

PREVALENCIA DE CONDUCTAS DE RIESGO PARA LA SALUD Y SU RELACIÓN CON EL DISTRÉS PSICOLÓGICO

PRIMER PREMIO DE INVESTIGACIÓN ENFERMERA
"D. ÁNGEL ANDÍA LEZA" 2021
DEL COLEGIO OFICIAL DE ENFERMERÍA DE ZARAGOZA

Enrique Ramón Arbués



RESUMEN

Introducción: La época universitaria supone una transición entre la adolescencia y la edad adulta. Se trata de un período vulnerable en el que los jóvenes adquieren hábitos que, una vez establecidos, perduran para el resto de la vida. Estos hábitos pueden conllevar un aumento de la morbimortalidad a corto, medio y largo plazo. En el corto plazo, pueden asociarse, entre otros problemas, con deterioro de la salud psicológica y la calidad del sueño. Sin embargo, la investigación sobre el tema es limitada en el ámbito universitario y tradicionalmente se ha basado en el estudio individualizado de conductas específicas y no de patrones de múltiples conductas nocivas y sus resultados sobre la salud mental. Con objeto de paliar estas lagunas de la evidencia se llevó a cabo esta investigación cuyo objetivo principal fue determinar la prevalencia de conductas de riesgo para la salud en población universitaria y su grado de asociación con la presencia de estrés, ansiedad, depresión e insomnio como indicadores de distrés psicológico.

Método: Se llevó a cabo un estudio descriptivo transversal sobre una muestra de estudiantes de diferentes titulaciones del Campus universitario de Universidad San Jorge, en la región de Aragón (España). Los participantes fueron captados en el aula. Tras ser debidamente informados de los objetivos de la investigación y cumplimentar el consentimiento informado registraron sus datos en un cuestionario compuesto por 3 secciones: datos socio-demográficos, hábitos, salud mental y calidad del sueño.

La actividad física, el consumo de alcohol, el control del uso de Internet, la calidad de la dieta, la ansiedad, la depresión, el estrés y el insomnio fueron evaluados mediante herramientas debidamente validadas en población española. A saber: International Physical Activity Questionnaire, CAGE, Internet Addiction Test, Índice de Alimentación Saludable, Depression, Anxiety and Stress Scale (DASS-21) e Índice de Severidad del Insomnio, respectivamente.

La comparación por géneros de la prevalencia de conductas de riesgo y de la salud psicológica de los participantes se realizó a través de los test T de Student para las variables cuantitativas y Chi² para las cualitativas. La agrupación de las diferentes conductas de riesgo para la salud se realizó a través de la ratio de prevalencias observada/esperada. Se consideró la formación del conglomerado (cluster) cuando el resultado de esta fue superior a 1.0. Además, se efectuó análisis multivariante con objeto de determinar el impacto de cada una de las conductas de riesgo sobre la salud psicológica y el sueño de los participantes. Para ello se construyeron diferentes modelos de regresión logística binaria (método Intro) y regresión lineal múltiple tanto no ajustados como ajustados por posibles factores confusores. El análisis estadístico de los datos se realizó con el paquete estadístico SPSS para Windows (versión 21, Chicago, IL, USA) aceptando un nivel de significación de $p < 0,05$.

Resultados: Un total de 930 estudiantes universitarios conformaron la población del estudio. La edad media de los participantes fue de 21,95 años. Las prevalencias de tabaquismo, consumo de alcohol de riesgo, alimentación necesitada de cambios, baja actividad física y uso problemático de Internet se situaron en el 23,9%, 32,7%, 81,1%, 41,1% y 20,6%, respectivamente. Además, hasta un 64,3% de los participantes presentaba 2 o más conductas de riesgo para su salud observándose como asociaciones más potentes entre el consumo de tabaco y de alcohol, la baja actividad física y la alimentación inadecuada.

4 de cada 10 participantes evidenció insomnio en alguna de sus formas. El 31,2% de la población a estudio presentó algún nivel de estrés, con predominio de las formas moderadas y con hasta un 5,2% de formas severas o muy severas. El 18,5% de los participantes mostró alguna sintomatología depresiva siendo en un 6,9% de los casos a través de formas severas o muy severas. El 21,7% sufría de sintomatología ansiosa, de ellos un 5,8% en modo severo o muy severo. Hasta un 21,5% de los participantes presentó una combinación de 2 o más rasgos psicológicos. De forma general, se evidenció una peor salud psicológica y calidad del sueño en las mujeres de la muestra ($p < 0,05$).

Las conductas de riesgo más fuerte y constantemente asociadas con el distrés psicológico y el insomnio fueron el tabaquismo, el consumo de riesgo de alcohol y, muy especialmente, el uso problemático de Internet que se asoció muy poderosamente con la presencia de estrés (Odds Ratio=5,02), depresión (Odds Ratio=7,25), ansiedad (Odds Ratio=5,94) e insomnio (Odds Ratio=5,28).

El análisis agrupado de conductas de riesgo reveló que la combinación de éstas ejerce un efecto sinérgico sobre la sintomatología psicológica y el insomnio ($p < 0,05$). Especialmente cuando coexisten 3 o más conductas de riesgo en una misma persona.



Discusión / conclusiones: Los resultados de este estudio muestran una población universitaria con una elevada prevalencia tanto de conductas de riesgo para la salud como de sintomatología psicológica e insomnio. Cabe reseñar el marcado carácter asociativo entre las conductas de riesgo y la salud psicológica de los estudiantes.

A excepción del consumo de riesgo de alcohol, que en esta muestra fue considerablemente más elevado, los resultados obtenidos se alinean con los de estudios previos desarrollados sobre población universitaria española.

Estos hallazgos obligan a la realización de un esfuerzo investigador dirigido a comprender las circunstancias y motivos que empujan a los universitarios hacia estos comportamientos, así como los factores facilitadores y de refuerzo para la adopción de conductas positivas de salud. Desde el punto de vista de las políticas de salud, se antojan necesarias intervenciones educativas y promotoras de salud en el ámbito universitario en las que esferas como la alimentación, la actividad física, el uso de las nuevas tecnologías o el consumo de sustancias tóxicas sean sistemáticamente contempladas.

Palabras clave: Conductas de Riesgo para la Salud, Ansiedad, Depresión, Estrés, Insomnio.

■ ÍNDICE

INTRODUCCIÓN.....	4
OBJETIVOS.....	5
Objetivos generales.....	5
Objetivos específicos	5
MÉTODO	5
Diseño y población de estudio	5
Colección de datos.....	5
Análisis de los datos.....	7
RESULTADOS.....	7
Características de la muestra y conductas de riesgo para la salud.....	7
Distrés psicológico e insomnio	12
Relación entre conductas de riesgo para la salud y distrés psicológico.....	14
DISCUSIÓN/CONCLUSIONES	19
Prevalencia de conductas de riesgo para la salud.....	19
Distrés psicológico e insomnio	19
Relación entre conductas de riesgo para la salud y distrés psicológico.....	20
Fortalezas y limitaciones del estudio	20
Implicaciones para el futuro	21
REFERENCIAS.....	21
ANEXOS	25
International Physical Activity Questionnaire (IPAQ breve)	25
Índice de alimentación saludable.....	26
Cuestionario CAGE.....	27
Internet Addiction Test.....	27
Cuestionario DASS-21.....	28
Índice de severidad del insomnio.....	29

INTRODUCCIÓN

En los países de la Unión Europea, se espera que alrededor del 65% de los adultos jóvenes ingresen en la universidad. En España un 46,5% de los adultos jóvenes entre 25 y 34 años poseen estudios superiores (1). La época universitaria supone una transición entre la adolescencia y la edad adulta. Se trata de un período vulnerable en el que los jóvenes adquieren hábitos que, una vez establecidos, perduran para el resto de la vida (2). Estilos de vida frecuentes en la época universitaria como el tabaquismo (3), la mala alimentación (4) el sedentarismo (5) o el consumo excesivo de alcohol (6) conllevan, tanto a corto como a largo plazo, una multitud de riesgos para la salud y un aumento de la morbilidad (7). Además, los estilos de vida no saludables suelen agregarse (8-10), y actuar de forma sinérgica contra la salud (11).

Para muchos estudiantes, la época universitaria conlleva una nueva realidad personal y social cargada de responsabilidades y exigencias. Así, factores como la competencia entre iguales, la presión por los resultados académicos, la distancia con el núcleo familiar o los cambios en los volúmenes de trabajo pueden ocasionar situaciones de distrés psicológico y un deterioro de la salud mental de esta población (12,13). El distrés psicológico es un estado emocional caracterizado por síntomas de tipo depresivo y ansioso que se experimentan en respuesta al estrés y con una incapacidad percibida para afrontarlo de manera eficaz (14). Además, el distrés psicológico a menudo se asocia con dificultades para conciliar el sueño e insomnio (15). En este sentido, se han descrito diversos mecanismos biológicos, psicológicos y sociales comunes a ambos problemas capaces por sí mismos de explicar esta asociación (16). Aunque los comportamientos de salud individuales están asociados con problemas de salud mental, existe una investigación limitada que aborde la asociación entre patrones de múltiples conductas nocivas y resultados de salud mental en estudiantes universitarios, a pesar de que las conductas de riesgo para la salud a menudo coexisten (17,18). Estudios previos han descrito cómo el distrés psicológico que experimentan los estudiantes universitarios puede relacionarse con la adopción de ciertas conductas de riesgo, como el tabaquismo (19), el consumo de alcohol (20), unos malos hábitos alimentarios (21), o un patrón de actividad sedentario (22). A priori, estas asociaciones parecen plausibles habida cuenta de que, en estas edades, los recursos para hacer frente a situaciones estresantes a menudo se caracterizan por acciones de evitación que, al fin y al cabo, son comportamientos de riesgo para la salud. Sin embargo, el estudio de la agrupación de varias conductas de riesgo para la salud y el distrés psicológico entre los estudiantes de nivel superior permanece poco explorada (23). Lo mismo sucede acerca de la relación entre múltiples estilos de vida no saludables y la calidad del sueño. Cuatro estudios han examinado con anterioridad la asociación de múltiples conductas de riesgo para la salud y la salud psicológica en poblaciones universitarias de Irlanda (24), China (25), Reino Unido (11) y Canadá (26). En general, los resultados de estos estudios mostraron que los estudiantes con un mayor número de conductas no saludables tenían mayor riesgo de sufrir depresión, estrés y ansiedad. No obstante, algunos de estos estudios presentan muestras poco representativas y/o de pequeño tamaño que dificultan la generalización de los resultados. Además, ninguno de estos estudios analiza en sus muestras un factor tan íntimamente ligado al distrés psicológico como la prevalencia de insomnio. Del mismo modo, y hasta la fecha, en España no existe ninguna investigación previa que haya examinado la relación entre un gran abanico de estilos de vida no saludables y el distrés psicológico y la calidad del sueño en una gran muestra de estudiantes universitarios. Con objeto de mitigar estas carencias de la evidencia se llevó a cabo esta investigación.



OBJETIVOS

Objetivos generales

- Determinar la prevalencia de distrés psicológico en una población universitaria, a través de la monitorización de sintomatología psicológica (ansiedad, estrés y depresión) y la calidad del sueño.
- Delimitar el grado de asociación entre determinadas conductas de riesgo y la presencia de estrés, ansiedad, depresión e insomnio como indicadores de distrés psicológico.

Objetivos específicos

- Evaluar la prevalencia de conductas y estilos de vida de riesgo en la población universitaria de nuestro medio. A saber:
 - ✓ Tabaquismo.
 - ✓ Sedentarismo.
 - ✓ Uso problemático de Internet.
 - ✓ Consumo de alcohol de riesgo.
 - ✓ Alimentación no saludable.
- Determinar de qué forma tienden a agruparse en la población universitaria los diferentes estilos de vida no saludables.

MÉTODO

Diseño y población de estudio

Se realizó un estudio descriptivo transversal, en el que la población de referencia se compuso de estudiantes de diferentes titulaciones del Campus universitario de Universidad San Jorge, en la región de Aragón (España). Con anterioridad a la puesta en marcha del estudio se recabaron los permisos del Comité de Ética para la Investigación de la región y de la Junta de Dirección de Universidad San Jorge. Los participantes fueron captados en el aula durante el periodo lectivo del primer cuatrimestre del curso 2019-20. Cada uno de los estudiantes fue informado de los objetivos de la investigación al inicio de una de sus clases y a la finalización de la misma se hizo entrega de los cuestionarios. Durante el periodo de recogida de datos, que se prolongó por 4 semanas, un total de 1052 estudiantes fueron invitados a participar en el estudio. De ellos, 982 (93,3%) prestaron su consentimiento para participar en esta investigación y cumplimentaron los cuestionarios propuestos. Posteriormente, en la fase de depuración de datos se descartaron un total de 52 cuestionarios por cumplimentación deficiente (gran falta de datos o inclusión de datos manifiestamente falsos).

Colección de datos

El cuestionario de recogida de datos se compuso de 3 secciones:

- Datos sociodemográficos: edad, sexo, residencia habitual, situación de pareja, situación económica percibida y antropometría.
- Hábitos: actividad física, alimentación, uso de Internet, consumo de alcohol y tabaquismo (SI/NO).
- Distrés psicológico: ansiedad, depresión, estrés e insomnio.

La actividad física desarrollada se evaluó mediante la versión breve en español del International Physical Activity Questionnaire (IPAQ breve). Este instrumento está validado en población española (27) y se ha utilizado en repetidas ocasiones en población universitaria (28,29). IPAQ breve permite categorizar los niveles de actividad física desarrollada en actividad física baja, actividad física media y actividad física elevada (30).

La evaluación de la alimentación de los participantes se realizó mediante el Índice de Alimentación Saludable (IAS) de Norte et al. (31) que incluyeron ligeras modificaciones al cuestionario original de Kennedy et al. (32) con objeto de adaptarlo a los alimentos más habitualmente ingeridos por la población española. El IAS consta de 10 variables pun-



tuables de 0 a 10 puntos cada una. De este modo, la puntuación final en el cuestionario oscila entre 0 y 100 puntos. La clasificación por categorías se realiza en base a los siguientes criterios:

- Puntuación >80: alimentación saludable.
- Puntuación entre 50 y 80 puntos: alimentación necesitada de cambios.
- Puntuación <50 puntos: alimentación poco saludable.

La naturaleza del uso de Internet de los participantes fue testada a través del Internet Addiction Test de Young (IAT), validado en población española por Puerta-Cortés et al. (33). Este cuestionario se compone de 20 ítems tipo Likert con puntuaciones de 1 a 5 puntos. La puntuación máxima es de 100. Puntuaciones <50 puntos se han asociado con usuarios de Internet controlados, de 50 a 79 puntos a usuarios problemáticos de Internet (PIU) y ≥ 80 puntos a problemas vitales importantes que surgen del uso de Internet (34). En este estudio, se optó por dicotomizar el resultado del cuestionario según criterios utilizados en estudios previos (35,36):

- Puntuación IAT <50: Uso controlado de Internet.
- Puntuación IAT ≥ 50 : Uso problemático de Internet.

El consumo de alcohol se evaluó mediante el cuestionario CAGE, validado en población española por Rodríguez Martos et al. (37). Este cuestionario consta de 4 ítems de respuesta dicotómica (Sí / No). Cada ítem afirmativo agrega un punto, considerando que hay problemas con el alcohol cuando hay una respuesta afirmativa a 2 o más preguntas. Su sensibilidad oscila entre el 65 y el 100% y la especificidad entre el 88 y el 100% (38).

La sintomatología relativa a la ansiedad, el estrés y la depresión de los participantes se evaluó mediante el cuestionario DASS-21, versión corta del DASS-42. DASS-21 está conformado por las subescalas DASS-A (ansiedad), DASS-E (estrés) y DASS-D (depresión). Este cuestionario se compone de 21 ítems, 7 para cada subescala, con evaluación tipo Likert de 0 a 3 puntos (0 significa "no me aplica en absoluto" y 3 "me aplica mucho o la mayoría del tiempo"). La suma de las puntuaciones obtenidas en cada subescala se multiplica por 2 con objeto de hacer comparables los resultados del DASS-21 y DASS-42. A partir de las puntuaciones obtenidas se clasifica a los participantes en cada una de las 3 subescalas de la siguiente manera:

- Ansiedad: Normal (0-7 puntos), leve (8-9), moderada (10-14), severa (15-19) y extremadamente severa (>19).
- Depresión: Normal (0-9 puntos), leve (10-13), moderada (14-20), severa (21-27) y extremadamente severa (>27).
- Estrés: Normal (0-14 puntos), leve (15-18), moderado (19-25), severo (26-33) y extremadamente severo (>33).

El cuestionario DASS-21 ha sido validado con anterioridad en población joven española con elevados valores de consistencia interna para las tres subescalas, oscilando entre $\alpha=0,73$ y $\alpha=0,81$ (39).

La calidad del sueño/insomnio fue evaluada a través del Índice de Severidad del Insomnio (ISI). Este cuestionario se compone de 7 ítems que estudian la naturaleza, severidad e impacto del insomnio. Cada ítem se puntúa mediante escala tipo Likert de 0 a 4 puntos. La puntuación total se obtiene sumando las respuestas de los 7 ítems pudiendo obtenerse un valor mínimo de 0 y un valor máximo de 28 puntos. A partir de esta puntuación puede establecerse la siguiente clasificación:

- Puntuación de 0 a 7: Ausencia de insomnio clínico.
- Puntuación de 8 a 14: Insomnio subclínico.
- Puntuación de 15 a 21: Insomnio clínico (moderado).
- Puntuación de 22 a 28: Insomnio clínico (grave).

La validación en población española del ISI obtuvo un valor de consistencia interna de $\alpha=0,91$ (40). Este cuestionario ha sido utilizado en repetidas ocasiones en muestras formadas por población adulta-joven (41-43).



Análisis de los datos

Las características de la muestra fueron resumidas usando la media y desviación estándar para las variables continuas y la frecuencia y frecuencia relativa (porcentaje) para las cualitativas.

El test de Kolmogorov-Smirnov fue usado para testar la normalidad de las distribuciones de cada variable. La comparación por géneros de la prevalencia de conductas de riesgo y de la salud psicológica se realizó a través de los test T de Student para las variables cuantitativas y χ^2 para las cualitativas.

La agrupación de estilos de vida no saludables en conglomerados se realizó a través de la ratio de prevalencias observada/esperada. Se consideró la formación del conglomerado (cluster) cuando la prevalencia observada (O) de una combinación particular de conductas de riesgo excedió la prevalencia esperada de la combinación (E) basada en la ocurrencia aleatoria de las conductas de riesgo correspondientes. Es decir, cuando el resultado de la ratio O / E fue superior a 1.0.

Se realizó análisis multivariante con objeto de determinar el impacto de las conductas/hábitos de riesgo sobre la salud psicológica y el sueño de los participantes (presencia de ansiedad, estrés, depresión o insomnio). Para ello se construyeron diferentes modelos de regresión logística binaria (método Intro) tanto no ajustados como ajustados por posibles factores confusores como el género, la edad, el peso (IMC), la actividad física desarrollada, la situación económica percibida o la situación de pareja. Del mismo modo, y con el mismo objetivo, se llevaron a cabo sendos modelos de regresión lineal múltiple ajustados por esas mismas variables potencialmente confusoras.

El análisis estadístico de los datos se realizó con el paquete estadístico SPSS para Windows (versión 21, Chicago, IL, USA) aceptando un nivel de significación de $p < 0,05$.

RESULTADOS

Características de la muestra y conductas de riesgo para la salud

Un total de 930 estudiantes universitarios conformaron la población del estudio. La edad media de los participantes fue de 21,95 años, siendo predominante en la muestra el grupo de mujeres (60%). La mayoría de participantes presentaba normopeso (67,1%), vivía con sus familiares (65,2%), refería una situación económica media (74,4%) y no contaba con una pareja estable (55,7%). Tabla 1.

Tabla 1. Características de la muestra (n = 930).

Características	media ± DE	n (%)
Edad	21,95 ± 5,29	
Género		
Varón		372 (40,0%)
Mujer		558 (60,0%)
IMC (Kg/m²)	22,40 ± 3,62	
Categorías IMC		
Bajo peso		144 (15,5%)
Normopeso		624 (67,1%)
Sobrepeso/Obesidad		162 (17,4%)
Residencia		
Vive sólo/a		60 (6,5%)
Vive con compañeros/as		264 (28,4%)
Vive con familiares		606 (65,2%)
Situación económica percibida		
Muy mala/mala		124 (13,3%)
Moderada		692 (74,4%)
Alta/muy alta		114 (12,3%)
Pareja estable		
Sí		412 (44,3%)
No		518 (55,7%)
Puntuación IAT	41,66 ± 9,09	
Categorías IAT		
Control sobre Internet		738 (79,4%)
Uso problemático		192 (20,6%)
Tabaquismo		
Sí		222 (23,9%)
No		708 (76,1%)
Puntuación CAGE	0,47 ± 0,77	
Categorías CAGE		
No problema de consumo		626 (67,3%)
Consumo problemático		304 (32,7%)
Categorías IPAQ		
Actividad física baja		382 (41,1%)
Actividad física media		404 (43,4%)
Actividad física elevada		144 (15,5%)
Puntuación IASE	68,66 ± 12,35	
Categorías IASE		
Alimentación poco saludable		72 (7,8%)
Alimentación necesitada de cambios		682 (73,3%)
Alimentación saludable		176 (18,9%)

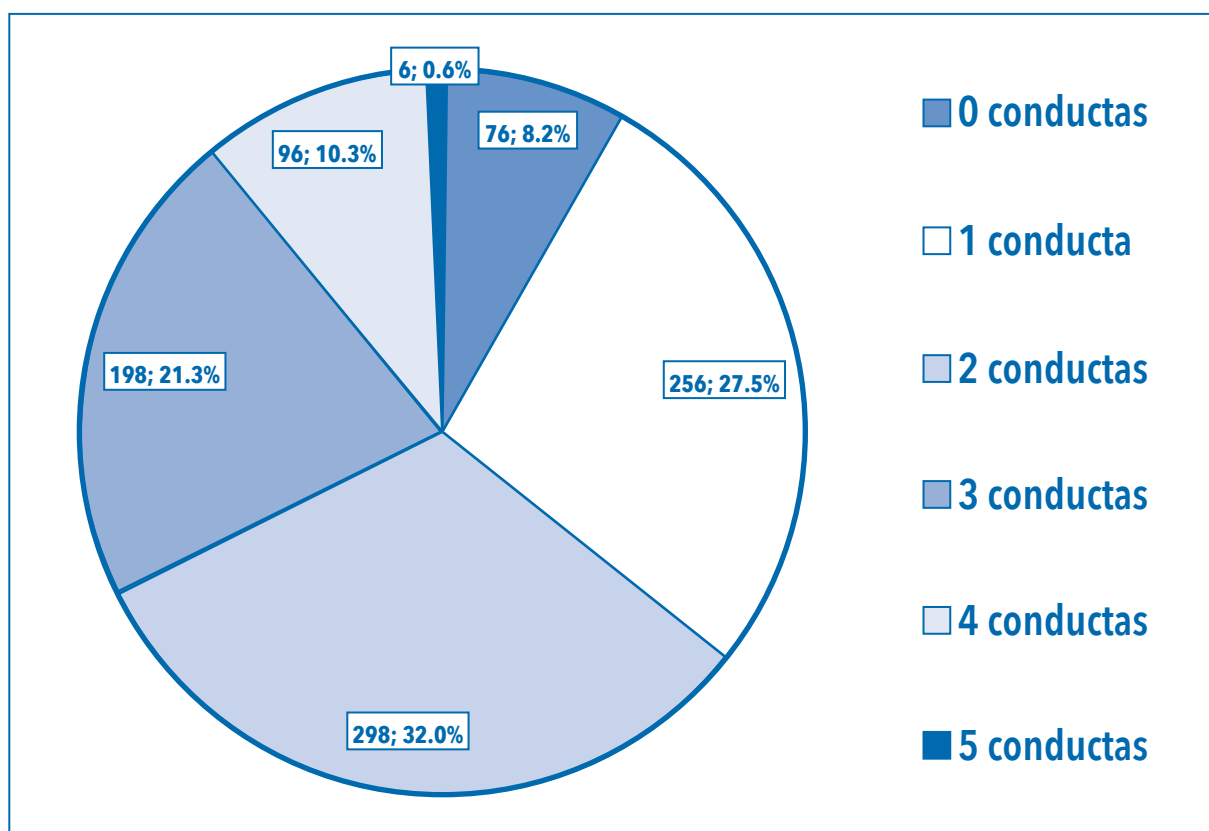
En cuanto a la prevalencia de estilos de vida/conductas no saludables, un 20,6% de los participantes mantenía una relación problemática con Internet, un 23,9% fumaba, un 32,7% refería un consumo problemático de alcohol, un 41,1% presentaba un patrón de baja actividad física y hasta un 81,1% se alimentaba de manera inadecuada. Tabla 1. Por géneros, se observó una mayor prevalencia de conductas de riesgo en las mujeres, salvo para el consumo de alcohol para el que no se objetivaron diferencias estadísticamente significativas. Tabla 2.

Tabla 2. Comparativa por género de la prevalencia de estilos de vida no saludables.

Características	Varones n (%)	Mujeres n (%)	p
Puntuación IAT (media±DE)	40,91±8,37	42,16±9,53	0,036
Categorías IAT			
Control sobre Internet	336 (90,3%)	402 (72,0%)	0,000
Uso problemático	36 (9,7%)	156 (28,0%)	
Tabaquismo			
Sí	54 (14,5%)	168 (30,1%)	0,000
No	318 (85,5%)	390 (69,9%)	
Puntuación CAGE (media±DE)	0,43±0,66	0,51±0,84	0,128
Categorías CAGE			
No problema de consumo	248 (66,7%)	378 (67,7%)	0,775
Consumo problemático	124 (33,3%)	180 (32,3%)	
Categorías IPAQ			
Actividad física baja	142 (38,2%)	240 (43,0%)	0,025
Actividad física media	158 (42,5%)	246 (44,1%)	
Actividad física elevada	72 (19,4%)	72 (12,9%)	
Puntuación IASE (media±DE)	69,69±12,46	67,98±12,24	0,038
Categorías IASE			
Alimentación poco saludable	36 (9,7%)	36 (6,5%)	0,001
Alimentación necesitada de cambios	250 (67,2%)	432 (78,3%)	
Alimentación saludable	86 (23,1%)	84 (15,2%)	

Además, se observó una clara tendencia a la agregación de los estilos de vida no saludables. Así, hasta un 64,3% de los participantes presentaba 2 o más estilos de vida no saludables. Figura 1.

Figura 1. Conglomerados de conductas no saludables para la salud en la muestra (n = 930)



Cabe reseñar que en la muestra de este estudio existen ciertos estilos de vida no saludables que tienden a agregarse. De esta manera, el consumo problemático de alcohol tiende a asociarse al tabaquismo, la realización de escasa actividad física, al uso no controlado de Internet y a una alimentación necesitada de cambios. Del mismo modo, la escasa actividad física, el uso problemático de Internet y una alimentación necesitada de cambios, por un lado; y el tabaquismo, la alimentación no saludable y el desarrollo de una baja actividad física, por el otro, tendieron a combinarse en los participantes de esta investigación. Tabla 3.

Tabla 3. Conglomerados de estilos de vida no saludables. Exploración de la tendencia a la agregación entre estilos.

Nº con- ductas de riesgo	Tabaquismo	Consumo de alcohol de riesgo	Baja actividad física	Uso proble- mático de Internet	Nutrición inadecuada	% observa- do (O)	% esperado (E)	Ratio O/E*
0						8,17%	4,53%	1,80
1	•					1,29%	1,42%	0,90
		•				1,29%	2,20%	0,58
			•			1,93%	3,15%	0,61
				•		0,00%	1,17%	0,00
					•	23,01%	19,41%	1,18
2	•	•				1,93%	0,69%	2,79
	•		•			0,00%	0,99%	0,00
	•			•		0,00%	0,36%	0,00
	•				•	3,22%	6,08%	0,52
		•	•			2,36%	1,53%	1,54
		•		•		0,64%	0,57%	1,12
		•			•	10,96%	9,42%	1,16
			•	•		0,00%	0,82%	0,00
			•		•	11,61%	13,53%	0,85
				•	•	1,29%	5,05%	0,25
3	•	•	•			0,64%	0,48%	1,33
	•	•		•		0,00%	0,17%	0,00
	•	•			•	1,93%	2,95%	0,65
	•		•	•		0,00%	0,25%	0,00
	•		•		•	7,09%	2,06%	3,44
	•			•	•	1,29%	0,76%	1,69
		•	•	•		0,00%	0,39%	0,00
		•	•		•	1,93%	6,57%	0,29
			•	•	•	6,45%	3,52%	1,83
		•		•	•	1,93%	2,45%	0,78
4	•	•	•	•		0,00%	0,12%	0,00
		•	•	•	•	4,51%	1,70%	2,65
	•		•	•	•	1,93%	1,10%	1,75
	•	•		•	•	1,93%	0,76%	2,53
	•	•	•		•	1,93%	2,06%	0,93
5	•	•	•	•	•	0,64%	0,53%	1,20

* Valores en negrita indican efecto cluster (Ratio O/E > 1).

Distrés psicológico e insomnio

La presencia de distrés psicológico se evaluó a través del estudio de la presencia de dificultades del sueño y síntomas psicológicos. 4 de cada 10 participantes evidenció insomnio en alguna de sus formas. Además, hasta un 6,3% de ellos refirió la toma de algún fármaco para combatirlo. Dato no disponible en Tabla.

El 31,2% de la población a estudio presentó algún nivel de estrés, con predominio de las formas moderadas y con hasta un 5,2% de formas severas o muy severas. El 18,5% de los participantes mostró alguna sintomatología depresiva siendo en un 6,9% de los casos a través de formas severas o muy severas. El 21,7% sufría de sintomatología ansiosa, de ellos un 5,8% en modo severo o muy severo. Tabla 4.

Tabla 4. Prevalencia de sintomatología psicológica en la muestra (n = 930).

Síntoma	Media±DE	n (%)
Puntuación DASS-E	11,94±7,87	
Categorías DASS-E		
No estrés		640 (68,8%)
Algún nivel de estrés		290 (31,2%)
Estrés leve		100 (10,8%)
Estrés moderado		142 (15,3%)
Estrés severo		36 (3,9%)
Estrés extremadamente severo		12 (1,3%)
Puntuación DASS-D	5,44±7,32	
Categorías DASS-D		
No depresión		758 (81,5%)
Algún nivel de depresión		172 (18,5%)
Depresión leve		72 (7,7%)
Depresión moderada		36 (3,9%)
Depresión severa		34 (3,7%)
Depresión extremadamente severa		30 (3,2%)
Puntuación DASS-A	4,61±5,55	
Categorías DASS-A		
No ansiedad		728 (78,3%)
Algún nivel de ansiedad		202 (21,7%)
Ansiedad leve		66 (7,1%)
Ansiedad moderada		82 (8,8%)
Ansiedad severa		6 (0,6%)
Ansiedad extremadamente severa		48 (5,2%)
Puntuación ISI	7,58±4,89	
Categorías ISI		
No insomnio		556 (59,8%)
Algún nivel de insomnio		374 (40,2%)
Insomnio subclínico		272 (29,2%)
Insomnio moderado		96 (10,3%)
Insomnio grave		6 (0,6%)

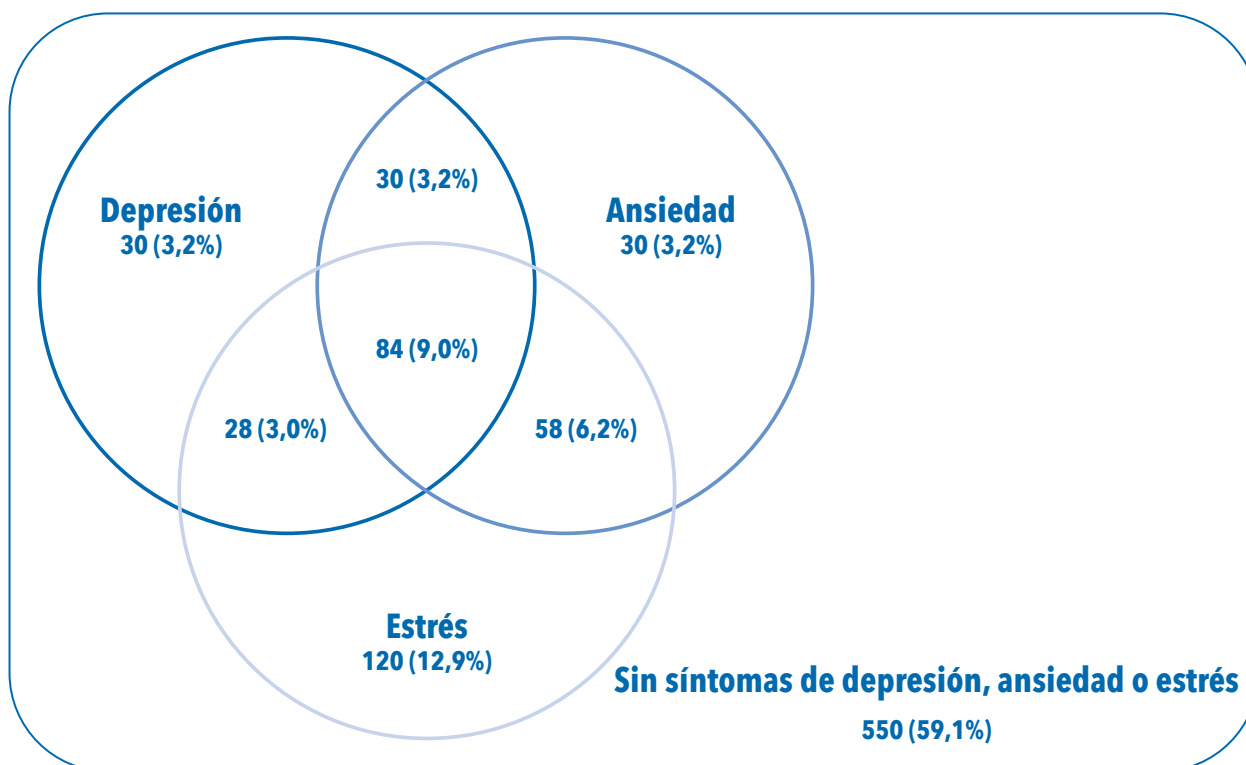


Tabla 5. Comparativa por género de la salud psicológica y calidad del sueño.

Características	Varones n (%)	Mujeres n (%)	p
Puntuación DASS-E	9,63±6,12	13,48±8,51	0,000
Categorías DASS-E			
No estrés	304 (81,7%)	336 (60,2%)	0,000
Algún nivel de estrés	68 (18,2%)	222 (39,8%)	
Estrés leve	34 (9,1%)	66 (11,8%)	0,000
Estrés moderado	34 (9,1%)	108 (19,4%)	
Estrés severo	0 (0,0%)	36 (6,5%)	
Estrés extremadamente severo	0 (0,0%)	12 (2,2%)	
Puntuación DASS-D	5,33±8,27	5,53±6,63	0,706
Categorías DASS-D			
No depresión	302 (81,2%)	456 (81,7%)	0,836
Algún nivel de depresión	70 (18,8%)	102 (18,3)	
Depresión leve	36 (9,7%)	36 (6,5%)	0,000
Depresión moderada	0 (0,0%)	36 (6,5%)	
Depresión severa	16 (4,3%)	18 (3,2%)	
Depresión extremadamente severa	18 (4,8%)	12 (2,2%)	
Puntuación DASS-A	3,30±3,30	5,48±6,50	0,000
Categorías DASS-A			
No ansiedad	320 (86,0%)	408 (73,1%)	0,000
Algún nivel de ansiedad	52 (14,0%)	150 (26,9%)	
Ansiedad leve	18 (4,8%)	48 (8,6%)	0,000
Ansiedad moderada	34 (9,1%)	48 (8,6%)	
Ansiedad severa	0 (0,0%)	6 (1,1%)	
Ansiedad extremadamente severa	0 (0,0%)	48 (8,6%)	
Puntuación ISI	6,06±4,67	8,60±4,77	0,000
Categorías ISI			
No insomnio	268 (72,0%)	288 (51,6%)	0,000
Algún nivel de insomnio	104 (28,0%)	270 (48,4%)	
Insomnio subclínico	68 (18,3%)	204 (36,6%)	0,000
Insomnio moderado	36 (9,7%)	60 (10,8%)	
Insomnio grave	0 (0,0%)	6 (1,1%)	

Cabe reseñar la gran coexistencia de sintomatología psicológica en la muestra. Así, hasta un 21,5% de los participantes presentaba una combinación de 2 o más rasgos psicológicos. Figura 2.

Figura 2. Coexistencia de sintomatología psicológica en la muestra (n = 930).



Relación entre conductas de riesgo para la salud y distrés psicológico

El modelo ajustado de regresión lineal múltiple evidenció relaciones estadísticamente significativas entre el nivel de estrés (evaluado a través de la escala DASS-E) y determinados hábitos como la dieta, el consumo de alcohol y el uso de Internet ($p < 0,05$ para las tres conductas). Así, un mayor consumo de alcohol, una dieta menos saludable y un menor control en el uso de Internet se asociaron con mayores puntuaciones en la escala de estrés. Tabla 6.

Tabla 6. Regresión lineal múltiple de la relación entre conductas de riesgo y el estrés (puntuación DASS-E).

Variable	B	Error típ.	Beta	t	p	Límite inferior (IC 95%)	Límite superior (IC 95%)
Puntuación CAGE	0,105	0,018	0,175	5,692	0,000*	0,069	0,141
Tabaquismo	0,038	0,035	0,035	1,093	0,275	-0,030	0,106
Puntuación IASE	-0,004	0,001	-0,106	3,340	0,001*	-0,006	-0,002
Baja actividad física	-0,031	0,031	-0,033	-0,981	0,327	-0,093	0,031
Puntuación IAT	0,010	0,002	0,193	5,621	0,000*	0,006	0,013
R² = 0,195							
p del modelo = 0,000							

Modelo ajustado por edad, género, IMC, residencia, situación económica percibida y situación de pareja.

* $p < 0,05$

En el modelo ajustado de regresión logística se observó una mayor tendencia a presentar alguna forma de estrés en los participantes que presentaron un consumo de riesgo de alcohol, fumaban, no se alimentaban de forma saludable y no se desenvolvían en Internet de forma controlada. Tabla 7.



Tabla 7. Regresión logística binaria de la relación entre conductas de riesgo y la presencia de estrés (puntuación DASS-E ≥ 15).

Variable	Modelo no ajustado			Modelo ajustado		
	OR	Límite inferior (IC 95%)	Límite superior (IC 95%)	OR	Límite inferior (IC 95%)	Límite superior (IC 95%)
Consumo problemático de alcohol	2,176*	1,629	2,907	1,730*	1,218	2,458
Tabaquismo	2,019*	1,477	2,760	1,573*	1,079	2,293
Alimentación necesitada de cambios	0,430*	0,306	0,604	0,222*	0,147	0,336
Baja actividad física	0,977	0,737	1,296	0,724	0,505	1,038
Uso problemático de Internet	3,928*	2,822	5,467	5,021*	3,303	7,631

Modelo ajustado por edad, género, IMC, residencia, situación económica percibida y situación de pareja.

* $p < 0,05$

El modelo ajustado de regresión lineal múltiple evidenció relaciones estadísticamente significativas entre el nivel de sintomatología depresiva y determinados estilos de vida y conductas como el tabaquismo, el consumo de alcohol y el uso de Internet. Así, un mayor consumo de alcohol, fumar y no controlar adecuadamente los usos de Internet se asociaron con mayores puntuaciones en la escala DASS-D de depresión. Tabla 8.

Tabla 8. Regresión lineal múltiple de la relación entre conductas de riesgo y la depresión (puntuación DASS-D).

Variable	B	Error típ.	Beta	t	p	Límite inferior (IC 95%)	Límite superior (IC 95%)
Puntuación CAGE	0,059	0,016	0,117	3,758	0,000*	0,028	0,089
Tabaquismo	0,084	0,029	0,092	2,842	0,005*	0,026	0,141
Puntuación IASE	0,002	0,001	0,053	1,656	0,098	0,000	0,004
Baja actividad física	0,004	0,027	0,005	0,134	0,893	-0,049	0,056
Puntuación IAT	0,012	0,001	0,276	7,941	0,000*	0,009	0,015
R² = 0,174							
p del modelo = 0,000							

Modelo ajustado por edad, género, IMC, residencia, situación económica percibida y situación de pareja.

* $p < 0,05$

En el modelo ajustado de regresión logística binaria se observó una mayor tendencia a presentar sintomatología depresiva en los participantes que presentaron un consumo problemático de alcohol, fumaban y no se desenvolvían en Internet de una forma controlada. Por el contrario, el seguimiento de una dieta necesitada de cambios se asoció a una menor probabilidad de presentar este tipo de sintomatología. Tabla 9.

Tabla 9. Regresión logística binaria de la relación entre conductas de riesgo y la presencia de depresión (puntuación DASS-D $\geq$ 10).

Variable	Modelo no ajustado			Modelo ajustado		
	OR	Límite inferior (IC 95%)	Límite superior (IC 95%)	OR	Límite inferior (IC 95%)	Límite superior (IC 95%)
Consumo problemático de alcohol	2,200*	1,569	3,083	1,622*	1,084	2,427
Tabaquismo	1,607*	1,116	2,315	2,791*	1,744	4,465
Alimentación necesitada de cambios	0,887	0,584	1,349	0,401*	0,239	0,675
Baja actividad física	1,653*	1,185	2,306	0,824	0,533	1,272
Uso problemático de Internet	4,688*	3,270	6,720	7,257*	4,430	11,888

Modelo ajustado por edad, género, IMC, residencia, situación económica percibida y situación de pareja.

*p<0,05

El análisis ajustado de regresión lineal múltiple relacionó de forma estadísticamente significativa el uso problemático de Internet con la puntuación en la escala de ansiedad. De esta forma, a mayores puntuaciones en el cuestionario IAT, mayores puntuaciones en la escala de ansiedad. Tabla 10.

Tabla 10. Regresión lineal múltiple de la relación entre conductas de riesgo y la ansiedad (puntuación DASS-A).

Variable	B	Error típ.	Beta	t	p	Límite inferior (IC 95%)	Límite superior (IC 95%)
Puntuación CAGE	0,014	0,017	0,026	0,797	0,426	-0,020	0,048
Tabaquismo	0,056	0,033	0,058	1,716	0,086	-0,008	0,120
Puntuación IASE	0,001	0,001	0,045	1,335	0,182	-0,001	0,004
Baja actividad física	-0,030	0,030	-0,036	-1,011	0,312	-0,088	0,028
Puntuación IAT	0,010	0,002	0,230	6,334	0,000*	0,007	0,014
R² = 0,102							
p del modelo = 0,000							

Modelo ajustado por edad, género, IMC, residencia, situación económica percibida y situación de pareja.

*p<0,05

El análisis de regresión logística binaria ajustado por factores potencialmente confusores evidenció una mayor probabilidad de presentar sintomatología ansiosa en aquellos participantes que fumaban y, muy especialmente, en aquellos cuyo uso de Internet era problemático (OR 5,95 [3,87 ; 9,13]). Tabla 11.

Tabla 11. Regresión logística binaria de la relación entre conductas de riesgo y la presencia de ansiedad (puntuación DASS-A $\geq$ 8).

Variable	Modelo no ajustado			Modelo ajustado		
	OR	Límite inferior (IC 95%)	Límite superior (IC 95%)	OR	Límite inferior (IC 95%)	Límite superior (IC 95%)
Consumo problemático de alcohol	1,184	0,853	1,643	0,736	0,498	1,088
Tabaquismo	1,779*	1,262	2,508	1,745*	1,166	2,612
Alimentación necesitada de cambios	1,135	0,751	1,716	0,695	0,465	1,083
Baja actividad física	1,200	0,876	1,643	0,760	0,519	1,111
Uso problemático de Internet	4,932*	3,484	6,981	5,945*	3,870	9,132

Modelo ajustado por edad, género, IMC, residencia, situación económica percibida y situación de pareja.

*p<0,05

En el modelo ajustado de regresión lineal múltiple se observaron relaciones estadísticamente significativas entre la calidad del sueño y determinados hábitos como la dieta, el tabaquismo y el uso de Internet. De esta manera, fumar, seguir una dieta poco saludable y un menor control en el uso de Internet se asociaron con mayores niveles de insomnio (puntuaciones en el ISI más elevadas). Tabla 12.

Tabla 12. Regresión lineal múltiple de la relación entre conductas de riesgo y el insomnio (puntuación ISI).

Variable	B	Error típ.	Beta	t	p	Límite inferior (IC 95%)	Límite superior (IC 95%)
Puntuación CAGE	0,070	0,186	0,011	0,373	0,709	-0,296	0,435
Tabaquismo	1,953	0,351	0,170	5,569	0,000*	1,265	2,642
Puntuación IASE	-0,035	0,012	-0,088	-2,870	0,004*	-0,058	-0,011
Baja actividad física	-0,365	0,318	-0,037	-1,146	0,252	-0,990	0,260
Puntuación IAT	0,208	0,018	0,387	11,734	0,000*	0,173	0,243
R² = 0,258							
p del modelo = 0,000							

Modelo ajustado por edad, género, IMC, residencia, situación económica percibida y situación de pareja.

*p<0,05

En el modelo ajustado de regresión logística se observó una mayor tendencia a presentar alguna forma de insomnio en los participantes que referían un consumo problemático de alcohol, fumaban, presentaban bajo nivel de actividad física y utilizaban de forma problemática Internet. Tabla 13.

Tabla 13. Regresión logística binaria de la relación entre conductas de riesgo y la presencia de insomnio (puntuación ISI ≥ 8).

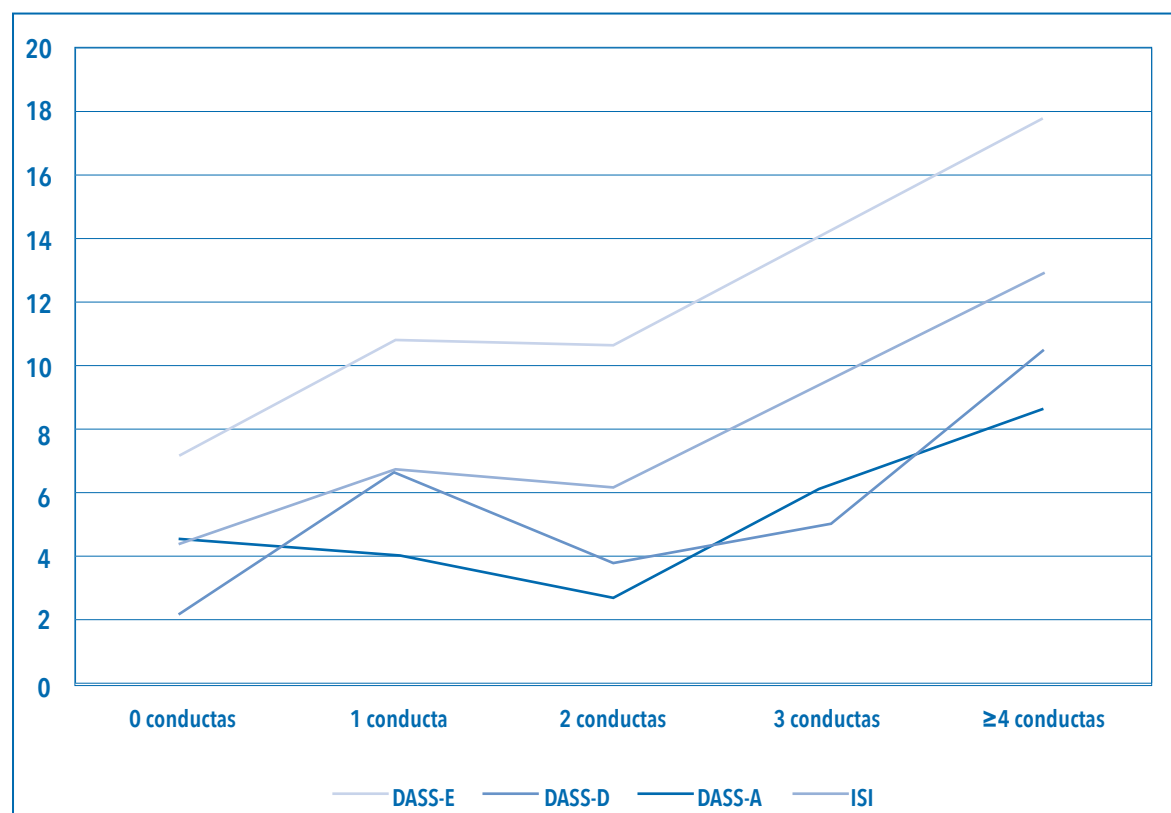
Variable	Modelo no ajustado			Modelo ajustado		
	OR	Límite inferior (IC 95%)	Límite superior (IC 95%)	OR	Límite inferior (IC 95%)	Límite superior (IC 95%)
Consumo problemático de alcohol	1,679*	1,272	2,217	1,568*	1,140	2,157
Tabaquismo	2,434*	1,791	3,310	1,755*	1,229	2,506
Alimentación necesitada de cambios	1,213	0,860	1,711	0,780	0,532	1,145
Baja actividad física	2,190*	1,674	2,866	1,625*	1,190	2,220
Uso problemático de Internet	5,436*	3,828	7,718	5,288*	3,513	7,960

Modelo ajustado por edad, género, IMC, residencia, situación económica percibida y situación de pareja.

* $p < 0,05$

El análisis agrupado de estilos de vida no saludables reveló que la combinación de estos ejerce un efecto sinérgico sobre la sintomatología psicológica y el insomnio ($p < 0,05$). Especialmente cuando coexisten 3 o más conductas de riesgo en una misma persona. Figura 3.

Figura 3. Agrupación de estilos de vida no saludables y su relación con las puntuaciones de los cuestionarios DASS-21 e ISI.



DISCUSIÓN/CONCLUSIONES

Prevalencia de conductas de riesgo para la salud

Los resultados de este estudio muestran una población universitaria con una elevada prevalencia de estilos de vida no saludables. Un 32,7%, un 23,9%, un 41,1%, un 20,6% y un 81,1%, presentaban un consumo de alcohol de riesgo, fumaban, realizaban baja actividad física, mantenían una relación problemática con Internet y presentaban una alimentación necesitada de cambios, respectivamente. De forma general, estos valores se sitúan cerca del límite superior de los rangos reportados en estudios previos sobre población universitaria española. A excepción del consumo de riesgo de alcohol que en esta muestra fue considerablemente más elevado. Tabla 14.

Tabla 14. Prevalencia de conductas de riesgo en población universitaria española.

Lugar ^{referencia}	Consumo de alcohol de riesgo	Tabaquismo	Baja actividad física	Uso de Internet problemático	Alimentación inadecuada
Este estudio	32,7%	23,9%	41,1%	20,6%	81,1%
Andalucía ⁹	-----	-----	56,4%	-----	-----
Baleares ⁴⁴	-----	-----	33,8%	-----	-----
Murcia ⁴⁵	-----	36%	-----	-----	-----
Galicia ⁴⁶	-----	-----	30,4%	-----	-----
Aragón ²¹	-----	24,7%	-----	-----	82,3%
Andalucía ⁴⁷	-----	-----	-----	12,3%	-----
Aragón ⁴⁸	-----	-----	-----	23,0%	-----
Galicia ⁴⁹	22,5%	15,1%	-----	-----	-----
Navarra ⁵⁰	19,5%	-----	-----	-----	-----
Andalucía ⁵¹	19,5%	-----	-----	-----	-----
C-La Mancha ⁵²	-----	14,2%	-----	-----	65,4%

Al comparar las prevalencias de conductas de riesgo de esta muestra y la población general española se observa que las proporciones de fumadores (53) y poco activos físicamente (53,54) son muy similares en ambas. Por el contrario, la prevalencia de alimentación necesitada de cambios (55) y de consumo de alcohol de riesgo (56) es mayor en los participantes de este estudio.

En la población de este estudio se observa una tendencia a la agregación de ciertos estilos de vida. Por ejemplo, el consumo problemático de alcohol tiende a asociarse al tabaquismo, la realización de escasa actividad física, al uso no controlado de Internet y a una alimentación necesitada de cambios. Este tipo de asociaciones ha sido reportado con anterioridad en población joven. Así, en población joven española, Benassar-Veny et al. (44) identificaron sendas asociaciones entre tabaquismo y calidad de la dieta y entre patrón de actividad física y uso del ordenador, Delgado-Lobete et al. (49) entre el tabaquismo y el consumo de alcohol y Grao-Cruces et al. (57) entre el tabaquismo, la actividad física desarrollada y la calidad de la dieta. Esta tendencia a la agrupación de conductas de riesgo, debe obligar a los gestores de políticas promotoras de la salud a considerar los patrones de comportamiento de la población joven a la hora de planificar, diseñar y evaluar sus intervenciones.

Distrés psicológico e insomnio

El 31,2%, 18,5% y 21,7% de la población a estudio presentó algún nivel de estrés, depresión y ansiedad, respectivamente. Estos valores son menores a los reportados en estudios previos sobre población universitaria española. Balanza et al. (58) detectaron una prevalencia de ansiedad y depresión de 41,7% y 55,6%, respectivamente. Por su parte, Fernández et al. (59) reportaron una prevalencia de síntomas de ansiedad del 44,7% y de sintomatología depresiva del 23,5%. En todo caso, debe señalarse que en ambos estudios se utilizaron diferentes herramientas de detección a la propuesta en

esta investigación y, por tanto, hay que ser prudente con esta comparativa. Por último, Aizpurua et al. (60) en este caso utilizando el cuestionario DASS-21, hallaron en universitarios españoles prevalencias de depresión, ansiedad y estrés del 38,2%, 45,4% y 42,5%, respectivamente. Muy superiores a las obtenidas en este estudio.

A nivel mundial, se observa una gran variabilidad en la prevalencia de distrés psicológico reportada. Un estudio secundario basado en el análisis de más de 20 estudios estimó una prevalencia media de depresión de alrededor del 30%, con un gran rango de resultados que oscilaron entre el 10 y el 80% (61).

Un 21,5% de los participantes evidenció una combinación de síntomas de dos o más trastornos psicológicos. Esta asociación se ha descrito previamente tanto en población universitaria (62) como general (63). Diversas similitudes neurobiológicas y genéticas entre ambos trastornos (depresión y ansiedad) podrían explicar esta asociación (64,65). Además, se ha señalado anteriormente la existencia (todavía no bien explicada) de un patrón sistemático bidireccional entre el desarrollo de síndromes depresivos y ansiosos en adultos jóvenes (66).

En nuestra muestra, las estudiantes mujeres presentaron una mayor prevalencia de síntomas de estrés y ansiedad en comparación con sus compañeros varones. Estos resultados coinciden con el grueso de la literatura previa (21,49) y, definitivamente, resaltan la importancia y necesidad de incluir la perspectiva de género en el diseño de cualquier intervención dirigida a promover el bienestar psicológico de la población adulta joven.

Un 40,2% de los participantes evidenció alguna forma de insomnio. La comparación de la prevalencia de insomnio es compleja debido a la gran variedad de escalas disponibles para su diagnóstico, sin embargo, estos resultados superan ampliamente los reportados por Tuyani-Soliman et al. (67) en población universitaria española. Del mismo modo, son muy superiores a los reportados en población general por Ohayon et al. (68) y Torrens et al. (69). Se observó una prevalencia de insomnio significativamente superior en el grupo de mujeres (48,2%) respecto al de los hombres. Sin desdeñar posibles consideraciones de género esta circunstancia podría ser explicada por la mayor prevalencia de estrés y ansiedad detectada en las mujeres de la muestra. La literatura disponible refleja una asociación bidireccional entre la ansiedad y el estrés y la calidad del sueño. Así, las personas con dificultades para iniciar y mantener el sueño pueden ser especialmente vulnerables a la preocupación y a estados de ansiedad generalizada por extensión, ya que la incapacidad para dormir crea un período nocturno de tiempo solitario y desestructurado (70). Por otra parte, las personas que presentan una duración del sueño corta exhiben una menor capacidad para la regulación del estrés que aquellos con una duración normal (71,72).

Relación entre conductas de riesgo para la salud y distrés psicológico

Los resultados de este estudio muestran una poderosa relación entre conductas de riesgo y salud mental y calidad del sueño en la población universitaria de nuestro medio. Al igual que en estudios previos, el consumo alcohólico de riesgo (73,74), el tabaquismo (75,76) y, muy especialmente el uso problemático de Internet (36,77), fueron las conductas de riesgo más claramente asociadas al bienestar psicológico y el sueño de los participantes de este estudio. Cabe reseñar que la agrupación de estilos de vida no saludables (≥ 3 conductas de riesgo en un mismo sujeto) parece ejercer un rol sinérgico en la aparición de síntomas psicológicos e insomnio. Esta co-ocurrencia (78) y agrupación (79,80) de múltiples conductas de riesgo en grupos de estudiantes han sido reportadas previamente. En la línea de los resultados de este estudio, el grueso de la literatura refleja una clara asociación entre la agrupación de estilos de vida no saludables y una peor salud psicológica de la población universitaria (23,26,79).

La agrupación de estrategias de afrontamiento pasivas caracterizadas por la evitación/escape (incluyendo conductas de evitación como el tabaquismo, el consumo de alcohol o el refugio en las nuevas tecnologías) unida a los altos niveles de distrés psicológico observados en este estudio destacan la necesidad de trabajar activamente en la población universitaria por la adquisición de estrategias de afrontamiento eficaces y adaptativas.

Fortalezas y limitaciones del estudio

Este es el primer estudio realizado en España que analiza la asociación entre una gran variedad de estilos de vida no saludables y una amplia gama de sintomatología psicológica y la calidad del sueño. Además, en esta investigación se incluye en el análisis de los datos una descripción de esta asociación tanto individualmente para cada una de las conductas de riesgo como de forma agrupada a través de la combinación de estas conductas. Otra de las fortalezas de este estudio es el elevado tamaño muestral ($n=930$), apoyado en una elevada tasa de respuesta (93,3%), muy superior a la reportada en estudios similares llevados a cabo sobre poblaciones universitarias (81,82). Muy probablemente esta cir-



cunstancia se deba a la sistemática de captación de los participantes (presencial) y recogida de datos (cuestionarios en formato físico, no online) utilizada en esta investigación. De esta forma, parece razonable considerar esta muestra como representativa de la población universitaria, al menos de nuestro entorno. Sin embargo, deben ser señaladas varias limitaciones. Si bien la muestra de estudio bien puede considerarse como representativa de la población universitaria aragonesa, no necesariamente lo sea de la población general adulta-joven. Lo que debe ser tomado en cuenta a la hora de extrapolar los resultados obtenidos en esta investigación a otras poblaciones de edades similares. La naturaleza transversal de este estudio permite establecer asociaciones entre conductas de riesgo y síntomas psicológicos e insomnio pero no relaciones causales ni direccionalidad en las asociaciones. Por último, es necesario indicar que los datos presentados en esta investigación son, en su totalidad, inmediatamente previos a cualquier medida de confinamiento y control de la pandemia de COVID-19. Por tanto, son un fiel reflejo del estado "basal" de la población universitaria pero no necesariamente de su estado actual. En este sentido, existen estudios que han constatado cambios tanto en la salud psicológica (83,84) como en la calidad del sueño de la población universitaria como consecuencia de la pandemia de COVID-19. De la misma forma, también se han reportado modificaciones en los estilos de vida (85-87).

Implicaciones para el futuro

Nuestros hallazgos revelan una muy elevada prevalencia de estilos de vida no saludables. Esta circunstancia obliga a un esfuerzo investigador dirigido a comprender tanto las circunstancias y motivos que empujan a los universitarios hacia estos comportamientos como los factores facilitadores y de refuerzo para la adopción de conductas positivas de salud. Desde el punto de vista de las políticas de salud, la transición a la edad adulta se erige como un momento importante para la dedicación de esfuerzos de promoción de la salud. Bajo esta premisa, los Campus universitarios se constituyen como entornos ideales para el abordaje integral de la salud de un gran número de adultos jóvenes.

Los resultados de esta investigación denotan una relación significativa entre la agrupación de estos comportamientos de riesgo para la salud y unos mayores niveles de estrés psicológico e insomnio. Específicamente, los factores más constantemente relacionados con una peor salud psicológica fueron el consumo problemático de alcohol, el tabaquismo y, muy especialmente, el uso problemático de Internet. La comprensión de cómo una salud psicológica deteriorada puede aparecer en el contexto de múltiples estilos de vida no saludables refuerzan la necesidad de evaluar a qué estilos de vida se dirigen actualmente las políticas universitarias en materia de salud, e introducir en el futuro intervenciones en las que esferas como la alimentación, la actividad física, el uso de las nuevas tecnologías o el consumo de sustancias tóxicas sean sistemáticamente contempladas. Así, estas intervenciones deben ser integrales y dirigirse a comportamientos múltiples y no únicos. Los recursos de estas iniciativas deben incluir educativas y promotoras de la salud, así como la concienciación de los estudiantes acerca de sus hábitos de vida actuales y las posibles consecuencias para su salud en el futuro.

REFERENCIAS

1. **OECD. Education at a Glance: Highlights. OECD. 2021.** Disponible en: <https://data.oecd.org/eduatt/population-with-tertiary-education.htm> (último acceso 12 Marzo 2021).
2. **Deasy C, Coughlan B, Pironom J, Jourdan D, Mcnamara PM.** Psychological distress and lifestyle of students: implications for health promotion. *Health Promot Int.* 2015 Mar;30(1):77-87. doi: 10.1093/heapro/dau086.
3. **Latimer LA, Batanova M, Loukas A.** Prevalence and harm perceptions of various tobacco products among college students. *Nicotine Tob Res.* 2014 May;16(5):519-26. doi: 10.1093/ntr/ntt174.
4. **Olatona FA, Onabanjo OO, Ugbaja RN, Nnoaham KE, Adelekan DA.** Dietary habits and metabolic risk factors for non-communicable diseases in a university undergraduate population. *J Health Popul Nutr.* 2018 Aug 16;37(1):21. doi: 10.1186/s41043-018-0152-2.
5. **Wu X, Tao S, Zhang Y, Zhang S, Tao F.** Low physical activity and high screen time can increase the risks of mental health problems and poor sleep quality among Chinese college students. *PLoS One.* 2015 Mar 18;10(3):e0119607. doi: 10.1371/journal.pone.0119607.
6. **Tavolacci MP, Boerg E, Richard L, Meyrignac G, Dechelotte P, Ladner J.** Prevalence of binge drinking and associated behaviours among 3286 college students in France. *BMC Public Health.* 2016 Feb 23;16:178. doi: 10.1186/s12889-016-2863-x.
7. **Ng R, Sutradhar R, Yao Z, Wodchis WP, Rosella LC.** Smoking, drinking, diet and physical activity-modifiable lifestyle risk factors and their associations with age to first chronic disease. *Int J Epidemiol.* 2020 Feb 1;49(1):113-30. doi: 10.1093/ije/dyz078.
8. **Grao-Cruces A, Nuviala A, Fernández-Martínez A, Martínez-López EJ.** Relationship of physical activity and sedentarism with tobacco and alcohol consumption, and Mediterranean diet in Spanish teenagers. *Nutr Hosp.* 2015 Apr 1;31(4):1693-700. doi: 10.3305/nh.2015.31.4.8256.

9. **Gallardo-Escudero A, Muñoz Alf  rez MJ, Planells del Pozo EM, López Aliaga I.** The university stage does not favor the healthy life style in women students from Granada. *Nutr Hosp.* 2014 Nov 15;31(2):975-9. doi: 10.3305/nh.2015.31.2.8303.
10. **Delgado-Lobete L, Montes-Montes R, Vila-Paz A, Cruz-Vali  o JM, G  ndara-Gafo B, Talavera-Valverde M  , et al.** Individual and Environmental Factors Associated with Tobacco Smoking, Alcohol Abuse and Illegal Drug Consumption in University Students: A Mediating Analysis. *Int J Environ Res Public Health.* 2020 Apr 27;17(9):3019. doi: 10.3390/ijerph17093019.
11. **Dodd LJ, Al-Nakeeb Y, Nevill A, Forshaw MJ.** Lifestyle risk factors of students: a cluster analytical approach. *Prev Med.* 2010 Jul;51(1):73-7. doi: 10.1016/j.ypmed.2010.04.005.
12. **Schlarb AA, Cla  en M, Grünwald J, V  gele C.** Sleep disturbances and mental strain in university students: results from an online survey in Luxembourg and Germany. *Int J Ment Health Syst.* 2017 Mar 29;11:24. doi: 10.1186/s13033-017-0131-9.
13. **Shamsuddin K, Fadzil F, Ismail WS, Shah SA, Omar K, Muhammad NA, Jaffar A, Ismail A, Mahadevan R.** Correlates of depression, anxiety and stress among Malaysian university students. *Asian J Psychiatr.* 2013 Aug;6(4):318-23. doi: 10.1016/j.ajp.2013.01.014.
14. **Ridner SH.** Psychological distress: concept analysis. *J Adv Nurs.* 2004 Mar;45(5):536-45. doi: 10.1046/j.1365-2648.2003.02938.x.
15. **Mason EC, Harvey AG.** Insomnia before and after treatment for anxiety and depression. *J Affect Disord.* 2014 Oct;168:415-21. doi: 10.1016/j.jad.2014.07.020.
16. **Blake MJ, Trinder JA, Allen NB.** Mechanisms underlying the association between insomnia, anxiety, and depression in adolescence: Implications for behavioral sleep interventions. *Clin Psychol Rev.* 2018 Jul;63:25-40. doi: 10.1016/j.cpr.2018.05.006.
17. **Spring B, Moller AC, Coons MJ.** Multiple health behaviours: overview and implications. *J Public Health (Oxf).* 2012 Mar;34 Suppl 1(Suppl 1):i3-10. doi: 10.1093/pubmed/fdr111.
18. **Pronk NP, Anderson LH, Crain AL, Martinson BC, O'Connor PJ, Sherwood NE, et al.** Meeting recommendations for multiple healthy lifestyle factors. Prevalence, clustering, and predictors among adolescent, adult, and senior health plan members. *Am J Prev Med.* 2004 Aug;27(2 Suppl):25-33. doi: 10.1016/j.amepre.2004.04.022.
19. **Milic M, Gazibara T, Pekmezovic T, Kisic Tepavcevic D, Maric G, Popovic A, et al.** Tobacco smoking and health-related quality of life among university students: Mediating effect of depression. *PLoS One.* 2020 Jan 8;15(1):e0227042. doi: 10.1371/journal.pone.0227042.
20. **Santangelo OE, Provenzano S, Firenze A.** Anxiety, depression and risk consumption of alcohol in a sample of university students. *Riv Psichiatri.* 2018 Mar-Apr;53(2):88-94. doi: 10.1708/2891.29157.
21. **Ramón-Arbu  s E, Martínez Abad  a B, Granada López JM, Ech  niz Serrano E, Pellicer García B, Juárez Vela R, et al.** Eating behavior and relationships with stress, anxiety, depression and insomnia in university students. *Nutr Hosp.* 2019 Dec 26;36(6):1339-45. doi: 10.20960/nh.02641.
22. **Lee E, Kim Y.** Effect of university students' sedentary behavior on stress, anxiety, and depression. *Perspect Psychiatr Care.* 2019 Apr;55(2):164-9. doi: 10.1111/ppc.12296.
23. **Jao NC, Robinson LD, Kelly PJ, Ciecierski CC, Hitsman B.** Unhealthy behavior clustering and mental health status in United States college students. *J Am Coll Health.* 2019 Nov-Dec;67(8):790-800. doi: 10.1080/07448481.2018.1515744.
24. **Murphy JJ, MacDonncha C, Murphy MH, Murphy N, Timperio A, Leech RM, et al.** Identification of health-related behavioural clusters and their association with demographic characteristics in Irish university students. *BMC Public Health.* 2019 Jan 28;19(1):121. doi: 10.1186/s12889-019-6453-6.
25. **Ye YL, Wang PG, Qu GC, Yuan S, Phongsavan P, He QQ.** Associations between multiple health risk behaviors and mental health among Chinese college students. *Psychol Health Med.* 2016;21(3):377-85. doi: 10.1080/13548506.2015.1070955.
26. **Kwan MY, Arbour-Nicitopoulos KP, Duku E, Faulkner G.** Patterns of multiple health risk-behaviours in university students and their association with mental health: application of latent class analysis. *Health Promot Chronic Dis Prev Can.* 2016 Aug;36(8):163-70. doi: 10.24095/hpcdp.36.8.03.
27. **Román Vi  as B, Ribas Barba L, Ngo J, Serra Majem L.** Validity of the international physical activity questionnaire in the Catalan population (Spain). *Gac Sanit.* 2013 May-Jun;27(3):254-7. doi: 10.1016/j.gaceta.2012.05.013.
28. **Varela-Mato V, Cancela JM, Ayan C, Martín V, Molina A.** Lifestyle and health among Spanish university students: differences by gender and academic discipline. *Int J Environ Res Public Health.* 2012 Aug;9(8):2728-41. doi: 10.3390/ijerph9082728.
29. **D  browska-Galas M, Plinta R, D  browska J, Skrzypulec-Plinta V.** Physical activity in students of the Medical University of Silesia in Poland. *Phys Ther.* 2013 Mar;93(3):384-92. doi: 10.2522/ptj.20120065.
30. **The IPAQ Group Guidelines for data processing and analysis of the International Physical Activity Questionnaire. 2015.** Disponible en: <http://www.ipaq.ki.se> (  ltimo acceso 19 Marzo 2021).
31. **Norte Navarro AI, Ortiz Moncada R.** Spanish diet quality according to the healthy eating index. *Nutr Hosp.* 2011 Mar-Apr;26(2):330-6. doi: 10.1590/S0212-16112011000200014.
32. **Kennedy ET, Ohls J, Carlson S, Fleming K.** The Healthy Eating Index: design and applications. *J Am Diet Assoc.* 1995 Oct;95(10):1103-8. doi: 10.1016/S0002-8223(95)00300-2.
33. **Puerta-Cortés DX, Carbonell X, Chamorro A.** Análisis de las propiedades psicom  tricas de la versión en español del Internet Addiction Test. *Trastornos Adictivos.* 2012;14(4):99-104. doi: 10.1016/S1575-0973(12)70052-1.
34. **Young KS.** Caught in the Net: How to recognize the signs of Internet addiction and a winning strategy for recovery. New York: John Wiley & Sons, Inc; 1998.
35. **Alpaslan AH, Soy  lu N, Avci K, Co  kun K  , Kocak U, Ta   HU.** Disordered eating attitudes, alexithymia and suicide probability among Turkish high school girls. *Psychiatry Res.* 2015 Mar 30;226(1):224-9. doi: 10.1016/j.psychres.2014.12.052.



36. **Younes F, Halawi G, Jabbour H, El Osta N, Karam L, Hajj A, et al.** Internet Addiction and Relationships with Insomnia, Anxiety, Depression, Stress and Self-Esteem in University Students: A Cross-Sectional Designed Study. *PLoS One*. 2016 Sep 12;11(9):e0161126. doi: 10.1371/journal.pone.0161126.
37. **Rodríguez Martos A, Navarro RM, Vecino C, Pérez R.** Validación de los cuestionarios KFA (CBA) y CAGE para el diagnóstico del alcoholismo. *Droga-Alcohol*. 1986;11(4):132-9.
38. **Morales Rueda A, Rubio Valladolid G.** Diagnóstico y tratamiento de los problemas relacionados con el alcohol en atención primaria. *MEDIFAM*. 1997;7: 211-25.
39. **Fonseca Pedrero E, Paino Piñeiro M, Lemos Giraldez S, Muñiz Fernández J.** Propiedades psicométricas de la Depresión Anxiety and Stress Scales-21 (DASS-21) en universitarios españoles. *Ansiedad estrés*. 2010;16(2-3):215-26.
40. **Sierra JC, Guillén-Serrano V, Santos-Iglesias P.** Insomnia Severity Index: some indicators about its reliability and validity on an older adults sample. *Rev Neurol*. 2008 Dec 1-15;47(11):566-70. doi: 10.33588/rn.4711.2008221
41. **Gellis LA, Arigo D, Elliott JC.** Cognitive refocusing treatment for insomnia: a randomized controlled trial in university students. *Behav Ther*. 2013 Mar;44(1):100-10. doi: 10.1016/j.beth.2012.07.004.
42. **Mairs L, Mullan B.** Self-Monitoring vs. Implementation Intentions: a Comparison of Behaviour Change Techniques to Improve Sleep Hygiene and Sleep Outcomes in Students. *Int J Behav Med*. 2015 Oct;22(5):635-44. doi: 10.1007/s12529-015-9467-1.
43. **Gellis LA, Park A, Stotsky MT, Taylor DJ.** Associations between sleep hygiene and insomnia severity in college students: cross-sectional and prospective analyses. *Behav Ther*. 2014 Nov;45(6):806-16. doi: 10.1016/j.beth.2014.05.002.
44. **Bennasar-Veny M, Yañez AM, Pericas J, Ballester L, Fernandez-Dominguez JC, Tauler P, et al.** Cluster Analysis of Health-Related Lifestyles in University Students. *Int J Environ Res Public Health*. 2020 Mar 9;17(5):1776. doi: 10.3390/ijerph17051776.
45. **Castro Cuesta JY, Abellán Huerta J, Leal Hernández M, Gómez Jara P, Ortín Ortín EJ, Abellán Alemán J.** Lifestyles related with cardiovascular risk in university students. *Clin Investig Arterioscler*. 2014 Jan-Feb;26(1):10-6. doi: 10.1016/j.arteri.2013.10.007.
46. **Carballo-Fazanes A, Rico-Díaz J, Barcala-Furelos R, Rey E, Rodríguez-Fernández JE, Varela-Casal C, Abelairas-Gómez C.** Physical Activity Habits and Determinants, Sedentary Behaviour and Lifestyle in University Students. *Int J Environ Res Public Health*. 2020 May 8;17(9):3272. doi: 10.3390/ijerph17093272.
47. **Aznar-Díaz I, Romero-Rodríguez JM, García-González A, Ramírez-Montoya MS.** Mexican and Spanish university students' Internet addiction and academic procrastination: Correlation and potential factors. *PLoS One*. 2020 May 22;15(5):e0233655. doi: 10.1371/journal.pone.0233655.
48. **Ramón-Arhués E, Gea-Caballero V, Granada-López JM, Juárez-Vela R, Pellicer-García B, Antón-Solanas I.** The Prevalence of Depression, Anxiety and Stress and Their Associated Factors in College Students. *Int J Environ Res Public Health*. 2020 Sep 24;17(19):7001. doi: 10.3390/ijerph17197001.
49. **Delgado-Lobete L, Montes-Montes R, Vila-Paz A, Cruz-Valiño JM, Gándara-Gafo B, Talavera-Valverde MÁ, et al.** Individual and Environmental Factors Associated with Tobacco Smoking, Alcohol Abuse and Illegal Drug Consumption in University Students: A Mediating Analysis. *Int J Environ Res Public Health*. 2020 Apr 27;17(9):3019. doi: 10.3390/ijerph17093019.
50. **Stock C, Mikolajczyk R, Bloomfield K, Maxwell AE, Ozcebe H, Petkeviciene J, Naydenova V, Marin-Fernandez B, El-Ansari W, Krämer A.** Alcohol consumption and attitudes towards banning alcohol sales on campus among European university students. *Public Health*. 2009 Feb;123(2):122-9. doi: 10.1016/j.puhe.2008.12.009.
51. **García Montes JM, Zaldívar Basurto F, Moreno Montoya M, Flores Cubos P.** Relationship between drug use and psychopathological variables of risk in university students. *Psicothema*. 2013;25(4):433-9. doi: 10.7334/psicothema2013.20.
52. **Cobo-Cuenca AI, Garrido-Miguel M, Soriano-Cano A, Ferri-Morales A, Martínez-Vizcaíno V, Martín-Espinosa NM.** Adherence to the Mediterranean Diet and Its Association with Body Composition and Physical Fitness in Spanish University Students. *Nutrients*. 2019 Nov 19;11(11):2830. doi: 10.3390/nu11112830.
53. **García-Mayor J, Moreno-Llamas A, De la Cruz-Sánchez E.** Smoking prevalence and health-related lifestyle behaviours according to tobacco use after the smoke-free law in Spain: analysis of Spanish National Health Surveys 2009-2017. *Rev Esp Salud Publica*. 2019 Jul 15;93:e201907042.
54. **Brugnara L, Murillo S, Novials A, Rojo-Martínez G, Soriguer F, Goday A, et al.** Low Physical Activity and Its Association with Diabetes and Other Cardiovascular Risk Factors: A Nationwide, Population-Based Study. *PLoS One*. 2016 Aug 17;11(8):e0160959. doi: 10.1371/journal.pone.0160959.
55. **Rodríguez-Rodríguez E, López-Sobaler AM, Ortega RM, Delgado-Losada ML, López-Parra AM, Aparicio A.** Association between Neutrophil-to-Lymphocyte Ratio with Abdominal Obesity and Healthy Eating Index in a Representative Older Spanish Population. *Nutrients*. 2020 Mar 23;12(3):855. doi: 10.3390/nu12030855.
56. **Carballo JJ, Oquendo MA, Giner L, García-Parajua P, Iglesias JJ, Goldberg PH, Zalsman G, Chaudhury SR, Sher L.** Prevalence of alcohol misuse among adolescents and young adults evaluated in a primary care setting. *Int J Adolesc Med Health*. 2006 Jan-Mar;18(1):197-202. doi: 10.1515/ijamh.2006.18.1.197.
57. **Grao-Cruces A, Nuviala A, Fernández-Martínez A, Martínez-López EJ.** Relationship of physical activity and sedentarism with tobacco and alcohol consumption, and Mediterranean diet in Spanish teenagers. *Nutr Hosp*. 2015 Apr 1;31(4):1693-700. doi: 10.3305/nh.2015.31.4.8256.
58. **Balanza Galindo S, Morales Moreno I, Guerrero Muñoz J, Conesa Conesa A.** Academic and psycho-socio-familiar factors associated to anxiety and depression in university students. Reliability and validity of a questionnaire. *Rev Esp Salud Publica*. 2008 Mar-Apr;82(2):189-200.
59. **Fernández-Rodríguez C, Soto-López T, Cuesta M.** Needs and demands for psychological care in university students. *Psicothema*. 2019 Nov;31(4):414-21. doi: 10.7334/psicothema2019.78.
60. **Aizpurua E, Caravaca-Sánchez F, Stephenson A.** Victimization status of female and male college students in Spain: Prevalence and relation to mental distress. *J Interpers Violence*. 2018 Sep 28;886260518802848. doi: 10.1177/0886260518802848.



61. **Ibrahim AK, Kelly SJ, Adams CE, Glazebrook C.** A systematic review of studies of depression prevalence in university students. *J Psychiatr Res.* 2013 Mar;47(3):391-400. doi: 10.1016/j.jpsychires.2012.11.015.
62. **Lun KW, Chan CK, Ip PK, Ma SY, Tsai WW, Wong CS, et al.** Depression and anxiety among university students in Hong Kong. *Hong Kong Med J.* 2018 Oct;24(5):466-72. doi: 10.12809/hkmj176915.
63. **Kessler RC, Sampson NA, Berglund P, Gruber MJ, Al-Hamzawi A, Andrade L, et al.** Anxious and non-anxious major depressive disorder in the World Health Organization World Mental Health Surveys. *Epidemiol Psychiatr Sci.* 2015 Jun;24(3):210-26. doi: 10.1017/S2045796015000189.
64. **Li Y, Wang W, Liu T, Ren L, Zhou Y, Yu C, et al.** Source analysis of P3a and P3b components to investigate interaction of depression and anxiety in attentional systems. *Sci Rep.* 2015 Nov 24;5:17138. doi: 10.1038/srep17138.
65. **Hamaideh SH.** Alexithymia among Jordanian university students: Its prevalence and correlates with depression, anxiety, stress, and demographics. *Perspect Psychiatr Care.* 2018 Apr;54(2):274-80. doi: 10.1111/ppc.12234.
66. **Long EE, Young JF, Hankin BL.** Temporal dynamics and longitudinal co-occurrence of depression and different anxiety syndromes in youth: Evidence for reciprocal patterns in a 3-year prospective study. *J Affect Disord.* 2018 Jul;234:20-7. doi: 10.1016/j.jad.2018.02.074.
67. **Tuyani-Solimán N, Román-Gálvez MR, Olmedo-Requena R, Amezcua-Prieto C.** Prevalencia de los trastornos del sueño en universitarios. 2015;100(795):66-70.
68. **Ohayon MM, Sagales T.** Prevalence of insomnia and sleep characteristics in the general population of Spain. *Sleep Med.* 2010 Dec;11(10):1010-8. doi: 10.1016/j.sleep.2010.02.018.
69. **Torrens I, Argüelles-Vázquez R, Lorente-Montalvo P, Molero-Alfonso C, Esteva M.** Prevalence of insomnia and characteristic of patients with insomnia in a health area of Majorca (Spain). *Aten Primaria.* 2019 Dec;51(10):617-25. doi: 10.1016/j.aprim.2018.02.014.
70. **Kalmbach DA, Abelson JL, Arnedt JT, Zhao Z, Schubert JR, Sen S.** Insomnia symptoms and short sleep predict anxiety and worry in response to stress exposure: a prospective cohort study of medical interns. *Sleep Med.* 2019 Mar;55:40-7. doi: 10.1016/j.sleep.2018.12.001.
71. **Vgontzas AN, Fernandez-Mendoza J, Liao D, Bixler EO.** Insomnia with objective short sleep duration: the most biologically severe phenotype of the disorder. *Sleep Med Rev.* 2013 Aug;17(4):241-54. doi: 10.1016/j.smrv.2012.09.005.
72. **Fernandez-Mendoza J, Vgontzas AN, Calhoun SL, Vgontzas A, Tsaoussoglou M, Gaines J, et al.** Insomnia symptoms, objective sleep duration and hypothalamic-pituitary-adrenal activity in children. *Eur J Clin Invest.* 2014 May;44(5):493-500. doi: 10.1111/eci.12263.
73. **King JL, Reboussin BA, Spangler J, Cornacchione Ross J, Sutfin EL.** Tobacco product use and mental health status among young adults. *Addict Behav.* 2018 Feb;77:67-72. doi: 10.1016/j.addbeh.2017.09.012.
74. **Milic M, Gazibara T, Pekmezovic T, Kisić Tepavčević D, Maric G, Popović A, Stevanović J, Patil KH, Levine H.** Tobacco smoking and health-related quality of life among university students: Mediating effect of depression. *PLoS One.* 2020 Jan 8;15(1):e0227042. doi: 10.1371/journal.pone.0227042.
75. **Sæther SMM, Knapstad M, Askeland KG, Skogen JC.** Alcohol consumption, life satisfaction and mental health among Norwegian college and university students. *Addict Behav Rep.* 2019 Aug 22;10:100216. doi: 10.1016/j.abrep.2019.100216.
76. **Jensen P, Haug E, Sivertsen B, Skogen JC.** Satisfaction With Life, Mental Health Problems and Potential Alcohol-Related Problems Among Norwegian University Students. *Front Psychiatry.* 2021 Feb 9;12:578180. doi: 10.3389/fpsy.2021.578180.
77. **Wang W, Du X, Guo Y, Li W, Zhang S, Guo L, Lu C.** Association between problematic internet use and behavioral/emotional problems among Chinese adolescents: the mediating role of sleep disorders. *PeerJ.* 2021 Feb 22;9:e10839. doi: 10.7717/peerj.10839.
78. **Silva DA, Petroski EL.** The simultaneous presence of health risk behaviors in freshman college students in Brazil. *J Community Health.* 2012 Jun;37(3):591-8. doi: 10.1007/s10900-011-9489-9.
79. **Deasy C, Coughlan B, Pironom J, Jourdan D, Mcnamara PM.** Psychological distress and lifestyle of students: implications for health promotion. *Health Promot Int.* 2015 Mar;30(1):77-87. doi: 10.1093/heapro/dau086.
80. **Nunes HE, Gonçalves EC, Vieira JA, Silva DA.** Clustering of Risk Factors for Non-Communicable Diseases among Adolescents from Southern Brazil. *PLoS One.* 2016 Jul 19;11(7):e0159037. doi: 10.1371/journal.pone.0159037.
81. **Auerbach RP, Mortier P, Bruffaerts R, Alonso J, Benjet C, Cuijpers P, et al; WHO WMH-ICS Collaborators.** WHO World Mental Health Surveys International College Student Project: Prevalence and distribution of mental disorders. *J Abnorm Psychol.* 2018 Oct;127(7):623-38. doi: 10.1037/abn0000362.
82. **Harris M, Wilson JC, Hughes S, Knevel RJM, Radford DR.** Perceived stress and well-being in UK and Australian dental hygiene and dental therapy students. *Eur J Dent Educ.* 2018 Aug;22(3):e602-11. doi: 10.1038/bdteam.2017.136.
83. **Fu W, Yan S, Zong Q, Anderson-Luxford D, Song X, Lv Z, Lv C.** Mental health of college students during the COVID-19 epidemic in China. *J Affect Disord.* 2021 Feb 1;280(Pt A):7-10. doi: 10.1016/j.jad.2020.11.032.
84. **Ma Z, Zhao J, Li Y, Chen D, Wang T, Zhang Z, et al.** Mental health problems and correlates among 746 217 college students during the coronavirus disease 2019 outbreak in China. *Epidemiol Psychiatr Sci.* 2020 Nov 13;29:e181. doi: 10.1017/S2045796020000931.
85. **Romero-Blanco C, Rodríguez-Almagro J, Onieva-Zafra MD, Parra-Fernández ML, Prado-Laguna MDC, Hernández-Martínez A.** Physical Activity and Sedentary Lifestyle in University Students: Changes during Confinement Due to the COVID-19 Pandemic. *Int J Environ Res Public Health.* 2020 Sep 9;17(18):6567. doi: 10.3390/ijerph17186567.
86. **Lechner WV, Laurene KR, Patel S, Anderson M, Grega C, Kenne DR.** Changes in alcohol use as a function of psychological distress and social support following COVID-19 related University closings. *Addict Behav.* 2020 Nov;110:106527. doi: 10.1016/j.addbeh.2020.106527.
87. **Sokolovsky AW, Hertel AW, Micalizzi L, White HR, Hayes KL, Jackson KM.** Preliminary impact of the COVID-19 pandemic on smoking and vaping in college students. *Addict Behav.* 2021 Apr;115:106783. doi: 10.1016/j.addbeh.2020.106783.



International Physical Activity Questionnaire (IPAQ breve)

Estamos interesados en saber acerca de la clase de actividad física que la gente hace como parte de su vida diaria. Las preguntas se referirán acerca del tiempo que usted utilizó siendo físicamente activo(a) en los últimos 7 días. Por favor piense en aquellas actividades que usted hace como parte del trabajo, en el jardín y en la casa, para ir de un sitio a otro, y en su tiempo libre de descanso, ejercicio o deporte.

Piense acerca de todas aquellas actividades vigorosas que usted realizó en los últimos 7 días. Actividades vigorosas son las que requieren un esfuerzo físico fuerte y le hacen respirar mucho más fuerte que lo normal. Piense solamente en esas actividades que usted hizo por lo menos 10 minutos continuos.

1. Durante los últimos 7 días, ¿Cuántos días realizó usted actividades físicas vigorosas como levantar objetos pesados, excavar, aeróbicos, o pedalear rápido en bicicleta?

_____ días por semana

_____ Ninguna actividad física vigorosa Pase a la pregunta 3

2. ¿Cuánto tiempo en total usualmente le tomó realizar actividades físicas vigorosas en uno de esos días que las realizó?

_____ horas por día

_____ minutos por día

_____ No sabe/No está seguro(a)

Piense acerca de todas aquellas actividades moderadas que usted realizó en los últimos 7 días. Actividades moderadas son aquellas que requieren un esfuerzo físico moderado y le hace respirar algo más fuerte que lo normal. Piense solamente en esas actividades que usted hizo por lo menos 10 minutos continuos.

3. Durante los últimos 7 días, ¿Cuántos días hizo usted actividades físicas moderadas tal como cargar objetos livianos, pedalear en bicicleta a paso regular, o jugar dobles de tenis? No incluya caminatas.

_____ días por semana

_____ Ninguna actividad física moderada Pase a la pregunta 5

4. Usualmente, ¿Cuánto tiempo dedica usted en uno de esos días haciendo actividades físicas moderadas?

_____ horas por día

_____ minutos por día

_____ No sabe/No está seguro(a)

Piense acerca del tiempo que usted dedicó a caminar en los últimos 7 días. Esto incluye trabajo en la casa, caminatas para ir de un sitio a otro, o cualquier otra caminata que usted hizo únicamente por recreación, deporte, ejercicio, o placer.

5. Durante los últimos 7 días, ¿Cuántos días caminó usted por al menos 10 minutos continuos?

_____ días por semana

_____ No caminó Pase a la pregunta 7

6. Usualmente, ¿Cuánto tiempo gastó usted en uno de esos días caminando?

_____ horas por día

_____ minutos por día

_____ No sabe/No está seguro(a)

La última pregunta se refiere al tiempo que usted permaneció sentado(a) en la semana en los últimos 7 días. Incluya el tiempo sentado(a) en el trabajo, la casa, estudiando, y en su tiempo libre. Esto puede incluir tiempo sentado(a) en un escritorio, visitando amigos(as), leyendo o permanecer sentado(a) o acostado(a) mirando televisión.

7. Durante los últimos 7 días, ¿Cuánto tiempo permaneció sentado(a) en un día en la semana?

_____ horas por día

_____ minutos por día

_____ No sabe/No está seguro(a)

Índice de alimentación saludable

Estamos interesados en conocer su forma de alimentarse. Por favor, indique la opción que mejor se adapte a su frecuencia de consumo de los siguientes alimentos.

	Consumo diario	3 o más veces a la semana pero no a diario	1 o 2 veces a la semana	Menos de una vez a la semana	Nunca o casi nunca
Cereales y derivados	☐	☐	☐	☐	☐
Verduras y hortalizas	☐	☐	☐	☐	☐
Frutas	☐	☐	☐	☐	☐
Leche y derivados	☐	☐	☐	☐	☐
	1 o 2 veces a la semana	3 o más veces a la semana pero no a diario	Menos de una vez a la semana	Consumo diario	Nunca o casi nunca
Carnes	☐	☐	☐	☐	☐
Legumbres	☐	☐	☐	☐	☐
	Nunca o casi nunca	Menos de una vez a la semana	1 o 2 veces a la semana	3 o más veces a la semana pero no a diario	Consumo diario
Embutidos y fiambres	☐	☐	☐	☐	☐
Dulces	☐	☐	☐	☐	☐
Refrescos con azúcar	☐	☐	☐	☐	☐

Cuestionario DASS-21

Por favor lea las siguientes afirmaciones y coloque un círculo alrededor de un número (0, 1, 2, 3) que indica cuánto esta afirmación le aplicó a usted durante la semana pasada. No hay respuestas correctas o incorrectas. No tome demasiado tiempo para contestar.

La escala de calificación es la siguiente:

- 0 No me aplicó
- 1 Me aplicó un poco, o durante parte del tiempo
- 2 Me aplicó bastante, o durante una buena parte del tiempo
- 3 Me aplicó mucho, o la mayor parte del tiempo

1. E	Me costó mucho relajarme	0	1	2	3
2. A	Me di cuenta que tenía la boca seca	0	1	2	3
3. D	No podía sentir ningún sentimiento positivo	0	1	2	3
4. A	Se me hizo difícil respirar	0	1	2	3
5. D	Se me hizo difícil tomar la iniciativa para hacer cosas	0	1	2	3
6. E	Reaccioné exageradamente en ciertas situaciones	0	1	2	3
7. A	Sentí que mis manos temblaban	0	1	2	3
8. E	Sentí que tenía muchos nervios	0	1	2	3
9. A	Estaba preocupado por situaciones en las cuales podía tener pánico o en las que podría hacer el ridículo	0	1	2	3
10. D	Sentí que no tenía nada por que vivir	0	1	2	3
11. E	Noté que me agitaba	0	1	2	3
12. E	Se me hizo difícil relajarme	0	1	2	3
13. D	Me sentí triste y deprimido	0	1	2	3
14. E	No toleré nada que no me permitiera continuar con lo que estaba haciendo	0	1	2	3
15. A	Sentí que estaba al punto de pánico	0	1	2	3
16. D	No me pude entusiasmar por nada	0	1	2	3
17. D	Sentí que valía muy poco como persona	0	1	2	3
18. E	Sentí que estaba muy irritable	0	1	2	3
19. A	Sentí los latidos de mi corazón a pesar de no haber hecho ningún esfuerzo físico	0	1	2	3
20. A	Tuve miedo sin razón	0	1	2	3
21. D	Sentí que la vida no tenía ningún sentido	0	1	2	3

Total E	Total D	Total A
$\Sigma (1,6,8,11,12,14,18)$	$\Sigma (3,5,10,13,16,17,21)$	$\Sigma (2,4,7,9,15,19,20)$

