Health*. 2008;5(3):209-17.
6. Krug I, Treasure J, Anderlueh M, Bellodi L, Cellini E, di Bernardo M, et al. Present and lifetime comorbidity of tobacco, alcohol and drug use in eating disorders: A European multicenter study. *Drug and Alcohol Dependence*. 2008;97(1–2):169-79.
7. Varela-Casal P, Maldonado MJ, Ferre F. Estudio de los perfiles clínicos de los pacientes con trastorno de la conducta alimentaria en dispositivos específicos. *Actas españolas de psiquiatría*. 2011;39(1):12-9.
8. Izaga MA, Rocandío Pablo AM, Alday LA, Apalauza EP, Beti IS, Ochoa ER. Calidad de la dieta, sobrepeso y obesidad en estudiantes universitarios. *Nutr Hosp*. 2006;21(6).
9. Varela-Mato V, Cancela JM, Ayan C, Martín V, Molina A. Lifestyle and health among Spanish university students: Differences by gender and academic discipline. *International journal of environmental research and public health*. 2012;9(8):2728-41.
10. Ayala Valenzuela R, Pérez Uribe M, Obando Calderón I. Trastornos menores de salud como factores asociados al desempeño académico de estudiantes de enfermería. *Enfermería Global*. 2010;9(1).
11. Fernández Villa T, Alguacil Ojeda J, Ayán Pérez C, Bueno Cavanillas A, Cancela Carral JM, Capelo Álvarez R, et al. Proyecto UNIHCOS: cohorte dinámica de estudiantes universitarios para el estudio del consumo de drogas y otras adicciones. *Revista Española de Salud Pública*. 2013;87(6):575-85.
12. Boletín Oficial de Castilla y León. Resolución de 8 de mayo de 2013, de la Universidad de León, por la que se crean los ficheros automatizados de datos de carácter personal denominados «Proveedores del Laboratorio de Técnicas Instrumentales», «Usuarios/Clientes del Laboratorio de Técnicas Instrumentales» y estudio «Cohorte dinámica de estudiantes universitarios para el estudio del consumo de drogas y otras adicciones» de la Universidad de León (Estudio uniHcos)». (<http://bocyl.jcyl.es/boletin.do?fechaBoletin=21/05/2013>).
13. Morgan J, Reid F, Lacey J. The SCOFF questionnaire: assessment of a new screening tool for eating disorders. *British Medical Journal*. 1999;319(7223):1467-8.
14. Botella J, Sepúlveda AR, Huang H, Gambará H. A meta-analysis of the diagnostic accuracy of the SCOFF. *The Spanish journal of psychology*. 2013;16:E92.
15. Sánchez RG, Sánchez RG, Cuenca AMD, Gorbe MIF, del Moral PS. Prevalencia de los trastornos alimentarios en una muestra universitaria. Ansiedad como factor de modulación. *Index de enfermería: información bibliográfica, investigación y humanidades*. 2010;19(2):124-8.
16. Sepúlveda AR, Carrobes JA, Gandarillas AM. Gender, school and academic year differences among Spanish university students at high-risk for developing an eating disorder: an epidemiologic study. *BMC Public Health*. 2008;8(1):102.
17. Álvarez ICM, Licea VC, Pérez MdCI. Prevalencia de factores y conductas de riesgo asociados a trastornos de la alimentación en universitarios. *Revista Médica del Hospital General de México*. 2009;72(2):68-72.
18. Fragkos KC, Frangos CC. Assessing Eating Disorder Risk: The Pivotal Role of Achievement Anxiety, Depression and Female Gender in Non-Clinical Samples. *Nutrients*. 2013;5(3):811-28.
19. Swanson SA, Crow SJ, Le Grange D, Swendsen J, Merikangas KR. Prevalence and Correlates of Eating Disorders in Adolescents Results From the National Comorbidity Survey Replication Adolescent Supplement. *Archives of General Psychiatry*. 2011;68(7):714-23.

20. Jáuregui Lobera I, Romero Candau J, Bolaños Ríos P, Montes Berriatúa C, Díaz Jaramillo R, Montaña González M, et al. Conducta alimentaria e imagen corporal en una muestra de adolescentes de Sevilla. *Nutr Hosp*. 2009;24(5):568-73.
21. Fandiño A, Giraldo SC, Martínez C, Aux CP, Espinosa R. Factores asociados con los trastornos de la conducta alimentaria en estudiantes universitarios en Cali, Colombia. *Colombia Médica*. 2007;38(4).
22. Harrop EN, Marlatt GA. The comorbidity of substance use disorders and eating disorders in women: Prevalence, etiology, and treatment. *Addictive Behaviors*. 2010;35(5):392-8.
23. Strother E, Lemberg R, Chariese-Stanford S, Turberville D. Eating Disorders in Men: Underdiagnosed, Undertreated, and Misunderstood. *Eating Disorders*. 2012;20:346-55.
24. Kelly-Weeder S, Edwards E. Co-occurring Binge Eating and Binge Drinking in College Women. *The Journal for Nurse Practitioners*. 2011;7(3):207-13.
25. Luce KH, Engler PA, Crowther JH. Eating disorders and alcohol use: Group differences in consumption rates and drinking motives. *Eating Behaviors*. 2007;8(2):177-84.
26. Kendzor DE, Adams CE, Stewart DW, Baillie LE, Copeland AL. Cigarette smoking is associated with body shape concerns and bulimia symptoms among young adult females. *Eating Behaviors*. 2009;10(1):56-8.
27. White MA. Smoking for weight control and its associations with eating disorder symptomatology. *Comprehensive psychiatry*. 2012;53(4):403-7.
28. Pons DB, Guijarro AB, Muñoz AS. Trastornos de la conducta alimentaria y consumo de drogas en población adolescente. *Adicciones*. 2012;24(1).
29. Young KS. Internet addiction: The emergence of a new clinical disorder. *CyberPsychology & Behavior*. 1998;1(3):237-44.
30. Claes L, Müller A, Norré J, Van Assche L, Wonderlich S, Mitchell JE. The Relationship Among Compulsive Buying, Compulsive Internet Use and Temperament in a Sample of Female Patients with Eating Disorders. *European Eating Disorders Review*. 2012;20(2):126-31.
31. Shapira NA, Lessig MC, Goldsmith TD, Szabo ST, Lazoritz M, Gold MS, et al. Problematic internet use: proposed classification and diagnostic criteria. *Depression and anxiety*. 2003;17(4):207-16.
32. Schoofs N, Chen F, Bräunig P, Stamm T, Krüger S. Binge eating disorder and menstrual cycle in unmedicated women with bipolar disorder. *Journal of affective disorders*. 2011;129(1):75-8.
33. Sanftner JL. Quality of life in relation to psychosocial risk variables for eating disorders in women and men. *Eating Behaviors*. 2011;12(2):136-42.