

# **ESTUDI SOBRE ELS TRASTORNS DE LA CONDUCTA ALIMENTÀRIA (TCA) EN LA POBLACIÓ QUE VIU A LA RESIDÈNCIA UNIVERSITÀRIA DE VIC (RUVIC)**

Maria GUINART i PUJOL

([maria.guinart@uvic.cat](mailto:maria.guinart@uvic.cat))

**4rt curs. Treball de Fi de Grau**

**Grau en Nutrició Humana i Dietètica**

**Tutora: Anna Vila i Martí**

**Facultat de Ciències de la Salut i el Benestar (FCSB)**

**Universitat de Vic - Universitat Central de Catalunya (UVic-UCC)**

**Vic, maig de 2016**



# ÍNDEX

<b>1. Resum .....</b>	<b>p. 6</b>
<b>1.1. Resum .....</b>	<b>p. 6</b>
<b>1.2. <i>Abstract</i> .....</b>	<b>p. 7</b>
<b>2. Antecedents i estat actual del tema .....</b>	<b>p. 8</b>
<b>2.1. Hàbits alimentaris en la població universitària .....</b>	<b>p. 8</b>
<b>2.1.1. Hàbits alimentaris .....</b>	<b>p. 8</b>
<b>2.1.1.1. Canvis en els hàbits alimentaris .....</b>	<b>p. 8</b>
<b>2.1.2. Hàbits alimentaris en la població universitària .....</b>	<b>p. 11</b>
<b>2.2. <i>Freshman 15</i> .....</b>	<b>p. 17</b>
<b>2.3. Trastorns de la Conducta Alimentària (TCA) .....</b>	<b>p. 22</b>
<b>2.3.1. Introducció .....</b>	<b>p. 22</b>
<b>2.3.2. Prevalença dels trastorns de la conducta alimentària .....</b>	<b>p. 22</b>
<b>2.3.3. Classificació dels trastorns de la conducta alimentària .....</b>	<b>p. 24</b>
<b>2.3.4. Etiopatogènia dels trastorns de la conducta alimentària .....</b>	<b>p. 27</b>
<b>2.3.5. Criteris diagnòstics dels trastorns de la conducta alimentària .....</b>	<b>p. 29</b>
<b>2.3.6. Metodologia de detecció dels trastorns de la conducta alimentària .....</b>	<b>p. 31</b>
<b>2.4. Justificació del projecte .....</b>	<b>p. 35</b>
<b>3. Hipòtesi i objectius .....</b>	<b>p. 36</b>
<b>3.1. Hipòtesi .....</b>	<b>p. 36</b>
<b>3.2. Objectius .....</b>	<b>p. 36</b>

3.2.1. Objectius generals .....	p. 36
3.2.2. Objectius específics .....	p. 36
<b>4. Metodologia .....</b>	<b>p. 38</b>
4.1. Àmbit d'estudi .....	p. 38
4.2. Disseny .....	p. 38
4.3. Població i la mostra/participants .....	p. 39
4.4. Criteris d'inclusió i exclusió .....	p. 40
4.5. La intervenció que es vol realitzar .....	p. 41
4.6. Variables i els mètodes de mesura .....	p. 42
4.7. Anàlisis dels registres .....	p. 42
4.8. Limitacions de l'estudi .....	p. 43
4.9. Aspectes ètics .....	p. 43
<b>5. Resultats .....</b>	<b>p. 45</b>
<b>6. Conclusions .....</b>	<b>p. 55</b>
<b>7. Utilitat pràctica dels resultats .....</b>	<b>p. 57</b>
<b>8. Bibliografia .....</b>	<b>p. 58</b>
<b>9. Annexes .....</b>	<b>p. 65</b>
9.1. Full d'informació i consentiment informat .....	p. 65

9.2. Full de presentació .....	p. 69
9.3. Cartell informatiu en català .....	p. 70
9.4. Cartell informatiu en francès .....	p. 71
9.5. Entrevista personal .....	p. 72
9.6. Control de pes .....	p. 77
9.7. Registre de 72h (R72h) .....	p. 79
9.8. Eating Attitudes Test (EAT-26) .....	p. 83
9.9. Bulimia Investigatory Test Edinburgh (BITE) .....	p. 84
10. Agraïments .....	p. 87
11. Nota final de l'autor. El TFG com experiència docent .....	p. 88

# 1. RESUM

## 1.1. Resum

**Introducció:** La població universitària i, especialment la que viu en una residència universitària, representa un col·lectiu particularment vulnerable des del punt de vista nutricional i en relació al risc de patir trastorns de la conducta alimentària. Comença a responsabilitzar-se de la seva alimentació i, a més, viu un període crític de consolidació d'hàbits i conductes alimentàries.

**Objectius:** El present estudi té els objectius generals de determinar els hàbits alimentaris de la població que viu a la residència universitària de Vic (RUVIC) i d'avaluar el risc de patir trastorns de la conducta alimentària d'aquesta.

**Metodologia:** Aquest projecte és una intervenció quasi experimental o sense aleatorització, quantitativa, longitudinal i de caràcter prospectiu.

**Resultats:** La mostra d'estudi consta de 9 participants, concretament 7 noies i 2 nois d'entre 19 i 24 anys. D'aquesta, s'obté que només l'11,1% realitza 4 o 5 àpats al dia (esmorzar, mig matí, dinar, berenar i sopar) i que cap dels participants de la mostra compleix el repartiment nutricional establert com a saludable i equilibrat, és a dir, aquell que conté un 50-55% d'hidrats de carboni, un 30-35% de lípids i un 15% de proteïnes del valor calòric total diari.

Respecte als TCA, l'11,1% de la mostra d'estudi dóna positiu als tests de cribratge dels trastorns de la conducta alimentària (*EAT-26* i *BITE*).

**Conclusions:** A partir del conjunt de dades que el personal investigador ha recollit de la mostra d'estudi es conclou que la població estudiada presenta conductes alimentàries allunyades d'una alimentació saludable, variada i equilibrada i que 1 dels 9 participants de la mostra presenta risc de patir trastorns de la conducta alimentària.

**Paraules clau:** Trastorns de la conducta alimentària. Població universitària. Hàbits alimentaris.

## **1.2. Abstract**

**Introduction:** University population, especially those who live in its residency, represent a particular vulnerable group from a nutritional perspective and risk having eating disorders. The cause of this is the fact that most students are now in charge of their own nutrition, as well as living a critical period of consolidation habits and eating behaviours.

**Objectives:** The general objective of this study is to determine students eating habits, specifically those who live in Vic University's residence (RUVIC), and evaluate the potential risk of suffering eating disorders.

**Methods:** This project is almost an intervention experiment with no randomization, quantitative, longitudinal and of a prospective nature.

**Results:** The results were extracted from a study made to 9 participants (consisting of 7 women and 2 men between 19 and 24 years old). From this, we saw that only 11.1% eat 4 to 5 meals a day (breakfast, morning snack, lunch afternoon snack and dinner and that no participant follows the required eating guide, established as both healthy and balanced. In other words, none of our participants are within the total daily range of the 50-55% carbohydrates, 30-35% lipids and 15% protein calories needed.

As for the TCA, 11.1% tested positive in the screening tests of eating disorders (*EAT-26* and *BITE*).

**Conclusions:** From the set of data that the personal investigator has collected from the study, we can conclude that the participants involved in this project presented eating conducts far from a healthy, varied and balanced nutrition. One of them even presenting risks of suffering eating disorders.

**Key words:** Eating disorders. University population. Food habits.

## **2. ANTECEDENTS I ESTAT ACTUAL DEL TEMA**

### **2.1. Hàbits alimentaris en la població universitària**

#### **2.1.1. Hàbits alimentaris**

La relació dels hàbits alimentaris amb la salut i la malaltia ha preocupat l'ésser humà des dels orígens de les primeres societats i cultures (Martín, 2010). Segons aquest autor la Bíblia ja tracta aquests hàbits i que en altres religions s'estableixen normes en relació a l'alimentació que encara s'apliquen avui dia. Fins i tot, els antropòlegs han atribuït aquestes normes sobre els hàbits alimentaris a factors de rendibilitat productiva, eficiència nutricional i higiene dels aliments. En conclusió, la història de l'alimentació està estretament relacionada amb l'evolució de l'ésser humà.

Per introduir el concepte d'hàbits alimentaris, Cabezuelo i Frontera (2007) el defineixen com les tendències a escollir i a consumir uns determinats aliments. Aquests són innats i es van formant al llarg de la vida. A més, aquests autors afegeixen que l'adquisició dels hàbits alimentaris està directament relacionada amb un conjunt de factors, com ara els econòmics, els geogràfics, els familiars, els socials i culturals, els religiosos i molts altres com la forma de vida, els horaris acadèmics i/o laborals, les influències de la publicitat alimentària, entre d'altres.

##### **2.1.1.1. Canvis en els hàbits alimentaris**

La *Fundación Dieta Mediterránea* defineix la Dieta Mediterrània com una valuosa herència cultural que representa molt més que una pauta nutricional, rica i saludable. Aquesta afegeix que és un estil de vida equilibrat que recull receptes, formes de cuinar, celebracions, costums, productes típics i activitats humanes diverses. A més, participa en la prevenció de malalties cardiovasculars, diabetis, diferents tipus de càncer, entre d'altres gràcies a la seva diversitat alimentària, predomini d'aliments d'origen vegetal respecte als d'origen animal, ús de l'oli d'oliva com a principal font de greix tant per cuinar com per amanir, estacionalitat dels



aliments, amb preferència pels productes locals i de temporada, ús d'espècies i herbes aromàtiques i riquesa i varietat gastronòmica pròpia de la regió mediterrània.

En definitiva, l'alimentació mediterrània rica en verdures, hortalisses, fruita fresca, fruits secs, llegums, peix, derivats del blat i oli d'oliva, es considera un model d'alimentació molt saludable i equilibrat. És per tot això que fins i tot el Comitè Intergovernamental per a la Salvaguarda del Patrimoni Cultural Immateral va declarar la Dieta Mediterrània Patrimoni Immateral de la Humanitat de la UNESCO el novembre del 2010.

Bach-Faig i Serra-Majem (2013) expliquen que fa 25 anys la població seguia la dieta mediterrània sense saber el que era i, per tant, a més de tenir uns hàbits alimentaris propis del territori, seguia els hàbits alimentaris d'un model d'alimentació dels més saludables i equilibrats del món.

Malgrat això, avui dia tothom afirma conèixer la dieta mediterrània però existeixen dificultats alhora de portar-la a terme que no en permeten l'adherència. Aquests mateixos autors afegeixen que la monitorització del patró de dieta mediterrània revela que les poblacions mediterrànies, especialment les de l'Europa mediterrània, s'estan allunyant progressivament de l'adherència al patró, sobretot entre els més joves. En canvi, els països nòrdics i altres regions del món estan adoptant pautes pròpies d'aquest patró alimentari.

Els coordinadors del nou número de la Col·lecció d'Estudis Socials (2008) Cecilia Díaz Méndez, de l'Universitat d'Oviedo, i Cristóbal Gómez Benito de l'Universitat Nacional d'Educació a Distància, parteixen de la següent paradoxa:

Mai com fins ara no s'ha sabut tant sobre l'alimentació i la nutrició; mai com a l'actualitat la seguretat alimentària i la salut associada a l'alimentació han estat objecte de tanta atenció (i regulació). I tanmateix, ha augmentat la desorientació i la preocupació del consumidor que es troba desconcertat per la proliferació de recomanacions i consells alimentaris. Les institucions, al seu torn, es mostren preocupades pels canvis alimentaris i les seves repercussions en la salut dels ciutadans (p. 14).

Díaz i Gómez (2008) també afirmen:

L'alimentació té avui, més que mai, una important arrel social i està íntimament relacionada amb la modernització de les societats en àmbits de la vida que no solament tenen a veure amb els aliments, la qual cosa posa damunt la taula la idea que un enfocament exclusivament mèdic és insuficient per comprendre i abordar els nous problemes que han sorgit al voltant de l'alimentació (p. 9).

En definitiva, el pas d'una societat amb carències alimentàries a una societat actual de sobreabundància alimentària és el gran canvi que ha suposat la modificació en els hàbits alimentaris de la població occidental. Així doncs, segons aquests autors, la problemàtica dels hàbits alimentaris està lligada a l'abundància en la provisió d'aliments i la globalització, que és producte del desenvolupament polític, econòmic, social i cultural de les societats occidentals durant les últimes dècades.

A més d'aquesta nova situació de risc, Díaz i Gómez (2008) afegeixen que avui es detecten noves patologies, com l'anorèxia nerviosa o la bulímia nerviosa que compten amb estudis psicològics que les avaluen, però amb una escassa aproximació als aspectes socials que els generen o que hi incideixen.

Tot seguit es presenta una imatge de l'última actualització de la Piràmide de l'alimentació saludable (2012) de l'Agència de Salut Pública de Catalunya (vegeu figura 1) amb l'objectiu de mostrar la selecció adequada dels aliments per tal de seguir una alimentació saludable i, per tant, uns hàbits alimentaris saludables.



Figura 1. Piràmide de l'alimentació saludable de l'Agència de Salut Pública de Catalunya, 2012.

La piràmide de l'alimentació saludable de l'Agència de Salut Pública de Catalunya, en la nova edició de 2012, és un instrument educatiu de divulgació que pretén facilitar a les persones una adequada selecció d'aliments. Aquesta nova proposta té en compte factors culturals, socials i

econòmics del nostre entorn, i es deu a la necessitat de retornar a la societat els hàbits alimentaris de fa 25 anys, és a dir, als del patró d'alimentació mediterrània.

En aquest sentit, l'actualització d'aquesta piràmide pretén divulgar el model alimentari propi de la nostra regió que, com s'ha esmentat anteriorment, es caracteritza per un consum abundant d'aliments d'origen vegetal (fruites, verdures, llegums, patates, pa, arròs, pasta alimentària, fruits secs i oli d'oliva), que s'acompanya de petites porcions de peix, carns magres, ous i làctics, i d'aigua per beure.

L'Agència de Salut Pública ha editat una nova versió de la piràmide de l'alimentació saludable per incloure les següents aportacions:

- ❖ La prioritització de fruites i verdures, llegums i altres aliments rics en fibra dietètica a la base de la piràmide.
- ❖ L'èmfasi en les varietats de cereals integrals (pa, cereals, pasta alimentària i arròs).
- ❖ La preferència pels làctics baixos en greix, és a dir, llet i derivats làctics desnatats i semidesnatats.
- ❖ La recomanació de dur a terme un estil de vida actiu, per tant, una pràctica d'activitat física diària i regular, en el dia a dia i també en les activitats d'oci i lleure.
- ❖ El consell d'incloure preferentment aliments frescos, locals i de temporada, així com promoure el menjar a taula i amb moderació.

### **2.1.2. Hàbits alimentaris en la població universitària**

La societat actual dels països desenvolupats està patint una transició epidemiològica caracteritzada per un augment de la incidència de malalties cròniques relacionades a uns hàbits alimentaris poc saludables i una pràctica d'activitat física insuficient. Davant d'aquest canvi, apareix la necessitat de promoure uns hàbits de vida saludables, sobretot al llarg de l'etapa escolar i, fins i tot, durant l'educació universitària amb l'objectiu final de consolidar els hàbits saludables abans de l'edat adulta.

Tal com argumenten Sánchez i Aguilar (2015), la població universitària es considera un col·lectiu especialment vulnerable des del punt de vista nutricional, atès que comença a

responsabilitzar-se de la seva alimentació, a més de superar un període crític en relació a la consolidació dels hàbits alimentaris i conductes relacionades amb l'alimentació (consum d'alcohol, tabac i activitat física).

Aquestes dues autores també alerten de l'existència d'estudis previs que evidencien que la població general dels països desenvolupats està experimentant durant els últims anys un procés de transició nutricional, caracteritzat per un conjunt de modificacions respecte l'alimentació. En la població juvenil i universitària espanyola es manifesta en un allunyament del patró dietètic saludable i una pèrdua de l'adherència a la dieta mediterrània degut a la disponibilitat d'aliments d'elevada densitat calòrica i baix cost econòmic, als hàbits socials o culturals, i al ritme de vida accelerat, entre d'altres factors.

En l'estudi de Sánchez i Aguilar (2015) s'obté que el patró dietètic dels estudiants de la Fundació Universitària del Bages (FUB) avaluats es caracteritza per un consum excessiu de carn vermella (84%) i un consum deficitari o molt deficitari de verdures (39,8%), fruites (73,9%) i cereals (92,6%).

A partir d'aquest estudi es dedueix que la població universitària estudiada tendeix a tenir uns hàbits alimentaris poc saludables i, per tant, allunyats de les recomanacions de la dieta mediterrània ja que, per exemple, presenta un consum deficitari de verdures, fruites, cereals i fruits secs i un consum predominant de carn vermella (vedella, porc, ...) respecte la blanca (conill, pollastre, ...).

Tanmateix, els hàbits alimentaris en la població universitària segueixen la línia de canvis alimentaris dels últims anys produïts tant a Espanya com a la resta de països industrialitzats. Això és degut, com s'ha esmentat anteriorment, a l'abundància en la provisió d'aliments i la globalització. Durá i Castroviejo (2011) afegeixen que «la modernització de la societat ha suposat una sèrie de canvis sociològics i/o culturals que afecten inevitablement als hàbits i preferències alimentàries» (p. 603).

Seguir una dieta insuficient per cobrir les seves necessitats nutricionals, especialment en relació a les de micronutrients, és a dir, vitamines i minerals, és conseqüència d'aquest allunyament del patró mediterrani de la població universitària, segons comenten Sánchez i Aguilar (2015).

El motiu d'aquest dèficit és que un 20% dels universitaris no esmorza mai o gairebé mai. Per altra banda, els que esmorzen tendeixen a no fer-ho de forma adequada. Aquest hàbit s'accentua en períodes d'exàmens, quan acostumen a alimentar-se encara pitjor. El conjunt

d'hàbits alimentaris poc saludables, alhora que el seguiment de dietes per perdre pes i assolir la figura corporal idealitzada i la tendència al sedentarisme, representen factors de risc per presentar sobrepès, obesitat o trastorns de la conducta alimentària.

Després de realitzar una avaluació nutricional a un grup de 50 estudiants de la Universitat de Granada, Oliveras et al. (2006) conclouen, de la mateixa forma que l'autoria anterior, que aquesta població, d'entre 19 i 27 anys, segueix una alimentació desequilibrada causada per un consum de proteïnes i lípids superior al de les ingestes recomanades i un consum deficitari de fruites i verdures, fet que comporta un dèficit de micronutrients com ferro, zinc, calci, iode, coure, seleni, vitamina E i àcid fòlic. Malgrat això, els valors de vitamina C, tiamina i riboflavina es consideren adequats.

Aquests autors però, associen el predomini de proteïnes i lípids respecte al d'hidrats de carboni a l'elevat consum d'aliments com carn, formatge, plats congelats preparats (pizza, croquetes i crestes, entre d'altres), formatges d'untar, salses (maionesa i ketchup) i fregits, sobretot patates fregides.

També remarquen que aquesta tendència alimentària és encara més gran en els estudiants que viuen a residències universitàries. Sánchez i Aguilar (2015) ho relacionen a la falta de pràctica en la preparació dels aliments i organització i elaboració dels seus menús. És a dir, la població universitària tendeix a consumir aliments que no requereixen una elaboració difícil o un temps de cocció llarg, com ara els congelats, pizzes, embotits o carns precuinades degut a la poca pràctica en relació a aquestes noves responsabilitats. A més, Oliveras et al. (2006) associen el consum abundant d'aliments precuinats a un excés de sodi.

Un altre estudi dels hàbits alimentaris en la població universitària és el de Montero, Úbeda, i García (2006), que té l'objectiu d'avaluar els seus coneixements sobre nutrició i dietètica en relació als hàbits alimentaris dels universitaris.

Els resultats de la mostra d'estudi, que estava formada per 105 alumnes d'entre 19 i 23 anys de la Universitat San Pablo – CEU dels graus d'infermeria, farmàcia, nutrició humana i dietètica i podologia, van mostrar una ingesta deficitària d'energia, fibra dietètica, magnesi, àcid fòlic i vitamina E en els alumnes dels quatre graus universitaris estudiats. Així doncs, van concloure que el coneixement nutricional i dietètic no implica necessàriament modificacions cap a uns hàbits d'alimentació més saludables atès que el costum alimentari dels estudiants de nutrició humana i dietètica era molt similar al dels alumnes dels altres graus.

En relació als estils de vida, com ara el consum de tabac, alcohol i la pràctica d'activitat física, tampoc s'observen grans diferències entre els graus universitaris analitzats. Ara bé, cal destacar que només el 40% dels alumnes estudiats va reconèixer que tenia una pràctica d'activitat física regular, és a dir, d'entre 3 i 4 hores a la setmana.

Finalment, i com han esmentat altres autors, Montero et al. (2006) afegeixen que el patró alimentari s'ha anat modificant ràpidament al llarg de les últimes dècades als països occidentals i que, a més, ha tingut un impacte rellevant sobre els grups poblacionals més joves, com ara la població universitària, que ha anat modificant els seus hàbits alimentaris degut als factors socials, culturals, econòmics i a les preferències alimentàries dels últims temps.

En relació a l'adherència a la dieta mediterrània en la població universitària, Durá i Castroviejo (2011) afirmen que el 71,6% dels universitaris necessiten millorar el seu patró alimentari ja que presenten una mínima adherència a aquesta. De fet, només el 28,4% dels universitaris estudiats segueixen de forma òptima el patró mediterrani. En aquest sentit, els autors esmentats afegeixen que la població universitària que viu en l'àmbit familiar presenta una adherència a la dieta mediterrània significativament superior a la que viu a residències universitàries o pisos d'estudiants.

Respecte la pràctica d'activitat física, Espinazo, et al. (2011), defensen que, igual que durant la infància, la vida universitària és una etapa crítica en relació a l'adquisició d'hàbits de vida saludables pel fet que aquests estudiants passen d'una rutina regular d'activitat física a nivell escolar a una rutina d'inactivitat física o sedentarisme, característica de la vida universitària. En resum, la majoria dels estudiants universitaris no realitzen activitat física diària i regular principalment a causa de la falta de temps lliure. Rodríguez et al. (2013) ho corroboren afegint que la inactivitat física és molt freqüent en la població universitària degut, en primer lloc a la falta de temps i, secundàriament, a la poca iniciativa per dur a terme activitat física.

Amb l'objectiu de valorar la qualitat de la dieta i examinar la seva relació amb el sobrepès i l'obesitat en una població universitària, Arroyo et al. (2006) van dur a terme una investigació en 749 alumnes (68% noies i 32% nois) d'entre 19 i 23 anys de la Universitat del País Basc. Com a resultat d'aquesta van observar en la població objectiu una qualitat mitjana de la dieta, de 31,93 ( $\pm$  5,62) sobre 50. En base a això, van determinar que la prevalença de sobrepès i obesitat de la mostra d'estudi era del 17,5% (25% nois i 13,9% noies). En definitiva, aquests autors van concloure que la qualitat de la dieta estava directament associada al sobrepès i a l'obesitat de la població d'estudi, atès que la qualitat d'aquesta va resultar significativament menor a la qualitat de la població universitària amb normopès.

Cervera et al. (2013) també tenien l'objectiu de caracteritzar els hàbits alimentaris en la població universitària i avaluar la qualitat de la seva dieta. Un dels motius de la seva investigació són els pocs estudis a l'Estat sobre la qualitat de la dieta en aquest grup de població, que al seu torn reflecteixen, majoritàriament, un seguiment inadequat del patró mediterrani.

La mostra d'estudi, que estava formada per 80 estudiants (63 noies i 17 nois) de 21 anys de mitjana de la Facultat d'Infermeria d'Albacete (Universitat de Castella – La Manxa), va permetre definir la dieta d'aquests: és lleugerament hipocalòrica, hiperproteica (17%), pobre en hidrats de carboni (40%) malgrat que dobla les recomanacions de sucres senzills, i és excessiva en greixos saturats i colesterol. Així doncs, més del 91% dels estudiants es troben en una situació de “necessitat de modificar la dieta” cap a patrons més saludables, com són els propers al mediterrani, que només reben una adherència del 53%.

Lameiras et al. (2003) va més enllà: estudia la relació entre els hàbits alimentaris i la imatge corporal en la població universitària sense trastorns de la conducta alimentària. Els resultats obtinguts evidencien l'afinitat dels més joves cap a una determinada estètica corporal imposada per la societat contemporània, que comporta una preocupació excessiva de la figura corporal i, com a conseqüència final d'això, el seguiment d'hàbits i/o conductes alimentàries de risc de patir trastorns de la conducta alimentària.

A partir d'aquests resultats, aquests autors corroboren l'afirmació de Davies i Furnham (1986): les noies joves expressen més insatisfacció en relació al seu físic i perceben la seva imatge corporal menys positivament que els nois joves. Aquesta insatisfacció física personal es reflecteix en la pràctica de mètodes de control de pes.

En aquest sentit, també es ratifica l'afirmació de Shisslak, Crago, i Estes (1995): les persones que segueixen una dieta, de la mateixa forma que les que pateixen trastorns de la conducta alimentària, senten preocupació per l'alimentació i insatisfacció en relació a l'aspecte i al pes corporal. Per tant, poden considerar-se un grup vulnerable al desenvolupament de trastorns de la conducta alimentària.

Per finalitzar, i en relació a la freqüència de consum al llarg del dia, cal esmentar que estudis com el d'Oliveras et al. (2006), Sánchez i Aguilar (2015), Montero et al. (2006) i altres, coincideixen en que la població universitària obté l'energia diària a partir, únicament, de tres àpats al dia (esmorzar, dinar i sopar). Oliveras et al. (2006) afegeix que la majoria dels estudiants universitaris no berena i recomana augmentar o com a mínim realitzar l'àpat de

l'esmorzar per adequar el repartiment calòric al llarg del dia, que cada vegada és més infreqüent en aquest col·lectiu, ja que la majoria no esmorza o ho fa a mig matí. Sánchez i Aguilar (2015) ho reafirma explicant que el 20% dels universitaris omet freqüent o habitualment aquest primer àpat del dia.



## 2.2. Freshman 15

El *Freshman*<sup>1</sup> 15 és la creença popular que la població universitària de primer any augmenta 15lbs<sup>2</sup> (6,80Kg) el seu pes corporal als Estats Units d'Amèrica i Canadà. Per comprovar si aquesta creença és vertadera s'han dut a terme diversos estudis científics. A continuació, se'n resumeixen els més recents.

Mihalopoulos et al. (2008) van dur a terme un estudi a través d'una enquesta *on-line* enviada a 582 estudiants universitaris de primer any dels quals van respondre 131, que van ser la mostra final. Entre tots aquests, la meitat va presentar un augment de pes, amb una mitjana de 3,35Kg. Tot i això, el 35% no va experimentar variació de pes i el 15% restant va perdre pes, amb una mitjana de 3,54Kg en els nois i de 3,18Kg en les noies. En resum, l'augment de pes va ser significatiu durant el primer any d'universitat, amb un augment mitjà global d'1,68Kg entre els nois i de 0,77Kg entre les noies.

A partir dels resultats obtinguts, els autors van concloure que, tot i que la població universitària de primer any presenta un augment de pes durant aquest període de temps, el *Freshman 15* només es va complir en un 5% dels participants. És a dir, només un 5% de la mostra d'estudi va augmentar 6,80Kg (15lbs) de pes corporal. De mitjana, l'augment de la mostra total va ser d'1,22Kg.

Un altre estudi d'investigació és el que han dut a terme recentment Vadeboncoeur et al. (2015). Aquest analitza 32 estudis en relació al fenomen del *Freshman 15*, que inclouen dades de la població universitària d'Estats Units d'Amèrica, Canadà, Regne Unit i Bèlgica entre 1993 i 2014.

Les conclusions principals de l'anàlisi indiquen que només el 9,3% dels estudiants de primer any va guanyar 15lbs (6,80Kg) i, per tant, va complir el fenomen del *Freshman 15*. En aquest sentit, el 60,9% dels estudiants va guanyar pes: una mitjana d'1,36Kg en un període d'entre 6 setmanes i 8 mesos.

Aquests autors també han observat que l'augment de pes dels nois és superior (1,43Kg) al de les noies (1,34Kg), però no gaire més significatiu. Una altra de les conclusions que s'obté és que l'augment de pes es produeix, de forma predominant, durant el primer trimestre, ja que

---

<sup>1</sup>*Freshman*: estudiant de primer any.

<sup>2</sup> Lliura (lb): del ll. *libra* 'lliura de pes; balança'. Unitat de pes de valor molt variable segons els països o les localitats. Unitat anglosaxona de pes, dita també *avoirdupois*, que es divideix en 16 unces i equival a 453,592g.

l'augment durant aquest període de temps és d'1,24Kg i, en canvi, el de tot el primer any és d'1,76Kg.

Com a conclusió general, un augment d'1,4Kg durant els dos primers trimestres és significatiu, degut a que representa un increment 5 vegades més alt que el de la població general en un any. Això és així per l'estrès, el consum d'alcohol, els hàbits alimentaris poc saludables i la baixa activitat física (sedentarisme) dels estudiants de primer any, factors relacionats directament amb l'augment de pes.

Delinsky i Wilson (2008) parlen del *Freshman 15* com a factor de risc de patir trastorns de la conducta alimentària i, per tant, se centren en la vessant psicològica de la creença. Amb l'objectiu d'estudiar la relació entre la creença del *Freshman 15* i el risc de patir trastorns de la conducta alimentària, van establir una mostra d'estudi de 336 estudiants de gènere femení de la Universitat Rutgers.

Entre el setembre i l'abril, la mostra va augmentar una mitjana d'1,52Kg. Un 63% del total va augmentar de pes, mentre que el 13% no va mostrar variacions i el 24% restant va perdre pes. Del 63% de la mostra que va augmentar de pes, l'augment mitjà d'aquest va ser de 3,32Kg. Ara bé, el 6,1% dels participants va guanyar més de 15lbs i, per tant, va assolir el *Freshman 15*, perquè va augmentar 6,80Kg durant el primer any d'universitat.

Aquest estudi va analitzar també l'efecte de les restriccions dietètiques en les variacions de pes: va demostrar que no va haver-hi diferència en els canvis de pes entre els participants que al principi de l'estudi van dir que estaven fent dieta i els que no en feien. Però comparant entre els participants que van guanyar pes i els que en van perdre, es va observar que aquests últims van informar que seguien una restricció dietètica important a l'inici de curs.

Un altre punt d'anàlisi de l'estudi de Delinsky i Wilson (2008) va ser la diferència entre la realitat i la percepció dels estudiants sobre ells mateixos. L'augment mitjà de pes durant el primer any va ser d'1,5Kg i el 37% de la mostra es va mantenir amb el mateix pes o en va perdre. Tanmateix, la freqüència en que els estudiants es descrivien a ells mateixos com a persones amb sobrepès o obesitat va augmentar del setembre a l'abril, demostrant que els participants tenien una percepció errònia en relació al seu pes corporal: 37% de la mostra es descrivia a ella mateixa amb sobrepès quan en realitat només el 18% de la mostra complia el criteri.

Realment, les persones que presentaven sobrepès o obesitat al setembre eren les mateixes que a l'abril, és a dir, a final de curs els participants no tenien més possibilitats de ser categoritzats com a persones amb sobrepès o obesitat.

La discrepància en descriure's a un mateix amb sobrepès o obesitat i realment presentar-ho pot causar des d'estàndards distorsionats fins a sentiments d'estrès, imprecisió en el pes reportat per un mateix, o trastorns de la conducta alimentària. A més, el fet d'informar que s'estava seguint una dieta no va comportar variacions importants de pes; tanmateix es considera una variable implicada en l'augment de patir trastorns de conducta alimentària.

També destaquen que la preocupació del *Freshman 15* és un indicador de preocupació propi de les noies respecte el pes, la figura corporal, el seguiment de dietes, el grau d'autoestima i la preocupació pel menjar i les restriccions de principi de curs.

D'altra banda, Morrow et al. (2006) van realitzar un estudi a 137 noies, d'entre 18 i 19 anys, de primer curs de la Universitat d'Oklahoma amb l'objectiu d'investigar quins són els canvis en relació al pes corporal, l'Índex de Massa Corporal (IMC), la composició del cos i la distribució del greix corporal. Consideren que, si s'ignora aquest període crític de transició entre l'institut i la universitat, és possible que aquests hàbits de vida es mantinguin fins a l'edat adulta, amb el consegüent augment de pes i, per tant, augment del risc de patir malalties associades a l'obesitat, com malalties cardiovasculars, diabetis i càncer.

De forma sorprenent, els resultats obtinguts dels estudis que s'han examinat anteriorment no donen suport al *Freshman 15*. Conclouen que l'augment de pes en la població universitària del primer any no assoleix els criteris de la creença americana. La controvèrsia és palpable: hi ha estudis que demostren un augment significatiu de pes, mentre que d'altres no el compleixen. La inconsistència demostrada en aquestes investigacions es deu als diferents períodes d'investigació que s'apliquen, a l'ús de mostres d'estudi molt petites i a la inclusió d'homes i dones als estudis. A propòsit d'això, és probable que aquesta creença errònia sobre el *Freshman 15* estigui perpetuant actituds negatives relacionades a la imatge corporal durant el primer any universitari i que, consegüentment, tingui un impacte negatiu sobre la salut a llarg termini, com ara trastorns de la conducta alimentària.

Per altra banda, Yakusheva et al. (2011) van dur a terme un estudi a 144 noies durant el primer any acadèmic a una universitat privada dels Estats Units d'Amèrica amb l'objectiu d'investigar la importància dels efectes sobre la salut en l'explicació del *Freshman 15*. A diferència de les autories anteriors, va més enllà perquè relaciona l'augment de pes durant el primer any

d'universitat, no només amb els factors biològics, sinó també amb els ambientals i del comportament.

Els resultats obtinguts d'aquest estudi mostren que el *Freshman 15* i l'assignació aleatòria d'un company d'habitació és negativa en tots els models. A més, suggereix que les noies que presenten un petit augment de pes a l'inici de curs, adopten tendències en relació a la pèrdua de pes degut a la influència de les seves companyes d'habitació. Malgrat tot, també existeix la influència positiva d'aquestes pel que fa a la freqüència en la pràctica d'activitat física, la planificació dietètica i l'ús de suplementos per perdre pes.

Un altre estudi és el de Gropper et al. (2012), que pretén examinar les variacions de pes, l'Índex de Massa Corporal (IMC), la composició corporal (greix adipós i massa muscular) i el perímetre de la cintura en 149 estudiants de la Universitat d'Auburn durant els tres primers anys acadèmics. És el primer estudi que realitza un seguiment longitudinal als estudiants amb l'objectiu d'observar el pes corporal, la composició i la figura.

El primer any universitari està associat a un guany important en pes i greix corporal, mentre que al tercer any es produeix un augment de la meitat del primer pel que fa al pes, però a més es relaciona amb l'augment de l'IMC i del teixit adipós.

La variació de pes durant aquests tres anys és modesta, però molt variable, ja que s'obté un augment màxim de 21,3Kg i una pèrdua màxima d'11,7Kg, sent com a resultat de totes les variacions, tant per excés com per dèficit, una mitjana de 2,1Kg.

Per altra banda, s'ha pogut observar una mitjana de 4,3Kg d'augment entre aquells que han guanyat pes.

També s'ha pogut observar que entre l'inici de la universitat i el tercer any acadèmic hi ha hagut una disminució dels estudiants amb normopès (del 79% al 70%) i un increment dels percentatge d'aquells classificats amb sobrepès i obesitat (del 15% al 24%). A partir d'aquesta observació, s'han associat els guanys de greix corporal amb l'increment de patir malalties associades al sobrepès i obesitat.

Aquesta investigació, juntament amb d'altres, dona suport a l'evidència que la creença del *Freshman 15* no és real, ja que es dona un augment de pes d'entre 1,36Kg i 2,27Kg i, per tant, tot i l'augment de pes, no assoleixen els 15lbs (6,80Kg) propis del fenomen americà.

Com a conclusió, Gropper et al. (2012) afirmen que aquests petits guanys de pes i greix corporal, especialment si continuen en el quart any acadèmic i durant els primers anys de

l'edat adulta, contribueixen en l'augment de la prevalença d'obesitat en la població d'adults joves.

Per finalitzar, la majoria dels estudis emprats per estudiar el *Freshman 15*, reclamen una promoció d'estils de vida saludable entre la població universitària mitjançant el disseny de programes d'educació alimentària i nutricional.

## **2.3. Trastorns de la Conducta Alimentària (TCA)**

### **2.3.1. Introducció**

En la nostra societat, l'afany per aprimar-se s'ha convertit en un greu problema social. Es pot afirmar que trastorns com l'anorèxia nerviosa i la bulímia nerviosa són avui en dia un important problema de salut pública per les complicacions nutricionals, biològiques, físiques, psicològiques i socials que se'n deriven d'aquestes.

Els trastorns de la conducta alimentària afecten cada vegada un nombre més elevat de pacients, sobretot noies joves. Als països occidentals s'estima que entre un 4 i un 6,4% de les dones d'entre 14 i 23 anys estan patint aquests trastorns. També s'observa que l'edat d'inici és cada vegada més precoç, fins i tot abans de la pubertat, i que només la desena part de les persones que desenvolupen aquestes malalties són homes (Canal Salut, 2013).

Els trastorns de la conducta alimentària constitueixen un grup de trastorns mentals que es caracteritzen per alteracions importants de la conducta alimentària que són secundàries a pensaments alterats envers l'alimentació o la dieta, el pes, la figura corporal i l'autoestima.

### **2.3.2. Prevalença dels trastorns de la conducta alimentària**

La intenció voluntària de modificar la ingestió alimentària no és un fenomen recent, ja que fins i tot existeixen referències bíbliques. Ara bé, des del punt de vista mèdic, les primeres referències sobre els trastorns de la conducta alimentària daten del segle XVII, però és durant el segle XX, especialment a partir de la dècada dels cinquanta, quan es produeix una important evolució conceptual en relació a aquests trastorns mentals; així, la producció científica sobre els trastorns de la conducta alimentària comença a proliferar a partir de la dècada dels setanta.

Les estimacions sobre la prevalença de trastorns de la conducta alimentària varien en funció de la població estudiada i dels mètodes d'avaluació, però de forma general i segons diferents estudis i revisions nacionals i internacionals, l'augment de la prevalença d'aquests trastorns mentals és evident, especialment en països desenvolupats o en vies de desenvolupament, mentre que és pràcticament inexistent en països del tercer món.

Aquest augment de la prevalença de trastorns de la conducta alimentària s'atribueix a l'increment de la incidència i a la durada i cronicitat d'aquests trastorns mentals.

Segons la *Guía de Práctica Clínica sobre Trastornos de la Conducta Alimentaria* i revisant estudis espanyols duts a terme a partir de la metodologia anomenada *disseny d'estudi de prevalença en dues fases*, coneguda per ser la més eficient per detectar TCA en la població general, la població de més risc correspon al gènere femení d'entre 12 i 21 anys, ja que s'obté una prevalença del 0,14% al 0,9% per l'anorèxia nerviosa (AN), del 0,41% al 2,9% per la bulímia nerviosa (BN) i del 2,76% al 5,3% per als trastorns de la conducta alimentària no especificats (TCANE). En total, la prevalença de trastorns de la conducta alimentària a Espanya es situa entre el 4,1% i el 6,41%. En relació al gènere masculí, tot i que existeixen menys estudis, s'obté una prevalença del 0% per l'AN, del 0% al 0,36% per la BN i del 0,18% al 0,77% per als TCANE, amb una prevalença total d'entre el 0,27% i el 0,90%.

Aquesta *Guía de Práctica Clínica sobre Trastornos de la Conducta Alimentaria* del Ministerio de Sanidad y Consumo també explica que les prevalences anteriorment esmentades són similars a les de la *Revisión Sistemática de la Evidencia Científica* (2006) respecte la població de l'oest d'Europa i dels Estats Units d'Amèrica, que són del 0,7% al 3% per als TCANE en la població general, i de l'1% per la BN i del 0,3% per l'AN en el gènere femení (Grup de treball de la *Guía de Práctica Clínica sobre Trastornos de la Conducta Alimentaria*, 2006).

**Taula 1.** Prevalença de Trastorns de la Conducta Alimentària (TCA)

ESTUDI	N	EDAT	AN (%)	BN (%)	TCANE (%)	TCA (%)
Saragossa, 1998 <i>Ruiz, P., et al.</i>	2.193 F	12-18	0.14	0.55	3.83	<b>4.52</b>
Madrid, 1999 <i>Morandé, G., et al.</i>	725 F	15	0.69	1.24	2.76	<b>4.69</b>
	520 M	15	0.0	0.36	0.54	<b>0.90</b>
Navarra, 2000 <i>Pérez-Gaspar, M., et al.</i>	2,862 F	12-21	0.31	0.77	3.07	<b>4.15</b>
Osona (Barcelona), 2006 <i>Arrufat, J.</i>	1,147 F	14-16	0.35	0.44	2.7	<b>3.49</b>
	1,133 M	14-16	0.0	0.09	0.18	<b>0.27</b>

Adaptació pròpia de: "Trastornos de la conducta alimentaria en España: Revisión de estudios epidemiológicos", de Peláez, M<sup>a</sup>. A., Raich, R. M<sup>a</sup>., i Labrador, F. J., 2010.

*Nota.* A la primera columna es fan constar els diferents estudis analitzats sobre la prevalença de trastorns de la conducta alimentària amb l'objectiu d'observar els diferents resultats obtinguts i, a l'hora, fer una comparativa entre aquests. Seguidament, s'observen les columnes de la mostra d'estudi, edat, prevalença d'Anorèxia Nerviosa (AN), prevalença de Bulímia Nerviosa (BN), prevalença de Trastorns de la Conducta Alimentària No Especificats (TCANE) i prevalença de Trastorns de la Conducta Alimentària (TCA).

### 2.3.3. Classificació dels trastorns de la conducta alimentària

Segons el *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5, 2014)*, la darrera versió del manual psiquiàtric internacional de l'*American Psychiatric Association (APA)* que conté els criteris diagnòstics dels trastorns mentals, explica que aquest grup de trastorns mentals està format per la pica, el trastorn de ruminació, el trastorn d'evitació/restricció de la ingesta d'aliments, l'anorèxia nerviosa (AN), la bulímia nerviosa (BN), el trastorn per afartament, altres trastorns de la conducta alimentària o de la ingesta d'aliments especificats i el trastorn de la conducta alimentària o de la ingesta d'aliments no especificat.

Ara bé, l'obesitat, és a dir, l'acumulació excessiva de greix corporal o teixit adipós que provoca un augment del pes corporal a causa d'un consum excessiu d'energia en relació a la despesa energètica, no s'inclou al *DSM-5* com un trastorn mental i, per tant, no és considerat un trastorn de la conducta alimentària. Tanmateix, hi ha clares associacions entre l'obesitat i certs trastorns mentals, com ara el trastorn per afartament, els trastorns depressius i bipolars, l'esquizofrènia, entre d'altres.

#### **Pica**

La pica és la ingestió persistent de substàncies no nutritives i no alimentàries com ara paper, sabó, roba, pèl, cordes, llana, terra, guix, pólvores de talc, pintura, xiclets, metalls, còdols, carbó vegetal o carbó mineral, cendres, fang o gel. La ingesta d'aquestes substàncies no nutritives ni alimentàries tendeix a variar en funció de l'edat i la disponibilitat. El terme *no alimentàries* s'inclou perquè el diagnòstic d'aquest trastorn de la conducta alimentària no es refereix a la ingestió de productes de la dieta amb un mínim contingut nutritiu. No existeix normalment una aversió al menjar en general.

#### **Trastorn de ruminació**

El trastorn de ruminació es caracteritza per presentar regurgitacions repetides després d'alimentar-se o menjar, és a dir, el menjar mastegat i ingerit prèviament, que pot estar parcialment digerit, es retorna a la boca sense nàusees, arcades involuntàries ni desplaer i, tot seguit, es pot tornar a mastegar per tornar-lo a empassar o escopir-lo de la boca. La regurgitació del trastorn de ruminació acostuma a ser diari, és per això que altera el manteniment d'un pes corporal adequat.



### **Trastorn d'evitació/restricció de la ingesta d'aliments**

El trastorn d'evitació/restricció de la ingesta d'aliments substitueix i amplia el diagnòstic del trastorn de l'alimentació en la infància i la primera infància del *DSM-IV*.

El trastorn d'evitació/restricció de la ingesta d'aliments és l'evitació o restricció d'aliments, és a dir, és el rebuig a l'alimentació que pot implicar una pèrdua de pes significativa, deficiències nutricionals significatives o altres efectes sobre la salut, dependència a l'alimentació enteral o a suplementos nutricionals orals, o interferència en el funcionament psicosocial.

### **Anorèxia nerviosa (AN)**

L'anorèxia nerviosa es caracteritza i manifesta essencialment per la pèrdua de pes a causa del desig irrefrenable d'estar prim, cada vegada més prim, i aquesta primesa és el resultat de pràctiques voluntàries com són les dietes restrictives estrictes, les conductes purgatives (vòmits autoinduits, l'abús de laxants i l'ús de diürètics). Tot i la pèrdua de pes objectiva, les persones afectades presenten un temor intens d'arribar a ser obeses. Hi ha una distorsió important de la imatge corporal, amb preocupació extrema per la dieta, figura i pes. Presenten conductes d'evitació cap al menjar amb accions compensatòries per contrarestar el que ingereixen com són la hiperactivitat física desmesurada i les conductes de purga. No solen tenir consciència de malaltia ni del risc físic, per la malnutrició, l'abús dels laxants i diürètics o d'altres productes que (pretesament o suposadament) redueixen la gana o aprimen.

### **Bulímia nerviosa (BN)**

La bulímia nerviosa és també un trastorn de la conducta alimentària però que, a diferència de l'anorèxia nerviosa, es caracteritza per la presència d'episodis d'ingesta voraç: menjar una quantitat important d'aliments en un curt període de temps, generalment en secret i amb sentiments de pèrdua d'autocontrol davant d'aquests aliments, que acostumen a ser de contingut calòric alt.

Les persones afectades de bulímia nerviosa intenten neutralitzar els efectes dels afartaments sobre el pes mitjançant conductes de purga, especialment els vòmits, encara que també poden abusar dels laxants i utilitzar els diürètics. Poden també fer exercici físic per controlar el pes encara que generalment manifesten poca constància, la qual cosa fa inútil aquesta activitat.

## **Trastorn per afartament**

Els trastorns per afartament són els episodis d'ingesta voraç, similars als de pacients bulímics, de forma recurrent però sense conductes compensatòries. La diferència més notable amb la bulímia nerviosa és l'absència de mecanismes compensatoris dels afartaments, per la qual cosa amb el temps el pacient s'encamina inexorablement cap a un problema d'excés de pes o obesitat.

## **Altres trastorns de la conducta alimentària o de la ingesta d'aliments especificats**

Els altres trastorns de la conducta alimentària o de la ingesta d'aliments especificats són totes aquelles presentacions en les quals predominen els símptomes característics d'un trastorn de la conducta alimentària o de la ingesta d'aliments que causen malestar clínicament significatiu o deterioració social, laboral o altres, però que no compleixen tots els criteris de cap dels trastorns de la categoria diagnòstica dels trastorns de la conducta alimentària o de la ingesta d'aliments. Són, per exemple, l'anorèxia nerviosa atípica, la bulímia nerviosa (de freqüència baixa i/o durada limitada), el trastorn per afartament (de freqüència baixa i/o durada limitada), el trastorn per purgues i la síndrome d'ingesta nocturna d'aliments.

L'anorèxia nerviosa atípica és un altre trastorn de la conducta alimentària o de la ingesta d'aliments especificat perquè es compleixen tots els criteris de l'anorèxia nerviosa, excepte que el pes de l'individu, tot i la pèrdua de pes significativa, es troba dins dels valors de normalitat.

La bulímia nerviosa (de freqüència baixa i/o durada limitada) també és un altre trastorn de la conducta alimentària o de la ingesta d'aliments especificat ja que es compleixen tots els criteris de la bulímia nerviosa, excepte que els afartaments i les conductes compensatòries inapropiades es produeixen, de mitjana, menys d'un cop a la setmana i/o durant menys de tres mesos.

El trastorn per afartament (de freqüència baixa i/o durada limitada) és un altre trastorn de la conducta alimentària o de la ingesta d'aliments especificat perquè es compleixen tots els criteris del trastorn per afartament, excepte que els afartaments i les conductes compensatòries inapropiades es produeixen, de mitjana, menys d'un cop a la setmana i/o durant menys de tres mesos.

El trastorn per purgues és un altre trastorn de la conducta alimentària o de la ingesta d'aliments especificat i és el comportament de purgues recurrents, com ara el vòmit autoinduït o l'ús incorrecte de laxants, diürètics o altres medicaments, amb l'objectiu d'influir sobre el pes o la constitució, però en absència d'afartament.

La síndrome d'ingesta nocturna d'aliments també és un altre trastorn de la conducta alimentària o de la ingesta d'aliments especificat i fa referència als episodis recurrents d'ingesta d'aliments a la nit.

### **Trastorn de la conducta alimentària o de la ingesta d'aliments no especificat**

El trastorn de la conducta alimentària o de la ingesta d'aliments no especificat fa referència a totes aquelles presentacions en les quals predominen els símptomes característics d'un trastorn de la conducta alimentària o de la ingesta d'aliments que causen malestar clínicament significatiu o deterioració social, laboral o altres, però que no compleixen tots els criteris de cap dels trastorns de la categoria diagnòstica dels trastorns de la conducta alimentària o de la ingesta d'aliments. La categoria del trastorn de la conducta alimentària o de la ingesta d'aliments no especificat s'utilitza en situacions en les quals el professional de la salut opta per no especificar el motiu d'incompliment dels criteris d'un trastorn de la conducta alimentària o de la ingesta d'aliments específic i, fins i tot, presentacions en les quals no existeix suficient informació per fer un diagnòstic més específic, com ara davant d'una situació d'urgència.

### **2.3.4. Etiopatogènia dels trastorns de la conducta alimentària**

L'etiologia o causa dels trastorns de la conducta alimentària no sol ser única; són trastorns multicausals, en els que hi ha diferents factors de risc que interaccionen i donen més predisposició a la persona de patir-los.

- Factors biològics

- Factors genètics. La genètica té influència sobre el risc de patir un TCA, és a dir, existeix una predisposició genètica que, juntament amb la interrelació amb altres factors de risc tant individuals com ambientals, aporten més susceptibilitat de tenir el trastorn.

- Sexe. El sexe femení té clarament més risc de patir-ne un que el masculí, no només degut a les pressions i influències socials, sinó valorant també la major predisposició biològica que presenta aquesta.

- Edat. La major incidència i prevalença d'aquestes trastorns se situa en la població adolescent (pubertat/adolescència), atès que el desenvolupament puberal suposa canvis corporals, hormonals i psicològics que faciliten la preocupació excessiva per la imatge i el cos.

- Factors individuals i familiars

- Factors psicològics. Característiques personals com elevats nivells de perfeccionisme, obsessió, ansietat, introversió, inseguretat, baixa autoestima, depressió, rigidesa, tendència a la pèrdua de control dels impulsos, entre d'altres, poden actuar com a factors desencadenants.

- Característiques familiars. Famílies desestructurades, sobreprotectores, rígides i exigents, amb poca expressivitat emocional o si tenen antecedents de TCA augmenten el risc de patir un trastorn de la conducta alimentària.

- Factors socioculturals

- Pressió social i cultural per la primor. La sobrevaloració d'una imatge de primor extrema i el rebuig al sobrepès poden generar preocupació i una intensa insatisfacció sobre la pròpia imatge corporal que pot conduir a l'adopció d'accions inadequades de control de pes fins a causar un TCA. Això és degut a l'aparició d'un culte marcat a la primesa amb un ideal de figura femenina excessivament prima que estableix uns valors no sempre assumibles per tots els joves i que, per tant, genera creences personals d'insatisfacció sobre el pes, la dieta, la figura i la bellesa.

- Altres factors de risc

- També es consideren factors de risc de patir un TCA experiències vitals negatives, com ara el dol per un familiar pròxim, els antecedents d'abusos sexuals, l'abús de substàncies il·legal i d'alcohol, els trastorns per ansietat, les dificultats de socialització amb els iguals (amics, companys de feina i altres), els problemes emocionals i sentimentals, etc.

Un altre factor de risc d'interès és el nutricional i, concretament, la modificació dels hàbits alimentaris observats en la societat dels últims anys que ha participat en l'augment de la prevalença dels trastorns de la conducta alimentària en la població dels països desenvolupats o en vies de desenvolupament (Gil, 2010).

### 2.3.5. Criteris diagnòstics dels trastorns de la conducta alimentària

L'anorèxia nerviosa va ser descrita l'any 1972 per Feighner, però no va ser fins uns anys més tard, concretament l'any 1979, que es van definir per primera vegada els seus símptomes i signes diagnòstics mitjançant el *Manual estadístic i diagnòstic dels trastorns mentals*.

En la seva 4.ª edició (*DSM-IV*) de 1994, evoluciona en relació a la classificació, perquè inclou els quadres atípics o incomplets, és a dir, els TCANE, i a la descripció de les manifestacions clíniques dels trastorns mentals.

L'última actualització d'aquest manual psiquiàtric internacional correspon al *DSM-V* de l'any 2014.

A més d'aquesta classificació, l'Organització Mundial de la Salut (OMS), ofereix la descripció clínica i els criteris diagnòstics dels trastorns de la conducta alimentària en la 10.ª edició de la *Classificació estadística internacional de malalties i problemes relacionats amb la salut (CIM-10, 1992)*.

Ara bé, els criteris diagnòstics que s'utilitzen a nivell mundial per al diagnòstic dels trastorns de la conducta alimentària són aquells que proporciona la Societat Americana de Psiquiatria a partir de l'últim DSM: el *DSM-V*.

- Criteris diagnòstics dels trastorns de la conducta alimentària segons el *DSM-V*

#### **Anorèxia nerviosa**

A. Restricció de la ingesta energètica en relació a les necessitats, que condueix a un pes corporal significativament baix en relació a l'edat, el sexe, el curs del desenvolupament i la salut física. *Pes significativament baix* es defineix com un pes que és inferior al mínim normal o, en nens i adolescents, inferior al mínim esperat.

B. Por intensa de guanyar pes o d'engreixar-se, o comportament persistent que interfereix en l'augment de pes, fins i tot amb un pes significativament baix.

C. Alteració de la forma en què un mateix percep el seu propi pes o constitució, influència impròpia del pes o la constitució corporal en l'autoavaluació, o falta persistent de reconeixement del perill que comporta el baix pes corporal actual.

L'anorèxia nerviosa pot ser de tipus:

- Restrictiu: durant l'episodi d'anorèxia nerviosa, la persona afectada no recorre regularment a afartaments o a purgues (per exemple, vòmit autoinduït, abús de laxants, ús de diürètics o ènemes).

- Compulsiu/purgatiu: durant l'episodi d'anorèxia nerviosa, la persona afectada recorre regularment a afartaments o a purgues (per exemple, vòmit autoinduït, abús de laxants, ús de diürètics o ènemes).

### **Bulímia nerviosa**

A. Presència d'afartaments recurrents.

B. Conductes compensatòries inapropiades i recurrents per evitar l'augment de pes, com ara el vòmit autoinduït, l'abús de laxants, l'ús de diürètics, ènemes o altres fàrmacs, el dejuni o l'exercici excessiu.

C. Els afartaments i les conductes compensatòries inapropiades tenen lloc dos cops per setmana de mitjana durant un període de tres mesos.

D. L'autoavaluació està exageradament influïda pel pes i la figura corporal.

E. L'alteració no sols apareix amb el desenvolupament de l'anorèxia nerviosa.

La bulímia nerviosa pot ser de tipus:

- Purgatiu: durant l'episodi de bulímia nerviosa, la persona afectada es provoca regularment el vòmit o utilitza en excés laxants, diürètics o ènemes.

- No purgatiu: durant l'episodi de bulímia nerviosa, la persona afectada utilitza altres conductes compensatòries inapropiades com, per exemple, el dejuni o l'exercici intens, però no recorre a provocar-se el vòmit, ni abusa de laxants, ni usa en excés diürètics o ènemes.

### 2.3.6. Metodologia de detecció dels trastorns de la conducta alimentària

La prevenció consisteix a aconseguir disminuir o eliminar l'exposició als riscos modificables que es relacionen amb el desenvolupament de trastorns de la conducta alimentària, com ara els socials i culturals: la pressió social i cultural per la primor, la influència dels mitjans de comunicació, l'estereotip de la primor com a bellesa, i la bellesa com a clau d'èxit, entre d'altres.

Actualment, i tal i com explica la Fundació Imatge i Autoestima, el pes de les causes socials i culturals en aquests trastorns mentals, planteja la necessitat d'abordar la seva prevenció no només des del punt de vista sanitari, sinó també des del social i pedagògic. Proposa que es treballi a partir de la prevenció des de la família, els centres educatius, els mitjans de comunicació i les empreses promovent uns hàbits alimentaris saludables, potenciant l'autoestima dels fills, assegurant que els professionals dels centres educatius rebin informació veraç i contrastada científicament per tal d'afavorir una correcta detecció dels trastorns de la conducta alimentària, i promovent la imatge de models corporals realistes que fomentin la salut i moltes altres accions.

Ara bé, a més de tota aquesta prevenció primària, cal una metodologia de detecció ràpida, suficient i eficaç des dels centres sanitaris que permeti al professional d'atenció primària detectar els casos de persones en risc per tal de donar un recolzament específic afavorint la no aparició del problema alimentari. En aquest sentit, també ha de ser capaç de derivar a una unitat especialitzada el pacient en cas de sospitar de la presència d'un quadre complet d'un trastorn de la conducta alimentària, com l'anorèxia nerviosa o la bulímia nerviosa.

Per tal de facilitar la tasca als professionals de la salut, existeixen diverses eines que han demostrat eficàcia a l'hora de detectar comportaments de risc que, encara que no són suficientment potents per a donar un diagnòstic clar i definitiu, poden ser molt útils per obtenir una valoració ràpida sobre la situació alimentària en general (Fundació Imatge i Autoestima, 2013).

Les eines de detecció dels trastorns de la conducta alimentària que els professionals dels centres d'atenció primària utilitzen consisteixen en un conjunt de qüestionaris validats científicament i diferents en funció del trastorn, que pregunten sobre hàbits alimentaris, pes corporal, activitat física, menstruació, percepció de la imatge i figura corporal, grau d'autoestima, consum de drogues, relacions familiars i socials, entre altres.

### **Anorèxia nerviosa**

- **Eating Attitudes Test o EAT-40** (Garner i Garfinkel, 1979): és una eina de detecció dels TCA. Té 40 preguntes que permeten detectar comportaments alterats relacionats amb la por a guanyar pes, motivacions per aprimar-se o per identificar patrons alimentaris restrictius. L'EAT-40 s'aplica a partir dels 16 anys.
- **EAT-26**: és la versió abreviada del qüestionari anterior. És també molt útil a l'hora de detectar trastorns de la conducta alimentària. L'EAT-26 s'aplica a partir dels 16 anys.
- **ChEAT**: aquest qüestionari s'aplica a la població escolaritzada, és a dir, a nens i nenes de fins a 8 anys. Aquesta és la única diferència, ja que té el mateix objectiu que la resta de qüestionaris que pretenen detectar casos de persones en risc de patir trastorn de la conducta alimentària.

### **Bulímia nerviosa**

- **Bulimia Test o BULIT** (Smith i Thelen, 1984): és una eina de detecció de trastorns de la conducta alimentària dissenyada per diferenciar persones amb bulímia nerviosa, persones sense problemes relacionats amb els trastorns de la conducta alimentària i persones afectades per altres TCA, amb capacitat per diferenciar els subtipus diagnòstics de bulímia nerviosa. Aquest s'aplica a partir dels 12 anys.
- **BULIT-R**: és una versió revisada del BULIT, per tant, molt similar a aquest últim i d'aplicació a partir dels 12 anys.
- **Bulimia Investigatory Test Edinburg o BITE**: és una eina de detecció capaç de detectar casos de bulímia nerviosa o trastorns per afartament gràcies a les seves 36 preguntes. A més, pot avaluar el número i el grau dels símptomes presents.

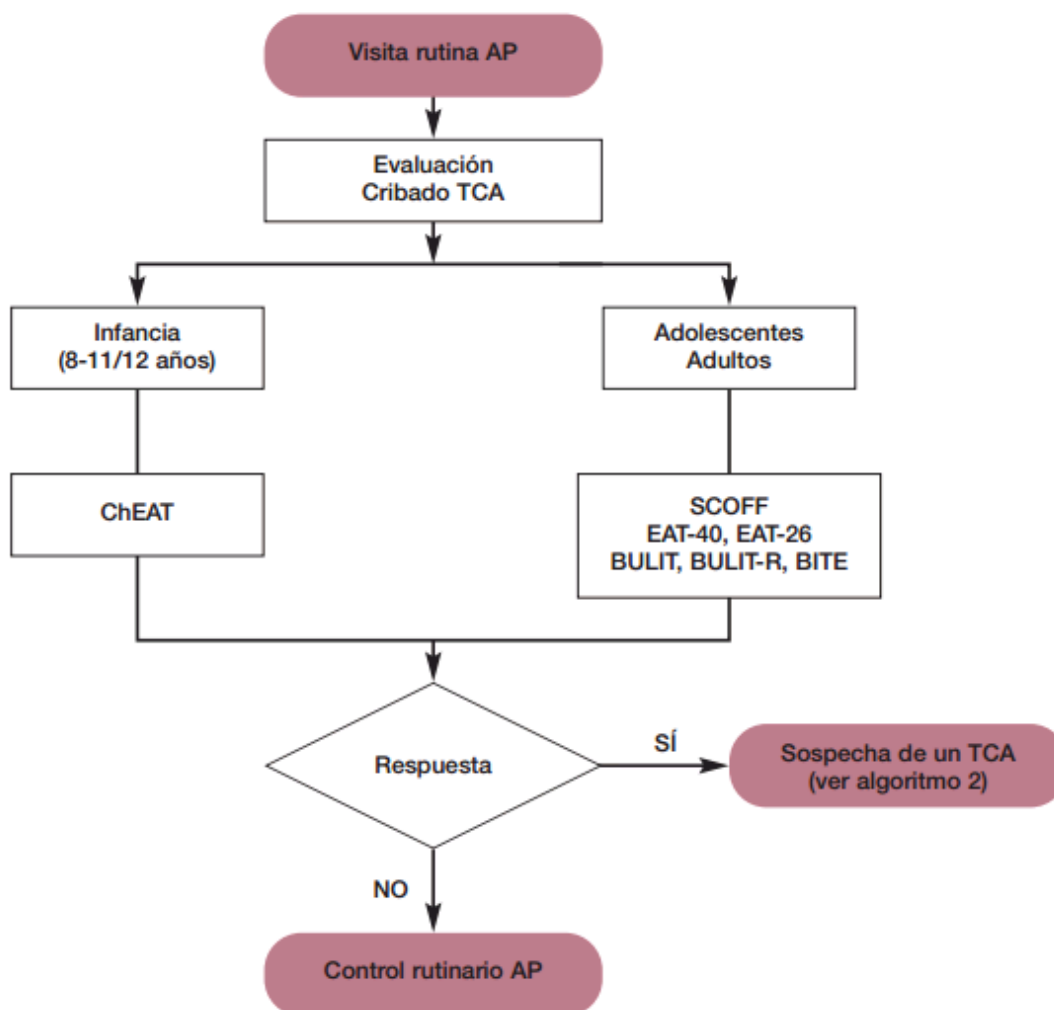
### **Trastorns de la conducta alimentària en general**

- **Sick, Control, One, Fat, Food questionnaire o SCOFF** (Morgan et al, 1999): és una eina de detecció precoç dels TCA que valora la conducta alimentària en general, la insatisfacció corporal, la purga i la pèrdua de control de la ingesta de l'individu enquestat. S'aplica a partir dels 11 anys.



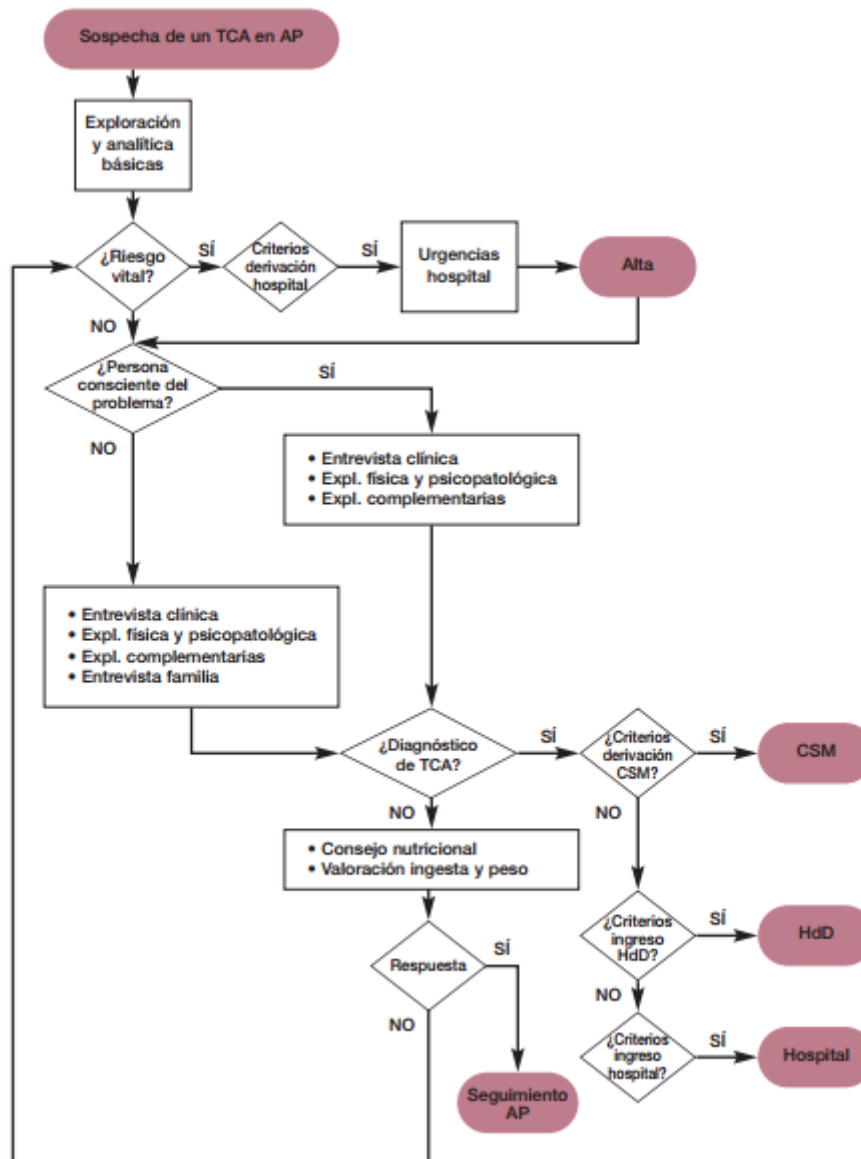
Tots aquests qüestionaris disposen d'una versió espanyola validada i útil de cara a ser utilitzada amb la nostra població d'estudi.

A continuació, es presenten dos algorismes de la *Guía de Práctica Clínica sobre Trastornos de la Conducta Alimentaria (2009)* del Ministerio de Sanidad y Consumo (vegeu figura 2 i 3) amb l'objectiu d'observar, de forma esquematitzada, visual i clara, la detecció de potencials casos de Trastorns de la Conducta Alimentària (TCA) i l'actuació davant la sospita d'un Trastorns de la Conducta Alimentària (TCA).



**Figura 2.** Algorisme de la detecció de potencial casos de Trastorns de la Conducta Alimentària (TCA) de la *Guía de Práctica Clínica sobre Trastornos de la Conducta Alimentaria*, 2009.

\*AP: Atención primaria, BITE: Test de Investigación de Bulimia de Edimburgo, BULIT: Test de Bulimia, BULIT-R: Versión revisada del BULIT, ChEAT: Versión infantil del EAT-26, EAT-40: Cuestionario de actitudes ante la alimentación, EAT-26: Versión abreviada del EAT-40, SCOFF: Sick, Control, One, Fat, Food questionnaire i TCA: Trastornos de la Conducta Alimentaria.



**Figura 3.** Algoritme de l'actuació davant la sospita d'un Trastorn de la Conducta Alimentària (TCA) de la *Guía de Práctica Clínica sobre Trastornos de la Conducta Alimentaria*, 2009.

\*AP: Atención Primaria, CSM: Centro de Salud Mental Infanto-Juvenil (CSMIJ) o de adultos (CSMA), HdD: Hospital de Día, CN: Consejo Nutricional i TCA: Trastornos de la Conducta Alimentaria.

## 2.4. Justificació del projecte

Aquest treball forma part de l'assignatura de "Treball de Fi de Grau" de la titulació universitària de Nutrició Humana i Dietètica de la Facultat de Ciències de la Salut i el Benestar (FCSB) de la Universitat de Vic - Universitat Central de Catalunya (UVic-UCC).

La justificació o raó que indueix a plantejar la necessitat de dur a terme aquest treball és el gran interès respecte els trastorns de la conducta alimentària i la relació d'aquests amb els hàbits alimentaris de la població universitària, especialment, la que viu en residències universitàries.

Una altra raó de pes per elaborar aquest treball és la vinculació d'aquest amb un estudi que duu a terme la professora de la Facultat de Ciències de la Salut i el Benestar Anna Vila Martí, sobre la prevalença de trastorns de la conducta alimentària en estudiants universitaris de primer curs que viuen a la residència universitària de Vic (RUVIC). En definitiva, el fet de poder participar personalment en aquest estudi relacionat directament amb la temàtica del meu treball m'aporta un major grau d'interès i motivació a l'hora de realitzar aquest Treball de Fi de Grau (TFG).

Així doncs, a partir d'aquest treball s'ha volgut analitzar els hàbits alimentaris dels universitaris, i a l'hora, comprovar si la població universitària que viu a la residència universitària en lloc del domicili familiar, presenta major risc de patir trastorns de la conducta alimentària.

### **3. HIPÒTESI I OBJECTIUS**

#### **3.1. Hipòtesi**

La població que viu a la residència universitària de Vic (RUVIC) presenta major risc de patir trastorns de la conducta alimentària.

#### **3.2. Objectius**

##### **3.2.1. Objectius generals**

- Determinar els hàbits alimentaris de la població que viu a la residència universitària de Vic (RUVIC).
- Avaluar el risc de patir trastorns de la conducta alimentària en la població que viu a la residència universitària de Vic (RUVIC).

##### **3.2.2. Objectius específics**

- Definir l'estat de salut de la població objectiu.
- Determinar el patró alimentari de la població objectiu.
- Conèixer l'estil de vida de la població estudiada, és a dir, pràctica d'activitat física i hàbits tòxics (alcohol, tabac i altres).
- Valorar el control sobre la ingesta.
- Valorar la percepció i insatisfacció corporal.
- Determinar el risc de patir anorèxia nerviosa.

- Determinar el risc de patir bulímia nerviosa.
- Avaluar canvis en la composició corporal de la mostra d'estudi.
- Conèixer l'aparició del fenomen *Freshman 15* en la població d'estudi.

## **4. METODOLOGIA**

### **4.1. Àmbit d'estudi**

L'àmbit d'estudi d'aquest projecte sobre els trastorns de la conducta alimentària en la població que viu a la residència universitària de Vic (RUVIC) comprendrà, tal i com indica el títol d'aquest, la població que habita la residència universitària de Vic o RUVIC durant el curs acadèmic.

El desenvolupament de les diverses visites entre el personal investigador del projecte i els participants d'aquest es durà a terme al Laboratori de simulació B-012 de la Facultat de Ciències de la Salut i el Benestar del Campus Miramarges de la UVic-UCC adaptat per a consulta dietètica.

### **4.2. Disseny**

El disseny d'aquest estudi correspondrà a un disseny epidemiològic amb assignació controlada del factor d'estudi, però sense assignació aleatòria dels individus. Per tant, serà un estudi d'intervenció quasi experimental o sense aleatorització que pretendrà determinar si la població que viu a la residència universitària de Vic (RUVIC) presenta major risc de patir trastorns de la conducta alimentària. En aquest sentit, aquest serà un disseny quasi experimental perquè, tal i com indiquen Icart et al. (2012), els dissenys quasi experimentals presenten característiques similars als experimentals, excepte l'aleatorització i, en determinades investigacions, la supressió del grup control.

A més, serà una investigació quantitativa perquè presentarà una recollecció i anàlisi de dades de forma numèrica i posant èmfasi en la quantificació i la generalització dels resultats, per tal d'avaluar la hipòtesi o pregunta d'estudi.

Per a la recollecció de dades, els investigadors utilitzaran instruments empírics i estadístics, com proves, entrevistes, escales o qüestionaris.

Des del punt de vista de la seva dimensió espai-temps, serà un estudi longitudinal ja que l'objectiu d'aquest serà estudiar i investigar al mateix grup o mostra d'estudi de manera repetida al llarg d'un període de temps d'aproximadament 7 mesos (setembre-abril), és a dir, durant tot un curs acadèmic. El grup o mostra d'estudi s'estudiarà al llarg de la investigació a partir de tres visites programades; una a l'inici del curs acadèmic, una a mig curs i l'altra al final d'aquest mateix.

D'altra banda, es tractarà d'un estudi prospectiu ja que l'inici de la investigació serà anterior a l'obtenció dels resultats i conclusions, és a dir, les dades s'aniran recollint al llarg de l'estudi i, per tant, els resultats i les conclusions no s'obtidran fins transcorregut un temps determinat des de l'inici d'aquest.

Per últim, serà un estudi pilot ja que serà una investigació clínica amb un nombre reduït de participants. Ara bé, d'aquesta manera es durà a terme amb la finalitat de valorar la idoneïtat del disseny, l'anàlisi de dades o la viabilitat d'un estudi posterior de més abast.

#### **4.3. Població i la mostra/participants**

La població diana o població de la que es desitja generalitzar els resultats de l'estudi fa referència a aquell grup d'estudiants que, durant el curs acadèmic, viuen a una residència universitària i, per tant, no viuen a la seva llar o casa familiar.

La població d'estudi o població definida a partir dels criteris d'inclusió i exclusió correspon a aquells estudiants que, durant el curs acadèmic, resideixen a la residència universitària de Vic o RUVIC i, a més, compleixen els criteris d'inclusió.

És a partir d'aquesta població d'estudi que s'obtidrà la mostra d'estudi o subjectes realment estudiats.

#### 4.4. Criteris d'inclusió i exclusió

- **Criteris d'inclusió:**

- Gènere masculí i/o femení.
- Ser major d'edat a l'inici de l'estudi ( $\geq 18$  anys).
- Resident de la residència universitària de Vic o RUVIC.
- Amb qualsevol Índex de Massa Corporal (IMC), per tant, amb qualsevol pes i talla corporal.
- Amb qualsevol patró alimentari, pràctica d'activitat física i estil de vida.
- Amb o sense hàbits tòxics (consum d'alcohol, tabac o altres drogues).
- Amb o sense patologia/es i tractament farmacològic.
- Que hagin presentat o no un trastorn de la conducta alimentària abans de l'estudi.

- **Criteris d'exclusió:**

- Menors d'edat ( $< 18$  anys) en el moment d'iniciar el projecte.
- Estudiants de la Universitat de Vic - Universitat Central de Catalunya (UVic-UCC), però que no resideixen a la residència universitària de Vic (RUVIC) durant el curs acadèmic.
- Discapacitats psíquiques i/o físiques que impedeixin dur a terme les activitats de l'estudi.
- Participants que no hagin donat el seu consentiment informat per escrit abans d'iniciar la investigació.
- No estar d'acord amb les condicions ètiques de l'estudi.
- Incomprensió de la llengua de l'estudi (català, castellà i anglès).



#### 4.5. La intervenció que es vol realitzar

La intervenció que es vol realitzar amb aquest estudi és la de fer un seguiment al llarg d'un curs acadèmic a un conjunt de participants que viuen a la residència universitària de Vic (RUVIC).

Aquest seguiment estarà format per tres trobades entre el participant i l'investigador durant el mes de setembre (inici del curs), febrer (a mig curs) i abril (final del curs).

En la primera trobada es presentarà el projecte al participant i se li demanarà el consentiment informat per tal de que pugui participar en l'estudi.

Un cop acceptada la participació, l'investigador li recollirà una sèrie de dades mitjançant:

- **Entrevista personal** a on se li demanarà un conjunt de dades demogràfiques (gènere, data de naixement, procedència, adreça electrònica i estudis acadèmics) i una sèrie de preguntes en relació al seu estat de salut, hàbits alimentaris, pràctica d'activitat física i hàbits tòxics (consum d'alcohol, tabac o altres drogues). Tot seguit, se li demanarà que contesti l'*Enquesta SCOFF* i l'*Adolescent Figure Drawings Scale* (veure Annex 9.5). En últim lloc, se li prendran una sèrie de mesures antropomètriques (pes corporal (Kg), talla corporal (cm), perímetre abdominal (cm) i plec tricipital (mm)) (veure Annex 9.6.).

- **Registre dietètic de 72h (R72h)**. Un cop finalitzada l'entrevista personal, és a dir, en darrer terme, se li entregarà un document per tal que durant tres dies (dos feiners i un festiu) ompli tot allò que ingereix indicant àpat, hora i lloc de l'àpat, aliments, beguda, tècnica culinària i quantitat en grams o en mesures casolanes de la ingesta (veure Annex 9.7.).

El participant haurà de retornar aquest document (R72h) a l'investigador al cap d'un parell de setmanes de la primera trobada.

- **Tests validats**: són diferents tests que ens permetran determinar el risc individual del participant a patir un trastorn de la conducta alimentària (anorèxia nerviosa i bulímia nerviosa) (veure Annex 9.8. i 9.9.).

*EATING ATTITUDES TEST (EAT-26)*

*BULIMIA INVESTIGATORY TEST EDINBURGH (BITE)*

Aquests tests se li passaran en format electrònic amb l'objectiu que el participant els pugui contestar en un altre moment, amb total tranquil·litat i sense pressa.

En la segona trobada se li prendran només les mesures antropomètriques (pes corporal (Kg), perímetre abdominal (cm) i plec tricípital (mm)) i se l'animarà per tal que arribi al final de l'estudi.

En la tercera i última trobada se li tornaran a prendre les mesures antropomètriques (pes corporal (Kg), perímetre abdominal (cm) i plec tricípital (mm)), però a més, se li passaran de nou els tests validats (EAT-26 i BITE) i se li entregarà un altre registre de 72h perquè el torni a omplir.

Un cop feta la tercera trobada entre el participant i l'investigador, la col·laboració del participant haurà finalitzat.

#### **4.6. Variables i els mètodes de mesura**

Respecte l'anàlisi de les variables quantitatives extretes de les enquestes, s'utilitzarà la mitjana aritmètica i la desviació estàndard. Finalment, i després de comparar els resultats, s'arribarà a la conclusió de si s'accepta o no la hipòtesi o pregunta d'estudi.

En relació a l'anàlisi de les variables qualitatives, es realitzarà una taula de contingència per tal d'observar, de cada possible resposta, quantes persones han seleccionat la mateixa. Per fer-ho s'utilitzaran percentatges.

Aquest anàlisi es durà a terme mitjançant el programa estadístic IBM SPSS Statistics 21.0.

#### **4.7. Anàlisi dels registres**

L'anàlisi dels registres es durà a terme a partir d'un conjunt de fulls de càlcul del programa informàtic Microsoft Office Excel 2007, per tal de presentar les dades numèriques i resultats obtinguts de forma ordenada, clara i estètica. D'aquesta manera, s'obtindrà una base de dades

que permetrà visualitzar, de forma resumida, les dades numèriques i resultats obtinguts, amb la intenció de poder-hi treballar més fàcilment.

#### **4.8. Limitacions de l'estudi**

La principal limitació de l'estudi és que els participants abandonin el projecte en algun moment de la intervenció i, conseqüentment, es compromet el volum de la mostra d'estudi. Com a estratègia per tal d'evitar l'abandonament, els responsables de l'estudi s'hauran d'adaptar als participants i, a més, hauran d'intentar motivar-los i conscienciar-los de que l'estudi durarà uns mesos. Per tant, la seva col·laboració no serà puntual sinó temporal.

#### **4.9. Aspectes ètics**

El preàmbul de la Declaració Universal dels Drets Humans (Nacions Unides, 1948) diu:

Considerant que una concepció comuna d'aquests drets i llibertats és de la més gran importància per al ple compliment d'aquest compromís, l'Assemblea General proclama aquesta Declaració Universal dels Drets Humans com l'ideal comú a assolir per a tots els pobles i nacions amb el fi de cada persona i cada institució, inspirant-se constantment en aquesta Declaració, promoguin, mitjançant l'ensenyament i l'educació, el respecte a aquestes drets i llibertats i assegurin, amb mesures progressives nacionals i internacionals, el seu reconeixement i aplicació universals i efectius, tant entre els pobles dels Estats membres com entre els dels territoris sota llur jurisdicció.

I el setè principi general de la Declaració de Hèlsinki de l'Associació Mèdica Mundial (AMM) afegeix que "La investigació mèdica està subjecta a normes ètiques que serveixen per promoure i assegurar el respecte a tots els éssers humans i per protegir la seva salut i els seus drets individuals".

Així doncs, aquest estudi segueix un mètode rigorós i ètic amb l'objectiu de respectar i complir les normes ètiques i legals establertes per llei. És per això que, abans d'iniciar el projecte, el personal investigador informará als participants de tots els seus drets i de tots els possibles beneficis i perjudicis durant l'estudi i, a més, se'ls facilitarà el consentiment informat (veure

Annex 9.1.) per tal de deixar per escrit la conformitat lliure, voluntària i conscient dels participants. Només aquells que l'hagin firmat podran participar a l'estudi.

En relació a la protecció de dades, i per tal d'assegurar la confidencialitat i anonimat dels participants, se'ls assignarà un codi numèric perquè, d'aquesta manera, les seves dades es registrin de manera anònima i es respecti així la confidencialitat de tots ells.

A més, al llarg de tota la investigació se'ls resoldran tots els dubtes que puguin tenir, i se'ls tractarà amb respecte.

Per últim, abans d'iniciar l'estudi, aquest haurà de ser avaluat i aprovat per un comitè d'ètica acreditat.

## 5. RESULTATS

La mostra d'estudi d'aquesta investigació estava formada inicialment per un grup de 9 participants, que s'havien adherit al projecte de forma voluntària i totalment desinteressada. Gràcies a la seva participació, el personal investigador ha pogut trobar resposta a la pregunta d'estudi. Ara bé, al final de la investigació, aquesta mostra d'estudi va passar a ser de 7 participants, ja que durant l'estudi 2 participants van abandonar-lo.

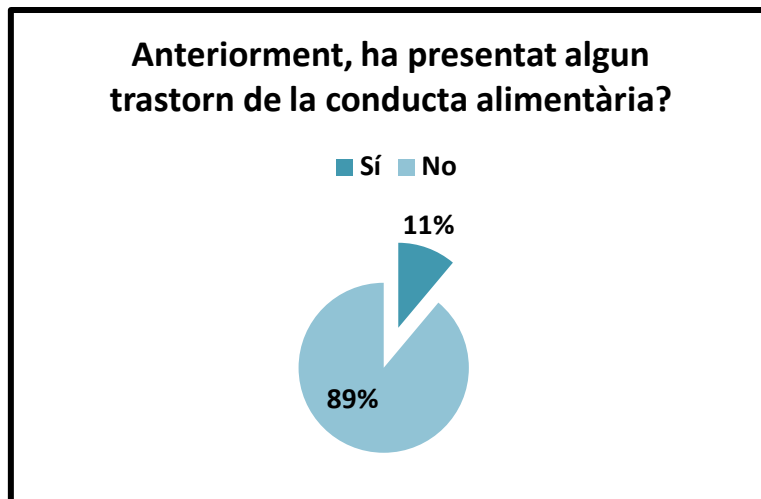
Tal i com s'ha esmentat anteriorment, la mostra d'estudi inicial constava de 9 participants, concretament 7 noies i 2 nois d'entre 19 i 24 anys. Per tant, el 77,8% d'aquesta mostra d'estudi pertany al gènere femení, mentre que el 22,2% restant al masculí. Tots ells són de procedència espanyola, excepte dues noies de procedència romanesa i peruana.

Tota la mostra d'estudi està formada per estudiants d'un Grau Universitari o d'un Cicle Formatiu de Grau Superior (CFGS). Ara bé, respecte a aquest paràmetre, la mostra d'estudi és molt heterogènia ja que hi ha estudiants de l'àmbit de Ciències Socials i Jurídiques (Publicitat i Relacions Públiques i Curs d'Especialització d'Intel·ligències Múltiples), d'Enginyeria i Arquitectura (Enginyeria Mecatrònica), de Ciències (Biotecnologia) i de Ciències de la Salut (Psicologia i Integració Social).

En relació a la història clínica i, concretament a l'estat de salut, la majoria d'aquesta mostra (77,8%) defineix el seu estat de salut actual com a millorable. Així doncs, només el 22,2% restant el defineix com a òptim i cap dels participants creu que sigui dolent.

Seguint en la història clínica, només 2 (22,2%) dels 9 participants pateixen alguna patologia: un d'ells presenta celiaquia i l'altre al·lèrgia al marisc. Per contra, el 77,8% de la mostra d'estudi no presenta cap patologia.

En relació als trastorns de la conducta alimentària, 1 (11,1%) dels 9 participants de la mostra d'estudi, en concret una noia, ha presentat anteriorment algun trastorn de la conducta alimentària (Figura 4).



**Figura 4.** Resultat de la pregunta "Anteriorment, ha presentat algun trastorn de la conducta alimentària?" de l'entrevista duta a terme a l'inici de la investigació.

En referència a la història dietètica i, especialment al nombre d'àpats que realitzen al dia, només 1 (11,1%) dels 9 participants duu a terme 4 o 5 àpats al dia. És a dir, només un dels estudiants esmorza, menja a mig matí, dina, berena i sopa; la resta només fan 3 o 4 àpats al dia. En conclusió, l'11,1% de la mostra d'estudi realitza 4 o 5 àpats al dia, el 22,2% només en duu a terme 3 (esmorzar, dinar i sopar) i el 66,7% restant en realitza 4 al dia (esmorzar, dinar, berenar i sopar).

Tot i això, tota la mostra d'estudi afirma que gaudeix menjant, ja que el 66,7% respon que "sí, bastant" i el 33,3% que "sí, molt". És a dir, cap dels participants diu que no gaudeix menjant o que gaudeix poc. Ara bé, tot i que el 66,7% dels participants d'aquesta investigació confirma que acostuma a menjar a poc a poc, el 33,3% indica que ho fa molt ràpid i sense mastegar.

En relació al seguiment de dietes per perdre pes, el 44,4% de la mostra d'estudi, és a dir, 4 dels 9 participants de la investigació, han seguit algun tipus de dieta per perdre pes, com ara la dieta *Dukan*, una dieta rica en proteïnes i pobre en hidrats de carboni i lípids.

Un terç de la mostra d'estudi (33,3%) fa dieta.

Respecte a l'acció de cuinar abans de viure a la residència universitària de Vic (RUVIC), el 55,6% de la mostra d'estudi cuinava a vegades a casa seva, el 33,3% mai i només l'11,1% restant ho feia sempre.

Tot seguit, es mostra una taula (Taula 2) per tal d'observar quina part de la mostra d'estudi té coneixements sobre com cuinar, si li agrada la cuina, si li agrada anar a comprar el menjar i si creu que té coneixements sobre "*alimentació saludable*".

**Taula 2.** Respostes de l'entrevista duta a terme a la mostra d'estudi d'aquesta investigació.

<b>PREGUNTA</b>	<b>Sí (%)</b>	<b>No (%)</b>
Tens coneixements sobre com cuinar?	88,9	11,1
T'agrada la cuina?	33,3	66,7
T'agrada anar a comprar el menjar?	77,8	22,2
Creus que tens coneixements sobre "alimentació saludable"?	66,7	33,3

En relació a la pràctica d'activitat física, el 55,6% de la mostra d'estudi duu a terme activitat física regular, mentre que el 44,4% restant no.

Per últim, i respecte als hàbits tòxics, s'observa que només 1 (11,1%) dels 9 participants beu alcohol de forma habitual, tot i que només ho fa durant el cap de setmana; el 22,2% fuma de forma habitual; i 1 (11,1%) dels 9 estudiants consumeix alguna altra droga de forma ocasional.

Respecte al qüestionari *SCOFF* (veure Annex 9.5), una eina de cribatge dels trastorns de la conducta alimentària en atenció primària, 3 (33,3%) dels 9 participants d'aquesta investigació han donat positiu a aquest i, per tant, s'inclouen al grup de risc de patir un TCA.

L'*Adolescent Figure Drawings Scale* (veure Annex 9.5) és una eina que permet mesurar la insatisfacció de la imatge corporal del pacient calculant la discrepància entre com es veu realment (*Jo real*) i com li agradaria veure's (*Jo ideal*). Així doncs, i en relació a aquesta eina, s'observa que la mostra d'estudi d'aquesta investigació no presenta gaire distorsió corporal entre el *Jo real* i el *Jo ideal* i, per tant, mostra poca o nul·la insatisfacció de la imatge.

A partir de les mesures antropomètriques (pes corporal (Kg), talla corporal (m), perímetre abdominal (cm) i plec tricipital (mm)) s'observa que, de mitjana, l'Índex de Massa Corporal (IMC) de la mostra d'estudi ha anat augmentant lleugera i progressivament al llarg de la investigació. La mitjana de l'IMC obtingut a la primera visita és de 21,98Kg/m<sup>2</sup>, mentre que a la segona és de 22,83Kg/m<sup>2</sup>, i a la tercera ja és de 22,90Kg/m<sup>2</sup>. Tot i això, és un valor d'IMC situat dins dels valors de referència d'un estat nutricional òptim (18,5-24,9Kg/m<sup>2</sup>) i, per tant, dins d'un estat de normopès.

Ara bé, individualment trobem participants amb pes insuficient ( $<18,5\text{Kg}/\text{m}^2$ ) (11,1%) i, a l'hora, participants amb sobrepès I ( $25-26,9\text{Kg}/\text{m}^2$ ) (11,1%) o sobrepès II o preobesitat ( $27-29,9\text{Kg}/\text{m}^2$ ) (11,1%). La resta, és a dir, el 66,7% de la mostra d'estudi, es troba dins dels valors de referència i, per tant, presenten un estat nutricional òptim i de normopès.

En relació al *Freshman 15*, és a dir, a la creença popular que la població universitària de primer any augmenta 15lbs (6,80Kg) el seu pes corporal als Estats Units d'Amèrica i Canadà, s'observa que la mostra d'estudi d'aquesta investigació no compleix aquest fenomen ja que, tot i que de mitjana, la mostra d'estudi augmenta de pes, aquest augment no és de 6,80Kg. Concretament, de la primera a la segona visita, l'augment mitjà és de 0,74Kg amb un mínim de -0,90Kg i un màxim de 2,50Kg, mentre que de la segona a la tercera és de només 0,21Kg amb un mínim de -0,50Kg i un màxim de 1,10Kg (Figura 5). Així doncs, individualment, hi ha participants que han guanyat, mantingut o, fins i tot, perdut pes.

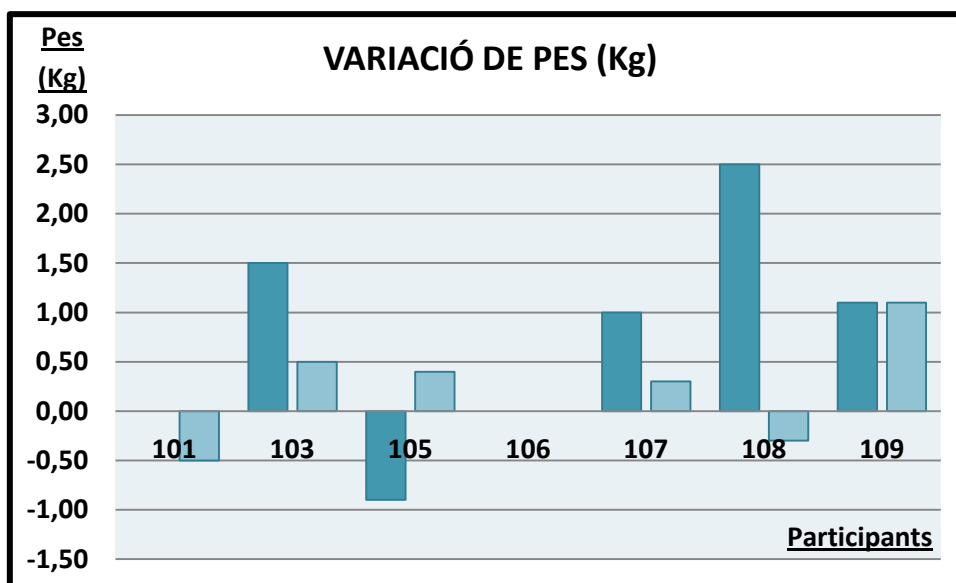


Figura 5. Gràfic de la variació de pes corporal de la mostra d'estudi al llarg de la investigació.



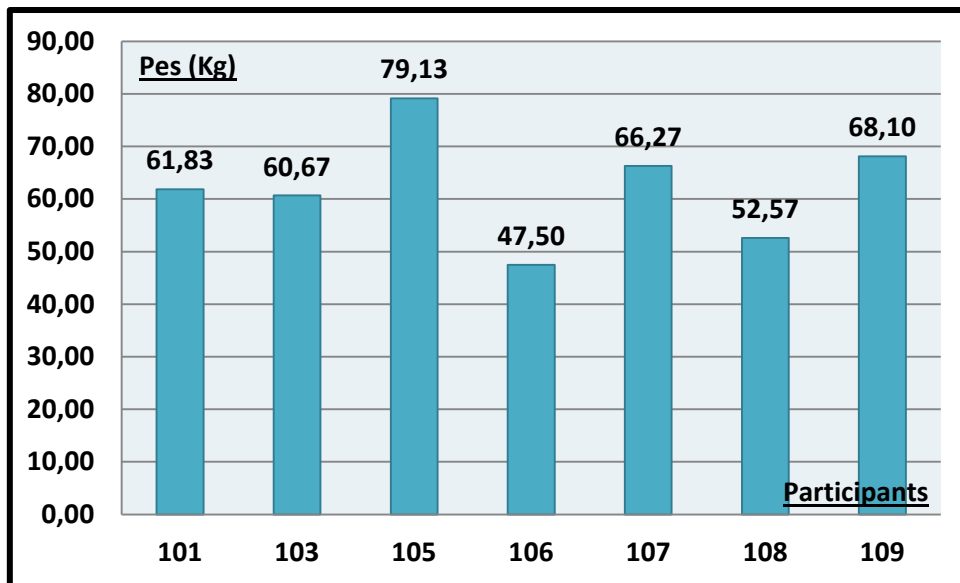


Figura 6. Gràfic de la mitjana de pes corporal de la mostra d'estudi al llarg de la investigació.

Respecte al plec tricripital i perímetre abdominal, s'observa poca variació entre les tres mesures dutes a terme al llarg de la investigació. Aquests dos paràmetres antropomètrics no varien entre la totalitat de la mostra d'estudi. És per això que la diferència entre aquests resultats no es considera significativa.

En relació al plec tricripital (Figura 7), totes les mitjanes dels tres resultats dels diferents participants es troben entre el percentil 25 i 75, és a dir, dins de l'estat de normopès. Tal i com explica Frias (2011), només es considera obès quan la mesura d'aquest plec cutani es situa per sobre del percentil 90 o desnutrició quan es situa per sota del percentil 5.

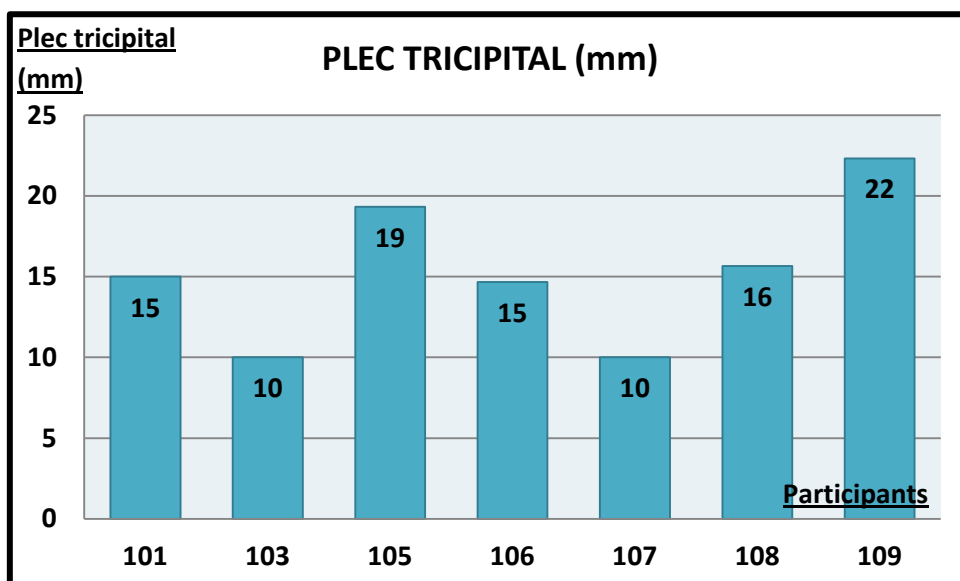


Figura 7. Gràfic de la mitjana del plec tricripital de la mostra d'estudi al llarg de la investigació.

I en relació al perímetre abdominal (Figura 8), Frias (2011) relaciona el risc cardiovascular amb un perímetre abdominal masculí superior a 102cm i un perímetre abdominal femení superior a 88cm. Així doncs, cap dels 2 participants masculins presenten risc cardiovascular associat al seu perímetre abdominal perquè tenen una mitjana d'aquest perímetre corporal inferior a 102cm (71 i 73cm). En canvi, 1 de les 5 participants mostra risc cardiovascular associat al seu perímetre abdominal perquè aquest és de 96cm de mitjana, superant els 88cm.

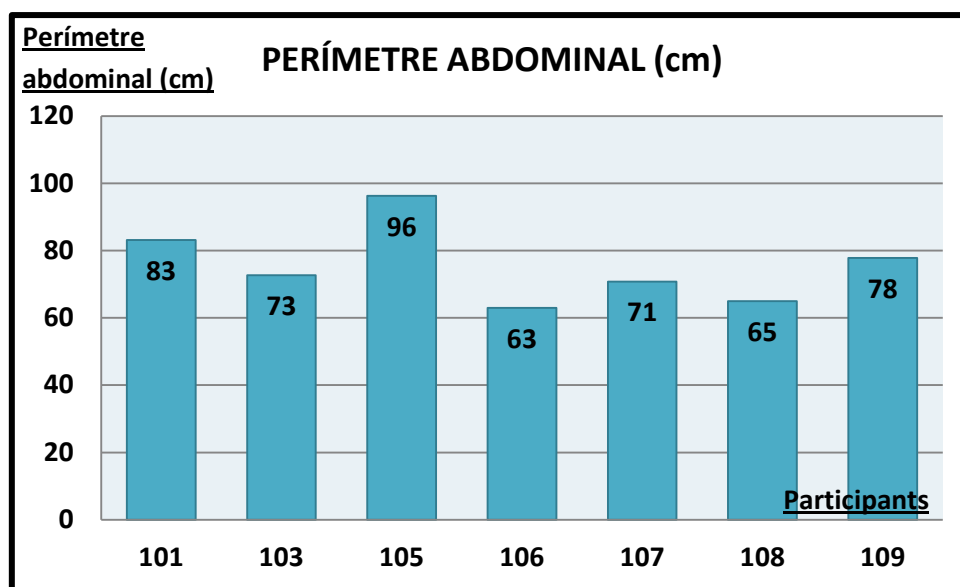


Figura 8. Gràfic de la mitjana del perímetre abdominal de la mostra d'estudi al llarg de la investigació.

Pel que fa als tests de cribatge dels trastorns de la conducta alimentària, és a dir, al test *EAT-26* (Eating Attitudes Test) i al *BITE* (The Bulimic Investigatory Test, Edinburgh), es detecta que, en relació a l'*EAT-26* (veure Annex 9.8.), un dels participants de la mostra d'estudi (11,1%) presenta una puntuació superior a 20 tant a la primera com a la segona resolució d'aquest. I en aquest sentit, requereix una major investigació que passi per una entrevista amb un clínic especialitzat, ja que podria tendir a patir un TCA.

Respecte al *BITE* (veure Annex 9.9), i concretament a la primera resolució, s'obté que el 66,7% de la mostra d'estudi, és a dir, 6 dels 9 participants, no presenten comportaments compulsius cap al menjar. Ara bé, el 33,3% restant es divideix en: un 11,1% que presenta patrons alimentaris anormals, però no necessàriament bulímia nerviosa; un altre 11,1% de la mostra d'estudi que possiblement pateix bulímia nerviosa subclínica; i l'11,1% restant que presenta un patró de comportament molt alterat i, per tant, una possible bulímia nerviosa. En canvi, a la segona resolució del *BITE*, els resultats són diferents, ja que 5 dels 7 participants finals (71,4%) no presenten comportaments compulsius cap al menjar, un d'ells (14,3%) possiblement pateix

bulímia nerviosa subclínica i el 14,3% restant presenta un patró de comportament molt alterat i, per tant, una possible bulímia nerviosa.

En relació als registres dietètics de 72h, s'observa clarament que la ingesta calòrica diària és molt diferent entre individus. Per exemple, la ingesta calòrica màxima del segon dia del primer registre dietètic de 72h correspon a 3.503,39Kcal/dia, mentre que la mínima d'aquest mateix dia és de només 799,35Kcal/dia (Figura 9).

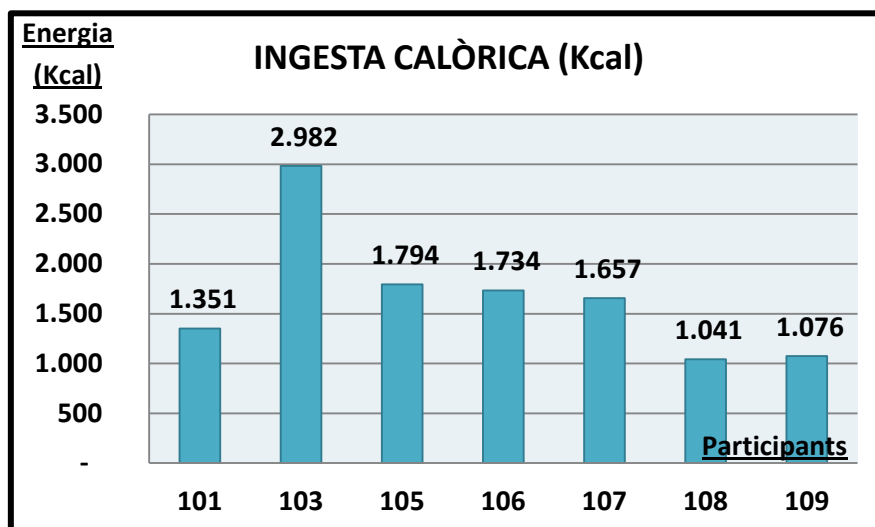


Figura 9. Gràfic de la mitjana de la ingesta calòrica del primer registre dietètic de 72h.

Pel que fa al repartiment nutricional, s'evidencia que cap dels participants compleix el repartiment nutricional establert com a saludable i equilibrat: aquell que conté un 50-55% d'hidrats de carboni, un 30-35% de lípids i un 15% de proteïnes del valor calòric total diari ja que cap d'ells es troba dins d'aquests valors establerts (Figura 10).

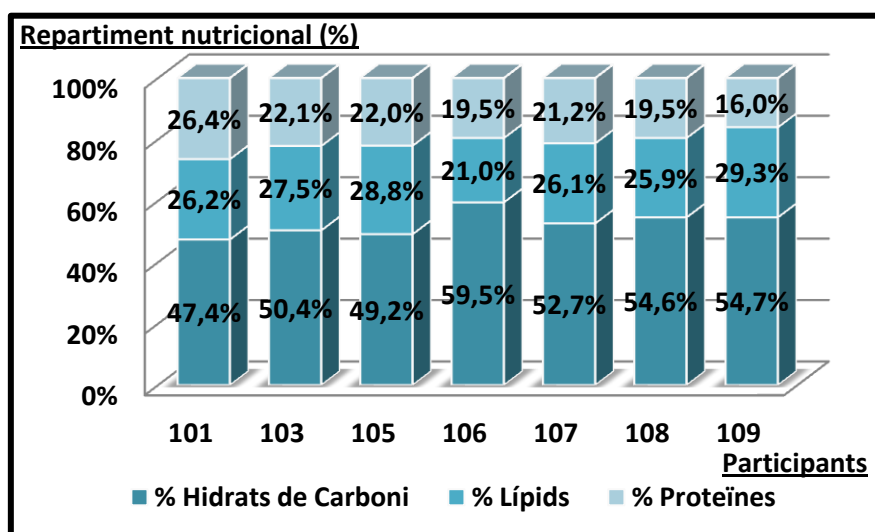


Figura 10. Gràfic de la mitjana del repartiment nutricional del primer registre dietètic de 72h.

Finalment, i respecte al consum de fibra dietètica (Figura 11), s'observa que igual que amb el repartiment nutricional, cap dels participants assoleix la ingesta diària recomanada, que és de 30g de fibra dietètica al dia. La ingesta mitjana màxima de fibra dietètica registrada en el primer R72h és de 29,08g, mentre que la mínima és només de 7,50g.

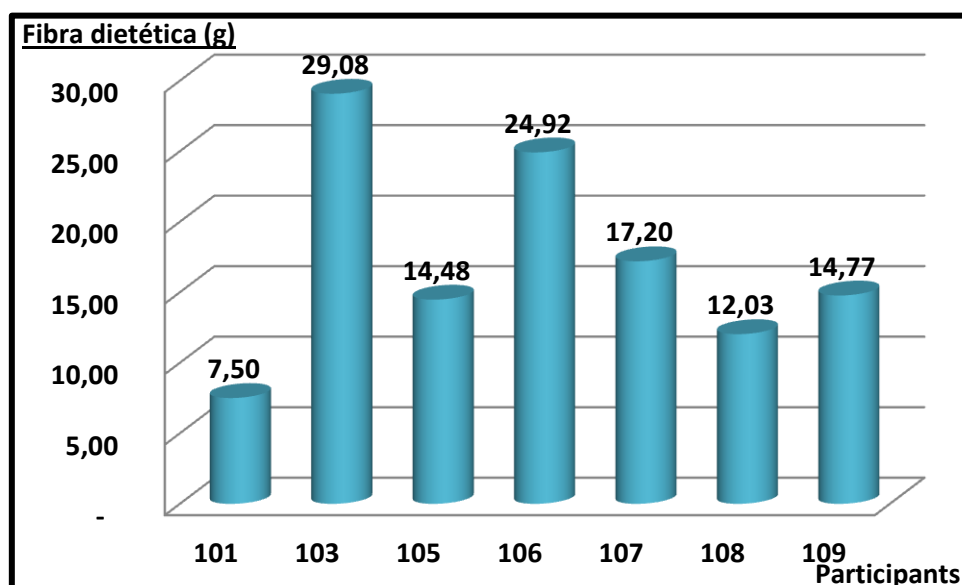


Figura 11. Gràfic de la mitjana del consum de fibra dietètica del primer registre dietètic de 72h.

Igual que amb el primer registre dietètic de 72h, la ingesta calòrica és molt diferent entre individus. Per exemple, la mitjana de la ingesta calòrica del segon R72h d'un participant correspon a 2.234,76Kcal, mentre que la d'un altra no arriba a les 1.000Kcal diàries (699,31Kcal) (Figura 12).

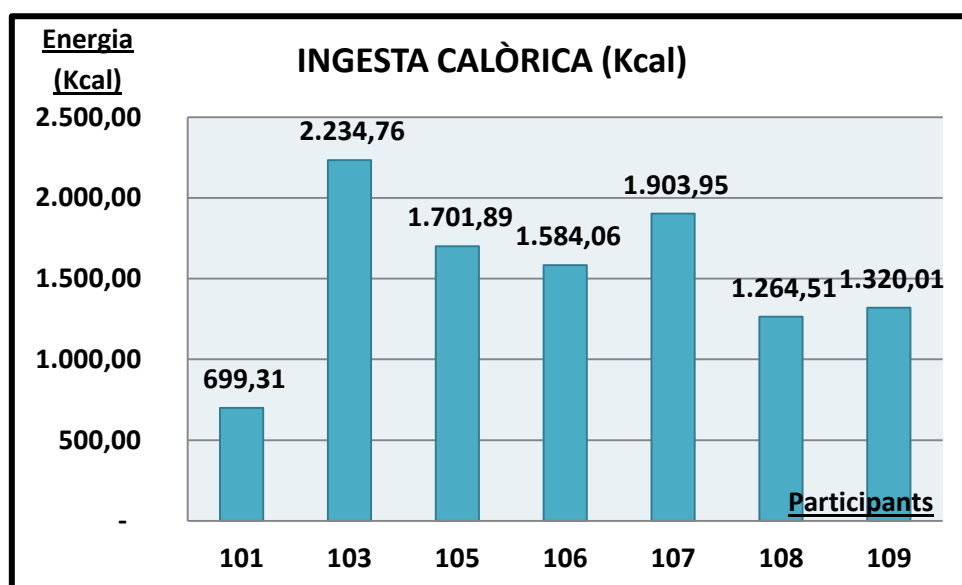


Figura 12. Gràfic de la mitjana de la ingesta calòrica del segon registre dietètic de 72h.

Pel que fa al repartiment nutricional (Figura 13), s'evidencia que, igual que amb el del primer registre dietètic de 72h, els participants no compleixen el repartiment nutricional establert com a saludable i equilibrat perquè s'allunyen dels valors de referència. Ara bé, en relació als resultats del primer R72h, hi ha participants que han millorat el seu repartiment nutricional perquè s'acosten més als valors establerts com a saludables i equilibrats, com ara la participant 105 que presenta un 52,6% (50-55%) d'hidrats de carboni, un 30,3% (30-35%) de lípids i un 17% (15%) de proteïnes.

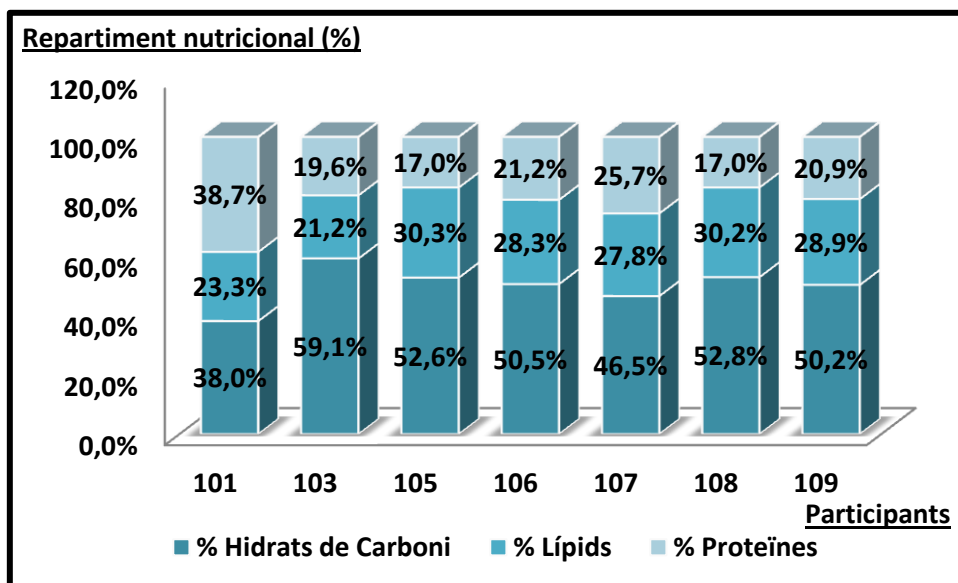


Figura 13. Gràfic de la mitjana del repartiment nutricional del segon registre dietètic de 72h.

En relació al consum de fibra dietètica, s'observa que la majoria dels participants (85,7%) no assolixen la ingesta diària recomanada de fibra dietètica ja que només un d'ells (14,3%) consumeix de mitjana més de 30g de fibra dietètica al dia (Figura 14).

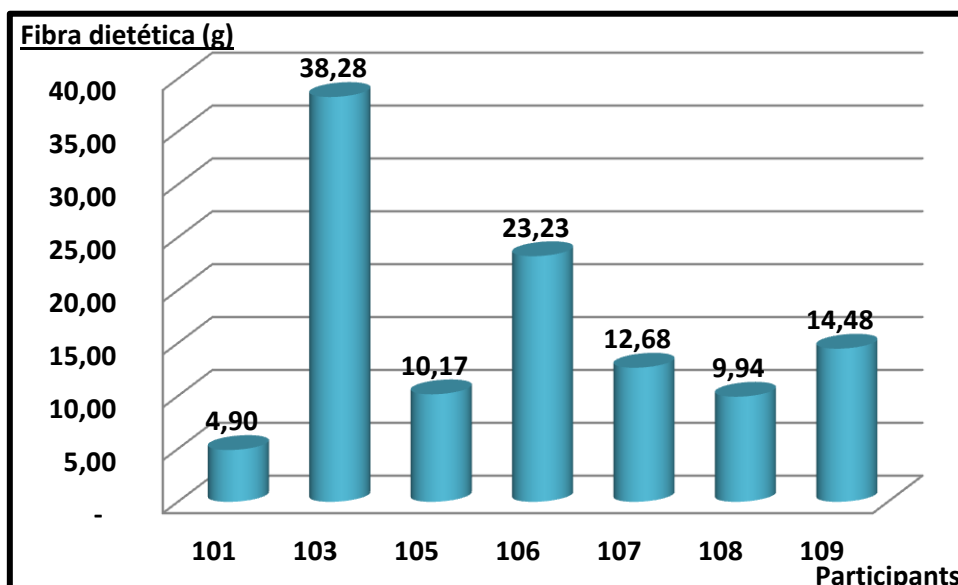


Figura 14. Gràfic de la mitjana del consum de fibra dietètica del segon registre dietètic de 72h.

La limitació més important d'aquesta investigació està relacionada a la mida de la mostra d'estudi. Aquesta és només de 9 participants degut a la falta de temps per reclutar participants i, alhora, per la manca d'individus interessats en col·laborar en aquesta investigació. En conclusió, la mostra d'estudi és molt petita, a més de ser poc vàlida i representativa. Per tant, no es pot extrapolar a nivell mundial. No obstant això, els resultats obtinguts fan que sigui necessari conèixer més a fons aquest tipus de població: possiblement sigui necessària una intervenció nutricional per evitar conductes de risc i per millorar l'alimentació dels estudiants.

## 6. CONCLUSIONS

### 6.1. Conclusions generals

- La població d'estudi té uns hàbits alimentaris que s'allunyen de les recomanacions per una alimentació saludable, variada i equilibrada atès que les proporcions dels macronutrients (HC, L i P) o el repartiment nutricional està alterat o desequilibrat. Així doncs, aquesta mostra d'estudi segueix uns patrons alimentaris hiperproteics, hipolipídics i pobres en fibra dietètica.
- El risc de patir trastorns de la conducta alimentària de la població d'estudi és relativament baix.

### 6.2. Conclusions específiques

- En termes generals, l'estat de salut de la població objectiu és òptim.
- El patró alimentari de la població objectiu s'allunya majoritàriament de l'alimentació saludable, variada i equilibrada.
- La població estudiada presenta un estil de vida millorable: en relació a la pràctica d'activitat física, aquesta no és òptima, respecte al consum d'alcohol, els participants no presenten conductes de risc, però la majoria són bevedors socials, i en relació al consum de tabac, la població estudiada és una baixa consumidora d'aquesta droga.
- Un terç de la població d'estudi pateix alteracions del control sobre la ingesta.
- La mostra d'estudi està satisfeta amb la seva imatge corporal.
- Un dels participants de la població objectiu presenta risc de patir anorèxia nerviosa.
- Un dels participants de la població d'estudi presenta un patró de comportament molt alterat, mentre que la resta no presenta risc de patir bulímia nerviosa.

- Respecte a la composició corporal de la mostra d'estudi, hi ha un lleuger i progressiu augment de pes corporal i un lleu augment del perímetre abdominal, mentre que el plec tricípital no pateix alteracions al llarg de la investigació.
- En aquesta població d'estudi no apareix el fenomen *Freshman 15*.



## 7. UTILITAT PRÀCTICA DELS RESULTATS

*L'Estudi sobre els Trastorns de la Conducta Alimentària (TCA) en la població que viu a la residència universitària de Vic (RUVIC) pretén detectar, el més aviat possible, el risc de patir trastorns de la conducta alimentària en la població que viu a una residència d'aquestes característiques, així com els hàbits alimentaris i de salut de la població estudiantil quan viuen fora de l'entorn familiar.*

Així doncs, representa una mesura de prevenció que ens permetrà detectar el risc de patir trastorns de la conducta alimentària que té la població que viu a una residència universitària i, a més, permetrà disminuir la prevalença d'aquests trastorns mentals en relació a aquest grup poblacional.

En definitiva, la implantació d'aquest estudi té l'objectiu de ser de gran utilitat pràctica.

## 6. BIBLIOGRAFIA

Agència de Salut Pública de Catalunya. (16 d'octubre de 2012). *L'Agència de Salut Pública de Catalunya edita una nova piràmide de l'alimentació saludable*. (Sala de premsa de la Generalitat de Catalunya). Consultat 18 novembre 2015, des de: [http://premsa.gencat.cat/pres\\_fsvp/AppJava/notapremsavw/165168/ca/lagencia-salut-publica-catalunya-edita-nova-piramide-lalimentacio-saludable.do](http://premsa.gencat.cat/pres_fsvp/AppJava/notapremsavw/165168/ca/lagencia-salut-publica-catalunya-edita-nova-piramide-lalimentacio-saludable.do)

Agència de Salut Pública de Catalunya. (2012). Piràmide de l'alimentació saludable [fotografia]. Consultat 18 novembre 2015, des de [http://salutpublica.gencat.cat/ca/promocio\\_salut/alimentacio\\_saludable/la-piramide-de-lalimentacio-saludable/index.html](http://salutpublica.gencat.cat/ca/promocio_salut/alimentacio_saludable/la-piramide-de-lalimentacio-saludable/index.html)

American Psychiatric Association. (1994). *Versión española de la cuarta edición de la obra original en lengua inglesa Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-IV*. (4ª ed.). Washington, DC: Editorial Masson.

American Psychiatric Association. (2014). Trastornos de la conducta alimentaria y de la ingesta de alimentos. Dins *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales: DSM-V*. (5ª ed.). (DSM-V). (P-329-354). Madrid: Editorial Médica Panamericana.

Arroyo, M., Rocandio, A. M<sup>a</sup>., Ansoategui, L., Pascual, E., Salces, I., i Rebato, E. (2006). Calidad de la dieta, sobrepeso y obesidad en estudiantes universitarios. *Nutrición Hospitalaria*, 21(6), 673-679.

Arrufat, F. J. (2006). *Estudio de prevalencia de trastornos de la conducta alimentaria en la población adolescente de la comarca de Osona*. (Tesi doctoral). Universitat de Barcelona, Catalunya.

Bach-Faig, A., Serra-Majem, L. (2013). *Libro Blanco de la Nutrición en España. "Dieta Mediterránea en el siglo XXI: posibilidades y oportunidades"*. (pp. 221-230). Madrid: Fundación Española de la Nutrición (FEN) y Agencia Española de Seguridad Alimentaria y Nutrición (AESAN).

Bartolomé, A., Carmona, M., Ferrer, V., Folgueiras, P., Freixa, M., Garcia-Borés, J. M.<sup>ª</sup>, Nuri, A., Padrós, M., Ramis, R., & Soria, V. (2013). *El Trabajo de Fin de Grado. Guía para estudiantes, docentes y agentes colaboradores*. Madrid: Editorial McGraw Hill.

Cabezuelo, G., Frontera, P. (2007). *Enséñame a comer. Hábitos y recetas para evitar la obesidad infantil*. Buenos Aires: Editorial EDAF.

Calvo, R. (2002). *Anorexia y Bulimia. Guía para padres, educadores y terapeutas*. Barcelona: Planeta.

Canal Salut. (2015). *La dieta mediterrània*. (Generalitat de Catalunya. Departament de Salut). Consultat 16 novembre 2015, des de: [http://canalsalut.gencat.cat/ca/home\\_ciudadania/vida\\_saludable/alimentacio/la\\_dieta\\_mediterrania/](http://canalsalut.gencat.cat/ca/home_ciudadania/vida_saludable/alimentacio/la_dieta_mediterrania/)

Canal Salut. (2013). *Trastorns de la conducta alimentària*. (Generalitat de Catalunya. Departament de Salut). Consultat 11 novembre 2015, des de:

[http://canalsalut.gencat.cat/ca/home\\_professionals/temes\\_de\\_salut/trastorns\\_conducta\\_alimentaria/](http://canalsalut.gencat.cat/ca/home_professionals/temes_de_salut/trastorns_conducta_alimentaria/)

Cervera, F., Serrano, R., Vico, C., Milla, M., i García, M<sup>a</sup>. J. (2013). Hábitos alimentarios y evaluación nutricional en una población universitaria. *Nutrición Hospitalaria*, 28(2), 438-446.

Crispo, R., Figueroa, E., i Guelar, D. (1996). *Anorexia y Bulimia: lo que hay que saber*. Barcelona: Gedisa.

Cuesta, M. (2010). *La meva anorèxia. Un testimoni de superació personal*. Barcelona: Pòrtic Visions.

De Cos, A., Loria, V., i Gómez, C. (2010). Nutrición en los trastornos de la conducta alimentaria. Dins A. Gil, (Dir.), M. Planas, J. Álvarez, J. M. Culebras, A. García de Lorenzo, M. León, J. Maldonado, A. Mesejo, i J. C. Montejo. (Coords.), *Tratado de nutrición: Nutrición Clínica. Tomo IV*. (p. 445-470). Madrid: Editorial Médica Panamericana.

Delinsky, S., i Wilson, G. (2008). Weight gain, dietary restraint, and disordered eating in the freshman year of college. *Eating Behaviors*, 9(1), 82-90.

Díaz, C., Gómez, C. (2008). Alimentació, consum i salut. Col·lecció Estudis Socials. Núm. 24. (Obra Social. Fundació "La Caixa").

Durá, T., i Castroviejo, A. (2011). Adherencia a la dieta mediterránea en la población universitaria. *Nutrición Hospitalaria*, 26(3), 602-608.

- Espinoza, L., Rodríguez, F., Gálvez, J., i MacMillan, N. (2011). Hábitos de alimentación y actividad física en estudiantes universitarios. *Revista Chilena de Nutrición*, 38(4), 458-465.
- Freshman. (2005). Dins *Diccionario Reverso*. Obtingut de: <http://diccionario.reverso.net/ingles-espanol/freshman>
- Frias, L (2011). *Enfoque nutricional objetivo, de la evaluación antropométrica realizada en mineros de Somilor* (Tesi doctoral). Escuela Superior Politécnica del Litoral, Ecuador.
- Fundación Dieta Mediterránea. (2015). *Dieta Mediterránea*. Consultat 23 novembre 2015, des de <http://dietamediterranea.com/>
- Fundació Imatge i Autoestima. (2013). *Prevenció*. Consultat 19 desembre 2015, des de <http://www.f-ima.org/ca/prevencio>
- Generalitat de Catalunya. (2014). *Trastorns de la conducta alimentària*. (Generalitat de Catalunya. Departament de Salut). Consultat 11 novembre 2015, des de: <http://trastornsalimentaris.gencat.cat/ca/>
- Gropper, S., Simmons, K., Connell, L., i Ulrich, P. (2012). Weight and Body Composition Changes during the First Three Years of College. *Journal of Obesity*, 2012, 1-6.
- Grup de treball de la Guia de Pràctica Clínica sobre Trastornos de la Conducta Alimentaria. (2006). *Guía de Práctica Clínica sobre Trastornos de la Conducta Alimentaria*. (Ministerio de Sanidad y Consumo. Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques de Catalunya, 2009).

Hernández-Avila, M., Garrido-Latorre, F., & López-Moreno, S. (2000). Diseño de estudios epidemiológicos. *Salud Pública de México*, 42(2), 144-154.

Icart, M. T., Pulpón, A. M., Garrido, E. M., & Delgado-Hito, P. (2012). *Cómo elaborar y presentar un proyecto de investigación, una tesina y una tesis*. Barcelona (Universitat de Barcelona): UBe.

Lameiras, M., Clado, M., Rodríguez, Y., i Fernández, M. (2003). Hábitos alimentarios e imagen corporal en estudiantes universitarios sin trastornos alimentarios. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud/International Journal of Clinical and Health Psychology*, 3(1), 23-33.

Lliura. (2015). Dins *Gran Diccionari de la llengua catalana*. Enciclopèdia Catalana. Obtingut de: <http://www.enciclopedia.cat/EC-GDLC-e00083481.xml>

Martín, G. (2010). Hábitos alimentarios y salud: introducción. Dins A. Gil, (Dir.), E. Martínez de Victoria, i J. Maldonado. (Coords.), *Tratado de nutrición: Nutrición Humana en el Estado de Salud. Tomo III*. (p. 1-30). Madrid: Editorial Médica Panamericana.

Méndez, J., Vázquez-Velázquez, V., i García-García, E. (2008). Los trastornos de la conducta alimentaria. *Medigraphic Artemias*, 65, 579-592.

Mihalopoulos N., Auinger, P., i Klein, J. D. (2008). The Freshman 15: Is it real? *Journal of American College Health*, 56(5), 531-534.

- Montero, A., Úbeda, N., i García, A. (2006). Evaluación de los hábitos alimentarios de una población de estudiantes universitarios en relación con sus conocimientos nutricionales. *Nutrición Hospitalaria*, 21(4), 466-473.
- Morandé, G. (1999). *La anorexia. Cómo combatir y prevenir el miedo a engordar de las adolescentes*. Madrid: Vivir Mejor.
- Morrow, M., Heesch, K., Dinger, M., Hull, H., Kneehans, A., i Fields, D. (2006). Freshman 15: Fact or Fiction?. *Obesity*, 14(8), 1438-1443.
- Ogden, J. (2005). *Psicología de la alimentación. Comportamientos saludables y trastornos alimentarios*. Madrid: Ediciones Morata.
- Oliveras, M<sup>a</sup>. J., Nieto, P., Agudo, E., Martínez, F., López, H., i López, M<sup>a</sup>. C. (2006). Evaluación nutricional de una población universitaria. *Nutrición Hospitalaria*, 21(2), 179-183.
- Peláez, M<sup>a</sup>. A., Raich, R. M<sup>a</sup>., i Labrador, F. J. (2010). Trastornos de la conducta alimentaria en España: Revisión de estudios epidemiológicos. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios/Mexican Journal of Eating Disorders*, 1, 62-75.
- Raich, R. M<sup>a</sup>. (1996) *Anorexia, bulimia y otros trastornos alimentarios*. Madrid: Pirámide.
- Riba, M. (2002). *Estudio de los hábitos alimentarios en población universitaria y sus condicionantes*. (Tesi doctoral. Universitat Autònoma de Barcelona (UAB), Catalunya).

- Ruiz-Lázaro, P., Comet, M., Calvo, A., Zapata, M., Cebollada, M., Trébol, L., i Lobo, A. (2010). Prevalencia de trastornos alimentarios en estudiantes adolescentes tempranos. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 38(4), 204-211.
- Sánchez, V., i Aguilar, A. (2015). Hábitos alimentarios y conductas relacionadas con la salud en una población universitaria. *Nutrición Hospitalaria*, 31(1), 449-457.
- Servei Català de la Salut. (2010). *Classificació estadística internacional de malalties i problemes relacionats amb la salut, 10a revisió (CIM-10)*. (Generalitat de Catalunya. Departament de Salut). Consultat 24 novembre 2015, des de: <http://catsalut.gencat.cat/ca/proveidors-professionals/registres-catalegs/catalegs/diagnostics-procediments/cim-10/>
- Vadeboncoeur, C., Townsend, N., i Foster, C. (2015). A meta-analysis of weight gain in first year university students: is freshman 15 a myth? *BMC Obesity*, 2(1), 22
- Veiga de Cabo, J., De la Fuente Díez, E., & Zimmermann, M. (2008). Modelos de estudios en investigación aplicada: conceptos y criterios para el diseño. *Medicina y seguridad del trabajo*, 54(210), 81-88.
- Yakusheva, O., Kapinos, K., i Weiss, M. (2011). Peer effects and the Freshman 15: Evidence from a natural experiment. *Economics and Human Biology*, 9(2), 119-132.



## 9. ANNEXES

### 9.1. Full d'informació i consentiment informat

#### 1. INTRODUCCIÓ

Hola. Em dic MARIA GUINART PUJOL i sóc estudiant de quart curs del Grau en Nutrició Humana i Dietètica de la Universitat de Vic - Universitat Central de Catalunya (UVic-UCC).

Voldria convidar-vos a participar en un estudi que duu per títol **“ESTUDI SOBRE ELS TRASTORNS DE LA CONDUCTA ALIMENTÀRIA (TCA) EN LA POBLACIÓ UNIVERSITÀRIA QUE VIU A LA RESIDÈNCIA UNIVERSITÀRIA DE VIC (RUVIC)”**.

La participació és totalment voluntària. Abans de prendre la decisió, és important que entengueu els motius que duen a la realització d'aquest estudi i en què us afecta.

#### 2. QUIN ÉS L'OBJECTIU DE L'ESTUDI?

En aquest estudi es pretén trobar la resposta a la següent pregunta:

- La població universitària que viu a la residència universitària de Vic (RUVIC) presenta major risc de patir trastorns de la conducta alimentària\*.

*\*Els trastorns de la conducta alimentària constitueixen un grup de trastorns mentals que es caracteritzen per conductes i pensaments alterats envers l'alimentació, el pes o la figura. Aquestes malalties ja des de l'antiguitat tenen una llarga història, però és des de l'any 1980 que al nostre país s'han convertit en un important problema de salut per a la infància i l'adolescència ja que comporten greus problemes físics, psíquics i del funcionament social, a més de generar una gran alarma social. Aquest grup de trastorns està format per l'anorèxia nerviosa, la bulímia nerviosa i els quadres incomplets (trastorns de la conducta alimentària no especificats, TCANE) als quals recentment s'han afegit el trastorn per afartament i, per raons estratègiques de salut, l'obesitat infantil.*

*L'anorèxia nerviosa, la bulímia nerviosa i els trastorns per afartament, així com els seus quadres inespecífics i atípics, són trastorns de la conducta alimentària (TCA) i són patologies causades per molts factors que afecten, majoritàriament, nens, nenes, dones joves i, cada vegada més, els adults. Es caracteritzen per alteracions importants de la conducta alimentària i són secundàries a severos pensaments erronis relatius a la dieta, el pes, la figura i l'autoestima. Tenen greus conseqüències nutricionals, biològiques, psicològiques i socials. Són malalties psicossomàtiques incloses en els manuals com a trastorns mentals. Es produeixen per diversos factors considerats de risc que poden estar presents en persones sanes o en persones que presenten altres malalties.*

### **3. EN QUÈ CONSISTEIX LA PARTICIPACIÓ EN AQUEST ESTUDI?**

Podeu decidir amb total llibertat si accepteu participar en aquest estudi. Si ho accepteu, se us lliurà aquest full informatiu i se us demanarà que signeu el consentiment informat. Podeu canviar d'opinió sobre el vostre consentiment en qualsevol moment i deixar de participar-hi sense cap conseqüència.

### **4. QUÈ US SUPOSARÀ ACCEPTAR PARTICIPAR EN L'ESTUDI?**

Un cop acceptada la participació en l'estudi, el nostre equip investigador us recollirà una sèrie de dades mitjançant:

- Entrevista personal a on se us demanaran una sèrie de dades demogràfiques (data de naixement, procedència, estudis acadèmics, entre d'altres), un conjunt de preguntes en relació a l'estat de salut, hàbits alimentaris, pràctica d'activitat física i hàbits tòxics, així com se us prendran una sèrie de dades antropomètriques (pes corporal (Kg), talla corporal (cm), perímetre abdominal (cm) i plec tricipital (mm)). A més, se us demanarà que contesteu l'*Enquesta SCOFF* i l'*Adolescent Figure Drawings Scale*.

- Registre de 72h (R72h). Al final de la primera visita, és a dir, després de finalitzar l'entrevista personal, se us entregarà un document per tal que durant 3 dies (2 feiners i 1 festiu) ompliu tot allò que ingeriu al llarg de tres dies indicant àpat, hora i lloc de l'àpat, aliments, beguda, tècnica culinària i quantitat en grams o en mesures casolanes.

Aquest document es retornarà a l'entrevistador al cap d'un parell de setmanes de la primera visita.

- Tests validats: són diferents tests que permeten determinar el risc individual a patir un trastorn de la conducta alimentària (anorèxia nerviosa i bulímia nerviosa).

*EATING ATTITUDES TEST (EAT-26)*

*BULIMIA INVESTIGATORY TEST EDINBURGH (BITE)*

### **5. QUINS SÓN ELS RISCOS I BENEFICIS POSSIBLES EN RELACIÓ AMB LA PARTICIPACIÓ?**

#### **5.1. Riscos**

Els mètodes d'obtenció de dades als quals se us sotmetrà no comporten cap risc significatiu.

## **5.2. Beneficis**

És possible que no tingueu cap més benefici directe, però la vostra participació probablement ens ajudarà a trobar la resposta a la pregunta de la recerca.

## **6. CONFIDENCIALITAT**

Tota la informació recollida en aquest estudi serà tractada amb estricta confidencialitat i no es facilitarà cap informació que us identifiqui a persones no relacionades directament amb l'estudi.

Només el personal investigador directament relacionat amb l'estudi tindrà accés a l'ús de les dades obtingudes.

Les dades recollides durant l'estudi es destruiran un cop acabat.

## **PERSONA DE CONTACTE**

Per a més informació sobre l'estudi podeu contactar amb:

**MARIA GUINART PUJOL; [maria.guinart@uvic.cat](mailto:maria.guinart@uvic.cat)**

Estudiant de quart curs de Nutrició Humana i Dietètica (NHID)

**FULL DE CONSENTIMENT INFORMAT**

**Títol de l'estudi: *ESTUDI SOBRE ELS TRASTORNS DE LA CONDUCTA ALIMENTÀRIA (TCA) EN LA POBLACIÓ UNIVERSITÀRIA QUE VIU A LA RESIDÈNCIA UNIVERSITÀRIA DE VIC (RUVIC)***

Jo, \_\_\_\_\_ (nom i cognom)

He llegit el full d'informació que se m'ha lliurat, i

He pogut fer preguntes sobre l'estudi.

He rebut suficient informació sobre l'estudi.

He parlat amb la Maria Guinart Pujol.

Entenc que la meva participació és voluntària.

Entenc que puc retirar-me de l'estudi:

Quan vulgui

Sense haver de donar explicacions

Sense que això em repercuteixi negativament

De conformitat amb el que estableix la L-O. 15/1999, de 13 de desembre, de Protecció de Dades de Caràcter Personal (article 3, punt 6 del Reial Decret 223/2004), declaro haver estat informat.

Dono lliurement la meva conformitat per participar en l'estudi.

Signatura del participant: \_\_\_\_\_

Signatura de l'estudiant/investigador: \_\_\_\_\_

## 9.2. Full de presentació

### **ESTUDI SOBRE ELS TRASTORNS DE LA CONDUCTA ALIMENTÀRIA (TCA) EN LA POBLACIÓ UNIVERSITÀRIA QUE VIU A LA RESIDÈNCIA UNIVERSITÀRIA DE VIC (RUVIC)**

Sóc la Maria Guinart Pujol, estudiant de quart curs de Nutrició Humana i Dietètica (NHD) a la Universitat de Vic - Universitat Central de Catalunya i voldria demanar-vos la vostra col·laboració i participació en el meu Treball de Final de Grau que duu per títol *“ESTUDI SOBRE ELS TRASTORNS DE LA CONDUCTA ALIMENTÀRIA (TCA) EN LA POBLACIÓ UNIVERSITÀRIA QUE VIU A LA RESIDÈNCIA UNIVERSITÀRIA DE VIC (RUVIC)”*.

Aquest Treball de Final de Grau anirà directament relacionat amb l'estudi que pretén dur a terme l'Anna Vila i Martí, professora de la Facultat de Ciències de la Salut i el Benestar, sobre la prevalença de trastorns de la conducta alimentària en la població universitària que viu a la residència universitària de Vic (RUVIC). És per això que agrairia enormement la participació, totalment voluntària i anònima, de tots aquells estudiant que estudien a la Universitat de Vic - Universitat Central de Catalunya i que, durant el curs acadèmic, resideixen a la residència universitària de Vic (RUVIC).

Abans de prendre una decisió cal saber que la vostra participació consistirà en: respondre una entrevista dietètica (inici de curs), completar un recordatori de 72h en relació a la vostra ingesta (inici de curs), realitzar un conjunt de tests validats sobre els trastorns de la conducta alimentària (inici i final de curs) i, finalment, fer un control de pes al llarg del curs (inici, mitjans i final de curs).

Per últim, dir que la vostra participació em seria de gran ajuda per a dur a terme amb èxit el meu Treball de Final de Grau.

Gràcies per a la vostra atenció i fins aviat,

Maria Guinart i Pujol



# Vius a la **RUVIC**?

## **VOLS PARTICIPAR EN UN ESTUDI NUTRICIONAL** de la UVic-UCC sobre els **TRASTORNS DE LA CONDUCTA ALIMENTÀRIA?**

La teva **COL·LABORACIÓ** ens seria de gran ajuda!

La participació és totalment anònima i per a tots els estudiants de la UVic-UCC, de qualsevol curs i carrera, que visquin a la RUVIC.

Se'ls farà un **seguiment nutricional** i al final de l'estudi se'ls entregarà un **decàleg de recomanacions nutricionals** i d'hàbits dietètics saludables!



**Per a més informació:**

**[maria.guinart@uvic.cat](mailto:maria.guinart@uvic.cat)**



# Tu vis à la **RUVIC**?

## TU VEUX PARTICIPER À UNE ÉTUDE NUTRITIONNELLE de l'UVic-UCC sur les **TROUBLES DE LA CONDUITE ALIMENTAIRE?**

**Ta collaboration nous aiderait beaucoup!**

La participation est totalement anonyme et s'adresse à tous les étudiants de l'UVic-UCC, résidant à la RUVIC.

Les étudiants seront l'objet d'un **suivi nutritionnel** et à la fin de l'étude, chacun d'eux recevra un **guide de recommandations nutritionnelles et de bonnes pratiques diététiques!**



**Pour plus de renseignements:  
maria.guinart@uvic.cat**

**9.5. Entrevista personal**

**ESTUDI DE LA PREVALENÇA DELS TRASTORNS DE  
LA CONDUCTA ALIMENTÀRIA (TCA) EN LA  
POBLACIÓ UNIVERSITÀRIA QUE VIU A LA  
RESIDÈNCIA UNIVERSITÀRIA DE VIC (RUVIC)**

**CODI PARTICIPANT:**



---

**DADES PERSONALS I D'IDENTIFICACIÓ**

---

**Sexe:****Data de naixement:** \_\_/\_\_/\_\_\_\_ **Procedència:****Adreça electrònica:****Estudis:**

---

Amb quina freqüència aniràs a casa teva?

- Cada cap de setmana       1 cop al mes       2 cops al mes  
 1 cop al trimestre       Només per ponts llargs, Nadal i Setmana Santa

- **HISTÒRIA CLÍNICA**

**ESTAT DE SALUT**

- Com defineix el seu estat actual de salut?

- Òptim       Millorable       Dolent

- Pateix alguna/es patologia/es?

- Sí       No

Quina/es? \_\_\_\_\_

- Anteriorment, ha presentat algun trastorn de la conducta alimentària (TCA)?

- Sí       No

- **HISTÒRIA DIETÈTICA**

**HÀBITS ALIMENTARIS**

- Gaudeix menjant?

- Sí, molt.       Sí, bastant.       Poc.       No, gens.

- Quants àpats realitza al dia? \_\_\_\_\_

- Com acostuma a menjar?

de forma compulsiva                       molt ràpid i sense mastegar                       a poc a poc

- Segueixes algun tipus de dieta?     Sí                       No

- Has seguit algun tipus de dieta per perdre pes?     Sí                       No

Quina? \_\_\_\_\_

Durant quant temps? \_\_\_\_\_

- Abans de venir a la residència, cuinaves a casa teva?

Sí, sempre                       Sí, a vegades                       No, mai

- Tens coneixements sobre com cuinar?

Sí                       No

- T'agrada la cuina?

Sí                       No

- T'agrada anar a comprar el menjar?

Sí                       No

- Tens coneixements sobre alimentació saludable?

Sí                       No

### **ACTIVITAT FÍSICA**

- Practica activitat física regularment?     Si                       No

- Amb quina freqüència i durada realitza exercici físic?

### **HÀBITS TÒXICS**

- Actualment, beu de forma habitual?

Si                       No

Amb quina freqüència?  Diàriament

Caps de setmana

- Actualment, fumes de forma habitual?

Si  No

Amb quina freqüència?  Diàriament

Caps de setmana

- Prens alguna altre tipus de droga?

Si  No

Amb quina freqüència?  Diàriament

Caps de setmana

- ENCUESTA SCOFF

	SÍ	NO
1. ¿Tiene la sensación de estar enfermo/a porque siente el estómago tan lleno que les resulta incómodo?		
2. ¿Está preocupado porque siente que tiene que controlar cuánto come?		
3. ¿Ha perdido recientemente más de 6Kg. en un período de tres meses?		
4. ¿Cree que está gordo/a aunque otros digan que está demasiado/a delgado/a?		
5. ¿Diría que la comida domina su vida?		

- ADOLESCENT FIGURE DRAWINGS SCALE

**ADOLESCENT FIGURE DRAWINGS SCALE; Collins 1991**  
A completar en el caso de jóvenes de 17 a 23 años

The image displays the Adolescent Figure Drawings Scale, which consists of two rows of line drawings representing different body types. The top row shows female figures, and the bottom row shows male figures. Each row has a scale from 1 to 7, with intermediate markings at 1.5, 2, 2.5, 3, 3.5, 4, 4.5, 5, 5.5, 6, and 6.5. A vertical dashed line with an arrow points to the 3.28 mark on both scales, labeled '(3.28) Men's Oppo.'.

1. Mire las figuras e identifique la figura que más se asemeja a su forma corporal.
2. ¿De las figuras corporales que ve cuál es a la que le gustaría parecerse?

**9.6. Control de pes**

**ESTUDI DE LA PREVALENÇA DELS TRASTORNS DE  
LA CONDUCTA ALIMENTÀRIA (TCA) EN LA  
POBLACIÓ UNIVERSITÀRIA QUE VIU A LA  
RESIDÈNCIA UNIVERSITÀRIA DE VIC (RUVIC)**

CODI PARTICIPANT:

# CONTROL DE PES

- 1r CONTROL DE PES (inici del curs acadèmic)

---

ANTROPOMETRIA	
<u>Mesures antropomètriques</u>	<u>Resultats</u>
Pes corporal (Kg)	
Talla corporal (cm)	
Perímetre abdominal (cm)	
Plec tricipital (mm)	

- 2n CONTROL DE PES (a mig curs acadèmic)

---

ANTROPOMETRIA	
<u>Mesures antropomètriques</u>	<u>Resultats</u>
Pes corporal (Kg)	
Talla corporal (cm)	
Perímetre abdominal (cm)	
Plec tricipital (mm)	

- 3r CONTROL DE PES (final del curs acadèmic)

---

ANTROPOMETRIA	
<u>Mesures antropomètriques</u>	<u>Resultats</u>
Pes corporal (Kg)	
Talla corporal (cm)	
Perímetre abdominal (cm)	
Plec tricipital (mm)	

**9.7. Registre de 72h (R72h)**

**ESTUDI DE LA PREVALENÇA DELS TRASTORNS DE  
LA CONDUCTA ALIMENTÀRIA (TCA) EN LA  
POBLACIÓ UNIVERSITÀRIA QUE VIU A LA  
RESIDÈNCIA UNIVERSITÀRIA DE VIC (RUVIC)**

**CODI PARTICIPANT:**

REGISTRE DE 72H (DIA 1)

Dia de la setmana: \_\_\_\_\_ →  Setmanal  Festiu      Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

ÀPAT	ALIMENTS (plat/ingredients)	BEGUDA	TÈCNICA CULINÀRIA	QUANTITAT *pes/mesures casolanes
<b>ESMORZAR</b> Hora: Lloc:				
<b>MIG MATÍ</b> Hora: Lloc:				
<b>DINAR</b> Hora: Lloc:				
<b>BERENAR</b> Hora: Lloc:				
<b>SOPAR</b> Hora: Lloc:				



REGISTRE DE 72H (DIA 2)

Dia de la setmana: \_\_\_\_\_ →  Setmanal  Festiu      Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

<b>ÀPAT</b>	<b>ALIMENTS</b> (plat/ingredients)	<b>BEGUDA</b>	<b>TÈCNICA CULINÀRIA</b>	<b>QUANTITAT</b> *pes/mesures casolanes
<b>ESMORZAR</b> Hora: Lloc:				
<b>MIG MATÍ</b> Hora: Lloc:				
<b>DINAR</b> Hora: Lloc:				
<b>BERENAR</b> Hora: Lloc:				
<b>SOPAR</b> Hora: Lloc:				

REGISTRE DE 72H (DIA 3)

Dia de la setmana: \_\_\_\_\_ →  Setmanal  Festiu      Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

<b>ÀPAT</b>	<b>ALIMENTS</b> (plat/ingredients)	<b>BEGUDA</b>	<b>TÈCNICA CULINÀRIA</b>	<b>QUANTITAT</b> *pes /mesures casolanes
<b>ESMORZAR</b> Hora: Lloc:				
<b>MIG MATÍ</b> Hora: Lloc:				
<b>DINAR</b> Hora: Lloc:				
<b>BERENAR</b> Hora: Lloc:				
<b>SOPAR</b> Hora: Lloc:				

## 9.8. Eating Attitudes Test (EAT-26)

EATING ATTITUDES TEST (EAT-26) ADAPTADO A POBLACIÓN ESPAÑOLA POR GANDARILLAS ET AL. (2003)	Nunca	Casi Nunca	Algunas veces	Bastantes veces	Casi siempre	Siempre
1.- Me angustia la idea de estar demasiado gordo/a.						
2.- Procuero no comer cuando tengo hambre						
3.- La comida es para mí una preocupación habitual						
4.- He sufrido crisis de atracones en las que tenía la sensación de no poder parar de comer						
5.- Corto mis alimentos en trozos pequeños						
6.- Conozco la cantidad de calorías de los alimentos que como						
7.- Procuero no comer alimentos que contengan muchos hidratos de carbono (pan, arroz, patatas, etc.)						
8.- Tengo la impresión de que a los demás les gustaría verme comer más						
9.- Vomito después de comer						
10.- Me siento muy culpable después de comer						
11.- Me obsesiona el deseo de estar más delgado/a						
12.- Cuando hago deporte pienso sobretodo en quemar calorías						
13.- Los demás piensan que estoy demasiado delgado/a						
14.- Me preocupa la idea de tener zonas gordas en el cuerpo y/o de tener celulitis						
15.- Tardo más tiempo que los demás en comer						
16.- Procuero no comer alimentos que tengan azúcar						
17.- Tomo alimentos dietéticos						
18.- Tengo la impresión de que mi vida gira alrededor de la comida						
19.- Tengo un buen autocontrol en lo que se refiere a la comida						
20.- Tengo la sensación de que los demás me presionan para que coma más						
21.- Paso demasiado tiempo pensando en la comida						
22.- No me siento bien después de haber tomado dulces						
23.- Estoy haciendo régimen						
24.- Me gusta tener el estómago vacío						
25.- Me gusta probar platos nuevos, platos sabrosos y ricos en calorías						
26.- Después de las comidas tengo el impulso de vomitar						

## 9.9. Bulimia Investigatory Test Edinburgh (BITE)

### BULIMIA INVESTIGATORY TEST EDINBURGH (BITE)

ADAPTADO A POBLACIÓN ESPAÑOLA POR T RIVAS ET AL. ( 2004)

1. ¿Sigue diariamente las mismas costumbres en su alimentación? Sí  NO
2. ¿Realiza usted dietas rigurosas? Sí  NO
3. ¿Tiene sentimientos de haber fracasado si rompe una dieta, aunque sólo sea una vez? Sí  NO
4. ¿Cuenta las calorías de todo lo que come, aunque no esté a régimen? Sí  NO
5. ¿Alguna vez ha ayunado durante un día entero? Sí  NO

6. ...si responde «SÍ», ¿con qué frecuencia lo hace?

<input type="checkbox"/>	Un día sí y otro no	5
<input type="checkbox"/>	2-3 veces a la semana	4
<input type="checkbox"/>	Una vez por semana	3
<input type="checkbox"/>	De vez en cuando	2
<input type="checkbox"/>	Una sola vez	1

7. ¿Se vale de alguno de los siguientes medios para perder peso? (Rodee en cada caso con un círculo según la frecuencia, de acuerdo con la tabla de abajo).

PÍLDORAS ADELGAZANTES	0	2	3	4	5	6	7
TOMAR DIURÉTICOS	0	2	3	4	5	6	7
TOMAR LAXANTES	0	2	3	4	5	6	7
PROVOCARSE EL VÓMITO	0	2	3	4	5	6	7
- Nunca	0						
- Ocasionalmente		2					
- Una vez a la semana			3				
- 2 o 3 veces a la semana				4			

- Diariamente 5
- 2 o 3 veces al día 6
- 5 o más veces al día 7

8. ¿Siente usted perturbada severamente su vida por los hábitos alimentarios? Sí  NO
9. ¿Considera que la comida domina su vida? Sí  NO
10. ¿Se da atracones hasta tener que parar porque se siente mal? Sí  NO
11. ¿Hay veces que lo único que puede hacer es pensar en la comida? Sí  NO
12. ¿Come cantidades razonables delante de los demás y luego se atiborra en secreto? Sí  NO
13. ¿Puede parar de comer cuando desea hacerlo? Sí  NO
14. ¿Experimenta alguna vez un deseo ARROLLADOR de comer y comer? Sí  NO
15. ¿Cuando se siente ansiosa tiende a comer mucho? Sí  NO
16. ¿Le ATERRORIZA la idea de llegar a convertirse en obesa? Sí  NO
17. ¿Alguna vez consume grandes cantidades de alimentos (no sólo durante las comidas)? Sí  NO
18. ¿Siente vergüenza de sus hábitos alimentarios? Sí  NO
19. ¿Le preocupa no tener control sobre las cantidades que come? Sí  NO
20. ¿Se refugia en la comida para sentirse bien? Sí  NO

21. ¿Es capaz de dejar comida en el plato al terminar de comer?

SÍ  NO

22. ¿Engaña a los demás respecto a la cantidad que come?

SÍ  NO

23. La cantidad que come, ¿depende directamente del hambre que tenga?

SÍ  NO

24. ¿Se da siempre grandes atracones de comer?

SÍ  NO

25. ... si responde «SÍ», ¿se desprecia a sí misma si se excede comiendo?

SÍ  NO

26. Si se excede comiendo, ¿lo hace únicamente cuando está sola?

SÍ  NO

27. Si se excede comiendo, ¿con qué frecuencia lo hace?

<input type="checkbox"/>	2-3 veces al día	6
<input type="checkbox"/>	Diariamente	5
<input type="checkbox"/>	2-3 veces a la semana	4
<input type="checkbox"/>	Una vez por semana	3
<input type="checkbox"/>	Una vez al mes	2
<input type="checkbox"/>	Casi nunca	1

28. ¿Haría cualquier cosa por satisfacer el ansia de darse un atracón?

SÍ  NO

29. Si come en exceso, ¿se siente muy culpable?

SÍ  NO

30. ¿Come alguna vez en secreto?

SÍ  NO

31. ¿Considera normales sus hábitos alimentarios?

SÍ  NO

32. ¿Se considera a sí misma una glotona compulsiva?

SÍ  NO

33. ¿Varía su peso en más de 2,5 kg a la semana?

SÍ  NO

## 10. AGRAÏMENTS

Primer de tot, donar les gràcies a la professora Anna Vila i Martí, tutora d'aquest Treball de Fi de Grau, per les hores d'orientació, ajuda i seguiment que m'ha dedicat durant tot el procés. La seva tutotització presencial i telemàtica ha sigut absolutament necessària per tal d'elaborar amb èxit aquest Treball de Fi de Grau i, a l'hora, tirar endavant l'estudi sobre els trastorns de la conducta alimentària en la població universitària que viu a la residència universitària de Vic (RUVIC).

En segon lloc, agrair també a tots i cadascun dels participants que, gràcies a la seva col·laboració desinteressada, han fet possible aquest estudi i Treball de Fi de Grau.

Per últim, però no menys important, donar les gràcies també a totes aquelles persones, familiars i amics, que d'una manera o altra m'han recolzat, animat i ajudat a tirar endavant en tot moment, des del primer dia fins a l'últim.

## **11. NOTA FINAL DE L'AUTOR. EL TFG COM EXPERIÈNCIA DOCENT.**

Primer de tot, voldria dir que dur a terme aquest Treball de Fi de Grau ha estat una experiència docent molt interessant i útil. A més d'elaborar el treball escrit propi d'un TFG, he tingut la sort de portar a terme el projecte o estudi dissenyat en aquest. És a dir, he pogut anar més enllà del seu disseny i, d'aquesta manera, he viscut l'experiència de participar i realitzar una investigació.

En segon i últim lloc, assegurar que la realització d'aquest TFG m'ha aportat molts coneixements sobre la temàtica escollida i, alhora, m'ha permès endinsar-me en l'àmbit de la investigació científica i de l'acció de prevenció. En definitiva, tot i l'esforç, pressió i hores invertides en aquest TFG, puc dir que l'he gaudit i que quedo molt satisfeta del resultat.



