

# TRABAJO FIN DE MÁSTER

del *Máster Universitario de Investigación en Ciencias  
SocioSanitarias*

Curso Académico 2014-2015

Relación entre uso de servicios sanitarios y  
hábitos de vida en estudiantes universitarios

*Relationship between health care utilization and lifestyle  
in university students*

Realizado por: Paula Dopico Magadán

Tutorido por: Antonio José Molina de la Torre

En León, a 6 de julio de 2015

VºBº TUTOR/A

VºBº AUTOR/A

<b>Resumen .....</b>	<b>2</b>
<b>Abstract.....</b>	<b>2</b>
<b>Palabras clave .....</b>	<b>3</b>
<b>Marco teórico.....</b>	<b>4</b>
<b>Problema de investigación .....</b>	<b>4</b>
<b>Estado de la cuestión.....</b>	<b>5</b>
<b>Objetivo general.....</b>	<b>7</b>
<b>Objetivos específicos.....</b>	<b>7</b>
<b>Metodología .....</b>	<b>8</b>
<b>Población.....</b>	<b>8</b>
<b>Procedimiento.....</b>	<b>8</b>
<b>Variables.....</b>	<b>9</b>
<b>Aspectos éticos .....</b>	<b>10</b>
<b>Resultados .....</b>	<b>11</b>
<b>Discusión .....</b>	<b>14</b>
<b>Fortalezas y debilidades del estudio.....</b>	<b>18</b>
<b>Conclusiones.....</b>	<b>19</b>
<b>Referencias bibliográficas.....</b>	<b>20</b>
<b>Anexo 1 .....</b>	<b>26</b>

## Resumen

*Marco teórico:* la inactividad física, una dieta poco saludable, el abuso del alcohol y el hábito tabáquico, además de otras conductas poco saludables (consumo de cannabis o adicción a Internet), son responsables de la mayoría de los problemas crónicos de salud. Es frecuente que los universitarios presenten uno o varios de estos hábitos, que repercutirán en un aumento de la asistencia sanitaria y en su estado de salud.

*Objetivos:* analizar la relación entre el uso de servicios sanitarios y los estilos de vida en estudiantes universitarios y describir sus hábitos de vida.

*Metodología:* estudio epidemiológico, observacional, descriptivo y transversal.

*Resultados:* el 24 y 37% de los participantes (n=3901) visitaron los servicios de atención ordinaria y urgente, respectivamente. El riesgo de TCA, el consumo de alcohol y tabaco y una actividad física intensa se relacionaron con un mayor número de visitas médicas.

*Conclusiones:* aunque las repercusiones de los hábitos pocos saludables sean más frecuentes en edades avanzadas, parece existir una relación entre éstos y un aumento en la utilización de los servicios sanitarios.

## Abstract

*Theoretical framework:* physical inactivity, unhealthy diet, alcohol and tobacco consumption and other unhealthy habits (cannabis use or Internet addiction), are responsible for most of the chronic health problems. It is common for university students to submit one or more of these habits, which will have an effect in the increasing of health care utilization and their health.

*Objectives:* To analyze the relationship between health services utilization and lifestyles in university students and describe their lifestyles.

*Methodology:* Epidemiological, observational and descriptive study.

*Results:* 24 and 37% of the participants (n=3901) visited ordinary and urgent health services, respectively. The risk of eating disorders, alcohol and tobacco consumption and high levels of physical activity were associated with a higher number of medical visits.

*Conclusions:* Although the impact of unhealthy habits are more common in older ages, there seem to be a relationship between them and the increase in health care utilization.

**Palabras clave**

Estudiantes, estilo de vida, servicios sanitarios, universidades.

Students, lifestyle, health services, universities.

## **Marco teórico**

### *Problema de investigación*

Con el siguiente trabajo buscamos conocer los hábitos de vida de los estudiantes universitarios y el uso que hacen de los servicios sanitarios, de modo que nos permita observar si existe o no relación entre unos hábitos de vida poco saludables y un aumento del número de visitas a los centros sanitarios.

Recientemente Bonnie et al. [1] trataban la necesidad de crear un grupo de edad entre la adolescencia y la edad adulta, al que llaman jóvenes adultos y que comprende de los 18 a los 26 años, justificando su aparición por el hecho de que el crecimiento mental y físico no se detiene bruscamente en la adolescencia, y las características de las sociedades modernas han hecho que se extienda más en el tiempo este periodo del desarrollo. Se deben sumar también los cambios físicos, mentales y sociales que tienen lugar en esta etapa, y que suponen una evolución tras la que se asumirán mayores responsabilidades sobre uno mismo [2]. Esta creciente independencia tendrá repercusiones en su estado de salud inmediato y a largo plazo [3], pudiendo aparecer hábitos no saludables (falta de descanso, mala alimentación o inactividad física) y conductas de riesgo (consumo de drogas) [4].

Lo cierto es que actualmente hay una gran laguna de conocimiento en cuanto a hábitos de vida, estado de salud y la relación existente entre ambos en la población de jóvenes adultos, y más aún en lo que a trabajos enfocados a estudiantes universitarios se refiere. La escasa bibliografía al respecto sumada a los argumentos anteriores resalta la necesidad de valorar cómo influye la etapa universitaria en los hábitos de vida de los jóvenes.

Así pues, sabemos que la salud, entendida como *“el estado de bienestar físico, mental y social con capacidad de funcionamiento, y no solamente la ausencia de enfermedades o invalidez”* [5] está determinada por diversos factores (estilos de vida, biología humana, organización sanitaria y medio ambiente). Entre todos ellos destacan los estilos de vida por su gran peso en el estado de salud [6], y aunque son adquiridos durante la infancia y la adolescencia, su consolidación tiene lugar en la juventud o la edad adulta [2].

Si conocemos las características de los hábitos de los estudiantes universitarios, y al relacionarlos con el uso de servicios sanitarios, podremos valorar la necesidad de intervenciones de prevención o promoción de la salud. Para ello será necesario hablar de distintos indicadores que afectarán a la salud de los jóvenes.

### *Estado de la cuestión*

La Organización Mundial de la Salud (OMS) [7] señala cuatro hábitos como los principales responsables de la mayoría de las enfermedades crónicas: la inactividad física, una dieta poco saludable, el abuso del alcohol y el hábito tabáquico.

Los beneficios de la actividad física en todas las etapas de la vida son evidentes, pero resulta especialmente importante para los jóvenes en cuanto a prevención de la pérdida de masa ósea [8], control del sobrepeso [9] o del estrés [10], reducción del riesgo cardiovascular [11] y un largo etcétera. Sin embargo, con el paso a la etapa universitaria los niveles de actividad física de los jóvenes se reducen bruscamente por diversos cambios psicosociales [12]. Como señalan Das y Evans [13], los universitarios son conscientes de la importancia que tiene el control del peso corporal en relación a su calidad de vida, pero dicen contar con pocos recursos educacionales al respecto. De acuerdo a lo descrito por Ortiz-Moncada et al. [14], parece que la única solución efectiva será la creación de políticas de salud pública, ya que ni el nivel educativo ni la información actuarán como factores protectores en los estudiantes. Esto tiene un impacto directo en la prevalencia tanto de obesidad como de sobrepeso en nuestro país, presentes en el 6 y 16% de los jóvenes de 18 a 24 años, respectivamente [15], que se suma además al distanciamiento cada vez mayor de los universitarios españoles de la dieta mediterránea [14] a favor del aumento de la ingesta de proteínas y grasas saturadas [16]. Pelletier y Laska [17] destacan entre los factores que han influido en este cambio los ambientales, como la presencia de comidas y bebidas poco saludables en el entorno de la universidad o el auge de las “dietas milagro”, entre otros.

Es también sabido que el *binge drinking* (definido por Wechsler et al. [18] como el consumo de más de cinco bebidas en una misma sesión en el caso de los hombres, o de cuatro para las mujeres) está ampliamente extendido y normalizado: hasta el 44% de los estudiantes presenta este patrón [19]. Aunque en España las cifras son del 23% para los jóvenes de 15 a 24 años [15], esto no le resta importancia, pues son muchos los problemas que se asocian al *binge drinking*, como la progresiva tolerancia al alcohol, el aumento de la problemática psicosocial y el empeoramiento del estado de salud y cognitivo [19].

Otro comportamiento de riesgo relacionado con el uso de sustancias nocivas es el consumo de tabaco. Según la OMS [20], el tabaco causa la muerte de hasta la mitad de los fumadores, alcanzando la prevalencia global de consumo de tabaco el 22%, y es la principal causa de muerte prevenible a nivel mundial. Las consecuencias del consumo de tabaco afectan a prácticamente todos los sistemas del organismo, de modo que se ha identificado su consumo como factor de riesgo cardiovascular [21] y de desarrollo de enfermedades

respiratorias [2], además de aumentar la actividad del sistema nervioso simpático [22] y la prevalencia de tumores [2], e incluso se ha relacionado con el consumo de marihuana en población joven [23]. Más de la mitad de los estudiantes universitarios [24] se consideran fumadores sociales (sólo fuman en determinadas situaciones sociales), y prácticamente todos los fumadores afirma aumentar el número de cigarrillos si consumen alcohol o si están en un bar [25].

A pesar de estos datos, Schweizer et al. [26] han podido comprobar en una muestra de población de jóvenes universitarios que los hábitos relativos al consumo de alcohol y tabaco se modifican con mucha frecuencia y es común el paso de un extremo a otro en lo que a asiduidad se refiere. De este modo se justifica la intervención en esta etapa de la vida, fomentando el cese del consumo de estas sustancias más fácilmente que en la edad adulta. Igualmente, es frecuente que coexistan el hábito tabáquico junto al consumo de alcohol [26] e incluso el consumo de tabaco y cannabis [27].

De hecho, muchos de los problemas de salud asociados al consumo de marihuana son similares a los del tabaco. Consumir cannabis habitualmente fomenta conductas agresivas y antisociales [27], supone un factor de riesgo cardiovascular, cerebrovascular y a nivel vascular periférico [28] y afecta negativamente a la salud mental, asociándose con un mayor riesgo de psicosis, esquizofrenia [29] y trastornos depresivos [30], así como con un peor desarrollo cognitivo [31]. Otro de los inconvenientes relacionados con el consumo de cannabis es la baja percepción de riesgo que los jóvenes le asignan a esta droga [32].

Además de los hábitos de vida citados anteriormente, nos interesa analizar el uso que hacen los jóvenes universitarios de Internet. Sabemos que la adicción a Internet es una problemática de aparición reciente que cobra cada vez más importancia, y que se engloba dentro de las adicciones conductuales, aunque en el DSM-V todavía no se incluya como entidad propia [33] con un impacto negativo en diferentes aspectos psicosociales, académicos y mentales [34]. Los universitarios se consideran un grupo de riesgo, pudiendo llegar a desarrollar problemas como trastorno con déficit de atención e hiperactividad, insomnio, depresión, psicosis u otro tipo de problemas psicológicos [34]. En este mismo trabajo, Kandri et al. [34] observaron un 3,5% de estudiantes que presentan un uso patológico de Internet.

En lo relativo a uso de servicios sanitarios debemos partir de la base de que la tasa de utilización de este grupo poblacional es inferior a la de cualquier otro grupo de edad en lo que a visitas programadas o a demanda se refiere, y la segunda más baja en visitas a urgencias después de los adolescentes [35]. Se sabe también que las mujeres tienen una peor salud percibida [36] y hacen un mayor uso de los servicios sanitarios en todos los

grupos de edad [37]. La mayoría de las actuaciones desarrolladas dentro de los servicios asistenciales se siguen enfocando al tratamiento de enfermedades, y dado que la prevalencia de patologías crónicas en jóvenes adultos oscila entre el 17% [15] y el 19% [38] y son los enfermos crónicos los que hacen un mayor uso de la asistencia sanitaria [39], es previsible que su tasa de utilización sanitaria no sea tan acusada como en otras edades. Además, de acuerdo con lo explicado por Manos et al. [40], el 10% de los jóvenes participantes en su estudio fueron responsables del 32% de la asistencia recibida, mientras que un 11% no visitó los servicios sanitarios en ningún momento durante la duración del estudio.

Finalmente, para evaluar el efecto a corto plazo de estos hábitos de vida intentaremos cuantificar el uso que los jóvenes hacen de los servicios sanitarios, valorando si los estilos de vida se reflejan en la frecuencia con que los visitan. En definitiva, partiendo desde el modelo de determinantes de la salud propuesto por Marc Lalonde [6] valoraremos los hábitos de vida de los estudiantes universitarios e, indirectamente, la influencia de los mismos en el uso de los servicios sanitarios.

### *Objetivo general*

Estudiar la posible relación entre el uso de los servicios sanitarios y los estilos de vida de los estudiantes universitarios.

### *Objetivos específicos*

- I. Evaluar el uso que hacen los estudiantes universitarios de los servicios sanitarios.
- II. Describir los estilos de vida de los estudiantes universitarios.
- III. Analizar la asociación entre los estilos de vida de los estudiantes universitarios y el uso que hacen de los servicios sanitarios.



## **Metodología**

### *Diseño*

Estudio epidemiológico observacional, descriptivo y transversal.

### *Población*

Este trabajo busca evaluar los hábitos de vida de los estudiantes universitarios, por lo que la población diana serán los jóvenes universitarios menores de 27 años. La muestra se extraerá de aquellos estudiantes universitarios de primer curso y primera matrícula de Grado de las universidades participantes en las cuatro primeras oleadas del Proyecto uniHcos (Alicante, Cantabria, Granada, Huelva, Jaén, León, Salamanca, Valencia, Valladolid y Vigo) que hayan completado el cuestionario.

Los criterios de selección muestral serán los siguientes:

*Criterios de Inclusión:* edad  $\leq 26$  años, pues es más probable que se adquieran o modifiquen los hábitos que puedan interferir con la salud en esta etapa de jóvenes adultos.

*Criterios de Exclusión:* edad  $> 26$  años, porque sus hábitos de vida pueden ser diferentes y estar ya consolidados.

Tras eliminar a los participantes que no cumplían los criterios, la muestra contará finalmente con 3901 estudiantes menores de 27 años de primer curso y primera matrícula de cualquier titulación de Grado.

### *Procedimiento*

Se envió a los correos institucionales de cada estudiante una invitación para participar en el Proyecto uniHcos, a través de la cual podrían acceder al cuestionario. Los datos recogidos a través del mismo durante las cuatro primeras oleadas (desde el curso 2010/2011 hasta el curso 2014/2015) han sido cedidos para realizar este trabajo, de modo que se nos permite extraer la información relativa a los hábitos de vida y el uso de servicios sanitarios, así como los datos demográficos pertinentes.

Una vez que los estudiantes aceptaban la invitación al cuestionario se les remitía al apartado de política de protección de datos y privacidad, donde debían dar su consentimiento. Finalmente se recogió con cuestionario online autocontestado información

sobre estilos de vida y uso de servicios sanitarios, además de variables sociodemográficas básicas (sexo, edad, universidad, etc).

### *Variables*

Las variables demográficas que se analizaron fueron la edad en años cumplidos, la universidad y el sexo.

Por otro lado se estudió el uso de servicios sanitarios como variable dicotómica sí/no formando dos grupos, uno de atención a demanda o programada y otro de atención urgente, mediante los cuales se estratificaron las pruebas estadísticas.

Como variables de estudio se valoraron la calidad de la dieta, a través del IASE (Índice de Alimentación Saludable para población Española) [41], que se puntuó como saludable, necesita cambios y poco saludable. En cuanto a los hábitos alimentarios se preguntó también a los participantes si desayunaban habitualmente y si seguían alguna dieta (sí/no), además de pasarse el cuestionario SCOFF (Sick, Control, One, Fat, Food) [42] para valorar el riesgo de trastornos de la conducta alimentaria (TCA) (riesgo sí/no) y analizar el índice de masa corporal (IMC), agrupado como infrapeso, normopeso, sobrepeso y obesidad de acuerdo a los criterios de la OMS [43].

En lo relativo al consumo de alcohol se preguntó a los estudiantes si habían consumido alcohol alguna vez en la vida, si habían realizado binge drinking en el último mes (consumo igual o mayor de 4-5 bebidas alcohólicas, en mujeres y hombres respectivamente, en una única sesión), ambas con respuesta sí/no. Finalmente se utilizó el cuestionario AUDIT (Test de Identificación de los Trastornos Debidos al Consumo de Alcohol) [44], valorando el resultado como patológico o normal (puntuación  $<8/\geq 9$ ).

Para valorar los niveles de actividad física se agrupó a los estudiantes como sedentarios, moderadamente activos y muy activos mediante el cuestionario IPAQ [45] (Cuestionario Internacional de Actividad Física), que evalúa el consumo metabólico.

Se preguntó también sobre el consumo de tabaco en el momento de la encuesta, de modo que los participantes se asignaron a sí mismos una de las siguientes categorías: no fumador, exfumador, fumador ocasional y fumador habitual. Igualmente se les indicó que respondieran si habían consumido cannabis alguna vez en la vida (sí/no).

Finalmente se valoró el uso de Internet mediante el Internet Addiction Test [46], donde se formaron dos categorías: uso normal y uso patológico de Internet, dejando el punto de corte en 40 puntos.

*Análisis estadístico:* se calcularon las medias y desviaciones estándar de las variables cuantitativas y las frecuencias de las variables cualitativas tanto para los hábitos de vida como para el uso de servicios sanitarios, con sus respectivos intervalos de confianza del 95% (IC95%). Se realizaron, estratificando por sexo, análisis bivariantes mediante pruebas de  $X^2$  y multivariantes mediante regresión logística calculándose los odds ratios crudos (ORc) y ajustados (ORa) con sus IC95% para valorar la asociación de las variables. Todos los análisis se realizaron con el paquete estadístico STATA 11 y se considero un error alfa de 0,05 para valorar la significación estadística en los análisis.

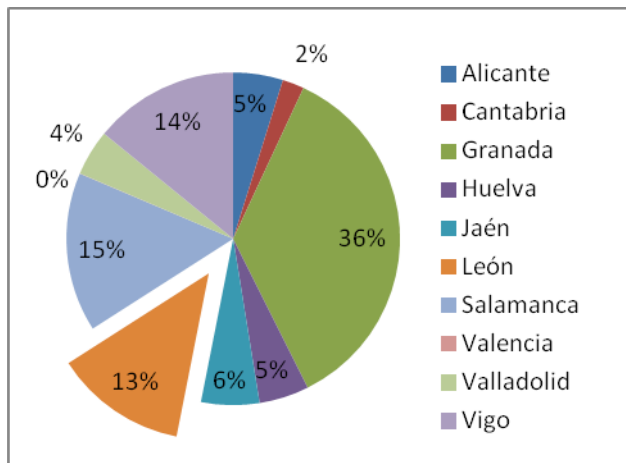
### *Aspectos éticos*

El proyecto uniHcos, de donde se han obtenido los datos para este trabajo, cuenta con la aceptación de los Comités de Ética de las universidades colaboradoras. La recogida de información realizada con la plataforma Sphinxonline® permite mantener el anonimato de los datos y cumplir con la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de Diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal [47].

## Resultados

En total 4167 estudiantes respondieron al cuestionario del proyecto uniHcos, de los cuales se han seleccionado a 3901 de acuerdo a los criterios de inclusión. La edad media de los participantes seleccionados fue de 19,3 años (DE 1,94), siendo el 72% mujeres y el 28% hombres. La distribución por universidades puede verse en la Figura 1.

Figura 1. Distribución de los participantes por universidad.



En lo relativo a la calidad de la dieta observamos que casi el 80% de los participantes necesitan efectuar algún cambio en su dieta (78,0%), mientras que encontramos el mismo número de estudiantes con una dieta saludable que con una poco saludable (11,0% en ambos casos). Además, parece ser que en el caso de los jóvenes que necesitan incorporar cambios, ser hombre supone un riesgo añadido para tener una peor dieta (OR 0,68 (0,5–0,9);  $p=0,002$ ). Al contrario ocurre con el riesgo de trastornos de la conducta alimentaria, donde el sexo femenino es en este caso el que presenta el doble de riesgo que los hombres (OR 2,15 (1,8–2,6)  $p<0,001$ ). En lo referente a actividad física nos encontramos con que casi una cuarta parte de los universitarios (24,0%) tiene un estilo de vida sedentario, el 41,3% es moderadamente activo y un 34,7% muy activo. Parece que, además, las mujeres son significativamente menos activas que los hombres, especialmente en el grupo de mayor actividad física (OR 0,44 (0,4–0,5);  $p<0,001$ ).

Sobre el consumo de alcohol destaca que el 94,0% de los universitarios afirma haber consumido alcohol alguna vez en la vida, y un 50,1% ha realizado binge drinking en el último mes, sin encontrarse diferencias por sexo. Sin embargo, en lo relativo al riesgo de trastornos relacionados con el consumo de alcohol sí que parece que el sexo femenino supone un factor protector (OR 0,55 (0,5–0,7);  $p<0,001$ ). Respecto al tabaquismo no se han encontrado diferencias significativas en cuanto al sexo, y llama la atención positivamente que el grueso

de los participantes se encuentra en el grupo de no fumadores (69,9%), mientras que un 7,8% se declara exfumador, un 8,0% fumador ocasional y el 14,2% fumadores habituales.

Con el consumo de cannabis vemos que, por el contrario, ser hombre supone un factor de riesgo: prácticamente la mitad de los hombres (49,5%) han consumido cannabis alguna vez en la vida, ante el 42,3% de mujeres (OR 0,75 (0,7–0,9);  $p < 0,001$ ). También en relación a las adicciones se valoró el uso problemático de Internet, observando que el 6,3% de los participantes obtuvo una puntuación indicativa de riesgo de trastornos relacionados con el uso de Internet, sin encontrarse diferencias destacables entre hombres y mujeres.

En cuanto a la atención asistencial se estratificaron los resultados atendiendo al sexo y al tipo de atención sanitaria recibida (a demanda o programada y de urgencias), obteniendo los datos presentados en las tablas 1–6 (Anexo 1). El total de los participantes que sí dijo haber asistido a una consulta programada y/o a demanda en el último mes fue de 24,4%, mientras que la prevalencia de asistencia médica urgente fue del 36,7%. En ambos casos ser mujer supuso tener entre 34–62% más de probabilidades de haber requerido asistencia médica ( $p < 0,001$ ).

Los estudiantes que presentan un SCOFF patológico (riesgo de trastornos de la conducta alimentaria) tienen más posibilidades de requerir atención sanitaria, viendo aumentadas sus probabilidades de acudir tanto de manera programada (ORa 1,31 (1,1–1,6);  $p = 0,004$ ) como urgente (ORa 1,33 (1,1–1,6);  $p = 0,001$ ). Destaca que los hombres universitarios tienen un 70% más de probabilidades de acudir a urgencias si presentan un SCOFF alterado (ORa 1,73 (1,2–2,6);  $p = 0,008$ ). A pesar de estos datos y de todos los problemas con los que se relaciona la obesidad [48], el IMC no parece influir en el número de visitas médicas ni de forma programada ni urgente. Por otro lado, el nivel de actividad física tampoco influye en el número de visitas, aunque sí es ligeramente superior en los estudiantes que se declararon como muy activos, especialmente en las visitas urgentes (ORa 1,15 (1,0–1,4);  $p = 0,119$ ) y en las mujeres, donde sí que parece ser un factor predisponente (ORa 1,13 (0,8–1,5);  $p = 0,013$ ).

En cuanto al consumo de alcohol, se vieron aumentadas especialmente las visitas a los servicios de urgencias en los participantes que afirmaron haber realizado binge drinking en el último mes (ORa 1,19 (1,0–1,4);  $p = 0,021$ ), y también en los que presentaron un AUDIT patológico (riesgo de trastornos relacionados con el consumo de alcohol), aunque en este último no de manera significativa (ORa 1,12 (0,9 – 1,4);  $p = 0,226$ ). Nuevamente los estudiantes de sexo masculino presentaron mayor riesgo de acudir a urgencias, teniendo un 44% más de probabilidades de requerir atención sanitaria (IC95% 0,7–1,6;  $p = 0,038$ ) al presentar un resultado del AUDIT alterado, y un 18% (IC95% 0,9–1,6;  $p = 0,307$ ) en el caso

de haber realizado binge drinking (aunque sin diferencias estadísticamente significativas en este último caso).

En los estudiantes que han consumido cannabis parece estar ligeramente aumentado el uso de los servicios sanitarios, aunque no se encuentran diferencias significativas con respecto a aquellos que no consumen (ORa 1,06 (0,9–1,2);  $p=0,499$ ), y lo mismo ocurre con los fumadores, aunque en este caso son las mujeres las únicas en las que el hábito tabáquico supone un factor de riesgo para acudir tanto a urgencias (ORa 1,28 (1,0–1,6);  $p=0,056$ ) como a la consulta (ORa 1,38 (1,0–1,9);  $p=0,045$ ).

Resulta llamativo el hecho de que la adicción a Internet se presente como un factor protector ante la asistencia a los servicios de urgencias (ORa 0,75 (0,6–1,0);  $p=0,045$ ). Además, a pesar de no haber diferencias significativas por sexos en la prevalencia de uso problemático de Internet, las mujeres que presentan este patrón tienen menos probabilidades de acudir a urgencias (ORa 0,69 (0,5–1,0);  $p=0,032$ ).

## **Discusión**

Con este trabajo hemos intentado estudiar la relación entre los hábitos de vida y el uso de los servicios sanitarios en estudiantes universitarios, de modo que podamos valorar si existe asociación entre hábitos poco saludables y un aumento de la asistencia sanitaria. Los resultados obtenidos apuntan a que, efectivamente, determinados hábitos de vida condicionan el uso que los universitarios hacen de los mismos.

Llama la atención la falta de acuerdo respecto a la tasa de sedentarismo en población universitaria dentro de la Península Ibérica, que alcanza incluso el 70 y 80% en algunos trabajos [16, 49] y en cambio en nuestra muestra es de un 24%, más acorde con lo descrito por Ledo-Varela et al. [50] y Moreno-Gómez et al. [51], quienes encontraron respectivamente un 67 y 54% de estudiantes que se calificó a sí mismos como físicamente activos. A pesar de que todos estos trabajos (incluido el nuestro) valoraron los niveles de actividad física con un cuestionario autoadministrado, las diferencias metodológicas podrían explicar las diferencias. El cuestionario del Proyecto uniHcos se basa en el IPAQ, que evalúa cuatro componentes de la actividad física (tiempo libre, mantenimiento del hogar, ocupacionales y transporte) y ha demostrado su validez en adultos de 18 a 69 años [45], mientras que en otros trabajos [50, 51] únicamente se pregunta a los participantes si realizan actividad física. Por otro lado, el hecho de que García-Meseguer et al. [16] hayan excluido de su estudio a los participantes que más kcal/día consumían podría suponer eliminar de la muestra a las personas más físicamente activas y que, por tanto, tienen un gasto energético mayor.

Tradicionalmente se ha considerado la dieta mediterránea como uno de los patrones dietéticos más saludables [52], por lo que, a efectos de simplificar las comparaciones, partiremos de la base de que una dieta saludable se ajusta a ésta. Lo observado en nuestra muestra parece ajustarse a la tendencia del país, pues únicamente el 11% de los estudiantes de nuestra muestra sigue una dieta saludable. Igualmente se confirma el patrón nacional en cuanto a que los hombres parecen llevar una dieta de peor calidad y presentar mayores prevalencia de obesidad [41]. En el otro extremo se encuentran los trastornos de la conducta alimentaria, cuyas prevalencias encontradas en la bibliografía científica son similares a las obtenidas en nuestro trabajo, y oscilan desde un 14,9% para hombres y 20,8% para mujeres en el trabajo de Sepúlveda et al. [53], hasta un 18,8% para una población de estudiantes de ambos sexos [54].

En España, el 27% de la población general se declara fumadora, cifra similar a la encontrada en jóvenes de 15 a 24 años (26%) [15]. Podemos observar cómo nuestra muestra se encuentra por debajo de la media nacional en número de fumadores, pues

únicamente el 22,2% de los participantes afirma serlo, y sin embargo, coincide con las cifras de tabaquismo a nivel mundial que ofrece la OMS [21]. Este descenso respecto a lo recogido por la última ENS, realizada en el año 2011–2012, [15] podría ser explicado por la aprobación de la ley de medidas sanitarias frente al tabaquismo [55], que entró en vigor en el mismo año 2011, y por tanto podría haber motivado la disminución del número de fumadores en España de ese momento en adelante.

Es importante evitar que más estudiantes empiecen a fumar, pero también ofrecer estrategias a aquellos que quieran abandonar el hábito. Ante la planificación de cualquier intervención deberá tenerse en cuenta que el 56% de los estudiantes universitarios que fuman se consideran fumadores sociales [24] y casi el 80% de los jóvenes afirma aumentar el número de cigarrillos si consumen alcohol o si están en un bar [25]. Sabemos además que el 80% de quienes intentaron dejar de fumar afirmó que el hecho de consumir alcohol les supuso una gran dificultad a la hora de conseguirlo [25].

En el trabajo de Ramo et al. [23] se evidenció que los participantes más jóvenes y los que menos cigarrillos/día consumían tenían más probabilidades de utilizar conjuntamente tabaco y cannabis. Además ser hombre fumador supone un aumento del riesgo de consumir marihuana [23], lo que parece ser coherente con nuestros datos, donde ser hombre supone un factor de riesgo en cuanto a consumo de cannabis (OR 0,45 ;  $p < 0,001$ ).

En los trabajos que tratan la adicción a Internet encontramos mucha controversia, con prevalencias que oscilan entre 1,5–8,2% en la revisión elaborada por Weistein y Lejoyeux [56] o incluso 6–18,5% en el libro de Young y Nabuco de Abreu [57]. Esta variabilidad podría explicarse por los diferentes criterios diagnósticos de cada país , además del gran peso que juegan los factores culturales en este tipo de adicción [58]. Por otro lado, Rücker et al. [59] asociaron la adicción a Internet con ser mujer, con el consumo de sustancias y con ser mal estudiante en una población de adolescentes (edad media de 14 años). A pesar de las diferencias metodológicas y las limitaciones de validez a la hora de extrapolar los resultados a universitarios, cabe esperar que estos adolescentes se conviertan en jóvenes con unas necesidades asistenciales específicas derivadas del uso problemático de Internet o los factores asociados. En nuestro trabajo, aunque no se encontraron diferencias significativas entre los estudiantes que hacían un uso normal y los que tenían un uso problemático de Internet, hemos obtenido unos resultados del 23 y 32% en visitas programadas/a demanda y de urgencias.

En lo referente al alcohol, vemos que la prevalencia de consumo en el último mes se sitúa en torno al 30% (23% en jóvenes españoles [15], 32% en universitarios chilenos [60] y 40-18% en jóvenes franceses [61]). Dado que nuestro trabajo no valora como tal el consumo



de alcohol en el último mes (que es el criterio que han seguido los autores anteriores), pero sí que valora si los estudiantes han realizado binge drinking en el último mes, podemos extrapolar que el consumo de alcohol en nuestra muestra es bastante superior a los que ofrecen estos autores.

En el trabajo de Bartoli et al. [62] sorprendentemente las mujeres presentan binge drinking más frecuentemente que los hombres, a pesar de que la bibliografía habla del sexo masculino como factor de riesgo [61]. Aunque en nuestro trabajo no encontramos diferencias en las frecuencias de binge drinking entre hombres y mujeres, sí que hemos observado cómo los hombres que abusan del alcohol tienen significativamente más probabilidades de acudir a urgencias.

De cara a futuras actuaciones será necesario valorar qué tipo de intervenciones se requieren para frenar este fenómeno. La revisión de Foxcroft et al. [63] parece apuntar a que informar a los estudiantes (a través de Internet, por correo electrónico o en reuniones grupales o individuales) tiene poco o ningún efecto sobre sus actitudes frente al alcohol. Sin embargo, Bhochohibhoya et al. [64] encuentran, en 13 de los 14 artículos revisados, evidencias que asocian las intervenciones realizadas a través de Internet con una reducción en la frecuencia y la cantidad de alcohol consumido por los estudiantes universitarios.

Las tasas de asistencia sanitaria observadas en nuestro trabajo se encuentran en la media nacional, donde el 20% de los jóvenes de 15 a 24 años visitó a su médico de familia en las cuatro semanas anteriores al cuestionario, mientras que el 30% afirmó haber visitado los servicios de urgencias en el último año [15]. La gran mayoría de los trabajos coinciden en que las mujeres hacen más uso de los servicios sanitarios [15]. En concreto las mujeres acuden entre un 32 y un 86% más al médico [39, 65], cifras en concordancia con nuestro trabajo (34–62% más frecuente acudir al médico siendo mujer). Vingilis et al. [66] hablan de diferentes factores como la falta de implicación en los estudios o el trabajo, pertenecer a familias monoparentales o la valoración negativa del estado de salud como responsables de un aumento en la asistencia médica, lo que invita a pensar que las actuaciones preventivas deben orientarse especialmente a estos grupos de riesgo.

Es posible que unos malos hábitos se relacionen ya incluso en etapas tempranas de la vida con un aumento de las visitas a los servicios sanitarios, especialmente en la atención urgente. De nuevo Vingilis et al. [66], trabajando con una muestra de adolescentes de 12 a 19 años, pudieron asociar el binge drinking, ser fumador y tener un mayor IMC con un incremento en el uso de los servicios sanitarios, y por el contrario, tener un IMC bajo se relacionó con un descenso en la utilización de los mismos. En nuestro estudio coincidimos con la asociación positiva entre binge drinking y mayor frecuentación sanitaria ( $p=0,021$ ),

aunque en el caso de los fumadores tan solo parece haber un incremento significativo en el número de visitas a su médico de familia en las mujeres exfumadoras ( $p=0,045$ ) y a urgencias en las mujeres que fuman habitualmente ( $p=0,056$ ). Los datos de asistencia sanitaria en función del IMC son prácticamente iguales en todos los grupos. Una posible explicación podría venir dada por los efectos a corto plazo del consumo abusivo de alcohol, que puede repercutir en daños agudos que requieren tratamiento médico inmediato (intoxicaciones etílicas, traumatismos, etc.), mientras que los efectos del tabaquismo y la obesidad aparecen a medio-largo plazo.

Por otra parte, la asociación entre niveles elevados de actividad física y el aumento del número de visitas a los servicios de urgencias puede verse motivado por el mayor riesgo de lesiones que presentan los individuos más activos [67, 68]. Esto no quiere decir que podamos catalogar la actividad física de perjudicial, pues muchos de sus beneficios se reflejarán especialmente a medio y largo plazo [69].

Algunos de los trabajos publicados sobre asistencia sanitaria en jóvenes adultos [70 - 72] han sido desarrollados en países con sistemas sanitarios distintos al español, generalmente con asistencia basada en seguros privados. Dichos trabajos se centran más en determinar si la cobertura de estos seguros implica una atención sanitaria suficiente, y no tanto en los motivos que llevan a estas actuaciones asistenciales.

## **Fortalezas y debilidades del estudio**

A pesar de contar con una muestra relativamente grande (n=3901), la distribución por sexos no es uniforme, pues el número de mujeres es significativamente mayor y por tanto los resultados deberán valorarse teniendo siempre presente que son éstas las que hacen un mayor uso de los servicios sanitarios. Por otro lado, la tendencia de las universidades españolas es de que haya un mayor número de mujeres en las aulas [73], lo que explica en cierto modo esta distribución de la muestra.

Además, el carácter voluntario de la participación en el proyecto supone un sesgo en sí mismo, pudiendo existir algún interés que conduzca a la persona a querer participar. Cabe esperar que los estudiantes con un peor estado de salud percibido o con más patologías tengan mayor interés en hablar de su estado de salud, aunque del mismo modo podemos pensar que los que tienen una mejor salud percibida son más colaboradores.

No obstante, se deben tratar los datos con cautela, pues las diferencias metodológicas y la escasez de bibliografía científica centrada en estudiantes universitarios dificultan el análisis y la comparación entre nuestro trabajo y otras publicaciones.

## **Conclusiones**

Los hábitos de vida poco saludables son un problema real en la población de estudiantes universitarios, y aunque la tasa de sedentarismo, la calidad de la dieta y la prevalencia de uso patológico de Internet de nuestra muestra se sitúa dentro de lo descrito por la bibliografía científica, nos encontramos con una prevalencia de tabaquismo menor que la media mundial y nacional.

A pesar de que los jóvenes adultos son la población que menor uso hace de los servicios sanitarios, se han podido relacionar determinados patrones con un aumento de la frecuentación a los mismos, entre los que destaca la atención urgente en quienes realizan binge drinking, en los que tienen un riesgo de trastornos relacionados con el consumo de alcohol o de trastornos de la conducta alimentaria y en las mujeres fumadoras y físicamente muy activas. Por el contrario, los estudiantes que hacen un uso patológico de Internet visitan con menor frecuencia los servicios sanitarios. Una vez conocidas las relaciones entre hábitos de vida y uso de los servicios sanitarios, y dado que se trata de un trabajo descriptivo, quedan abiertas futuras líneas de investigación para establecer las posibles causas y soluciones a los problemas detectados, que permitan desarrollar en un futuro políticas de prevención y promoción de la salud para este grupo poblacional.

## **Referencias bibliográficas**

1. Bonnie RJ, Stroud C, Breiner H. Investing in the Health and Well-Being of Young Adults. Whashington: The National Academies Press; 2014.
2. Organización Mundial de la Salud. Social determinants of health and well-being among young people. Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) study: international report from the 2009/2010 survey. Copenhagen (Dinamarca): WHO Library Cataloguing in Publication Data; 2010.
3. Schwartz LA, Tuchman LK, Hobbie WL, Ginsberg JP. A social-ecological model of readiness for transition to adult-oriented care for adolescents and young adults with chronic health conditions. *Child Care Health Dev.* 2011; 37(6): 883-95.
4. Schmidt M. Predictors of self-rated health and lifestyle behaviours in Swedish university students. *Glob J Health Sci.* 2012; 4(4): 1-14.
5. Terris M. Approaches to an Epidemiology of Health. *Am J Public Health.* 1975; 65(10): 1037-45.
6. Lalonde M. A new perspective on the health of canadians. A woking document. Ottawa (Canadá): Ministerio de Suministros y Servicios; 1981.
7. Organización Mundial de la Salud. Global status repor on non communicable diseases 2010. Ginebra (Suiza): WHO Library Cataloguing-in-Publication Data; 2010.
8. Bielemann RM, Martinez-Mesa J, Gigante DP. Phsysical activity during life course and bone mass: a systematic review of methods and finding from cohort studies with young adults. *BMC Musculoskelet Disord.* 2013;(14): 77.
9. Moreno LA, Gracia-Marco L. Prevención de la obesidad desde la actividad física: del discurso teórico a la práctica. *An Pediatr (Barc).* 2012; 77(2): 71-146.
10. VanKim NA, Nelson TF. Vigoroud Physical Activity, Mental Health, Perceived Stress and Socializing Among College Students. *Am J Health Promot.* 2013; 28(1): 7-15.
11. Morrell JS, Cook SB, Carey GB. Cardiovascular Fitness, Activity and Metabolic Syndrome Among College Men and Women. *Metab Syndr Relat Disord.* 2013; 11(5): 370-76.
12. Van Dyck D, De Bourdeaudhuij I, Deliens T, Deforche B. Can Changes in Psychosocial Factors and Residency Explain the Decrease in Physical Activity During the Transition from High School to College or University? *Int J Behav Med.* 2015; 22(2): 178-86.
13. Das BM, Evans EM. Understanding Weight Management Perceptions in First-Year College Students Using the Health Belief Model. *J Am Coll Health.* 2014; 62(7): 488-97.

14. Ortiz-Moncada R, Norte Navarro AI, Zaragoza Marti A, Fernández Sáez J, Davo Blanes MC. Do the Spanish University Students Follow Mediterranean Dietary Patterns? *Nutr Hosp.* 2012; 27(6): 1952-59.
15. Instituto Nacional de Estadística. Encuesta Nacional de Salud 2011-2012. España; 2012.
16. García-Meseguer MJ, Burriel FC, García CV, Serrano-Urrea R. Adherence to Mediterranean diet in a Spanish university population. *Appetite.* 2014;(78): 156-64.
17. Pelletier JE, Laska MN. Campus Food and Beverage Purchases Are Associated With Indicators of Diet Quality in College Students Living Off Campus. *Am J Health Promot.* 2013; 28(2): 80-7.
18. Wechsler H, Davenport A, Dowdall G, Noeykens B, Castillo S. Health and Behavioral Consequences of Binge-Drinking in College - a National Survey of Students at 140 Campuses. *JAMA.* 1994; 272(21): 1672-77.
19. Courtney KE, Polich J. Binge Drinking in Young Adults: Data, Definitions and Determinants. *Psychol Bull.* 2009; 135(1): 142-56.
20. Organización Mundial de la Salud. Informe OMS sobre la epidemia mundial de tabaquismo, 2013. Hacer cumplir las prohibiciones sobre publicidad, promoción y patrocinio del tabaco. Ginebra (Suiza): Ediciones de la OMS; 2013.
21. Organización Mundial de la Salud. Cardiovascular harms from tobacco use and seconhand smoke. Waterloo (Bélgica); 2012.
22. Middlejauff HR, Park J, Moheimani RS. Adverse Effects of Cigarette and Noncigarette Smoke Exposure on the Autonomic Nervous System Mechanisms and Implications for Cardiovascular Risk. *J Am Coll Cardiol.* 2014; 64(16): 1740-50.
23. Ramo DE, Delucchi KL, Hall SM, Liu H, Prochaska JJ. Marijuana and Tobacco Co-Use in Young Adults: Patterns and Thoughts About Use. *J Stud Alcohol Drugs.* 2013; 74(2): 301-10.
24. Levinson AH, Campo S, Gascoigne J, Jolly O, Zakharian A, Tran ZV. Smoking, but not smokers: identity among college students who smoke cigarettes. *Nicotine Tob Res.* 2007; 9(8): 852-54.
25. Jiang N, Lee YO, Ling PM. [OBJ]Young adult social smokers: Their co-use of tobacco and alcohol, tobacco-related attitudes, and quitting efforts. *Prev Med.* 2014; 69: 166-71.
26. Schweizer A, Roesch SC, Khoddam R, Doran N, Myers MG. Examining the stability of young-adult alcohol and tobacco co-use: A latent transition analysis. *Addict Res Theory.* 2014; 22(4): 325-35.
27. Passarotti AM, Crane NA, Hedeker D, Mermelstein RJ. Longitudinal trajectories of marijuana use from adolescence to young adulthood. *Adapt Behav.* 2015; 45: 301-08.

28. Thomas G, Kloner RA, Rezkalla S. Adverse cardiovascular, cerebrovascular, and peripheral vascular effects of marijuana inhalation: what cardiologists need to know. *Am J Cardiol.* 2014; 113(1): 187-90.
29. Parakh P, Basu D. Cannabis and psychosis: have we found the missing links? *Asian J Psychiatr.* 2013; 6(4): 281-87.
30. Ford KA, Wammes M, Neufeld RW, Mitchell D, Théberge J, Williamson P, et al. Unique functional abnormalities in youth with combined marijuana use and depression: an fMRI study. *Front Psychiatry.* 2014;(5): 130.
31. Tamm L, Epstein JN, Lisdahl KM, Molina B, Tapert S, Hinshaw SP, et al. Impact of ADHD and cannabis use on executive functioning in young adults. *Drug Alcohol Depend.* 2013; 133(2): 607-14.
32. Berg CJ, Stratton E, Schauer GL, Lewis M, Wang Y, Windle M, et al. Perceived harm, addictiveness, and social acceptability of tobacco products and marijuana among young adults: marijuana, hookah, and electronic cigarettes win. *Subst Use Misuse.* 2015; 50(1): 79-89.
33. Cía AH. Las adicciones no relacionadas a sustancias (DSM-5, APA, 2013): un primer paso hacia la inclusión de las Adicciones Conductuales en las clasificaciones categoriales vigentes. *Rev Neuropsiquiatr.* 2013; 66(4): 210-17.
34. Kandri TA, Bonotis KS, Floros GD, Zafiropoulou MM. Alexithymia components in excessive internet users: A multi-factorial analysis. *Psychiatry Res.* 2014; 220(1-2): 348-55.
35. Lau JS, Adams SH, Boscardin WJ, Irwin CE. Young Adults' Health Care Utilization and Expenditures Prior to the Affordable Care Act. *J Adolesc Health.* 2014; 54(6): 663-71.
36. Bertakis KD, Azari R, Helms LJ, Callahan EJ, Robbins JA. Gender differences in the utilization of health care services. *J Fam Pract.* 2000; 49(2): 147-52.
37. Ladwig K, Marten-Mittag B, Formanek B, Dammann G. Gender differences of symptom reporting and medical health care utilization in the German population. *Eur J Epidemiol.* 2000; 16: 511-18.
38. Berge JM, Bauer KW, Eisenberg ME, Denny K, Neumark-Stzeiner D. Psychosocial and Health Behavior Outcomes of Young Adults with Asthma or Diabetes. *J Community Med Health Educ.* 2012; 2(4): p. 144.
39. Cavagnero E, Carrin G, Xu K, Aguilar Rivera AM. Health financing in Argentina: An Empirical Study of Health Care Utilization and Health Care Expenditure. [Internet]. Ginebra (Suiza): Organización Mundial de la Salud; 2006. [Acceso en junio 2015] Disponible en: [http://www.who.int/health\\_financing/documents/argentina\\_cavagnero.pdf](http://www.who.int/health_financing/documents/argentina_cavagnero.pdf)

40. Manos SH, Cui Y, MacDonald NN, Parker L, Dummer TJ. Youth health care utilization in Nova Scotia: what is the role of age, sex and socio-economic status? *Can J Public Health*. 2014; 105(6): 431-37.
41. Norte Navarro AI, Ortiz Moncada R. Calidad de la dieta española según el índice de alimentación saludable. *Nutr Hosp*. 2011; 26(2): 330-36.
42. Morgan JF, Reid F, Lacey JH. The SCOFF questionnaire: assessment of a new screening tool for eating disorders. *BMJ*. 1999; 319: 1467.
43. Organización Mundial de la Salud. BMI classification. [Internet]. [Acceso en junio 2015]. Disponible en: HYPERLINK "[http://apps.who.int/bmi/index.jsp?introPage=intro\\_3.html](http://apps.who.int/bmi/index.jsp?introPage=intro_3.html)" [http://apps.who.int/bmi/index.jsp?introPage=intro\\_3.html](http://apps.who.int/bmi/index.jsp?introPage=intro_3.html) .
44. Babor TF, Higgins-Biddle JC, Saunders JB, Monteiro MG. AUDIT. Cuestionario de Identificación de los Trastornos debidos al Consumo de Alcohol. Pautas para su utilización en Atención Primaria. Organización Mundial de la Salud, Departamento de Salud Mental y Consumo de Sustancias. [Internet]. Valencia: Generalitat Valenciana. Consellería de bienestar social; 2001. [Acceso en junio 2015]. Disponible en: [http://www.who.int/substance\\_abuse/activities/en/AUDITmanualSpanish.pdf](http://www.who.int/substance_abuse/activities/en/AUDITmanualSpanish.pdf)
45. Mantilla Toloza SC, Gómez-Conesa A. El Cuestionario Internacional de Actividad Física. Un instrumento adecuado en el seguimiento de la actividad física poblacional. *Rev Iberoam Fisioter Kinesiol*. 2007; 10(1): 48-52.
46. Young K. Internet Addiction: The emergence of a new clinical disorder. *Cyber Psychol Behav*. 1998;(1): 237-44.
47. Ley de Protección de Datos de Carácter Personal. Ley Orgánica 15/1999 de 13 de Diciembre. Boletín Oficial del Estado, nº 298, (14-12-1999).
48. Organización Mundial de la Salud. Obesidad y sobrepeso: nota descriptiva N°311. [Internet]. 2015 [consultado en junio 2015]. Disponible en: HYPERLINK "<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/es/>" <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/es/> .
49. Brandao MP, Pimentel FL, Fonseca Cardoso M. Impact of academic exposure on health status of university students.. *Rev. Saúde Pública*. 2011; 45(1): 49-58.
50. Ledo-Varela MT, de Luis Román DA, González-Sagrado M, Izaola Jauregui O, Conde Vicente R, Aller de la Fuente R. Nutritional characteristics and lifestyle in university students. *Nutr Hosp*. 2011; 26(4): 814-18.
51. Moreno-Gómez C, Romaguera-Bosch D, Tauler-Riera P, Bennasar-Veny M, Pericas-Beltran J, Martínez-Andreu S, et al. Clustering of lifestyle factors in Spanish university students: the relationship between smoking, alcohol consumption, physical activity and diet quality. *Public Health Nutr*. 2012; 15(11): 2131-39.



52. Estruch R, Ros E, Salas Salvadó J, Covas MI, Corrella D, Arós F, et al. Primary prevention of cardiovascular disease with a Mediterranean diet. *N Engl J Med.* 2013; 368(14): 1279-90.
53. Sepúlveda AR, Carrobles 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.
54. Gómez Sánchez R, Gómez Sánchez R, Díaz Cuenca AM, Fortea Gorbe MI, Salorio del Moral P. Prevalencia de los trastornos alimentarios en una muestra universitaria. Ansiedad como factor de modulación. *Index Enferm.* 2010; 19(2-3): 124-28.
55. Ley por la que se modifica la Ley 28/2005, de 26 de diciembre, de medidas sanitarias frente al tabaquismo y reguladora de la venta, el suministro, el consumo y la publicidad de los productos del tabaco. Ley 42/2010, de 30 de diciembre. *Boletín Oficial del Estado*, nº 318, (31-12-2010).
56. Westein A, Lejoyeux M. Internet addiction or excessive internet use. *Am J Drug Alcohol Abuse.* 2010; 36(5): 277-83.
57. Young K, Nabuco de Abreu C. *Internet Addiction: A Handbook and Guide to Evaluation and Treatment.* Nueva Jersey (EEUU): John Wiley & Sons, Inc.; 2010.
58. Cash H, Rae CD, Steel AH, Winkler A. Internet Addiction: A Brief Summary of Research and Practice. *Curr Psychiatry Rev.* 2012; 8(4): 292-98.
59. Rücker J, Akre C, Berchtold A, Suris JC. Problematic Internet use is associated with substance use in young adolescents. *Acta Paediatr.* 2015; 104(5): 504-07.
60. Morales I. G, del Valle R. C, Belmar M. C, Orellana Z. Y, Soto V. A, Ivanovic MD. Prevalencia de consumo de drogas en estudiantes universitarios que cursan primer y cuarto año. *Rev med Chile.* 2011; 139(12): p. 1573-80.
61. Melchior M, Chastang JF, Goldberg P, Fombonne E. High prevalence rates of tobacco, alcohol and drug use in adolescents and young adults in France: Results from the GAZEL Youth study. *Addict Behav.* 2008; 33(1): 122-33.
62. Bartoli F, Carretta D, Crocarno C, Schivalocchi A, Brambilla G, Clerici M, et al. Prevalence and correlates of binge drinking among young adults using alcohol: a cross-sectional survey. *Biomed Res Int.* 2014. <http://dx.doi.org/10.1155/2014/930795>
63. Foxcroft DL, Moreira MT, Almeida Santimano NML, Smith LA. Social norms information for alcohol misuse in university and college students. *Cochrane Database Syst Rev.* 2015. doi: 10.1002/14651858.CD006748.pub3
64. Bhochhibhoya A, Hayes L, Branscum P, Taylor L. The Use of the Internet for Prevention of Binge Drinking Among the College Population: A Systematic Review of Evidence. *Alcohol Alcohol.* 2015. <http://dx.doi.org/10.1093/alcalc/agt047>

65. Moreno López AB, Ballesta Ruiz M, Salmerón Martínez D, Navarro Sánchez C, Tormo Díaz MJ. Influencia de la doble carga de trabajo en el estado de salud percibida y utilización de servicios sanitarios de las poblaciones inmigrante y autóctona de la región de Murcia. *Rev Esp Salud Publica.* ; 87(4): 351-66.
66. Vingilis E, Wade T, Seeley J. Predictors of adolescent health care utilization. *J Adolescence.* 2007; 30(5): 773-800.
67. Eaton DK, Kann L, Kinchen S, Shanklin S, Ross J, Hawkins J, et al. Youth Risk Behavior Surveillance – United States, 2007. *Surveill Sum.* 2008; 57(4): 1-131.
68. Jordan S, Lim L, Berecki-Gisolf J, Bain C, Seubsman S, Sleigh A, et al. Body Mass Index, Physical Activity, and Fracture Among Young Adults: Longitudinal Results From the Thai Cohort Study. *J Epidemiol.* 2013; 23(6): 435-42.
69. Reiner M, Niermann C, Jekauc D, Woll A. Long-term health benefits of physical activity – a systematic review of longitudinal studies. *BMC Public Health.* 2013;(13): 813.
70. Callahan ST, Cooper WO. Uninsurance and Health Care Access Among Young Adults in the United States. *Pediatrics.* 2005; 116(1): 88-95.
71. Anderson M, Dobkin C, Gross T. The effect of health insurance coverage on the use of medical services. Cambridge, National Bureau of Economic Research; 2010.
72. Blackwell DL, Martinez ME, Gentleman JF, Sanmartin C, Berthelot JM. Socioeconomic status and utilization of health care services in Canada and the United States: findings from a binational health survey. *Med Care.* 2009; 47(11): 1136-46.
73. Michavila F. La Universidad Española en Cifras. 2012. Conferencia de Rectores de las Universidades Españolas; 2012.

## Anexo 1

Tabla 1. Resultados de hombres y mujeres en consulta programada y/o a demanda.

	TOTAL				
	Consulta programada/a demanda				
	Sí n (%)	No n (%)	ORc (IC 95%)	ORa (IC 95%)	p
<b>Dieta saludables</b>	103 (23,8)	330 (76,2)	1	1	
<b>Necesita cambios en la dieta</b>	751 (24,7)	2290 (75,3)	1,05 (0,8 – 1,3)	1,03 (0,8 – 1,3)	0,814
<b>Dieta poco saludable</b>	99 (23,2)	328 (76,8)	0,97 (0,7 – 1,3)	0,97 (0,7 – 1,3)	0,837
<b>SCOFF patológico (riesgo TCA)</b>	220 (28,5)	552 (71,5)	1,30 (1,1 – 1,6)	1,31 (1,1 – 1,6)	<b>0,004</b>
<b>Infrapeso</b>	699 (24,4)	2165 (75,6)	1	1	
<b>Normopeso</b>	104 (26,2)	293 (73,8)	1,10 (0,9 – 1,4)	1,13 (0,9 – 1,4)	0,305
<b>Sobrepeso</b>	118 (23,0)	396 (77,0)	0,92 (0,7 – 1,2)	0,87 (0,5 – 1,4)	0,234
<b>Obesidad</b>	28 (24,8)	85 (75,2)	1,02 (0,7 – 1,6)	0,91 (0,6 – 1,4)	0,682
<b>AUDIT patológico (riesgo alcoholismo)</b>	169 (17,7)	527 (17,9)	0,99 (0,8 – 1,2)	0,89 (0,7 – 1,1)	0,258
<b>Sedentarios</b>	231 (24,9)	696 (75,1)	1	1	
<b>Moderadamente activos</b>	363 (22,7)	1233 (77,3)	0,89 (0,7 – 1,1)	0,90 (0,7 – 1,1)	0,293
<b>Muy activos</b>	349 (26,0)	991 (74,0)	1,06 (0,9 – 1,3)	1,09 (0,9 – 1,3)	0,382
<b>No fumadores</b>	631 (23,1)	2097 (76,9)	1	1	
<b>Exfumadores</b>	87 (28,4)	219 (71,6)	1,32 (1,0 – 1,7)	1,26 (1,0 – 1,7)	0,106
<b>Fumadores ocasionales</b>	84 (26,9)	228 (73,1)	1,22 (0,9 – 1,6)	1,20 (0,9 – 1,6)	0,212
<b>Fumadores habituales</b>	151 (27,2)	404 (72,8)	1,24 (1,0 – 1,5)	1,21 (1,0 – 1,5)	0,114
<b>Han consumido cannabis alguna vez en la vida</b>	447 (25,9)	1282 (74,1)	1,15 (1,0 – 1,3)	1,06 (0,9 – 1,3)	0,531
<b>Edad</b>	—	—	1,03 (1,0 – 1,1)	1,02 (1,0 – 1,1)	0,294

Tabla 2. Resultados de hombres en consulta programada y/o a demanda.

	<b>HOMBRES</b>				
	<b>Consulta programada/a demanda</b>				
	<b>Sí</b> n (%)	<b>No</b> n (%)	<b>ORc (IC 95%)</b>	<b>ORa (IC 95%)</b>	<b>p</b>
<b>Dieta saludables</b>	19 (20,2)	75 (79,8)	1,00	1,00	
<b>Necesita cambios en la dieta</b>	170 (19,3)	711 (80,7)	0,94 (0,6 – 1,6)	0,90 (0,5 – 1,5)	0,712
<b>Dieta poco saludable</b>	11 (10,0)	99 (90,0)	0,44 (0,2 – 1,0)	0,42 (0,2 – 1,0)	<b>0,040</b>
<b>SCOFF patológico (riesgo TCA)</b>	31 (23,7)	100 (76,3)	1,44 (0,9 – 2,2)	1,28 (0,8 – 2,0)	0,304
<b>Infrapeso</b>	144 (17,8)	665 (82,2)	1,00	1,00	
<b>Normopeso</b>	7 (14,6)	41 (85,4)	0,79 (0,3 – 1,8)	0,83 (0,4 – 1,9)	0,661
<b>Sobrepeso</b>	38 (21,5)	139 (78,5)	1,26 (0,8 – 1,9)	1,20 (0,8 – 1,8)	0,404
<b>Obesidad</b>	11 (22,4)	38 (77,6)	1,34 (0,7 – 2,7)	1,54 (0,7 – 3,2)	0,247
<b>AUDIT patológico (riesgo alcoholismo)</b>	59 (22,1)	208 (77,9)	1,36 (1,0 – 1,9)	1,19 (0,8 – 1,7)	0,374
<b>Sedentarios</b>	33 (17,3)	158 (82,7)	1,00	1,00	
<b>Moderadamente activos</b>	63 (16,5)	318 (83,5)	0,95 (0,6 – 1,5)	0,92 (0,6 – 1,5)	0,715
<b>Muy activos</b>	99 (20,0)	396 (80,0)	1,20 (0,8 – 1,8)	1,13 (0,7 – 1,8)	0,584
<b>No fumadores</b>	139 (17,9)	638 (82,1)	0,99 (0,5 – 1,8)	0,81 (0,4 – 1,6)	0,525
<b>Exfumadores</b>	14 (17,7)	65 (82,3)	1,00	1,00	
<b>Fumadores ocasionales</b>	14 (18,2)	59 (80,8)	1,09 (0,6 – 2,0)	0,91 (0,5 – 1,8)	0,777
<b>Fumadores habituales</b>	33 (21,1)	123 (78,9)	1,23 (0,8 – 1,9)	1,01 (0,6 – 1,6)	0,957
<b>Han consumido cannabis alguna vez en la vida</b>	111 (20,7)	426 (79,3)	1,34 (1,0 – 1,8)	1,35 (0,9 – 2,0)	0,113
<b>Edad</b>	—	—	1,00 (0,9 – 1,1)	0,97 (0,9 – 1,1)	0,502

Tabla 3. Resultados de mujeres en consulta programada y/o a demanda.

	MUJERES				
	Consulta programada/a demanda				
	Sí n (%)	No n (%)	ORc (IC 95%)	ORa (IC 95%)	p
<b>Dieta saludables</b>	84 (24,8)	255 (75,2)	1,00	1,00	
<b>Necesita cambios en la dieta</b>	581 (26,9)	1579 (73,1)	1,12 (0,9 – 1,5)	1,11 (0,8 – 1,4)	0,464
<b>Dieta poco saludable</b>	88 (27,8)	229 (72,2)	1,17 (0,8 – 1,7)	1,20 (0,8 – 1,7)	0,311
<b>SCOFF patológico (riesgo TCA)</b>	189 (29,5)	452 (70,5)	1,19 (1,0 – 1,5)	1,21 (1,0 – 1,5)	0,063
<b>Infrapeso</b>	555 (27,0)	1500 (73,0)	1,00	1,00	
<b>Normopeso</b>	97 (27,8)	252 (72,2)	1,04 (0,8 – 1,3)	1,07 (0,8 – 1,4)	0,621
<b>Sobrepeso</b>	80 (23,7)	257 (76,3)	0,84 (0,6 – 1,1)	0,81 (0,6 – 1,1)	0,125
<b>Obesidad</b>	17 (26,6)	47 (73,4)	0,98 (0,6 – 1,7)	0,79 (0,4 – 1,4)	0,432
<b>AUDIT patológico (riesgo alcoholismo)</b>	110 (25,6)	319 (74,4)	0,94 (0,7 – 1,2)	0,85 (0,7 – 1,1)	0,213
<b>Sedentarios</b>	198 (26,9)	538 (73,1)	1,00	1,00	
<b>Moderadamente activos</b>	300 (24,7)	915 (75,3)	0,89 (0,7 – 1,1)	0,92 (0,7 – 1,1)	0,429
<b>Muy activos</b>	250 (29,6)	595 (70,4)	1,14 (0,9 – 1,4)	1,18 (0,9 – 1,5)	0,143
<b>No fumadores</b>	492 (25,2)	1459 (74,8)	1,00	1,00	
<b>Exfumadores</b>	73 (32,2)	154 (67,8)	1,41 (1,0 – 1,9)	1,38 (1,0 – 1,9)	<b>0,045</b>
<b>Fumadores ocasionales</b>	70 (29,3)	169 (70,7)	1,23 (0,9 – 1,7)	1,22 (0,9 – 1,6)	0,221
<b>Fumadores habituales</b>	118 (29,6)	281 (70,4)	1,25 (1,0 – 1,6)	1,22 (0,9 – 1,6)	0,151
<b>Han consumido cannabis alguna vez en la vida</b>	336 (28,2)	856 (71,8)	1,14 (1,0 – 1,3)	1,02 (0,8 – 1,2)	0,862
<b>Edad</b>	—	—	1,05 (1,0 – 1,1)	1,04 (1,0 – 1,1)	0,083

Tabla 4. Resultados de hombres y mujeres en consulta de urgencias.

	TOTAL				
	Consulta de urgencias				
	Sí n (%)	No n (%)	ORc (IC 95%)	ORa (IC 95%)	p
<b>Dieta saludables</b>	164 (37,9)	269 (62,1)	1,00	1,00	
<b>Necesita cambios en la dieta</b>	1086 (35,7)	1955 (64,3)	0,91 (0,7 – 1,1)	0,91 (0,7 – 1,1)	0,383
<b>Dieta poco saludable</b>	180 (21,2)	247 (57,8)	1,20 (0,9 – 1,6)	1,19 (0,9 – 1,6)	0,233
<b>Desayunan habitualmente</b>	1238 (36,1)	2187 (63,9)	0,84 (0,7 – 1,0)	0,90 (0,7 – 1,1)	0,289
<b>SCOFF patológico (riesgo TCA)</b>	331 (42,9)	441 (57,1)	1,39 (1,2 – 1,6)	1,33 (1,1 – 1,6)	<b>0,001</b>
<b>Siguen alguna dieta</b>	151 (41,6)	212 (58,4)	1,26 (1,0 – 1,6)	1,19 (0,9 – 1,5)	0,135
<b>Infrapeso</b>	1053 (36,8)	1811 (63,2)	1,00	1,00	
<b>Normopeso</b>	140 (35,3)	257 (64,7)	0,94 (0,8 – 1,2)	0,99 (0,8 – 1,2)	0,921
<b>Sobrepeso</b>	191 (37,2)	323 (62,8)	1,02 (0,8 – 1,2)	0,94 (0,8 – 1,1)	0,534
<b>Obesidad</b>	40 (35,4)	73 (64,6)	0,94 (0,6 – 1,4)	0,83 (0,6 – 1,3)	0,376
<b>AUDIT patológico (riesgo alcoholismo)</b>	294 (42,2)	402 (57,8)	1,33 (1,1 – 1,6)	1,12 (0,9 – 1,4)	0,226
<b>Han realizado binge drinking en el último mes</b>	782 (40,0)	1173 (60,0)	1,34 (1,2 – 1,5)	1,19 (1,0 – 1,4)	<b>0,021</b>
<b>Sedentarios</b>	323 (34,8)	604 (61,2)	1,00	1,00	
<b>Moderadamente activos</b>	589 (36,9)	1007 (63,1)	1,09 (0,9 – 1,3)	1,12 (0,9 – 1,3)	0,189
<b>Muy activos</b>	505 (37,7)	835 (62,3)	1,13 (0,9 – 1,3)	1,15 (1,0 – 1,4)	0,119
<b>No fumadores</b>	943 (34,6)	1785 (64,4)	1,00	1,00	
<b>Exfumadores</b>	126 (41,2)	180 (58,8)	1,33 (1,0 – 1,7)	1,17 (0,9 – 1,5)	0,219
<b>Fumadores ocasionales</b>	129 (41,3)	183 (58,7)	1,33 (1,1 – 1,7)	1,14 (0,9 – 1,5)	0,309
<b>Fumadores habituales</b>	232 (41,8)	323 (58,2)	1,36 (1,1 – 1,6)	1,13 (0,9 – 1,4)	0,273
<b>Han consumido cannabis alguna vez en la vida</b>	690 (39,9)	1039 (60,1)	1,29 (1,1 – 1,5)	1,06 (0,9 – 1,2)	0,499
<b>IAT patológico (riesgo de uso patológico de Internet)</b>	78 (32,0)	166 (68,0)	0,80 (0,6 – 1,1)	0,75 (0,6 – 1,0)	<b>0,045</b>
<b>Edad</b>	—	—	1,04 (1,0 – 1,1)	1,03 (1,0 – 1,1)	0,114

Tabla 5. Resultados de hombres en consulta de urgencias.

	<b>HOMBRES</b>				
	<b>Consulta de urgencias</b>				
	<b>Sí n (%)</b>	<b>No n (%)</b>	<b>ORc (IC 95%)</b>	<b>ORa (IC 95%)</b>	<b>p</b>
<b>Dieta saludables</b>	33 (35,1)	61 (64,9)	1,00	1,00	
<b>Necesita cambios en la dieta</b>	263 (29,9)	618 (70,1)	0,79 (0,5 – 1,2)	0,74 (0,5 – 1,2)	0,207
<b>Dieta poco saludable</b>	49 (44,5)	61 (55,5)	1,48 (0,8 – 2,6)	1,36 (0,7 – 2,5)	0,315
<b>Desayunan habitualmente</b>	295 (31,1)	653 (68,9)	0,79 (0,5 – 1,1)	0,91 (0,6 – 1,4)	0,644
<b>SCOFF patológico (riesgo TCA)</b>	58 (44,3)	73 (55,7)	1,85 (1,3 – 2,7)	1,73 (1,2 – 2,6)	<b>0,008</b>
<b>Siguen alguna dieta</b>	31 (32,3)	65 (66,7)	1,03 (0,7 – 1,6)	0,96 (0,6 – 1,6)	0,867
<b>Infrapeso</b>	255 (31,5)	554 (68,5)	1,00		
<b>Normopeso</b>	12 (25,0)	36 (75,0)	0,72 (0,4 – 1,4)	0,73 (0,4 – 1,4)	0,365
<b>Sobrepeso</b>	62 (35,0)	115 (65,0)	1,17 (0,8 – 1,6)	0,99 (0,7 – 1,4)	0,968
<b>Obesidad</b>	16 (32,7)	33 (67,3)	1,05 (0,6 – 1,9)	0,85 (0,4 – 1,7)	0,639
<b>AUDIT patológico (riesgo alcoholismo)</b>	106 (39,7)	161 (60,3)	1,60 (1,2 – 2,1)	1,44 (0,7 – 1,6)	<b>0,038</b>
<b>Han realizado binge drinking en el último mes</b>	190 (35,4)	346 (64,6)	1,40 (1,1 – 1,8)	1,18 (0,9 – 1,6)	0,307
<b>Sedentarios</b>	130 (68,1)	61 (31,9)	1,00	1,00	
<b>Moderadamente activos</b>	124 (32,5)	257 (67,5)	1,03 (0,7 – 1,5)	1,08 (0,7 – 1,6)	0,702
<b>Muy activos</b>	155 (31,3)	340 (68,7)	0,97 (0,7 – 1,4)	0,97 (0,7 – 1,4)	0,881
<b>No fumadores</b>	243 (31,3)	534 (68,7)	1,00	1,00	
<b>Exfumadores</b>	25 (31,6)	54 (68,4)	1,02 (0,6 – 1,7)	0,78 (0,5 – 1,3)	0,373
<b>Fumadores ocasionales</b>	28 (38,4)	45 (61,6)	1,37 (0,8 – 2,2)	1,10 (0,6 – 1,9)	0,733
<b>Fumadores habituales</b>	49 (31,4)	107 (68,6)	1,01 (0,7 – 1,5)	0,75 (0,5 – 1,2)	0,196
<b>Han consumido cannabis alguna vez en la vida</b>	181(33,7)	356 (66,3)	1,19 (0,9 – 1,5)	1,00 (0,7 – 1,4)	0,986
<b>IAT patológico (riesgo de uso patológico de Internet)</b>	25 (33,8)	49 (66,2)	1,10 (0,7 – 1,8)	0,95 (1,0 – 1,1)	0,851
<b>Edad</b>	—	—	1,04 (1,0 – 1,1)	1,04 (1,0 – 1,1)	0,223

Tabla 6. Resultados de mujeres en consulta de urgencias.

	MUJERES				
	Consulta de urgencias				
	Sí n (%)	No n (%)	ORc (IC 95%)	ORa (IC 95%)	p
<b>Dieta saludables</b>	131 (38,6)	208 (61,4)	1,00	1,00	
<b>Necesita cambios en la dieta</b>	823 (38,1)	1337 (61,9)	0,98 (0,8 – 1,2)	0,99 (0,8 – 1,3)	0,920
<b>Dieta poco saludable</b>	131 (41,3)	186 (58,7)	1,12 (0,8 – 1,5)	1,15 (0,8 – 1,6)	0,410
<b>Desayunan habitualmente</b>	943 (38,1)	1534 (61,9)	0,85 (0,7 – 1,1)	0,88 (0,7 – 1,1)	0,312
<b>SCOFF patológico (riesgo TCA)</b>	273 (42,6)	368 (57,4)	1,25 (1,0 – 1,5)	1,18 (1,0 – 1,4)	0,080
<b>Siguen alguna dieta</b>	120 (44,9)	147 (55,1)	1,34 (1,0 – 1,7)	1,29 (1,0 – 1,7)	0,061
<b>Infrapeso</b>	798 (38,8)	1257 (61,2)	1,00	1,00	
<b>Normopeso</b>	128 (36,7)	221 (63,3)	0,91 (0,7 – 1,2)	0,96 (0,8 – 1,2)	0,747
<b>Sobrepeso</b>	129 (38,3)	208 (61,7)	0,98 (0,8 – 1,2)	0,93 (0,7 – 1,2)	0,548
<b>Obesidad</b>	24 (37,5)	40 (62,5)	0,95 (0,6 – 1,6)	0,85 (0,5 – 1,5)	0,555
<b>AUDIT patológico (riesgo alcoholismo)</b>	188 (43,8)	241 (56,2)	1,30 (1,1 – 1,6)	1,10 (0,9 – 1,4)	0,407
<b>Han realizado binge drinking en el último mes</b>	592 (41,7)	827 (58,3)	1,31 (1,1 – 1,5)	1,14 (1,0 – 1,4)	0,143
<b>Sedentarios</b>	262 (35,6)	474 (64,4)	1,00	1,00	
<b>Moderadamente activos</b>	465 (38,3)	750 (61,7)	1,12 (0,9 – 1,4)	1,15 (0,9 – 1,4)	0,171
<b>Muy activos</b>	350 (41,4)	495 (58,6)	1,28 (1,0 – 1,6)	1,13 (0,8 – 1,5)	<b>0,013</b>
<b>No fumadores</b>	700 (35,9)	1251 (64,1)	1,00	1,00	
<b>Exfumadores</b>	101 (44,5)	126 (55,5)	1,43 (1,1 – 1,9)	1,28 (1,0 – 1,6)	0,085
<b>Fumadores ocasionales</b>	101 (42,3)	138 (57,7)	1,31 (1,0 – 1,7)	1,13 (0,8 – 1,5)	0,418
<b>Fumadores habituales</b>	183 (45,9)	216 (54,1)	1,51 (1,2 – 1,9)	1,28 (1,0 – 1,6)	<b>0,056</b>
<b>Han consumido cannabis alguna vez en la vida</b>	509 (42,7)	683 (57,3)	1,36 (1,2 – 1,6)	1,11 (0,9 – 1,3)	0,276
<b>IAT patológico (riesgo de uso patológico de Internet)</b>	53 (31,2)	117 (68,8)	0,71 (0,5 – 1,0)	0,69 (0,5 – 1,0)	<b>0,032</b>
<b>Edad</b>	—	—	1,04 (1,0 – 1,1)	1,03 (1,0 – 1,1)	0,230