

A background image showing a group of young people, likely students, sitting and using their mobile phones. The focus is on their hands and the devices, with the faces blurred. The scene is brightly lit, suggesting an outdoor or well-lit indoor setting.

Fundación **MAPFRE**

RELACIÓN ENTRE EL ESTILO DE VIDA, EL BIENESTAR EMOCIONAL Y EL USO DEL TELÉFONO MÓVIL EN ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS

INFLUENCIA DE LA PANDEMIA SARS-COV-2

RELACIÓN ENTRE EL ESTILO DE VIDA, EL BIENESTAR EMOCIONAL Y EL USO DEL TELÉFONO MÓVIL EN ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS

**INFLUENCIA DE LA
PANDEMIA SARS-COV-2**

Se autoriza la reproducción parcial de la información contenida en este estudio siempre que se cite su procedencia.

Maquetación y producción editorial:
Cyan, Proyectos Editoriales, S.A.

© 2023, Fundación MAPFRE
Paseo de Recoletos, 23
28004 Madrid (España)

www.fundacionmapfre.org

ISBN: 978-84-9844-863-4

Autoría

Coordinación

Antoni Aguiló Pons, MD, PhD

Presidente de la Red Española de Universidades Promotoras de Salud (REUPS)

www.unisaludables.es

Catedrático de Universidad. Salud Pública

Universitat de les Illes Balears

Coordinación técnica

Fátima Sánchez Brígido

Técnica de soporte de la Red Española de Universidades Promotoras de Salud (REUPS)

Análisis estadístico

Antonio Pareja-Bezares, MD, PhD, ME

Médico epidemiólogo

Autoría por universidades

Universidad de Alcalá

Myriam Ortega Barrio. Coordinadora de la Oficina Ecocampus. Área de Sostenibilidad. Vicerrectorado de Relaciones Institucionales y Coordinación.

Marta Arévalo Baeza. Profesora e investigadora. Departamento de Ciencias de la Educación. Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud.

Mónica Giménez Baldazo. Profesora e investigadora. Departamento de Economía y Dirección de Empresas. Facultad de Ciencias Económicas, Empresariales y Turismo.

María Sandín Vázquez. Coordinadora del Grupo de Trabajo Agenda 2030 "UAH Universidad Saludable". Profesora e investigadora. Departamento de Cirugía, Ciencias Médicas y Sociales. Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud.

Universidad de Alicante

José Ramón Martínez-Riera. Director de Secretariado Universidad Saludable.

Universidad de Almería

Patricia Rocamora Pérez. Directora de Secretariado para la Universidad Saludable. Vicerrectorado de Deportes, Sostenibilidad y Universidad Saludable. Departamento de Enfermería, Fisioterapia y Medicina.

Francisca López Ríos. Directora de la Unidad de Atención Psicológica. Vicerrectorado de Deportes, Sostenibilidad y Universidad Saludable. Departamento de Psicología.

Miguel Ángel Mañas Rodríguez. Director de Secretariado de Prevención de Riesgos Laborales. Vicerrectorado de Deportes, Sostenibilidad y Universidad Saludable. Departamento de Psicología.

Jorge Luis Ordóñez Carrasco. Departamento de Psicología.

Remedios López Liria. Departamento de Enfermería, Fisioterapia y Medicina.

Universidad de Burgos

Miguel Corbí Santamaría. Director del Aula Campus Saludable.
Delfín Ortega-Sánchez. Vicerrector de Responsabilidad Social, Cultura y Deporte.
Gloria Pérez de Albéniz Garrote. Profesora del área de Psicología Evolutiva y de la Educación.
Mario del Líbano Miralles. Profesor titular del área de Psicología Social.
Miriam Coronado Esteban. Técnico del Departamento de Didácticas Específicas.

Universidad de Cádiz

M.^a de los Remedios Moreno Brea. CEU Farmacología. Departamento Neurociencias (Farmacología y Psiquiatría). Facultad de Medicina. Vicerrectora de Ciencias de la Salud.
Manuela de Jesús Moreno Brea. Titulado de Apoyo a la Docencia y la Investigación. Departamento de Anatomía Patológica. Área de Medicina Legal y Forense. Facultad de Medicina.

Universidad de Córdoba

M.^a Dolores Redel-Macías. Directora de Prevención.
M.^a Araceli Sánchez-Raya. Directora del Centro de Atención Infantil Temprana.
Manuel Rich-Ruiz. Director General de Salud.

Universidad de Extremadura

José Carmelo Adsuar Sala. Facultad de Ciencias del Deporte.
David Conde Caballero. Facultad de Enfermería y Terapia Ocupacional.
José María Corrales Vázquez. Facultad de Formación del Profesorado.
Sonia Hidalgo Ruiz. Centro Universitario de Plasencia.

Universidad Francisco de Vitoria

Ana Gallego Gil. Técnico superior del Servicio de Seguridad, Salud y Bienestar.
María Teresa Iglesias López. Profesora de Nutrición y Dietética. Facultad de Ciencias de la Salud y en la Facultad de Ciencias Experimentales.
Mónica Samper Rivas. Directora del Servicio de Seguridad, Salud y Bienestar.
Diana Monge Martín. Vicedecana de Investigación y Educación Médica. Facultad de Medicina.
Berta Moreno Heredero. Profesora del Grado en Ciencias de la Actividad Física y el Deporte. Facultad de Ciencias de la Salud.
Vicente Fernández Ruiz. Profesor del Grado de Fisioterapia.

Universitat de Girona

Dolors Juvinyà Canal. Directora de la Cátedra de Promoción de la Salud.
Carme Bertran Noguer. Profesora titular del Departamento de Enfermería.

Universidad de Granada

Margarita Sánchez Romero. Vicerrectora de Igualdad, Inclusión y Sostenibilidad.
José Antonio Naranjo Rodríguez. Vicerrector de Estudiantes y Empleabilidad.
Francisca López Torrecillas. Catedrática del Departamento Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológico.
Belén Feriche Fernández Castanys. Directora del Secretariado de Campus Saludable. Vicerrectorado de Igualdad, Inclusión y Sostenibilidad.
Sara Fernández Extremera. Área de Comunicación del Vicerrectorado de Igualdad, Inclusión y Sostenibilidad.

Universidad de Huelva

E. Begoña García Navarro. Directora de Salud.
María José Cáceres Titos. Profesora del Departamento de Enfermería.

Universitat de les Illes Balears

Margalida Castell Orell. Bióloga. Oficina de Universidad Saludable y Sostenible.
Isabel Martín López. Licenciada en Ciencias de la Actividad Física y el Deporte. Oficina de Universidad Saludable y Sostenible.
Patricia Molina Gil. Psicóloga. Técnica especialista en Promoción de la Salud. Oficina de Universidad Saludable y Sostenible.
Mar Nafría Fernández. Dietista-Nutricionista. Oficina de Universidad Saludable y Sostenible.

Adrià Muntaner Mas. Vicerrector de Campus y Universidad Saludable.

Universidad de La Rioja

Fabiola Portillo Pérez de Viñaspre. Vicerrectora Responsabilidad Social Corporativa.

Margarita Ezquerro Ortín. Universidad Saludable.

Sonia Juan la Orden. Universidad Saludable.

Universidad Miguel Hernández

José Antonio Piqueras Rodríguez. Catedrático de Universidad del Departamento de Psicología de la Salud.

Daniel Lloret Irlles. Profesor contratado doctor del Departamento de Psicología de la Salud.

Victoria Soto Sanz. Profesora ayudante doctor del Departamento de Psicología de la Salud.

Eva María Navarrete Muñoz. Profesora ayudante doctor del Departamento de Patología y Cirugía.

Universidad de Murcia

Eva Herrera-Gutiérrez. Directora de la Oficina REUPS de Atención Biopsicosocial y profesora titular.

Paloma Sobrado-Calvo. Vicerrectora de Ciencias de la Salud y Servicios a la Comunidad Universitaria y profesora titular.

Francisca López-Martí. Técnica-Administrativa de la Oficina REUPS de Atención Biopsicosocial.

José Francisco López-Gil. Técnico-Colaborador de la Oficina REUPS de Atención Biopsicosocial e investigador.

Olga Monteagudo-Piqueras. Jefa del Servicio de Promoción y Educación para la Salud de la Consejería de Salud de la Región de Murcia y profesora asociada.

Universidad Pontificia Comillas

Ángela Mora Jiménez. Técnica de la Oficina de Prevención y Riesgos Laborales. Vicerrectorado de Organización y Transformación Digital.

Ana Belén Martín de Vidales Villarrubia. Directora de la Oficina de Prevención y Riesgos Laborales.

Vicerrectorado de Organización y Transformación Digital.

Universidad de Sevilla

Ana M.^a López Jiménez. Vicerrectora de Servicios Sociales. Campus Saludable, Igualdad y Cooperación.

Agustín Luque Fernández. Director técnico de Campus Saludable.

M^a Ángeles Cedillo Medina. Técnica especialista en Promoción de la Salud.

Universidad de Zaragoza

Alberto Sánchez Biec. Director del área de Deportes y Salud.

Diego Álvarez Belenchón. Técnico del área de Deportes y Salud.

Alberto Calleja-Romero. Técnico del área de Deportes y Salud.

FUNDACIÓN MAPFRE no se hace responsable del contenido de esta obra, ni el hecho de publicarla implica conformidad o identificación con las opiniones vertidas en ella.

Presentación

En Fundación MAPFRE llevamos más de 45 años contribuyendo a la mejora de la calidad de vida de las personas y al progreso de la sociedad a través del desarrollo de programas y actividades multinacionales. En el área de salud, nuestras actividades están orientadas a prevenir las enfermedades no transmisibles y fomentar un estilo de vida saludable.

Según el *Informe Digital 2022* en enero de ese año había 4,950 millones de usuarios de internet en todo el mundo, alrededor del 62,5 % de la población mundial. Mientras tanto, el tiempo promedio diario dedicado al uso de Internet fue de casi 7 horas en todos los dispositivos a nivel mundial.

En España, según este informe, casi 44 millones de españoles son usuarios de Internet y acceden a través de sus dispositivos móviles. En relación a las redes sociales, 40,7 millones de españoles son usuarios, lo que equivale al 87,1 % de la población española. Además, los usuarios españoles dedican una media de 1 hora y 53 minutos al día a estas plataformas, siendo las más utilizadas WhatsApp y Facebook, con un 91 y 73,3 % respectivamente, seguido de Instagram con un 71,7 %.

Hace prácticamente una década, y cada vez más justificado por los datos actuales, Fundación MAPFRE vio la necesidad de promover un uso seguro y responsable de las nuevas tecnologías como una de las principales vías de trabajo, y con ese objetivo iniciamos nuestra actividad en este campo con la puesta en marcha del programa educativo "Controla tu red" en colaboración con la Policía Nacional. El objetivo de este programa es fomentar el uso saludable, responsable y seguro de las TIC entre los jóvenes de 10 a 17 años. Para ello, realizamos talleres educativos en los centros escolares y disponemos de diferentes recursos materiales para los profesores, familias y alumnos con información práctica sobre el uso correcto de las TIC que se pueden descargar de manera gratuita desde la web de Fundación MAPFRE. A lo largo de estos años "Controla tu red" ha conseguido llegar a más de un millón de jóvenes. Además, este programa también se lleva a cabo en países como Perú, Malta, Puerto Rico o República Dominicana.

Por otro lado, desde el año pasado desarrollamos "Ciberland", una novedosa campaña que se desarrolla en colaboración con la Policía Nacional. Es una exposición itinerante en la que se aprende, reflexiona y descubre los riesgos que esconde el mundo digital.

Durante estos años, Fundación MAPFRE ha llevado a cabo también diferentes estudios relacionados con el uso de las TIC, entre los que me gustaría destacar el relacionado con la *Detección temprana y prevención de adicciones tecnológicas en adolescentes*, que realizamos en colaboración con la Universidad de Valencia. Gracias a esta investigación se desarrolló el primer test, pionero en España, que permite evaluar y detectar de forma rápida la adicción al móvil, redes sociales, videojuegos y juegos de azar entre los adolescentes. Este tecnotest se puede descargar de la web de Fundación MAPFRE y es una herramienta de evaluación para los profesionales de la psicología, la medicina o la docencia. Recientemente presentamos la investigación *Digital Fit: influencia de las redes sociales en la alimentación y en el aspecto físico de los menores* sobre el impacto de los contenidos de marca publicados por *influencers* en redes sociales y plataformas de *streaming* (YouTube, Instagram, TikTok y Twitch) desarrollado por un equipo de investigación de la Universidad Internacional de La Rioja.

Somos conscientes de que solo entendiendo las nuevas realidades de este mundo cambiante seremos capaces de seguir avanzando en nuestro compromiso de contribuir a mejorar la calidad de vida de la

sociedad, y por ello aceptamos rápidamente la propuesta de la Red Española de Universidades Promotoras de Salud (REUPS) para colaborar en un estudio que analizara desde una perspectiva completa el uso del teléfono móvil, el estilo de vida y el bienestar psicológico de los estudiantes universitarios españoles.

Desde Fundación MAPFRE queremos felicitar al Dr. Antoni Aguiló, director del estudio, y a todos los miembros del equipo de investigación constituido por profesionales de 18 universidades por el excelente trabajo realizado. De igual forma, nos gustaría agradecer a los más de 20.000 estudiantes universitarios que han participado en esta investigación, cuyos resultados nos ayudarán a proporcionar una visión completa de sus estilos de vida, su nivel de bienestar psicológico y el perfil de uso del teléfono móvil en el contexto de la pandemia del SARS-CoV-2 para comprender cómo se han visto afectados por ella. De esta forma, se podrán crear mejores intervenciones y actuaciones específicas para esta población que promuevan el uso responsable y sano de las TIC y la mejora de su bienestar.

Antonio Guzmán Córdoba
Director Promoción de la Salud
Fundación MAPFRE

Prólogo

El presente trabajo se presenta en el marco de colaboración de la Red Española de Universidades Promotoras de Salud (REUPS) y Fundación MAPFRE. Se trata un amplio estudio epidemiológico en el que han participado más de 15 universidades y más de 20.000 estudiantes. Este informe tiene como objetivo proporcionar una visión completa del uso y abuso del teléfono móvil en los estudiantes universitarios, así como el estilo de vida y el bienestar psicológico en el contexto de la pandemia del SARS-CoV-2.

El teléfono móvil ha sido una de las tecnologías más importantes e influyentes de los últimos tiempos. A medida que esta tecnología se ha vuelto cada vez más accesible y avanzada, se ha convertido en una herramienta esencial para la comunicación, el entretenimiento, la información y el trabajo. Sin embargo, como cualquier tecnología, el uso excesivo o inadecuado del teléfono móvil puede tener efectos negativos en nuestra vida y en nuestro bienestar.

El abuso del teléfono móvil en estudiantes universitarios puede manifestarse de muchas formas. Algunos estudiantes pueden pasar demasiado tiempo en las redes sociales o en juegos en línea, lo que puede interferir en su capacidad y tiempo para estudiar y en sus relaciones sociales. Otros pueden sufrir de nomofobia, que es la ansiedad que se produce cuando no se tiene acceso al teléfono móvil. También existe el peligro del ciberacoso y otros riesgos relacionados con la seguridad en línea. Por otra parte, el uso excesivo del teléfono móvil también puede afectar negativamente a la salud física, como los problemas derivados de mantener una mala postura y la afectación a la calidad del sueño.

Sin embargo, el uso del teléfono móvil puede ser también beneficioso para la salud mental de los estudiantes universitarios si se usa adecuadamente. Por ejemplo, puede ayudar a los estudiantes a mantenerse conectados con amigos y familiares, a buscar información sobre la salud y el bienestar, y a acceder a recursos de apoyo en línea. Por lo tanto, es importante comprender cómo el uso del teléfono móvil de manera efectiva para maximizar sus beneficios y minimizar sus riesgos.

Del mismo modo, el estudio de los estilos de vida en estudiantes universitarios es un tema sumamente importante, ya que están en una etapa de la vida en la que están estableciendo patrones y hábitos que pueden tener un impacto en su salud y bienestar a largo plazo.

Los estilos de vida son las elecciones y comportamientos que hacemos a diario y que influyen en nuestra salud física, mental y social. En este libro, exploramos los estilos de vida de los estudiantes universitarios desde la nutrición y el ejercicio, hasta el sueño y el manejo del estrés, en parte provocado por la pandemia.

La pandemia ha tenido un impacto significativo en la vida de todos. En el caso de los estudiantes universitarios, se han visto especialmente afectados por las interrupciones y cambios en sus trayectorias académicas y en la vida social. La pandemia ha afectado a la salud mental, física y social de los estudiantes universitarios, así como a los estilos de vida y a los comportamientos que han adoptado en respuesta a la pandemia.

Concretamente, la pandemia ha propiciado un ambiente estresante para los estudiantes universitarios. El aislamiento social, la falta de conexión con otros estudiantes y la incertidumbre sobre el futuro han tenido un impacto significativo en su salud mental. Por tanto, han aumentado los niveles de estrés, ansiedad y depresión en los estudiantes universitarios.

Además, la pandemia también ha cambiado la forma en que se relacionan socialmente. Con el distanciamiento social y la limitación de las interacciones cara a cara, los estudiantes universitarios han tenido que adaptarse a nuevas formas de comunicación y conexión social.

Por tanto, se puede afirmar que la pandemia ha supuesto una interrupción abrupta en la vida de todas las personas, afectando especialmente al estudiantado universitario que, además de tener que adaptarse a todos los cambios que implica esa etapa de la vida, tuvieron que hacer frente, además, a las restricciones y consecuencias de la pandemia por COVID-19. Por ello, es importante investigar sobre el estilo de vida, las relaciones y los fenómenos sociales en los que se ven inmersos en la actualidad y cómo estos se han visto afectados por la situación de pandemia y por el elevado uso de las tecnologías de la información y la comunicación.

Dr. Antoni Aguiló Pons

Catedrático de Salud Pública
en la Universitat de les Illes Balears
Presidente de la REUPS

Índice

1. Introducción	13
2. Antecedentes y estado de la cuestión	15
2.1. Las TIC	15
2.2. El estilo de vida	24
2.3. El bienestar psicológico	37
2.4. Repercusión de la pandemia por COVID-19	44
3. Objetivos	53
3.1. Justificación del estudio	53
3.2. Objetivo general	53
3.3. Objetivos específicos	53
4. Metodología	55
4.1. Diseño	55
4.2. Participantes	55
4.3. Tamaño muestral	55
4.4. Selección de la muestra	56
4.5. Reclutamiento	56
4.6. Recogida de datos	56
4.7. Variables de estudio	57
4.8. Análisis de datos	63
4.9. Comité de ética	63
5. Resultados	65
5.1. Datos sociodemográficos	65
5.2. Indicadores generales de salud	79
5.3. Estilo de vida	85
5.4. Uso del teléfono móvil	125
5.5. Apoyo social percibido	146
5.6. Variables relacionadas con la pandemia	150
6. Discusión	161
6.1. Datos sociodemográficos	161
6.2. Indicadores generales de salud	163
6.3. Sueño	164
6.4. Alcohol	164
6.5. Tabaco	166
6.6. Consumo de sustancias	166
6.7. Adherencia a la dieta mediterránea	167
6.8. Actividad física	168
6.9. Uso del teléfono móvil	170
6.10. Apoyo social percibido	172
6.11. Variables relacionadas con la pandemia	173
7. Conclusiones	175

Referencias	179
Anexos	191
Anexo 1. Cuestionario en papel	191
Anexo 2. Comité de ética.....	209

1. Introducción

En la actual era digital, el teléfono móvil se ha convertido en una herramienta indispensable en nuestras vidas. Desde su invención, ha experimentado una rápida evolución tecnológica y se ha convertido en un dispositivo multifuncional que nos mantiene conectados con el mundo, tanto a nivel personal como profesional. Los estudiantes universitarios son uno de los grupos demográficos con un mayor número de usuarios de teléfonos móviles, y este fenómeno plantea interrogantes sobre cómo el uso del teléfono móvil afecta a su estilo de vida y a su bienestar emocional.

El uso del teléfono móvil ha modificado significativamente la forma en que nos relacionamos con los demás. Ahora, podemos estar constantemente conectados a través de llamadas, mensajes de texto, redes sociales y aplicaciones de mensajería instantánea. Esta conectividad permanente ha

transformado nuestro estilo de vida proporcionando una amplia gama de beneficios, pero también generando desafíos relacionados con el bienestar emocional, social y físico.

En primer lugar, es importante analizar cómo el uso excesivo del teléfono móvil puede afectar al estilo de vida de los estudiantes universitarios. Muchos estudiantes pasan largas horas en sus dispositivos móviles, lo que puede afectar negativamente su productividad académica, sus relaciones personales y su participación en actividades de ocio. Además, el uso excesivo del teléfono móvil puede dar lugar a un estilo de vida sedentario, ya que se asocia comúnmente con actividades pasivas, como navegar por las redes sociales o ver vídeos en línea.

En segundo lugar, es crucial examinar cómo el uso del teléfono móvil puede influir en el bienestar



emocional de los estudiantes universitarios. Aunque el teléfono móvil nos brinda acceso instantáneo a información y nos mantiene conectados con nuestros seres queridos brindando apoyo emocional y oportunidades de conexión social, también puede generar ansiedad, estrés y sentimientos de soledad. El constante bombardeo de notificaciones y la presión para estar siempre disponible pueden generar una sensación de agotamiento emocional y dificultar el establecimiento de límites saludables entre el tiempo en línea y el tiempo desconectado. Además, se puede crear una relación de dependencia con el teléfono, generando así conductas adictivas con el mismo.

Igualmente, es importante contextualizar este estudio teniendo en cuenta la pandemia del SARS-CoV-2, causante de la enfermedad del COVID-19, que ha tenido un impacto sin precedentes en todo el mundo, afectando diversos aspectos de la vida cotidiana de todas las personas. Uno de los cambios más significativos ha sido, precisamente, el aumento del uso del teléfono móvil como medio principal de comunicación, entretenimiento y acceso a información.

En este contexto, es esencial comprender cómo el uso del teléfono móvil ha influido en el estilo de vida de los estudiantes universitarios especialmente durante la pandemia. Las medidas de distanciamiento social, el cierre de establecimientos y

espacios de esparcimiento y el cambio a la educación en línea han llevado a un aumento significativo en el uso de dispositivos móviles para acceder a clases virtuales, realizar investigaciones y ejercicios y mantenerse conectados con compañeros y profesores. Esto ha generado cambios en los patrones de sueño, actividad física y socialización, lo que a su vez puede afectar el bienestar emocional de los estudiantes.

El objetivo de este estudio es examinar cómo afecta la relación entre el uso del teléfono móvil, el estilo de vida y el bienestar emocional en estudiantes universitarios bajo la perspectiva situacional de la pandemia del SARS-CoV-2. Se analizarán los cambios en los patrones de uso del teléfono móvil, las actividades diarias, los niveles de actividad física, las interacciones sociales y el bienestar emocional de los estudiantes durante este periodo.

Los resultados obtenidos serán de gran relevancia para comprender los efectos de la pandemia sobre las mencionadas variables. Asimismo, estos hallazgos podrán servir como base para el diseño de intervenciones y políticas que promuevan un uso saludable y equilibrado del teléfono móvil, así como estrategias de afrontamiento efectivas para mantener un bienestar emocional y físico óptimos, incluso en situaciones de crisis como la pandemia del SARS-CoV-2.

2. Antecedentes y estado de la cuestión

2.1. Las TIC

2.1.1. Las TIC: definición e importancia

El concepto de tecnologías de la información y comunicación (TIC) ha variado mucho desde sus primeras definiciones hasta los términos que se manejan en la actualidad. Esto es debido al auge y asentamiento de estas tecnologías y su rápida evolución en el sector. Además, estas tecnologías no están acotadas únicamente al campo de la electrónica o de la información, sino que también proponen cambios en la estructura social, económica, laboral, jurídica y política (Cabero, 1996). Este autor resalta la capacidad de estas tecnologías para manipular, almacenar y distribuir la información –además de captarla–, convirtiéndose así en una herramienta muy versátil y con mucho potencial.

Cabe destacar que el término de las TIC ha pasado por distintas fases, según se ha ido consolidando su uso e introduciendo en el contexto cultural. Cabero (1996) hacía referencia a las nuevas tecnologías (NT), que era una de las formas de denominar a las TIC anteriormente, y lo desafortunado de su uso por su asincronía con el continuo desarrollo y el progreso de nuevas formas de tecnología; por ejemplo, el vídeo fue NT en su momento, pero ya no puede denominarse como nuevo en la actualidad. De hecho, en el momento en el que el autor escribió el artículo (1996), apuntaba a los hipertextos, el CD-ROM, la televisión por cable y la multimedia como los nuevos avances de la tecnología. Esto demuestra el rápido avance de esta y, por consiguiente, de la necesidad de cambiar la terminología aplicada para definirla y acotarla. Es por este motivo por lo que empezaron a utilizarse otros términos como “tecnologías avanzadas” en lugar de NT (Cabero, 1996) o el actual término TIC, que sería más inclusivo con todo tipo de tecnologías por su ambigüedad y permite englobar todos los progresos que van apareciendo. Sin embargo, cabe señalar

que en gran parte de la literatura se emplea indistintamente TIC o NT.

Algunos de los elementos distintivos de las denominadas TIC son (Castells *et al.*, 1986; Gilbert *et al.*, 1992; Cebrián y Herreros, 1992; como se citó en Cabero, 1996): inmaterialidad, interactividad, instantaneidad, innovación, calidad técnica, digitalización, más centradas en los procesos que en los productos y diversidad. A continuación, se van a desarrollar sucintamente estas características a partir de los comentarios de Cabero (1996) por su relevancia a la hora de delimitar las NT.

Con respecto a la inmaterialidad, se dice esto de estas tecnologías ya que la materia prima es la información. Además, las NT permiten construir mensajes sin necesidad de que exista un referente externo real. Otra característica mencionada es la interactividad, en la que los usuarios pueden elaborar mensajes e información y decidir cómo, cuánto y cuándo los van a transmitir.

La siguiente característica de las NT que comenta Cabero (1996) es la instantaneidad, por medio de la cual, la información y las comunicaciones pueden realizarse en cualquier momento y en cualquier lugar, rompiendo las barreras nacionales y culturales.

Del mismo modo, este autor señala que la innovación es un elemento inherente a las NT, cuyo objetivo es la mejora y los cambios cualitativos y cuantitativos de las tecnologías predecesoras, aunque esto puede suponer algunos riesgos, como la incapacidad de las sociedades para adaptarse a estas innovaciones.

Por otro lado, hay que resaltar que la calidad técnica tanto de imágenes como de sonido de las NT hace que no solo se transmita la información de manera instantánea, sino también con calidad y de forma fiable. De igual modo, la digitalización es otro aspecto relevante de las NT. Esta hace

referencia a la transformación de la información codificada analógicamente a códigos numéricos que permiten su manipulación.

Otra de las características de las NT es que afecta más al proceso que al producto, esto es, que además de ofrecer información, se centra en el proceso por el cual se puede acceder a ella. Además, las NT están interconectadas entre sí, formando una amplia red de comunicación cuyo impacto es superior al de las tecnologías individuales. Para concluir, la última de las características de las NT que desarrolla Cabero (1996) es la diversidad de la funcionalidad de estas.

Estas características son importantes porque sentaron las bases para delimitar lo que son las tecnologías de la información y de la comunicación de forma general, por lo que también pueden utilizarse para definir los elementos de las presentes TIC, entre algunas otras que van surgiendo por las características técnicas y las posibilidades que ofrecen en la actualidad y que no se contemplaban hace tan solo unos años, como la gran portabilidad existente hoy en los diferentes dispositivos o la versatilidad.

Actualmente, el término TIC hace referencia de forma general a las tecnologías que permiten la adquisición, almacenamiento, procesamiento, evaluación, transmisión, distribución y difusión de la información (Sánchez-Torres *et al.*, 2012). Estas TIC son cada vez más accesibles y adaptables y se pueden utilizar para el rendimiento tanto personal como organizacional (Castro *et al.*, 2007). Las TIC son, asimismo, una herramienta indispensable y un requisito para el desarrollo mediante el cual los países en desarrollo pueden alcanzar más fácilmente objetivos de primera necesidad (Ministerio de Ciencia y Tecnología de España, s.f.). Según esta institución, los países que pueden aprovechar plenamente las TIC podrán reflejar un mayor crecimiento económico y del bienestar humano, aspirando, asimismo, a modalidades más robustas de gobierno democrático y participación ciudadana.

Además, las TIC han sido ampliamente estudiadas como un recurso que fomenta la adquisición de conocimientos en entornos de aprendizaje. El vídeo, las telecomunicaciones y la informática son grandes herramientas a este respecto, tal y como señalan los investigadores Castro *et al.* (2007). Los ambientes de aprendizaje tecnológico son eficaces, cómodos y aumentan la motivación, aunque pueden ser un problema para las personas que no

tienen conocimientos sobre las TIC (Castro *et al.*, 2007). Las TIC constituirían, por tanto, un gran instrumento muy relevante en el contexto de la promoción de la salud y la educación de la población, ya que permitiría acceder a la ciudadanía que usa las TIC, realizar seguimientos y registros de forma continuada y fácil, u ofrecer información fiable y/o personalizada y accesible.

Debido al gran porcentaje de usuarios de las TIC en la actualidad y a su alto impacto en todas las esferas y contextos, estas tecnologías han supuesto una transformación en la sociedad, tal y como se ha mencionado anteriormente. Por tanto, se puede hablar de *sociedad de la información* (SI), que es aquella en la que se ha implantado y generalizado el uso de las TIC en diferentes ámbitos de la ciudadanía, las empresas y las instituciones, utilizándolas para facilitar la vida de las personas e infiltrándose en todos los procesos y actividades humanas (Ministerio de Ciencia y Tecnología de España, s.f.).

El hecho de que exista un término como el de SI hace reflexionar sobre el nivel de aceptación y uso de las TIC en la sociedad. Debido a la globalización, el momento histórico, la accesibilidad, la interactividad y la flexibilidad de las TIC, se ha incrementado el uso de internet, las redes sociales y los videojuegos y se prevé que su uso siga aumentando en los próximos años (Ditrendia, 2017; Garrote *et al.*, 2018). Para poder observarlo con perspectiva, se van a ofrecer una serie de datos para comprobar la magnitud de este fenómeno.

2.1.2. Las TIC en cifras

Se puede afirmar que existe una aceptación generalizada de las TIC en España hasta tal punto que podría ocasionar cambios en las formas de relacionarse e interactuar. Por ejemplo, la mayor parte de las empresas disponen de páginas web y/o redes sociales como formas de publicitar sus productos o servicios, así como medio de contacto con sus posibles clientes. De la misma forma, entidades públicas también realizan comunicaciones y campañas a través de medios digitales, en muchas ocasiones, de forma exclusiva. Por otro lado, muchas de las subvenciones y ayudas públicas que se ofrecen se solicitan únicamente de forma telemática. Otro ejemplo bastante clarificador es el número de personas que teletrabajan (trabajan a distancia) en sus hogares gracias a internet o a dispositivos electrónicos. Esta modalidad de trabajo ha sufrido un incremento considerable a raíz de la pandemia

por COVID-19, aumentando al 50 % las empresas con 10 o más trabajadores que permitían el teletrabajo en el primer trimestre de 2021 (INE, 2021a). Sin embargo, ya en 2019 un 4,8 % de las personas trabajaban en sus casas normalmente y el 3,5 % de forma ocasional, según la Encuesta de Población Activa de 2019 en España (INE, 2020a).

Estos ejemplos sirven para hacerse una idea de la integración de las diferentes TIC en la sociedad española, pero no es un hecho aislado, sino un fenómeno global.

En 2020, había 105 suscripciones de teléfonos móviles por cada 100 habitantes en el mundo (UIT, 2020a). Evidentemente, esta cifra cambia según la región del planeta que se analice, tal y como señala el estudio de la Unión Internacional de Telecomunicaciones (UIT) realizado en 2020. El UIT es un organismo especializado en TIC de las Naciones Unidas. Esta misma entidad apunta que hay 75 suscripciones a banda ancha móvil por cada 100 habitantes en todo el mundo y 15 a banda ancha fija. En cuanto a las suscripciones de telefonía móvil, la región CIS (Comunidad de Estados Independientes) se sitúa a la cabeza mientras que, en el resto de las variables, es Europa la que destaca (UIT, 2020a).

Sin embargo, a pesar de todos estos datos que apuntan a un uso cada vez más generalizado del teléfono móvil y de internet en este medio, las suscripciones al teléfono móvil han bajado en 2020 por primera vez en la historia en países en vías de desarrollo (UIT, 2020a). En el mencionado estudio comentan la necesidad de estudiar este fenómeno de forma más exhaustiva, planteando que puede deberse a la interrupción que ocasionó la pandemia por COVID-19 o por otras variables socioeconómicas. No obstante, en países desarrollados se sigue manteniendo la tendencia al alza de las suscripciones (UIT, 2020a).

Por otro lado, el 93 % de la población mundial tiene acceso a internet a través de sus teléfonos móviles; cifra que varía también en función de la región que se estudie (UIT, 2020a). En el caso concreto de España, el 99 % de la población posee un teléfono móvil, ascendiendo a un total de 119 suscripciones de teléfonos móviles por cada 100 habitantes en 2020 (UIT, 2020b). Estas cifras varían entre los hogares de zonas rurales y los de zonas urbanas, cuyo acceso a internet en 2019 –tanto a través de los teléfonos móviles como a través de ordenadores– fue de un 89 y 93 %, respectivamente (UIT, 2020b).

En cuanto al acceso a internet de la población española, UIT (2020b) aclara que el 93 % utiliza internet; sin diferencias significativas entre géneros. Además, de la franja de edad de 15 a 24 años, fueron usuarios de internet en 2019 el 99 % de esta población, frente al 90 % de usuarios de la franja de los 25 a los 74 años. De las personas de más de 75 años, el dato que ofrece UIT (2020b) es del 2015 y se corresponde con un 9 % de usuarios de internet. Destaca la población universitaria, en la que la mayoría utiliza el teléfono móvil a diario (Garrote *et al.*, 2018). A nivel mundial, el porcentaje de jóvenes que usan internet es del 69 % (UIT, 2020a).

En el caso de España, el Instituto Nacional de Estadística (INE, 2020b) arroja cifras muy similares: el 93,2 % de las personas encuestadas en 2020 de entre 16 y 74 años han usado internet en los últimos tres meses. Además, el 83,8 % de las mujeres y el 82,4 % de los hombres lo hacen a diario. Por último, el 53 % aproximadamente han realizado compras por internet.

Además, los datos que ofrece el INE en su nota de prensa de 2020 destacan el uso cada vez más generalizado de internet por parte de los menores de 15 años. Concretamente, el 91,5 % de los menores de 10 a 15 años usan regularmente el ordenador; y el 94,5 % navegan frecuentemente en internet. Asimismo, el 69,5 % de estos menores posee un teléfono móvil, cifra que ha ido aumentando en los últimos años.

La adquisición de teléfonos móviles y acceso a internet por parte de los menores es un tema delicado que merece un estudio más pormenorizado de los riesgos y posibles consecuencias de un mal uso. Actualmente, es un tema que los educadores y educadoras debaten abiertamente, cuestionando su papel en el desarrollo académico de los menores. Más adelante se profundizará en lo que se considera un mal uso y las posibles consecuencias del mismo.

Todos los datos expuestos indican un elevado uso de los teléfonos móviles y de acceso a internet a nivel mundial. Sin embargo, como se ha comprobado, no todas las personas tienen las mismas oportunidades de acceso a estas herramientas. UIT (2020a) muestra los datos desglosados por países, por regiones y por género, demostrando que la brecha digital sigue siendo, hoy por hoy, una realidad en algunas zonas geográficas.

La brecha digital hace referencia a la desigualdad en el acceso, uso o impacto de las TIC entre grupos

sociales que pueden estar determinados por criterios económicos, de género, de raza, de edad o culturales (Cruz Roja, 2021). De esta forma, se podría mencionar a la brecha digital de acceso que, según esta institución, es de las más comunes y que hace referencia a la dificultad para acceder a las TIC. Otro tipo de brecha digital que menciona Cruz Roja (2021) es la de uso, que se refiere a la falta de competencias digitales adecuadas que permitan manejar correctamente las TIC.

Esta última tipología es posiblemente una de las que hacen aumentar la brecha digital generacional. Tal y como se ha comprobado en párrafos anteriores, conforme aumenta la edad, se reduce el acceso a las TIC o a internet de forma general, encontrando un significativo bajo porcentaje de uso en personas mayores de 75 años en comparación con el resto de los grupos (UIT, 2020b).

Para ello, la ONU y otras instituciones están luchando por acabar con la brecha digital que existe entre países y dentro de ellos. Con este propósito, cada 28 de septiembre se celebra el Día Internacional para el Acceso Universal a la Información (ver figura 1); un día que cobra especial relevancia tras la pandemia por COVID-19, en la que se buscan estrategias y soluciones para que las sociedades se recuperen, ya que el acceso universal a la información puede suponer una mejor reconstrucción con “sociedades de conocimiento resilientes e inclusivas capaces de lograr un desarrollo sostenible” (Jelassi, 2021).

La garantía de este derecho considerado fundamental puede permitir el acceso a información precisa y verificada que fomente hábitos saludables (por ejemplo, información relativa a vacunaciones, conocimientos científicos, etc.) y empodere a las personas a actuar frente al cambio climático (Jelassi, 2021), así como a fomentar la conectividad y reducir el aislamiento o a obtener herramientas para alcanzar el éxito laboral o académico (Cruz Roja, 2021). De esta forma, el acceso a la información se convierte así en una herramienta actual y dinámica para hacer frente a las emergencias sociales más relevantes, como la crisis climática o la pandemia por coronavirus, dándole el poder de informarse y actuar a toda la población.

Es incuestionable todas las actividades, funciones y ventajas, en general, que ofrecen las TIC, siendo una de las herramientas más eficaces en nuestra sociedad en la actualidad. Sin embargo, también tiene una serie de riesgos que pueden desencadenar algunos problemas relevantes que se verán a continuación.

2.1.3. Uso y abuso del teléfono móvil

Ya se ha comentado anteriormente el uso generalizado que hay por parte de toda la ciudadanía y de todos los grupos poblacionales de los teléfonos móviles y los teléfonos móviles inteligentes. Estos dispositivos pueden utilizarse con multitud de finalidades: información, ocio, comunicación, compras,

Figura 1. Cartel informativo sobre la celebración del Día Internacional para el Acceso Universal a la Información 2021



Fuente: ONU, 2021.

etc. Los teléfonos móviles inteligentes se han integrado en la cotidianidad de las personas en un tiempo extraordinariamente corto, por lo que merece la pena estudiar las repercusiones de su uso generalizado y, en ocasiones, desproporcionado.

Hay que tener en cuenta que, al ser un elemento muy común en la actualidad, permite una gran accesibilidad a toda la población. Esto facilita, en cierto modo, el contacto con las personas y abre la puerta a nuevas formas de interacción. En algunas revisiones, se llega a afirmar que las intervenciones a través de los teléfonos móviles e internet pueden mejorar los hábitos alimenticios, la actividad física, la adiposidad, el tabaco y el exceso de alcohol en prevención primaria (Afshin *et al.*, 2016). Algunas de las conclusiones que señala este estudio es que las intervenciones a través de los teléfonos móviles permiten una comunicación directa entre las personas y los proveedores de atención médica, aumentando así la tasa de éxito de la intervención.

Asimismo, la gran personalización de estas intervenciones mediante mensajes individualizados o mediciones de parámetros físicos al momento, entre otros, permite el establecimiento de objetivos claros y el autoseguimiento, pudiendo mejorar la adherencia a los tratamientos y a los hábitos de vida saludables (Afshin *et al.*, 2016). De hecho, tal y como señalan los autores, algunas entidades como el Plan Nacional de Actividad Física de Estados Unidos promueven la utilización de este tipo de aplicaciones y servicios móviles para la promoción de la salud.

Las aplicaciones de salud que permiten conectar a los pacientes y a los servicios de salud han permitido acuñar lo que actualmente se conoce como “telemedicina” y que se refiere a las técnicas y tecnologías utilizadas en la medicina a distancia utilizando las TIC (Rabanales *et al.*, 2011). Gracias a esto, se puede realizar un seguimiento de pacientes con enfermedades crónicas, así como impartir educación sanitaria en medicina preventiva y salud pública (Rabanales *et al.*, 2011).

En el estudio de Jungwirth y Haluza (2019), los propios expertos en salud opinaban que la calidad de la asistencia sanitaria social, el conocimiento de los pacientes y el nivel de vida podrían ser los elementos más beneficiados de la telemedicina.

Por tanto, el uso que se le da a las TIC y, concretamente, a los teléfonos móviles, puede ser

beneficioso en múltiples contextos (académicos, laborales, sociales, sobre salud, etc.), siempre que su uso no conlleve un abuso del mismo, como se verá a continuación.

Los adolescentes y los jóvenes actuales ya no emplean el tiempo en las mismas actividades que hacían sus padres, dedicándoles menos tiempo a tareas consideradas como tradicionales –pasear, estar con amigos, descansar, etc.– (Labrador *et al.*, 2013). Estos investigadores apuntan a que, en muchas ocasiones, se les alienta a los jóvenes a utilizar las TIC, aunque luego exista una alarma por la frecuencia tan elevada de uso. El uso del teléfono móvil y de internet pueden ser herramientas de socialización *online* (Winocur, 2006; como se citó en Garrote *et al.*, 2018); sin embargo, un uso desproporcionado del mismo puede conllevar también problemas de socialización al implicar un aislamiento prolongado.

Labrador *et al.* (2013) matizan que, al ser un fenómeno relativamente reciente, es más complicado definir qué constituiría un uso problemático de las TIC en términos de frecuencia. Del mismo modo, también plantean como factor relevante a tener en cuenta el contenido que consumen los jóvenes en las tecnologías.

Este estudio se centrará más en el uso de los teléfonos móviles por ser una de las TIC más utilizadas en la actualidad, sobre todo en población joven, como lo demuestra el estudio de Garrote *et al.* (2018), en el que el 47 % de su muestra investigada utilizaba el teléfono móvil más de 5 horas diarias y el 50 % aproximadamente ha presentado algún problema por dedicación excesiva de tiempo. De hecho, comparan la sintomatología que presentan cuando no pueden utilizar los dispositivos móviles o cuando no pueden desconectarse con la sintomatología propia de las adicciones. Otros estudios que corroboran estos datos son los de Labrador *et al.* (2013), en el que se comprobó que casi la mitad de su muestra utilizaba el teléfono móvil a diario –solo por detrás de la televisión–, con una dedicación de más de 3 horas en el 18 % de la muestra; o el estudio de Barkley y Lepp (2016), cuya media de uso ascendía hasta 6 horas aproximadamente, donde el 87 % de la muestra lo utilizaba mientras estaba sentada, con la consiguiente afectación a sus hábitos de vida.

Por otro lado, los estudios –todavía incipientes– acerca de la prevalencia de uso del teléfono móvil durante la pandemia por COVID-19 indican un

incremento muy notable del uso de este dispositivo, de internet, de redes sociales y de mensajería instantánea (Ruiz-Palmero *et al.*, 2021).

El interés despertado ante este nuevo fenómeno social ha dado lugar a investigaciones para determinar si existe un uso problemático o comportamiento adictivo hacia el teléfono móvil, ya que además de afectar a la salud integral del individuo, puede repercutir en otros ámbitos como el educativo y laboral, disminuyendo su rendimiento (Villavicencio *et al.*, 2019; Carbonell, 2014) y en el ámbito de la seguridad vial, aumentando el riesgo de sufrir accidentes de tráfico (Agüero *et al.*, 2014). De hecho, el 97 % de los estudiantes de Medicina de la investigación de Agüero *et al.* (2014) decían conocer los riesgos del uso del teléfono móvil mientras conducían; sin embargo, el 66 % realizaba llamadas mientras conducía y el 77 % las recibía. Además, un 60 % afirmaba recibir mensajes mientras estaba al volante, y un 67 % los enviaba, poniendo de manifiesto el potencial peligro para ellos y para el resto de personas.

Siguiendo la misma línea, según el Informe de Adicciones Comportamentales del Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones (OEDA, 2021), el 3,7 % de la ciudadanía de entre 15 y 64 años ha realizado un uso compulsivo de internet.

En el caso concreto de las personas de entre 14 y 18 años, la cifra aumenta al 20 %.

Las adicciones se definen como la dependencia a sustancias o actividades que son nocivas para la salud, en la cual se busca realizar la conducta –o consumir la sustancia– de forma compulsiva, al margen de las consecuencias que puede ocasionar para la persona (Garrote *et al.*, 2018). Estos comportamientos pueden ser aparentemente inofensivos (como, por ejemplo, comprar o trabajar) pero, bajo determinadas circunstancias, podrían derivar en una adicción en el caso de que la persona que realiza la conducta lo haga de forma compulsiva.

Es decir, para el Manual de diagnóstico y estadística de trastornos mentales (DSM-5), elaborado por la Asociación Americana de Psiquiatría (APA) en su versión más actualizada, se pueden distinguir las adicciones a sustancias y las adicciones sin sustancias (Belmonte *et al.*, 2016).

Para hablar de adicción, tienen que estar presentes síntomas como la dependencia, la tolerancia, la abstinencia, el consumo creciente y compulsivo, la pérdida de control y estados ansiosos o de gran malestar (De Sola, 2018), según los criterios ofrecidos en dicho manual de diagnóstico (ver figura 2). Además, en el DSM-5 se han aunado los

Figura 2. Elementos presentes en una adicción



Fuente: adaptación de De Sola, 2018.

criterios del uso abusivo y la dependencia, clasificándolo asimismo por su gravedad, siendo leve la presencia de dos o tres síntomas (uso abusivo); moderado, si hay presentes cuatro o cinco; y grave, cuando aparecen seis o más síntomas, considerándose así dependencia. Por otro lado, se ha introducido el concepto de “craving”, que hace referencia al deseo continuo de consumo (APA, 2013; De Sola, 2018).

El uso excesivo del teléfono inteligente puede derivar en alteraciones psicológicas, especialmente una sensación de dependencia y descontrol sobre su uso (De Sola, 2018). La aparición de estos síntomas, junto con el tiempo de uso abusivo, presentan características comunes con las adicciones comportamentales, por lo que cabría esperar que pueda catalogarse también como adicción al móvil. No obstante, en la última revisión del DSM-5 solo se reconoce como adicción no relacionada con sustancias al uso de las TIC cuando se encuentran vinculadas con el juego (Belmonte *et al.*, 2016; APA, 2013).

La inmediatez de recompensas, el fácil acceso las 24 horas del día, el anonimato y el entorno íntimo que proporcionan las nuevas tecnologías en general, y el teléfono móvil en particular, propician que las personas den rienda suelta a un comportamiento adictivo (Echeburúa, 2012; OEDA, 2019).

En relación con este aspecto, sí que se ha incorporado como condición de mayor investigación de la adicción al juego en internet (*Internet Gaming Disorder*) –diagnóstico reservado únicamente para los juegos en internet que no conllevan apuestas, actividades recreacionales o sociales, las páginas profesionales o de contenido sexual–, que hace referencia a la participación recurrente y persistente durante un tiempo prolongado en videojuegos que conllevan un malestar o deterioro clínicamente significativo (Carbonell, 2014).

La adicción propiamente a internet es una patología que se presentó por primera vez en 1996 por Young en un Congreso de la APA a través de la ponencia: “Adicción a internet: la emergencia de un nuevo trastorno” (traducida del inglés), y desde entonces fue ampliamente debatido (Carbonell *et al.*, 2012; como se citó en Carbonell, 2014). Sin embargo, el DSM-5 no contempla como tal la adicción a internet, como se ha comentado anteriormente, sino a los videojuegos en internet o a la ludopatía –que también puede darse a través de internet siempre que haya apuestas de dinero– (Carbonell, 2014).

Sin embargo, alrededor de la última década se han comenzado a investigar otras posibles adicciones o conductas problemáticas relacionadas con el uso de internet o del teléfono móvil como es, por ejemplo, a las redes sociales. No obstante, es complicado discernir cuándo hablamos de un uso adecuado, abusivo o adictivo. Las consecuencias negativas, como la afectación a las relaciones familiares o sociales y al rendimiento académico o laboral, podrían ser un buen indicador (Griffiths, 2010; como se citó en Carbonell, 2014). Montag y Walla (2016), por su parte, describían gráficamente el uso adecuado o adaptativo e inadecuado de los teléfonos inteligentes con una U invertida.

A modo de resumen, una posible adicción según el modelo de Koob y Volkow (2010) reuniría conducta impulsiva (buscar la recompensa a corto plazo) y compulsiva (intentar eliminar la sintomatología negativa buscando más consumo/uso), dando lugar a colapsos de impulsividad y compulsividad produciendo un ciclo de tres etapas: 1) atracón e intoxicación –*binge*–; 2) abstinencia y afectos negativos; y 3) preocupación y anticipación.

Los factores relacionados con la alta adicción de los teléfonos móviles son de dos tipos: por un lado, los relacionados con los componentes inherentes al dispositivo –llamadas, control del estatus gracias a la verificación y conectividad que permiten, etc.–, y por otro, los especialmente diseñados para ser componentes reforzantes de los teléfonos –modelo de dispositivo, personalización, etc.– (Muñoz-Rivas y Agustín, 2005).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) (2015) considera al uso excesivo de internet y de los teléfonos móviles como un problema cuyo impacto ha alcanzado la magnitud de un significativo problema sanitario en algunas jurisdicciones. Destaca la necesidad de identificar políticas públicas y servicios de salud factibles y exitosos para dar respuesta a esta problemática.

Teniendo en cuenta las funcionalidades de los teléfonos móviles, se podrán dar una serie de trastornos o afecciones relativamente nuevas relacionadas con las mismas. Por ejemplo, el miedo irracional caracterizado por una sensación de ansiedad, malestar y angustia que experimentan algunas personas al salir a la calle sin su teléfono inteligente, quedarse sin batería o estar en un lugar con poca o ninguna cobertura de la red. Esto se conoce como *nomofobia*, abreviatura del inglés “no mobile-phone-phobia” (Bragazzi y Del Puente, 2014).

Por otro lado, otro fenómeno actual relacionado con las TIC es la sensación de malestar psicológico que surge al saber que otras personas están realizando actividades agradables y que el propio individuo no forma parte de ello, retroalimentando así el uso del teléfono móvil. Esto se conoce como “FoMo” o “fear of missing out” (Santana-Vega *et al.*, 2019).

Este fenómeno se puede explicar por la necesidad que cubren los teléfonos móviles de comunicación, teniendo en cuenta la importancia que tiene el grupo de iguales en la población más joven (De Sola *et al.*, 2017).

En el estudio de Marín Díaz *et al.* (2018) sobre muestra universitaria, se empleó la misma escala sobre uso problemático del teléfono móvil que en la presente investigación, determinando que el 65,9 % de los estudiantes presentaban un uso habitual, siendo el 5 % los que tenían un uso únicamente ocasional. Por otro lado, las personas que presentaron un uso problemático ascendieron al 7 %, y las que tenían un uso de riesgo, al 21,6 %.

En la misma línea, López-Fernández *et al.* (2012) hallaron en su muestra de alumnado de entre 12 y 18 años –utilizando el mismo cuestionario– un 65,2 % de usuarios habituales del teléfono móvil, un 14,8 % de usuarios ocasionales, un 5,2 % con comportamientos de riesgo en cuanto a su uso y un 14,9 % con comportamientos problemáticos. En este caso, el porcentaje de estudiantado con comportamientos de riesgo y problemáticos era algo inferior al porcentaje de estudiantes universitarios del estudio anterior, posiblemente por mayor facilidad de acceso a este dispositivo.

2.1.4. Consecuencias del uso problemático del teléfono móvil

Teniendo en cuenta, por tanto, las similitudes entre el uso abusivo del teléfono móvil y las adicciones sin sustancias, el abuso del teléfono podría derivar en un empeoramiento del estado de salud si tenemos en cuenta la sintomatología que presentan las adicciones. Partiendo del concepto de salud integral como bienestar físico, psicológico y social, un uso abusivo del teléfono móvil puede repercutir en estas tres esferas, como se verá a continuación.

En relación con el bienestar físico, un uso abusivo del teléfono móvil e internet se relaciona con problemas fisiológicos como cansancio excesivo, cefaleas, problemas musculares, agotamiento mental o alteraciones

del sistema inmune, entre otros (Echeburúa, 1999; Griffiths, 2000; Washton y Boundy, 1991; como se citó en Cobacango *et al.*, 2019). Del mismo modo, también puede producir daños visuales si la exposición a este tipo de pantallas y a la luz que emiten alcanzan las 30 horas semanales o las 4 horas diarias; tiempo que pueden llegar a alcanzar e incluso superar esta población (Aguilera, 2019). Igualmente, también se ha relacionado el uso abusivo de los teléfonos móviles con el sedentarismo, con los riesgos para la salud que ello conlleva (Ferreiro *et al.*, 2017).

A nivel psicológico, el uso problemático del teléfono móvil se asocia con la presencia de síntomas ansiosos y depresivos (Panova y Lleras, 2016). En este sentido, un uso problemático del teléfono móvil también correlaciona con un aumento de la rumia, que asimismo explica las relaciones entre depresión y ansiedad social (Elhai, 2018). Del mismo modo, también se correlaciona con problemas para conciliar el sueño o somnolencia, traducándose en mayor irritabilidad, pensamiento lento e hipoactividad (Arévalo *et al.*, 2018; Ying Lin *et al.*, 2021).

El elevado uso de internet, redes sociales y el móvil, en general, también podría explicar el aumento de la sensación de aislamiento social que perciben los usuarios y usuarias frente a aquellos que tienen un menor uso (Primack *et al.*, 2017).

También se relaciona con un deterioro de las relaciones con familiares y problemas en el colegio, donde los y las jóvenes –en el caso de este estudio, adolescentes– que realizan un uso abusivo reciben más llamadas de atención tanto del profesorado como de los iguales (Rial *et al.*, 2015).

Como conclusión, al compartir la sintomatología de las adicciones comportamentales y presentar características comunes con las adicciones a sustancias, el uso abusivo del teléfono inteligente puede interferir sobre el estado de salud de un modo similar a estas (Muñoz-Rivas y Agustín, 2005). Como consecuencia, el estilo de vida se modifica, caracterizándose por el descuido de las rutinas diarias, la reducción de las horas de descanso y sueño nocturno, el abandono de actividades habituales y el descuido de las relaciones sociales, tal y como señalan los autores.

Además, otros efectos del abuso del teléfono móvil comprenden una afectación en la economía personal, que suele ser el primer síntoma de alarma,

aunque no sea el más relevante, y que comprende un gasto superior al que inicialmente la persona tenía destinada a este uso (Muñoz-Rivas y Agustín, 2005).

2.1.5. Factores de riesgo para un uso problemático del teléfono móvil

Como se ha podido comprobar, existen efectos negativos por el uso inadecuado del teléfono móvil, en particular, y de las TIC, en general. Sin embargo, no todas las personas usuarias de las TIC las experimentan. Hay una serie de variables o factores de riesgo que pueden correlacionar con el uso problemático del teléfono móvil y de las consecuencias asociadas.

En el estudio de De la Villa y Suárez (2016), se señala que los adolescentes que presentan déficits en las habilidades para manejar y afrontar situaciones adversas, o que no tienen los recursos necesarios para manejarlas, hacen un mayor uso problemático de internet y del teléfono móvil. Del mismo modo, estas personas suelen presentar un estilo de afrontamiento inadecuado ante situaciones desfavorables relacionadas con el estrés y problemas de regulación emocional.

Con respecto a otras variables personales y sociales, el perfil psicosocial mayormente presente en los mayores consumidores de internet del estudio de García del Castillo *et al.* (2008) es aquel en el que hay presencia de pensamientos negativos que interfieren en situaciones sociales. Además, estos pensamientos negativos se relacionan con el uso y abuso de internet para buscar relaciones y amistades y mejorar el estado emocional (García del Castillo *et al.*, 2008). Aunque no se puede generalizar con un prototipo de personalidad, en el estudio de

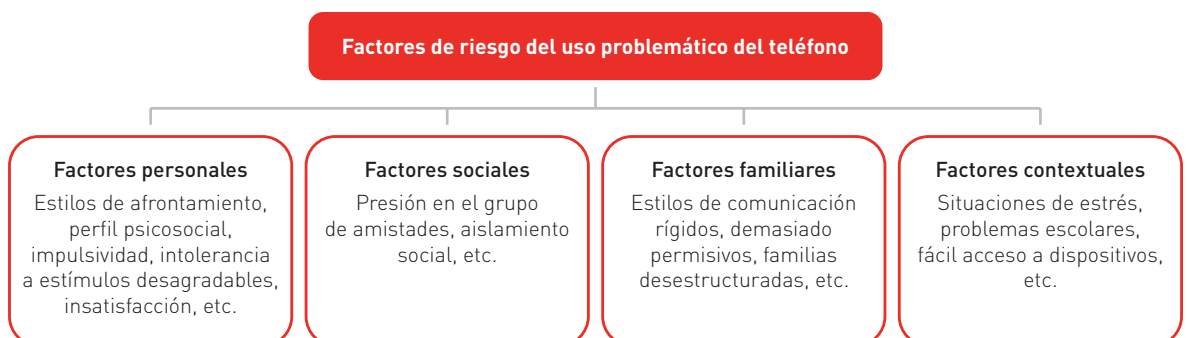
los citados autores señalan que aquellas personas con tendencia a la introversión y con pensamientos negativos que les dificultan las interacciones sociales fueron las que más buscaron estas relaciones a través de otros medios que no implicaron la presencialidad física; esto es, las interacciones a través de internet. Además, estas personas mostraron unos niveles de neuroticismo lo suficientemente bajos para, según explican los autores, acercarse a internet y buscar la interacción social a través de este medio.

En el estudio de Malo-Cerrato *et al.* (2018) con personas de entre 11 y 18 años, el perfil de las que hacían un uso excesivo de redes sociales presentaban rasgos de impulsividad, además del neuroticismo también mencionado en la investigación anterior. Por el contrario, el grupo normativo presentaba indicios de mayores rasgos de amabilidad y responsabilidad, aunque los resultados no pudieron ser concluyentes.

Otros factores personales que menciona Echeburúa (2012) son la intolerancia a estímulos tanto físicos como psíquicos percibidos como desagradables, disforia y la ya mencionada impulsividad, además de la búsqueda exagerada de sensaciones. De la misma forma, también menciona a aquellas personas que muestran una insatisfacción con su vida o que no tienen un afecto consistente, intentando suplir estas carencias a través de drogas, alcohol o conductas impulsivas no relacionadas con sustancias (Echeburúa, 2012).

Algunos factores familiares que también pueden incidir son aquellas familias demasiado rígidas con un estilo educativo autoritario, que pueden propiciar el desarrollo de conductas irresponsables, dependientes y de oposición a las normas

Figura 3. Factores de riesgo del uso problemático del teléfono móvil



Fuente: elaboración propia.

establecidas por parte de los hijos e hijas. Del mismo modo, familias permisivas o incluso desestructuradas, caracterizadas por la inconsistencia o inexistencia de normas pueden impedir un desarrollo correcto de autocontrol y de conductas saludables (Echeburúa y Requesens, 2012; como se citó en Echeburúa, 2012).

Este autor también menciona la existencia de relaciones sociales que hacen un uso inadecuado de internet o que presionan para que su círculo también lo haga, así como el aislamiento social como factores que pueden propiciar este abuso de las TIC (Echeburúa, 2012). Asimismo, factores contextuales como situaciones de estrés (fracaso escolar o competitividad) o fácil acceso a los dispositivos también pueden constituir factores de riesgo, según este investigador.

No obstante, Echeburúa (2012) puntualiza que estos factores son también posibles indicadores de personas que abusan de otras sustancias, por lo que no se puede hablar de un perfil concreto de adicción a internet o a las TIC, sino de personas propensas a sufrir adicciones.

Por el contrario, un correcto desarrollo de la autoestima y de la autovaloración personal, familiar y académica pueden ser factores protectores del uso abusivo de las TIC (Malo-Cerrato *et al.*, 2018; Echeburúa, 2012), así como la capacidad de resolución de problemas o las habilidades comunicativas y sociales, el control de las emociones y el afrontamiento adecuado del estrés o un uso sano de hábitos de ocio. Por otra parte, la comunicación familiar también constituye un factor protector, al igual que el establecimiento de normas y límites (que pueden ir flexibilizándose en la adolescencia) en un ambiente de apoyo emocional y afecto, y un ejemplo de conductas positivas hacia los menores (Echeburúa, 2012).

2.2. El estilo de vida

El estilo de vida es un concepto que puede definirse como “una forma de vida que se basa en patrones de comportamiento identificables, determinados por la interacción entre las características personales individuales, las interacciones sociales y las condiciones de vida socioeconómicas y ambientales” (OMS, 1998).

Los estilos de vida, como bien señala la OMS en su Glosario de Promoción de la Salud (1998), no son

fijos sino que están sujetos a continuos cambios, evaluaciones e interpretaciones sociales. Además, influyen en la salud de las personas y las de su entorno. Del mismo modo, esta entidad afirma que, para mejorar la salud de los individuos, también deben cambiarse las condiciones sociales de vida y no solo mejorar estos patrones de comportamiento, ya que estas interactúan para mantenerlos y producirlos (OMS, 1998).

Sin embargo, no hay un estilo de vida inmejorable, puesto que interfieren una gran cantidad de factores (la cultura, los ingresos, la estructura familiar, el entorno doméstico y laboral, etc.) (OMS, 1998).

Elliot (1993) aclara que los estilos de vida no comprenden solo aquellos comportamientos que favorecen la salud, sino también aquellos otros que la comprometen. Estilo de vida sería, por tanto, aquellos comportamientos que favorecen o ponen en riesgo la salud de los individuos, por lo que se podría hablar, en conjunto, de estilos de vida más o menos saludables.

Asimismo, no todos los comportamientos conforman un estilo de vida, sino que debe haber cierto patrón en los mismos que, además, deben ser observables y elegidos por las personas de entre un número relativo de opciones. Por tanto, también se puede afirmar que este patrón de comportamiento que se elige para responder a todas las demandas del entorno son consistentes y se dan en un tiempo determinado (Elliot, 1993).

Los términos de estilo de vida y hábitos de vida se utilizan indistintamente en la literatura científica. Teniendo en cuenta la temática de la presente investigación, sería más pertinente hablar de hábitos o estilos de vida relacionados con la salud. De hecho, el estudio del estilo de vida de las personas puede suponer una fuente muy valiosa y útil de información para los profesionales de atención médica tanto en el diagnóstico, como en el tratamiento y en las actuaciones de promoción con sus pacientes (Espinosa, 2004). Estas conclusiones ponen también de manifiesto la fuerte interrelación entre hábitos de vida y salud.

En línea con la anterior afirmación, algunos estudios, tal y como indica Elliot (1993), sugieren que las personas que suelen realizar comportamientos que comprometen su salud (como fumar, consumir sustancias, etc.) tienen una baja probabilidad de realizar comportamientos más saludables. Por lo tanto, es necesario realizar intervenciones de

promoción de la salud enfocados no solo a instaurar un estilo de vida saludable, sino también a eliminar los hábitos no saludables.

Por otro lado, los determinantes de la salud (ver figura 4) hacen referencia a un conjunto de factores personales, sociales, económicos y ambientales que pueden incidir en el estado de salud de las personas de forma múltiple e interrelacionada (OMS, 1998). En este sentido, la promoción de la salud está enfocada fundamentalmente al conjunto de determinantes potencialmente modificables por parte de los individuos (OMS, 1998). Por consiguiente, es necesario tener en cuenta estos determinantes para abordar de forma eficaz la mejora de la salud de los individuos. Las actuaciones en un solo sentido podrían ser incompletas o no dar los resultados esperados.

Como es evidente, habrá algunos factores que sean muy difíciles –sino imposibles– de modificar por parte de los seres humanos de forma individual, como, por ejemplo, los factores genéticos o biológicos o los factores contextuales. Respecto a estos últimos, la OMS, a partir de la 10.ª Conferencia Mundial de Promoción de la Salud celebrada en diciembre de 2021 en Suiza, ha elaborado la Carta de Ginebra en pro del Bienestar en la que se esbozan los aspectos necesarios para alcanzar una “sociedad del bienestar”. En dicha carta se pone de manifiesto la necesidad de que los países prioricen la salud como parte de un ecosistema más amplio que abarca factores medioambientales, sociales, económicos y políticos (OMS, 2021a). Es decir, esta organización señala que, para garantizar la salud de la ciudadanía, este tipo de factores también deben ser tenidos en cuenta por parte de las entidades públicas y sociales. Se debe trabajar, por tanto, para modificar todos los aspectos que influyan o contrarresten la salud de los individuos a pequeña y gran escala.

Sin embargo, sí que hay otros factores individuales que, aunque influenciados por el contexto, pueden conformar unos estilos de vida que pueden influir positiva o negativamente en la salud. A continuación, se puede ver los más relevantes que, además, forman parte de la presente investigación.

2.2.1. Sueño y descanso

En la revisión sistemática con adolescentes de Sampasa-Kanyinga *et al.* (2020) se muestra que dormir el suficiente número de horas cada día está relacionado con una salud mental positiva y menor sintomatología depresiva. Además, también lo está el menor uso de tiempo en pantalla y, en menor medida, la actividad física. La falta de sueño también afecta al estado de ánimo, provocando irritabilidad y dificultando las relaciones con los demás (National Heart, Lung and Blood Institute, 2013).

Además, la falta de sueño también tiene efectos en la salud física. Concretamente, dormir menos de 7 horas de forma regular se asocia con un aumento de peso y obesidad, diabetes, hipertensión, enfermedades cardíacas, accidentes cerebrovasculares y mayor riesgo de muerte temprana (Watson *et al.*, 2015). Del mismo modo, dormir más de 9 horas podría ser beneficioso para los jóvenes adultos, personas que necesitan recuperar falta de sueño y personas con alguna enfermedad (Watson *et al.*, 2015).

Una buena calidad del sueño, según el National Heart, Lung and Blood Institute (2013), afectaría al rendimiento, permitiendo a las personas pensar con mayor claridad, reaccionar con rapidez y crear recuerdos. Otra característica que resalta esta entidad es la capacidad que tiene el sueño de influir en la producción y regulación hormonal, permitiendo así el crecimiento en menores, el aumento

Figura 4. Algunos ejemplos de determinantes de la salud



Fuente: elaboración propia a partir de los determinantes que señala la OMS, 1998.

de masa muscular, la lucha contra infecciones y la reparación celular.

Las recomendaciones ofrecidas por este grupo de expertos es de 7 o más horas de sueño en adultos de 18 a 60 años (National Heart, Lung and Blood Institute, 2013). No obstante, las variables genéticas, médicas, conductuales y ambientales influyen en la cantidad de horas que cada persona debería dormir para poder descansar lo suficiente (Watson *et al.*, 2015).

Además, no solo importa la cantidad de horas de sueño, sino la calidad del mismo. Como bien afirma el National Heart, Lung and Blood Institute (2013), la calidad del sueño depende del número de horas de sueño y de la duración de las distintas etapas del sueño.

Estas etapas del sueño incluyen 5 fases y se dividen en 2 etapas: la del sueño REM (movimiento ocular rápido, por sus siglas en inglés) y NREM (no REM) pasando por entre 4 y 5 ciclos por noche en total, aunque algunas publicaciones sugieren que puede haber más (Asociación Española de Narcolepsia e Hipersomnias Centrales, s.f.; National Heart, Lung and Blood Institute, 2022; Velayos *et al.*, 2007):

- Fase I: en la primera fase ocurre la transición entre el estado de vigilia (estar despiertos) y el sueño. También aparece entre el resto de fases. En esta fase, el sueño es muy ligero y dura apenas 10 minutos, constituyendo el 5 % del sueño total. Se produce una relajación progresiva muscular y respiratoria, pero con percepción de los estímulos ambientales. Es la primera etapa también de NREM.
- Fase II: es la fase preparatoria del sueño reparador. Sigue siendo una etapa de sueño ligero pero con menor actividad muscular y cerebral. De hecho, las ondas cerebrales son más lentas y ya no hay percepción del ambiente. Es más difícil despertar en esta fase. Puede durar de 15 a 20 minutos.
- Fases III y IV: en estas fases se produce el sueño profundo y reparador. Suelen durar entre 20 y 30 minutos, pero la diferencia entre ambas radica en el nivel de profundidad del sueño, siendo en la fase IV mayor y de mayor duración. Se produce una actividad inhibitoria a nivel fisiológico para evitar despertarse. En total, las fases del ciclo NREM suelen durar aproximadamente 6 horas.

- Fase V: es la fase de sueño paradójico o sueño REM. Comienza tras pasar 90 minutos aproximadamente desde que se comenzó el sueño y dura alrededor de 20 minutos, constituyendo el 25 % del sueño total (unas 2 horas totales en una sola noche). Además de los movimientos oculares rápidos, también se dan fluctuaciones en el ritmo cardíaco y un aumento de la presión arterial. Al mismo tiempo, se produce una pérdida del tono musculoesquelético o atonía, resultando muy difícil despertar. Sin embargo, en esta etapa el cerebro se encuentra en un estado similar al de la vigilia según las desincronizaciones que se pueden observar al realizar electroencefalogramas en esta etapa. Suelen ocurrir en esta fase las experiencias oníricas o sueños.

Para ayudar a tener una buena calidad del sueño, se recomienda seguir una higiene del sueño adecuada. La higiene del sueño se define como el conjunto de comportamientos y recomendaciones ambientales que promueven un sueño saludable: acostarse y levantarse a la misma hora cada día, evitar la cafeína y la nicotina o evitar realizar ejercicio físico antes de dormir, entre otras recomendaciones (Romero Santo-Tomás y Terán Santos, 2016; National Heart, Lung and Blood Institute, 2013).

Por otro lado, teniendo en cuenta la introducción de todo tipo de dispositivos y tecnologías en las últimas décadas, es necesario ver cómo afectan estas a los patrones de sueño y descanso de la población. Martínez-Martínez (2016) afirma que se ha producido una enorme deuda de sueño como consecuencia de la exposición y uso prolongado de estas tecnologías. Dicha deuda de sueño se produce más en los días laborales, alargando consecuentemente el tiempo de descanso durante los fines de semana para compensar esta falta de sueño.

La privación crónica de sueño puede desembocar, como ya se ha especificado, en cambios metabólicos, endocrinos e inmunológicos. Sin embargo, dormir de forma excesiva tampoco es recomendable porque puede tener también efectos en la salud física y mental, si bien sus efectos siguen siendo objeto de estudio, existe alta controversia con respecto a ello (Martínez-Martínez, 2016).

Según las investigaciones revisadas por Merino Andréu (2016), las personas mayores y las mujeres son las que presentan una mayor incidencia de problemas de sueño. En su artículo, revisa los hábitos de sueño de la población española, destacando a España por ser uno de los países europeos

cuyo espacio televisivo de máxima audiencia es más tarde que la media de los países vecinos, haciendo que se vaya retrasando cada vez más la hora de cenar y de dormir. Por este motivo, la Comisión Nacional para la Racionalización de los Horarios Españoles respalda un cambio en las costumbres para aumentar las horas de sueño (Merino Andréu, 2016).

Teniendo en consideración este fenómeno y el uso elevado del teléfono móvil, sobre todo en población joven, en la presente investigación se realizará una pregunta específica para conocer si el uso de este dispositivo móvil interfiere en la calidad del sueño percibida.

2.2.2. Alcohol

El consumo excesivo de alcohol se trata de una conducta muy extendida en la población y con amplia presencia en las distintas tradiciones y culturas de la sociedad que afecta directamente a la salud, ya que ocasiona el 5,3 % de las muertes a nivel mundial. Concretamente, el consumo excesivo de alcohol se estima que se cobra las vidas de 3,3 millones de personas de las que más de la mitad sufre una enfermedad no transmisible (ENT) como, por ejemplo, el cáncer (OMS, 2021d). De hecho, en población joven de 20 a 39 años, aproximadamente el 13,5 % de muertes son debido al alcohol (OMS, 2022a).

Además, el uso nocivo del alcohol es un factor causal de más de 200 enfermedades, aumentando el riesgo de desarrollar trastornos mentales, comportamentales (como el alcoholismo), ENT (como la cirrosis hepática, algunos tipos de cáncer o enfermedades cardiovasculares) y lesiones y traumatismos (por violencia y accidentes derivados), pudiendo provocar discapacidades a una edad temprana y afectar a la evolución de otros padecimientos (OMS, 2022a).

Algunos de los efectos derivados del consumo de alcohol pueden ser la reducción de autocontrol y la realización de comportamientos de riesgo (conductas sexuales de riesgo o conducción peligrosa). Del mismo modo, pueden acarrear problemas de salud que se manifiesten en etapas posteriores, afectando así a la esperanza de vida (OMS, 2021b).

El alcohol es una sustancia depresora del sistema nervioso central cuya actuación produce una inhibición progresiva de las funciones cerebrales con una sensación inicial de euforia y desinhibición (Delegación del Gobierno para el Plan Nacional Sobre Drogas [DGPNSD], s.f.). Según señala esta

institución, el componente central de las bebidas alcohólicas es el etanol o alcohol etílico, encontrando diferentes concentraciones (volumen de alcohol puro) según el proceso de elaboración.

Por un lado, están las bebidas fermentadas a partir de alimentos naturales como la uva, los cereales, los frutos carnosos, etc. Algunos ejemplos conocidos de este tipo de bebidas son el vino, la cerveza y la sidra, y su graduación alcohólica varía entre 1,2º y 14º (DGPNSD, s.f.). En España, las bebidas fermentadas son las más consumidas tanto por hombres como por mujeres, sobre todo la cerveza (51,1 % de prevalencia de consumo durante los últimos 7 días en hombres y 29,4 % en mujeres), que ha sustituido al vino como bebida favorita (23,0 % en los hombres y 18,2 % en las mujeres) (Llamas-Falcón *et al.*, 2022; DGPNSD, 2022).

Por otro lado, están las bebidas espirituosas o destiladas, ya que se producen por destilación de otros productos fermentados, por maceración en etanol o por añadirle a este otros compuestos (azúcares, aromas, etc.). También se obtienen al combinar diferentes bebidas entre sí. Algunos ejemplos son el vodka, el ron, la ginebra o el orujo, entre muchos otros, con graduaciones que pueden superar hasta los 15º (DGPNSD, s.f.).

Los efectos que notifica la OMS (2022a) del consumo de alcohol dependen de la cantidad de alcohol consumida y de las características en la forma de beber. Sin embargo, también influye el contexto de consumo en la aparición de daños relacionados con el alcohol. Además, el consumo nocivo de alcohol no solo afecta a la persona consumidora, sino que también comporta consecuencias para las amistades, las familias, el ámbito laboral y las sociedades en su conjunto, generando pérdidas sociales y económicas importantes.

Hay una serie de factores que influyen a la hora de desarrollar problemas derivados del consumo de alcohol, como factores individuales (edad, sexo, circunstancias familiares y estatus socioeconómico) y factores sociales (desarrollo económico, cultura, normas sociales, disponibilidad de alcohol, políticas sobre su consumo, entre otros). El conjunto de más factores en una sola persona indicará un mayor riesgo de presentar problemas por consumo de alcohol, no teniendo ningún factor un peso predominante sobre otro (OMS, 2022a).

Actualmente, la OMS (2021c) notifica que alrededor de 155 millones de personas de entre 15 y 19

años son consumidoras de alcohol, lo que supone una cuarta parte de las personas en esta franja de edad. Además, la ingesta excesiva de alcohol en esta población fue del 13,6 % en 2016. En términos generales, se calcula que en 2016 hubo un consumo total per cápita de 19,4 litros de alcohol puro de media entre los hombres y 7 litros entre las mujeres (OMS, 2022a).

Con respecto al consumo de alcohol en España, en el análisis realizado por Llamosas-Falcón *et al.* (2022) se comprobó que en las últimas tres décadas la tendencia de consumo de alcohol ha ido disminuyendo, con diferentes cambios. Por ejemplo, en el período del 2006 al 2011, se produjo una disminución del 4,5 % por año; entre 2011 y 2019, se produjo un período de estabilidad.

En el año 2022, según la encuesta EDADES publicada ese mismo año, el 93,2 % de la población de 15 a 64 años afirmaron haber consumido alguna bebida alcohólica alguna vez en su vida. En el último año, el 76,0 % declaró haber bebido alcohol, lo que representa una disminución en el consumo con respecto al año 2019. No obstante, analizando el consumo en el último mes, el porcentaje de consumidores se situó en el 64,5 %, suponiendo un aumento del 1,5 % desde 2019. Por último, el 9,0 % afirmó en la encuesta ser consumidor diario.

En cuanto a la edad, la mayor prevalencia de consumo en el último mes según el momento de realizar la encuesta fue la del grupo de entre 25 y 34 años, independientemente del sexo. Sin embargo, son los hombres los mayores consumidores de bebidas alcohólicas (DGPNSD, 2022).

También hay mayor prevalencia entre los hombres de los episodios de intoxicaciones etílicas agudas –borracheras– (21,5 % de prevalencia en el último mes de los hombres y 11,9 % de las mujeres), con mayor prevalencia en población joven (DGPNSD, 2022).

Por otro lado, los jóvenes tenían un patrón de consumo diferente al de los adultos, prefiriendo el *binge drinking* (beber 5 o más bebidas alcohólicas –si es hombre– o 4 o más –si es mujer– en un intervalo de 2 horas) que el consumo habitual (Llamosas-Falcón *et al.*, 2022). En este caso, se ha producido desde 2019 un aumento en la prevalencia de estos episodios en las mujeres, no obstante, sigue siendo más extendido entre los hombres en todos los tramos de edad (20,3 % de prevalencia de consumo en el último mes en los hombres y 10,4 % en las mujeres) (DGPNSD, 2022).

En un estudio realizado por Carpenter *et al.* (2019) se demostró que la rapidez de consumo por parte de los jóvenes es un factor importante (esta investigación se llevó a cabo en personas de entre 16 y 24 años). Las personas que presentaban mayores síntomas de trastornos relacionados con el consumo de alcohol bebían más rápidamente que el resto. Los investigadores plantean que este fenómeno podía darse para maximizar así los efectos del alcohol o para contrarrestar la tolerancia. Además, señalan que es importante tener en cuenta la tasa de consumo, ya que es un correlato que permite mostrar la sintomatología de este tipo de trastornos en la vida diaria. En dicho estudio también se comprobó que, en presencia de compañeros, los jóvenes bebían más, aunque los que presentaban alta sintomatología tenían tendencia a beber solos. Estos hallazgos son relevantes si se tiene en cuenta que estos primeros episodios de consumo de alcohol pueden suponer el primer paso para el desarrollo a una edad temprana de problemas relacionados con el alcohol.

Estudiando a la población universitaria de forma concreta, se puede analizar el estudio longitudinal de Busto Miramontes *et al.* (2021), donde cerca del 50 % de los estudiantes presentaron un consumo de alcohol de alto riesgo, independientemente del sexo. La edad de inicio de consumo se relacionó de forma positiva con el patrón de consumo. También se observó que la edad de inicio se había retrasado aproximadamente un año tanto en hombres como en mujeres, pasando a una edad media de inicio de los 15 a los 16 años.

Por último, hay que tener en cuenta los cambios que se han podido producir en el consumo de bebidas alcohólicas con motivo de la pandemia por COVID-19. En el estudio de Villanueva-Blasco *et al.* (2021), este patrón disminuyó durante el confinamiento en ambos sexos (más pronunciado en las mujeres) encontrando menos consumidores, menor frecuencia de consumo y menor tasa de consumo intensivo. También disminuyó el consumo medio diario y la cantidad de unidades estándar de bebidas diarias.

Con respecto a la frecuencia en el consumo excesivo de alcohol (6 o más bebidas alcohólicas en un mismo día), la mayor disminución la experimentaron los hombres, lo que podría indicar que los hombres tienen un contexto de consumo de alcohol diferente de las mujeres, siendo estos los que más beben fuera de casa. Asimismo, los consumidores de riesgo disminuyeron del 25,9 % de antes de la pandemia al 15,1 % con mayores porcentajes en las mujeres (19,1 % de consumo de riesgo para las

mujeres durante el confinamiento frente al 11,5 % de los hombres), según el citado estudio.

Para prevenir y brindar la mejor atención a las personas que padecen trastornos por el abuso de alcohol, es necesario, según especifica la OMS (2022a), formular y aplicar normativas específicas que repercutan en la salud de la ciudadanía y, del mismo modo, en la consecución de algunas de las metas de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (la meta 3.5 hace referencia a la necesidad de fortalecer la prevención y el tratamiento del consumo de sustancias, entre ellas, el uso indebido de estupefacientes y el consumo nocivo de alcohol). Por ejemplo, mediante la regulación y restricción de la disponibilidad de bebidas alcohólicas, regulación de su comercialización, promulgación de normas para la conducción bajo sus efectos, o realizar programas de tamizaje e intervenciones breves en los servicios de salud para disminuir el consumo peligroso y nocivo de alcohol (OMS, 2022a).

A este respecto, los Estados miembros de la OMS acordaron la “Estrategia Mundial para Reducir el Uso Nocivo del Alcohol” en 2010, reconociendo que el consumo abusivo de alcohol suponía un problema prioritario de salud pública. Además, se ha establecido por parte de la OMS un sistema mundial de información sobre el alcohol y la salud (GISAH, por sus siglas en inglés) en el que se ofrecen datos, estadísticas y patrones de consumo de alcohol y las respuestas normativas elaboradas. Este objetivo

también queda recogido en el Marco Mundial de la OMS de Vigilancia de las ENT.

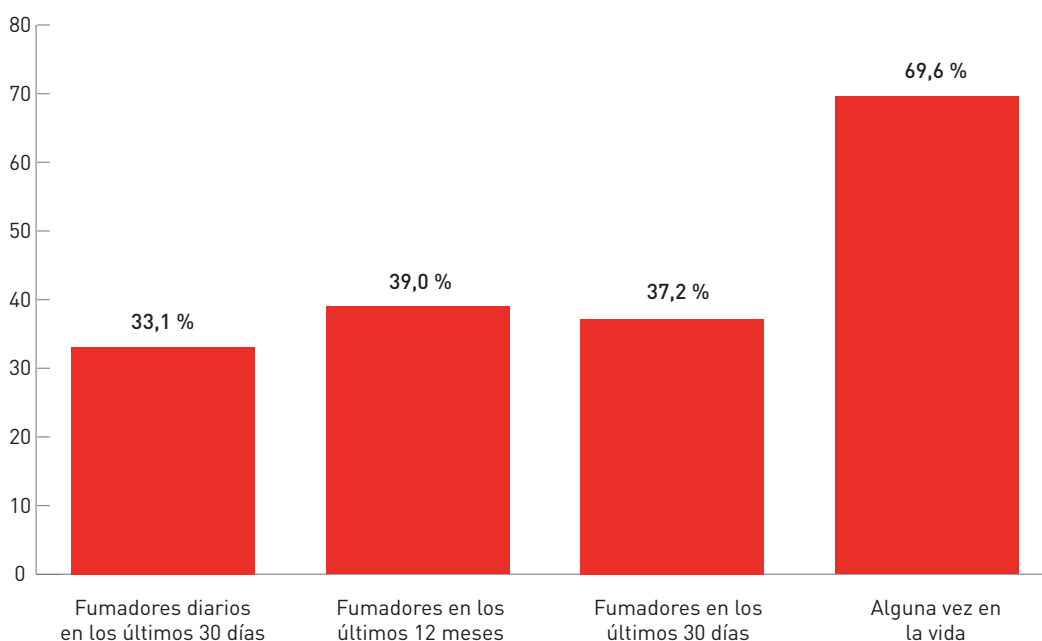
2.2.3. Tabaco

Con respecto al consumo de tabaco, las estimaciones actuales apuntan a unas 1.300 millones de personas fumadoras en el mundo, lo que constituye el 22,3 % de la población mundial (OMS, 2022b), pudiendo hablar de epidemia de tabaco. En el caso de España, según la Encuesta sobre Alcohol y Drogas en España de 2022 (EDADES), el 33,1 % de la población de entre 15 y 64 años ha consumido tabaco de forma diaria en los últimos 30 días; porcentaje superior que en la anterior encuesta de 2020. Además, el 69,6 % lo ha consumido al menos una vez en su vida.

Por otro lado, la prevalencia de consumo diario en los últimos 30 días en hombres es del 37,8 %, en comparación con la de las mujeres, 28,3 % (ambos grupos entre 15 y 64 años). No obstante, es relevante observar el consumo en la franja de edad de los 15 a los 24 años, por ser la más cercana a la muestra universitaria; la prevalencia de consumo en hombres de esta edad es del 30,2 %, y de las mujeres, del 24,3 %.

Para comprobar la magnitud del problema en España, se puede observar en la figura 5 la prevalencia de consumo de tabaco (DGPNSD, 2022).

Figura 5. Prevalencia del consumo de tabaco en 2020



Fuente: datos de DGPNSD, 2022.

Es necesario destacar que el consumo de tabaco es diferente para mujeres y para hombres siendo estos últimos el grupo más numeroso, aunque, en las últimas encuestas, esta diferencia se ha recortado notablemente en todas las franjas de edad. No obstante, el grupo de hombres jóvenes ha experimentado un descenso en la prevalencia, mientras que el de las mujeres más jóvenes se ha estabilizado. Asimismo, el grupo de 35 años o más ha aumentado su consumo diario en ambos sexos (DGPNSD, 2022).

Por otro lado, el consumo de cigarrillos electrónicos al menos una vez en la vida ha experimentado un aumento en la prevalencia, pasando del 6,8 % en 2015 al 12,1 % en 2022 (13,6 % en hombres y 10,7 % en mujeres), encontrando que casi la mitad de consumidores de este tipo de dispositivos lo hace con la intención de dejar de fumar, aunque 3 de cada 4 usuarios los consume con nicotina (DGPNSD, 2022).

También hay que resaltar los nuevos productos que salen al mercado como consecuencia de ese descenso en el número de personas fumadoras, como los productos de tabaco calentados (PTC), que se suelen vender como productos de riesgo reducido y como apoyo para dejar de fumar (OMS, 2021d). No obstante, según afirma la OMS (2022b), siguen exponiendo a las personas a muchas sustancias tóxicas que pueden causar incluso algunos tipos de cáncer. Además, no se disponen de suficientes datos para concluir que sean menos perjudiciales que el tabaco convencional.

Del mismo modo, actualmente se están promocionando los sistemas electrónicos de administración de nicotina (SEAN) y sistemas electrónicos sin nicotina (SESN) –también conocidos como cigarrillos electrónicos–. Estos sistemas también pueden ser perjudiciales y pueden resultar más atractivos por sus aromas añadidos y por falsas creencias difundidas en la población sobre su supuesta inocuidad. Sin embargo, solo 32 países han prohibido el consumo de SEAN y 79 países han promulgado alguna medida para su regulación, por lo que hay un total de 84 países que no tienen todavía ninguna regulación ni restricción sobre la venta y consumo de estos productos (OMS, 2021d).

El tabaquismo preocupa especialmente a los expertos debido a que la mitad de los consumidores de esta sustancia pierden la vida a consecuencia de ello (OMS, 2022b). Concretamente, las cifras que ofrece la OMS ascienden a 8 millones de muertes

producidas al año como consecuencia del tabaco tanto de forma directa como indirecta a través de la exposición al humo del mismo (humo ambiental del tabaco); cifra que calculan que podría aumentar (OMS, 2022b).

El humo ambiental del tabaco o humo pasivo es el que afecta a las personas no fumadoras a través del humo que expulsan al ambiente las que sí lo hacen o del propio tabaco en combustión, lo que produce el denominado “aire contaminado por humo de tabaco” (AHT). Los sitios de trabajo y las casas suelen ser las principales fuentes de humo pasivo por la cantidad de tiempo que pasan las personas en ellas (Instituto Nacional del Cáncer [NIH, por sus siglas en inglés], 2018). Por este motivo, la prohibición de fumar en establecimientos cerrados como oficinas o restaurantes supuso una medida importante para reducir la afectación por humo pasivo.

En el caso de los cigarrillos electrónicos, la persona fumadora también exhala, en este caso, aerosoles que contienen sustancias demostradas dañinas y sustancias potencialmente peligrosas, como nicotina, compuestos cancerígenos, metales pesados o compuestos orgánicos volátiles, entre otros (NIH, 2018).

Como bien afirma esta entidad, el tabaco es una sustancia sumamente adictiva y peligrosa cuya consumición, aunque sea mínima, comporta enormes riesgos por las sustancias cancerígenas que contiene el tabaco. Estos riesgos se traducen en distintos tipos de cáncer, como en la cabeza, cuello, garganta, esófago y cavidad bucal, así como varias enfermedades, entre ellas las dentales, y daños a otros órganos (OMS, 2022b; Asociación Española Contra el Cáncer [AECC], s.f.a). De hecho, esta sustancia podría producir hasta el 82 % de los cánceres de pulmón en toda Europa (AECC, s.f.a). Por este motivo, la OMS asegura que todas las modalidades de tabaco son perjudiciales para la salud, no existiendo un nivel seguro de exposición a su humo.

Según la AECC (s.f.b), el tabaco contiene alrededor de 4.000 sustancias diferentes de las que 69 son altamente tóxicas para los seres humanos. Algunas de ellas son agentes cancerígenos como el alquitrán, el arsénico, el formaldehído, el polonio 210, el cadmio o el níquel. También poseen sustancias irritantes (acetona, amoníaco o hidrógeno, entre otras) que pueden provocar ciertas enfermedades respiratorias categorizadas como “enfermedad pulmonar obstructiva crónica” (EPOC). Estas

sustancias irritantes, como señala la AECC, son las que provocan sobreproducción y acumulación de mocos en los pulmones provocando fuertes accesos de tos, disminución de la capacidad pulmonar o infecciones respiratorias frecuentes, entre otras consecuencias.

Además de estos compuestos, el más conocido y altamente peligroso es la nicotina. Esta sustancia produce un incremento en la tensión arterial, en la frecuencia cardíaca, en el azúcar en sangre o en la motilidad intestinal, además de dependencia física por sus efectos placenteros en los receptores nicotínicos del cerebro (AECC, s.f.b). Como apunta esta entidad, cada cigarrillo contiene entre 1 y 2 miligramos de nicotina, llegando a ser mortal si se alcanzan los 40 o 60 miligramos de esta sustancia.

Además de estos componentes altamente perjudiciales, también se desprende un gas tóxico, el monóxido de carbono (CO), fruto de la combustión del mismo. Un cigarrillo puede desprender en el humo 400 partículas por millón (ppm). Cuando es inhalado, este compuesto pasa al torrente sanguíneo muy fácilmente donde sustituye al oxígeno provocando hipoxia (falta de oxígeno) en los tejidos y órganos. Esta hipoxia en las arterias puede provocar acumulación de grasa en las mismas, desembocando en anginas de pecho o infartos de miocardio (AECC, s.f.b.).

El consumo de tabaco implica un enorme gasto tanto sanitario como de pérdida de capital humano, por lo que la OMS se refiere a la epidemia de tabaquismo como uno de los problemas de salud pública que más afectan al mundo. Por este motivo, desde la OMS se realizó el Convenio Marco para el Control del Tabaco –CMCT de la OMS– en 2005, al que ya se han adherido 182 partes. Desde el CMCT de la OMS se concluyó, basándose en pruebas científicas, que los entornos 100 % libres de humos son la única forma probada de proteger la salud frente a los efectos nocivos del humo del tabaco ajeno (OMS, 2022b). Algunas de las disposiciones que se recogen en el CMCT es la de monitorear el consumo de tabaco, aumentar los impuestos, hacer cumplir las prohibiciones sobre publicidad, promoción y patrocinio del tabaco y ofrecer ayuda para dejar de consumirlo, entre otras medidas (OMS, 2022b).

Este último punto que añade el CMCT es importante si se tiene en cuenta que la tasa de éxito de las personas que deciden dejar de fumar sin ningún

tipo de apoyo es únicamente del 4 %. Además, los estudios indican que pocas personas fumadoras conocen los riesgos concretos de fumar y que, cuando los conocen, la mayoría tiene deseos de dejar de fumar. Para poder dejar este hábito, la OMS recomienda algunos apoyos como la ayuda de profesionales expertos del tema, así como una medicación eficaz para duplicar las probabilidades de éxito al intentar dejar de fumar (OMS, 2022b).

Además del CMCT de la OMS, también se puso en marcha un plan de medidas para reducir la epidemia de tabaquismo desde esta misma organización: la estrategia MPOWER (OMS, 2008). Esta estrategia recoge seis medidas cuyo objetivo es incidir en los formuladores de políticas y en la sociedad en general para conseguir un mundo libre de tabaco. Las medidas son las siguientes (OMS, 2008):

- *Monitor*: hacer seguimiento del consumo de tabaco y de las medidas de prevención.
- *Protect*: proteger a la población del consumo de tabaco.
- *Offer*: ofrecer ayuda para dejar de consumir tabaco.
- *Warn*: advertir de los peligros del tabaco.
- *Enforce*: hacer cumplir las prohibiciones sobre publicidad, promoción y patrocinio del tabaco.
- *Raise*: aumentar los impuestos sobre el tabaco.

Por otro lado, el 31 de mayo se ha establecido el Día Mundial Sin Tabaco para concienciar a la población de los peligros que conlleva esta práctica, las prácticas comerciales de las empresas tabacaleras, lo que realiza la OMS a este respecto y los recursos al alcance para que todos los seres humanos puedan gozar de su derecho a la salud (OMS, 2021d).

Siguiendo la misma línea, entidades como la AECC están movilizándose también para conseguir que haya una mayor legislación sobre el tabaco y los subproductos derivados, consiguiendo restringir el mismo a espacios públicos como terrazas o parques.

2.2.4. Consumo de sustancias

En el estudio de Peacock *et al.* (2018) con datos procedentes de la OMS, la Oficina de las Naciones

Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC, por sus siglas en inglés) y el Institute of Health Metrics and Evaluation, se comprobó que el consumo de alcohol y de tabaco fueron mucho más pronunciados a nivel mundial que las drogas ilícitas; las estimaciones que señalan son de uno de cada cinco adultos que realiza un episodio de consumo intenso de alcohol en el último mes y uno de cada siete que fuma tabaco a diario, aumentando así el riesgo de daños para su salud. Por el contrario, menos de una de cada veinte personas consumieron cannabis en el último año, con estimaciones más bajas para los opioides, la cocaína y las anfetaminas. Sin embargo, los investigadores apuntan a que estos resultados pueden deberse a que es más difícil monitorear, recoger y evaluar los datos sobre el consumo de este tipo de sustancias por diversos motivos y, al ser un estudio con datos procedentes de todo el globo, las diferencias culturales que influyen (en cuanto a legislación, tradiciones, estigma, etc.) son muy distintas. No obstante, señalan que tanto el consumo de alcohol, como de tabaco y el de drogas ilícitas contribuyen a la carga mundial de morbilidad y mortalidad.

La UNODC (2021) aclara que las tendencias en el consumo de drogas ilícitas van en función de multitud de factores como las características individuales, familiares, comunitarias y contextuales. Las estimaciones que ofrece esta entidad apuntan a que alrededor de 299 millones de personas en el 2030 consumirán este tipo de sustancias, aumentando en un 40 % el consumo en países de bajos ingresos en el período de 2018-2030, y una disminución en dicho porcentaje en regiones más desarrolladas (particularmente Europa); estas cifras están estimadas teniendo en cuenta el crecimiento de la población, que es desigual en los distintos países.

Es importante destacar que muchas de las investigaciones que menciona la UNODC en su *World Drug Report* (2021) más reciente apuntan a que la adolescencia y la adultez temprana constituyen períodos críticos de riesgo para iniciar el consumo de drogas. Por este motivo, es necesario ahondar en esta población de forma específica en las campañas de prevención y sensibilización.

En el citado informe de la UNODC (2021) se señala al cannabis como la droga más consumida en 2019, con 200 millones estimados de consumidores en todo el mundo, correspondientes al 4 % de la población de entre 15 y 64 años. En la población adolescente y joven, es la droga más consumida.

Sin embargo, los opioides (heroína, morfina, codeína, fentanilo, entre otros) son una de las sustancias que más preocupan por su elevado consumo y las consecuencias derivadas de su abuso.

En el caso concreto de España, en el Informe sobre alcohol, tabaco y drogas ilegales en España 2022 (OEDA, 2022), se comprobó también que el cannabis es la tercera sustancia psicoactiva más consumida, tras el alcohol y el tabaco. El 28,6 % de los jóvenes (en una muestra de entre 14 y 18 años) ha consumido alguna vez esta sustancia, según sus datos. En la encuesta EDADES sobre Alcohol y Drogas en población general en España (DGPNSD, 2022) en 2020 el 37,5 % de las personas de entre 15 y 64 años la consumió alguna vez en su vida y un 2,9 %, a diario (los hombres en proporción mayor que las mujeres). Sin embargo, en comparación con los datos relativos al año 2022, se puede confirmar un aumento considerable de la prevalencia en esta franja de edad al 40,9 % sobre el consumo de cannabis alguna vez en su vida. El consumo diario bajó solo al 2,8 %.

Además, el cannabis es la sustancia ilegal cuya edad de inicio de consumo es más joven (18,3 años); los hombres antes que las mujeres. Por el contrario, son los hipnosedantes los que se comienzan a consumir de media más tarde, según la encuesta EDADES (35 años).

En cuanto a las diferencias por sexo, los hombres son los que presentan una mayor prevalencia de consumo en todas las sustancias psicoactivas salvo los hipnosedantes (con y sin receta) y los analgésicos opioides (con y sin receta), donde el mayor consumo lo realizan las mujeres (DGPNSD, 2022).

También cabe destacar que el cannabis es la sustancia con mayor diferencia en la prevalencia de consumo entre mujeres y hombres: la encuesta EDADES arroja un 48,8 % de prevalencia entre los hombres que la han consumido alguna vez en la vida frente al 32,9 % de las mujeres. Por el contrario, la sustancia con menor diferencia en el consumo es el alcohol, donde la gran mayoría de ambos sexos lo ha consumido al menos una vez en la vida, siendo además la sustancia más consumida (DGPNSD, 2022).

A continuación, se puede comprobar en la tabla 1 la prevalencia de consumo (para población española de entre 15 y 64 años) de algunas sustancias psicoactivas según los sexos basada en los datos ofrecidos por la encuesta más reciente EDADES (DGPNSD, 2022).

Por otro lado, preocupa a los expertos el consumo de opioides, que se definen como aquellos compuestos extraídos de la planta adormidera, así como otros compuestos de carácter sintético y semisintético con propiedades análogas que pueden interferir con los receptores de opioides en el cerebro (OMS, 2020a). Estas sustancias pueden ser utilizadas con fines farmacológicos para el tratamiento del dolor, ya que tiene efectos analgésicos y sedantes. De hecho, se comercializan algunos opioides, como la metadona o la buprenorfina, para los tratamientos de mantenimiento contra la dependencia por opioides. Su consumo puede producir euforia, motivo por el cual es consumido sin motivos médicos. Además, si su uso es indebido, prolongado o sin supervisión, puede generar dependencia. Por tanto, hay que tener en cuenta que, debido a sus efectos, se pueden producir problemas a nivel respiratorio y que una sobredosis de esta sustancia puede conllevar la muerte (OMS, 2020a).

La prevalencia de consumo de esta sustancia sin fines terapéuticos ha estado cerca de doblarse en la última década, según informa la UNODC (s.f.), por lo que muchos países han comenzado a preocuparse por las consecuencias sanitarias de su consumición. Los datos que ofrece esta entidad apuntan a dos tercios de las muertes producidas por consumo de sustancias a nivel mundial atribuidas a

los opioides y un 70 % de los años saludables que se pierden por discapacidad y muerte prematura a consecuencia de ello. Por este motivo, la UNODC ha establecido una estrategia de opioides (*Opioid Strategy*) para ayudar a hacer frente a esta crisis sanitaria.

Otro tipo de sustancias ilícitas que también constituyen un problema para la salud de los consumidores son las anfetaminas, que en 2019 se estimó que tuvo 27 millones de consumidores (el 0,5 % de la población a nivel mundial de entre 15 y 64 años); o la cocaína, con 20 millones de consumidores estimados (un 0,4 % de la población en el mismo rango de edad) (UNODC, 2021).

Estos datos son preocupantes si se tiene en cuenta que una de cada ocho personas con un trastorno por consumo de sustancias recibe tratamiento al año (UNODC, 2021). Los factores de riesgo del consumo de drogas a edades tempranas incluyen: factores individuales, como el sexo, la edad, la presencia de problemas previos de salud mental, la incapacidad de tomar decisiones, falta de asertividad y problemas de comunicación o la incapacidad de resolver problemas; factores ambientales, como problemas familiares, falta de apoyo, abuso físico, mental, sexual o verbal, baja escolarización y empleo, problemas en la vivienda, valores culturales y religiosos, mucho tiempo libre no estructurado, gran disponibilidad de

Tabla 1. Prevalencia de consumo de algunas sustancias psicoactivas según el sexo

SUSTANCIA PSICOACTIVA	SEXO	PREVALENCIA DE CONSUMO ALGUNA VEZ EN LA VIDA	PREVALENCIA DE CONSUMO EN LOS ÚLTIMOS 30 DÍAS
Alcohol	Hombres	94,9 %	73,1 %
	Mujeres	91,4 %	55,7 %
Tabaco	Hombres	74,4 %	42,2 %
	Mujeres	64,8 %	32,3 %
Cannabis	Hombres	48,8 %	12,0 %
	Mujeres	32,9 %	5,2 %
Hipnosedantes con y sin receta	Hombres	19,0 %	7,3 %
	Mujeres	28,0 %	5,1 %
Opioides con y sin receta	Hombres	14,7 %	3,1 %
	Mujeres	16,9 %	4,8 %
Cocaína	Hombres	17,4 %	2,1 %
	Mujeres	6,6 %	0,6 %
Alucinógenos	Hombres	7,7 %	0,2 %
	Mujeres	3,1 %	0,1 %
Éxtasis	Hombres	7,4 %	0,3 %
	Mujeres	2,9 %	0,1 %
Anfetaminas	Hombres	6,9 %	0,3 %
	Mujeres	2,3 %	0,1 %

Fuente: elaboración adaptada de DGPNSD, 2022.

las sustancias y un sistema de salud ineficaz [Oficina de las Naciones Unidas de Fiscalización de Drogas y Prevención del Delito, 2002].

El consumo de drogas está relacionado con consecuencias negativas para la salud, como diversos trastornos relacionados con dicho consumo, así como más riesgo de contraer enfermedades infecciosas, sufrir una sobredosis y morir de forma temprana (UNODC, 2021). Además, hay estudios que indican una posible relación entre los problemas de salud mental y problemas en el consumo de alcohol y drogas –denominados trastornos concurrentes o comorbilidad– (Richert *et al.*, 2020). Del mismo modo, estos trastornos por consumo de drogas también se relacionan con desventajas socioeconómicas, dificultad de mantener o encontrar un empleo, bajo nivel educativo, inestabilidad financiera y pobreza (UNODC, 2021).

La OMS (2021c) afirma, además, que el consumo de alcohol y drogas por parte de los adolescentes y niños se asocia a alteraciones neurocognitivas que pueden desencadenar problemas conductuales, emocionales, sociales y académicos en el futuro.

2.2.5. Alimentación

Uno de los determinantes de la salud que conforman los estilos de vida es la alimentación, que se

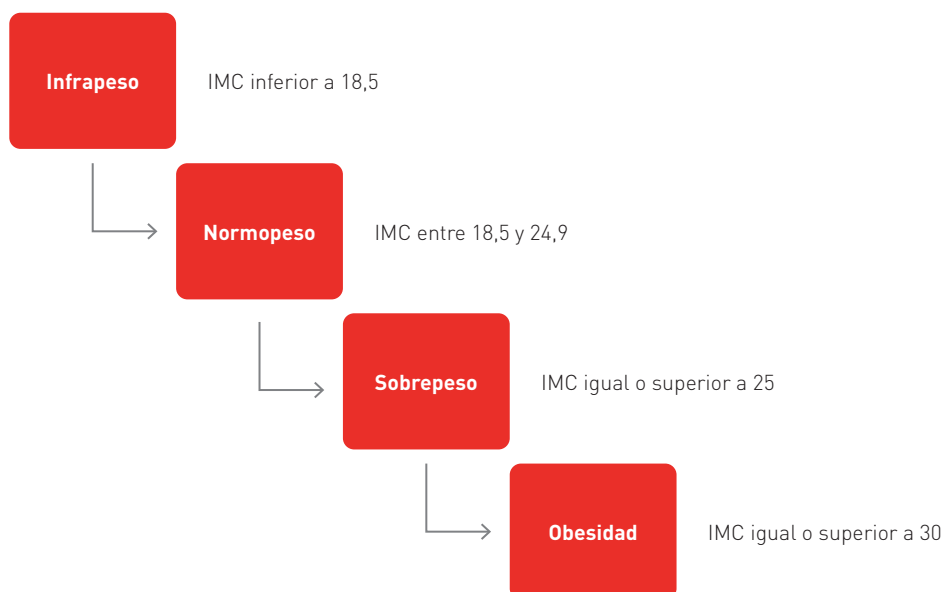
considera fundamental para la salud de los individuos (AECOSAN, 2020).

La alimentación inadecuada también puede provocar una acumulación anormal o excesiva de grasa que puede ser perjudicial para la salud (OMS, 2018a; 2021e). Esta acumulación provoca una condición denominada sobrepeso y obesidad. Para distinguir entre las dos condiciones, según especifica la OMS, hay que analizar el índice de masa corporal (IMC, ver figura 6), que indica la relación entre el peso y la talla de una persona adulta (medido en kg/m^2), aunque hay que tomar este indicador como un valor aproximado y considerar otras cuestiones como el grosor o la constitución de la persona. El IMC de una persona con sobrepeso sería igual o superior a 25, mientras que el de una persona con obesidad sería igual o superior a 30 (OMS, 2021e).

Según datos de la OMS (2021e), las tasas de obesidad se han triplicado desde 1975 en todo el mundo, poniendo de relevancia un problema de salud pública con importantes repercusiones en todas las franjas de edad: 39 % de personas con sobrepeso mayores de 18 años y 13 % con obesidad; 340 millones de personas con sobrepeso u obesidad de entre 5 y 19 años, y 41 millones de infantes de menos de 5 años con sobrepeso u obesidad (datos de 2016).

Los determinantes de la obesidad y del sobrepeso son muy variados e incluyen también aspectos

Figura 6. Clasificación del IMC



Fuente: datos de la OMS, 2010 y 2021e.

genéticos o socioculturales. Sin embargo, se pueden prevenir ya que, en la mayoría de la población, están muy ligadas al estilo de vida respecto a la alimentación y a la actividad física. De hecho, el desequilibrio energético entre las calorías ingeridas y las gastadas influye de manera directa en la obesidad y en las ENT asociadas, convirtiéndose en un gran factor de riesgo. Estas ENT comprenden enfermedades respiratorias, problemas cardiovasculares, diabetes tipo II, cánceres y enfermedades musculoesqueléticas (AECOSAN, 2020).

Por otro lado, no se puede obviar los determinantes sociales de la alimentación, como el nivel educativo, el empleo, los ingresos o la vivienda. Los entornos socioeconómicos desfavorecidos a menudo tienen menor acceso a alimentos saludables y están expuestos a una mayor disponibilidad de alimentos ultraprocesados y menos nutritivos (OMS, 2021e).

En general, un mayor IMC se relaciona con el riesgo de contraer una ENT. No obstante, como ya se ha dicho, también influyen los cambios sociales y ambientales asociados al desarrollo y la falta de políticas de apoyo en la salud, la agricultura, el transporte, la planificación urbana, el medioambiente, la industria alimentaria y la educación (OMS, 2021e). Por eso, es importante conseguir comunidades y entornos favorables y saludables que faciliten la toma de decisiones alimentarias de la población. Esto incluye la ejecución sostenida de políticas basadas en la evidencia científica sobre alimentación y ejercicio físico y cambios en la industria alimentaria (reducción de grasas, azúcar y sal o asegurando alimentos saludables, entre otras medidas) (OMS, 2021e).

En conjunto, las ENT matan cada año a 41 millones de personas; lo equivalente al 71 % de las muertes en el mundo. Si bien el 85 % de estas muertes consideradas prematuras ocurren en países de ingresos bajos y medianos (poniendo de manifiesto la influencia, una vez más, de factores contextuales), el consumo de tabaco, la inactividad física, el uso nocivo de alcohol y las dietas malsanas aumentan el riesgo de morir por una ENT, entre otros factores denominados metabólicos (OMS, 2021b), convirtiéndose en factores de riesgo completamente modificables. Por citar un ejemplo, 4,1 millones de muertes al año son debidas al consumo excesivo de sal (GBD 2015 Risk Factors Collaborators; como se citó en OMS, 2021b).

Concretamente, en niños y adolescentes, la obesidad a edades tempranas se relaciona con obesidad, muerte prematura y discapacidad en la edad adulta, además de sufrir más problemas respiratorios, mayores riesgos de fracturas e hipertensión, marcadores tempranos de enfermedades cardiovasculares, resistencia a la insulina y efectos psicológicos (OMS, 2021e).

Para prevenir estas ENT, así como la malnutrición y otros trastornos, se recomienda llevar una alimentación sana y equilibrada. Este tipo de dieta irá en función de las características personales (edad, sexo, hábitos de vida y actividad física realizada), el contexto cultural, los alimentos disponibles y los hábitos de alimentación, aunque los patrones de alimentación saludable son, fundamentalmente, los mismos (OMS, 2018a).

Las recomendaciones que ofrece la OMS (2018a) –a partir de estudios independientes y conjuntos con la FAO y la OMS– a este respecto son, para población adulta, la inclusión en la dieta de frutas, verduras, legumbres, frutos secos y cereales integrales. Además, se recomienda reducir a menos del 10 % el consumo de grasas saturadas al día y al 1 % de las grasas trans, procurando su sustitución por grasas no saturadas, especialmente poliinsaturadas. Por otro lado, recomiendan reducir el consumo de sal a menos de 5 gramos al día y de azúcares libres a menos del 10 % de la ingesta calórica total, consiguiendo beneficios adicionales para la salud si se reduce al 5 %.

A la hora de dar recomendaciones sobre la forma de llevar a cabo una alimentación saludable, la OMS (2018a) aclara que entran en juego multitud de factores como los ingresos, el precio de los alimentos, las preferencias individuales, las creencias, los factores ambientales y geográficos o las tradiciones, por lo que, una vez más, es necesario crear sistemas alimentarios saludables desde distintos sectores –tanto públicos como privados–, y no solo a nivel individual. La OMS (2018a) recomienda la armonización de las políticas y los planes de inversión nacionales –las políticas comerciales, agrícolas y alimentarias en particular– para proteger la salud pública de la ciudadanía, así como la creación de instancias normativas que permitan a los consumidores exigir alimentos saludables.

2.2.6. Actividad física

Por otro lado, como se ha citado anteriormente, la actividad física también es un pilar fundamental que, dentro de los hábitos de vida, están estrechamente relacionados con la salud de las personas.

En un estudio realizado por la OMS (2019) entre 2001 y 2016 con 1,6 millones de estudiantes de entre 11 y 17 años procedentes de 146 países, se demostró que el 80 % de los adolescentes no llegan al nivel mínimo recomendado de actividad física diaria. Este porcentaje varía entre niños y niñas, concretamente un 85 % de niñas y un 78 % de niños que no alcanzan esos niveles, poniendo de manifiesto una brecha de género en cuanto a actividad física que también es necesario abordar. Respecto a la población adulta, el porcentaje alcanza a uno de cada cuatro adultos que no realizan la actividad física recomendable (OMS, 2020b).

En España, el 38,3 % de la población de más de 14 años permanece sentada la mayor parte de la jornada y el 40,8 % la pasa de pie sin realizar grandes desplazamientos, según datos de la ENSE (Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social, 2017a). Además, un 36 % de la población pasa sus ratos de ocio de forma sedentaria y un 35,3 % de los adultos de entre 15 y 64 años no alcanza los valores de actividad física recomendados por la OMS (Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social, 2017a).

Estos datos son alarmantes si se tiene en cuenta los objetivos planteados en el Plan de Acción Mundial sobre Actividad Física 2018-2030 de la OMS en el que se planteó reducir en un 15 % la inactividad física para 2030; objetivo que con la actual tendencia no se podría cumplir (OMS, 2019; OMS, 2020b).

Según la directora del estudio realizado por la OMS (2019), la Dra. Regina Guthold, los niveles alcanzados de actividad física resultan realmente bajos en comparación con la media recomendable (una hora o más de actividad física entre moderada e intensa al día para adolescentes), afectando de forma clara a su salud actual y futura. Esta investigadora resalta los beneficios en cuanto a salud física de la práctica regular de ejercicio desde la adolescencia, como la mejora de la capacidad cardiorrespiratoria y muscular, la salud ósea y cardiometabólica y un buen índice de peso. Además, también tiene efectos beneficiosos en el desarrollo cognitivo y en la socialización, manteniendo muchos de estos beneficios mencionados hasta la edad adulta (OMS, 2019).

Por otro lado, la práctica regular de ejercicio físico también incide de forma general en la disminución de sintomatología ansiosa y depresiva, disminuye el deterioro cognitivo, mejora la memoria, potencia la salud cerebral, aumenta la calidad del sueño y disminuye el estrés (OMS, 2020b; Ministerio de Sanidad, 2022c). Por tanto, se recomienda a toda la población la práctica diaria.

Además de las repercusiones en la salud física y mental, estos hábitos sedentarios pueden llegar a costar, en términos generales, una media de 54.000 millones de dólares en gastos médicos y 14.000 dólares por pérdida de productividad y, lo que es más importante, podría evitar alrededor de 5 millones de muertes al año (OMS, 2020b).

Las medidas que recomiendan como conclusión de este análisis es ampliar de forma urgente las políticas y programas que permitan aumentar la actividad física de los adolescentes, así como adoptar medidas multisectoriales desde la educación, el urbanismo, la seguridad vial, las familias o los proveedores de servicios deportivos y recreativos para que los jóvenes tengan la oportunidad de mantener hábitos activos de forma igualitaria (OMS, 2019).

Dicha investigación señala que los gobiernos actuales deben analizar las causas y las desigualdades de este fenómeno, concediendo la importancia que tienen y destinar los recursos necesarios para impulsar la actividad física (OMS, 2019). Esto es importante porque cada país tiene un trasfondo social, económico y cultural que influye en cierta medida en los hábitos de vida de su población, debiendo, por tanto, analizar de forma pormenorizada las variables que influyen en dichos hábitos.

La actividad física no solo es recomendable para los adolescentes, sino que todas las personas, independientemente de la edad o capacidades, deben mantenerse activas. Esta afirmación, realizada por la OMS (2020b), cobra especial relevancia teniendo en cuenta la pandemia por COVID-19 y las restricciones promulgadas en cuanto al confinamiento en todos los países, mermando las oportunidades de realizar actividad física al aire libre o en los emplazamientos destinados a este fin. Por este motivo, se elaboraron unas *Directrices de la OMS sobre actividad física y hábitos sedentarios* (2020b), en las que se recomienda la práctica de actividad física aeróbica de intensidad moderada o intensa a la semana para todas las personas, incluidas aquellas con afecciones crónicas o discapacidad.

Concretamente, los grupos de expertos recomiendan –para población adulta– (Ministerio de Sanidad, 2022c; OMS, 2020b):

- La práctica de al menos entre 150 y 300 minutos de actividad física aeróbica moderada a la semana.
- O al menos entre 75 y 150 minutos de actividad física vigorosa a la semana.
- O una combinación equivalente de ambas.
- Además, 2 días como mínimo a la semana de actividades de fortalecimiento muscular.

Para beneficios adicionales, el Ministerio de Sanidad (2022c) recomienda, asimismo, más de 300 minutos de actividad física aeróbica moderada o más de 150 minutos de actividad física aeróbica intensa o una combinación equivalente de ambas, siempre manteniendo la práctica de actividades de fortalecimiento muscular de grandes grupos musculares.

Sin embargo, no solamente recomiendan realizar actividad física sino también disminuir el tiempo sedentario de la población. Esta misma entidad apunta a que, para reducir los efectos negativos del tiempo sedentario, una de las posibilidades es precisamente aumentar el tiempo destinado a la práctica de ejercicio físico. Asimismo, es necesario reducir los períodos de actividades sedentarias e intentar sustituirlas por actividades activas, aunque sean de intensidad leve, por ejemplo, utilizando un medio de transporte activo, realizar descansos activos con estiramientos o pequeños ejercicios, utilizar las escaleras en lugar del ascensor, aumentar las actividades al aire libre y reducir el tiempo en pantalla (Ministerio de Sanidad, 2022c).

Además de recalcar la necesidad de aumentar la cantidad de tiempo destinado a la práctica de actividad física, es necesario adaptarla a las condiciones personales de cada uno y a sus entornos para facilitar su práctica. Asimismo, es necesario reducir al máximo el tiempo sedentario de cada persona, ya que esto produce beneficios adicionales (Ministerio de Sanidad, 2022c): reduce la mortalidad y reduce el riesgo de desarrollar algunas ENT como la diabetes tipo 2, enfermedades cardiovasculares y algunos tipos de cáncer como el de colon, pulmón o endometrio.

2.3. El bienestar psicológico

El bienestar psicológico es un concepto que engloba elementos sociales, psicológicos y comportamentales que interfieren en el funcionamiento de las personas (Rosales, 2018).

El concepto de bienestar, en términos generales, ha sido estudiado desde dos perspectivas: por un lado, el bienestar subjetivo o hedónico; y por otro, el bienestar psicológico o eudamónico (Solis y Villegas, 2021).

En cuanto a la primera, el bienestar hedónico o hedonismo define el bienestar en base a experiencias predominantemente placenteras (Flores-Kanter *et al.*, 2018). Por el contrario, el bienestar eudamónico hace referencia a vivir de forma plena o desarrollar la potencialidad humana y la autorrealización (Ryan y Deci, 2001). El foco de las investigaciones eudamónicas se basan en estudiar lo que implica tener una “buena vida” y las consecuencias derivadas de ello. Sin embargo, estas consecuencias sí que pueden incluir satisfacciones hedónicas. No obstante, las investigaciones desde esta corriente han estado más enfocadas a la vitalidad, la intimidad o la salud como indicadores de una buena vida (Ryan *et al.*, 2008).

Uno de los modelos pioneros en la investigación del bienestar psicológico es el modelo de Marie Jahoda (1958). Este se centra en la salud mental de las personas, pero ya se comienza a poner de manifiesto la importancia de aspectos relacionados con la salud física y las relaciones sociales y su incidencia en la salud mental. Además, expone una serie de criterios para una salud mental positiva, como las actitudes hacia sí mismo, el crecimiento, el desarrollo y la autoactualización, la integración, la percepción de la realidad, la autonomía y el dominio ambiental.

Otro de los modelos más estudiados sobre bienestar psicológico es el de Ryff (1989), que determinó una serie de dimensiones comunes e integradoras que conformarían un modelo multidimensional del bienestar psicológico, basándose en las teorías e investigaciones previas:

- *La autoaceptación*: una de las características centrales de la salud mental descritas por Ryff (1989). También es concebida como una característica de autorrealización, buen funcionamiento y madurez.

- *Las relaciones positivas con los otros:* la capacidad de amar, en palabras de la autora, es un componente central de la salud mental. Las personas autorrealizadas se describen como personas con fuertes sentimientos de empatía y afecto por los demás, además de tener la capacidad de dar mayor amor, relaciones de amistad más profundas y una mejor identificación con las demás personas.
- *La autonomía:* las personas autorrealizadas se describen como individuos con un alto funcionamiento autónomo y con un *locus* de evaluación interno; esto es, no buscan la aprobación de los demás, sino que se regulan a sí mismos en función de normas personales. La autora explica que este proceso de autonomía implica una liberación a las personas que les permite desprenderse de los miedos colectivos, las creencias y las leyes de las masas.
- *El dominio ambiental:* esta característica, según Ryff (1989), se entiende como la capacidad de los individuos de crear o elegir ambientes adecuados a sus condiciones psíquicas. También comprende la participación en un entorno significativo fuera de sí mismo.
- *Establecer un objetivo o propósito en la vida:* incluye las creencias de que la vida tiene un significado y un sentido. La madurez también implica una comprensión clara de este propósito, así como la captación de direccionalidad e intencionalidad. La autora explica que las personas que funcionan positivamente tienen, por

tanto, metas, intenciones y sentido de dirección, contribuyendo todo ello a conferirle un sentido a su vida.

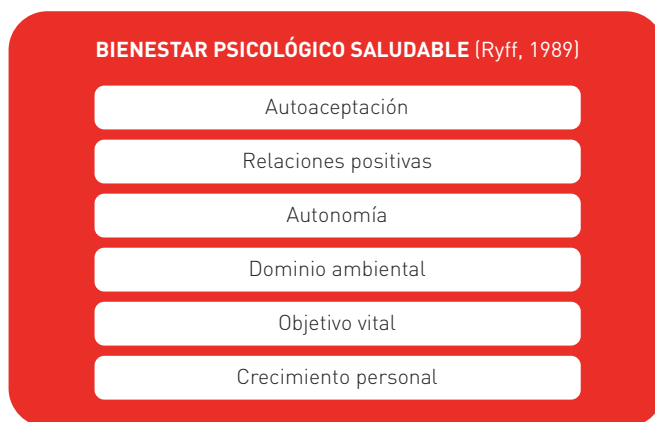
- *El crecimiento personal:* esta dimensión hace referencia al desarrollo continuo que deben tener todas las personas para tener un funcionamiento psicológico óptimo, además de que se cumplan el resto de características mencionadas. Esta dimensión implica, según la autora, seguir creciendo, una continua transformación, aceptando y participando en diferentes retos de la vida.

Estas dimensiones se interrelacionan y retroalimentan entre sí para conformar lo que sería un bienestar psicológico saludable. A partir de estas dimensiones, su equipo de investigación ha creado algunas escalas para cuantificar estas variables.

Además, Ryff y Singer (2008) comprobaron cómo algunas variables biológicas del bienestar psicológico (por ejemplo, neuroendocrinas o cardiovasculares, entre otras) pueden verse beneficiadas al vivir una vida rica y con significado, con un crecimiento personal continuo y con relaciones positivas con los demás. Estas conclusiones pondrían de manifiesto la interrelación entre las variables relacionadas con la salud física y la salud mental, corroborando la idea de que ambas forman parte de un concepto más amplio e integral de salud en los seres humanos.

Hay otros modelos que intentan definir, acotar y estudiar el bienestar psicológico de las personas.

Figura 7. Modelo del bienestar psicológico de Ryff (1989)

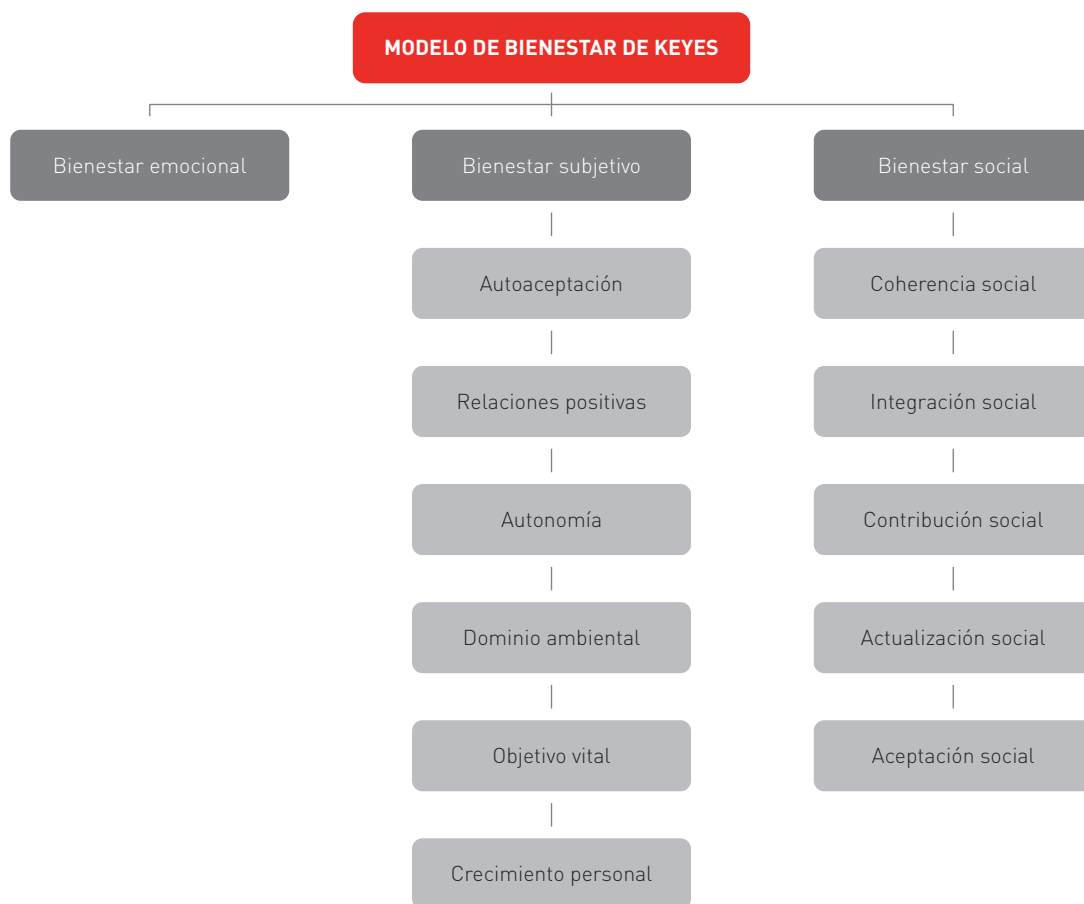


Fuente: elaboración propia.

Vázquez y Hervás (2008) hacen un recorrido en su capítulo “Salud mental positiva: del síntoma al bienestar” sobre estas diferentes perspectivas. Una de las citadas es el modelo de bienestar de Keyes (Keyes y Waterman, 2003), que parte de las consideraciones de Ryff. En él, operativizan la salud mental positiva en tres diferentes ámbitos: el bienestar emocional, caracterizado por un elevado afecto positivo, bajo afecto negativo y gran satisfacción vital; el bienestar subjetivo, con las seis dimensiones propuestas por el modelo de Ryff; y el bienestar social, relacionado con el funcionamiento social y comunitario y que incluye otras cinco diferentes dimensiones:

- *Coherencia social*: percepción de lógica en el mundo social.
- *Integración social*: sentimiento de pertenencia a la sociedad y apoyo percibido por la misma.
- *Contribución social*: concepción de contribución propia valiosa a la sociedad.
- *Actualización social*: concepción de que la sociedad se desarrolla y permite, asimismo, el desarrollo personal.
- *Aceptación social*: posesión de actitudes benévolas hacia la sociedad.

Figura 8. Esquema del modelo de bienestar de Keyes



Fuente: adaptación de Keyes y Waterman, 2003.

Teniendo en cuenta la multitud de factores y dimensiones de los diferentes modelos que intentan explicar y cuantificar el bienestar psicológico, surge el modelo de las Tres Vías, tal y como explican Vázquez y Hervás (2008). Este modelo, planteado por Seligman (2003) –considerado como precursor de la psicología positiva–, resume todas estas aportaciones en tres únicas dimensiones:

- *La vida placentera*: consiste en experimentar emociones positivas sobre el pasado, el presente y el futuro.
- *La vida comprometida*: poner a prueba las fortalezas personales en la vida cotidiana para desarrollar un número elevado de experiencias óptimas.
- *La vida significativa*: desarrollo de objetivos vitales que abarcan mucho más que a uno mismo y que incluye el sentido vital.

Este modelo se concibe como un enfoque integrador de los datos empíricos disponibles que no entra en detallar la mejor manera para aumentar el bienestar psicológico, ya que no incide en ninguna categorización de las tres dimensiones (Vázquez y Hervás, 2008).

Según los diferentes modelos explicados se puede afirmar, por tanto, que el bienestar psicológico está estrechamente relacionado con la salud mental. A este respecto, la OMS la reconoce como un componente integral y esencial de la salud de los seres humanos. De hecho, en la Constitución de la OMS queda recogido que “la salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”.

La salud mental, según esta institución, se corresponde con un estado de bienestar en el que una persona es capaz de realizar sus capacidades, de hacer frente al estrés cotidiano, de trabajar de forma productiva y de hacer contribuciones a su comunidad. Por tanto, la salud mental tiene connotaciones individuales y colectivas, puesto que es el fundamento del bienestar individual y del funcionamiento eficaz de la comunidad (OMS, 2018b).

Por otra parte, la OMS (2018b) establece que la salud mental y el bienestar son fundamentales para la capacidad de pensar, manifestar sentimientos, interactuar, ganarse el sustento y, en definitiva, disfrutar de la vida; todo ello a un nivel individual y colectivo. Así, como esta misma entidad afirma,

la promoción, restablecimiento y protección de la salud mental de las personas debe ser una preocupación vital a pequeña y gran escala en la sociedad.

Por tanto, la salud mental es un elemento crucial en la calidad de vida y el desarrollo de todas las personas, condicionando la carga global de enfermedad, el desempeño laboral, la tasa de desempleo y la jubilación anticipada siendo la población joven, entre otras, una población vulnerable (Ministerio de Sanidad, 2022b).

Esta entidad afirma que las personas que tienen problemas de salud mental pueden presentar también una alimentación deficiente, falta de actividad física y factores de riesgo para el consumo de alcohol, tabaco y otras sustancias (Ministerio de Sanidad, 2022b), siendo necesario, por tanto, la promoción del bienestar emocional.

Los determinantes de la salud mental que señala la OMS (2018b) se corresponden con los de la salud general: factores tanto sociales, como psicológicos y biológicos. Esto quiere decir que hay variables de personalidad que pueden influir, así como afecciones de carácter biológico, que pueden estar relacionadas con el padecimiento de algunos trastornos mentales.

Por otro lado, el contexto social también es muy importante. De hecho, tal y como resalta la OMS (2018b), el estatus socioeconómico puede determinar una mala o buena salud mental, así como los cambios sociales rápidos, el nivel educativo, las condiciones de trabajo o la discriminación, entre otros.

En línea con lo anterior, un estudio llevado a cabo por Barr *et al.* (2005) comprobó cómo la privación socioeconómica podría estar relacionada con un bajo bienestar psicológico, que también podría asociarse a un estilo de vida con numerosos factores de riesgo para las ENT. Este estudio refuerza la idea de la salud como un concepto multidimensional interrelacionado.

Por este motivo, la promoción de la salud mental –y no solo el tratamiento de los padecimientos de carácter mental– es fundamental para conseguir la salud de los individuos. Para ello, es necesario instaurar medidas intersectoriales en todos los niveles: político, jurídico, laboral, social, educativo, etc. (OMS, 2018b). A este respecto, la OMS ofrece algunos ejemplos de estrategias que se pueden implementar para fomentar la salud mental, como las

intervenciones a edades tempranas, el apoyo social en las personas mayores, las políticas de vivienda, las intervenciones en el lugar de trabajo o en los centros educativos, programas destinados a población vulnerable y minorías o trabajar para conseguir la emancipación socioeconómica de las mujeres.

En consonancia con esto, en la Asamblea Mundial de la Salud de 2013, llevada a cabo por la OMS, se aprobó un Plan de Acción Integral sobre Salud Mental para el período 2013-2020, cuyo objetivo era promover la salud mental, prevenir trastornos mentales, dispensar atención, mejorar la recuperación, promover los derechos humanos y reducir la mortalidad, morbilidad y discapacidad de personas con trastornos mentales (OMS, 2018b).

Algunos de los resultados obtenidos gracias a la puesta en marcha de este plan es el desarrollo cada vez más extenso de planes, políticas y leyes en materia de salud mental. También hubo un aumento en los países que reportaron que el tratamiento de los problemas de salud mental se incluyen en el seguro nacional o en los planes de reembolso. Del mismo modo, hay más programas de prevención y promoción de la salud mental en los países miembros, aunque no están muy bien definidos ni cuantificados (OMS, 2021f).

Sin embargo, en 2020 se comprobó cómo muchas de las propuestas y objetivos planteados en el plan no se alcanzaron. Además, esta necesidad de inversión en salud mental se agudizó a raíz de la pandemia por COVID-19, poniendo de manifiesto la necesidad urgente de que todas las personas del mundo puedan acceder a servicios de salud mental de calidad ya que, en palabras del director general actual de la OMS, Tedros Adhanom, “[...] no hay salud sin salud mental” (OMS, 2021f).

Por ello, y debido a la importancia que tiene y a los avances que poco a poco se están consiguiendo, dicho Plan de Acción Integral sobre Salud Mental se ampliará hasta 2030 con nuevas metas para la inclusión de la salud mental y el apoyo psicosocial en los planes de preparación para emergencias, la integración de la salud mental en la atención primaria y la investigación en esta área (OMS, 2021f).

Algunos estudios que evaluaron aspectos del bienestar psicológico (como la ansiedad, la depresión o el autocuidado, entre otras) en la población a raíz de la pandemia por COVID-19 apuntan a que han aumentado de forma importante estas problemáticas. En el estudio de Galindo-Vázquez *et al.* (2020)

con población general mexicana, se observó que el 20,8 % presentaba síntomas de ansiedad severa y el 27,5 % de depresión severa durante la pandemia. Además, algunos factores de riesgo comprendieron el ser mujer, estar soltera y no tener hijos, tener comorbilidades médicas y antecedentes en atención a la salud mental.

En la misma línea se encuentra el estudio de Alkhamees *et al.* (2020), en la población general de Arabia Saudita, donde el 23,6 % refirió un impacto psicológico general de la pandemia de moderado a severo, el 28,3 % reportó síntomas de depresión y el 24 y el 22,3 % de ansiedad y estrés moderado o grave, respectivamente.

Por último, también se puede destacar el estudio de Shi *et al.* (2020) con más de 56.500 participantes de China, de los que el 31,6 % presentaba síntomas ansiosos, el 27,9 % tenía síntomas depresivos, el 29,2 % tenía problemas de insomnio y el 24,4 %, de estrés.

Por tanto, se puede afirmar que la afectación de la salud mental y, por consiguiente, del bienestar psicológico a raíz de la pandemia por COVID-19 se ha producido de forma global, destacando en todos ellos la necesidad urgente de realizar intervenciones en esta materia en la población. Por este motivo, se va a investigar en el presente estudio algunas variables del bienestar psicológico desde el prisma de la pandemia por este virus para ver el efecto que ha tenido en ellas.

A continuación, se describirá de forma más pormenorizada las variables del bienestar psicológico concretas que se han analizado.

2.3.1. Síntomas depresivos

Es importante destacar en este apartado una de las afecciones, en relación a la salud mental de las personas, que contribuye de forma determinante a la carga mundial de morbilidad, y que es la causa principal de discapacidad en el mundo: la depresión (OMS, 2021g).

La OMS (2021g) distingue entre este padecimiento y las fluctuaciones normales del estado de ánimo que experimentan las personas, así como de las respuestas emocionales breves que aparecen ante los problemas de la vida cotidiana. Destaca la importancia de este trastorno porque puede convertirse en un problema de salud grave que puede perdurar en el tiempo.

La APA define la depresión como una profunda tristeza o desesperación que va más allá de unos días y que interfiere en las actividades de la vida diaria, pudiendo llegar a provocar incluso dolores físicos (APA, 2017a). Los síntomas de la depresión, aunque pueden afectar de forma diferente a las personas que la padecen, suelen ser tristeza prolongada o sensación de vacío, sentimientos de desesperanza, culpabilidad, sentimientos de inutilidad, irritabilidad, inquietud, fatiga, incapacidad de concentrarse, cambios en el sueño y en el apetito, dolor crónico, dolor de cabeza o de estómago, alejamiento de familiares y amistades, pérdida de interés en actividades placenteras o pensamientos de muerte y pensamientos suicidas (APA, 2017a).

Los factores causantes en una depresión comprenden una combinación de variables genéticas, biológicas, psicológicas, ambientales y sociales (APA, 2017a). Las personas que tienen una enfermedad física o que han pasado por situaciones adversas –desempleo, luto, eventos traumáticos– tienen más probabilidad de desarrollarla, empeorando también estas situaciones (OMS, 2021g).

La depresión es un trastorno mental que, según datos del Instituto de Sanimetría y Evaluación Sanitaria, en 2019 la padecían alrededor de 280 millones de personas en el mundo; 256 millones en personas de más de 20 años (Instituto de Sanimetría y Evaluación Sanitaria, 2019). Concretamente en España, el 10,8 % de las personas mayores de 14 años recibió algún diagnóstico de problemas de salud mental. El 6,7 % de las personas adultas refieren ansiedad crónica y la misma cantidad de personas refieren depresión (con mayor prevalencia en mujeres), según datos de la Encuesta Nacional de Salud (ENSE) de 2017 realizada por el Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social (2017b). El 3,9 % de los españoles refiere ambas.

Esta misma encuesta pone de manifiesto la relación entre la depresión y factores contextuales como la situación laboral, apuntando a un 7,9 % de prevalencia entre las personas desempleadas y un 30 % entre las incapacitadas para trabajar (Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social, 2017b).

La depresión es un trastorno de salud mental importante por las consecuencias a nivel psicológico, físico, laboral, académico y social de las personas que la sufren. Además, en el peor de los casos, puede llevar al suicidio, siendo esta la cuarta causa

de muerte en el grupo poblacional de 15 a 29 años (OMS, 2021g).

No obstante, hay tratamientos eficaces disponibles que pueden ayudar mucho a las personas con este padecimiento. Estos tratamientos pueden comprender distintas modalidades de psicoterapia o medicación específica que pueden emplearse de forma individual o combinada (APA, 2017).

Asimismo, los programas de prevención también son muy eficaces. Algunos de estos pueden ser los programas escolares para promover estilos de afrontamiento positivo. Del mismo modo, reducir la sintomatología depresiva en padres mediante intervenciones también puede contribuir a la mejora de los problemas conductuales de sus hijos e hijas. Otra medida preventiva podrían ser los programas de ejercicio físico en personas mayores (OMS, 2021g), poniendo de manifiesto la relación entre la actividad física y la salud mental.

La OMS, a este respecto, además del Plan de Acción sobre Salud Mental 2013-2030 comentado anteriormente, también coordina el Plan de Acción para Superar las Brechas en Salud Mental (mhGAP, por sus siglas en inglés), que ayuda a los países a impulsar servicios para las personas con trastornos mentales, neurológicos y por abusos de sustancias a través de la actuación de trabajadores sanitarios que no son expertos en salud mental (OMS, 2021g).

2.3.2. Síntomas ansiosos

En consonancia con el punto anterior, también es necesario hablar de los trastornos de ansiedad ya que es un padecimiento que, junto con la depresión, pueden afectar seriamente al desempeño laboral, familiar, escolar y social (APA, 2017b). La APA (2017b) define la ansiedad como “una reacción humana normal ante situaciones estresantes”. Sin embargo, tal y como esta entidad puntualiza, si persiste en el tiempo o se agudizan las preocupaciones y temores, puede desencadenar en un trastorno de ansiedad.

El estrés y la ansiedad no son términos sinónimos. El estrés es un proceso normal en el que un individuo se enfrenta a las demandas de una situación desbordante o amenazante. Sin embargo, el estrés puede desencadenar una reacción de ansiedad; esto es, la emoción desagradable que surge ante

esa amenaza (Sociedad Española para el Estudio de la Ansiedad y el Estrés [SEAS], s.f.a).

De hecho, las situaciones que pueden ser estresantes pueden ser de diferentes tipos (pérdidas, eventos importantes, etc.) y desencadenar otras reacciones emocionales distintas de la ansiedad (alegría, enfado, etc.), mientras que las situaciones que provocan ansiedad son siempre de tipo amenazante según la percepción de la persona (SEAS, s.f.a).

No obstante, tal y como recalca CINFA en su estudio (2017), la ansiedad no es completamente negativa, ya que es una reacción emocional que pone en alerta al organismo para que pueda activar sus mecanismos de defensa ante un conflicto. Sí que supone un problema cuando esta ansiedad es desproporcionada o excesiva de acuerdo a la situación que la provoca, alterando el estado psicofisiológico, el bienestar y la vida diaria de las personas que la padecen (CINFA, 2017), pudiendo llegar a desarrollar trastornos de ansiedad.

La reacción emocional de la ansiedad surge a un triple nivel, como puntualiza la SEAS (s.f.b): 1) a nivel cognitivo-subjetivo (la experiencia de sentimientos de malestar, temor, etc.); 2) a nivel fisiológico (activación corporal de diferentes sistemas), y 3) a nivel conductual (cambios en el comportamiento).

La OMS (2017) asegura que el 3,8 % de la población de adultos mayores de todo el mundo padece algún trastorno de ansiedad. Por otro lado, los trastornos de ansiedad son los más prevalentes entre la población adolescente, siendo una de las principales causas de discapacidad y enfermedad en adolescentes, junto con la depresión y los trastornos del comportamiento (OMS, 2021h).

Los trastornos de ansiedad aglutinan diferentes tipos de afecciones relacionadas con la ansiedad (APA, 2017b):

1. *Trastorno de ansiedad generalizada*: caracterizados por sentimientos persistentes de ansiedad o preocupación. La sintomatología que aparece puede ser inquietud, irritabilidad, tensión muscular, problemas de conciliación del sueño y de concentración y una gran sensación de nerviosismo.
2. *Trastorno de pánico*: caracterizado por ataques recurrentes de pánico. Las personas que tienen ataques de pánico pueden presentar

sudoración, temblores, falta de aire, sensación de ahogo, palpitaciones, aceleración del ritmo cardíaco y sensación de terror.

3. *Fobia*: miedo intenso e intrusivo a determinados objetos, situaciones o seres.
4. *Trastorno de ansiedad social*: temor ante situaciones sociales en las que las personas que lo padecen podrían sentirse avergonzadas o sometidas a un escrutinio. Las personas con trastorno de ansiedad social –o también denominado fobia social– se sienten cohibidos ante otras personas, tienen dificultad para hacer amistades, evitan situaciones de contacto con otras personas, presentan gran preocupación los días antes de eventos sociales y presentan temblores, sudoración o náuseas cuando se producen los contactos.
5. *Trastorno obsesivo-compulsivo*: caracterizado por sentimientos y pensamientos intrusivos e incontrolables, y rutinas o rituales persistentes para intentar controlarlos.
6. *Trastorno de estrés postraumático*: producidos después de un acontecimiento traumático físico o emocional. A las personas con estrés postraumático pueden asaltarle episodios de recuerdos, pesadillas o temores sobre el suceso que pueden repetirse durante mucho tiempo después del acontecimiento y producir una fuerte interferencia en la vida diaria.

Al igual que ocurre con la depresión, los trastornos de ansiedad pueden tratarse a través de psicoterapia y/o medicación, en función del juicio clínico de un especialista (APA, 2017b).

Del mismo modo, se pueden prevenir estas afecciones a través de programas de manejo y control del estrés, de gestión emocional, una alimentación equilibrada y saludable, la práctica regular de actividad física, una correcta rutina de sueño y descanso, una buena organización de las tareas y planificación del tiempo libre y de autocuidado, así como a través del fomento y refuerzo de los vínculos sociales (CINFA, 2017).

2.3.3. Interacciones sociales

Las interacciones sociales conforman una serie de comportamientos con otras personas que tienen efectos en la salud y en el bienestar de los individuos (Holt-Lunstad *et al.*, 2010).

Además, estas interacciones sociales tienen diferentes formas de expresarse y distintos efectos según el momento vital de las personas. Concretamente para los adolescentes, las interacciones con los iguales son vitales para algunas funciones en el desarrollo correcto de determinadas zonas cerebrales, la construcción del autoconcepto y una buena salud mental, según las conclusiones de la revisión realizada por Orben *et al.* (2020).

Las interacciones sociales tienen un papel importante en la salud de todas las personas, siendo necesario acuñar el término “salud social”. La OMS define los determinantes sociales de la salud como “las circunstancias en que las personas nacen, crecen, trabajan, viven y envejecen, incluido el conjunto más amplio de fuerzas y sistemas que influyen sobre las condiciones de la vida cotidiana” (Organización Panamericana de la Salud [OPS], s.f.). Esta definición incluye, por tanto, los sistemas políticos y económicos, así como las normas y políticas sociales. Por consiguiente, habrá diferencias entre distintos grupos poblacionales, afectando consecuentemente a la salud de estos; esto es lo que se conoce como desigualdades e inequidades, en este caso, en materia de salud (OPS, s.f.).

Estos determinantes sociales de la salud incluyen aquellos atributos que generan o fortalecen la estratificación de una sociedad, acotando la posición socioeconómica de la población (determinantes estructurales y/o sociales). Estos determinantes podrían ser la raza, el género, la posición social, el grupo étnico y el acceso a la educación y el empleo (De la Guardia-Gutiérrez y Ruvalcaba-Ledezma, 2020).

Por otro lado, hay otros determinantes intermedios y personales que se distribuyen según la estratificación social y que son: la cohesión social, las circunstancias materiales y psicosociales, los factores conductuales y biológicos y el sistema de salud (De la Guardia-Gutiérrez y Ruvalcaba-Ledezma, 2020).

Dentro de las interacciones sociales, el apoyo social percibido también es un factor importante para la salud y el bienestar. En algunos estudios se ha comprobado que el apoyo social percibido puede funcionar como factor protector ante la obesidad en mujeres (Salinas-Rehbein *et al.*, 2022). De igual forma, en el estudio de Guevara-Valtier *et al.* (2021) se comprobó que existía una correlación entre el apoyo social en redes sociales y las barreras que percibían los adolescentes con sobrepeso para realizar actividad física.

Además, el apoyo social percibido podría tener un papel más importante que el propio apoyo social recibido a la hora de amortiguar el estrés (Szkody y McKinney, 2019).

El Dr. Tedros Adhanom, director general de la OMS, señala incluso al aislamiento social como un factor de riesgo del suicidio, junto con la pérdida del empleo y los apuros económicos, entre otros, que se han visto además amplificadas en la pandemia, tal y como ha quedado resaltado en el informe *Suicide Worldwide in 2019*, publicado por la OMS en 2021 (OMS, 2021i).

Szkody *et al.* (2021) señala que el período de confinamiento y aislamiento social pudo conllevar a que el alumnado universitario se sintiera solo o aislado. Por tanto, cabe esperar que la situación provocada por la pandemia tuviera repercusiones en el nivel de interacción social y apoyo social percibido.

Además, la influencia de las relaciones sociales podría ser un factor protector ante el riesgo de mortalidad, ya que en el metaanálisis realizado por Holt-Lunstad *et al.* (2010) de 148 estudios, se concluyó que las personas activas en redes sociales tienen hasta un 50 % más de probabilidad de supervivencia.

2.4. Repercusión de la pandemia por COVID-19

El SARS-CoV-2 es un tipo de coronavirus que se transmite de persona a persona mediante el contacto y la inhalación de las gotas y aerosoles respiratorios. Al infectar a las personas, provoca la enfermedad denominada COVID-19, que incluye síntomas como fiebre, tos y sensación de falta de aire. También puede producir en algunas personas una disminución del olfato y del gusto, escalofríos, dolor de garganta, dolores musculares, dolor de cabeza, debilidad general, diarrea o vómitos (Ministerio de Sanidad, 2021).

Estos síntomas y, por tanto, la enfermedad afectan especialmente a personas mayores de 60 años, personas diagnosticadas con hipertensión arterial, enfermedades cardiovasculares, enfermedades pulmonares crónicas, cáncer, inmunodeficiencias, personas embarazadas, aquellas que viven o trabajan en instituciones cerradas, fumadoras y personas con obesidad, por lo que constituyen una población vulnerable a la enfermedad (Ministerio de Sanidad, 2021).

El SARS-CoV-2 se detectó por primera vez el 12 de diciembre de 2019 con la hospitalización y posteriores estudios de un paciente de Wuhan, China. El paciente estudiado era un trabajador de un mercado de marisco techado en el que había, además de marisco y pescado, carne de animales, cadáveres de animales y animales vivos (tejonas, erizos, serpientes y pájaros), según los autores. El 25 de enero de 2020, ya había en China al menos 1.975 casos de contagio de este virus (Wu *et al.*, 2020).

Según las investigaciones realizadas, se cree que la fuente primaria más probable del virus SARS-CoV-2 es, por tanto, de origen animal, y se están realizando numerosos estudios en esta dirección (Centro de Coordinación de Alertas y Emergencias Sanitarias, 15 de enero de 2021).

Para poder conocer la amplitud de esta enfermedad, es necesario analizar la gravedad de la misma. La gravedad de las enfermedades se dictamina en función de múltiples variables: personales (susceptibilidad), del virus (virulencia) y de factores extrínsecos que podrían modificar la historia natural (factores demográficos, sistema sanitario, etc.). Sin embargo, al ser un virus relativamente nuevo, se desconocían muchos de estos factores en su descubrimiento (Centro de Coordinación de Alertas y Emergencias Sanitarias, 15 de enero de 2021).

Lo mismo ocurre con la letalidad estimada del virus. Para calcularla, es necesario saber la cantidad de personas que fallecen como consecuencia de la enfermedad de COVID-19 (excluyendo a aquellas personas contagiadas que fallecen por otros motivos) y la cantidad total de contagiados por el virus. Sin embargo, la situación de emergencia producida y la consecuente sobrecarga sanitaria hicieron imposible determinar con exactitud esta letalidad desde el principio. En España, la letalidad se ha ido calculando según los casos confirmados que se comunican de las comunidades autónomas al Ministerio de Sanidad y a la Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica. El 14 de mayo de 2020, la letalidad total estimada era de 0,8 %, variando según los grupos poblacionales (Centro de Coordinación de Alertas y Emergencias Sanitarias, 15 de enero de 2021).

Ante la oleada de contagios, el 11 de marzo de 2020, la OMS elevó la situación de emergencia de salud pública por el COVID-19 a pandemia internacional (Real Decreto 463/2020, de 14 de marzo, por el que se declara el estado de alarma para la gestión de la situación de crisis sanitaria ocasionada

por el COVID-19). A partir de esta declaración, los diferentes países fueron elaborando sus respectivas restricciones y medidas para intentar controlar y paliar los efectos de la ya declarada pandemia mundial.

En el caso de España, tres días después del anuncio de la OMS, el 14 de marzo, se promulgó en el país el Real Decreto 463/2020, en el que se declaraba el estado de alarma para gestionar la crisis sanitaria provocada por el COVID-19, de forma que se pudiera prevenir y contener la transmisión del citado virus y mitigar el impacto sanitario, social y económico.

Las medidas contempladas en el real decreto incluían la limitación de la libertad de circulación de las personas, que solo podían salir de sus domicilios para la adquisición de alimentos o productos de primera necesidad, productos farmacéuticos, para asistir al centro de trabajo o centros sanitarios, para ir a las entidades financieras o de seguros, o para proporcionar asistencia a otras personas.

Asimismo, la actividad formativa se suspendía en todos los niveles, instaurando la modalidad *online*. También quedaba suspendida la actividad comercial minorista abierta al público, salvo excepciones como la de los locales de alimentación, de productos de primera necesidad, peluquerías, bancos, etc. Lo mismo ocurría con los establecimientos destinados a la cultura (museos, bibliotecas, monumentos, locales con espectáculos públicos o actividades deportivas y de ocio, entre otros) y las verbenas, desfiles y fiestas. Quedaron suspendidas también las actividades de hostelería y restauración, así como la consumición de los productos en los distintos establecimientos de venta al público.

Hay otras muchas regulaciones en el real decreto (como las medidas en materia de transportes o para garantizar el abastecimiento alimentario, entre otras) que dieron comienzo a un estado de alarma que se prolongó hasta el 21 de junio de 2020, con seis prórrogas en dicha declaración y varias modificaciones al real decreto original, que iban regulando las distintas fases del Plan de desescalada diseñado (La Moncloa, 2021b). Dicho Plan de desescalada iba relajando las medidas de manera paulatina para controlar en la medida de lo posible los contagios y la transmisión del virus mientras se establecía lo que se denominó por el Gobierno como "nueva normalidad". Además, hasta abril de 2020 no se permitió a la ciudadanía salir de sus

casas para la práctica de ejercicio físico, por lo que se esperó que hubiera cambios en los patrones de actividad física realizados por la población.

Más tarde, el Gobierno decretó el estado de alarma nuevamente el 9 de octubre de 2020 en varios municipios de la comunidad de Madrid, concluyendo el 24 de octubre de 2020. Por último, se decretó un tercer estado de alarma el 25 de octubre de 2020 en todo el territorio nacional regulado por el Real Decreto 926/2020. Este estado de alarma finalizó el 9 de noviembre de 2020, pero se prorrogaría a través del Consejo de Ministros por un plazo de 6 meses hasta el 9 de mayo de 2021 (La Moncloa, 2021b).

No obstante, a pesar de terminar las medidas contenidas en las regulaciones que declaraban el estado de alarma, el Gobierno delegó en los gobiernos autonómicos la potestad para implementar restricciones de cara a contener en la medida de lo posible la pandemia por COVID-19. Dichas medidas contemplaban el uso de las mascarillas quirúrgicas en espacios públicos o privados, la ocupación del transporte, la regulación de los aforos, etc. Además, las medidas impuestas por los gobiernos autonómicos iban variando en función de la tasa de contagios y de otras variables (Ministerio de Transportes, Movilidad y Agenda Urbana, s.f.).

En total, la OMS arroja la cifra de más de 400 millones de contagios en todo el mundo y más de 5 millones de fallecidos por el coronavirus SARS-CoV-2 en 2022 (OMS, 2022c).

Para poder luchar contra el virus se han implementado diversas medidas (uso generalizado de mascarillas quirúrgicas, lavado frecuente de manos, distanciamiento social...), así como el desarrollo de vacunas. En 2022, en España había aprobadas cinco tipos de vacunas contra el COVID-19 y dos más en *rolling review* por la Agencia Europea del Medicamento (EMA, por sus siglas en inglés) para prevenir la enfermedad y disminuir su gravedad y mortalidad (Gobierno de España, 2022).

La enfermedad por COVID-19 sigue siendo objeto de estudio de la comunidad científica por las mutaciones que sufre el virus y las consecuencias en las personas que contagia. Además, también se están investigando las posibles secuelas que pueden quedar a medio y largo plazo en algunas de las personas contagiadas, como, por ejemplo, secuelas cardiológicas, respiratorias, neurológicas, psiquiátricas o astenia (Peramo-Álvarez *et al.*, 2021).

Es evidente que esta situación excepcional también tuvo graves repercusiones económicas. Se priorizó el teletrabajo (en los casos en los que había disponibilidad) y se pararon o disminuyeron algunas producciones; por consiguiente, muchas empresas tuvieron que recurrir a los expedientes de regulación temporal de empleo (ERTE). Además de las consecuencias en la economía global, estos acontecimientos afectaron de forma directa a todas las poblaciones de todos los países, agravando en muchos casos las situaciones en las que se encontraban antes de la declaración de la pandemia.

2.4.1. La pandemia por COVID-19 y su efecto en el estilo de vida de la población

La enfermedad por COVID-19 ha tenido enormes e inconmesurables consecuencias para la salud de los individuos (Di Renzo *et al.*, 2020). Además, el confinamiento, las medidas de protección como el distanciamiento social o la instauración del trabajo y el estudio desde casa han supuesto un cambio importante en la vida de todas las personas.

Las repercusiones a nivel social y económico han sido, del mismo modo, una fuente de preocupación para los dirigentes políticos de todos los países, por lo que ya se están llevando a cabo medidas para paliar estos efectos.

Con respecto al *sueño*, en el estudio de Stanton *et al.* (2020), el 50,7 % de su población estudiada no reportó cambios significativos en la calidad del mismo desde el inicio de la pandemia, y un 40,7 % sí que afirmó que le afectó de manera negativa.

También es reseñable el aumento del tiempo de uso de dispositivos electrónicos cerca de la hora de acostarse, aunque este incremento no afectó a los hábitos de sueño, según el estudio de Cellini *et al.* (2020). No obstante, a partir de la segunda semana de confinamiento, los hábitos de la población italiana estudiada por estos investigadores cambió: se acostaban y se despertaban más tarde, pasaban mayor tiempo en la cama y tenían una peor calidad de sueño. Además, esta reducción en la calidad del sueño fue más visible en las personas con un mayor nivel de síntomas de depresión, estrés y ansiedad, así como una sensación subjetiva de expansión del tiempo.

En línea con lo anterior, en un estudio realizado en poblaciones de Austria, Alemania y Suiza se comprobó cómo, a pesar de haber una mayor

disponibilidad para dormir, se redujo ligeramente la calidad del sueño (Blume *et al.*, 2020). Los investigadores apuntan a que esta reducción de la calidad puede deberse a trabajar desde casa, donde aumentó considerablemente la carga autopercibida. Estos efectos, según las conclusiones del estudio, pueden paliarse a través de la exposición a la luz natural y mediante la práctica de ejercicio físico, poniendo de manifiesto, una vez más, la relación entre estas variables para la salud de las personas.

Estos resultados son corroborados en un estudio realizado en la población española por Diz-Ferreira *et al.* (2021), en el que se comprobó que hubo un incremento de la incidencia de insomnio del 23,1 al 36,3 %, con menor afectación al grupo de personas que teletrabajaban. En general, hubo una mayor afectación de la calidad del sueño y una insatisfacción mayor con el mismo.

Con respecto al consumo de *alcohol* analizado por Stanton *et al.* (2020), este se mantuvo sin cambios o con una reducción en tres cuartas partes de su muestra. Estos resultados pueden ser debidos al cierre y restricciones en la hostelería y en los comercios. No obstante, una cuarta parte de la muestra analizada sí refirió haber aumentado el consumo de alcohol.

En consonancia con la anterior investigación, los datos del estudio realizado por Llorens *et al.* (2021) indican que hubo una disminución del consumo de alcohol durante el confinamiento en todos los tramos de edad. Un 2,3 % refirió haber empezado a consumir alcohol en ese período y un 7,1 % abandonó esa conducta. Además, es necesario destacar que el grupo poblacional más joven es el que presenta más cambios en el patrón de consumo, teniendo una mayor tasa de abandono y reducción del alcohol que el resto de la población.

En cuanto al género, los hombres realizaban un mayor consumo de alcohol que las mujeres (70,6 frente al 53,4 %), aunque esta disminución tuvo lugar en ambos géneros (Llorens *et al.*, 2021).

Por el contrario, en este estudio también se comprobó que era más probable un consumo de riesgo de alcohol entre los jóvenes de 20 a 34 años. En las mujeres, este consumo de riesgo era más pronunciado en las menores de 25 años, superando a los hombres de la misma edad (Llorens *et al.*, 2021).

En cuanto al *tabaco*, el 11 % de la población estudiada por Stanton *et al.* (2020) eran personas fumadoras de las que un 16,3 % refirió una reducción en su consumo tabáquico; un 38,4 % no refirió cambio alguno, y un 49,9 % afirmó haber aumentado el consumo. Estos datos están en consonancia con el estudio de Di Renzo *et al.* (2020), en el que solo el 3,3 % de las personas fumadoras dejaron de fumar durante el confinamiento. Por otro lado, las personas que fumaban más de 10 cigarrillos al día disminuyeron únicamente en un 0,5 %.

En contraposición, el estudio de Llorens *et al.* (2021) con población española de entre 15 y 64 años muestra que la prevalencia del consumo tabáquico durante el confinamiento fue de un 27,7 %, disminuyendo su consumo en ambos géneros en un 8,1 %. La población que aumentó su consumo de tabaco fue solo de un 5,7 %. En esta investigación se comprobó además que el 2,6 % de la población encuestada dejó de fumar durante la pandemia, y que el 1,2 % empezó a fumar, siendo la población más joven la que mayores tasas de abandono o reducción tenía.

Otra conducta que también se vio alterada al declararse el confinamiento es el *consumo de sustancias*. Concretamente, en el estudio de van Laar *et al.* (2020), el consumo de cannabis aumentó de forma general en el 41,3 % de su muestra estudiada procedente de los Países Bajos; mientras que el 49,4 % mantenía la misma frecuencia de consumo que antes del confinamiento, y un 6,6 % la disminuyó. Solo un 2,8 % dejó de consumir sustancias completamente durante este período.

Además, en este estudio se comprobó cómo los consumidores diarios de cannabis no modificaron el patrón de consumo durante el confinamiento. Sin embargo, entre las personas que no consumían diariamente, el 53,6 % aumentó su frecuencia general de consumo llegando a un 35,7 %, que empezó a consumir casi a diario. Del mismo modo, incrementaron la frecuencia de consumo tanto las personas que consumían algunas veces a la semana como las que solo lo hacían una vez a la semana. Solo dejaron de consumir este tipo de sustancia el 17,6 % de los consumidores ocasionales y el 4,4 % de los consumidores habituales (van Laar *et al.*, 2020).

Lo interesante de este estudio mencionado es que también investigó los motivos que impulsaron el cambio en el consumo de cannabis por parte de la muestra, encontrando que un 78,4 % aumentó el

consumo por aburrimiento. Por otro lado, los que disminuyeron esta conducta alegan que fue por un menor contacto social (en el 32,2 % de los casos), por problemas de salud mental (29,5 %) o por problemas de salud física (19,9 % de las personas que redujeron el consumo) (van Laar *et al.*, 2020).

En la misma línea se encuentran los resultados del estudio de Vanderbruggen *et al.* (2020), en el que solo el 0,7 % de los encuestados belgas que consumían cannabis antes del confinamiento lo dejaron durante el mismo. Por el contrario, el 0,9 % comenzó a consumir en este período.

En el estudio de Llorens *et al.* (2021) en la población española, se comprobó que la prevalencia del consumo de cannabis era del 7,8 % (con mayor prevalencia en los hombres que en las mujeres) antes de la declaración de la pandemia, disminuyendo considerablemente al 6,5 % durante el confinamiento (con diferencias significativas entre los géneros). Además, el grupo de menos de 25 años fue el que más disminuyó su consumo, aunque siguen siendo los mayores consumidores de cannabis según esta investigación.

Este estudio también muestra cómo el patrón de consumo de analgésicos opioides sin receta no se modificó durante el confinamiento, con un 1,3 % de prevalencia entre las personas encuestadas, sin diferencias entre hombres y mujeres (Llorens *et al.*, 2021).

Con respecto al consumo de cocaína, la prevalencia se situó en el 1,4 % antes del confinamiento y en el 1 % durante el mismo. Sin embargo, un 0,3 % de las personas encuestadas comenzó a consumir cocaína en este período (Llorens *et al.*, 2021).

Por su parte, Di Renzo *et al.* (2020) destacan dos hechos como importantes influencias en el cambio de los estilos de vida de la población durante los primeros momentos de la pandemia: el confinamiento y el almacenamiento de alimentos como consecuencia de las restricciones de movimiento. En su estudio, analizaron cómo los *hábitos alimentarios* se habían modificado durante las primeras fases de la pandemia por COVID-19 en una muestra italiana de entre 12 y 86 años de edad. Se comprobó cómo el 37,3 % de las personas encuestadas había cambiado sus hábitos alimentarios y solo el 16,7 % los había mejorado.

Además, en dicha investigación se resalta que más de la mitad de la población encuestada ha experimentado cambios en su sensación de hambre y

saciedad: el 17,8 % tenía menos apetito y el 34,4 % tenía más hambre (Di Renzo *et al.*, 2020). Estas cifras, según creen los autores, podrían explicar el aumento percibido de peso de la mitad de la población estudiada: el 40,3 % cree que su peso ha aumentado ligeramente y el 8,3 % cree que ha aumentado considerablemente. Del mismo modo, el 42,2 % ha modificado el número de comidas que realiza al día (saltándose alguna o introduciendo una nueva). Las personas que trabajan de forma remota son las que más percepción de aumento de peso tienen (Di Renzo *et al.*, 2020), poniendo de manifiesto la relación entre el confinamiento y el cambio en el estilo de vida.

Otro dato llamativo de la investigación de Di Renzo *et al.* (2020) es la tendencia, durante las primeras etapas del confinamiento en la población italiana analizada, a consumir más alimentos que implicaban un amasado: *pizzas*, postres caseros y pan. Del mismo modo, se redujeron las consumiciones de *snacks* salados, carnes procesadas y bebidas carbonatadas y azucaradas.

Por otro lado, a pesar de que los investigadores esperaban una reducción en el consumo de alimentos frescos y, por consiguiente, una disminución de algunas vitaminas y minerales, esto no ha ocurrido. La muestra italiana ha tenido en gran medida una buena adherencia a la dieta mediterránea de forma general, aunque ha habido diferencias por regiones. El grupo poblacional con mayor adherencia fue el de los 18 a 30 años (Di Renzo *et al.*, 2020). Estos investigadores sugieren, además, que la dieta mediterránea podría ser una de las mejores dietas para restaurar la inmunidad innata y adaptativa, ayudando así a combatir la enfermedad por COVID-19.

En línea con el estudio anterior, en la investigación de Górnicka *et al.* (2020) se comprobó que el 34 % de la población estudiada aumentó la ingesta total de alimentos durante el confinamiento; el 33 % aumentó la ingesta de dulces, y el 18 % incrementó el consumo de alcohol. Del mismo modo, un 24 % de las personas estudiadas aumentó la cantidad de agua que bebía; un 37 % redujo la ingesta de comida rápida, y el 48 % de las personas aumentó la consumición de comida casera. Además, comprobaron que las personas que realizaban menos actividad física consumían menos comidas caseras y aumentaban el tiempo de exposición a las pantallas. Igualmente, tenían más probabilidades de adherirse a un patrón dietético no saludable.

En cuanto a la práctica de *ejercicio físico* que han observado Di Renzo *et al.* (2020) en su estudio, se ha observado que aquellas personas que no realizaban ninguna actividad física no aprovecharon el confinamiento por COVID-19 para empezar a hacerlo. Sin embargo, las personas que solían practicar ejercicio de forma regular aumentaron la frecuencia de entrenamiento durante este período. De hecho, el 16 % de la muestra encuestada entrenaba 5 o más días a la semana durante el confinamiento (Di Renzo *et al.*, 2020).

En el estudio de Romero-Blanco *et al.* (2020) en la población universitaria española de ciencias de la salud, se analizaron también los cambios en la práctica de actividad física y el sedentarismo durante el confinamiento. Sus resultados muestran un aumento significativo con respecto a la situación anterior al confinamiento de los minutos destinados a la práctica de ejercicio en el grupo de las mujeres, de los estudiantes de todos los cursos salvo el último, las personas con un IMC normal o bajo, las personas que no seguían una dieta mediterránea y las personas que estaban en una etapa de preparación o de cambio.

Con respecto al sedentarismo estudiado en esta investigación, todos los grupos de las variables de sexo, alcohol, dieta mediterránea y síntomas de ansiedad y depresión mostraban altos niveles de sedentarismo antes del confinamiento y después (Romero-Blanco *et al.*, 2020).

Estos resultados están alineados con el estudio llevado a cabo en la población australiana por Stanton *et al.* (2020), en el que se observó que casi la mitad de la muestra analizada redujo la actividad física realizada desde el inicio de la pandemia por COVID-19, y solo un 20 % afirmó haberla aumentado.

Del mismo modo, se corroboran estas conclusiones con la investigación de Tison *et al.* (2020), en el que se comprobó que el conteo de pasos disminuyó en todo el mundo después de la declaración de la pandemia mundial por COVID-19 (con diferencias entre regiones).

El estudio de Górnicka *et al.* (2020) con población polaca apoya las afirmaciones anteriores sobre la reducción de la práctica de actividad física durante el confinamiento y un aumento del tiempo de exposición a las pantallas de diferentes dispositivos. Concretamente, un 43 y un 49 % de las personas encuestadas en este estudio, respectivamente.

Por otro lado, el estudio de Barone Gibbs *et al.* (2021) analizó una muestra de trabajadores estadounidenses de oficina que, antes de la pandemia por COVID-19, tenían un trabajo de más de 20 horas semanales y realizaban menos de 150 minutos de actividad física moderada o intensa a la semana y, además, tenían un problema de tensión arterial elevada sin tratar. Esta muestra participó en un ensayo para la reducción del comportamiento sedentario. Tras la promulgación del confinamiento, se volvió a realizar un seguimiento de esta población para analizar el impacto de este en los comportamientos relacionados con la salud y el bienestar, hallando un impacto negativo en los mismos. Este impacto se traduce en un comportamiento más sedentario en días no laborables, una reducción de la calidad del sueño, una mayor alteración del estado de ánimo, una reducción de la calidad de vida y reducción de la productividad, la concentración y la satisfacción laboral/personal (todas ellas en algunos factores, no en la totalidad de las variables estudiadas).

No obstante, en dicho estudio no se encontraron diferencias en la dieta, aunque se redujo el consumo de carne roja. Del mismo modo, cambiar a la modalidad de trabajo remoto no empeoró los comportamientos y el estilo de vida; sin embargo, aquellas personas que ya trabajaban antes de la pandemia desde sus casas, sí que sufrieron un mayor impacto negativo que el resto (Barone Gibbs *et al.*, 2021).

Por último, la *prevalencia del uso de internet* (sin relación con el trabajo o estudio) en dispositivos como móviles, ordenadores o tabletas fue del 91,8 % en la población española encuestada en el estudio de Llorens *et al.* (2021) antes de la pandemia, manteniendo valores muy estables durante el confinamiento (sin diferencias entre géneros). No obstante, se produjo un aumento del tiempo de uso en un día durante el confinamiento, tanto en días de diario como en fines de semana, con una hora más de uso de media (sin diferencias, nuevamente, entre géneros). Por otro lado, el 40 % de las personas encuestadas ha cambiado el patrón de uso de internet para su diversión, frente al 5 % de personas que han reducido el tiempo de este tipo de uso (Llorens *et al.*, 2021).

Para concluir, se puede afirmar que las investigaciones realizadas durante la pandemia por COVID-19 demuestran que este excepcional período de confinamiento y restricciones afectaron de manera sustantiva al patrón alimentario, a la práctica de actividad física, al consumo de tabaco, alcohol y

otras sustancias y al patrón del sueño, así como a la exposición a dispositivos tecnológicos. Esto supone un significativo cambio en el estilo de vida general de la población que, como se ha podido comprobar, afecta a todas las poblaciones del mundo en distinta proporción.

2.4.2. La pandemia por COVID-19 y su efecto en el bienestar psicológico

Es de suponer que si la situación de pandemia provocada por el coronavirus ha trastocado los patrones del estilo de vida y comportamientos relacionados con la salud de las personas, también afectará irremediablemente a su bienestar psicológico.

Como se ha comentado anteriormente, el aislamiento, el teletrabajo y las clases *online* o el distanciamiento social han supuesto una drástica disminución del contacto entre las personas, con la implicación que eso puede tener para su bienestar social. Además, las repercusiones a nivel global que esta enfermedad ha provocado con una enorme cifra de fallecidos o la cobertura informativa continua en los medios de comunicación también han podido hacer mella en la salud mental de las personas.

Otros factores que también pueden haber afectado a la salud y al bienestar psicológico tienen que ver con la rápida sucesión de cambios drásticos en las rutinas diarias, la imposibilidad de visitar a familiares aunque estuvieran enfermos, la pérdida o el cambio en las condiciones de trabajo y la economía familiar, la reducción de las posibilidades de ocio o los cambios normativos, entre otros. Por otro lado, a pesar del bombardeo incesante de noticias relacionadas con ello, siempre ha habido un gran desconocimiento sobre el avance de la enfermedad de COVID-19 o la previsión del final de esta situación tan excepcional, por lo que esto también pudo causar desasosiego entre la población.

A continuación, se van a nombrar algunos estudios que se han hecho al respecto para conocer de primera mano cómo ha afectado la pandemia por COVID-19 en el *bienestar psicológico* de las personas, además de las investigaciones que ya se han expuesto en el apartado anterior.

Según los datos de la población española que aporta el INE sobre la Encuesta Europea de Salud desarrollada entre julio de 2019 y julio de 2020, se observó un aumento del 2,8 % en la población que experimentaba decaimiento o se sentían

deprimidos; otro 2 % en las personas que tenían dificultades para dormir, y un incremento del 3,3 % en las personas que experimentaban poco interés o alegría en hacer cosas durante los primeros meses del confinamiento. Estos cambios se produjeron en todas las edades, aunque se observa un mayor incremento en el grupo de entre 15 a 44 años.

No obstante, al mismo tiempo también se redujo la cantidad de personas que tenían sensación de cansancio (en un 5,1 %), problemas de concentración o se sentían mal consigo mismos (1,7 %) (INE, 2021b).

Este cambio en ambos sentidos en la prevalencia es más acusado en mujeres que en hombres, incluso antes de la pandemia, según afirma esta entidad. Además, otro dato muy llamativo es que, durante los primeros meses de confinamiento, la salud autopercebida de la población española como buena aumentó en 4 puntos con respecto a antes del mismo. Igualmente, se redujo la proporción de personas que autopercebían su estado de salud como malo, muy malo y regular.

La proporción de personas que padecían algún tipo de cuadro depresivo durante el 2020 fue de un 5,4 %; lo que se corresponde con 2,1 millones de personas en España, siendo 230.000 las que presentaban sintomatología grave. Sin embargo, estos datos indican una disminución respecto al año 2014 del 2 % (INE, 2021b).

Es necesario destacar que la prevalencia de la depresión en mujeres duplica a la de los hombres, triplicando incluso la tasa en los casos de sintomatología grave. Respecto a la edad, hay una mayor prevalencia según se avanza en edad, encontrando el valor más alto en el grupo poblacional de 85 años o más con un 16 %. Por otro lado, el suicidio es la principal causa de muerte externa durante los primeros cinco meses de 2020, aunque supone un descenso del 9,3 % con respecto al mismo período de 2019. En este caso, la tasa de hombres que se suicidan triplica casi al de mujeres (INE, 2021b).

Otros datos que pueden resultar llamativos son el aumento de las búsquedas de temas relacionados con la salud por internet o que una de cada cinco personas accedieron a servicios de salud *online* en la primera mitad de 2020, siendo mayor la proporción de mujeres que de hombres (INE, 2021b).

Otra investigación que señala la misma tendencia es la de Pierce *et al.* (2020), en la que se observó

un aumento general de la angustia en personas mayores de 16 años de Reino Unido con respecto a años anteriores a la pandemia. Además, detectaron algunos factores de riesgo que pueden suponer un deterioro de la salud mental, como las desigualdades de salud preexistentes, el género, la edad, disponer de bajos ingresos, ser un trabajador esencial, la dinámica del hogar o tener algún problema de salud anterior.

El perfil que destacan estos investigadores es el de mujeres, jóvenes (de 18 a 24 años) y personas con niños en edad preescolar como aquel que más ha visto comprometida su salud mental a raíz de la pandemia (Pierce *et al.*, 2020).

Los mismos resultados se obtuvieron al analizar la evolución de una muestra estadounidense en 2018 y en abril de 2020. El porcentaje de adultos estadounidenses que afirmaban sentirse solos aumentó un 2,8 % con respecto a 2018 durante la pandemia. Por otro lado, un 13,6 % de la muestra informó que tenía síntomas de angustia psicológica considerados como graves durante 2020; un 9,7 % más que en la medición anterior. Estos síntomas de angustia psicológica se habían incrementado más en el grupo de población joven de 18 a 29 años, en adultos con ingresos familiares de menos de 35.000 dólares al año y en adultos hispanos (McGinty *et al.*, 2020).

En el estudio realizado por Stanton *et al.* (2020) que se mencionó anteriormente, se analizó la relación entre la angustia psicológica (depresión, ansiedad y estrés) y el cambio en las conductas de salud, concretamente en la actividad física, el sueño, el tabaquismo y el consumo de alcohol tras la pandemia por COVID-19 en una muestra de población australiana. Sus resultados indican que tanto la depresión, como la ansiedad y el estrés se asociaron significativamente con cambios en el comportamiento de salud. De hecho, a mayor muestra de gravedad de depresión, de ansiedad o de estrés, se producen más cambios en los comportamientos relacionados con la salud.

Sin embargo, un dato bastante relevante del estudio de Stanton *et al.* (2020) es que la media de puntuaciones en depresión y estrés en su muestra fueron ligeramente superiores a la media de los datos normativos para la población adulta australiana. La puntuación media de la ansiedad fue

algo más baja. Esto es, solo el 13 % de la población estudiada por Stanton *et al.* (2020) mostraron una puntuación alta o muy alta en angustia psicológica, mientras que más del 60 % mostraron una puntuación dentro del rango considerado normal. Una explicación que ofrecen los autores del estudio es por la diferencia en el momento de recogida de los datos con respecto a otros estudios, lo que puede demostrar cómo ha ido fluctuando estas variables con el paso del tiempo durante la pandemia por COVID-19. Asimismo, también han podido influir, según los investigadores, las actuaciones gubernamentales para ofrecer apoyo a los servicios de salud mental.

Todas estas cifras son muy relevantes si se tiene en cuenta que los servicios esenciales de salud mental se han trastocado en el 93 % de los países del mundo como consecuencia de la pandemia por COVID-19, según datos de la OMS (2020c).

Esta institución afirma que la situación provocada por el coronavirus ha hecho que se incremente la demanda de los servicios de salud mental en todo el mundo. Los motivos de este incremento que señalan son el duelo, el aislamiento, la pérdida de ingresos o el miedo, que pueden generar o agravar algunos trastornos de salud mental. Además, muchas personas, como consecuencia de ello, han aumentado el consumo de alcohol u otras sustancias, y tienen problemas para conciliar el sueño y sintomatología relacionada con la ansiedad (OMS, 2020c).

Como se ha podido observar en las diferentes estadísticas comentadas, la prevalencia de problemas relacionados con el bienestar psicológico y la salud mental en general durante la pandemia ha tenido lugar en mayor proporción en población joven. Si bien es cierto que, como se ha mencionado en apartados anteriores, la población más vulnerable a la enfermedad de COVID-19 son las personas mayores, además de las que presentan otras patologías, son las más jóvenes las que presentan una mayor afectación en la salud mental durante este período. Por este motivo, es necesario no solo instaurar medidas para evitar la propagación y el contagio de este coronavirus, sino también seguir fomentando unos servicios de salud mental de calidad y accesibles, así como herramientas y campañas específicas para la población más joven.

3. Objetivos

3.1. Justificación del estudio

Durante la etapa universitaria se adquieren hábitos que, en la mayoría de los casos, se mantienen en la edad adulta, por lo que el estudiantado universitario es una población diana para fomentar y promover conductas hacia un estilo de vida saludable y promover actividades de promoción y prevención en salud (Sánchez-Ojeda y Luna-Bertos, 2015). Por ello, es importante investigar sobre el estilo de vida, las relaciones y los fenómenos sociales en los que se ven inmersos en la actualidad. De esta forma, se podrán elaborar planes de actuación específicos para este colectivo y contribuir así con uno de los objetivos de la Estrategia Nacional sobre Adicciones (Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social, 2017-2024): “Promocionar un uso saludable de las TIC promoviendo conductas y hábitos saludables, además de alternativas de ocio sanas”.

3.2. Objetivo general

El objetivo general de este estudio es determinar la relación entre el estilo de vida, el bienestar psicológico y el uso del teléfono inteligente en el estudiantado universitario en el contexto situacional de la pandemia del SARS-CoV-2.

3.3. Objetivos específicos

- Determinar el perfil nutricional y su patrón de actividad física de los estudiantes universitarios.
- Determinar el nivel de apoyo social percibido y la calidad del sueño del estudiantado universitario.
- Explorar las conductas adictivas del estudiantado universitario.
- Analizar el perfil de uso del teléfono móvil del estudiantado universitario.
- Explorar la sintomatología ansioso-depresiva y el miedo experimentado en la pandemia.
- Determinar la relación entre el género y las anteriores variables.
- Analizar qué relación puede existir entre los distintos convivientes del estudiantado con el resto de las variables mencionadas.
- Explorar la relación existente entre las áreas de conocimiento del alumnado universitario y las anteriores variables.
- Estudiar la relación entre el IMC de los estudiantes universitarios y las anteriores variables.

4. Metodología

4.1. Diseño

El diseño del estudio es de tipo observacional, transversal y descriptivo.

4.2. Participantes

La población objetivo son estudiantes universitarios. Los criterios de inclusión y exclusión son los siguientes:

- Criterios de inclusión

Estudiantes de grado o posgrado de titulaciones oficiales impartidas en la modalidad presencial, *online* o semipresencial.

- Criterios de exclusión

No tener nivel suficiente del idioma español que le impida la correcta comprensión del cuestionario y del consentimiento.

4.3. Tamaño muestral

Para determinar el tamaño muestral se ha considerado como variable principal la prevalencia de uso problemático del teléfono móvil en estudiantes universitarios. Para ello, se ha considerado que el

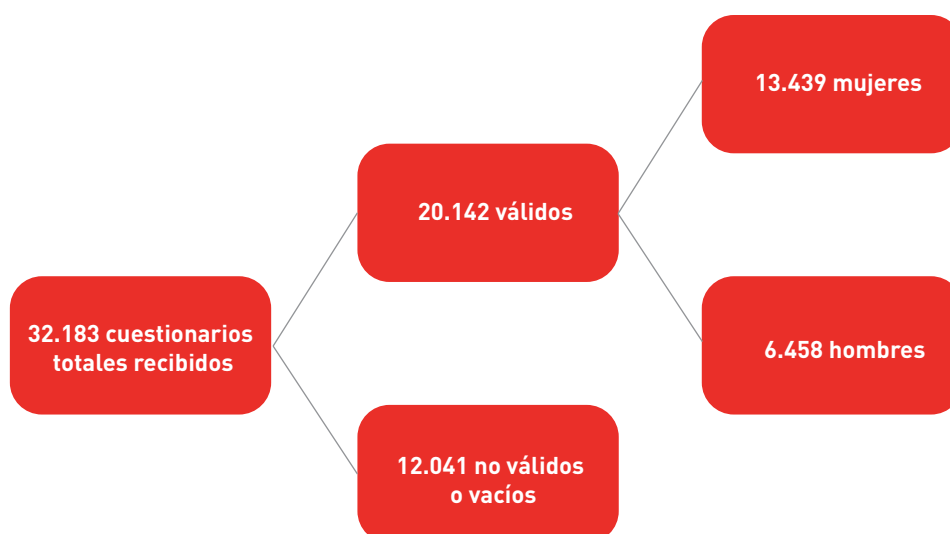
porcentaje previsible de estudiantes en riesgo y con un uso problemático del teléfono móvil es del 17 %, según la media aproximada obtenida de los estudios realizados con población joven (López-Fernández *et al.*, 2012; Babadi-Akashe *et al.*, 2014; Norouzi Parashkouh *et al.*, 2016; Oviedo-Trespalacios *et al.*, 2019).

Para estimar con un nivel de confianza del 95 %, una precisión de +/- 2 unidades porcentuales y asumiendo un porcentaje de reposiciones del 15 %. Se precisa una muestra aleatoria de 1.873 estudiantes. Este cálculo se ha llevado a cabo con el programa calculadora tamaño muestral GRAN-MO versión 7.12. Se ha llevado a cabo un muestreo aleatorio estratificado por estudios y ramas de conocimiento, a excepción del alumnado de doctorado y máster, cuyos estudios no se categorizan en las áreas establecidas.

Para los análisis ofrecidos, la población de máster y de doctorado se han unificado en la variable "Posgrado".

La muestra está conformada por alumnado universitario (en modalidad presencial u *online*) de 18 universidades españolas. A continuación, en el siguiente flujograma (ver figura 9) se puede comprobar el total de la muestra obtenida y la muestra utilizada tras el cribado inicial de cuestionarios vacíos.

Figura 9. Flujoograma con la muestra total utilizada en el presente estudio



Fuente: elaboración propia.

4.4. Selección de la muestra

La muestra se seleccionó mediante un proceso aleatorio, estratificado y proporcional a la rama de conocimiento, titulación y tamaño muestral.

Las ramas de conocimiento agruparon las distintas titulaciones siguiendo la siguiente clasificación: 1) Artes y Humanidades; 2) Ciencias; 3) Ciencias de la Salud; 4) Ciencias Sociales y Jurídicas, y 5) Ingeniería y Arquitectura.

4.5. Reclutamiento

En primer lugar, se hizo un muestreo de las universidades españolas que estaban interesadas en participar.

En segundo lugar, se realizó un muestreo dentro de cada universidad participante.

A continuación, se describe el procedimiento de reclutamiento dentro de cada universidad:

- Contacto con el profesorado responsable de impartir las asignaturas seleccionadas al azar de cada rama de conocimiento y titulación para solicitar que en sus clases pudieran anunciar la posibilidad de responder voluntariamente al cuestionario a partir de un enlace web accesible desde el campus virtual de la universidad o en papel.

- Difusión por los canales de comunicación de cada universidad (RR. SS., listas de distribución, publicación en web, etc.).

La administración del cuestionario fue en formato **electrónico** y en papel (ver Anexo 1), en función de las necesidades de cada centro. Además de la explicación de cómo cumplimentar dicho cuestionario, se remarcó el carácter voluntario, anónimo y confidencial de las respuestas.

4.6. Recogida de datos

La recogida de datos se realizó a través del citado cuestionario. Para ello, se contrató una plataforma externa (encuesta.com) con una tarifa máxima que incluye un servicio técnico personalizado para cualquier incidencia, asesoramiento continuo y, además, la posibilidad de recabar información de forma fiable y segura, presentando los datos de manera pormenorizada y ofreciendo una interfaz sencilla e intuitiva para todas las personas que respondieron.

Debido a posibles incidencias con la red o con la disponibilidad del estudiantado para realizar el cuestionario en el aula, se adaptó el cuestionario también en formato papel (ver Anexo 1).

El cuestionario utilizado –tanto *online* como en papel– ha sido elaborado específicamente para este estudio y sometido a un proceso de validación en un grupo piloto.

El período de recogida de los datos comprendió desde junio de 2021 hasta octubre de 2022 (ambos meses incluidos).

4.7. Variables de estudio

El cuestionario está estructurado en seis dimensiones que agrupan diferentes variables: a) variables sociodemográficas, b) indicadores generales

de salud, c) estilos de vida, d) apoyo social percibido, e) uso del teléfono móvil y f) variables relacionadas con la pandemia. Está formado por diversos cuestionarios validados y ampliamente utilizados en investigación, así como por preguntas de elaboración propia también validadas para obtener información específica en cada una de ellas. A continuación, se detallan cada una de las dimensiones, sus variables e instrumentos utilizados (ver figura 10).

Figura 10. Esquema de las dimensiones y variables estudiadas en la investigación junto con los instrumentos utilizados



Fuente: elaboración propia.

A. Variables sociodemográficas

Esta dimensión incluye 14 ítems para explorar distintas cuestiones:

1. Sexo (mujer, hombre, prefiero no contestar).
2. Edad (en años).
3. Nacionalidad (española, otra –espacio abierto para contestar–).
4. Nivel de estudios (grado, máster, doctorado).
5. Área de conocimiento de su titulación (Artes y Humanidades, Ciencias, Ciencias de la Salud, Ciencias Sociales y Jurídicas, Ingeniería y Arquitectura).
6. Curso al que pertenece (1.º, 2.º, 3.º, 4.º, 5.º, 6.º).
7. Con quién conviven durante el curso académico (con los padres, con compañeros de piso, viviendo solos, con la pareja, en residencias universitarias, con otros familiares, otro –casilla abierta para que pudieran especificar su situación–). En los análisis de los resultados, se decidió omitir la categoría de “otro” por tener muy baja frecuencia de respuestas.
8. Situación laboral (trabajo durante el curso, no trabajo).
9. Horas a la semana que trabajan (20 horas o menos, de 21 a 34 horas, de 35 a 39 horas o 40 horas o más).
10. Ingresos netos mensuales por trabajo (no tengo ingresos, menos de 300 €, de 301 a 600 €, de 601 a 900 €, de 901 a 1.200 €, de 1.201 a 1.500 € o más de 1.500 €).
11. Dinero disponible a la semana para sus gastos (menos de 30 €, de 30 a 40 €, de 41 a 50 €, de 51 a 60 €, de 61 a 70 €, más de 70 €).
12. Nivel de estudios más alto alcanzado por sus padres/madres o tutores –en dos preguntas diferenciadas para padres/tutores y para madres/tutoras– (sin estudios, primarios completos/certificado escolar, graduado escolar/EGB hasta 8.º/ESO/FP de grado medio, bachillerato/BUP/COU/FP de grado superior, estudios universitarios, estudios universitarios de posgrado, NS/NC).

13. Peso (en kilogramos).

14. Altura (en centímetros).

B. Indicadores generales de salud

Para conocer el estado de salud general percibido y la calidad de vida se utilizaron dos preguntas de la Encuesta de Salud de Barcelona de 2006 (Agència de Salut Pública de Barcelona, 2006):

1. Estado de salud general percibido: “En general, dirías que tu estado de salud ahora es...”. El alumnado universitario debía contestar en una escala con 5 opciones de respuesta que iban desde “Muy bueno” hasta “Muy malo”.
2. Calidad de vida percibida: “En general, dirías que tu calidad de vida ahora es...”. El alumnado contestaba en otra escala de 5 opciones de respuesta desde “Muy buena” hasta “Muy mala”.

Además, se incluyeron dos preguntas sobre cómo la pandemia había afectado a ambas, con cuatro opciones de respuesta (no ha influido, a peor, a mejor u otra –espacio abierto para especificar–).

C. Estilos de vida

En este apartado se incluyen diferentes áreas: patrón de sueño y descanso, consumo de tabaco, alcohol y otras sustancias, hábitos alimentarios y actividad física. En cada una de ellas se incluyen diferentes ítems y se han utilizado para ello distintas herramientas:

- *Patrón de sueño y descanso.* Se ha seleccionado el cuestionario MOS-SLEEP-6, herramienta psicométrica validada y ampliamente utilizada para la valoración de los hábitos de sueño y descanso, con propiedades psicométricas adecuadas (Aliaga *et al.*, 2009).

Este cuestionario consta de seis preguntas que evalúan la frecuencia de algunas conductas relacionadas con el sueño y el descanso durante el último mes:

“Durante las últimas 4 semanas, ¿con qué frecuencia...?”

1. “¿has dormido lo suficiente como para sentirte descansado/a al despertar por la mañana?”.

2. “te has despertado con sensación de ahogo o con dolor de cabeza”.
3. “te ha costado conciliar el sueño?”.
4. “te has despertado durante el sueño y te ha costado volverte a dormir?”.
5. “has tenido dificultades para mantenerte despierto/a durante el día?”.
6. “has dormido el tiempo necesario para ti?”.

Todas las preguntas se contestaban con una escala de 5 opciones de respuesta que iban desde “Nunca” hasta “Siempre”.

La puntuación del test oscila, por tanto, entre 6 y 30 donde a mayor puntuación, mayor calidad del sueño. Algunas de las preguntas puntuaban de forma inversa.

Asimismo, se incluyeron dos preguntas elaboradas por el equipo de investigación para conocer la interferencia del móvil y de la situación de pandemia en la calidad del sueño. Ambas preguntas se contestaban con tres opciones de respuesta (a mejor, a peor o no influye).

- *Consumo de alcohol, tabaco y otras sustancias.* Con respecto al consumo de alcohol, se optó por utilizar el cuestionario Identificación de los Trastornos debidos al Consumo de Alcohol (AUDIT) (Babor *et al.*, 2001); ampliamente utilizado y con buenas propiedades psicométricas. Este test consta de 10 preguntas (por ejemplo, “¿Con qué frecuencia tomas 6 o más bebidas alcohólicas en un solo día?” o “¿Alguna persona o tú mismo/a habéis resultado heridos/as porque tú habías bebido?”) que evalúa desde la frecuencia de consumo de alcohol hasta el control del consumo y la preocupación externa. Las opciones de respuesta se puntúan de 0 a 4 según mayor riesgo o frecuencia de consumo, teniendo algunas preguntas solo tres opciones de respuesta.

La puntuación del cuestionario AUDIT, según los autores, oscila entre 0 y 40, donde a mayor puntuación, mayor riesgo de probable adicción al alcohol siguiendo la siguiente clasificación:

- Riesgo bajo: puntuación en el cuestionario de 0 a 7.

- Riesgo medio: puntuación en el cuestionario de 8 a 15.
- Riesgo alto: puntuación en el cuestionario de 16 a 19.
- Probable adicción: puntuación en el cuestionario de 20 a 40.

También se les preguntó sobre la influencia de la pandemia en su consumo de alcohol (desde entonces bebo menos o dejé de beber, desde entonces bebo más o empecé a beber, no me ha influido).

Respecto al tabaco, se ha utilizado el Test de Fagerström para adicción a la nicotina (FTND) (adaptado por Becoña y Vázquez, 1998, y validado por Roa-Cubaque *et al.*, 2016), también con buenas propiedades psicométricas.

Este test iba precedido por un par de preguntas de elaboración propia para conocer si los estudiantes universitarios eran fumadores, exfumadores o no fumadores, en cuyo caso se saltaban el test e iban al siguiente. También se les preguntó por el número aproximado de cigarrillos que fumaban al mes.

El test de Fagerström o FTND contenía 6 preguntas (por ejemplo, “¿A qué cigarrillo odiarías más renunciar?”) y tenía una puntuación entre 0 y 10, donde a mayor puntuación, mayor dependencia al tabaco. Las opciones de respuesta se puntuaban entre 0 y 3 (algunas preguntas solo tenían dos opciones de respuesta). La puntuación final permitía clasificar las respuestas de la siguiente manera:

- Dependencia baja: una puntuación en el test de menos de 4.
- Dependencia media: una puntuación en el test de entre 4 y 6.
- Dependencia alta: una puntuación en el test de más de 7.

Por último, se añadió otra pregunta de elaboración propia para conocer cómo había afectado al consumo tabáquico la pandemia (desde entonces fumo menos o he dejado de fumar, desde entonces fumo más o he empezado a fumar, no me ha influido).

Para la exploración del consumo de otras sustancias se utilizaron ítems de elaboración propia, comenzando por una pregunta exploratoria para saber si los estudiantes universitarios eran consumidores frecuentes, ocasionales, exconsumidores o no consumidores. Después, se les pedía que especificaran en una pregunta abierta el tipo de sustancia o sustancias que consumían o habían consumido. Por último, se les preguntó acerca de la influencia de la pandemia en su consumo de sustancias (desde entonces consumo menos o dejé de consumir, desde entonces consumo más o he empezado a consumir, no me ha influido).

- **Hábitos alimentarios.** En esta categoría se encuentra el Cuestionario de Adherencia a la Dieta Mediterránea (Estruch *et al.*, 2013), cuya finalidad es conocer información acerca de la adherencia a la dieta mediterránea de las personas entrevistadas. El test, elaborado por el grupo de Prevención con la Dieta Mediterránea (PREDIMED), posee unas aceptables propiedades psicométricas y está validado en la población española.

La puntuación recogida oscila entre 0 y 13 al estar adaptado a este cuestionario (sus respuestas se califican de 0 o 1, según se adhieren o no a la dieta mediterránea). En alguna de las preguntas se han añadido más opciones de respuesta para poder conocer en términos de frecuencia el consumo de algún determinado tipo de alimento (por ejemplo, piezas de fruta al día o pescado o marisco a la semana).

Para clasificar las respuestas, se ha utilizado el punto de corte que emplea la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía (s.f.) en el que las puntuaciones iguales o superiores a 9 se consideran buena adherencia a la dieta mediterránea.

Además, se ha añadido al inicio una pregunta de elaboración propia para obtener el número de comidas que realizan al día los entrevistados (de 0 a 6 o más). Del mismo modo, al final se añadió una pregunta para conocer la influencia de la pandemia en su alimentación (desde entonces como de forma menos saludable, desde entonces como de forma más saludable, no me ha influido).

- **Actividad física.** Este apartado está explorado mediante el IPAQ-7 (validado para la población

catalana por Román *et al.*, 2013). Es un cuestionario breve ampliamente utilizado y que goza de adecuadas propiedades psicométricas que explora la actividad física en niveles de intensidad.

El cuestionario consta de 7 preguntas que exploran la actividad física intensa, moderada y caminatas de al menos 10 minutos seguidos (veces a la semana y tiempo dedicado cada día). Asimismo, preguntan el tiempo de media que los estudiantes universitarios pasan sentados en un día.

Para la corrección de este cuestionario, se siguieron las directrices que marcan los autores del cuestionario (IPAQ Research Committee, 2005; Carrera, 2017):

- Para la intensidad vigorosa: se multiplica 8 MET (unidad de medida del índice metabólico) por los minutos realizados y por los días a la semana que se practica esta actividad.
- Para la intensidad moderada: se multiplica 4 MET por los minutos realizados y por los días a la semana que se practica este tipo de actividad.
- Para las caminatas: se multiplica 3,3 MET por los minutos que se caminan por los días semanales que se realizan.

Después, se suman estos tres valores para obtener una puntuación total y se clasifica según las siguientes indicaciones:

- La actividad física se clasifica como vigorosa o intensa si cumple alguno de estos dos requisitos:
 - Se realiza al menos 3 días a la semana alcanzando un total de al menos 1.500 MET por minuto y por semana.
 - 7 días por semana de una combinación de actividad física intensa y/o moderada y/o caminar alcanzando un gasto energético de 3.000 MET por minuto y por semana.
- La actividad física se clasifica como moderada si cumple alguno de estos requisitos:
 - 5 o más días de una combinación de actividad física intensa y/o moderada y/o caminar alcanzando un gasto energético

de al menos 600 MET por minuto y por semana.

- 5 o más días de actividad física moderada y/o caminar al menos 30 minutos por día.
 - 3 o más días de actividad física intensa durante al menos 20 minutos por día.
- La actividad física se clasifica como baja si:
- No realiza actividad física.
 - Se realiza alguna actividad física pero no cumple con ninguna de las dos categorías superiores.

Igualmente, se le realizan dos preguntas de elaboración propia tras el cuestionario IPAQ-7 sobre si tienen alguna app (aplicación del teléfono móvil) sobre actividad física, pidiéndoles en caso afirmativo que especifiquen cuál, y tres preguntas relacionando la actividad física realizada con la pandemia:

- “¿Has practicado actividad física en casa durante el confinamiento?” (no o casi nunca, entre 1 y 2 veces por semana, entre 3 y 4 veces por semana, 5 o más veces por semana).
- “¿Cómo crees que ha influido la situación de pandemia en tu práctica de actividad física?” (desde entonces he aumentado las horas semanales de actividad física, desde entonces he disminuido las horas semanales de actividad física, no me ha influido).
- “¿Consideras que la actividad física ha contribuido en tu bienestar físico y emocional durante la pandemia?” (no, un poco, bastante, mucho).

D. Apoyo social percibido

Se ha seleccionado el cuestionario Apoyo Social Funcional de DUKE (DUKE-UNC11), validado y adaptado al español por Bellón *et al.* (1996), para explorar la cantidad y la satisfacción de las relaciones sociales entre el estudiantado joven. La escala goza de buenas propiedades psicométricas.

Este instrumento consta de 11 preguntas (por ejemplo, “Recibo visitas de mis amigos y familiares” o “Recibo amor y afecto”) que se contestan en una escala que va desde “Mucho menos de lo que deseo” y “Tanto como lo deseo”.

La puntuación del mismo oscilaba entre 11 y 55 de modo que, si el alumnado obtenía una puntuación igual o superior a 32, se consideraba que tenía un apoyo social normal.

E. Uso del teléfono móvil

Para el estudio del perfil de uso del teléfono móvil de la población universitaria se han realizado tanto preguntas de elaboración propia como cuestionarios validados.

Por un lado, las preguntas de elaboración propia exploran el dinero invertido en el dispositivo móvil (menos de 500 € o más de 500 €). Por otro lado, se les preguntaron a los estudiantes universitarios el tiempo empleado a lo largo de un día tanto los días de diario como los fines de semana (menos de 1 hora, entre 1 y 2 horas, entre 3 y 4 horas, 5 o más horas). De igual forma, se les preguntó a través de una pregunta abierta el tiempo medio real de uso de los teléfonos móviles a través de una función que ofrecen los propios teléfonos haciendo un cálculo medio de la última semana de uso.

Además, se les pidió que ordenaran de mayor a menor tiempo de uso los distintos tipos de aplicaciones que utilizan en sus teléfonos:

- Uso formativo y/o laboral.
- Uso utilitario (revisar correo, mapas, cámara de fotos, agenda, despertador, llamadas, banco *online*, etc.).
- Ocio y entretenimiento (juegos, vídeos, series, música, etc.).
- Redes y contacto social.
- Juegos de azar (apuestas).

Se les hizo, además, dos preguntas sobre la influencia de la pandemia en el tiempo de uso de los teléfonos móviles (desde entonces he aumentado el tiempo de uso diario, desde entonces he disminuido el tiempo de uso diario, no me ha influido) y en el tipo de uso que hacían del mismo (no me ha influido, desde entonces hago un uso más variado, desde entonces hago un uso menos variado, desde entonces hago un uso más lúdico –no social–, desde entonces hago un uso más social).

Después, se les realizaron los siguientes cuestionarios:

- *Uso problemático.* Para conocer la existencia de un uso problemático del teléfono móvil se ha utilizado el cuestionario de Uso Problemático del Teléfono Móvil (MPPUS-A) y otros ítems de elaboración propia sobre el tipo de uso que se le da a los dispositivos móviles y la duración. Se ha escogido el MPPUS-A *–Mobile Phone Problem Use Scale–* para adolescentes porque es una de las herramientas más utilizadas internacionalmente. Para este proyecto se ha utilizado la versión validada y adaptada al español (López-Fernández *et al.*, 2012; García-Umaña y Córdoba, 2020).

El cuestionario consta de 25 ítems (por ejemplo, “Nunca tengo tiempo suficiente para el móvil” o “El uso del móvil me ha quitado horas de sueño”) que se contestan con una escala tipo Likert con 10 opciones de respuesta.

La puntuación total oscila entre 25 y 250. Para clasificar las respuestas, se han utilizado los puntos de corte según los percentiles utilizados en el estudio de López-Fernández *et al.* (2012): 15, 80 y 95, correspondiéndose con un uso ocasional, habitual, de riesgo o problemático. Estos percentiles también se emplean en el ámbito de la investigación y del juego patológico.

- *Nomofobia.* También se administró la Escala de Nomofobia Adaptada (NMP-Q), que explora las sensaciones de miedo y ansiedad asociadas a la ausencia del teléfono móvil (adaptada al español por González-Cabrera *et al.*, 2017).

Este test consta de 20 preguntas (por ejemplo, “Me sentiría mal si no pudiera acceder en cualquier momento a la información a través de mi *smartphone*” o “Me daría miedo si mi *smartphone* se quedase sin batería”), que se contesta con una escala tipo Likert de 1 a 7.

La puntuación total oscila, por tanto, entre 20 y 140. Se han utilizado los puntos de corte para su categorización e interpretación según los percentiles utilizados en el estudio de León-Mejía *et al.* (2021): 15, 80 y 95, correspondiéndose con un uso ocasional del teléfono móvil, riesgo

moderado de nomofobia, riesgo alto y probable nomofobia.

F. Variables relacionadas con la pandemia

Por un lado, se realizaron preguntas elaboradas por el equipo de investigación encaminadas a conocer el número de alumnos y alumnas que han declarado haberse contagiado de COVID-19, si han tenido algún familiar cercano o ser querido infectado, si han tenido que ser hospitalizados ellos mismos o sus familiares o seres queridos por esta enfermedad o si han tenido algún miembro de su familia o ser querido que haya fallecido como consecuencia de la misma.

Por otro lado, se realizaron preguntas para conocer la presencia de síntomas ansioso-depresivos y de miedo derivados del COVID-19 y de la situación de pandemia.

- *Síntomas ansioso-depresivos y de miedo en relación con la situación de pandemia.* Para la exploración de las variables psicológicas en relación a la situación de pandemia, se utilizaron las preguntas llevadas a cabo por el Centro de Investigaciones Sociológicas (CIS) en la Encuesta sobre la Salud Mental de los Españoles durante la Pandemia de la COVID-19 (2021).

En total, se realizaron 17 preguntas para explorar la sintomatología ansioso-depresiva (por ejemplo, “Has sentido poco interés o placer en hacer cosas” o “Te has sentido incapaz de parar o controlar las preocupaciones”), respondidas a través de una escala con cuatro opciones de respuesta desde “Nunca o casi nunca” a “Muchos días”.

La puntuación obtenida oscilaba entre 17 y 68.

Del mismo modo, las preguntas sobre el miedo experimentado como consecuencia de la pandemia contemplaron 11 preguntas (por ejemplo, “Miedo o preocupación a morir debido al coronavirus” o “Miedo o preocupación a que se siga propagando el coronavirus”). Las respuestas eran una escala de cinco opciones desde “Mucho” a “Nada”.

La puntuación del instrumento oscilaba entre 11 y 55.

- Se realizaron, además, preguntas sobre cómo la *pandemia* había influido a las siguientes variables descritas, tal y como ha quedado especificado anteriormente:
 - Patrón de sueño y descanso.
 - Consumo de alcohol, tabaco y otras sustancias.
 - Alimentación.
 - Actividad física.
 - Uso del teléfono móvil.

4.8. Análisis de datos

Se ha utilizado la hoja de cálculo Excel y el programa de análisis estadístico SPSS 24.0. Para realizar los análisis, se llevó a cabo un primer cribado de las bases de datos obtenidas eliminando todos los cuestionarios vacíos. Tras este cribado, se realizó, en primer lugar, un análisis univariante de cada una de las variables que forman parte del cuestionario. A continuación, se compararon todos estos resultados globales con las puntuaciones en función del sexo, del área de conocimiento, de los convivientes de las personas encuestadas y del IMC que presentaba la muestra, dividiendo esta en dos categorías: personas con normopeso y personas con sobrepeso/obesidad.

Por tanto, la presentación de los resultados se encuentra expuesta según las dimensiones comentadas anteriormente de la siguiente manera:

1. Variables sociodemográficas
2. Indicadores generales de salud

3. Estilo de vida
4. Apoyo social percibido
5. Uso del teléfono móvil
6. Variables relacionadas con la pandemia

Dentro de cada apartado, la información está estructurada de la siguiente forma: en primer lugar, la información de los datos globales de todas las universidades participantes (la población completa del estudio); en segundo lugar, se distinguen los resultados por sexo; en tercer lugar, se analizan todos los participantes por áreas de conocimiento; en cuarto lugar, se analizan por convivientes, y en quinto lugar, se analizan las distintas variables según el IMC de la muestra.

Para los análisis estadísticos, se realizaron tablas de contingencia, el test de χ^2 de Pearson y comparaciones de las medias (pruebas t de Student o Anova de un factor) en función de la tipología de las variables analizadas. Asimismo, se incluyeron otras pruebas cuando los valores no eran paramétricos.

En el caso de estudios entre variables dicotómicas, se obtuvieron asimismo la Odds Ratio (con un intervalo de confianza del 95 %).

4.9. Comité de ética

El planteamiento del estudio fue sometido en una primera fase al comité de ética de la Universitat de les Illes Balears (ver Anexo 2).

5. Resultados

Las universidades que han formado parte del estudio son las siguientes:

- Universidad de Alcalá (UAH)
- Universidad de Alicante (UA)
- Universidad de Almería (UAL)
- Universidad de Burgos (UBU)
- Universidad de Cádiz (UCA)
- Universidad de Córdoba (UCO)
- Universidad de Extremadura (UNEX)
- Universidad Francisco de Vitoria (UFV)
- Universitat de Girona (UDG)
- Universidad de Granada (UGR)
- Universidad de Huelva (UHU)
- Universitat de les Illes Balears (UIB)
- Universidad de La Rioja (UNIRIOJA)
- Universidad Miguel Hernández (UMH)
- Universidad de Murcia (UM)
- Universidad Pontificia Comillas (COMILLAS)
- Universidad de Sevilla (US)
- Universidad de Zaragoza (UNIZAR)

La muestra del presente estudio está formada por un total de 20.142 encuestas válidas.

Hay que tener en cuenta que no todo el estudiante contesta todas las preguntas y el total de respuestas, por tanto, es diferente en cada variable. Asimismo, hay que resaltar que solo se muestran los resultados más relevantes. Es necesario tener en cuenta que 325 usuarios no especificaron la universidad de pertenencia.

Se realizó un análisis previo no mostrado sobre la diferencia entre las universidades, no encontrando resultados relevantes. Por este motivo, los resultados no aparecen desglosados por universidades. En su lugar, se ha decidido desglosar por sexo, por áreas de conocimiento, por convivientes de la muestra estudiada y por IMC, como se ha especificado anteriormente.

5.1. Datos sociodemográficos

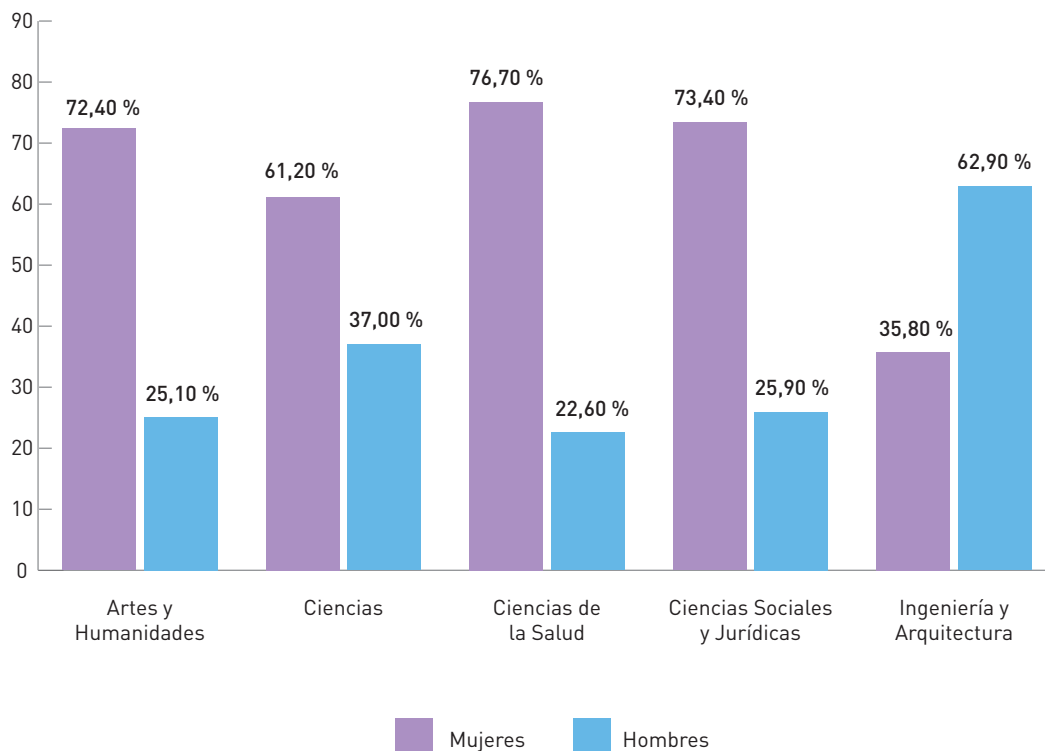
5.1.1. Datos básicos (edad, sexo, procedencia, perfil académico)

5.1.1.1. Edad y sexo

En cuanto a la distribución por sexo: 13.439 fueron mujeres (66,7 % de la muestra total), 6.458 fueron hombres (32,1 %) y 241 no especificaron el sexo (1,2 %). Tal y como se puede observar, más de la mitad de las encuestas corresponden a alumnas. No obstante, no se distribuyen de manera uniforme entre las distintas áreas de conocimiento, como se verá a continuación.

Al analizar las áreas de conocimiento según el sexo, se puede comprobar que la tendencia de un mayor número de mujeres matriculadas no fue homogénea en todas ellas, tal y como se muestra en la figura 11 (n = 19.115) y en la tabla 2.

Figura 11. Porcentaje de mujeres y hombres por área de conocimiento



Fuente: elaboración propia.

Tabla 2. Muestra desglosada por área de conocimiento y comparación con los datos del Ministerio de Universidades del curso académico 2020/2021

ÁREAS DE CONOCIMIENTO	MUESTRA OBTENIDA	MUJERES DEL ESTUDIO	PORCENTAJE NACIONAL
Artes y Humanidades	2.625	72,4 %	62,2 %
Ciencias	1.963	61,2 %	50,7 %
Ciencias de la Salud	5.626	76,7 %	71,4 %
Ciencias Sociales y Jurídicas	5.966	73,4 %	60,4 %
Ingeniería y Arquitectura	2.938	35,8 %	25,7 %

Fuente: Datos del Ministerio de Universidades, 2022.

Hay más mujeres matriculadas en Artes y Humanidades, Ciencias, Ciencias de la Salud y Ciencias Sociales y Jurídicas; todas, exceptuando el área de Ciencias, en gran proporción en comparación con los hombres matriculados. Sin embargo, no ocurrió lo mismo en Ingeniería y Arquitectura donde, en esta área concreta, los hombres matriculados superaron en gran medida a las mujeres. Estas diferencias fueron estadísticamente significativas (χ^2 de Pearson = 1728,588; $p = .000$).

Al comparar los porcentajes de mujeres matriculadas según las áreas en el presente estudio con los porcentajes nacionales, se puede comprobar que hay un mayor porcentaje de mujeres

en todas las áreas, exceptuando en la de Ingeniería y Arquitectura, que recoge la proporción más baja de mujeres en ambas muestras. Además, esta investigación ha recogido más participantes mujeres de las áreas de Ciencias Sociales y Jurídicas y de Ciencias de la Salud en mayor proporción que el porcentaje nacional, motivo por el cual el porcentaje de mujeres totales en este estudio es superior que el de mujeres matriculadas en el sistema universitario español (66,7 frente al 55,6 % nacional).

Con respecto a la *edad* de las personas participantes en el estudio, los estadísticos descriptivos se pueden observar en la siguiente tabla 3.

Es también muy relevante observar las diferencias en las medias de edad de las personas según los *convivientes* que tenían, como se observa a continuación en la tabla 4 ($F = 262,460$; $p = .000$).

La edad media más joven la presentaron las personas que vivían en residencias universitarias (19,37) frente a las personas que vivían en su unidad familiar propia (42,87) o con pareja (32,25), como era esperable.

Existen diferencias en cuanto al IMC respecto a la edad, constatando una relación entre la mayor edad y mayor IMC. Se comprueba que las personas con normopeso tienen una media de edad de 21,7 años ($n = 14.992$ y $DT = 5,117$). En contraposición, las personas con sobrepeso/obesidad tienen una edad media de 24,38 ($n = 3.934$ y $DT = 8,184$). Estas

diferencias resultaron significativas estadísticamente (t de Welch = $-19,549$; $p = .000$).

5.1.1.2. Perfil académico

En cuanto al *perfil académico*, en total, se obtuvieron un 88,3 % de formularios de alumnado de grado y un 11,7 % de alumnado de posgrado.

La distribución por nivel de estudios teniendo en cuenta el *sexo* se representa en la tabla 5 (χ^2 de Pearson 34,149; $p = .000$).

La distribución de la muestra por nivel de estudios y *áreas de conocimiento* se puede comprobar a continuación en la tabla 6 (χ^2 de Pearson 232,384; $p = .000$).

Tabla 3. Estadísticos descriptivos de la edad	
ESTADÍSTICOS DESCRIPTIVOS DE LA EDAD	
n	19.978
Media	22,60
Desviación típica	6,761

Fuente: elaboración propia.

Tabla 4. Distribución de edad por convivientes de la muestra			
CONVIVIENTES	MEDIA	DESVIACIÓN	TOTAL (n)
Con padres	20,86	3,187	9.623
Con pareja	32,25	10,300	1.395
Viviendo solo	28,37	9,990	773
Con otros familiares	25,32	10,168	599
Con compañeros de piso	21,30	3,338	5.932
Residencia universitaria	19,37	2,480	1.120
Unidad familiar propia	42,87	7,381	87

Fuente: elaboración propia.

Tabla 5. Porcentaje de alumnado matriculado en grado y posgrado por sexo			
SEXO	GRADO	POSGRADO	TOTAL (n)
Mujeres	89,3 %	10,7 %	13.210
Hombres	86,2 %	13,8 %	6.290

Fuente: elaboración propia.

Tabla 6. Distribución de la muestra por nivel de estudios y áreas de conocimiento			
ÁREAS	GRADO	POSGRADO	TOTAL (n)
Artes y Humanidades	13,3 %	18,3 %	2.620
Ciencias	10,0 %	12,6 %	1.960
Ciencias de la Salud	30,7 %	16,3 %	5.616
Ciencias Sociales y Jurídicas	31,4 %	29,2 %	5.956
Ingeniería y Arquitectura	14,6 %	23,6 %	2.934

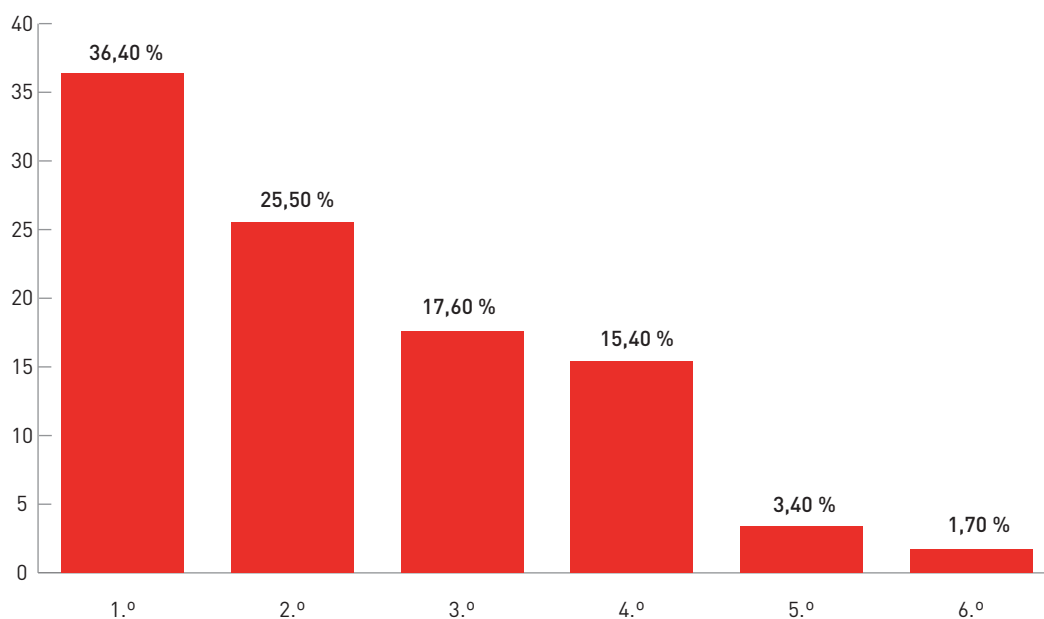
Fuente: elaboración propia.

Respecto al perfil académico de los *convivientes* de la muestra se comprueba que la mayor parte del alumnado que vive con sus padres estaba cursando titulaciones de grado (92,5 %), al igual que el que compartía piso con otros compañeros (90,3 %) o el que estaba en residencias universitarias (97,3 %). Por otro lado, el grupo de personas con mayor proporción de matriculaciones en estudios de posgrado eran los que vivían con sus parejas (38,9 %), los

que vivían solos (31,8 %) o los que tenían una unidad familiar propia (27,6 %). Todos estos porcentajes con diferencias estadísticamente significativas (χ^2 de Pearson 1632,1437; $p = .000$).

Con respecto al *curso académico*, se puede observar el porcentaje de muestra existente en cada curso en la figura 12 ($n = 19.600$).

Figura 12. Porcentaje de la muestra por curso académico

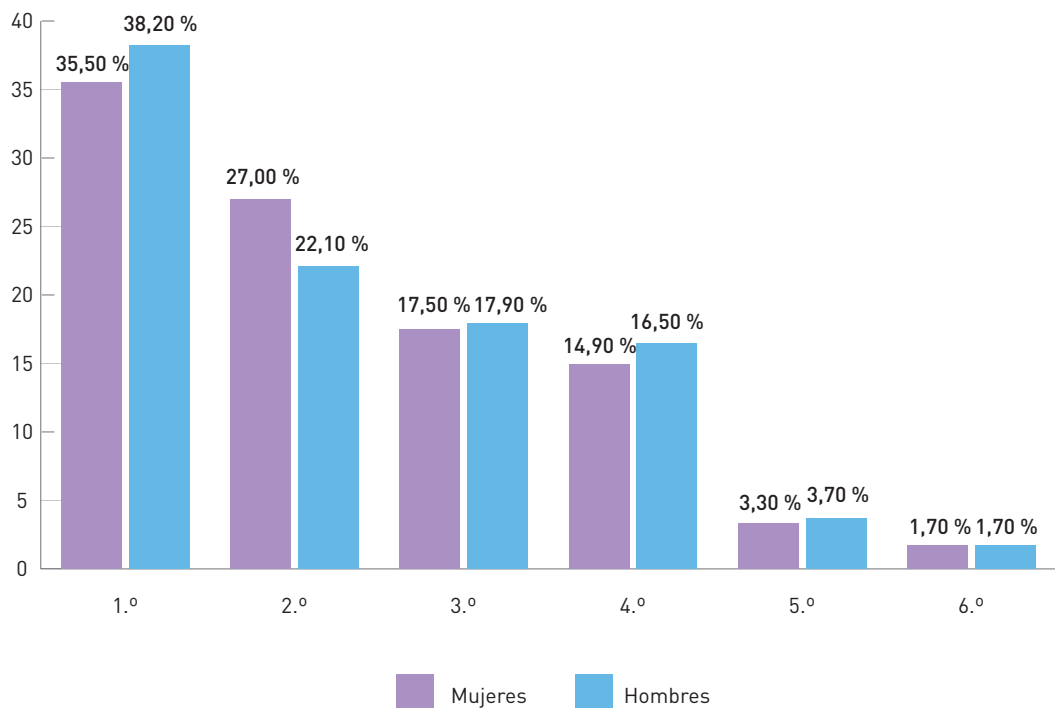


Fuente: elaboración propia.

En el caso del desglose por *sexos*, que se analiza a continuación, se comprueba que hay más hombres matriculados en titulaciones de 1.º curso y de 3.º, 4.º y 5.º curso, con diferencias estadísticamente significativas (χ^2 de Pearson 58,949; $p = .000$).

En cuanto al curso del alumnado según los *convivientes* ($n = 19.560$, ver tabla 7), el grupo más numeroso en primer curso es el que vive con sus padres, mientras que, en sexto, se reduce considerablemente esta cifra y se iguala a la de las personas que viven con la pareja o con compañeros de piso (χ^2 de Pearson 746,305; $p = .000$).

Figura 13. Porcentaje de la muestra por curso académico y sexo



Fuente: elaboración propia.

Tabla 7. Curso académico según los convivientes de la muestra

CONVIVIENTES	1.º	2.º	3.º	4.º	5.º	6.º
Con los padres	49,9 %	48,4 %	48,4 %	47,7 %	45,3 %	29,5 %
Con la pareja	6,8 %	5,7 %	6,0 %	8,2 %	10,5 %	28,6 %
Viven solos	4,0 %	3,6 %	3,6 %	4,3 %	4,0 %	8,5 %
Con otros familiares	3,1 %	2,8 %	2,8 %	3,6 %	3,9 %	2,7 %
Con compañeros de piso	26,2 %	30,3 %	36,1 %	32,9 %	33,8 %	27,7 %
En residencias universitarias	9,5 %	5,4 %	2,6 %	2,3 %	1,9 %	1,8 %
Unidad familiar propia	0,4 %	0,4 %	0,4 %	0,8 %	0,4 %	0,6 %

Fuente: elaboración propia.

Por último, según el *IMC* de la muestra, los mayores porcentajes los tienen las personas con normopeso, aunque van disminuyendo según avanzan hasta el último curso (χ^2 de Pearson 36,509; $p = .000$).

5.1.1.3. Nacionalidad

En cuanto a la *nacionalidad* de las personas participantes ($n = 19.960$), el 92,8 % era española frente al 7,1 % de nacionalidad extranjera. Además, un 0,1 % poseía doble nacionalidad, siendo una de ellas española.

La nacionalidad del alumnado por *áreas de conocimiento* fue muy heterogénea. El área con mayor porcentaje de alumnado extranjero fue el de Artes y Humanidades (10,0 % frente al 89,9 % de personas con nacionalidad española y al 0,2 % con doble nacionalidad) (χ^2 de Pearson 106,556; $p = .000$).

Según los *convivientes* de la muestra, se puede analizar en la tabla 8 con diferencias estadísticamente significativas (χ^2 de Pearson 416,505; $p = .000$) si la muestra presenta nacionalidad española, extranjera o doble nacionalidad (siendo una de ellas española).

Tabla 8. Nacionalidad según los convivientes de la muestra

	1	2	3	4	5	6	7
Nacionalidad española	96,1 %	86,7 %	85,9 %	89,7 %	89,8 %	94,9 %	84,1 %
Nacionalidad extranjera	3,8 %	13,3 %	14,1 %	10,2 %	10,1 %	5,1 %	15,9 %
Doble nacionalidad	0,1 %	0,1 %	0,0 %	0,2 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %

Fuente: elaboración propia.

Nota: 1: con los padres; 2: con la pareja; 3: viven solos; 4: con otros familiares; 5: con compañeros de piso; 6: en residencias universitarias; 7: unidad familiar propia.

El mayor porcentaje de personas con nacionalidad española la presentan los que vivían con sus padres (96,1 %), en contraposición a los que vivían con su propia unidad familiar (84,1 %).

Por último, analizando esta cuestión según el *IMC* de la muestra, la población extranjera era mayor en las personas con sobrepeso/obesidad (8,6 % en comparación con el 6,6 % de personas con normopeso) con diferencias estadísticamente significativas (χ^2 de Pearson 20,417; $p = .000$).

5.1.2. Datos de convivencia, situación laboral y nivel estudios madre/padre

5.1.2.1. Convivencia

La información obtenida sobre con *quién viven* las personas encuestadas se puede observar en la siguiente tabla. En la muestra estudiada, se comprueba que alrededor de la mitad vivían con sus padres (49,2 %). El otro grupo más numeroso lo constituyeron las personas que convivían con compañeros de piso (30,3 %).

Tabla 9. Convivientes de las personas encuestadas durante el curso académico

CONVIVIENTES DURANTE EL CURSO ACADÉMICO	PORCENTAJE	TOTAL (n)
Con los padres	49,2 %	9.636
Con la pareja	7,1 %	1.395
Viven solos	4,0 %	774
Con otros familiares	3,1 %	601
Con compañeros de piso	30,3 %	5.936
En residencias universitarias	5,7 %	1.122
Unidad familiar propia	0,4 %	88
Otro	0,2 %	35
Total	100 %	19.587

Fuente: elaboración propia.

En el caso de la diferencia por *sexos*, las mujeres vivían con sus padres en un 47,6 % frente al 52,4 % de los hombres. En el caso de las personas que compartían piso, el porcentaje de las mujeres alcanzó un 31,9 % y el de los hombres, un 27,1 %. Estas diferencias son estadísticamente significativas (χ^2 de Pearson 78,230; $p = .000$).

Al analizar esta última cuestión por *áreas de conocimiento*, se obtuvieron medias muy similares (aunque significativas estadísticamente: χ^2 de Pearson 327,008; $p = .000$) en todas las categorías salvo en Ingeniería y Arquitectura, cuyos alumnos que vivían con sus padres ascendían al 58,7 % y los que vivían con compañeros de piso, al 20,4 %. De la misma forma, el alumnado de Artes y Humanidades, Ciencias

y Ciencias de la Salud convivía con compañeros de piso en un 33,2, 34,5 y un 34,0 %, respectivamente; porcentajes superiores a los globales.

5.1.2.2. Situación laboral y económica

Para completar la información acerca del nivel socioeconómico de las personas encuestadas se procedió a preguntar por su situación laboral; del total de respuestas a este ítem ($n = 19.569$), el 23,5 % de las personas se encontraban ocupadas, frente al 76,5 % que no lo estaban. De este 23,5 % de ocupación, la mitad aproximadamente (53,1 %) trabajaba 20 horas o menos a la semana. El 17,6 % trabajaba de 21 a 34 horas; el 13,2 %, de 34 a 39 horas, y el 16,1 %, más de 40 horas semanales.

De las personas que trabajaban a jornada completa, el 5,2 % tenía una retribución menor de 600 € o no tenía ingresos; el 6,3 % ganaba entre 601 y 900 €; el 25,7 % ganaba entre 901 y 1.200 €; y el restante 62,7 % ganaba 1.200 € o más. Además, el 56,6 % disponía de más de 70 € semanales para

sus gastos (todas las diferencias estadísticamente significativas).

En la siguiente tabla 10 se pueden comprobar los ingresos netos mensuales de las personas ocupadas en el estudio de forma general.

Tabla 10. Frecuencia y porcentaje de los ingresos netos mensuales de la muestra trabajadora		
INGRESOS NETOS MENSUALES	PORCENTAJE	TOTAL (n)
No tengo ingresos	2,9 %	134
Menos de 300 euros	30,8 %	1.419
De 301 a 600 euros	23,4 %	1.076
De 601 a 900 euros	11,6 %	534
De 901 a 1.200 euros	11,7 %	540
De 1201 a 1.500 euros	8,9 %	410
Más de 1.500 euros	10,6 %	488
Total (n)	100 %	4.601

Fuente: elaboración propia.

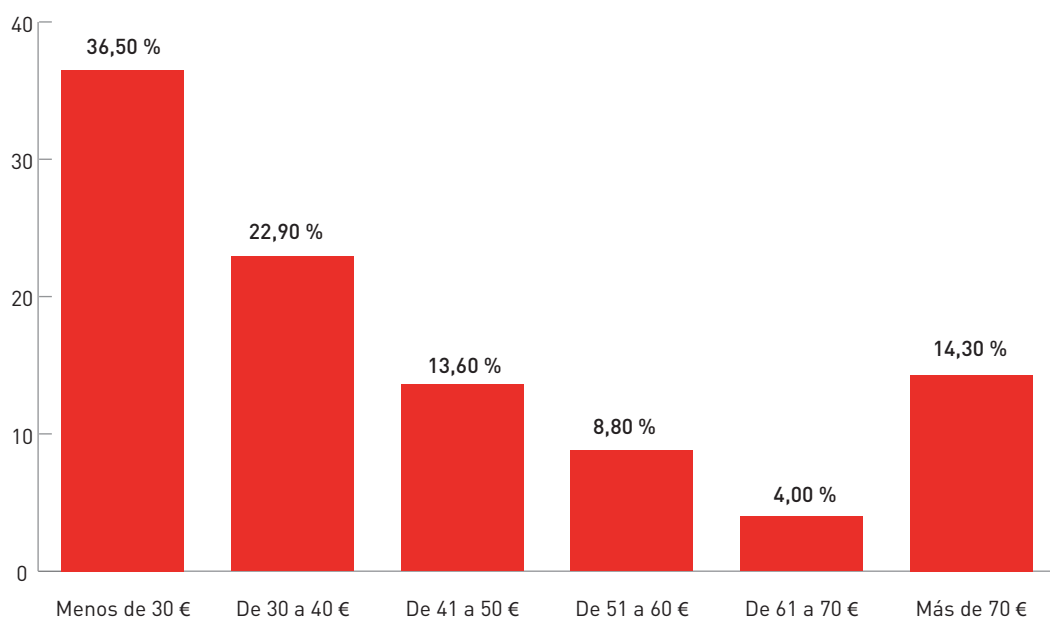
En la figura 14 se puede analizar el dinero del que dispone la muestra a la semana para gastos.

Por tanto, se puede concluir que solo una cuarta parte de la muestra se encontraba empleada. Además, la mitad de esta trabajaba 20 horas o menos semanalmente. Los grupos más numerosos de los ingresos netos mensuales eran los que ganaban menos de 300 € y los que ganaban entre 301 y 600 €. Por

último, el 36,5 % de la muestra disponía de menos de 30 € a la semana para sus gastos, constituyendo este el grupo más numeroso.

En cuanto a las diferencias por sexo, los hombres estaban empleados en el 24,9 % de los casos, frente al 22,8 % de las mujeres, con diferencias significativas estadísticamente (χ^2 de Pearson 9,919; $p = .002$).

Figura 14. Porcentaje de la muestra sobre el dinero del que disponen a la semana.



Fuente: elaboración propia.

Estos datos son relevantes si se tiene en cuenta que el 35,0 % de los hombres empleados trabajaban más de 35 horas semanales frente al 26,4 % de las mujeres, por lo que las mujeres ocupadas de la muestra estudiada estaban empleadas menos horas que los hombres. Esto iría en consonancia con los ingresos netos mensuales, en el que los hombres que ganaban más de 1.500 euros

constituyeron el doble que las mujeres (15,8 y 7,9 %, respectivamente). Estos datos, que son estadísticamente significativos (horas semanales trabajadas: χ^2 de Pearson 74,977; $p = .000$; ingresos netos mensuales: χ^2 de Pearson 97,056; $p = .000$), se pueden analizar con detenimiento en las siguientes tablas 11 y 12.

Tabla 11. Horas trabajadas semanalmente por sexo

SEXO	20 H O MENOS	DE 21 A 34 H	DE 35 A 39 H	40 H O MÁS	TOTAL (n)
Mujeres	57,0 %	16,6 %	13,1 %	13,3 %	2.995
Hombres	45,4 %	19,6 %	13,4 %	21,6 %	1.544

Fuente: elaboración propia.

Tabla 12. Ingresos netos mensuales por sexo

SEXO	NO INGRESOS	MENOS DE 300 €	DE 301 A 600 €	DE 601 A 900 €	DE 901 A 1.200 €	DE 1.201 A 1.500 €	MÁS DE 1.500 €	TOTAL (n)
Mujeres	2,8 %	34,2 %	23,7 %	10,6 %	11,8 %	9,0 %	7,9 %	3.007
Hombres	2,9 %	24,5 %	23,1 %	13,2 %	11,5 %	9,0 %	15,8 %	1.548

Fuente: elaboración propia.

Al comparar la disponibilidad de dinero a la semana por sexo, se vuelve a comprobar que en la categoría de mayor dinero (más de 70 €) hay un mayor porcentaje de hombres (18,0 %) que de mujeres (12,6 %). En la categoría de menor dinero (menos de 30 €), las mujeres superaron a los hombres en un 37,7 frente al 33,3 %. El resto de las categorías no presentaban diferencias relevantes, aunque sí estadísticamente significativas (χ^2 de Pearson 124,913; $p = .000$).

Por *áreas de conocimiento*, el alumnado más empleado es el de Ciencias Sociales y Jurídicas (25,1 % trabajaba), lo que constituye un porcentaje mayor que la puntuación global y, el menos empleado, el de Ciencias (17,9 %), con diferencias estadísticamente significativas (χ^2 de Pearson 70,889; $p = .000$). Se puede observar la tabla 13 para analizar el conjunto de datos.

Tabla 13. Situación laboral de la muestra por áreas de conocimiento

ÁREAS	SÍ TRABAJABAN	NO TRABAJABAN	TOTAL (n)
Artes y Humanidades	21,8 %	78,2 %	2.605
Ciencias	17,9 %	82,1 %	1.953
Ciencias de la Salud	19,7 %	82,1 %	5.600
Ciencias Sociales y Jurídicas	25,1 %	74,9 %	5.938
Ingeniería y Arquitectura	22,2 %	77,8 %	2.918

Fuente: elaboración propia.

Con respecto a las horas dedicadas al trabajo semanalmente, destaca Ingeniería y Arquitectura, cuyo porcentaje de alumnado que trabaja 40 horas o más es del 23,8 %. Por el contrario, el porcentaje mayor en la categoría de 20 horas o menos lo

ostenta el área de Ciencias (61,8 %). A continuación, el resto de los datos se puede ver en la tabla 14 (con diferencias estadísticamente significativas: χ^2 de Pearson 94,676; $p = .000$).

Tabla 14. Horas trabajadas semanalmente por áreas de conocimiento

	ARTES Y HUMANIDADES	CIENCIAS	CIENCIAS DE LA SALUD	CIENCIAS SOCIALES Y JURÍDICAS	INGENIERÍA Y ARQUITECTURA
20 h o menos	58,3 %	61,8 %	59,1 %	60,5 %	45,0 %
De 21 a 34 h	18,8 %	13,9 %	17,0 %	19,1 %	20,7 %
De 35 a 39 h	11,4 %	9,3 %	11,8 %	9,3 %	10,4 %
40 h o más	11,4 %	15,0 %	12,1 %	11,1 %	23,8 %
Total (n)	568	353	1.100	1.489	651

Fuente: elaboración propia.

En la siguiente tabla 15 también se puede analizar los ingresos netos mensuales recibidos en cada área de conocimiento, con diferencias significativas entre cada una (χ^2 de Pearson 114,266; $p = .000$).

Tabla 15. Ingresos netos mensuales por áreas de conocimiento

ÁREAS	NO INGRESOS	MENOS DE 300 €	DE 301 A 600 €	DE 601 A 900 €	DE 901 A 1.200 €	DE 1.201 A 1.500 €	MÁS DE 1.500 €	TOTAL (n)
1	4,2 %	34,1 %	22,7 %	11,8 %	10,4 %	6,0 %	10,9 %	569
2	4,8 %	37,1 %	26,4 %	9,8 %	9,3 %	7,0 %	5,6 %	356
3	2,3 %	35,6 %	21,8 %	12,2 %	9,7 %	10,1 %	8,3 %	1.108
4	3,1 %	36,1 %	26,7 %	12,8 %	9,4 %	6,2 %	5,8 %	1.292
5	3,1 %	23,1 %	28,6 %	11,8 %	11,0 %	7,7 %	14,7 %	653

Fuente: elaboración propia.

Nota: 1: Artes y Humanidades; 2: Ciencias; 3: Ciencias de la Salud; 4: Ciencias Sociales y Jurídicas; 5: Ingeniería y Arquitectura.

El porcentaje sobre los ingresos netos mensuales de más de 1.500 € es más alto en el área de Ingeniería y Arquitectura.

Con respecto al dinero del que disponían a la semana para sus gastos, las diferencias en cuanto a áreas de conocimiento se pueden comprobar en la tabla 16, siendo estas significativamente estadísticas (χ^2 de Pearson 93,671; $p = .000$).

Tabla 16. Dinero a la semana para gastos por áreas de conocimiento

ÁREAS	MENOS DE 30 €	DE 30 A 40 €	DE 41 A 50 €	DE 51 A 60 €	DE 61 A 70 €	MÁS DE 70 €	TOTAL (n)
Artes y Humanidades	38,2 %	23,0 %	13,0 %	8,5 %	4,2 %	13,0 %	2.581
Ciencias	38,4 %	23,0 %	15,0 %	7,2 %	3,4 %	13,0 %	1.937
Ciencias de la Salud	34,2 %	24,2 %	14,3 %	9,8 %	4,1 %	13,4 %	5.577
Ciencias Sociales y Jurídicas	37,4 %	24,4 %	13,1 %	8,8 %	4,0 %	12,4 %	5.914
Ingeniería y Arquitectura	40,7 %	19,4 %	12,9 %	7,9 %	3,4 %	15,8 %	2.894

Fuente: elaboración propia.

Destaca que el grupo de Ingeniería y Arquitectura son los que disponían de más de 70 euros en mayor proporción al resto de grupos (15, 8%), e incluso por encima del porcentaje alcanzado por la muestra global (14,3 %).

Analizando estas cuestiones según los *convivientes* de la muestra, se puede ver a continuación los

principales porcentajes, con diferencias significativas en cada pregunta (para la variable de ocupación: χ^2 de Pearson 2158,924; $p = .000$; para la variable de ingresos netos mensuales: χ^2 de Pearson 1459,830; $p = .000$), de las personas que trabajan y el sueldo que perciben (ver tabla 17).

Tabla 17. Algunas preguntas relacionadas con la situación laboral y económica de la muestra según los convivientes

CONVIVIENTES	OCUPADOS	GANAN MENOS DE 300 € MENSUALES/SIN INGRESOS	GANAN MÁS DE 1.201 €
Con los padres	23,3 %	46,5 %	6,7 %
Con la pareja	63,1 %	8,7 %	48,7 %
Viven solos	47,3 %	9,4 %	43,8 %
Con otros familiares	27,4 %	23,0 %	30,3 %
Con compañeros de piso	13,5 %	39,5 %	8,7 %
En residencias universitarias	4,5 %	56,6 %	3,8 %
Unidad familiar propia	75,0 %	3,0 %	53,0 %

Fuente: elaboración propia.

Destaca que las personas que vivían en su unidad familiar propia y con la pareja son los grupos con mayor tasa de ocupación, siendo los que vivían en residencias universitarias los menos ocupados.

Por otro lado, de las personas que ganaban menos de 300 €, el mayor porcentaje se concentraba en las personas que vivían en residencias universitarias y con sus padres. Por el contrario, de la categoría de

más de 1.500 €, fue el grupo que vivía en su unidad familiar propia el más numeroso.

Para comprobar el número de horas destinadas al trabajo a la semana según los convivientes, se puede analizar la siguiente tabla 18, en la que también sus diferencias son estadísticamente significativas (χ^2 de Pearson 1111,506; $p = .000$).

Tabla 18. Horas a la semana destinadas al trabajo según los convivientes

CONVIVIENTES	20 HORAS O MENOS	DE 21 A 34 HORAS	DE 35 A 39 HORAS	40 HORAS O MÁS	TOTAL (n)
Con los padres	70,0 %	15,8 %	6,7 %	7,4 %	2.250
Con la pareja	18,6 %	19,3 %	26,6 %	35,5 %	870
Viven solos	23,6 %	18,7 %	27,7 %	29,9 %	364
Con otros familiares	39,6 %	19,5 %	21,3 %	19,5 %	164
Con compañeros de piso	60,1 %	20,8 %	6,6 %	12,5 %	799
En residencias universitarias	82,7 %	5,8 %	5,8 %	5,8 %	52
Unidad familiar propia	19,7 %	19,7 %	39,4 %	21,2 %	66

Fuente: elaboración propia.

Los grupos que trabajaban 40 horas o más son los que vivían con la pareja y los que vivían solos.

Por otro lado, en la siguiente tabla 19, también con diferencias estadísticamente significativas (χ^2 de

Pearson 3191,691; $p = .000$), se analiza el dinero del que dispone toda la muestra para gastos semanalmente.

Tabla 19. Dinero del que disponen a la semana según los convivientes

CONVIVIENTES	MENOS DE 30 €	MÁS DE 70 €	TOTAL (n)
Con los padres	52,1 %	9,3 %	9.547
Con la pareja	16,7 %	37,8 %	1.374
Viven solos	14,6 %	34,2 %	768
Con otros familiares	36,1 %	17,9 %	593
Con compañeros de piso	21,2 %	13,1 %	5.911
En residencias universitarias	25,1 %	15,5 %	1.122
Unidad familiar propia	17,4 %	48,8 %	86

Fuente: elaboración propia.

De la categoría de más de 70 €, destaca el grupo que vivía con la pareja y los que vivían en su unidad familiar propia.

5.1.2.3. Nivel de estudios alcanzado de las madres/padres

Por otro lado, se analizó el nivel de estudios más alto alcanzado tanto por el padre/tutor como por la madre/tutora de las personas encuestadas (en adelante, padre y madre). Para comprobar los resultados, se puede observar la tabla 20.

Para mayor claridad, los estudios primarios completos o certificado escolar se denominan a partir de ahora como "estudios primarios"; los estudios de graduado escolar, EGB, hasta 8.º, ESO o FP medio se denominarán "estudios secundarios obligatorios"; los estudios de bachillerato, BUP, COU o FP superior se denominarán "estudios secundarios no obligatorios"; los estudios universitarios de diplomatura, licenciatura o ingeniero se denominarán "estudios universitarios", siendo los de máster o doctorado "estudios posgrado".

Tabla 20. Frecuencias y porcentajes sobre el nivel académico alcanzado por los padres/madres o tutores/as de la muestra

NIVEL DE ESTUDIOS ALCANZADO	PADRE/TUTOR*	MADRE/TUTORA*
Estudios primarios	12,3 %	10,0 %
Estudios secundarios obligatorios	25,7 %	24,4 %
Estudios secundarios no obligatorios	25,5 %	27,8 %
Estudios universitarios	22,4 %	25,1 %
Estudios posgrado	10,1 %	9,5 %
Sin estudios	4,1 %	3,3 %

Fuente: elaboración propia.

* $p = .000$.

Como se puede observar, el mayor porcentaje de nivel académico alcanzado en los padres son los estudios secundarios obligatorios (25,7 %), muy seguido de los secundarios no obligatorios (25,5 %). En el caso de las madres, el más alto se corresponde con los estudios secundarios no obligatorios (27,8 %). Se destaca que el 32,5 % de los padres han alcanzado estudios universitarios frente al 34,6 % de las madres.

En cuanto a las diferencias en el nivel alcanzado por las madres/padres según el sexo del alumnao, las mujeres tenían una madre con estudios secundarios no obligatorios en el 28,1 % de los casos, siendo este el porcentaje superior. En el caso de los alumnos, el grupo más grande lo constituían las madres con estudios universitarios (27,4 %), muy seguido de las madres con estudios secundarios no obligatorios (27,2 %), con diferencias

estadísticamente significativas en ambos grupos (χ^2 de Pearson 66,744; $p = .000$).

En el caso de los padres, las alumnas que tenían padres con estudios secundarios obligatorios eran del 26,9 %, porcentaje superior al resto de categorías de estudios. En el caso de los alumnos, el grupo más grande lo constituían los padres con estudios secundarios no obligatorios (25,3 %), ambos grupos con diferencias estadísticamente significativas (χ^2 de Pearson 81,074; $p = .000$).

Por *áreas de conocimiento*, el alumnado de Ingeniería y Arquitectura presentó un padre con estudios universitarios (tanto de grado como de posgrado) en un 43,4 % (ver tabla 21). En el caso de las madres

(ver tabla 22), también fue el alumnado de Ingeniería y Arquitectura el que obtuvo un mayor porcentaje de madres con estudios universitarios (44,1 %).

El resto de los porcentajes se pueden comprobar en las tablas, con diferencias estadísticamente significativas (para los padres: χ^2 de Pearson 344,057; $p = .000$; para las madres: χ^2 de Pearson 286,035; $p = .000$).

Analizándolo por *convivientes*, se muestra en la tabla 23 los estudios alcanzados por los padres y, en la tabla 24, los de las madres, con diferencias estadísticamente significativas (para los padres: χ^2 de Pearson 685,107; $p = .000$; para las madres: χ^2 de Pearson 916,722; $p = .000$).

Tabla 21. Frecuencias y porcentajes sobre el nivel académico alcanzado por los padres de la muestra por áreas de conocimiento

PADRES/TUTORES	1	2	3	4	5
Estudios primarios	13,8 %	10,9 %	11,8 %	13,7 %	8,8 %
Estudios secundarios obligatorios	27,0 %	25,3 %	24,6 %	29,5 %	19,7 %
Estudios secundarios no obligatorios	25,1 %	27,9 %	25,4 %	25,3 %	25,9 %
Estudios universitarios	21,2 %	22,4 %	23,4 %	18,4 %	29,5 %
Estudios posgrado	7,9 %	9,4 %	10,9 %	8,4 %	13,9 %
Sin estudios	5,0 %	4,1 %	3,9 %	4,7 %	2,2 %

Fuente: elaboración propia.

Nota: 1: Artes y Humanidades; 2: Ciencias; 3: Ciencias de la Salud; 4: Ciencias Sociales y Jurídicas; 5: Ingeniería y Arquitectura.

Tabla 22. Frecuencias y porcentajes sobre el nivel académico alcanzado por las madres de la muestra por áreas de conocimiento

MADRES/TUTORAS	1	2	3	4	5
Estudios primarios	10,9 %	9,8 %	9,4 %	10,7 %	7,2 %
Estudios secundarios obligatorios	26,6 %	22,8 %	23,6 %	27,8 %	18,4 %
Estudios secundarios no obligatorios	28,0 %	29,5 %	26,9 %	28,2 %	28,2 %
Estudios universitarios	22,8 %	27,4 %	26,6 %	21,4 %	31,1 %
Estudios posgrado	7,8 %	7,9 %	10,3 %	8,1 %	13,0 %
Sin estudios	3,9 %	2,6 %	3,2 %	3,8 %	2,1 %

Fuente: elaboración propia.

Nota: 1: Artes y Humanidades; 2: Ciencias; 3: Ciencias de la Salud; 4: Ciencias Sociales y Jurídicas; 5: Ingeniería y Arquitectura.

Tabla 23. Frecuencias y porcentajes sobre el nivel académico alcanzado por los padres de la muestra por convivientes

PADRES/TUTORES	1	2	3	4	5	6	7
Estudios primarios	10,1 %	20,1 %	13,7 %	12,6 %	15,0 %	5,3 %	25,3 %
Estudios secundarios obligatorios	25,4 %	20,9 %	22,2 %	25,4 %	29,1 %	19,8 %	12,0 %
Estudios secundarios no obligatorios	27,2 %	23,3 %	22,6 %	21,5 %	24,5 %	23,0 %	24,1 %
Estudios universitarios	23,1 %	19,9 %	22,3 %	24,5 %	19,4 %	34,0 %	18,1 %
Estudios posgrado	11,4 %	7,4 %	11,6 %	12,6 %	7,1 %	16,0 %	3,6 %
Sin estudios	2,8 %	8,3 %	7,6 %	3,4 %	4,9 %	1,9 %	16,9 %

Fuente: elaboración propia.

Nota: 1: con los padres; 2: con la pareja; 3: viviendo solos; 4: con otros familiares; 5: con compañeros de piso; 6: en residencias universitarias; 7: unidad familiar propia.

Tabla 24. Frecuencias y porcentajes sobre el nivel académico alcanzado por las madres de la muestra por convivientes

MADRES/TUTORAS	1	2	3	4	5	6	7
Estudios primarios	7,9 %	18,9 %	12,0 %	12,0 %	11,6 %	4,0 %	30,6 %
Estudios secundarios obligatorios	23,6 %	23,5 %	23,0 %	20,8 %	27,9 %	16,2 %	21,2 %
Estudios secundarios no obligatorios	28,8 %	25,4 %	27,3 %	27,0 %	28,3 %	21,8 %	18,8 %
Estudios universitarios	27,0 %	16,9 %	21,2 %	25,8 %	21,5 %	40,5 %	10,6 %
Estudios posgrado	10,4 %	6,4 %	10,0 %	10,5 %	7,2 %	17,0 %	3,5 %
Sin estudios	2,2 %	8,9 %	6,5 %	4,0 %	3,6 %	0,6 %	15,3 %

Fuente: elaboración propia.

Nota: 1: con los padres; 2: con la pareja; 3: viviendo solos; 4: con otros familiares; 5: con compañeros de piso; 6: en residencias universitarias; 7: unidad familiar propia.

Los alumnos que vivían en residencias universitarias son los que tenían en mayor proporción unos padres con estudios universitarios (34,0 %) y con estudios universitarios de posgrado (16,0 %). Lo mismo ocurría con el caso de las madres (40,5 y 17,0 %, respectivamente).

Por el contrario, el porcentaje más alto de padres sin estudios lo presentó el grupo de estudiantes que vivían en su unidad familiar propia (16,9 %). En el caso de las madres, ocurrió lo mismo (15,3 %).

Por último, según el IMC de la muestra, se analiza en la tabla 25.

Tabla 25. Nivel académico alcanzado por los padres/tutores y madres/tutoras por IMC de la muestra

ESTUDIOS PADRES/MADRES	IMC ESTUDIANTES			
	NORMOPESO		SOBREPESO/OBESIDAD	
	PADRE	MADRE	PADRE	MADRE
Primarios	11,2 %	9,1 %	16,7 %	13,6 %
Secundarios obligatorios	25,5 %	24,1 %	26,8 %	25,8 %
Secundarios no obligatorios	25,5 %	27,9 %	24,7 %	27,3 %
Estudios universitarios	23,2 %	26,0 %	19,2 %	21,3 %
Estudios posgrado	10,8 %	10,1 %	6,9 %	7,0 %
Sin estudios	3,7 %	2,9 %	5,6 %	5,0 %

Fuente: elaboración propia.

Respecto a la categoría de personas con normopeso, las madres tienen en mayor proporción estudios universitarios que los padres. En el caso de las personas con sobrepeso/obesidad, también ocurre lo mismo.

Estas diferencias son significativas estadísticamente (para los padres: χ^2 de Pearson 168,103; $p = .000$; para las madres: χ^2 de Pearson 168,620; $p = .000$).

5.1.3. Datos antropométricos: peso, talla e IMC

Por un lado, se estudió la talla y peso de las personas encuestadas, como se comprueba en la tabla 26.

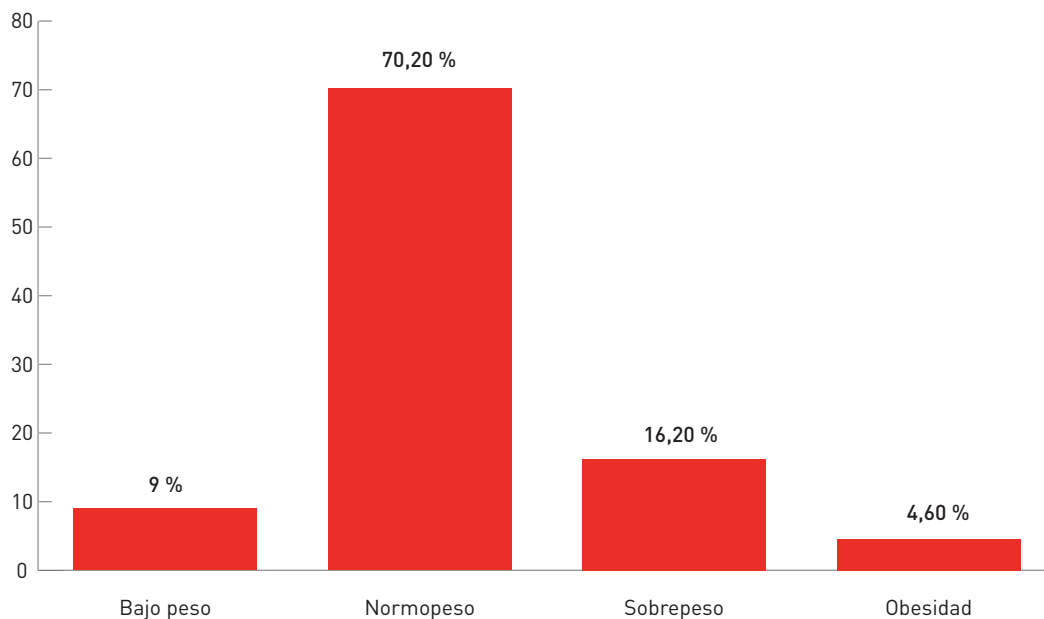
A partir de estos datos, se calculó el IMC ($n = 18.943$), como se puede comprobar en la figura 15. De esta forma, se puede afirmar que el 70 % de las personas encuestadas se encontraba en normopeso.

Tabla 26. Datos descriptivos del peso y talla de la muestra.

CATEGORÍA	MEDIA	DESVIACIÓN	TOTAL (n)
Peso	65,19 kg	13,465	19.057
Talla	168,86 cm	9,214	19.142

Fuente: elaboración propia.

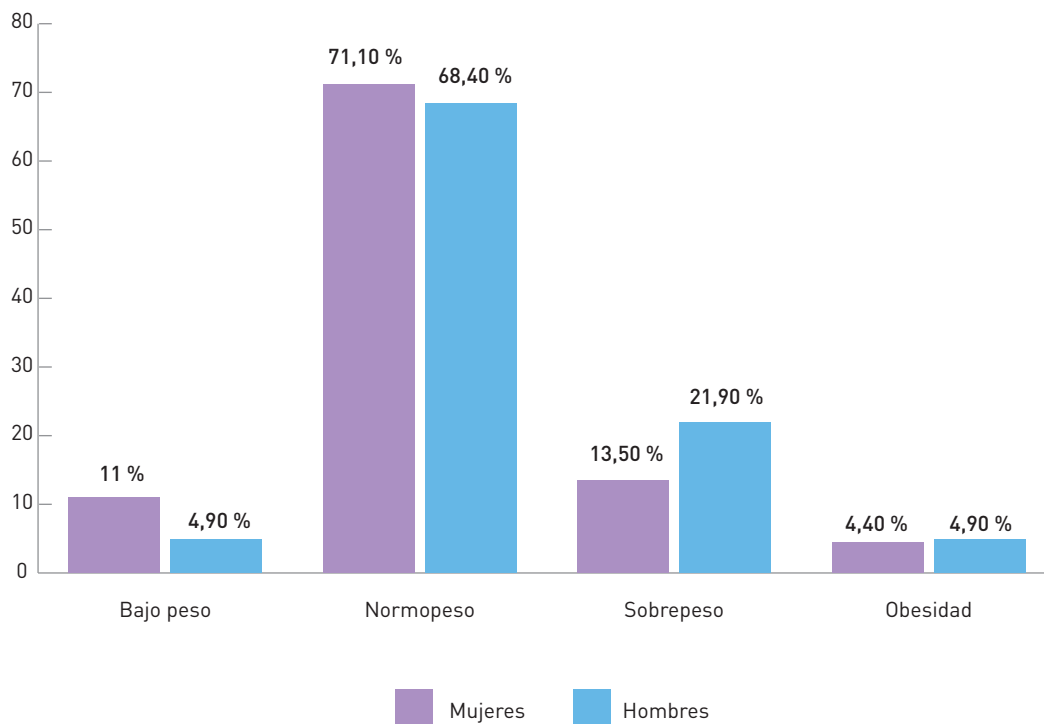
Figura 15. Porcentaje de valores del IMC de la muestra



Fuente: elaboración propia.

Es relevante resaltar la diferencia en cuanto a la puntuación del IMC según el sexo, que se puede observar en la siguiente figura 16.

Figura 16. Porcentaje de puntuación IMC por sexo



Fuente: elaboración propia.

En la figura anterior, se puede comprobar que había más mujeres que hombres con un bajo peso (11,0 frente a 4,9 %, respectivamente). Además, los hombres tenían más sobrepeso que las mujeres (21,9 frente a 13,5 %, respectivamente).

Atendiendo a la cifra de la Odds Ratio, se obtuvo una probabilidad 1,555 mayor de que los hombres tuvieran más sobrepeso/obesidad que las mujeres.

Además, las mujeres tienen una probabilidad 2,164 de tener bajo peso mayor que los hombres.

En cuanto a las diferencias por *áreas de conocimiento*, fue el área de Artes y Humanidades el que presentó los valores más altos de sobrepeso y obesidad. En el caso del porcentaje más bajo de sobrepeso y obesidad, lo obtuvo el alumnado de Ciencias. Se pueden comprobar el resto de los datos en la tabla 27 (χ^2 de Pearson 113,731; $p = .000$).

Tabla 27. Porcentaje de puntuación IMC por áreas de conocimiento					
CATEGORÍAS IMC	1	2	3	4	5
Bajo peso	10,7 %	8,9 %	9,4 %	9,6 %	6,4 %
Normopeso	65,1 %	70,6 %	73,1 %	71,2 %	70,6 %
Sobrepeso	17,5 %	16,4 %	14,0 %	15,8 %	18,4 %
Obesidad	6,6 %	4,2 %	3,5 %	4,4 %	4,7 %

Fuente: elaboración propia.

Nota: 1: Artes y Humanidades; 2: Ciencias; 3: Ciencias de la Salud; 4: Ciencias Sociales y Jurídicas; 5: Ingeniería y Arquitectura.

Por último, se analiza a continuación (ver tabla 28) la puntuación del IMC según los *convivientes* de la

muestra, con diferencias estadísticamente significativas (χ^2 de Pearson 276,135; $p = .000$).

Tabla 28. Porcentaje de puntuación IMC por convivientes							
CATEGORÍAS IMC	1	2	3	4	5	6	7
Bajo peso	9,8 %	5,9 %	7,2 %	7,9 %	8,8 %	10,3 %	1,1 %
Normopeso	71,1 %	59,2 %	65,8 %	66,5 %	71,3 %	77,0 %	55,2 %
Sobrepeso	15,4 %	25,0 %	19,1 %	18,3 %	16,1 %	9,9 %	28,7 %
Obesidad	3,8 %	9,9 %	8,0 %	7,3 %	3,9 %	2,8 %	14,9 %
Total (n)	9.289	1.342	754	579	5.763	1.089	87

Fuente: elaboración propia.

Nota: 1: con los padres; 2: con la pareja; 3: viviendo solos; 4: con otros familiares; 5: con compañeros de piso; 6: en residencias universitarias; 7: unidad familiar propia.

En la anterior tabla se puede comprobar que la diferencia más llamativa en la categoría de obesidad es la que presentan las personas que viven en su unidad familiar propia.

5.2. Indicadores generales de salud

5.2.1. Estado de salud y calidad de vida

La última parte de este primer apartado la constituyen las preguntas relativas al estado de salud y la calidad de vida percibidos por la población estudiada, así como la influencia de la pandemia en los mismos (ver tabla 29).

Tabla 29. Percepción del estado de salud general y calidad de vida, e influencia de la pandemia

	CATEGORÍAS	PORCENTAJE	TOTAL (n)
Estado de salud general percibido	Muy malo	0,4 %	78
	Malo	2,8 %	516
	Regular	21,8 %	4.029
	Bueno	59,0 %	10.894
	Muy bueno	15,9 %	2.940
Influencia de la pandemia en el estado de salud	A peor	49,1 %	9.046
	No ha influido	34,9 %	6.432
	A mejor	15,1 %	2.777
	Otro	0,8 %	152
Calidad de vida percibida	Muy mala	0,3 %	60
	Mala	2,0 %	370
	Regular	20,2 %	3.712
	Buena	61,0 %	11.228
	Muy buena	16,5 %	3.029
Influencia de la pandemia en la calidad de vida	A peor	44,9 %	8.241
	No ha influido	40,9 %	7.515
	A mejor	13,7 %	2.514
	Otro	0,5 %	98

Fuente: elaboración propia.

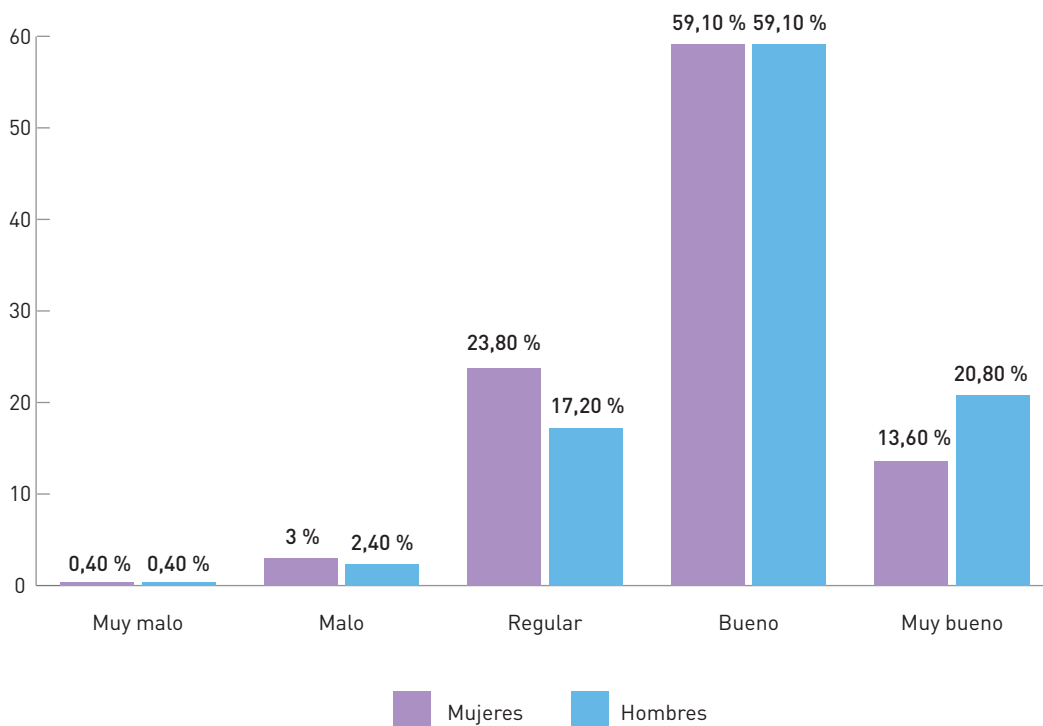
El estado de salud general por *sexo* se puede comprobar a continuación (ver tabla 30 y figura 17).

Tabla 30. Percepción del estado de salud general por sexo

	CATEGORÍAS	MUJERES	HOMBRES	TOTAL (n)
Estado de salud percibido	Muy malo	0,4 %	0,4 %	76
	Malo	3,0 %	2,4 %	511
	Regular	23,8 %	17,2 %	3.958
	Bueno	59,1 %	59,1 %	10.790
	Muy bueno	13,6 %	20,8 %	2.910
	Total (n)	100 %	100 %	18.245

Fuente: elaboración propia.

Figura 17. Estado de salud percibido según el sexo



Fuente: elaboración propia.

Las mujeres refirieron un estado de salud malo o muy malo superior a los hombres (3,4 frente al 2,8 %, respectivamente). Del mismo modo, los hombres que afirmaron tener un estado de salud bueno o muy bueno también superaron con diferencias estadísticamente significativas (χ^2 de

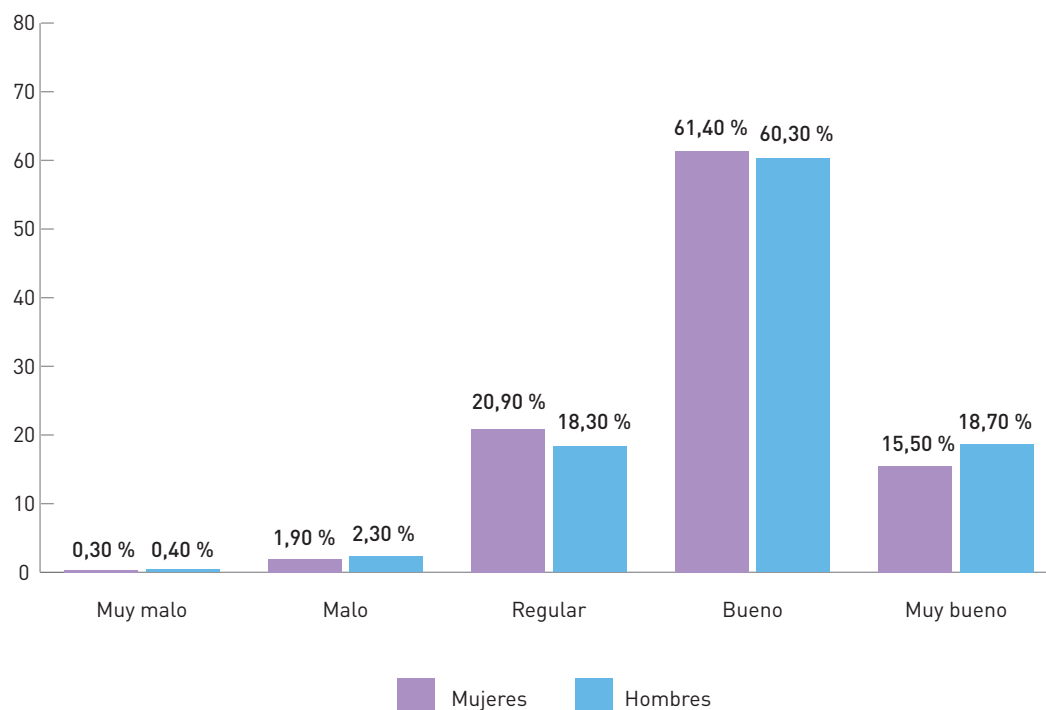
Pearson 212,725; $p = .000$) a las mujeres (79,9 frente al 72,7 % de las mujeres).

En la siguiente tabla 31 y figura 18, se puede analizar el porcentaje de respuestas en la calidad de vida percibida por sexo.

Tabla 31. Percepción de la calidad de vida percibida por sexo				
	CATEGORÍAS	MUJERES	HOMBRES	TOTAL (n)
Calidad de vida percibida	Muy mala	0,3 %	0,4 %	58
	Mala	1,9 %	2,3 %	362
	Regular	20,9 %	18,3 %	3.653
	Buena	61,4 %	60,3 %	11.110
	Muy buena	15,5 %	18,7 %	3.006
	Total (n)		100 %	100 %

Fuente: elaboración propia.

Figura 18. Calidad de vida percibida según el sexo



Fuente: elaboración propia.

Al igual que ocurría con el estado de salud, las mujeres volvieron a notificar una calidad de vida percibida como mala o muy mala en comparación con los hombres (2,2 frente al 2,7 %, respectivamente). Los hombres que afirmaron una calidad de vida buena o muy buena fueron el 79,0 %, en contraposición al 76,9 % de las mujeres. Estas diferencias

fueron estadísticamente significativas (χ^2 de Pearson 46,051; $p = .000$).

A continuación, se muestra el porcentaje de la influencia de la pandemia tanto en el estado de salud general como en la calidad de vida percibida por sexo (ver tabla 32).

Tabla 32. Influencia de la pandemia en el estado de salud general y la calidad de vida por sexo

INFLUENCIA		A PEOR	NO HA INFLUIDO	A MEJOR
Mujeres	En el estado de salud general	51,9 %	32,8 %	14,4 %
	En la calidad de vida percibida	46,2 %	39,4 %	13,9 %
Hombres	En el estado de salud general	43,3 %	39,5 %	16,6 %
	En la calidad de vida percibida	42,1 %	44,0 %	13,3 %

Fuente: elaboración propia.

La pandemia influyó a peor en el estado de salud de las mujeres (51,9 %) en comparación con los hombres (43,3 %), nuevamente. Los hombres, por su parte, refirieron con diferencias estadísticamente significativas (χ^2 de Pearson 131,618; $p = .000$) que no les había influido en mayor medida que las mujeres (39,5 frente al 32,8 % de las mujeres).

En cuanto a la calidad de vida, la pandemia a este respecto influyó sensiblemente de forma negativa más a

las mujeres (46,2 %) que a los hombres (42,1 %). Los hombres refirieron en mayor medida que no les influyó en un 44,0 % frente a las mujeres (39,4 %), con diferencias también significativas (χ^2 de Pearson 36,742; $p = .000$).

En el caso del análisis por áreas de conocimiento, se puede comprobar en la siguiente tabla el estado de salud (ver tabla 33) y la calidad de vida percibidos (ver tabla 34) por el alumnado de cada área.

Tabla 33. Estado de salud general por áreas de conocimiento

ESTADO DE SALUD	1	2	3	4	5
Muy malo	0,7 %	0,6 %	0,2 %	0,5 %	0,4 %
Malo	3,1 %	3,1 %	2,0 %	3,1 %	3,7 %
Regular	24,1 %	22,9 %	19,4 %	23,4 %	20,4 %
Bueno	57,4 %	58,7 %	62,1 %	57,9 %	57,0 %
Muy bueno	14,8 %	14,7 %	16,3 %	15,2 %	18,5 %

Fuente: elaboración propia.

Nota: 1: Artes y Humanidades; 2: Ciencias; 3: Ciencias de la Salud; 4: Ciencias Sociales y Jurídicas; 5: Ingeniería y Arquitectura.

Tabla 34. Calidad de vida percibida por áreas de conocimiento

CALIDAD DE VIDA PERCIBIDA	1	2	3	4	5
Muy mala	0,2 %	0,3 %	0,2 %	0,4 %	0,5 %
Mala	2,9 %	3,1 %	1,2 %	1,7 %	2,5 %
Regular	21,3 %	22,3 %	17,6 %	21,0 %	20,7 %
Buena	61,0 %	59,9 %	62,5 %	61,2 %	58,9 %
Muy buena	14,6 %	14,4 %	18,5 %	15,6 %	17,4 %

Fuente: elaboración propia.

Nota: 1: Artes y Humanidades; 2: Ciencias; 3: Ciencias de la Salud; 4: Ciencias Sociales y Jurídicas; 5: Ingeniería y Arquitectura.

Como se puede apreciar en la tabla, el grupo de Ingeniería y Arquitectura sobresalió en la categoría de muy buen estado de salud general percibido (18,5 %), sobre todo en comparación con la media global (15,9 %) con diferencias significativas (χ^2 de Pearson 96,149; $p = .000$). En el caso de la mayor calidad de vida percibida, es el grupo de Ciencias de la Salud el que destacó (18,5 frente al 16,5 % del porcentaje global), también de forma estadísticamente significativa (χ^2 de Pearson 104,396; $p = .000$).

Respecto a las cuestiones sobre la influencia de la pandemia en el estado de salud general percibido y la calidad de vida percibida, no se encontraron diferencias relevantes en las áreas de conocimiento, aunque sí estadísticamente significativas (influencia en el estado de salud: χ^2 de Pearson 34,732; $p = .001$; influencia en la calidad de vida percibida: χ^2 de Pearson 39,207; $p = .000$). No obstante, los datos se pueden analizar a continuación.

Tabla 35. Influencia de la pandemia en el estado de salud y en la calidad de vida por áreas de conocimiento

PREGUNTA	RESPUESTAS	1	2	3	4	5
Influencia en el estado de salud	A peor	50,3 %	51,1 %	47,9 %	49,9 %	47,2 %
	No ha influido	33,9 %	34,9 %	35,4 %	33,4 %	38,4 %
	A mejor	15,1 %	13,5 %	15,7 %	15,8 %	13,7 %
Influencia en la calidad de vida	A peor	43,7 %	45,9 %	43,8 %	45,6 %	44,5 %
	No ha influido	41,5 %	41,5 %	41,5 %	39,2 %	43,6 %
	A mejor	14,1 %	12,3 %	14,3 %	14,6 %	11,4 %

Fuente: elaboración propia.

Nota: 1: Artes y Humanidades; 2: Ciencias; 3: Ciencias de la Salud; 4: Ciencias Sociales y Jurídicas; 5: Ingeniería y Arquitectura.

Al analizarlo por *convivientes*, el grupo de personas con mayor porcentaje en la categoría de muy buen estado de salud (ver tabla 36) fueron los que vivían en residencias universitarias. Por el contrario, el grupo menos numeroso fue el que tenía su propia

unidad familiar o el que vivía con otros familiares. Las cifras se pueden comprobar a continuación, con diferencias estadísticamente significativas (χ^2 de Pearson 66,398; $p = .000$).

Tabla 36. Estado de salud percibido según convivientes

ESTADO DE SALUD	1	2	3	4	5	6	7
Muy malo	0,4 %	0,4 %	0,7 %	0,4 %	0,3 %	0,6 %	0,0 %
Malo	2,9 %	2,7 %	3,7 %	3,4 %	2,5 %	2,7 %	2,6 %
Regular	21,2 %	24,1 %	25,2 %	26,9 %	21,8 %	19,2 %	23,1 %
Bueno	58,6 %	58,2 %	53,5 %	56,3 %	60,8 %	59,9 %	65,4 %
Muy bueno	16,9 %	14,6 %	16,9 %	13,0 %	14,6 %	17,7 %	9,0 %

Fuente: elaboración propia.

Nota: 1: con los padres; 2: con la pareja; 3: viviendo solos; 4: con otros familiares; 5: con compañeros de piso; 6: en residencias universitarias; 7: unidad familiar propia.

También se encontraron algunas diferencias en cuanto a la calidad de vida percibida (ver tabla 37): los grupos más numerosos en la categoría de muy

buna calidad de vida volvieron a ser los que vivían en residencias universitarias y con sus padres, en menor proporción (χ^2 de Pearson 205,194; $p = .000$).

Tabla 37. Calidad de vida percibida según convivientes

CALIDAD DE VIDA	1	2	3	4	5	6	7
Muy mala	0,3 %	0,5 %	0,6 %	1,3 %	0,3 %	0,3 %	0,0 %
Mala	2,2 %	2,8 %	3,8 %	2,5 %	1,6 %	0,6 %	2,6 %
Regular	19,4 %	22,0 %	26,4 %	25,0 %	20,7 %	14,3 %	29,5 %
Buena	60,9 %	60,0 %	55,4 %	55,7 %	63,1 %	58,8 %	57,7 %
Muy buena	17,2 %	14,7 %	13,8 %	15,6 %	14,4 %	26,0 %	10,3 %

Fuente: elaboración propia.

Nota: 1: con los padres; 2: con la pareja; 3: viviendo solos; 4: con otros familiares; 5: con compañeros de piso; 6: en residencias universitarias; 7: unidad familiar propia.

Con respecto a la influencia de la pandemia en el estado de salud, las personas que convivían en residencias universitarias son las que presentaron el porcentaje más bajo en la categoría "a peor" con un 42,9 %. El grupo que presentó un porcentaje superior sobre la afectación de la pandemia de forma positiva fue el que convivía con sus padres (15,6 %) muy seguido de los que vivían en residencias universitarias (15,5 %) (influencia de la pandemia en el estado de salud: χ^2 de Pearson 63,238; $p = .000$; influencia de la pandemia en la calidad de vida percibida: χ^2 de Pearson 64,535; $p = .000$).

Por otro lado, el grupo de residencias universitarias volvió a tener el porcentaje más bajo en afectación negativa de la pandemia a la calidad de vida percibida (35,0 %). También fueron, en esta ocasión, los que tenían un porcentaje superior de afectación de forma positiva (15,2 %).

Por último, se analizaron estas cuestiones según la categoría del *IMC* que presentó la muestra, con diferencias significativas (χ^2 de Pearson 441,029; $p = .000$).

Tabla 38. Estado de salud general percibido por categorías del IMC

ESTADO DE SALUD	NORMOPESO	SOBREPESO/OBESIDAD
Muy malo	0,3 %	0,9 %
Malo	2,2 %	5,0 %
Regular	19,3 %	31,1 %
Bueno	60,7 %	53,3 %
Muy bueno	17,6 %	9,7 %
Total (n)	14.402	3.725

Fuente: elaboración propia.

Se puede observar que el mejor estado de salud percibido (ver tabla 38) lo ostentaban las personas con normopeso (17,6 frente al 9,7 % en la categoría de muy buen estado de salud).

En el caso de la calidad de vida percibida (ver tabla 39), las personas con normopeso volvían a tener el mayor porcentaje en la categoría de muy buena calidad de vida (χ^2 de Pearson 255,688; $p = .000$).

Tabla 39. Calidad de vida percibida por categorías del IMC		
CALIDAD DE VIDA	NORMOPESO	SOBREPESO/OBESIDAD
Muy mala	0,2 %	0,6 %
Mala	1,6 %	3,4 %
Regular	18,3 %	27,2 %
Buena	62,1 %	57,1 %
Muy buena	17,7 %	11,6 %
Total (n)	14.355	3.714

Fuente: elaboración propia.

Con respecto a cómo la pandemia ha influido en ambas variables según el IMC presente en la muestra, se puede comprobar las siguientes tablas 40 y

41 (influencia en el estado de salud: χ^2 de Pearson 92,671; $p = .000$; influencia en la calidad de vida percibida: χ^2 de Pearson 39,697; $p = .000$).

Tabla 40. Influencia de la pandemia en el estado de salud general percibido por categorías de IMC				
IMC	A PEOR	NO HA INFLUIDO	A MEJOR	TOTAL (n)
Normopeso	47,4 %	36,2 %	15,6 %	14.359
Sobrepeso/obesidad	56,2 %	29,9 %	13,2 %	3.718

Fuente: elaboración propia.

Tabla 41. Influencia de la pandemia en la calidad de vida percibida por categorías de IMC				
IMC	A PEOR	NO HA INFLUIDO	A MEJOR	TOTAL (n)
Normopeso	43,8 %	41,9 %	13,8 %	14.330
Sobrepeso/obesidad	49,3 %	36,9 %	13,5 %	3.708

Fuente: elaboración propia.

5.3. Estilo de vida

5.3.1. Calidad del sueño (cuestionario MOS-SLEEP-6)

A continuación, se procedió a estudiar la calidad del sueño a través del cuestionario MOS-SLEEP-6.

El resultado de este cuestionario se puede observar en la tabla 44, con los porcentajes de respuesta de cada opción en cada uno de los ítems. Además, se incluye, a continuación de la tabla, el análisis de las preguntas sobre la influencia del teléfono móvil y la pandemia en la calidad del sueño percibida (ver tablas 42 y 43).

Tabla 42. Porcentaje de respuestas en el cuestionario MOS-SLEEP-6

	FRECUENCIA DE DESCANSAR LO SUFICIENTE	FRECUENCIA DE DESPERTAR CON SENSACIÓN DE AHOGO O DOLOR DE CABEZA	FRECUENCIA DE PROBLEMAS PARA CONCILIAR EL SUEÑO	FRECUENCIA DE DESPERTAR Y COSTAR VOLVERSE A DORMIR	FRECUENCIA DE DIFICULTAD PARA PERMANECER DESPIERTO/A DURANTE EL DÍA	FRECUENCIA DE DORMIR LO NECESARIO
Nunca	3,7 %	35,2 %	12,4 %	28,5 %	23,8 %	6,3 %
Pocos días	25,4 %	29,1 %	26,7 %	32,1 %	35,1 %	26,0 %
Algunos días	32,0 %	25,9 %	32,1 %	25,8 %	27,5 %	26,8 %
Mayoría de los días	33,2 %	8,6 %	20,4 %	10,2 %	11,0 %	34,3 %
Siempre	5,7 %	1,2 %	8,4 %	3,3 %	2,5 %	6,5 %
Total (n)	18.055	18.042	18.032	18.022	18.011	18.009

Fuente: elaboración propia.

Tabla 43. Influencia del teléfono móvil y la pandemia en la calidad del sueño percibida

INFLUENCIA DEL TELÉFONO MÓVIL EN LA CALIDAD DEL SUEÑO PERCIBIDA	PORCENTAJE	TOTAL (n)
Sí, empeora mi calidad del sueño	64,1 %	11.548
No ha influido	33,7 %	6.070
Sí, mejora mi calidad del sueño	2,2 %	397
Total (n)	100 %	18.015
INFLUENCIA DE LA PANDEMIA EN LA CALIDAD DEL SUEÑO PERCIBIDA	PORCENTAJE	TOTAL (n)
Desde entonces mi calidad del sueño ha empeorado	32,9 %	5.912
No ha influido	62,2 %	11.192
Desde entonces mi calidad del sueño ha mejorado	5,0 %	892
Total (n)	100 %	17.996

Fuente: elaboración propia.

Una vez codificadas las respuestas, se ha calculado la puntuación del cuestionario (rango 6-30), de tal manera que cuanto más alta es la puntuación,

mayor es la calidad del sueño. Se pueden comprobar los estadísticos descriptivos a continuación.

Tabla 44. Estadísticos descriptivos de la corrección del cuestionario MOS-SLEEP-6

ESTADÍSTICOS DESCRIPTIVOS DE LA CORRECCIÓN DEL CUESTIONARIO MOS-SLEEP-6	
n	17.999
Media	20,6
Mediana	21
Desviación	4,292

Fuente: elaboración propia.

Teniendo en cuenta la mediana del cuestionario, se calculó que el 54,7 % presentó una peor calidad del sueño, en contraposición al 45,3 %, que sí tuvo una buena calidad del sueño. Además, el 64,1 % de la muestra admitió que el teléfono móvil interfería en esta.

Al analizar la calidad del sueño según el sexo, el porcentaje alcanzado sobre la buena calidad del sueño era superior en hombres (55,2 %) que en mujeres (40,7 %) con diferencias estadísticamente significativas (χ^2 de Pearson 337,791; $p = .000$). Por consiguiente, el 59,3 % de las mujeres presentaron

una peor calidad del sueño en comparación con los hombres (44,8 %).

De hecho, según el Odds Ratio calculado, las mujeres tienen una posibilidad de 1,795 veces de tener peor calidad de sueño que los hombres. Además, son las mujeres las que señalaron en mayor medida que el móvil tiene una mayor interferencia negativa con su calidad del sueño (65,2 frente al 62,4 % de los hombres). Solo el 2,0 y el 2,5 % de mujeres y hombres, respectivamente, señalaron

que les influyó el teléfono móvil a su calidad del sueño de forma positiva (χ^2 de Pearson 15,160; $p = .001$).

Al analizar pormenorizadamente las 6 preguntas que componen el cuestionario sobre calidad del sueño (MOS-SLEEP-6) según el sexo, se puede comprobar en la siguiente tabla 45 que el porcentaje de respuestas que indicaban una peor calidad del sueño era superior, indicando una peor calidad del mismo tanto en hombres como en mujeres.

Tabla 45. Preguntas del cuestionario MOS-SLEEP-6 según el sexo				
	OPCIONES DE RESPUESTA	MUJERES	HOMBRES	TOTAL (n)
Frecuencia de descansar lo suficiente*	Nunca	3,8 %	3,2 %	645
	Pocos días	26,9 %	22,1 %	4.528
	Algunos días	32,8 %	30,4 %	5.714
	La mayoría de los días	31,7 %	36,8 %	5.949
	Siempre	4,8 %	7,5 %	1.014
Frecuencia de despertar con sensación de ahogo o dolor de cabeza*	Nunca	30,8 %	44,7 %	6.290
	Pocos días	28,9 %	29,6 %	5.192
	Algunos días	28,9 %	19,6 %	4.621
	La mayoría de los días	10,2 %	5,0 %	1.527
	Siempre	1,2 %	1,0 %	207
Frecuencia de problemas para conciliar el sueño*	Nunca	10,9 %	15,7 %	2.218
	Pocos días	25,5 %	29,4 %	4.769
	Algunos días	32,5 %	31,3 %	5.726
	La mayoría de los días	22,0 %	17,0 %	3.632
	Siempre	9,1 %	6,7 %	1.482
Frecuencia de despertar y que cueste volver a dormir*	Nunca	25,5 %	34,9 %	5.081
	Pocos días	31,5 %	33,3 %	5.721
	Algunos días	27,9 %	21,7 %	4.608
	La mayoría de los días	11,5 %	7,5 %	1.824
	Siempre	3,6 %	2,6 %	584
Frecuencia de dificultad para permanecer despierto durante el día*	Nunca	21,4 %	29,2 %	4.254
	Pocos días	34,5 %	36,7 %	6.268
	Algunos días	29,4 %	23,7 %	4.908
	La mayoría de los días	12,0 %	8,5 %	1.939
	Siempre	2,7 %	1,9 %	438
Frecuencia de dormir lo necesario*	Nunca	6,9 %	4,9 %	1.111
	Pocos días	28,3 %	21,4 %	4.640
	Algunos días	27,3 %	25,8 %	4.775
	La mayoría de los días	32,0 %	39,4 %	6.118
	Siempre	5,6 %	8,4 %	1.161

Fuente: elaboración propia.

* Significativo estadísticamente ($p = .000$).

En las categorías máximas que indican baja calidad del sueño, las mujeres presentaron porcentajes más altos que los hombres, en algunos ítems de forma significativa ("Frecuencia de problemas para conciliar el sueño" o "Frecuencia de dormir lo necesario").

Al analizar la influencia de la pandemia en la calidad del sueño, las mujeres que afirmaron que les influyó negativamente alcanzaron el 35,8 % en contraposición a los hombres (26,7 %) (χ^2 de Pearson 147,700; $p = .000$).

En cuanto al análisis por *áreas de conocimiento*, el grupo de Artes y Humanidades obtuvo la media más baja (20,16 con una desviación de 4,418) y el grupo de Ingeniería y Arquitectura, la más alta, incluso por encima de la media global (21,12 y 4,365 de desviación). Se pueden comprobar el resto de estadísticos en la tabla 46.

Tabla 46. Estadísticos descriptivos de la corrección del cuestionario MOS-SLEEP por áreas de conocimiento

ÁREAS	MEDIA	DESVIACIÓN	TOTAL (n)
Artes y Humanidades	20,16	4,418	2.365
Ciencias	20,72	4,311	1.809
Ciencias de la Salud	20,80	4,154	5.244
Ciencias Sociales y Jurídicas	20,31	4,266	5.485
Ingeniería y Arquitectura	21,12	4,365	2.636

Fuente: elaboración propia.

Además, en términos de porcentaje, se pueden comprobar en la tabla 47 por *áreas de conocimiento* (χ^2 de Pearson 73,544; $p = .000$).

Tabla 47. Porcentajes sobre calidad del sueño por áreas de conocimiento

	1	2	3	4	5
Peor calidad del sueño	58,4 %	53,1 %	53,3 %	58,2 %	49,6 %
Mejor calidad del sueño	41,6 %	46,9 %	46,7 %	41,8 %	50,4 %

Fuente: elaboración propia.

Nota: 1: Artes y Humanidades; 2: Ciencias; 3: Ciencias de la Salud; 4: Ciencias Sociales y Jurídicas; 5: Ingeniería y Arquitectura.

Las diferencias en los resultados sobre la influencia del teléfono móvil en la calidad del sueño por *áreas de conocimiento* no fueron relevantes en comparación con las medias globales, a excepción de los grupos de Ingeniería y Arquitectura, que afirmaron verse afectados negativamente en un 59,8 %, y Artes y Humanidades con un 60,3 %; porcentajes inferiores al global (64,1 %). Estos resultados son estadísticamente significativos (χ^2 de Pearson 72,288; $p = .000$). Se pueden ver en la siguiente tabla 48.

Tabla 48. Interferencia del móvil en la calidad del sueño por áreas de conocimiento

	1	2	3	4	5
Empeora la calidad del sueño	60,3 %	63,1 %	66,3 %	66,6 %	59,8 %
No influye	36,5 %	34,5 %	31,8 %	31,3 %	38,1 %
Mejora la calidad del sueño	3,2 %	2,4 %	1,9 %	2,1 %	2,1 %
Total (n)	2.367	1.810	5.249	5.492	2.637

Fuente: elaboración propia.

Nota: 1: Artes y Humanidades; 2: Ciencias; 3: Ciencias de la Salud; 4: Ciencias Sociales y Jurídicas; 5: Ingeniería y Arquitectura.

Respecto a la influencia de la pandemia en la calidad del sueño, se pueden apreciar las diferencias en la tabla 49 (χ^2 de Pearson 55,599; $p = .000$).

Tabla 49. Interferencia de la pandemia en la calidad del sueño por áreas de conocimiento					
	1	2	3	4	5
Desde entonces la calidad del sueño ha empeorado	34,7 %	33,5 %	30,7 %	35,2 %	29,4 %
No ha influido	60,2 %	62,1 %	64,7 %	59,2 %	65,8 %
Desde entonces la calidad del sueño ha mejorado	5,1 %	4,4 %	4,7 %	5,6 %	4,7 %
Total (n)	2.367	1.808	5.248	5.479	2.635

Fuente: elaboración propia.

Nota: 1: Artes y Humanidades; 2: Ciencias; 3: Ciencias de la Salud; 4: Ciencias Sociales y Jurídicas; 5: Ingeniería y Arquitectura.

Destacó el grupo de Ciencias Sociales y Jurídicas, al que le afectó más la pandemia negativamente a su calidad del sueño percibida en comparación con el porcentaje global (35,2 frente al 32,9 %). Al mismo tiempo, esta área es la que reportó un porcentaje más alto de afectación positiva (5,6 %). Por el contrario, el área de Ingeniería y Arquitectura fue

el grupo con el porcentaje más bajo de afectación negativa de la pandemia (29,4 %).

Comparando a la muestra según los *convivientes*, se puede apreciar la mejor calidad del sueño en la tabla 50.

Tabla 50. Porcentaje de mayor calidad del sueño según convivientes de la muestra ordenados de mayor a menor							
CALIDAD DEL SUEÑO	1	2	3	4	5	6	7
Peor calidad del sueño	53,1 %	49,1 %	55,0 %	57,4 %	58,2 %	54,7 %	57,1 %
Mejor calidad del sueño	46,9 %	50,9 %	45,0 %	42,6 %	41,8 %	45,3 %	42,9 %
Total (n)	8.931	1.221	694	540	5.461	1.036	77

Fuente: elaboración propia.

Nota: 1: con los padres; 2: con la pareja; 3: viviendo solos; 4: con otros familiares; 5: con compañeros de piso; 6: en residencias universitarias; 7: unidad familiar propia.

El grupo con la mayor calidad del sueño fue el que convivía con su pareja (50,9 %), en comparación con los que lo hacían con compañeros de piso (41,8 %), con diferencias significativas estadísticamente (χ^2 de Pearson 56,162; $p = .000$).

se observa que las personas con normopeso tenían una mayor calidad del mismo (46,0 %) que las que tenían sobrepeso/obesidad (42,9 %) de forma estadísticamente significativa (χ^2 de Pearson 10,739; $p = .001$).

El grupo con el porcentaje más alto de afectación del teléfono móvil a la calidad del sueño fue el de compañeros de piso (68,3 %), seguidos por los que convivían en residencias universitarias (65,2 %) y con sus padres (63,2 %). El porcentaje más bajo lo presentó el grupo que vivía en su unidad familiar propia (46,8 %), con diferencias significativas también (χ^2 de Pearson 124,237; $p = .000$).

Las personas con sobrepeso/obesidad tienen un 1,133 más posibilidades de tener una peor calidad del sueño que las personas con normopeso, según el cálculo realizado de los Odds Ratio.

Hay que destacar que la afectación de la pandemia a la calidad del sueño según los convivientes no resultó ser estadísticamente significativo (χ^2 de Pearson 18,922; $p = .168$).

Por otro lado, el grupo con sobrepeso/obesidad fue al que más le afectó la pandemia a la calidad del sueño (36,2 frente al 32,0 % de personas con normopeso) (χ^2 de Pearson 39,725; $p = .000$). Sin embargo, ocurre lo contrario con respecto a la interferencia del teléfono móvil a la calidad del sueño, donde la afectación negativa del grupo con normopeso supera al de las personas con sobrepeso/obesidad (65,0 frente al 61,1 %) (χ^2 de Pearson 24,038; $p = .000$).

Por último, al analizar la calidad del sueño según las categorías del *IMC* que presentaba la muestra,

5.3.2. Consumo de alcohol (cuestionario AUDIT)

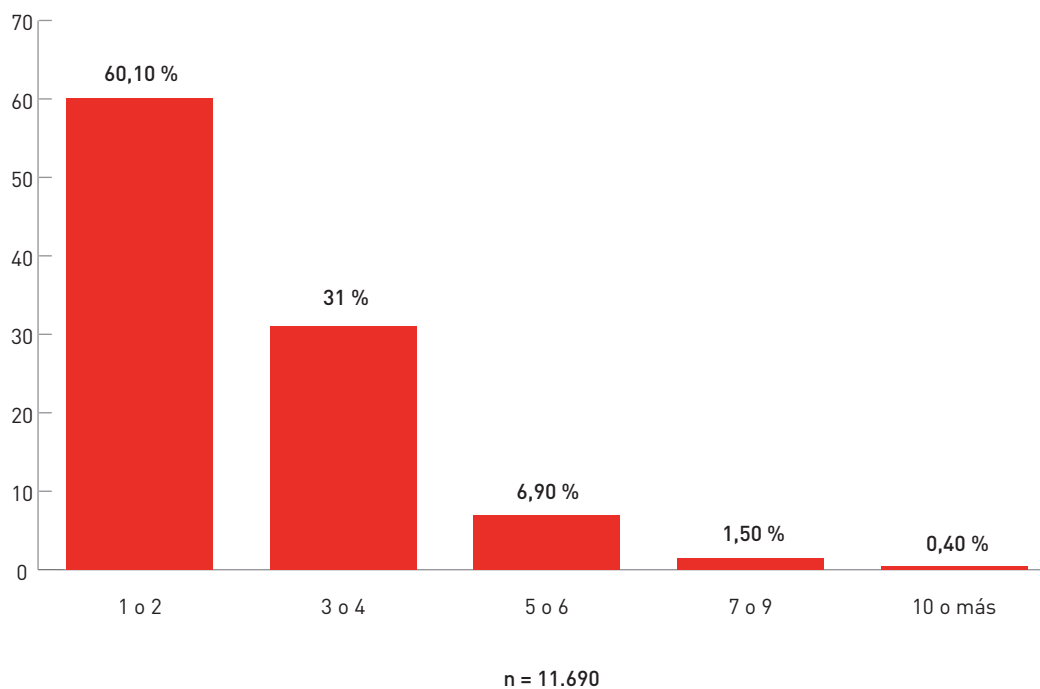
Para analizar el perfil del consumo de alcohol de la muestra se pueden observar las siguientes tablas 51 y 52 y las figuras 19 y 20 con los distintos ítems del cuestionario AUDIT.

Tabla 51. Frecuencia en el consumo de alcohol en la muestra

FRECUENCIA EN EL CONSUMO DE ALCOHOL	PORCENTAJE	TOTAL (n)
Nunca	19,3 %	3.432
Una o menos veces al mes	25,5 %	4.529
2 o 4 veces al mes	36,5 %	6.486
2 o 3 veces a la semana	16,6 %	2.940
4 o más veces a la semana	2,0 %	361
Total (n)	100 %	17.748

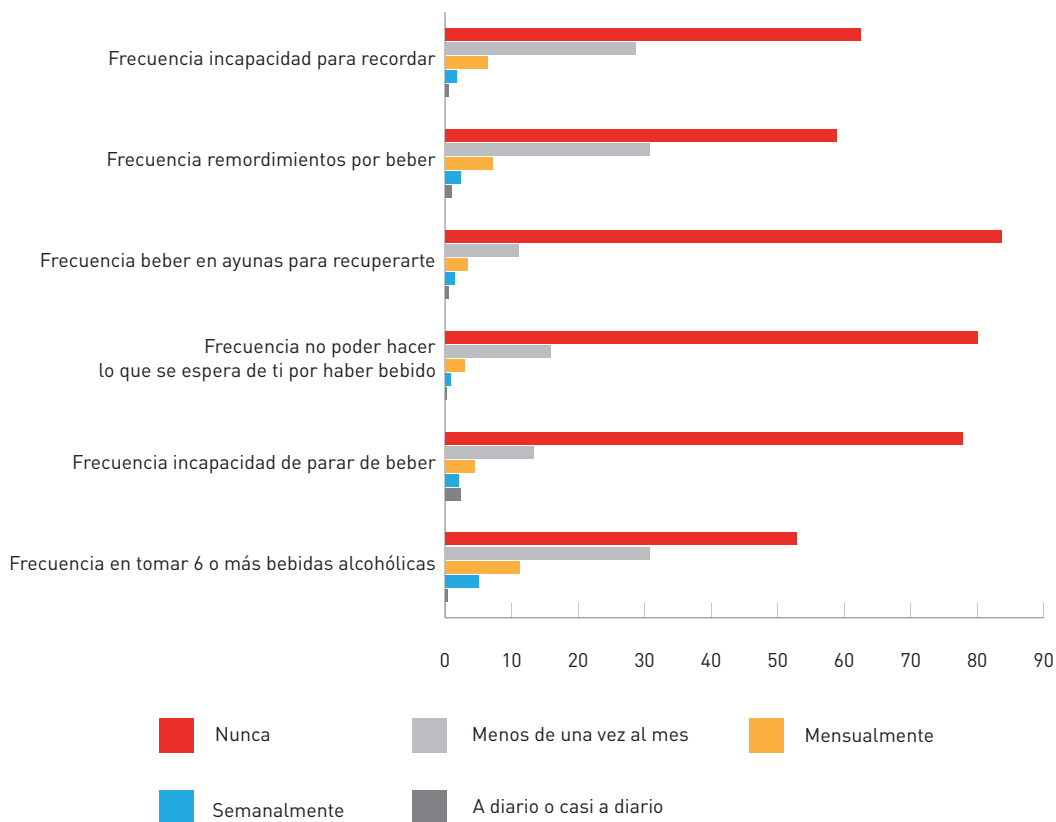
Fuente: elaboración propia.

Figura 19. Consumiciones de alcohol en un día normal en la muestra



Fuente: elaboración propia.

Figura 20. Ítems del 3 al 8 del cuestionario AUDIT



Fuente: elaboración propia.

Con respecto a las dos últimas preguntas del cuestionario AUDIT, se pueden observar los resultados a continuación (ver tabla 52).

Seguidamente, se encuentran los resultados de la corrección del cuestionario en la tabla 53.

Tabla 52. Últimos ítems del cuestionario AUDIT

ÍTEMS	RESPUESTAS	PORCENTAJE	FRECUENCIA (n)
Heridos por haber bebido	No	92,8 %	16.322
	Sí, pero no en el curso del último año	4,3 %	754
	Sí, en el último año	2,9 %	505
	Total (n)	100 %	17.581
Preocupación externa por beber	No	94,5 %	16.609
	Sí, pero no en el curso del último año	2,7 %	478
	Sí, en el último año	2,8 %	486
	Total (n)	100 %	17.573

Fuente: elaboración propia.

Tabla 53. Resultados de la corrección del cuestionario AUDIT

CATEGORÍAS	PORCENTAJE	FRECUENCIA
Riesgo bajo	76,0 %	10.759
Riesgo medio	19,9 %	2.818
Riesgo alto	2,5 %	357
Probable adicción	1,6 %	221
Total (n)	100 %	14.155

Fuente: elaboración propia.

Analizando las respuestas obtenidas, se puede afirmar que, a pesar de que el 36,5 % de la muestra consumía alcohol de 2 a 4 veces al mes, existe un riesgo general bajo de adicción al mismo.

En cuanto a la influencia de la pandemia en el consumo de alcohol de la muestra (n = 17.572), el 75,2 % declaró que no le afectó. El 16,0 % señaló que, desde entonces, bebía menos o dejó de beber; y, por el contrario, el 8,8 % afirmó que bebía más o había empezado a beber.

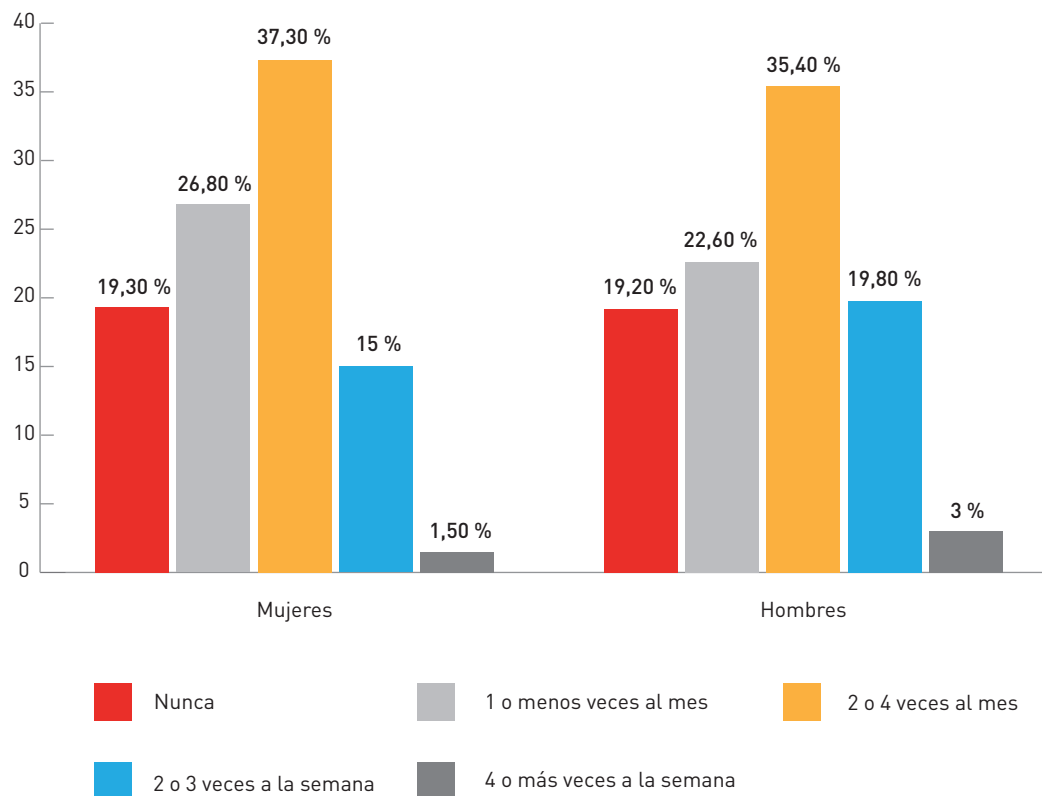
Analizando el cuestionario AUDIT según el sexo, se encontró que las mujeres tenían un riesgo más bajo que los hombres de adicción al alcohol (78,4

frente al 71,0 % de los hombres). Las mujeres con un riesgo medio-alto de adicción constituyeron el 20,4 % y, los hombres, el 25,9 %. En cuanto a la categoría de "probable adicción", las mujeres obtuvieron un 1,3 frente al 2,1 % de los hombres; diferencias que son estadísticamente significativas (χ^2 de Pearson 94,118; p = .000).

Los hombres tenían un 1,481 de posibilidades de tener un riesgo medio-alto o probable adicción en comparación con las mujeres, según sus Odds Ratio.

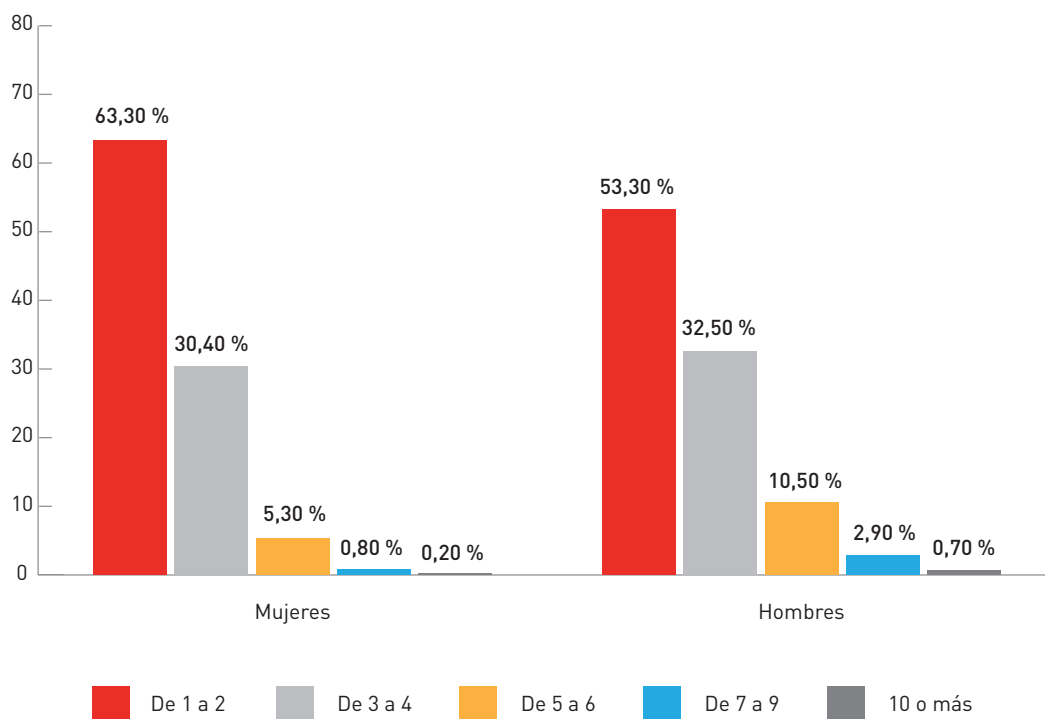
Las distintas preguntas del cuestionario AUDIT según el sexo se pueden analizar en la tabla 54 y en las figuras 21 y 22 que aparecen a continuación.

Figura 21. Respuestas según el sexo sobre la frecuencia en el consumo de alcohol



Fuente: elaboración propia (χ^2 de Pearson 129,211; p = .000).

Figura 22. Respuestas según el sexo sobre las consumiciones de alcohol en un día normal



Fuente: elaboración propia (χ^2 de Pearson 298,967; $p = .000$).

Tabla 54. Preguntas del cuestionario AUDIT según el sexo

PREGUNTAS	CATEGORÍAS DE RESPUESTA	MUJERES	HOMBRES	TOTAL (n)
Frecuencia de tomar 6 o más bebidas alcohólicas*	Nunca	58,9 %	40,0 %	7.481
	Menos de una vez al mes	28,6 %	35,7 %	4.376
	Mensualmente	8,8 %	16,3 %	1.587
	Semanalmente	3,4 %	7,5 %	674
	A diario o casi a diario	0,3 %	0,5 %	48
Frecuencia de incapacidad de parar de beber*	Nunca	79,6 %	73,8 %	10.949
	Menos de una vez al mes	12,4 %	15,4 %	1.882
	Mensualmente	4,1 %	5,5 %	641
	Semanalmente	1,7 %	2,7 %	290
	A diario o casi a diario	2,2 %	2,6 %	328
Frecuencia de no poder hacer lo que se esperaba por haber bebido*	Nunca	80,8 %	78,5 %	11.273
	Menos de una vez al mes	15,6 %	16,4 %	2.235
	Mensualmente	2,6 %	3,7 %	419
	Semanalmente	0,7 %	1,1 %	114
	A diario o casi a diario	0,2 %	0,3 %	34
Frecuencia de beber en ayunas para recuperarse*	Nunca	84,0 %	82,8 %	11.762
	Menos de una vez al mes	11,0 %	10,9 %	1.545
	Mensualmente	3,2 %	3,9 %	478
	Semanalmente	1,4 %	1,7 %	212
	A diario o casi a diario	0,4 %	0,6 %	65
Frecuencia de remordimientos por beber	Nunca	58,6 %	59,4 %	8.279
	Menos de una vez al mes	30,9 %	30,5 %	4.325
	Mensualmente	7,1 %	7,1 %	998
	Semanalmente	2,3 %	2,1 %	315
	A diario o casi a diario	1,1 %	0,8 %	142

Continúa

Tabla 54. Preguntas del cuestionario AUDIT según el sexo

PREGUNTAS	CATEGORÍAS DE RESPUESTA	MUJERES	HOMBRES	TOTAL (n)
Frecuencia de incapacidad para recordar*	Nunca	62,8 %	62,0 %	8.785
	Menos de una vez al mes	29,4 %	27,4 %	4.042
	Mensualmente	5,7 %	7,9 %	901
	Semanalmente	1,6 %	2,0 %	244
	A diario o casi a diario	0,5 %	0,8 %	79
Heridos por haber bebido*	No	93,5 %	91,7 %	16.145
	Sí, pero no en el curso del último año	3,7 %	5,3 %	737
	Sí, en el último año	2,8 %	3,0 %	498
Preocupación externa por beber*	No	95,2 %	93,2 %	16.420
	Sí, pero no en el curso del último año	2,4 %	3,4 %	469
	Sí, en el último año	2,5 %	3,4 %	482

Fuente: elaboración propia.

* Significativo estadísticamente ($p < .05$).

De forma general, en las categorías que indican un bajo consumo alcohólico, el porcentaje de las mujeres es mayor que el de los hombres (salvo el ítem "Frecuencia de remordimientos por beber"), indicando un menor consumo.

Dentro de la pregunta sobre la influencia de la pandemia, más mujeres refirieron beber menos desde entonces en comparación con los hombres (16,8 y 14,5 %, respectivamente). El 76,3 % de los hombres

afirmaron que no les había influido frente al 74,6 % de las mujeres, con diferencias significativas estadísticamente (χ^2 de Pearson 15,018; $p = .001$).

Respecto a las diferencias entre la puntuación del cuestionario por *áreas de conocimiento*, se puede comprobar en la tabla 55, cuyas diferencias también son estadísticamente significativas (χ^2 de Pearson 53,023; $p = .000$).

Tabla 55. Resultados de la corrección del cuestionario AUDIT por áreas de conocimiento

CORRECCIÓN AUDIT	ARTES Y HUMANIDADES	CIENCIAS	CIENCIAS DE LA SALUD	CIENCIAS SOCIALES Y JURÍDICAS	INGENIERÍA Y ARQUITECTURA
Riesgo bajo	78,8 %	77,2 %	77,5 %	72,2 %	76,6 %
Riesgo medio	17,6 %	19,3 %	18,8 %	22,6 %	19,8 %
Riesgo alto	2,1 %	2,0 %	2,4 %	3,2 %	2,2 %
Probable adicción	1,6 %	1,5 %	1,4 %	1,9 %	1,3 %
Total (n)	1.780	1.383	4.210	4.374	2.007

Fuente: elaboración propia.

Destacaron el grupo de Ciencias Sociales y Jurídicas por tener un porcentaje del 1,9 % en probable adicción (mayor al 1,6 % del resto de universidades). Del mismo modo, también resaltó el alumnado de Ciencias Sociales y Jurídicas por tener un riesgo medio-alto superior al porcentaje global (25,8 frente al 22,4 % global).

Respecto a la influencia de la pandemia en el consumo de alcohol de la población distribuida por áreas de conocimiento, se encontraron diferencias relevantes y significativas estadísticamente (χ^2 de Pearson 28,862; $p = .000$) en los grupos de Artes y Humanidades y Ciencias Sociales y Jurídicas, que desde entonces bebieron más o empezaron a beber en un 9,8 y 9,9 %, respectivamente, en comparación con el 8,8 % global, como se puede observar en la tabla 56.

Tabla 56. Influencia de la pandemia en el consumo de alcohol por áreas de conocimiento

ÁREA	ARTES Y HUMANIDADES	CIENCIAS	CIENCIAS DE LA SALUD	CIENCIAS SOCIALES Y JURÍDICAS	INGENIERÍA Y ARQUITECTURA
Desde entonces bebo menos	14,7 %	17,0 %	15,8 %	16,7 %	15,3 %
No ha influido	75,4 %	75,2 %	75,6 %	73,5 %	77,5 %
Desde entonces bebo más	9,8 %	7,8 %	8,6 %	9,9 %	7,2 %
Total (n)	2.321	1.766	5.140	5.339	2.557

Fuente: elaboración propia.

Cabe resaltar las diferencias en las puntuaciones del cuestionario en función de los *convivientes* de la muestra, como se puede ver a continuación en la tabla 57. En ella, hay un mayor porcentaje en el

riesgo medio, alto y probable adicción en las personas que vivían en residencias universitarias, con diferencias significativas (χ^2 de Pearson 164,074; $p = .000$).

Tabla 57. Puntuación del cuestionario AUDIT según convivientes de la muestra

CONVIVIENTES	1	2	3	4	5	6	7
Riesgo bajo	78,7 %	84,0 %	76,3 %	77,9 %	71,1 %	68,9 %	92,7 %
Riesgo medio	17,9 %	12,7 %	18,4 %	17,9 %	23,9 %	25,7 %	5,5 %
Riesgo alto	2,1 %	1,8 %	4,1 %	2,5 %	3,0 %	3,2 %	1,8 %
Probable adicción	1,3 %	1,4 %	1,3 %	1,7 %	2,0 %	2,1 %	0,0 %
Total (n)	6.761	926	539	407	4.535	839	55

Fuente: elaboración propia.

Nota: 1: con los padres; 2: con la pareja; 3: viviendo solos; 4: con otros familiares; 5: con compañeros de piso; 6: en residencias universitarias; 7: unidad familiar propia.

Con respecto a qué grupo ha bebido menos o ha dejado de beber a raíz de la pandemia, destaca el que convivía con compañeros de piso (18,2 %). Al grupo que más le ha afectado bebiendo más o empezando a beber es el que vivía en residencias universitarias (11,1 %), muy seguido del que convivía con compañeros de piso (10,0 %), con diferencias significativas (χ^2 de Pearson 89,295; $p = .000$).

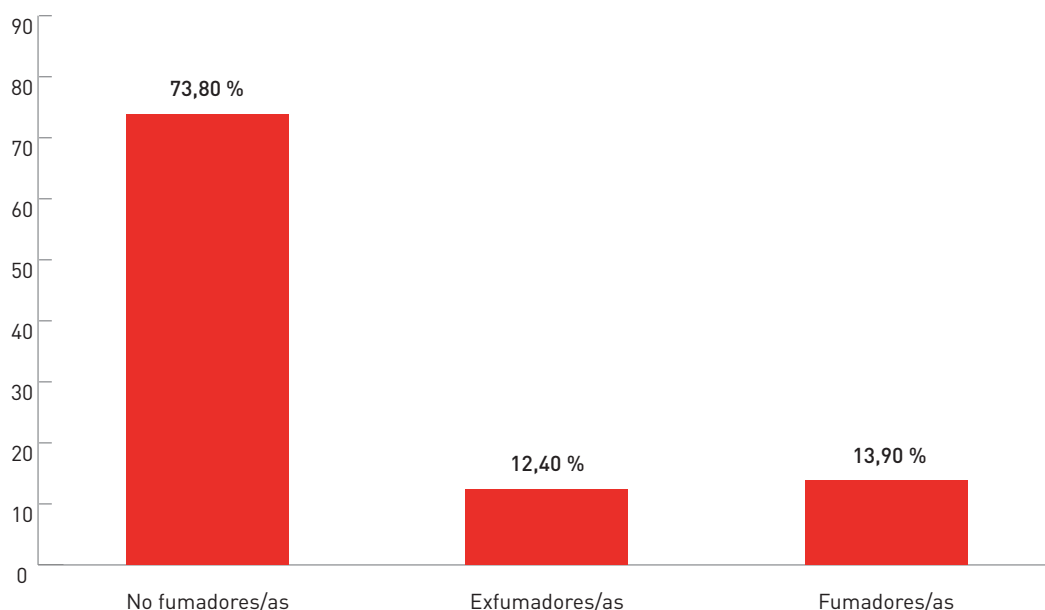
Por último, con respecto al *IMC* de la muestra, el riesgo más bajo lo presentaron las personas con obesidad/sobrepeso (76,4 %) frente a las que tenían normopeso (75,9 %). El riesgo medio-alto de las personas con normopeso fue de 22,6 frente al 21,6 % de las personas con sobrepeso/obesidad. En cuanto a la probable adicción al alcohol, el porcentaje superior fue el de las personas con sobrepeso/obesidad con un 1,9 frente al 1,4% de las personas con normopeso. No obstante, estas diferencias en los grupos no resultaron estadísticamente significativas (χ^2 de Pearson 4,925; $p = .177$).

La pandemia les ha afectado a las personas con normopeso en un 9,0 % de los casos, y a las personas con sobrepeso/obesidad, en el 8,4 %, ya que han empezado a beber o bebían más durante este período. El grupo de personas con normopeso era el que menos ha bebido o ha dejado de beber (16,1 frente al 15,5 %), siendo el grupo de personas con sobrepeso/obesidad a los que menos les ha influido (76,1 frente al 74,9 %). Estas diferencias, asimismo, tampoco resultaron estadísticamente significativas (χ^2 de Pearson 2,065; $p = .356$).

5.3.3. Consumo de tabaco (cuestionario Fagerström)

En la figura 23 se puede comprobar la proporción de la muestra que es o era fumadora y no fumadora.

Figura 23. Porcentaje de personas fumadoras/no fumadoras en la muestra



Fuente: elaboración propia.

Respecto a la primera pregunta del test empleado para evaluar la dependencia al tabaco de la población (cuestionario Fagerström), se puede

comprobar los resultados a continuación en la tabla 58.

Tabla 58. Primera pregunta del cuestionario Fagerström

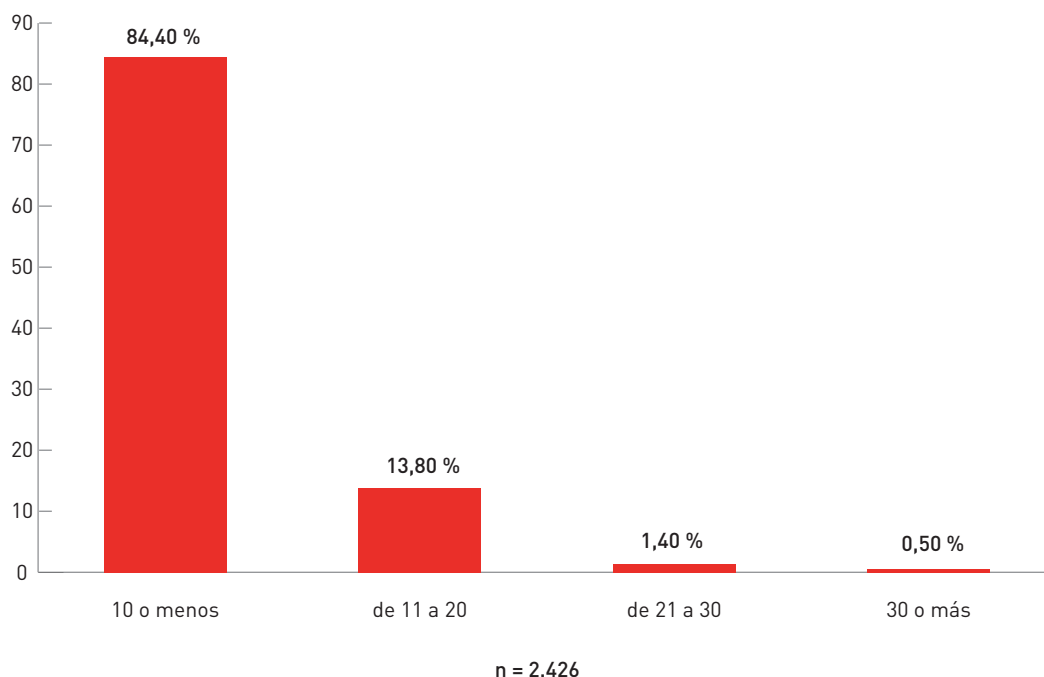
	PORCENTAJE	TOTAL (n)
Tiempo en fumar después de despertar	Más de 60 minutos	1.473
	Entre 31 y 60 minutos	430
	Entre 6 y 30 minutos	364
	5 minutos o menos	161
Total	100 %	2.428

Fuente: elaboración propia.

Con respecto a las siguientes preguntas del test, el 81,1 % de los encuestados refirió que no presentaba dificultad por no poder fumar en sitios prohibidos, frente al 18,9 % que sí encontraba dificultad. Siguiendo la misma línea, el 77,5 % de la muestra no tenía problemas en renunciar al primer

cigarrillo de la mañana, en comparación con el 22,5 % que los tenía.

Por otro lado, el consumo medio de cigarrillos al día entre la muestra fumadora se puede comprobar en la siguiente figura.

Figura 24. Porcentaje de cigarrillos consumidos al día entre la muestra fumadora

Fuente: elaboración propia.

Además, el 85,7 % refirió no fumar más las primeras horas del día, en contraposición al 14,3 % que sí lo hacía. Un porcentaje similar obtuvo la pregunta sobre si fumaban cigarrillos mientras estaban enfermos (85,2 % afirmó que no lo hacía, frente al 14,8 % que sí).

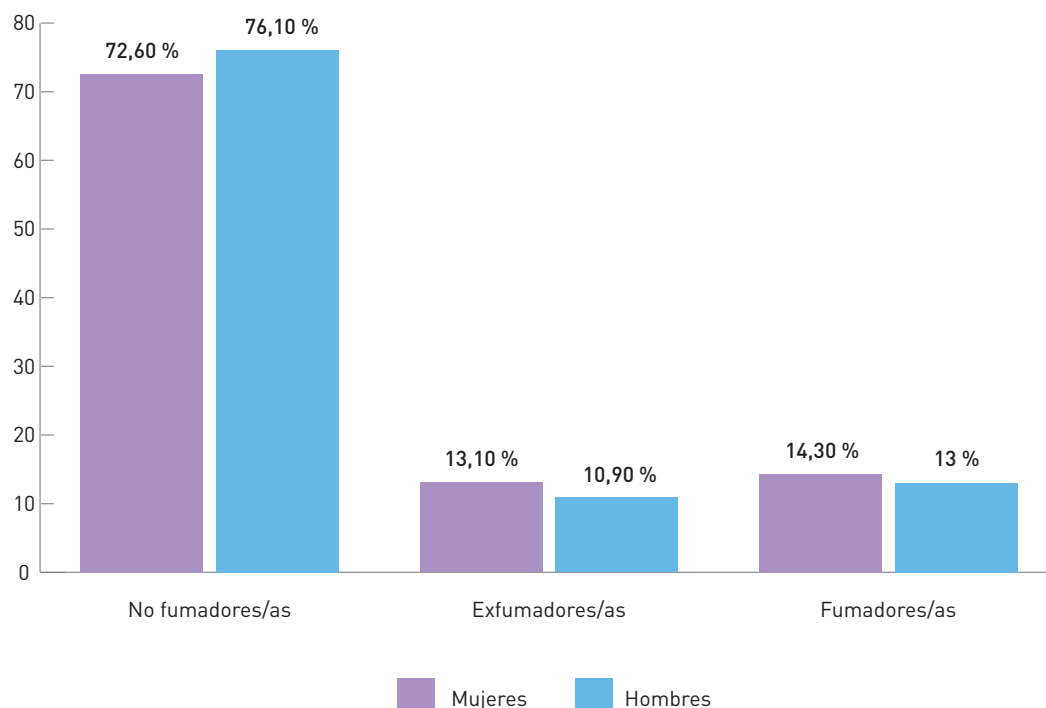
Por último, tras la corrección del cuestionario, se pueden comprobar los resultados de la muestra fumadora en la tabla 59.

Tabla 59. Resultados del cuestionario Fagerström		
CATEGORÍAS	PORCENTAJE	TOTAL (n)
Dependencia baja	83,8 %	2.026
Dependencia media	13,7 %	331
Dependencia alta	2,5 %	61
Total (n)	100 %	2.418

Fuente: elaboración propia.

Con respecto a la influencia de la pandemia en el consumo de tabaco (n = 17.339), el 87,0 % afirmó que no le había influido (no fumaba o fumaba lo mismo); el 7,9 % fumaba más o había empezado a fumar, y el 5,1 % fumaba menos o había dejado de fumar durante la misma.

La prevalencia de consumo tabáquico según el sexo se puede observar en la siguiente figura 25.

Figura 25. Prevalencia del consumo tabáquico por sexo


Fuente: elaboración propia.

Las diferencias señaladas en la figura son estadísticamente significativas (χ^2 de Pearson 26,650; $p = .000$).

El resto de las preguntas del cuestionario Fagerström para consumo tabáquico teniendo en cuenta el sexo se pueden analizar en la siguiente tabla 60.

Tabla 60. Preguntas del cuestionario Fagerström según el sexo

PREGUNTAS DEL CUESTIONARIO		CATEGORÍAS DE RESPUESTA	MUJERES	HOMBRES	TOTAL (n)
Tiempo en fumar después de despertar*		Más de 60 minutos	63,8 %	53,9 %	1.457
		Entre 31 y 60 minutos	17,2 %	18,9 %	425
		Entre 6 y 30 minutos	13,8 %	17,8 %	360
		5 minutos o menos	5,2 %	9,4 %	155
Dificultad por no poder fumar en sitios prohibidos		No	81,4 %	80,5 %	1.953
		Sí	18,6 %	19,5 %	455
Cigarrillo que odiarían renunciar*		Al primero de la mañana	19,6 %	29,0 %	536
		A cualquier otro	80,4 %	71,0 %	1.857
Cigarrillos al día*		10 o menos	86,5 %	79,5 %	2.022
		11-20	12,5 %	16,9 %	331
		21-30	0,9 %	2,5 %	33
		30 o más	0,1 %	1,1 %	9
Fuman más las primeras horas		No	86,6 %	83,6 %	2.054
		Sí	13,4 %	16,4 %	344
Fuman cuando enferman*		No	87,0 %	81,2 %	2.043
		Sí	13,0 %	18,8 %	354

Fuente: elaboración propia.

* Significativo estadísticamente ($p = .000$).

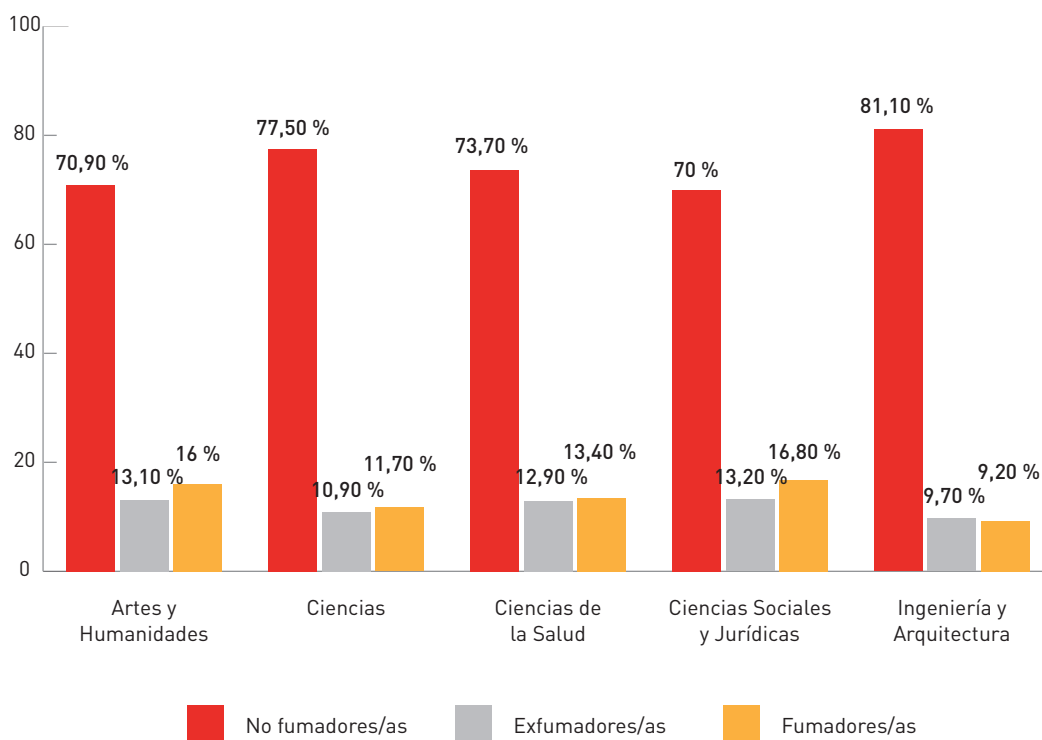
En todas las categorías de respuesta relacionadas con fumar más o tener una mayor dependencia, los hombres superan a las mujeres.

Siguiendo la misma línea, en cuanto a las diferencias por sexo en la corrección del cuestionario, el 13,8 % de las mujeres presentaron una dependencia media-alta frente al 21,2 % de los hombres. Esto quiere decir que los hombres tienen 1,680 más probabilidades de tener una dependencia media-alta que las mujeres, según el Odds Ratio presentado.

Además, las mujeres señalaron haber fumado más durante la pandemia que los hombres (8,3 y 7,0 %, respectivamente); diferencias estadísticamente significativas (χ^2 de Pearson 28,040; $p = .000$).

La prevalencia según las *áreas de conocimiento* se puede observar a continuación (ver figura 26), con una diferencia estadísticamente significativa entre las áreas y las categorías (χ^2 de Pearson 144,234; $p = .000$).

Figura 26. Prevalencia del consumo tabáquico por áreas de conocimiento



Fuente: elaboración propia.

Respecto a la diferencia entre las áreas de conocimiento en los resultados del cuestionario, se pueden comprobar los obtenidos en la tabla 61.

Sin embargo, las diferencias no fueron estadísticamente significativas (χ^2 de Pearson 13,229; $p = .104$).

Tabla 61. Resultados del cuestionario Fagerström por áreas de conocimiento

RESULTADOS FAGERSTRÖM	ARTES Y HUMANIDADES	CIENCIAS	CIENCIAS DE LA SALUD	CIENCIAS SOCIALES Y JURÍDICAS	INGENIERÍA Y ARQUITECTURA
Dependencia baja	81,6 %	84,3 %	85,1 %	83,2 %	87,2 %
Dependencia media	16,3 %	15,2 %	12,2 %	14,1 %	8,9 %
Dependencia alta	2,2 %	0,5 %	2,6 %	2,7 %	3,8 %
Total (n)	369	204	680	893	235

Fuente: elaboración propia.

Por otra parte, el grupo de Ciencias Sociales y Jurídicas fue el que más ha fumado desde la pandemia (9,3 frente al 7,9 % global), muy seguido del área de Artes y Humanidades (9,1 %). El resto de las áreas se pueden comprobar en la siguiente tabla 62,

donde aparecen los resultados sobre la influencia de la pandemia en el consumo tabáquico, esta vez con diferencias estadísticamente significativas (χ^2 de Pearson 60,078; $p = .000$).

Tabla 62. Influencia de la pandemia en el consumo tabáquico por áreas de conocimiento

INFLUENCIA PANDEMIA	1	2	3	4	5
Desde entonces fumo menos o dejé de fumar	5,0 %	5,3 %	5,3 %	5,5 %	4,0 %
No ha influido	85,9 %	88,0 %	86,8 %	85,2 %	90,9 %
Desde entonces fumo más o empecé a fumar	9,1 %	6,7 %	7,9 %	9,3 %	5,1 %
Total (n)	2.290	1.745	5.082	5.267	2.507

Fuente: elaboración propia.

Nota: 1: Artes y Humanidades; 2: Ciencias; 3: Ciencias de la Salud; 4: Ciencias Sociales y Jurídicas; 5: Ingeniería y Arquitectura.

Se analiza en la tabla 63 la prevalencia de consumo tabáquico según los *convivientes*, con diferencias

estadísticamente significativas (χ^2 de Pearson 369,723; $p = .000$).

Tabla 63. Prevalencia del consumo tabáquico según los convivientes de la muestra

PREVALENCIA	1	2	3	4	5	6	7
No fumadores/as	88,0 %	61,7 %	67,2 %	73,6 %	69,9 %	77,0 %	45,2 %
Exfumadores/as	10,8 %	22,0 %	17,7 %	12,6 %	12,3 %	8,9 %	38,4 %
Fumadores/as	11,0 %	16,3 %	15,1 %	13,8 %	17,8 %	14,1 %	16,4 %
Total (n)	8.680	1.201	671	523	5.318	995	73

Fuente: elaboración propia.

Nota: 1: con los padres; 2: con la pareja; 3: viviendo solos; 4: con otros familiares; 5: con compañeros de piso; 6: en residencias universitarias; 7: unidad familiar propia.

Por otro lado, al analizar los resultados del cuestionario según los convivientes del estudio, se pueden analizar las diferencias en la tabla 64.

Tabla 64. Resultados del cuestionario Fagerström por convivientes de la muestra							
RESULTADOS FAGERSTRÖM	1	2	3	4	5	6	7
Dependencia baja	88,0 %	71,6 %	72,0 %	75,3 %	84,7 %	80,7 %	54,5 %
Dependencia media	10,5 %	24,2 %	18,0 %	20,5 %	12,9 %	16,4 %	45,5 %
Dependencia alta	1,5 %	4,1 %	10,0 %	4,1 %	2,3 %	2,9 %	0,0 %
Total (n)	8.562	1.193	670	520	5.297	992	69

Fuente: elaboración propia.

Nota: 1: con los padres; 2: con la pareja; 3: viviendo solos; 4: con otros familiares; 5: con compañeros de piso; 6: en residencias universitarias; 7: unidad familiar propia.

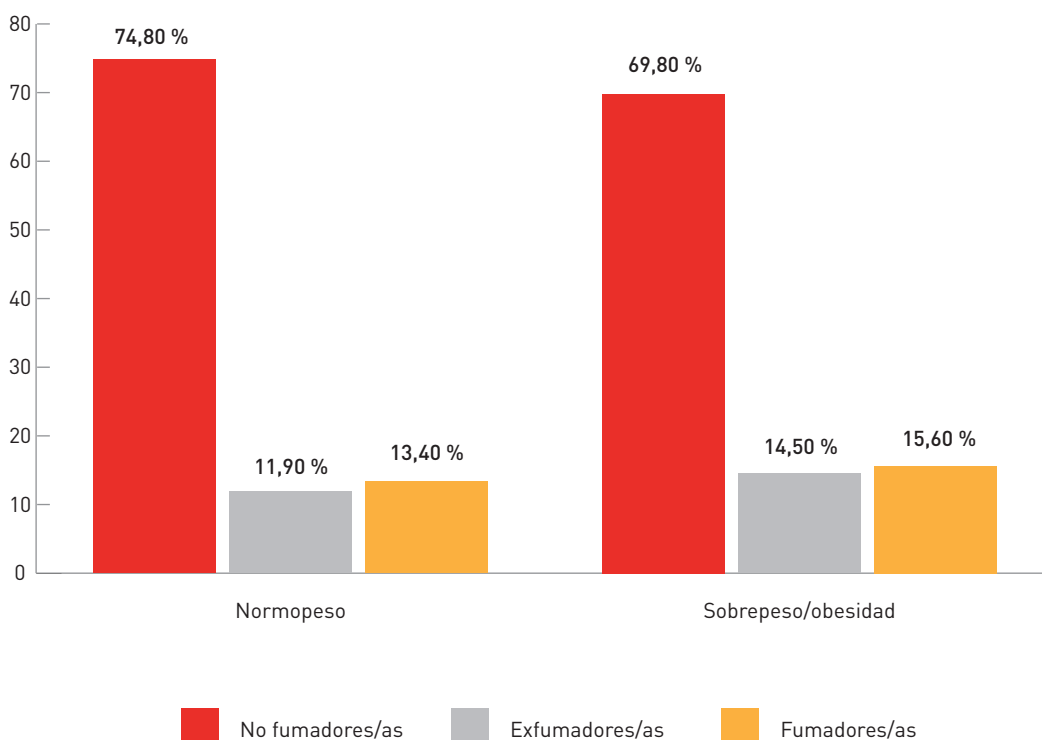
La dependencia alta más elevada la tienen las personas que viven solas (10,0 %) en contraposición al 2,5 % del porcentaje global. Además, las personas que conviven con sus padres tienen el porcentaje más alto en la categoría de "dependencia baja" (88,0 frente al 83,8 % global). Por último, también destacan las personas que viven con la pareja, las que viven solas y las que conviven con otros familiares por tener una dependencia media superior al porcentaje global (13,7 %). Todas estas diferencias fueron estadísticamente significativas (χ^2 de Pearson 74,763; $p = .000$).

Con respecto a la influencia de la pandemia en el consumo tabáquico por convivientes, obviando al

grupo de "otros", los que han dejado de fumar o fuman menos desde este episodio son los que convivían con compañeros de piso y los que vivían solos (ambos 6,0 %). Los que empezaron a fumar o fumaban más desde la pandemia son los que convivían con compañeros de piso (9,9 %) y los que vivían en residencias universitarias (9,0 %) (χ^2 de Pearson 77,864; $p = .000$).

Se analiza también la prevalencia del consumo tabáquico según el IMC de la muestra, con diferencias estadísticamente significativas (χ^2 de Pearson 35,655; $p = .000$) en la figura 27.

Figura 27. Prevalencia del consumo tabáquico según el IMC de las personas encuestadas



Fuente: elaboración propia.

Por último, los resultados del cuestionario Fagerström según el IMC de la muestra se pueden apreciar a continuación.

Tabla 65. Resultados del cuestionario Fagerström según la categoría del IMC de la muestra		
IMC	NORMOPESO	SOBREPESO/OBESIDAD
Dependencia baja	85,3 %	79,4 %
Dependencia media	12,6 %	17,1 %
Dependencia alta	2,1 %	3,4 %
Total (n)	1.820	554

Fuente: elaboración propia.

En la tabla se puede observar que el grupo con sobrepeso/obesidad presentó una dependencia media-alta mayor que el grupo con normopeso (χ^2 de Pearson 11,099; $p = .004$).

En general, las personas con sobrepeso/obesidad tenían 1,506 más probabilidades de tener dependencia media-alta al tabaco, según los Odds Ratio calculados, que las personas con normopeso.

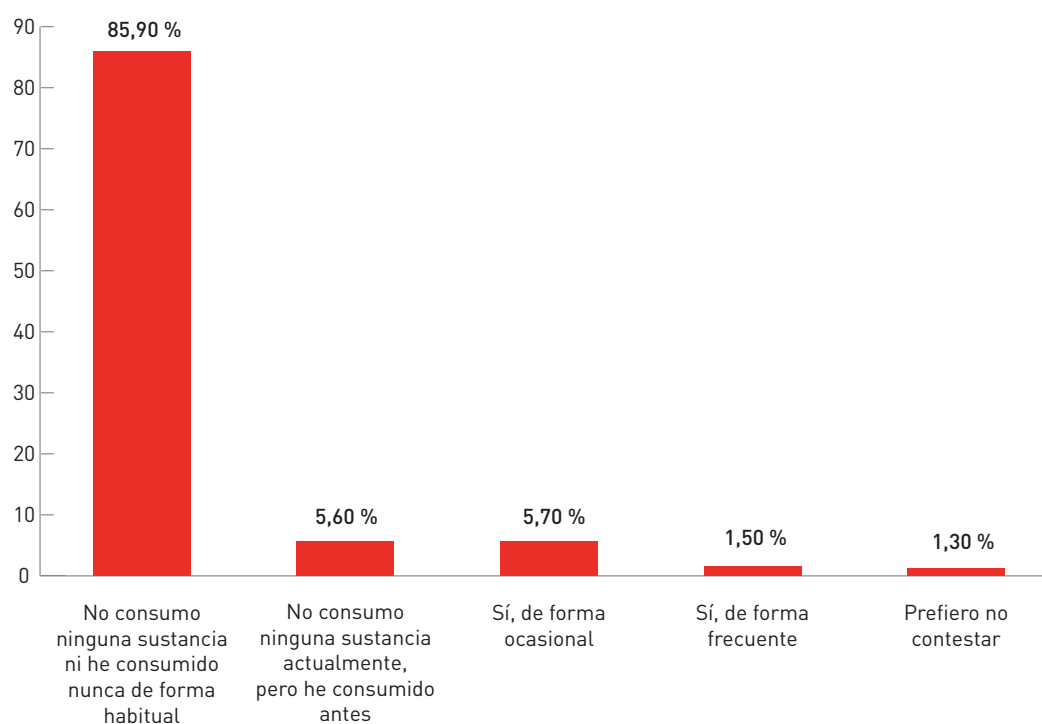
En cuanto a la influencia de la pandemia en el consumo tabáquico, el grupo con sobrepeso/obesidad afirmó fumar menos desde entonces o haber

dejado de fumar en un 5,6 %, en contraposición al 5,1 % de personas con normopeso. Por otro lado, también son los que más han fumado o han empezado a fumar con un 8,8 frente al 7,6 % del grupo de personas con normopeso (χ^2 de Pearson 7,038; $p = .030$).

5.3.4. Consumo de sustancias

El estudio del consumo de sustancias de la muestra se puede observar en la siguiente figura 28.

Figura 28. Porcentaje de consumo de sustancias en toda la muestra



n = 17.403

Fuente: elaboración propia.

Respecto al tipo de sustancias, mayoritariamente la muestra señaló consumir cannabis y otros productos derivados (83,6 %). Además de la proporción de personas que realizaban un consumo de dos o más sustancias diferentes (8,5 %), el resto de las sustancias se encontraban en un porcentaje inferior al 5 %.

Por último, el 94,4 % de la muestra señaló que la situación de pandemia no le influyó en el consumo de sustancias (no consumía o consumía lo mismo). El 2,6 % afirmó que consumía menos o dejó de consumir; y el 3,0 % consumía más o empezó a consumir tras la misma.

Con respecto al *sexo*, en el caso de las mujeres, el 6,0 % declaró consumir sustancias de forma ocasional o frecuente, en contraposición al 9,5 % de los hombres, con diferencias estadísticamente significativas (χ^2 de Pearson 124,633; $p = .000$).

El tipo de sustancia más consumida en función del sexo no resultó estadísticamente significativo (χ^2 de Pearson 6,298; $p = .278$), aunque el porcentaje superior fue también el de cannabis y sustancias derivadas en ambos sexos (84,7 % del consumo de las mujeres y 82,6 % del de los hombres).

Para el caso de las mujeres del estudio, el 2,3 % dejó de consumir o consumió menos durante el estado de pandemia en contraposición al 3,4 % de los hombres. Sin embargo, el 2,7 % de las mujeres empezó a consumir o consumió más durante este período frente al 3,4 % de los hombres (χ^2 de Pearson 24,619; $p = .000$).

En cuanto a las diferentes *áreas de conocimiento*, se puede apreciar la siguiente tabla 66, con diferencias estadísticamente significativas (χ^2 de Pearson 32,802; $p = .008$).

Tabla 66. Consumo de sustancias por áreas de conocimiento					
PREVALENCIA	1	2	3	4	5
No consumen ninguna sustancia	84,4 %	85,5 %	86,9 %	85,0 %	86,5 %
No consumen sustancias, pero las han consumido antes	5,5 %	6,2 %	5,5 %	5,7 %	5,2 %
Consumen de forma ocasional-frecuente	8,1 %	7,3 %	6,8 %	7,6 %	7,3 %
Total (n)	2.301	1.753	5.100	4.288	2.534

Fuente: elaboración propia.

Nota: 1: Artes y Humanidades; 2: Ciencias; 3: Ciencias de la Salud; 4: Ciencias Sociales y Jurídicas; 5: Ingeniería y Arquitectura.

El tipo de sustancia consumida según las áreas de conocimiento no resultó estadísticamente significativo (χ^2 de Pearson 25,983; $p = .166$), aunque volvió a destacar el cannabis o los productos derivados.

Respecto a cómo influyó la pandemia en las distintas áreas, fue los estudiantes de Artes y Humanidades los que más consumieron desde entonces (4,0

frente al 3,0 % global). Asimismo, las personas de Ciencias son las que más han dejado de consumir o consumían menos como consecuencia de la pandemia (3,7 %), en comparación con el 2,6 % global. El resto no obtuvo diferencias relevantes (aunque sí significativas: χ^2 de Pearson 23,664; $p = .003$) con respecto a las puntuaciones globales; no obstante, se puede ver a continuación en la tabla 67.

Tabla 67. Influencia de la pandemia en el consumo de sustancias por áreas de conocimiento					
ÁREA	1	2	3	4	5
Desde entonces consumo menos o dejé de consumir	2,3 %	3,7 %	2,5 %	2,8 %	2,1 %
No ha influido	93,6 %	93,5 %	94,3 %	94,3 %	95,5 %
Desde entonces consumo más o empecé a consumir	4,0 %	2,8 %	3,1 %	2,9 %	2,4 %
Total (n)	2.260	1.729	5.047	5.203	2.490

Fuente: elaboración propia.

Nota: 1: Artes y Humanidades; 2: Ciencias; 3: Ciencias de la Salud; 4: Ciencias Sociales y Jurídicas; 5: Ingeniería y Arquitectura.

Es importante resaltar la diferencia en cuanto al consumo según las *personas con las que convive* el estudiantado encuestado, tal y como se puede comprobar a continuación (χ^2 de Pearson 178,291; $p = .000$).

Tabla 68. Porcentaje de consumo de sustancias según los convivientes del estudiantado

CONVIVIENTES	1	2	3	4	5	6	7
No consumen ninguna sustancia	88,5 %	82,8 %	81,6 %	87,3 %	82,4 %	86,8 %	86,1 %
No consumen sustancias, pero las han consumido antes	4,8 %	8,6 %	7,5 %	4,4 %	6,1 %	4,9 %	9,7 %
Consumen de forma ocasional-frecuente	5,7 %	7,0 %	8,5 %	6,3 %	10,0 %	6,6 %	2,8 %
Total (n)	8.642	1.189	663	518	5.291	990	72

Fuente: elaboración propia.

Nota: 1: con los padres; 2: con la pareja; 3: viviendo solos; 4: con otros familiares; 5: con compañeros de piso; 6: en residencias universitarias; 7: unidad familiar propia.

Destacan las personas que viven con sus padres por su alto porcentaje de no consumidores (88,5 %), superior incluso al porcentaje global (85,9 %). Por el contrario, las personas que viven con compañeros de piso tienen el porcentaje más alto de consumo ocasional o frecuente (10,0 %) en comparación con la cifra global (7,3 %). Por otro lado, las personas que viven en su propia unidad familiar tienen el

porcentaje más alto en la categoría de exconsumidores (9,7 frente al 5,6 % global).

En esta ocasión, la diferencia en el tipo de sustancia según los convivientes de la muestra sí resultó estadísticamente significativa (χ^2 de Pearson 168,950; $p = .000$), como se ve a continuación en la tabla 69.

Tabla 69. Porcentaje del tipo de sustancia consumida según los convivientes del estudiantado

TIPO DE SUSTANCIA	1	2	3	4	5	6	7
Cannabis y derivados	87,7 %	78,1 %	68,6 %	76,4 %	83,0 %	89,4 %	44,4 %
Cocaína	1,2 %	1,6 %	3,8 %	1,8 %	0,8 %	1,8 %	33,3 %
MDMA/anfetaminas/alucinógenos	1,9 %	3,8 %	3,8 %	1,8 %	4,7 %	1,8 %	11,1 %
Dos o más sustancias diferentes	6,2 %	13,1 %	14,3 %	4,4 %	9,3 %	4,4 %	11,1 %
No contestan	2,1 %	1,6 %	7,6 %	2,7 %	1,3 %	2,7 %	0,0 %
Total (n)	899	183	105	55	848	113	9

Fuente: elaboración propia.

Nota: 1: con los padres; 2: con la pareja; 3: viviendo solos; 4: con otros familiares; 5: con compañeros de piso; 6: en residencias universitarias; 7: unidad familiar propia.

El consumo de cannabis y derivados es el predominante, destacando también el de dos o más sustancias diferentes. Destacan en este caso las personas que viven con la pareja o solas, así como los que tienen una unidad familiar propia por tener un consumo más elevado de dos o más sustancias diferentes (13,1, 14,3 y 11,1 %, respectivamente), siendo además un consumo superior a la del porcentaje global de la muestra (8,5 %).

Para analizar la influencia de la pandemia en el consumo de sustancias en función de los convivientes, se puede observar la siguiente tabla 70, donde se comprueba que el grupo que convivía con compañeros de piso o en residencias universitarias empezaron a consumir o consumieron más con respecto al resto de grupos (χ^2 de Pearson 90,817; $p = .000$).

Tabla 70. Influencia de la pandemia en el consumo de sustancias según los convivientes del estudiantado							
INFLUENCIA PANDEMIA	1	2	3	4	5	6	7
Desde entonces consumen menos o dejaron de consumir	2,2 %	3,0 %	4,0 %	2,3 %	3,2 %	1,6 %	1,5 %
No les ha influido	95,7 %	93,8 %	93,6 %	95,7 %	92,4 %	94,4 %	97,1 %
Desde entonces consumen más o empezaron a consumir	2,1 %	3,2 %	2,4 %	2,0 %	4,4 %	4,0 %	1,5 %
Total (n)	8.484	1.184	656	512	5.251	983	68

Fuente: elaboración propia.

Nota: 1: con los padres; 2: con la pareja; 3: viviendo solos; 4: con otros familiares; 5: con compañeros de piso; 6: en residencias universitarias; 7: unidad familiar propia.

Por último, al analizar el consumo de sustancias según el *IMC* de la muestra, se observa que el 86,2 % de las personas con normopeso no han consumido nunca, frente al 84,4 % de personas con sobrepeso/obesidad. Por otro lado, el 7,1 % de las personas con normopeso son consumidores frecuentes u ocasionales, un porcentaje cercano al 7,7 % que presentaron las personas con sobrepeso/obesidad. En cuanto a los exconsumidores, se encuentra mayor proporción entre las personas con sobrepeso/obesidad (6,5 %) que entre las que tienen normopeso (5,4 %). Sin embargo, estas diferencias en el consumo de sustancias no resultaron estadísticamente significativas según el *IMC* (χ^2 de Pearson 9,302; $p = .054$).

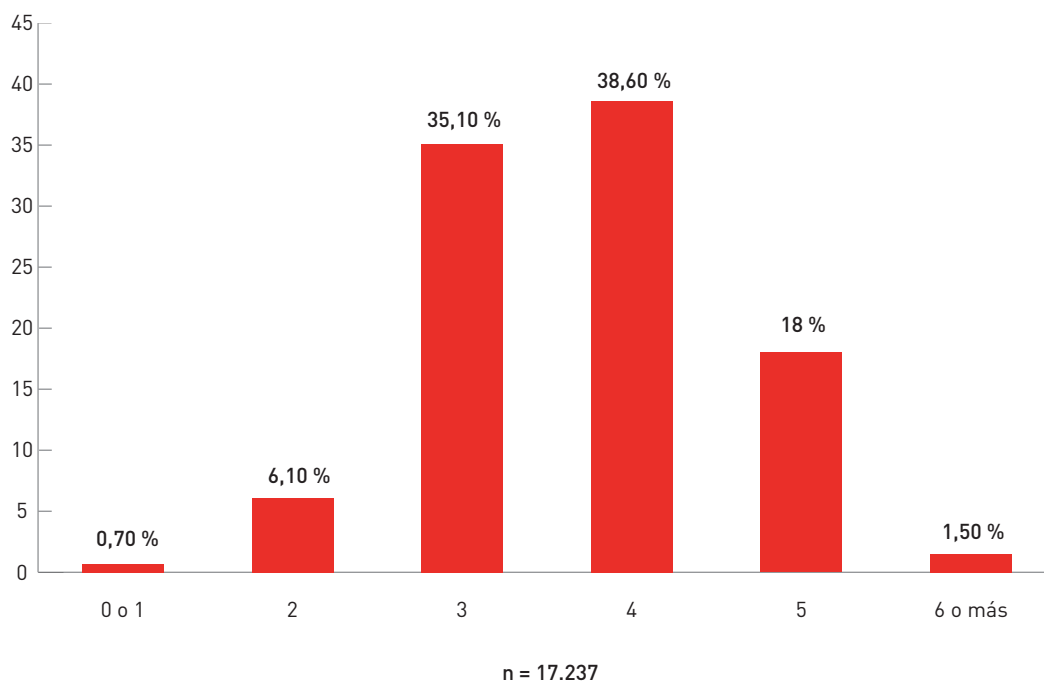
El tipo de sustancia consumida no resultó estadísticamente significativa (χ^2 de Pearson 3,623; $p = .605$), aunque el cannabis y productos derivados fueron los que más porcentaje acumularon tanto

en personas con normopeso como con sobrepeso/obesidad.

Con respecto a la influencia de la pandemia en el consumo de sustancias, no hay diferencias significativas (χ^2 de Pearson 4,784; $p = .091$), aunque el grupo de personas con sobrepeso/obesidad afirmó en un 3,1 % que desde entonces había consumido menos o dejado de consumir totalmente en comparación con el 2,5 % de personas con normopeso.

5.3.5. Alimentación (Cuestionario de Adherencia a la Dieta Mediterránea)

Para comenzar, se realizó una pregunta específica para analizar el número de comidas al día que realiza la muestra; se pueden observar los resultados en la siguiente figura 29.

Figura 29. Porcentaje del número de comidas al día


Fuente: elaboración propia.

A continuación, en la siguiente tabla 71 se analizan las respuestas del cuestionario empleado en el estudio para comprobar la adherencia a la dieta

mediterránea de la población (Cuestionario de Adherencia a la Dieta Mediterránea).

Tabla 71. Respuestas del Cuestionario de Adherencia a la Dieta Mediterránea

ÍTEM	RESPUESTAS	PORCENTAJE	TOTAL (n)
Uso de aceite de oliva para cocinar	No	7,1 %	1.229
	Sí	92,9 %	16.009
	Total (n)	100 %	17.238
Aceite de oliva al día	1 cucharada sopera	64,6 %	11.130
	2 cucharadas soperas o más	35,4 %	6.093
	Total (n)	100 %	17.223
Piezas de fruta al día	Menos de 2	68,2 %	11.750
	Más de 3	31,8 %	5.467
	Total (n)	100 %	17.217
Carne roja al día	1 al día o más	37,6 %	6.464
	Menos de 1	62,4 %	10.743
	Total (n)	100 %	17.207
Ración de mantequilla al día	1 al día o más	5,8 %	1.000
	Menos de 1	94,2 %	16.208
	Total (n)	100 %	17.208
Bebidas carbonatadas al día	1 al día o más	13,1 %	2.258
	Menos de 1	86,9 %	14.944
	Total (n)	100 %	17.202
Vino a la semana	3 o más vasos	3,4 %	578
	Nada o menos de 3 vasos	96,6 %	16.626
	Total (n)	100 %	17.204
Legumbres a la semana	2 o menos	69,8 %	12.005
	3 o más	30,2 %	5.199
	Total (n)	100 %	17.204

Continúa

Tabla 71. Respuestas del Cuestionario de Adherencia a la Dieta Mediterránea			
ÍTEMS	RESPUESTAS	PORCENTAJE	TOTAL (n)
Pescado o marisco a la semana	2 o menos	76,3 %	13.112
	3 o más	23,7 %	4.082
	Total (n)	100 %	17.194
Consumición de repostería comercial a la semana	2 o menos	72,3 %	12.434
	Más de 2	27,7 %	4.757
	Total (n)	100 %	17.191
Consumición de frutos secos a la semana	Ninguna	37,2 %	6.397
	1 o más	62,8 %	10.782
	Total (n)	100 %	17.179
Consumición preferente de carne de pollo, pavo o conejo	No	24,9 %	4.273
	Sí	75,1 %	12.894
	Total (n)	100 %	17.167
Consumición de vegetales cocinados a la semana	Menos de 2	37,4 %	6.428
	2 o más	62,6 %	10.741
	Total (n)	100 %	17.169

Fuente: elaboración propia.

Con respecto a la corrección del Cuestionario de Adherencia a la Dieta Mediterránea, cuyo mínimo posible es 0 y 13 el máximo, se alcanzó una media de 8,48 y una mediana de 8,00, con una desviación de 2,274. Esto se traduce en que el 54,4 % de las personas encuestadas se categorizaron en baja adherencia a la dieta mediterránea, mientras que solo el 45,6 % presentaron una buena adherencia (n = 17.106).

En cuanto a la cantidad consumida de los distintos alimentos que aparecen en el cuestionario, el 63,3 % de la muestra afirmaba que consumía frutas 1 o 2 veces al día y el 20,0 % 3 o más veces; el 74,6 % consumía legumbres 1 o 2 veces semanales y el 16,4 %, 3 o más veces. En el mismo sentido, el 71,2 % también refirió consumir 1 o 2 veces por semana pescado o marisco. En el caso de la repostería comercial, el grupo más numeroso lo constituyó el que lo consumía 1 o 2 veces por semana, con un

48,1 %. El 62,8 % consumía frutos secos 1 o más veces a la semana. Por último, el 55,7 % consumía vegetales cocinados 2 o más veces por semana.

Analizándolo globalmente, el 59,3 % refirió no modificar sus patrones de alimentación como consecuencia de la situación de pandemia; el 27,4 % sí afirmó que desde entonces comía de forma más saludable; y, por el contrario, el 13,3 % comía de forma menos saludable desde la pandemia.

Al observar todas estas cuestiones por sexo, se comprueba que el 39,1 % de las mujeres y el 37,7 % de los hombres realizaban 4 comidas al día, siendo el grupo más numeroso en ambos sexos (χ^2 de Pearson 11,137; p = .049).

En la siguiente tabla 72 se muestra el resto de las preguntas del Cuestionario de Adherencia a la Dieta Mediterránea desglosadas según el sexo.

Tabla 72. Preguntas del Cuestionario de Adherencia a la Dieta Mediterránea según el sexo

PREGUNTAS DEL CUESTIONARIO		CATEGORÍAS DE RESPUESTA	MUJERES	HOMBRES	TOTAL (n)
Aceite de oliva para cocinar*	Sí		93,4 %	91,9 %	15.833
	No		6,6 %	8,1 %	1.208
Aceite de oliva al día*	1 cucharada sopera		63,8 %	66,5 %	11.007
	2 cucharadas soperas o más		36,2 %	33,5 %	6.020
Piezas de fruta al día	Menos de 3		68,5 %	67,8 %	11.619
	3 o más		31,3 %	32,2 %	5.401
Carne roja al día*	1 al día o más		33,8 %	45,6 %	6.397
	Menos de 1 al día		66,2 %	54,4 %	10.614
Ración de mantequilla al día	1 al día o más		5,6 %	6,3 %	987
	Menos de 1 al día		94,4 %	93,7 %	16.024
Bebidas carbonatadas al día*	1 al día o más		12,3 %	14,8 %	2.228
	Menos de 1 al día		87,7 %	85,2 %	14.777
Vino a la semana*	3 o más vasos por semana		2,9 %	4,3 %	570
	Nada o menos de 3 vasos por semana		97,1 %	95,7 %	16.437
Legumbres a la semana	2 o menos		70,3 %	69,0 %	11.881
	3 o más por semana		29,7 %	31,0 %	5.127
Pescado o marisco a la semana	2 o menos		76,0 %	76,7 %	12.962
	3 o más por semana		24,0 %	23,3 %	4.036
Consumición de repostería comercial a la semana	3 o más		27,9 %	27,3 %	4.708
	2 o menos		72,1 %	72,7 %	12.287
Consumición de frutos secos a la semana*	Ninguna		39,4 %	32,7 %	6.325
	1 o más por semana		60,6 %	67,3 %	10.658
Consumición preferente de carne de pollo, conejo o pavo*	No		22,8 %	29,1 %	4.213
	Sí		77,2 %	70,9 %	12.761
Consumición de vegetales cocinados a la semana*	Menos de 2		38,1 %	36,0 %	6.353
	2 o más por semana		61,9 %	64,0 %	10.621

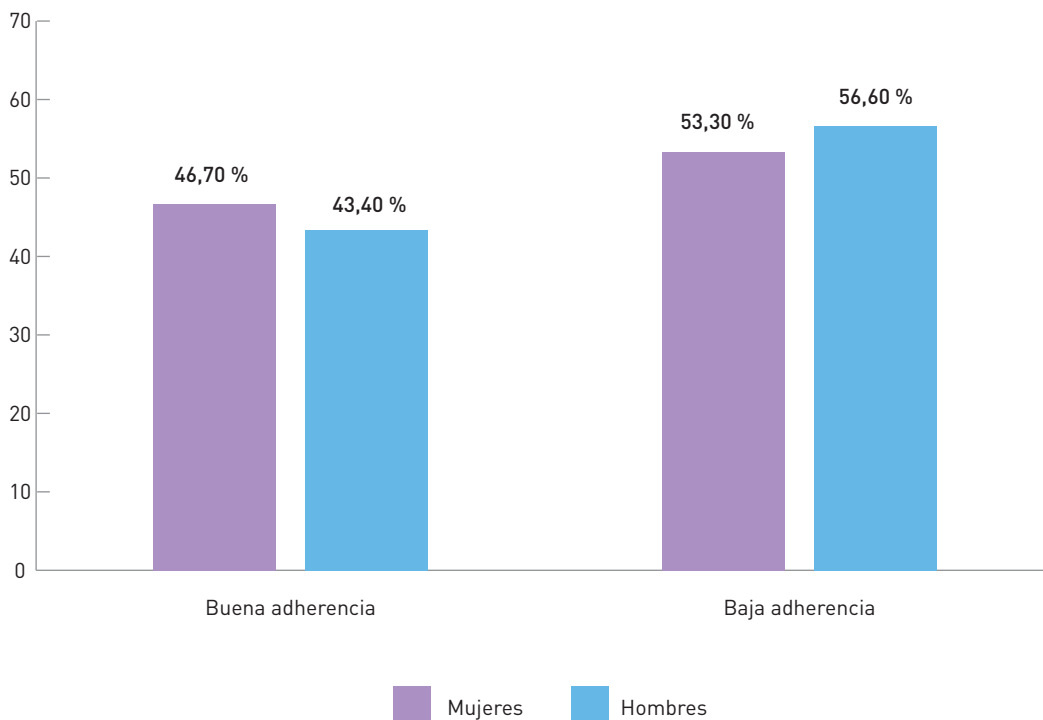
Fuente: elaboración propia.

* Significativo estadísticamente ($p < .007$).

En la corrección del cuestionario, las mujeres presentaron mayor adherencia que los hombres, como

se puede apreciar en la siguiente figura [χ^2 de Pearson 16,686; $p = .000$].

Figura 30. Porcentaje de adherencia a la dieta mediterránea por sexo

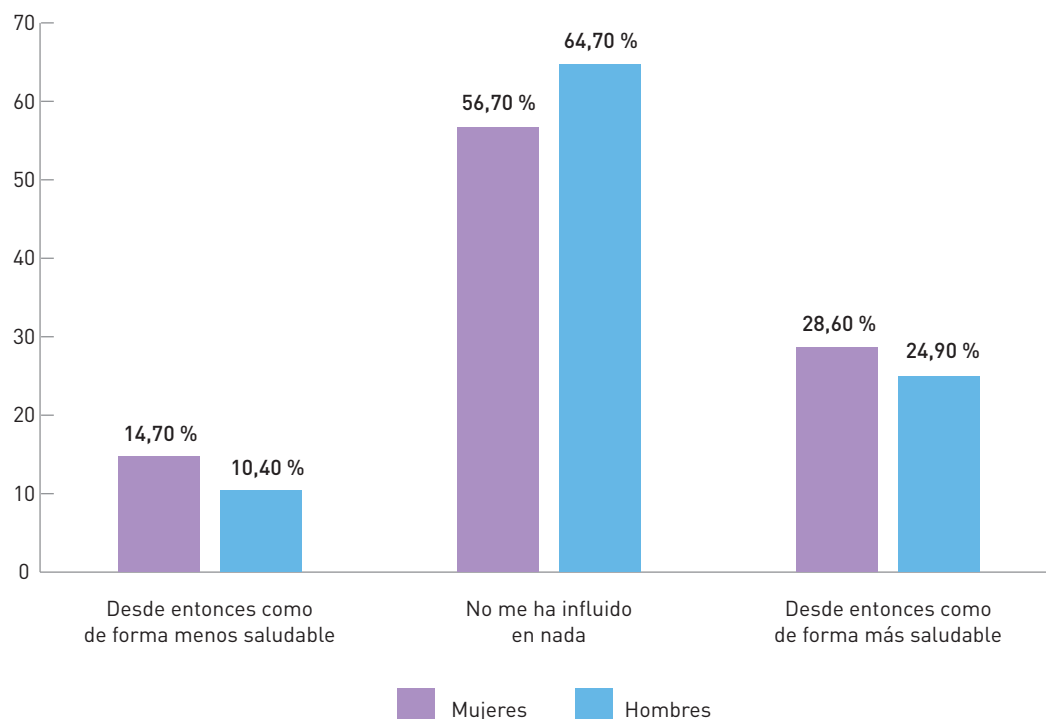


Fuente: elaboración propia.

Los hombres tenían un 1,143 más de probabilidades de tener una mala adherencia a la dieta mediterránea en comparación con las mujeres, basándose en los cálculos de los Odds Ratio.

Las diferencias en cuanto al sexo sobre la modificación de sus patrones de alimentación como

consecuencia de la situación de pandemia se pueden apreciar en la siguiente figura 31, donde se observa que las mujeres, una vez más, mejoraron su alimentación en mayor proporción que los hombres (χ^2 de Pearson 110,614; $p = .000$).

Figura 31. Influencia de la pandemia en la alimentación por sexo


Fuente: elaboración propia.

Resulta relevante analizar con detenimiento la frecuencia de consumo de los distintos alimentos según el sexo. Para ello, se muestra la siguiente tabla 73.

Tabla 73. Frecuencias de consumo de algunos alimentos del Cuestionario de Adherencia a la Dieta Mediterránea según el sexo

PREGUNTAS DEL CUESTIONARIO	CATEGORÍAS DE RESPUESTA	MUJERES	HOMBRES
Piezas de fruta al día*	Ninguna	16,7 %	16,4 %
	1 o 2	63,8 %	62,6 %
	3 o 4	17,5 %	18,0 %
	Más de 5	2,0 %	3,0 %
Legumbres a la semana*	Ninguna	9,1 %	9,0 %
	1 o 2	75,5 %	72,8 %
	3 o más por semana	15,4 %	18,2 %
Pescado o marisco a la semana*	Ninguno	18,9 %	17,3 %
	1 o 2	70,7 %	72,6 %
	3 o más por semana	10,4 %	10,2 %
Consumición de repostería comercial a la semana*	3 o más por semana	27,9 %	27,3 %
	1 o 2	48,7 %	47,1 %
Consumición de vegetales cocinados a la semana*	Ninguna	23,4 %	25,6 %
	Ninguno	8,9 %	8,4 %
	1 por semana	36,2 %	34,1 %
	2 o más por semana	54,8 %	57,5 %

Fuente: elaboración propia.

* Significativo estadísticamente ($p < .007$).

Si se analizan los resultados del cuestionario por áreas de conocimiento, se puede observar la siguiente tabla 74, con diferencias estadísticamente significativas (χ^2 de Pearson 92,015; $p = .000$).

Tabla 74. Adherencia a la dieta mediterránea por áreas de conocimiento					
ADHERENCIA A DIETA MEDITERRÁNEA	ARTES Y HUMANIDADES	CIENCIAS	CIENCIAS DE LA SALUD	CIENCIAS SOCIALES Y JURÍDICAS	INGENIERÍA Y ARQUITECTURA
Baja adherencia	53,2 %	57,2 %	49,6 %	57,1 %	59,2 %
Alta adherencia	46,8 %	42,8 %	50,4 %	42,9 %	40,8 %
Total (n)	2.265	1.728	5.011	5.183	2.476

Fuente: elaboración propia.

El grupo de Ciencias de la Salud es el que presentó una mayor adherencia a la dieta mediterránea, con un porcentaje superior incluso al global (45,6 %). También superó ligeramente ese porcentaje el área de Artes y Humanidades (46,8 %).

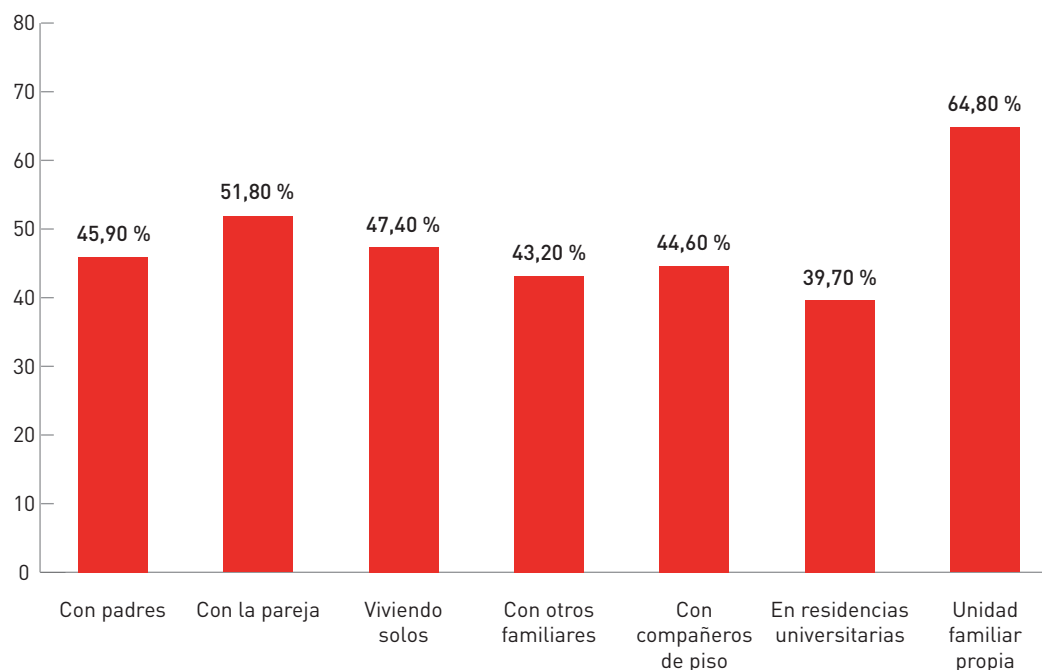
Por otro lado, los grupos que más han mejorado sus hábitos alimentarios desde la pandemia fueron el de Ciencias de la Salud y Ciencias Sociales y Jurídicas (29,0 % ambos frente al 27,4 % global), como se puede ver en la tabla 75 sobre la influencia de la pandemia en los patrones alimentarios de las distintas áreas de conocimiento (χ^2 de Pearson 63,258; $p = .000$).

Tabla 75. Influencia de la pandemia en la alimentación por áreas de conocimiento					
INFLUENCIA PANDEMIA	ARTES Y HUMANIDADES	CIENCIAS	CIENCIAS DE LA SALUD	CIENCIAS SOCIALES Y JURÍDICAS	INGENIERÍA Y ARQUITECTURA
Desde entonces como de forma menos saludable	14,4 %	12,1 %	12,6 %	14,1 %	12,6 %
No ha influido	59,1 %	62,3 %	58,4 %	56,8 %	64,7 %
Desde entonces como de forma más saludable	26,5 %	25,6 %	29,0 %	29,0 %	22,7 %
Total (n)	2.277	1.731	5.029	5.200	2.482

Fuente: elaboración propia.

En cuanto a las diferencias según los *convivientes* del alumnado, se pueden ver los porcentajes de buena adherencia a la dieta mediterránea a continuación

(ver figura 32), con diferencias también significativas (χ^2 de Pearson 47,320; $p = .000$).

Figura 32. Porcentaje de alta adhesión a la dieta mediterránea por convivientes

Fuente: elaboración propia.

Se aprecian diferencias en el grupo que constituye su propia unidad familiar (64,8 %, n = 71) y con la pareja (51,8 %, n = 1.172) con respecto al porcentaje global (45,6 %). Por el contrario, el grupo con peor adherencia lo presentó el que vivía en residencias universitarias (39,7 %, n = 968).

Para comprobar cómo la pandemia ha afectado al patrón alimentario de la muestra según los convivientes, se puede analizar la siguiente tabla 76 (χ^2 de Pearson 59,472; p = .000).

Tabla 76. Influencia de la pandemia en el patrón alimentario de la muestra según los convivientes

INFLUENCIA PANDEMIA	1	2	3	4	5	6	7
Desde entonces comen de forma menos saludable	13,0 %	15,9 %	17,1 %	15,2 %	15,5 %	14,1 %	9,9 %
No les ha influido	61,0 %	56,8 %	54,0 %	57,2 %	57,3 %	62,2 %	64,8 %
Desde entonces comen de forma más saludable	26,1 %	27,3 %	29,0 %	27,6 %	30,2 %	23,6 %	25,4 %
Total (n)	8.529	1.174	656	514	5.210	969	71

Fuente: elaboración propia.

Nota: 1: con los padres; 2: con la pareja; 3: viviendo solos; 4: con otros familiares; 5: con compañeros de piso; 6: en residencias universitarias; 7: unidad familiar propia.

Los que viven solos son los que menos saludable comen desde la pandemia (17,1 %). En contraposición, los que viven con compañeros de piso son los que más saludable comen desde este suceso (30,2 %), muy seguidos también de los que viven solos (29,0 %).

Por último, al comprobar la adherencia a la dieta mediterránea de la muestra según su IMC, se muestran los siguientes resultados (ver tabla 77) donde se observa que las personas con normopeso tienen una adherencia mayor que las personas con sobrepeso/obesidad (χ^2 de Pearson 3,955; p = .047).

Tabla 77. Índice de adherencia a la dieta mediterránea según el IMC de la muestra

ADHERENCIA A LA DIETA MEDITERRÁNEA	NORMOPESO	SOBREPESO/OBESIDAD
Alta adherencia	46,1 %	44,2 %
Baja adherencia	53,9 %	55,8 %
Total (n)	13.331	3.469

Fuente: elaboración propia.

Con respecto a la influencia de la pandemia en el patrón alimentario de la muestra según su IMC, no se observan diferencias significativas entre las personas con normopeso y las que tienen sobrepeso/obesidad, salvo que estas últimas han comido desde entonces de forma menos saludable en un

21,2 % en comparación con el 11,3 % de la muestra con normopeso (χ^2 de Pearson 252,057; $p = .000$).

Es reseñable destacar cada ítem del cuestionario según el IMC de la muestra, como se ve a continuación.

Tabla 78. Preguntas del Cuestionario de Adherencia a la Dieta Mediterránea según el IMC

PREGUNTAS DEL CUESTIONARIO	CATEGORÍAS DE RESPUESTA	PERSONAS CON NORMOPESO	PERSONAS CON SOBREPESO/OBESIDAD
Aceite de oliva para cocinar	Sí	93,0 %	92,6 %
	No	7,0 %	7,4 %
Aceite de oliva al día*	1 cucharada sopera	65,0 %	63,0 %
	2 cucharadas soperas o más	35,0 %	37,0 %
Piezas de fruta al día	Ninguna	16,4 %	17,3 %
	1 o 2	63,4 %	63,3 %
	3 o 4	17,7 %	17,6 %
Carne roja al día*	Más de 5	2,5 %	1,8 %
	1 al día o más	37,0 %	39,4 %
	Menos de 1 al día	63,0 %	60,6 %
Ración de mantequilla al día	1 al día o más	6,0 %	5,1 %
	Menos de 1 al día	94,0 %	94,9 %
Bebidas carbonatadas al día*	1 al día o más	12,4 %	15,7 %
	Menos de 1 al día	87,6 %	84,3 %
Vino a la semana*	3 o más vasos por semana	3,1 %	4,2 %
	Nada o menos de 3 vasos por semana	96,9 %	95,8 %
	Ninguna	8,7 %	10,2 %
Legumbres a la semana*	1 o 2	74,3 %	75,8 %
	3 o más por semana	17,0 %	14,0 %
Pescado o marisco a la semana	Ninguno	18,4 %	19,2 %
	1 o 2	71,1 %	71,2 %
	3 o más por semana	10,5 %	9,6 %
Consumición de repostería comercial a la semana*	3 o más por semana	28,5 %	24,2 %
	1 o 2	48,0 %	48,7 %
	Ninguna	23,5 %	27,1 %
Consumición de frutos secos a la semana	Ninguna	37,1 %	37,5 %
	1 o más por semana	62,9 %	62,5 %
Consumición preferente de carne de pollo, conejo o pavo*	No	25,3 %	23,1 %
	Sí	74,7 %	76,9 %
Consumición de vegetales cocinados a la semana	Ninguno	8,8 %	8,7 %
	1 por semana	35,1 %	37,0 %
	2 o más por semana	56,1 %	54,3 %

Fuente: elaboración propia.

* Significativo estadísticamente ($p < .05$).

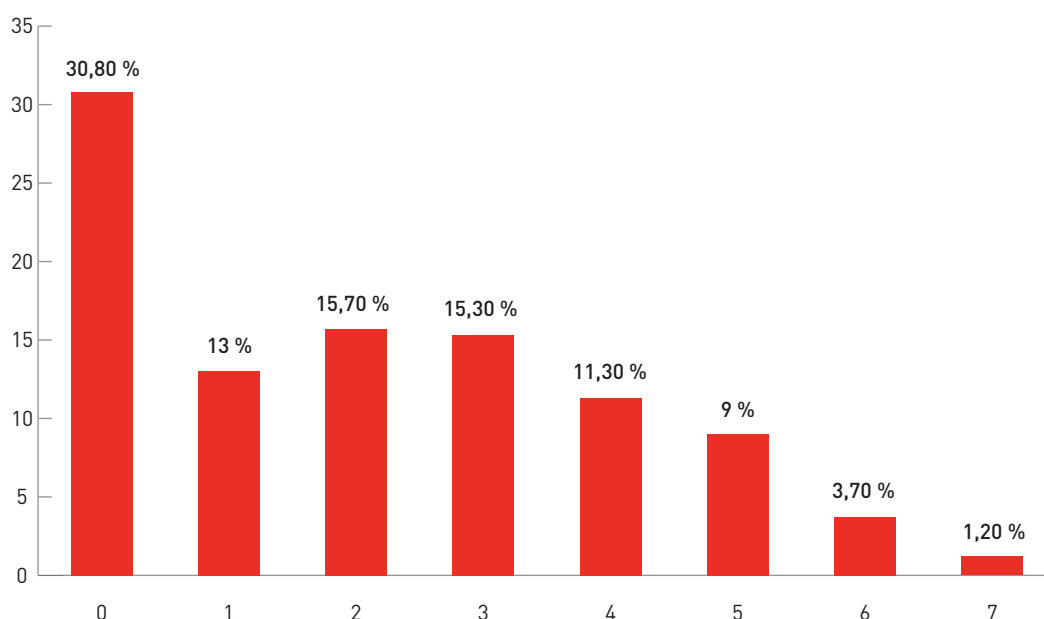
Las personas con sobrepeso/obesidad comen carne roja 1 vez al día o más en un 39,4 %, mientras que las personas con normopeso lo hacen en un 37,0 %. Por otro lado, el consumo de 1 o más bebidas carbonatadas al día también es mayor en este grupo (15,7 frente al 12,4 % en personas con normopeso). Otro alimento que destaca por la diferencia en su consumo es el de las legumbres; el 10,2 % de personas con sobrepeso/obesidad no las consume nunca en contraposición al 8,7 % de las personas con normopeso. Sin embargo, en cuanto al consumo semanal de repostería comercial, las personas con sobrepeso/obesidad las consume 3

o más veces por semana en el 24,2 %; porcentaje inferior al de las personas con normopeso (28,5 %). También tienen un mayor consumo preferente de carne de pollo, conejo o pavo (76,9 % en el caso de las personas con sobrepeso/obesidad frente al 74,7 % de las personas con normopeso).

5.3.6. Actividad física (cuestionario IPAQ-7)

Los resultados de la muestra completa según la cantidad de actividad física que practican se pueden apreciar en las siguientes figuras.

Figura 33. Práctica de actividad física intensa según la frecuencia semanal en días

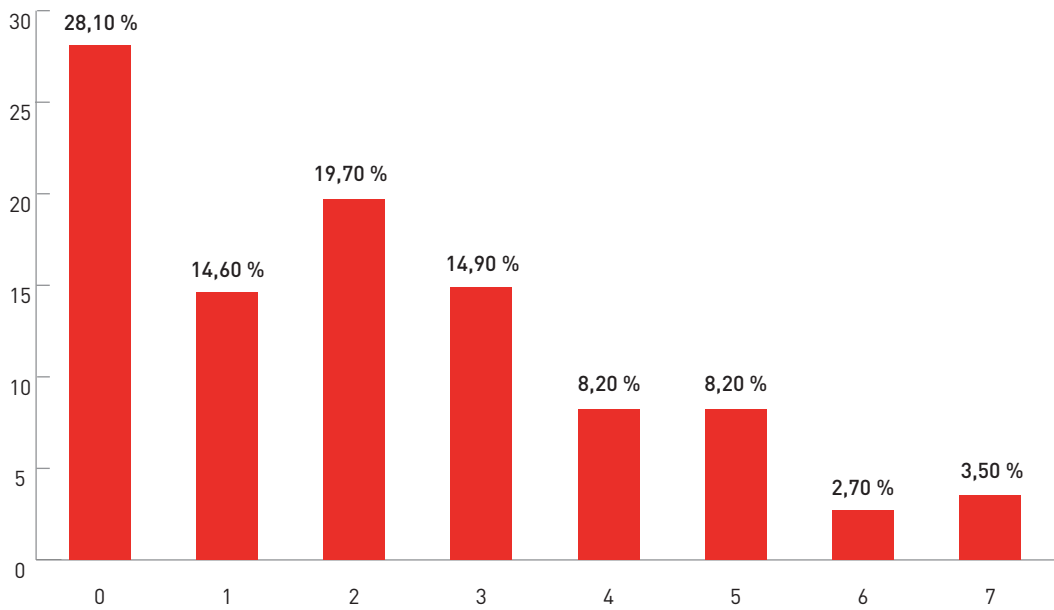


Fuente: elaboración propia.

Como se puede observar, entre las personas que practicaban actividad física intensa, había un mayor porcentaje entre las que lo hacían dos días a la semana (15,7 %), muy seguido de las que practicaban

tres días a la semana (15,3 %). Sin embargo, el mayor porcentaje lo obtienen las que no practicaban actividad física intensa (30,8 %).

Figura 34. Práctica de actividad moderada según la frecuencia semanal en días

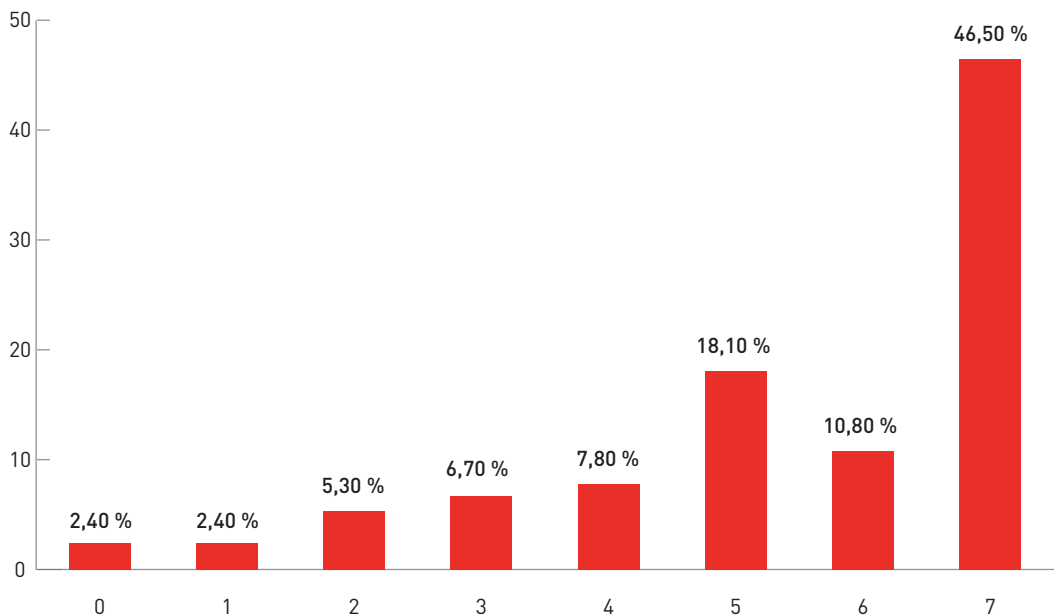


Fuente: elaboración propia.

Con respecto a la actividad física moderada, dos días era la frecuencia semanal que más se practicaba (19,7 %), aunque el porcentaje de las personas

que no realizaban actividad física moderada era superior (28,1 %).

Figura 35. Práctica de actividad física baja (caminar al menos 10 minutos seguidos) según la frecuencia semanal en días



Fuente: elaboración propia.

Por último, en cuanto a la frecuencia de caminar, el mayor porcentaje lo obtuvieron las personas que caminaban 10 minutos seguidos o más todos los días de la semana (46,5 %).

Del mismo modo, el cuestionario IPAQ-7 también permitió analizar el tiempo de media que las personas empleaban de forma sedentaria (sentados, tumbados, etc., sin contar las horas de sueño), como se observa en la tabla 79.

Tabla 79. Estadísticos descriptivos del tiempo sedentario en el total de la muestra

ESTADÍSTICOS DESCRIPTIVOS DEL TIEMPO SEDENTARIO	
n	15.763
Media	7,38
Desviación típica	3,343

Fuente: elaboración propia.

La media de horas sedentarias en un solo día fue de 7,38 horas en la muestra.

de Apple –pulsera de actividad conectada al teléfono o aplicación del teléfono– (11,0 %).

Por último, el 71,0 % no tiene ninguna aplicación del teléfono móvil para controlar, monitorear o registrar algún tipo de actividad física. Por el contrario, el restante 29,0 % sí la tiene, siendo mayoritarias las aplicaciones del propio gimnasio (17,9 %), las de Xiaomi –Zepp, pulsera de actividad conectada al teléfono, aplicación del teléfono, etc.– (13,1 %) y las

Con las frecuencias de práctica semanal de actividad física y los minutos diarios dedicados a la misma (ver tabla 80), se han calculado los MET (unidades de índice metabólico, por sus siglas en inglés), que es la unidad de medida que utiliza el cuestionario y que se puede comprobar en la tabla 81.

Tabla 80. Estadísticos descriptivos de los minutos diarios de la muestra en realizar actividad física intensa, moderada y baja (caminar al día al menos 10 minutos seguidos)

	MINUTOS AL DÍA DE ACTIVIDAD FÍSICA INTENSA	MINUTOS AL DÍA DE ACTIVIDAD FÍSICA MODERADA	MINUTOS AL DÍA AL CAMINAR 10 MIN SEGUIDOS
Media	61,80	55,90	50,60
Desviación típica	43,292	39,099	97,745
Total (n)	11.607	12.060	16.598

Fuente: elaboración propia.

Tabla 81. Estadísticos descriptivos de los MET de la actividad física intensa, moderada y baja (caminar al menos 10 minutos seguidos) de la muestra

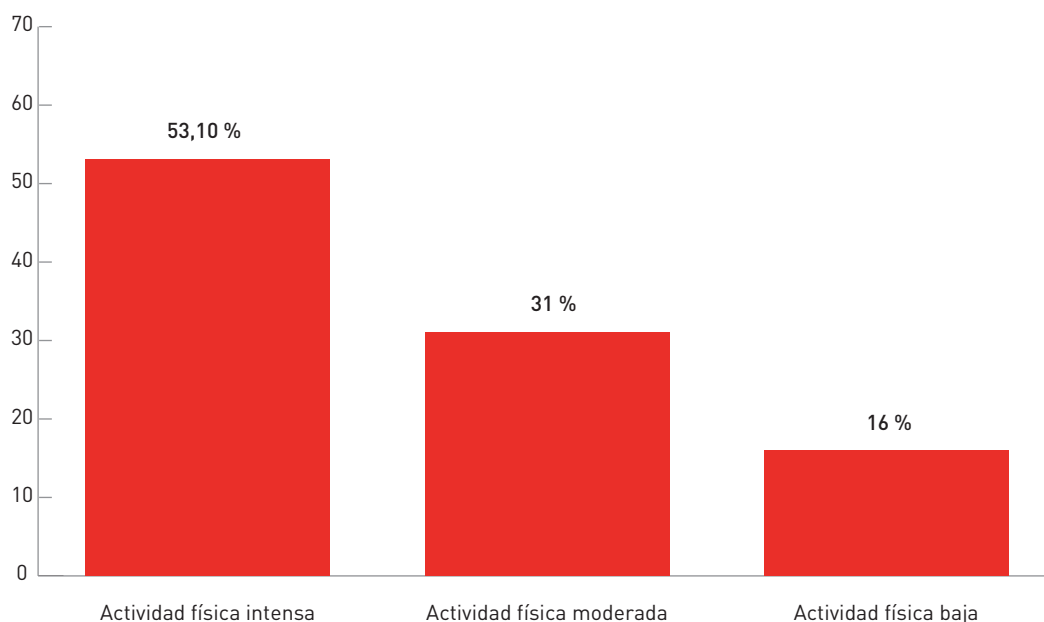
	MET (EN HORAS) DE ACTIVIDAD FÍSICA INTENSA	MET (EN HORAS) DE ACTIVIDAD FÍSICA MODERADA	MET (EN HORAS) DE CAMINAR 10 MIN SEGUIDOS
Media	1.133,47	488,91	991,83
Desviación típica	1.561,78	675,61	2.289,70
Total (n)	16.173	16.053	16.173

Fuente: elaboración propia.

Para la clasificación de las respuestas del cuestionario IPAQ-7, se tuvieron en cuenta los requisitos establecidos en el desarrollo del cuestionario, como se indica en la metodología (IPAQ Research

Committee, 2005; Carrera, 2017). Teniendo en cuenta esta clasificación, la población actual presentó el siguiente patrón de actividad física (ver figura 36).

Figura 36. Porcentaje de las categorías del patrón de actividad física del total de la muestra



Fuente: elaboración propia.

Se puede comprobar que más de la mitad de la población total estudiada presentó un patrón de actividad física intensa o vigorosa semanal (53,1 %), siendo el grupo que realizó un patrón de actividad física bajo el menos numeroso (16,0 %).

Al analizar estas mismas categorías según el sexo, se puede afirmar que los hombres se categorizan en el patrón de actividad física intensa en mayor proporción que las mujeres (64,4 frente al 47,7 %) con diferencias estadísticamente significativas (χ^2 de Pearson 493,001; $p = .000$), como se comprueba en la siguiente tabla.

Tabla 82. Porcentaje de las distintas categorías de actividad física según el sexo

CATEGORÍAS CUESTIONARIO	MUJERES	HOMBRES
Actividad física intensa	47,7 %	64,4 %
Actividad física moderada	34,4 %	23,8 %
Actividad física baja	17,9 %	11,8 %
Total (n)	10.785	5.089

Fuente: elaboración propia.

Al comparar las distintas medias de horas sedentarias al día entre mujeres y hombres, los resultados no fueron estadísticamente significativos (t de Welch = .769; $p = .442$).

Estas mismas cuestiones por áreas de conocimiento se pueden analizar a continuación (ver tabla 83).

Tabla 83. Porcentajes de las distintas categorías de actividad física según las áreas de conocimiento

CATEGORÍAS CUESTIONARIO	ARTES Y HUMANIDADES	CIENCIAS	CIENCIAS DE LA SALUD	CIENCIAS SOCIALES Y JURÍDICAS	INGENIERÍA Y ARQUITECTURA
Actividad física intensa	49,3 %	51,0 %	51,9 %	51,6 %	55,5 %
Actividad física moderada	33,5 %	33,0 %	32,0 %	31,1 %	30,1 %
Actividad física baja	17,1 %	16,0 %	16,1 %	17,2 %	14,5 %
Total (n)	2.115	1.622	4.729	4.837	2.337

Fuente: elaboración propia.

El área con mayor porcentaje de actividad física intensa fue el de Ingeniería y Arquitectura (55,5 %), por encima incluso del porcentaje global (53,1 %). Por otro lado, el área con el porcentaje más alto de actividad física baja fue el de Ciencias Sociales y Jurídicas (17,2 %), muy seguido del área de Artes y Humanidades (17,1 %), porcentajes también superiores que el global (16,0 %). Todos estos

porcentajes resultaron estadísticamente significativos (χ^2 de Pearson 28,468; $p = .000$).

Las diferencias en las medias de horas sedentarias al día (ver tabla 84) resultaron estadísticamente significativas entre las áreas de conocimiento ($F = 42.324$; $p = .000$).

Tabla 84. Estadísticos descriptivos del tiempo medio sedentario al día según las áreas de conocimiento

ÁREA DE CONOCIMIENTO	MEDIA	DESVIACIÓN TÍPICA	TOTAL (n)
Artes y Humanidades	7,25	3,545	2.078
Ciencias	7,61	3,514	1.605
Ciencias de la Salud	7,13	3,217	4.635
Ciencias Sociales y Jurídicas	7,16	3,351	4.711
Ingeniería y Arquitectura	8,12	3,148	2.324

Fuente: elaboración propia.

La mayor media de tiempo sedentario diario la presentó el grupo de Ingeniería y Arquitectura (8,12 horas diarias) y, el menor, Ciencias de la Salud (7,13).

Se puede comprobar la diferencia entre las categorías de actividad física del instrumento según los convivientes de la muestra en la siguiente tabla.

Tabla 85. Porcentajes de las distintas categorías de actividad física según los convivientes

CATEGORÍAS CUESTIONARIO	1	2	3	4	5	6	7
Actividad física intensa	52,6 %	45,7 %	54,9 %	48,4 %	51,8 %	52,1 %	43,2 %
Actividad física moderada	31,0 %	35,2 %	29,6 %	31,9 %	32,2 %	34,4 %	34,1 %
Actividad física baja	16,4 %	19,1 %	15,5 %	19,6 %	16,0 %	13,5 %	22,7 %
Total (n)	7.995	1.086	601	481	4.888	899	68

Fuente: elaboración propia.

Nota: 1: con los padres; 2: con la pareja; 3: viviendo solos; 4: con otros familiares; 5: con compañeros de piso; 6: en residencias universitarias; 7: unidad familiar propia.

Se comprueba que las personas que viven en su unidad familiar propia son los que menos cantidad de actividad física intensa realizan (43,2 %) en comparación con las personas que viven solas (54,9 %). Del mismo modo, las personas que más porcentaje de práctica de actividad física baja tienen fueron

las que vivían en su propia unidad familiar (22,7 %), siendo las que vivían en residencias universitarias las que menor porcentaje presentaron (13,5 %). Todas estas diferencias fueron estadísticamente significativas (χ^2 de Pearson 45,994; $p = .000$).

Respecto al tiempo sedentario según los convivientes (ver tabla 86), resultó estadísticamente significativo ($F = 3,806$; $p = .000$)

Tabla 86. Estadísticos descriptivos del tiempo medio diario sedentario según los convivientes			
CONVIVIENTES	MEDIA	DESVIACIÓN TÍPICA	TOTAL (n)
Con los padres	7,48	3,299	7.857
Con la pareja	7,42	3,415	1.075
Viviendo solos	7,20	3,444	610
Con otros familiares	7,61	3,557	474
Con compañeros de piso	7,20	3,353	4.774
En residencias universitarias	7,37	3,423	875
Unidad familiar propia	6,95	3,891	65

Fuente: elaboración propia.

El grupo de convivientes con mayor media de tiempo sedentario diario fue el que vivía con otros familiares (7,61 horas), tiempo superior a la media global (7,38). Por el contrario, la media más baja la presentó el grupo que vivía en su unidad familiar propia (6,95 horas).

Por último, según la categoría del *IMC*, se analiza en la tabla 87 su relación con las categorías de la actividad física realizada.

Tabla 87. Porcentaje de las distintas categorías de actividad física según el IMC		
CATEGORÍAS CUESTIONARIO	NORMOPESO	SOBREPESO/OBESIDAD
Actividad física intensa	51,5 %	49,9 %
Actividad física moderada	32,3 %	32,3 %
Actividad física baja	16,2 %	17,9 %
Total (n)	12.538	3.234

Fuente: elaboración propia.

Las personas con normopeso realizaban ligeramente más actividad física intensa que las personas con sobrepeso/obesidad (51,5 frente al 49,9 %), obteniendo además el mismo porcentaje de actividad física moderada. Estas diferencias, aunque

pequeñas, son estadísticamente significativas (χ^2 de Pearson 6,683; $p = .035$).

En cuanto a la diferencia en las medias de tiempo sedentario diario (ver tabla 88), resultaron estadísticamente significativas (*t de Welch* = -3,492; $p = .000$).

Tabla 88. Estadísticos descriptivos del tiempo medio diario sedentario según el IMC			
IMC	MEDIA	DESVIACIÓN TÍPICA	TOTAL (n)
Normopeso	7,33	3,321	12.289
Sobrepeso/obesidad	7,56	3,401	3.201

Fuente: elaboración propia.

Se observa que la media de horas sedentarias que pasan las personas con normopeso al día están muy en consonancia con la media general de la muestra (7,33 horas), siendo además inferior al de las personas con sobrepeso/obesidad (7,56 horas diarias).

Estudiando de forma específica la *actividad física realizada durante el período de confinamiento*, se pueden comprobar los siguientes resultados en el total de la muestra (ver tabla 89).

Tabla 89. Actividad física durante el confinamiento

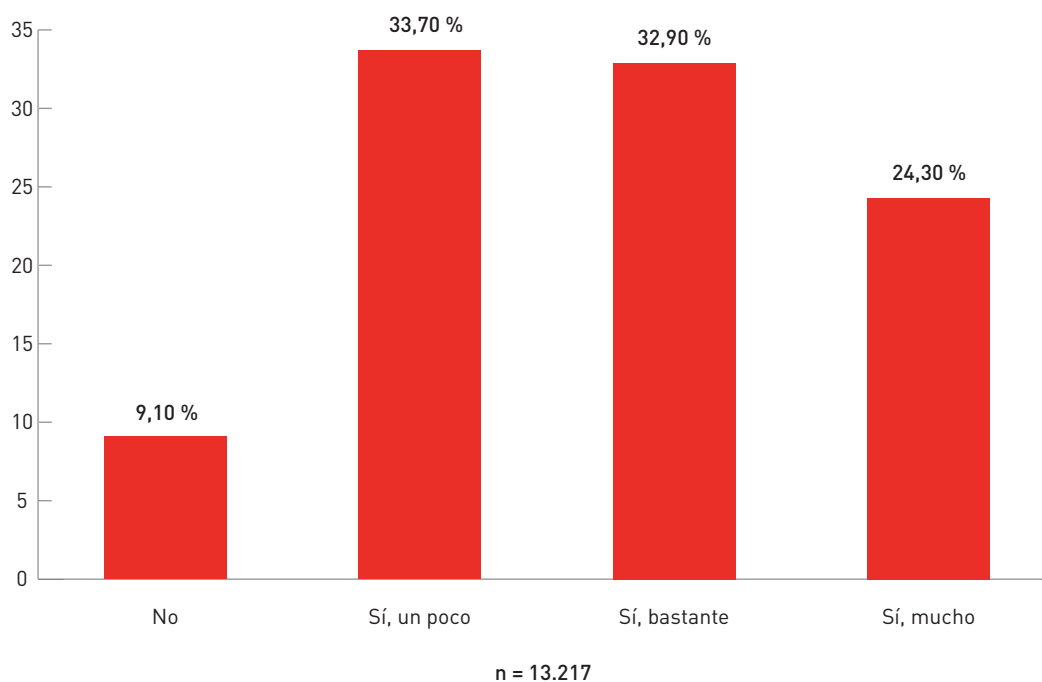
ACTIVIDAD FÍSICA DURANTE EL CONFINAMIENTO	TOTAL (n)	PORCENTAJE
Nunca o casi nunca	3.521	21,2 %
Sí, entre 1 y 2 veces por semana	5.027	30,3 %
Sí, entre 3 y 4 veces por semana	4.859	29,3 %
Sí, 5 o más veces por semana	3.185	19,2 %
Total (n)	16.592	100 %

Fuente: elaboración propia.

Con respecto a la influencia de la pandemia en la actividad física, el 39,3 % señaló que no le influyó, muy seguido del 37,6 %, que aumentó las horas semanales destinadas a la práctica de actividad física. El 23,1 % afirmó que disminuyó sus horas de práctica de actividad física durante la misma.

Además, en el estudio se les preguntó específicamente por su opinión sobre la influencia de la actividad física en el bienestar físico y emocional durante la pandemia. Los resultados de este ítem se pueden comprobar en la siguiente figura 37.

Figura 37. Influencia de la actividad física en el bienestar físico y emocional durante la pandemia

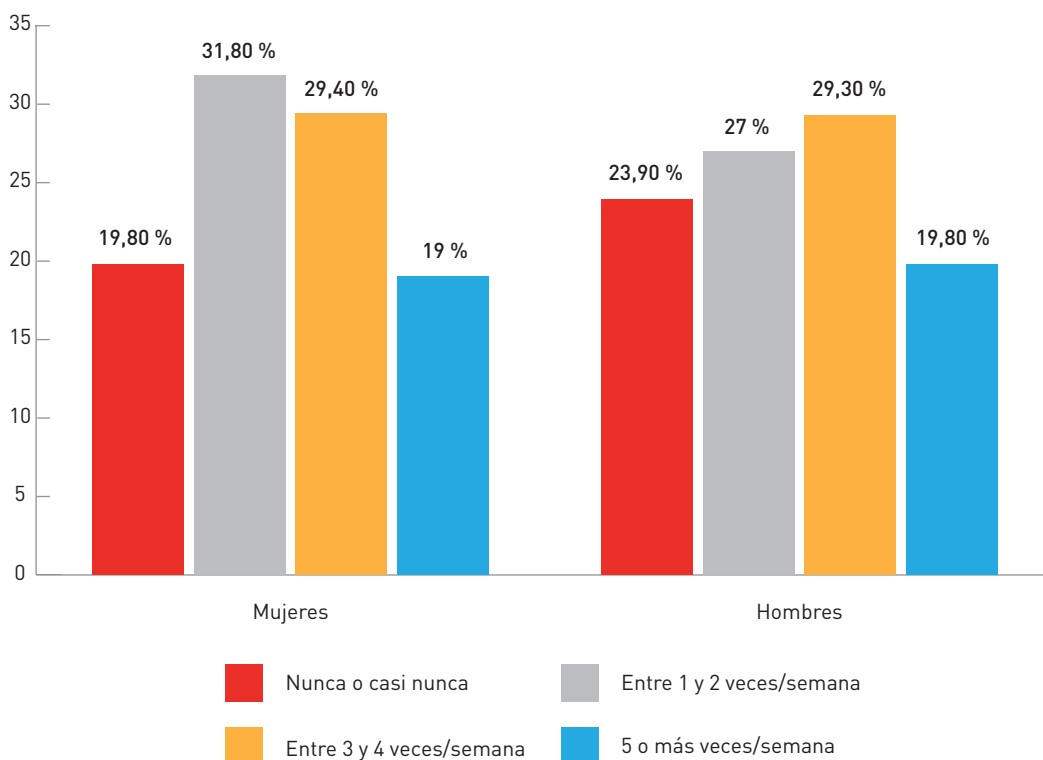


Fuente: elaboración propia.

Al analizar estas tres cuestiones por sexo, las diferencias más relevantes radican en los grupos que no realizaron actividad física nunca o casi nunca: 19,8 % de las mujeres y 23,9 % de los hombres; y los que la realizaron entre 1 y 2 veces por semana:

31,8 % de las mujeres y 27,0 % de los hombres. El resto se puede comprobar a continuación (ver figura 38), con diferencias significativas estadísticamente (χ^2 de Pearson 75,699; p = .000).

Figura 38. Actividad física practicada durante el confinamiento según el sexo

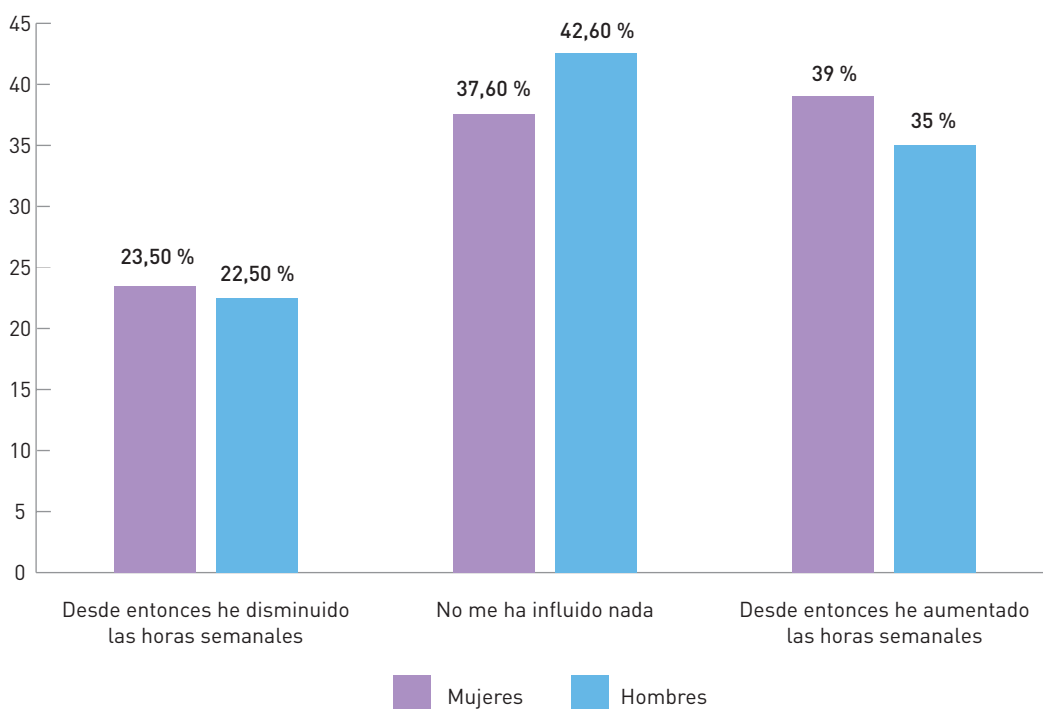


Fuente: elaboración propia.

En cuanto a la influencia de la pandemia en la actividad física según el sexo, se puede consultar en la siguiente figura 39 (χ^2 de Pearson 47,012; $p =$

.000), que muestra que quien más ha aumentado la práctica de actividad física fueron las mujeres (39,0 frente al 35,0 % de los hombres).

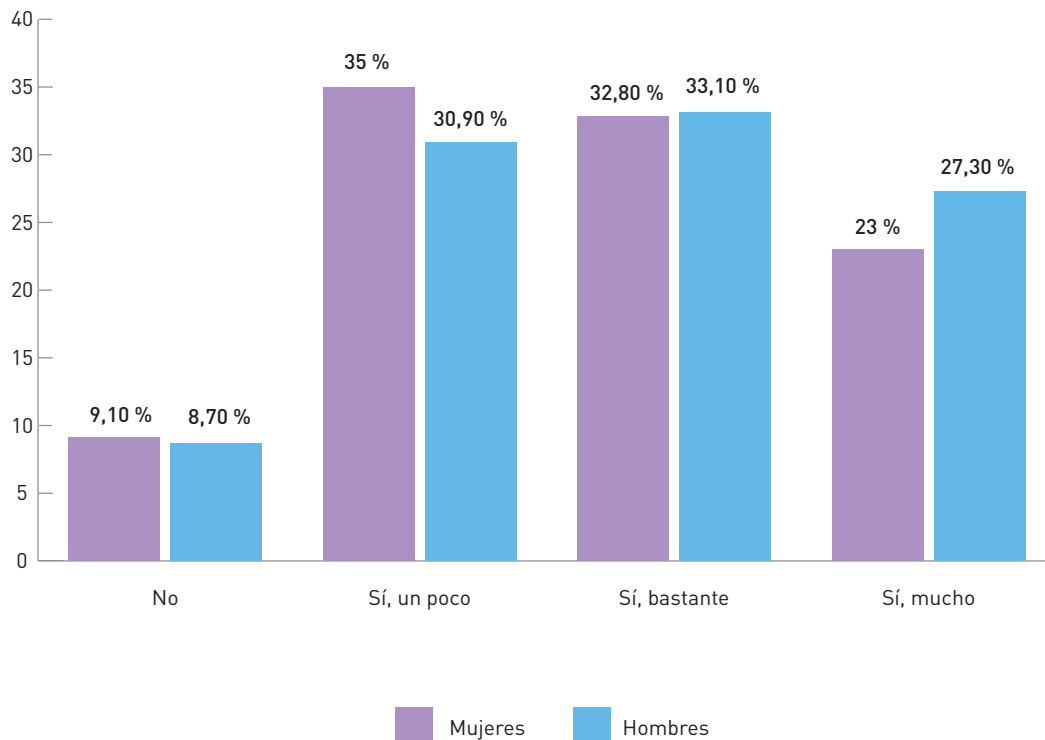
Figura 39. Influencia de la pandemia en la actividad física por sexo



Fuente: elaboración propia.

Esta gráfica se puede comparar con la influencia de la actividad física en el bienestar físico y emocional percibido según el sexo en la siguiente figura 40 (χ^2 de Pearson 54,577; $p = .000$).

Figura 40. Influencia de la actividad física en el bienestar físico y emocional durante la pandemia por sexo



Fuente: elaboración propia.

Los hombres tuvieron más beneficios (en las categorías de “bastante” y “mucho”) en su bienestar físico y emocional por la práctica de actividad física que las mujeres en este período (60,4 frente al 55,8 % de las mujeres).

Estas tres cuestiones por *áreas de conocimiento*, se puede comprobar en las siguientes tablas. La primera de ellas, sobre la actividad física realizada durante el confinamiento (χ^2 de Pearson 154,051; $p = .000$).

Tabla 90. Actividad física realizada durante el confinamiento por áreas de conocimiento

ACTIVIDAD FÍSICA EN CONFINAMIENTO	1	2	3	4	5
Nunca o casi nunca	26,3 %	24,5 %	16,8 %	20,2 %	24,7 %
Entre 1 y 2 veces/semana	31,2 %	29,8 %	29,9 %	30,6 %	29,8 %
Entre 3 y 4 veces/semana	27,0 %	27,9 %	31,0 %	30,3 %	27,3 %
5 o más veces/semana	15,6 %	17,8 %	22,3 %	18,9 %	18,2 %
Total (n)	2.192	1.670	4.875	5.034	2.392

Fuente: elaboración propia.

Nota: 1: Artes y Humanidades; 2: Ciencias; 3: Ciencias de la Salud; 4: Ciencias Sociales y Jurídicas; 5: Ingeniería y Arquitectura.

Destacando el área de Ciencias de la Salud donde se realiza ejercicio más de 3 veces por semana (53,3 %) en mayor proporción, frente al área de Artes y Humanidades (42,6 %).

En la tabla 91 se analiza la influencia de la pandemia en la actividad física realizada por áreas de conocimiento (χ^2 de Pearson 65,386; $p = .000$).

Tabla 91. Influencia de la pandemia en la actividad física por áreas de conocimiento					
INFLUENCIA PANDEMIA	1	2	3	4	5
Desde entonces han disminuido las horas semanales de actividad física	21,6 %	24,4 %	22,7 %	21,9 %	26,2 %
No les ha influido	42,4 %	40,6 %	36,9 %	39,1 %	41,1 %
Desde entonces han aumentado las horas semanales de actividad física	36,0 %	35,1 %	40,4 %	39,0 %	32,7 %
Total (n)	2.197	1.674	4.873	5.030	2.401

Fuente: elaboración propia.

Nota: 1: Artes y Humanidades; 2: Ciencias; 3: Ciencias de la Salud; 4: Ciencias Sociales y Jurídicas; 5: Ingeniería y Arquitectura.

Como se puede comprobar, el área de Ciencias de la Salud es el que más aumentó las horas semanales destinadas a la práctica de actividad física (40,4 frente al 37,6 % global). Por el contrario, el área de Ingeniería y Arquitectura es el que menos aumentó (32,7 %) y también el que más la disminuyó (26,2 frente al 23,1 % global).

La siguiente tabla 92 analiza cómo han percibido el estudiantado la influencia de la actividad física en el bienestar físico y emocional en pandemia (χ^2 de Pearson 97,498; $p = .000$).

Tabla 92. Influencia de la actividad física en el bienestar físico y emocional en pandemia por áreas de conocimiento					
INFLUENCIA ACTIVIDAD FÍSICA EN BIENESTAR FÍSICO Y EMOCIONAL	1	2	3	4	5
No	12,1 %	9,8 %	7,4 %	9,2 %	9,6 %
Un poco	38,5 %	32,3 %	30,8 %	34,8 %	34,9 %
Bastante	29,1 %	34,3 %	34,7 %	33,6 %	30,9 %
Mucho	20,3 %	23,6 %	27,0 %	22,5 %	24,6 %
Total (n)	1.653	1.276	4.095	4.040	1.832

Fuente: elaboración propia.

Nota: 1: Artes y Humanidades; 2: Ciencias; 3: Ciencias de la Salud; 4: Ciencias Sociales y Jurídicas; 5: Ingeniería y Arquitectura.

En esta última tabla tampoco se ven diferencias relevantes con respecto a los datos globales salvo en el área de Artes y Humanidades, a la que no le ha afectado en mayor proporción (12,1 frente al 9,1 % global), y al área de Ciencias de la Salud, cuyo porcentaje en la categoría "mucho" es superior al global (27,0 frente al 24,3 %).

93 que los que viven en su propia unidad familiar son los que menos han realizado actividad física durante el confinamiento de la pandemia (32,4 %). Sin embargo, también es este grupo el que ha realizado la actividad física 5 o más veces por semana en mayor proporción que el resto (22,1 %), con diferencias estadísticamente significativas (χ^2 de Pearson 76,994; $p = .000$).

En el análisis realizado según los *convivientes* de la muestra, se puede comprobar en la siguiente tabla

Tabla 93. Actividad física durante el confinamiento según los convivientes							
ACTIVIDAD FÍSICA EN CONFINAMIENTO	1	2	3	4	5	6	7
Nunca o casi nunca	20,6 %	28,2 %	22,3 %	24,0 %	20,4 %	19,3 %	32,4 %
Entre 1 y 2 veces/semana	29,4 %	31,8 %	29,9 %	30,1 %	31,7 %	30,6 %	22,1 %
Entre 3 y 4 veces/semana	30,1 %	26,0 %	27,8 %	26,7 %	29,1 %	29,5 %	23,5 %
5 o más veces/semana	19,9 %	13,9 %	20,1 %	19,2 %	18,8 %	20,6 %	22,1 %
Total (n)	8.235	1.140	633	499	5.058	924	68

Fuente: elaboración propia.

Nota: 1: con los padres; 2: con la pareja; 3: viviendo solos; 4: con otros familiares; 5: con compañeros de piso; 6: en residencias universitarias; 7: unidad familiar propia.

Para analizar la influencia de la pandemia en la práctica de actividad física regular según los convivientes se puede ver en la tabla 94 (χ^2 de Pearson 61,432; $p = .000$).

INFLUENCIA PANDEMIA	1	2	3	4	5	6	7
Desde entonces han disminuido las horas semanales de actividad física	22,8 %	27,2 %	24,7 %	26,4 %	21,9 %	24,3 %	30,4 %
No les ha influido	38,0 %	43,3 %	40,9 %	38,6 %	40,1 %	39,1 %	46,4 %
Desde entonces han aumentado las horas semanales de actividad física	39,2 %	29,5 %	34,3 %	35,0 %	38,0 %	36,5 %	23,2 %
Total (n)	8.248	1.139	635	497	5.059	920	69

Fuente: elaboración propia.

Nota: 1: con los padres; 2: con la pareja; 3: viviendo solos; 4: con otros familiares; 5: con compañeros de piso; 6: en residencias universitarias; 7: unidad familiar propia.

El grupo que convivía con sus padres son los que más han aumentado las horas semanales de actividad física (39,2 %) en contraposición al grupo que convivía en su propia unidad familiar, que son los que más habían disminuido las horas semanales destinadas a la práctica de actividad física (30,4%).

Con respecto a la influencia de la actividad física durante la pandemia a su bienestar físico y emocional según los convivientes de la muestra, se puede analizar en la tabla 95 (χ^2 de Pearson 33,619; $p = .040$).

INFLUENCIA ACTIVIDAD FÍSICA EN BIENESTAR FÍSICO Y EMOCIONAL	1	2	3	4	5	6	7
No	9,5 %	9,5 %	9,1 %	5,2 %	8,6 %	9,5 %	8,0 %
Sí, un poco	32,8 %	32,5 %	33,7 %	41,4 %	34,5 %	35,2 %	38,0 %
Sí, bastante	33,6 %	32,7 %	33,3 %	31,9 %	31,9 %	32,8 %	30,0 %
Sí, mucho	24,1 %	25,2 %	23,8 %	21,5 %	25,0 %	22,5 %	24,0 %
Total (n)	6.634	828	495	382	4.052	747	50

Fuente: elaboración propia.

Nota: 1: con los padres; 2: con la pareja; 3: viviendo solos; 4: con otros familiares; 5: con compañeros de piso; 6: en residencias universitarias; 7: unidad familiar propia.

Las personas que vivían con sus padres son los que consideran que les ha afectado a su bienestar físico y emocional bastante/mucho en mayor proporción que al resto de grupos.

Por último, al analizar estas cuestiones según el IMC de la muestra, se observa que el grupo con normopeso es el que ha realizado actividad física 5 o más veces por semana (20,6 %), como se observa a continuación (χ^2 de Pearson 167,803; $p = .000$).

ACTIVIDAD FÍSICA EN CONFINAMIENTO	NORMOPESO	SOBREPESO/OBESIDAD
Nunca o casi nunca	19,4 %	28,2 %
Entre 1 y 2 veces/semana	30,0 %	31,4 %
Entre 3 y 4 veces/semana	30,1 %	26,0 %
5 o más veces/semana	20,6 %	14,4 %
Total (n)	12.940	3.357

Fuente: elaboración propia.

La siguiente cuestión es la influencia de la pandemia en la práctica de la actividad física según el IMC de la muestra (ver tabla 97), donde sucede lo mismo que en la anterior variable: las personas

con normopeso han aumentado las horas semanales de actividad física desde la pandemia (38,8 %), con diferencias también significativas (χ^2 de Pearson 89,438; $p = .000$).

Tabla 97. Influencia de la pandemia en la actividad física según el IMC de la muestra		
INFLUENCIA PANDEMIA	NORMOPESO	SOBREPESO/OBESIDAD
Desde entonces han disminuido las horas semanales de actividad física	21,5 %	29,1 %
No les ha influido	39,7 %	37,3 %
Desde entonces han aumentado las horas semanales de actividad física	38,8 %	33,6 %
Total (n)	12.945	3.363

Fuente: elaboración propia.

Por último, se analiza la pregunta sobre la influencia de la actividad física en el bienestar físico y

emocional para la muestra según su IMC (ver tabla 98) (χ^2 de Pearson 60,852; $p = .000$).

Tabla 98. Influencia de la actividad física durante el confinamiento al bienestar físico y emocional según el IMC de la muestra		
INFLUENCIA ACTIVIDAD FÍSICA EN BIENESTAR FÍSICO Y EMOCIONAL	NORMOPESO	SOBREPESO/OBESIDAD
No	8,6 %	10,6 %
Sí, un poco	32,4 %	39,0 %
Sí, bastante	33,7 %	29,5 %
Sí, mucho	25,3 %	21,0 %
Total (n)	10.531	2.453

Fuente: elaboración propia.

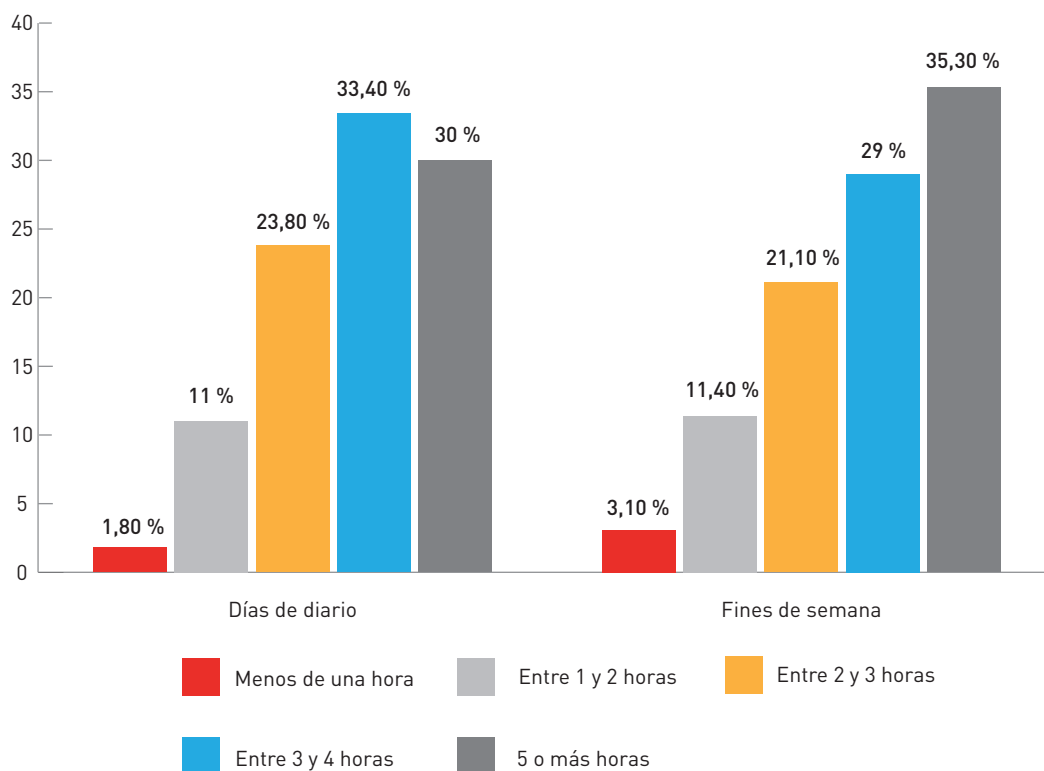
En la anterior tabla se comprueba que a las personas con normopeso les influyó en su bienestar físico y emocional en mayor medida que al resto de grupos (25,3 %).

primera de ellas, relativa al dinero invertido en el dispositivo, más de la mitad de la muestra se gastó menos de 500 euros (69,1 %), en contraposición a los que sí se gastaron esa cantidad o más (30,9 %) ($n = 15.637$).

5.4. Uso del teléfono móvil

Para medir esta variable se emplearon preguntas elaboradas por el equipo de investigación, tal y como se señala en la metodología. En cuanto a la

Respecto al tiempo de uso del teléfono móvil, se puede comprobar a continuación (ver figura 41) la diferencia entre el tiempo empleado los días de diario y los fines de semana en la muestra general.

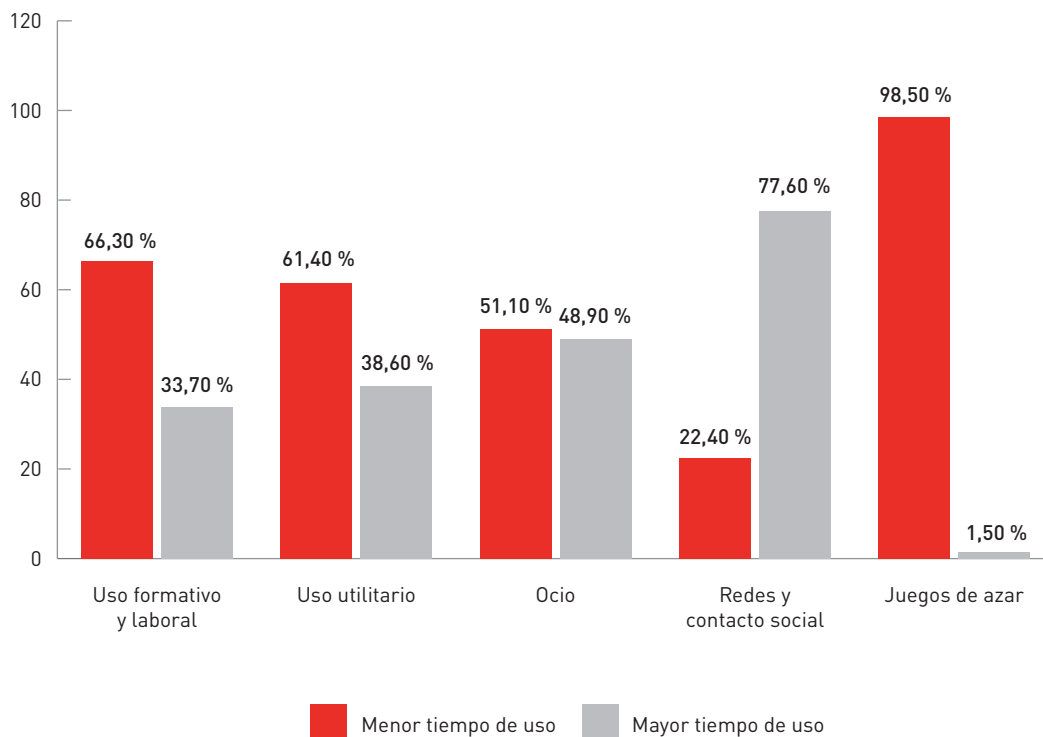
Figura 41. Horas al día de uso de teléfono móvil los días de diario y fines de semana

Fuente: elaboración propia.

Respecto al tiempo real de uso (fijándose en las aplicaciones y utilidades que ofrecen los móviles para conocer este dato sobre la semana anterior), la media diaria alcanzada fue de 4,4 horas diarias (con valores entre 0 y 22 horas diarias), con una mediana de 4 y una desviación de 2,193.

En cuanto al tipo de uso de los teléfonos móviles que presentó la muestra, en el cuestionario se presentaron cinco tipos de uso distintos. En la siguiente figura 42 se puede analizar el tiempo empleado en cada tipo categorizado en "menor tiempo de uso" y "mayor tiempo de uso".

Figura 42. Porcentaje de tiempo de los distintos tipos de uso del teléfono móvil



Fuente: elaboración propia.

Como se puede apreciar, el mayor tiempo de uso se empleó en las redes sociales y el contacto con otras personas, mientras que el menor tiempo de uso fue destinado a los juegos de azar.

La pandemia, con respecto al tiempo empleado en el teléfono móvil, influyó aumentando el número de horas en el 53,8 % de las personas encuestadas, mientras que solo el 7,9 % disminuyó el tiempo de uso desde este período. El resto (38,3 %) no se vio influido su tiempo de uso (n = 15.466).

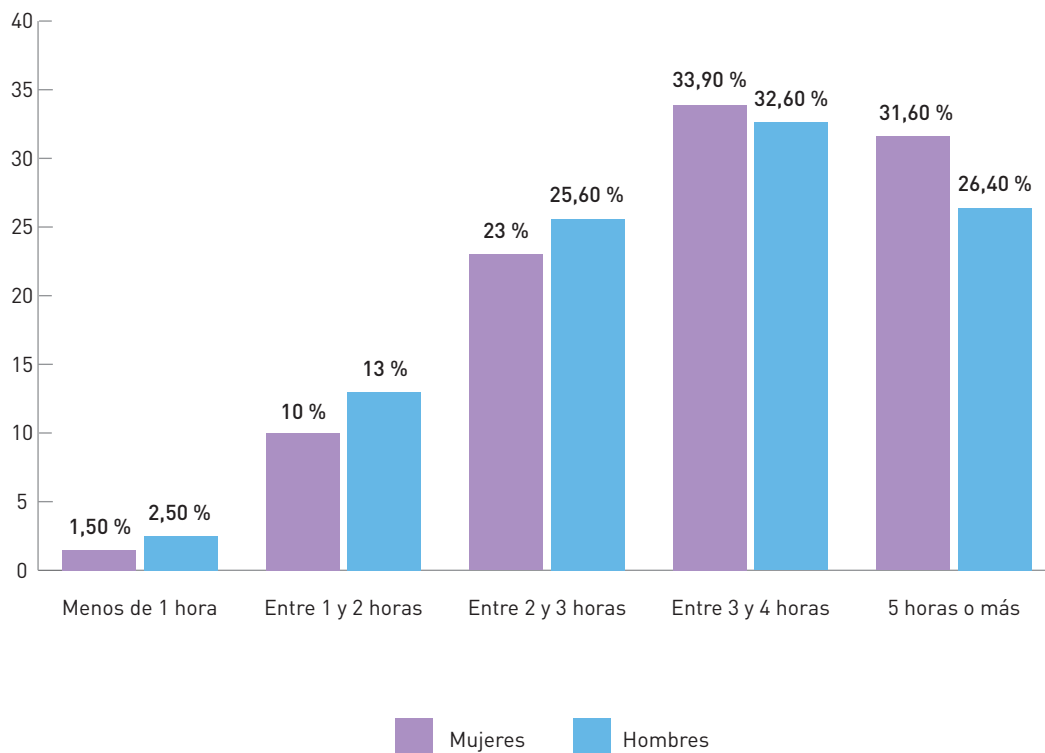
Por otro lado, en cuanto al tipo de uso del teléfono móvil en este período, el 39,9 % de la muestra total afirmó no verse influido en el tipo de uso que

realizaba; el 32,7 % reportó un uso más variado; el 6,3 %, un uso menos variado; el 11,7 %, un uso más lúdico, y el 22,4 %, un uso más social.

En el caso de las diferencias por sexo, los hombres se gastaron menos de 500 euros que las mujeres en sus teléfonos móviles (75,9 frente al 65,7 % de las mujeres), con diferencias estadísticamente significativas (χ^2 de Pearson 165,439; p = .000).

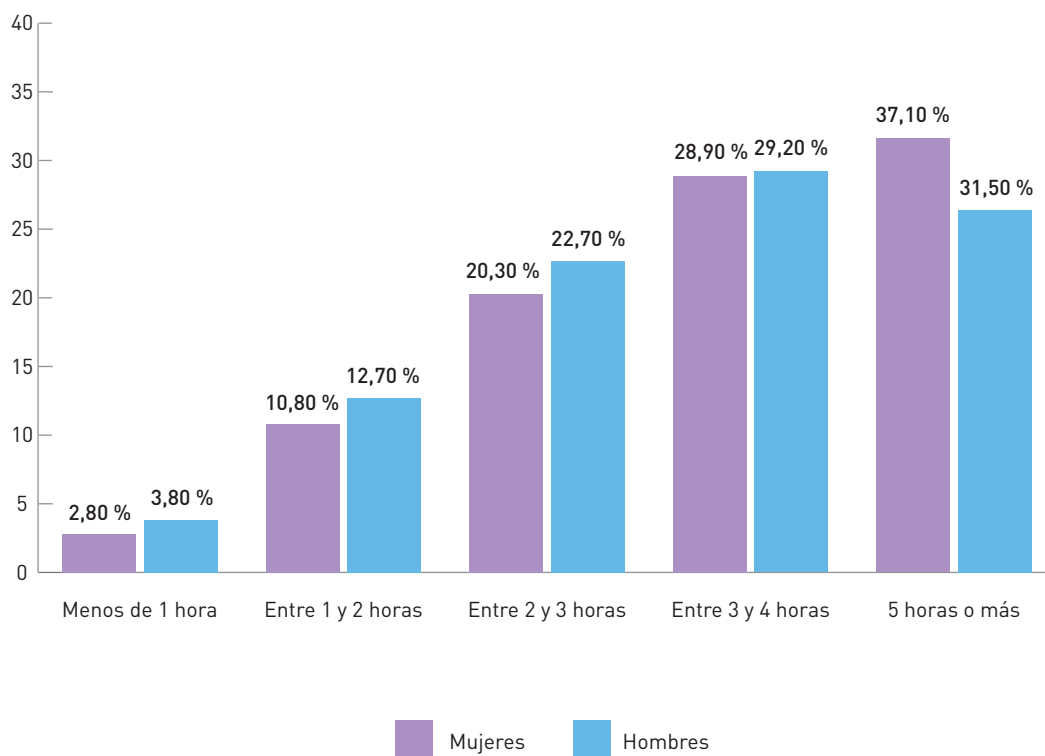
En las siguientes figuras 43 y 44 se puede observar las horas al día que usan el teléfono móvil los distintos sexos tanto los días de diario como los fines de semana, con diferencias estadísticamente significativas en ambas (p < .05).

Figura 43. Horas al día de uso de teléfono móvil los días de diario por sexo



Fuente: elaboración propia.

Figura 44. Horas al día de uso de teléfono móvil los fines de semana por sexo



Fuente: elaboración propia.

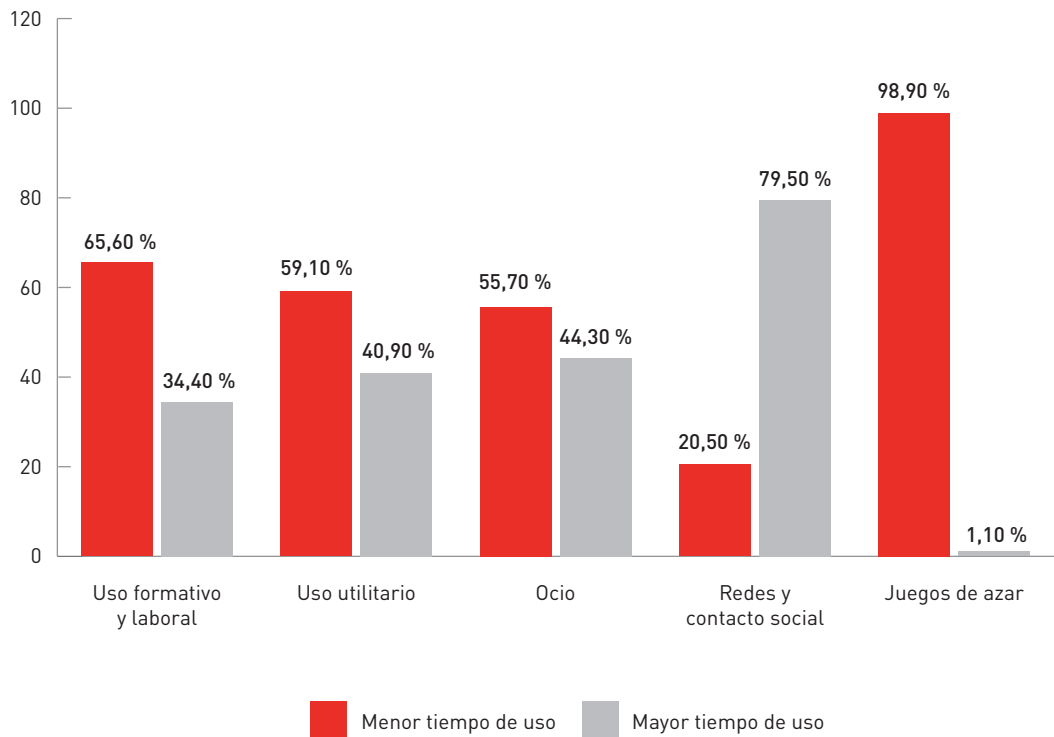
Como se puede observar, las mujeres hacen más uso de los teléfonos móviles tanto los días de diario como los fines de semana, llegando a ser el grupo más numeroso de la categoría de “5 horas o más”.

Al analizar el tiempo medio de uso en un solo día, las medias de mujeres y hombres no distaron mucho de la media general alcanzada (4,4 horas). En el caso de las mujeres fueron 4,5 horas y en el de

los hombres, 4,3 horas. Las diferencias en las medias en cuanto al sexo resultaron significativas estadísticamente ($t = 3,958, p = .000$).

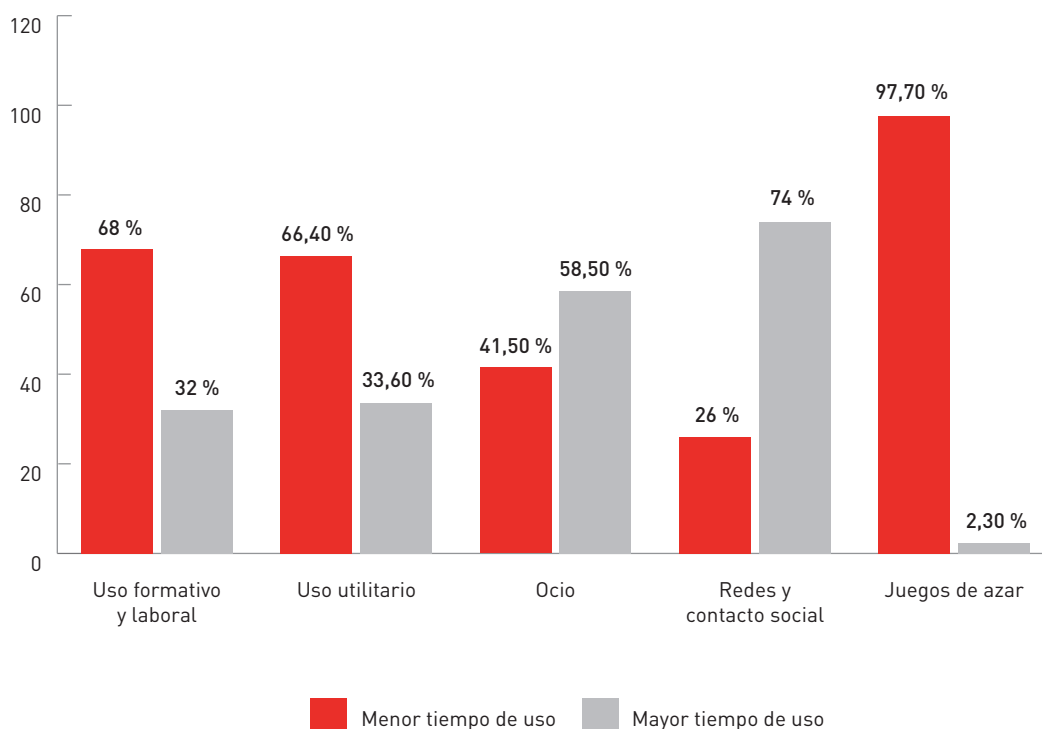
En las siguientes figuras 45 y 46 se puede comprobar el tipo de uso que hacen de los móviles las mujeres y los hombres (diferencias estadísticamente significativas en todos los tipos de uso, $p < .05$).

Figura 45. Porcentaje de tiempo de los distintos tipos de uso del teléfono móvil en mujeres



Fuente: elaboración propia.

Figura 46. Porcentaje de tiempo de los distintos tipos de uso del teléfono móvil en hombres



Fuente: elaboración propia.

Podemos observar que el tipo de uso que hacen del teléfono móvil tanto los hombres como las mujeres es mayor en redes y contacto social, aunque las mujeres en mayor proporción (79,5 frente al 74,0 %, respectivamente).

La pandemia influyó en el tiempo de uso que dedicaban a los teléfonos móviles en distintas proporciones según el sexo. En el caso de las mujeres, aumentaron el tiempo de uso más que los hombres (56,3 frente al 48,8 % de los hombres). Siguiendo la misma línea, los hombres disminuyeron más el tiempo de uso del móvil (6,5 %) en comparación con las mujeres (8,5 %), con diferencias estadísticamente significativas (χ^2 de Pearson 133,583; $p = .000$).

Por otro lado, analizando cómo ha influido la pandemia en el tipo de uso que hacen del teléfono móvil por sexo, a los hombres les ha influido menos

que a las mujeres (45,2 y 37,4 %, respectivamente). Las mujeres hacían un uso más variado ligeramente superior que los hombres (33,8 y 30,3 %, respectivamente); y los hombres, menos variados, en un 7,1 % en comparación con el 5,9 % de las mujeres. Las mujeres hacían un uso más social que los hombres como consecuencia de la pandemia (23,9 y 19,2 %, respectivamente). Todas estas variables resultaron estadísticamente significativas al comparar ambos sexos ($p < .05$).

Las diferencias por sexo sobre el uso de tipo lúdico fueron inapreciables (11,7 % aproximadamente ambos sexos) y tampoco fueron estadísticamente significativas (χ^2 de Pearson 1,835; $p = .399$).

Al analizar todas estas preguntas por *áreas de conocimiento*, se puede comprobar en la siguiente tabla el dinero gastado en el teléfono móvil (χ^2 de Pearson 206,525; $p = .000$).

Tabla 99. Porcentaje de dinero empleado en el teléfono móvil por áreas de conocimiento

DINERO INVERTIDO EN TELÉFONO MÓVIL	ARTES Y HUMANIDADES	CIENCIAS	CIENCIAS DE LA SALUD	CIENCIAS SOCIALES Y JURÍDICAS	INGENIERÍA Y ARQUITECTURA
Menos de 500 €	74,2 %	75,0 %	64,6 %	64,8 %	77,3 %
Más de 500 €	25,8 %	25,0 %	35,4 %	35,2 %	22,7 %
Total (n)	2.056	1.552	4.615	4.747	2.257

Fuente: elaboración propia.

Las personas de Ingeniería y Arquitectura son las que menos han invertido en sus dispositivos móviles (el 77,3 % se ha gastado menos de 500 euros), en comparación con las personas de Ciencias de la Salud (35,4 % que se han gastado más de 500 euros) y Ciencias Sociales y Jurídicas (35,2 %).

En cuanto al uso que se hace de él los días de diario y entre semana, se puede apreciar en la tabla 100 (los días de diario: χ^2 de Pearson 250,906; $p = .000$; los fines de semana: χ^2 de Pearson 96,777; $p = .000$).

Tabla 100. Uso del teléfono móvil entre semana y los fines de semana por áreas de conocimiento

HORAS AL DÍA	DÍAS	1	2	3	4	5
Menos de 1 h	Entre semana	3,1 %	1,4 %	1,4 %	1,2 %	2,2 %
	Fines de semana	4,0 %	2,3 %	2,8 %	2,6 %	3,5 %
Entre 1 y 2 h	Entre semana	11,1 %	12,1 %	10,8 %	8,1 %	14,1 %
	Fines de semana	12,1 %	11,0 %	11,6 %	10,2 %	11,8 %
Entre 2 y 3 h	Entre semana	22,7 %	24,6 %	25,3 %	20,6 %	27,4 %
	Fines de semana	18,4 %	23,7 %	20,6 %	20,2 %	23,2 %
Entre 3 y 4 h	Entre semana	31,7 %	32,7 %	34,8 %	33,7 %	33,6 %
	Fines de semana	26,5 %	27,3 %	30,6 %	28,5 %	31,4 %
5 o más h	Entre semana	31,4 %	29,1 %	27,7 %	36,4 %	22,7 %
	Fines de semana	38,9 %	35,8 %	34,4 %	38,6 %	30,0 %

Fuente: elaboración propia.

Nota: 1: Artes y Humanidades; 2: Ciencias; 3: Ciencias de la Salud; 4: Ciencias Sociales y Jurídicas; 5: Ingeniería y Arquitectura.

De esta tabla, destaca el grupo de Ciencias Sociales y Jurídicas por ser los que más tiempo dedicaban al teléfono móvil los días de diario; en el caso de los fines de semana, fue el área de Artes y Humanidades. Por el contrario, el área de Ingeniería y Arquitectura fue el que menos lo utilizó tanto los días de diario como los fines de semana.

La media del tiempo real de utilización del móvil referenciada en las distintas áreas de conocimiento se puede comprobar a continuación ($F = 27,409$, $p = .000$).

Tabla 101. Media de uso real del teléfono móvil por áreas de conocimiento

ÁREAS	MEDIA	DESVIACIÓN	TOTAL (n)
Artes y Humanidades	4,63	2,479	1.961
Ciencias	4,46	2,271	1.500
Ciencias de la Salud	4,34	2,021	4.459
Ciencias Sociales y Jurídicas	4,68	2,227	4.594
Ingeniería y Arquitectura	4,17	2,041	2.181

Fuente: elaboración propia.

Ingeniería y Arquitectura tiene la media más baja en cuanto al uso del teléfono móvil frente a la media total (4,4 horas), lo que constituye casi el 11 % en comparación con el valor más alto (correspondiente a Ciencias Sociales y Jurídicas).

A continuación, se puede analizar el tipo de uso del teléfono móvil que se realiza por área de conocimiento (todos los tipos con diferencias entre las áreas estadísticamente significativas, $p < .05$).

Tabla 102. Tipos de uso del teléfono móvil por áreas de conocimiento

TIPOS DE USO		1	2	3	4	5
Uso formativo y laboral	Mayor tiempo	33,1 %	36,1 %	34,2 %	32,0 %	33,1 %
	Menor tiempo	66,9 %	63,9 %	65,8 %	68,0 %	66,9 %
Uso utilitario	Mayor tiempo	41,1 %	36,2 %	37,4 %	38,4 %	35,4 %
	Menor tiempo	58,9 %	63,8 %	62,6 %	61,6 %	64,6 %
Ocio	Mayor tiempo	48,7 %	52,1 %	47,1 %	47,9 %	55,9 %
	Menor tiempo	51,3 %	47,9 %	52,9 %	52,1 %	44,1 %
Redes y contacto social	Mayor tiempo	75,8 %	74,5 %	80,3 %	80,2 %	74,2 %
	Menor tiempo	24,2 %	25,5 %	19,7 %	19,8 %	25,8 %
Juegos de azar	Mayor tiempo	1,5 %	1,3 %	1,2 %	1,5 %	2,2 %
	Menor tiempo	98,5 %	98,7 %	98,8 %	98,5 %	97,8 %

Fuente: elaboración propia.

Nota: 1: Artes y Humanidades; 2: Ciencias; 3: Ciencias de la Salud; 4: Ciencias Sociales y Jurídicas; 5: Ingeniería y Arquitectura.

En la siguiente tabla, se puede analizar la influencia de la pandemia en el uso del teléfono móvil por área de conocimiento (χ^2 de Pearson 59,457; $p = .000$).

Tabla 103. Influencia de la pandemia en el uso del teléfono móvil por áreas de conocimiento

INFLUENCIA DE LA PANDEMIA	ARTES Y HUMANIDADES	CIENCIAS	CIENCIAS DE LA SALUD	CIENCIAS SOCIALES Y JURÍDICAS	INGENIERÍA Y ARQUITECTURA
Reducido horas de uso	10,1 %	7,4 %	7,3 %	8,2 %	7,3 %
No ha influido	36,8 %	39,0 %	38,7 %	35,5 %	43,7 %
Aumentado horas de uso	53,1 %	53,6 %	54,0 %	56,3 %	49,0 %
Total (n)	2.022	1.544	4.556	4.698	2.239

Fuente: elaboración propia.

Ciencias Sociales y Jurídicas fue el grupo que más aumentó el número de horas de uso (56,3 frente al 53,8 % del global), e Ingeniería y Arquitectura el que menos aumentó (49,0 %).

Respecto a los distintos tipos de uso de móvil y la influencia de la pandemia, en la siguiente tabla 104 se pueden apreciar mejor las diferencias entre las áreas de conocimiento.

Tabla 104. Influencia de la pandemia en los distintos tipos de uso del teléfono móvil por áreas de conocimiento

INFLUENCIA DESDE LA PANDEMIA	1	2	3	4	5
No les ha influido nada*	38,2 %	41,6 %	39,7 %	37,4 %	45,4 %
Desde entonces un uso más variado*	34,8 %	32,0 %	32,7 %	34,9 %	27,5 %
Desde entonces un uso menos variado	6,3 %	6,0 %	5,9 %	6,5 %	6,8 %
Desde entonces un uso más lúdico*	11,2 %	13,8 %	11,0 %	11,0 %	13,2 %
Desde entonces un uso más social*	21,8 %	21,2 %	24,1 %	22,2 %	20,8 %

Fuente: elaboración propia.

Nota: 1: Artes y Humanidades; 2: Ciencias; 3: Ciencias de la Salud; 4: Ciencias Sociales y Jurídicas; 5: Ingeniería y Arquitectura.

* Significativo estadísticamente ($p < .05$).

Al grupo que menos les ha influido la situación de pandemia al tipo de uso que hacían de sus teléfonos móviles fue el de Ingeniería y Arquitectura. El grupo de Ciencias señaló que hacía un uso cada vez

más lúdico y, Ciencias de la Salud, cada vez más social, ambos en mayor proporción que el resto.

Según los *convivientes*, las medias en el uso del teléfono móvil son las siguientes (ver tabla 105).

Tabla 105. Medias de las horas de uso del teléfono móvil por día según los convivientes de la muestra			
CONVIVIENTES	MEDIA (EN HORAS)	DT	TOTAL (n)
Con los padres	4,46	2,152	7.520
Con la pareja	3,47	2,110	1.018
Viviendo solos	4,09	2,228	579
Con otros familiares	4,40	2,301	448
Con compañeros de piso	4,71	2,218	4.588
En residencias universitarias	4,54	2,077	842
Unidad familiar propia	2,76	1,337	64

Fuente: elaboración propia.

* Significativo estadísticamente ($p < .05$).

Las diferencias en cuanto a las medias fueron significativas estadísticamente ($F = 49,011$, $p = .000$).

Además, las personas que vivían en residencias universitarias son los que se gastaron más de 500 euros en sus teléfonos móviles en mayor proporción que el resto de los grupos (36,3 %) y de forma estadísticamente significativa (χ^2 de Pearson 17,547; $p = .014$).

Por otro lado, las personas que vivían con sus padres y que utilizaban el teléfono 5 horas o más los días de diario fue del 29,9 frente al 33,8 % de los que convivían con compañeros de piso (χ^2 de Pearson 633,395; $p = .000$). Los fines de semana, el porcentaje ascendía al 36,4 y 38,7 %, respectivamente (χ^2 de Pearson 729,871; $p = .000$). En la siguiente tabla 106 se puede apreciar el resto de los convivientes.

Tabla 106. Horas al día de uso del teléfono móvil los días de diario y fines de semana según los convivientes de la muestra								
HORAS AL DÍA	DÍAS	1	2	3	4	5	6	7
Menos de 1 h	Entre semana	1,3 %	6,2 %	7,0 %	1,7 %	2,2 %	1,0 %	7,7 %
	Fines de semana	2,3 %	10,3 %	8,7 %	5,2 %	2,2 %	1,3 %	12,7 %
Entre 1 y 2 h	Entre semana	10,4 %	22,3 %	15,3 %	11,9 %	14,1 %	9,7 %	30,8 %
	Fines de semana	10,1 %	23,7 %	16,0 %	14,9 %	10,0 %	9,1 %	36,5 %
Entre 2 y 3 h	Entre semana	23,9 %	31,1 %	24,5 %	25,3 %	27,4 %	22,1 %	30,8 %
	Fines de semana	21,0 %	26,7 %	21,4 %	22,7 %	20,4 %	17,2 %	27,0 %
Entre 3 y 4 h	Entre semana	34,4 %	25,2 %	25,2 %	29,7 %	33,6 %	36,5 %	23,1 %
	Fines de semana	30,3 %	22,6 %	24,9 %	23,6 %	28,7 %	33,6 %	19,0 %
5 o más h	Entre semana	29,9 %	15,2 %	28,0 %	31,4 %	22,7 %	30,6 %	7,1 %
	Fines de semana	36,4 %	16,8 %	29,0 %	33,5 %	38,7 %	38,8 %	4,8 %

Fuente: elaboración propia.

Nota: 1: con los padres; 2: con la pareja; 3: viviendo solos; 4: con otros familiares; 5: con compañeros de piso; 6: en residencias universitarias; 7: unidad familiar propia.

Los que mayor tiempo utilizaban el móvil para uso formativo y laboral fueron los que vivían en su unidad familiar propia (75,0 %), y los que menos, los que vivían en residencias universitarias (69,9 %). Respecto al uso utilitario de los teléfonos, donde las personas con unidad familiar propia hacían un mayor uso con esta finalidad (68,3 %), y los que menos, las personas que convivían con sus padres (65,9 %). En el caso de las personas que lo usan para el ocio, son los que vivían en residencias universitarias (53,0 %) los que lo usaban más, y los que tenían una unidad familiar propia, los que menos (82,8 %). Los mismo ocurría con las personas que lo utilizaban con fines de contacto y redes sociales (82,1 % de utilización por parte de las personas que vivían en residencias universitarias y un 67,2 % de menor uso que hacían las que vivían en sus unidades familiares propias). Por último, son las personas con unidades familiares propias las que más utilizaban los juegos de azar a través de

sus teléfonos móviles (8,8 %) en comparación con las que convivían en residencias universitarias que, en esta ocasión, eran las que menor uso hacían de estas aplicaciones (99,2 %). Todos los tipos de uso del teléfono móvil tuvieron diferencias estadísticamente significativas entre los convivientes ($p < .05$).

Con respecto a la influencia de la pandemia en el uso del teléfono móvil, los que vivían con compañeros de piso son los que más han aumentado desde entonces el tiempo de uso (56,2 %), muy seguidos por los que vivían con otros familiares (56,0 %). Los que más han reducido este tiempo han sido los que convivían con sus padres (8,6 %) (χ^2 de Pearson 61,271; $p = .000$).

Para comprobar la influencia que ha tenido la pandemia en el tipo de uso que hacían de los teléfonos móviles según los convivientes de la muestra, se presenta en la tabla 107.

Tabla 107. Influencia de la pandemia en los distintos tipos de uso del teléfono móvil según los convivientes de la muestra

INFLUENCIA DESDE LA PANDEMIA	1	2	3	4	5	6	7
No les ha influido nada*	39,9 %	46,4 %	42,2 %	38,5 %	38,5 %	39,1 %	35,4 %
Desde entonces un uso más variado	32,6 %	30,1 %	31,4 %	35,8 %	33,0 %	33,2 %	35,4 %
Desde entonces un uso menos variado*	6,4 %	4,6 %	8,6 %	6,4 %	6,5 %	4,7 %	3,1 %
Desde entonces un uso más lúdico	11,9 %	12,6 %	11,4 %	11,0 %	11,6 %	11,4 %	12,3 %
Desde entonces un uso más social*	22,8 %	15,7 %	18,3 %	21,7 %	23,2 %	25,8 %	21,5 %

Fuente: elaboración propia.

Nota: 1: con los padres; 2: con la pareja; 3: viviendo solos; 4: con otros familiares; 5: con compañeros de piso; 6: en residencias universitarias; 7: unidad familiar propia.

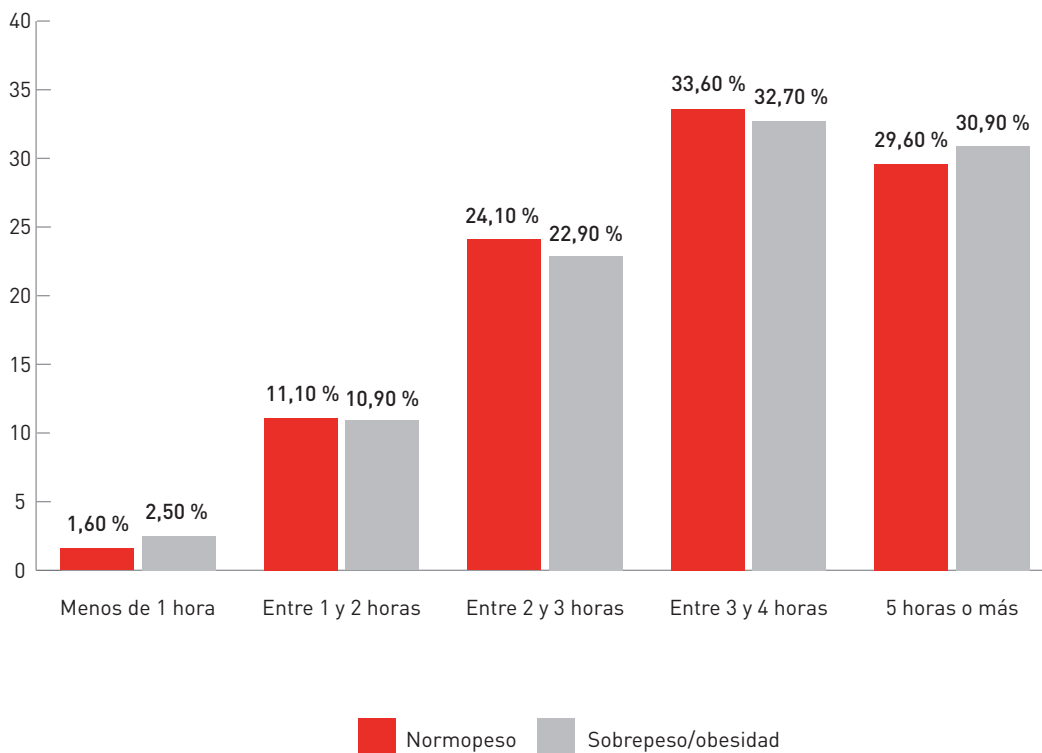
* Significativo estadísticamente ($p < .05$).

Las personas que vivían en residencias universitarias son las que han hecho un uso más social desde la pandemia (25,8 %), en comparación con las que vivían con sus parejas (15,7 %). Además, son estas últimas las que menos les ha influido la pandemia en el tipo de uso que hacían de los teléfonos móviles (46,4%).

Al analizar estas cuestiones según la puntuación del *IMC* de la muestra, se puede ver que la media de uso del teléfono móvil de las personas con sobrepeso/obesidad es superior (4,57, DT = 2,428) que la que tienen las personas con normopeso (4,40, DT = 2,115). Estas diferencias son estadísticamente significativas (t de Welch = -3,344, $p = .001$).

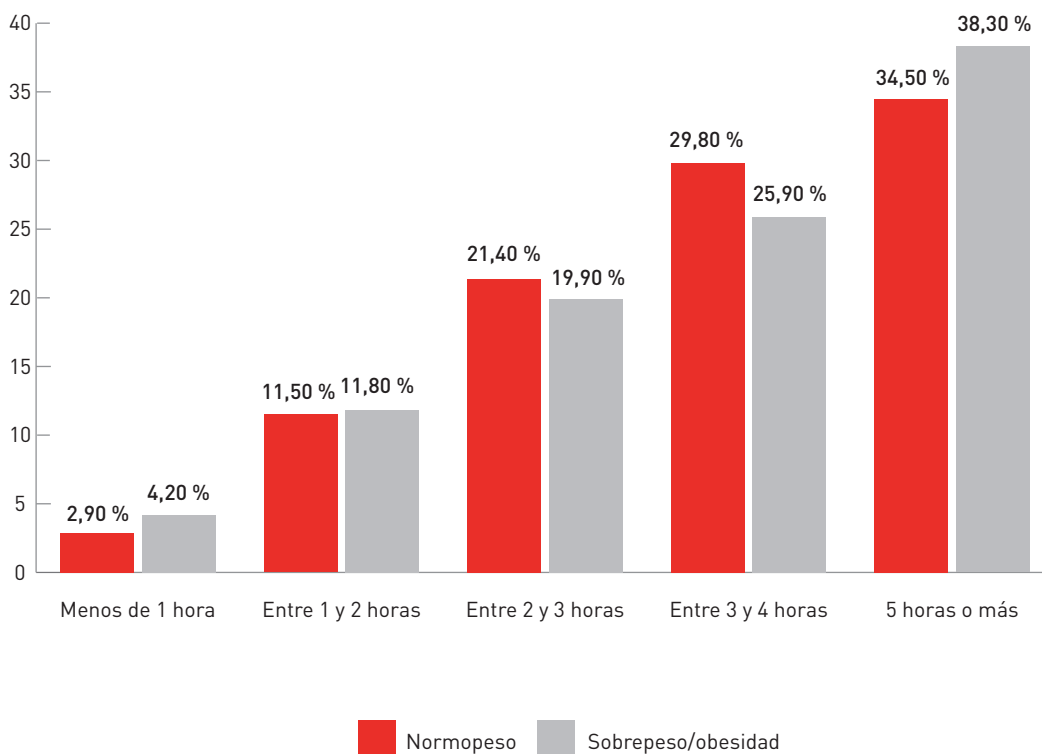
Además, las personas con normopeso son las que más se han gastado 500 euros o más en su dispositivo móvil (31,7 frente al 28,0 %), con una diferencia estadísticamente significativa con respecto a las personas con sobrepeso/obesidad (χ^2 de Pearson 15,849; $p = .000$). Sin embargo, son las personas con sobrepeso/obesidad las que pasan 5 o más horas diarias tanto los días de diario (30,9 frente al 29,6 % de las personas con normopeso) como los fines de semana (38,3 frente al 34,5 % de las personas con normopeso), aunque en el resto de las categorías sobresalen las personas con normopeso, como se ve a continuación en las figuras 47 y 48 (los días de diario: χ^2 de Pearson 15,515; $p = .004$; los fines de semana: χ^2 de Pearson 40,815; $p = .000$).

Figura 47. Horas al día de uso de teléfono móvil los días de diario según el IMC de la muestra



Fuente: elaboración propia.

Figura 48. Horas al día de uso de teléfono móvil los fines de semana según el IMC de la muestra



Fuente: elaboración propia.

Por otro lado, las personas con sobrepeso/obesidad son las que más utilizan el teléfono móvil en comparación con las personas con normopeso en el uso formativo o laboral (36,1 frente al 33,0 %), en el uso utilitario (40,5 frente al 38,2 %) y para el ocio (49,6 frente al 48,6 %), aunque con respecto a esta última variable, no hay diferencias estadísticamente significativas (χ^2 de Pearson 1,065; $p = .302$). Sin embargo, para el contacto y las redes sociales, son las personas con normopeso las que más utilizan el teléfono móvil para este fin (79,0 frente al 72,7 %). Para los juegos de azar, ambos grupos presentan los mismos porcentajes, sin diferencias estadísticamente significativas (χ^2 de Pearson .003; $p = .513$).

Por último, con respecto a la influencia de la pandemia en el uso de los teléfonos móviles, son las personas con sobrepeso/obesidad las que más han aumentado las horas de uso (55,7 %) frente a las personas con normopeso (53,4 %), con diferencias entre ambos estadísticamente significativas (χ^2 de Pearson 7,677; $p = .022$).

Analizando la influencia de la pandemia en los distintos tipos de uso del teléfono móvil según el IMC de la muestra, se observa que son las personas con normopeso las que han hecho un uso también más social desde entonces (22,8 frente al 20,9 %). Siguiendo la misma línea, las personas con sobrepeso/obesidad son las que han hecho un uso más lúdico desde este período (13,1 frente al 11,4 %), como se aprecia a continuación.

Tabla 108. Influencia de la pandemia en los distintos tipos de uso del teléfono móvil según el IMC de la muestra

INFLUENCIA DESDE LA PANDEMIA	NORMOPESO	SOBREPESO/OBESIDAD
No les ha influido nada	40,1 %	38,8 %
Desde entonces un uso más variado	32,5 %	33,3 %
Desde entonces un uso menos variado	6,0 %	7,0 %
Desde entonces un uso más lúdico*	11,4 %	13,1 %
Desde entonces un uso más social*	22,8 %	20,9 %

Fuente: elaboración propia.

* Significativo estadísticamente ($p < .05$).

5.4.1. Uso problemático del teléfono móvil (cuestionario MPPUS-A)

Los resultados generales obtenidos en el cuestionario sobre uso problemático del teléfono móvil (cuestionario MPPUS-A), donde la puntuación mínima es de 25 y la máxima de 250 (a mayor puntuación, mayor uso problemático del teléfono) con una escala tipo Likert de 1 a 10, fueron de una media de 93,11 y una mediana de 89, con una desviación de 36,751.

Para realizar la clasificación del uso problemático, se utilizaron los percentiles 15, 80 y 95 que emplea

López-Fernández *et al.* (2012) en su estudio y que también se emplean en el ámbito de la investigación y del juego patológico. En este caso, el percentil 15 se encuentra en el valor 54; el percentil 80, en el 125; y el percentil 95, en el 159.

Estos percentiles permiten obtener cuatro categorías: uso ocasional, habitual, de riesgo y problemático. En la siguiente tabla 109, se puede observar el porcentaje de la muestra que puntuó en las citadas categorías sobre el cuestionario de uso problemático del teléfono móvil.

Tabla 109. Categorías de respuesta del cuestionario MPPUS-A de la muestra

CATEGORÍAS	PORCENTAJE	TOTAL (n)
Ocasional	15,0 %	2.268
Habitual	65,9 %	9.957
Riesgo	14,2 %	2.144
Problemático	4,8 %	731

Fuente: elaboración propia.

De manera específica, se pueden comprobar los resultados obtenidos en cada ítem del cuestionario en la siguiente tabla, teniendo en cuenta que se ha dividido de tal forma que las respuestas del 1 al

4 se han recategorizado como “menor uso problemático” y las respuestas del 5 al 10 como “mayor uso problemático”.

Tabla 110. Ítems de la escala MPPUS-A categorizadas como menor y mayor uso problemático			
ÍTEM	MENOR USO PROBLEMÁTICO	MAYOR USO PROBLEMÁTICO	TOTAL (n)
Nunca tengo suficiente tiempo para el móvil	78,2 %	21,8 %	15.373
He usado el móvil para sentirme mejor	37,0 %	63,0 %	15.366
Uso el móvil cuando debería hacer otra cosa	34,9 %	65,1 %	15.362
Oculto el tiempo que dedico a hablar por el móvil a los demás	81,0 %	19,9 %	15.350
El móvil me quita horas de sueño	40,2 %	59,8 %	15.352
He gastado de más con el móvil	83,0 %	17,0 %	15.339
Me preocupa perderme alguna llamada	67,7 %	32,3 %	15.336
Me dejo llevar por la llamada y no presto atención a nada más	50,3 %	49,7 %	15.326
En los últimos 12 meses he tenido un incremento del tiempo de móvil	46,7 %	53,3 %	15.315
He utilizado el móvil para hablar cuando me sentía solo/a	25,9 %	74,1 %	15.305
Incapaz de pasar menos tiempo con el móvil	55,1 %	44,9 %	15.300
Me pongo nervioso/a si no consulto mis mensajes	61,5 %	38,5 %	15.287
Suelo soñar con el móvil	93,6 %	6,4 %	15.286
Se quejan porque uso mucho el móvil	76,2 %	23,8 %	15.279
Si no tengo el móvil, a mis amigos/as les costaría contactarme	32,5 %	67,5 %	15.275
He sufrido una disminución del rendimiento por el móvil	64,0 %	36,0 %	15.254
Tengo molestias por el móvil	74,5 %	25,5 %	15.257
Estoy enganchado/a al móvil más tiempo del que me gustaría	41,8 %	58,2 %	15.244
Prefiero usar el móvil que tratar temas urgentes	69,1 %	30,9 %	15.244
Soy impuntual por el uso del móvil	83,4 %	16,6 %	15.239
Me pongo de mal humor por tener que apagar el móvil en sitios prohibidos	91,5 %	8,5 %	15.234
Me han dicho que paso demasiado tiempo con el móvil	72,5 %	27,5 %	15.231
He tenido un apuro por sonar el móvil	82,8 %	17,2 %	15.227
A mis amigos/as no les gusta que tenga el móvil apagado	73,0 %	27,0 %	15.219
Me siento perdido/a sin el móvil	66,1 %	33,9 %	15.216

Fuente: elaboración propia.

De la anterior tabla, destaca el ítem “He usado el móvil para sentirme mejor”, con un 63,0 % de la muestra con un mayor uso problemático del teléfono móvil. Del mismo modo ocurre con los ítems “Uso el móvil cuando debería hacer otra cosa” (65,1 %); “El móvil me quita horas de sueño” (59,8 %); “En los últimos 12 meses, he tenido un incremento del tiempo de móvil” (53,3 %); “He utilizado el móvil para hablar cuando me sentía solo/a” (74,1 %); “Si no tengo el móvil, a mis amigos/as les

costaría contactarme” (67,5 %); y “Estoy enganchado/a al móvil más tiempo del que me gustaría” (58,2 %).

Respecto a las diferencias por sexo, al comprobar las puntuaciones globales en el cuestionario, la media de las mujeres fue superior (94,12, n = 10.080) a la de los hombres (91,01, n = 4.851), con diferencias estadísticamente significativas ($t = 4,848, p = .000$).

Al observar las categorías del cuestionario de uso problemático según el sexo teniendo en cuenta los percentiles que utiliza López-Fernández *et al.* (2012), se puede comprobar que las mujeres tienen mayor uso problemático que los hombres (5,1

frente al 4,2 %), además de menor uso ocasional (14,1 de las mujeres frente al 16,9 % de los hombres), como se ve en la tabla 111 (χ^2 de Pearson 28,122; $p = .000$).

Tabla 111. Categorías del cuestionario MPPUS-A según el sexo

CATEGORÍAS	MUJERES	HOMBRES
Ocasional	14,1 %	16,9 %
Habitual	66,1 %	65,7 %
Riesgo	14,7 %	13,2 %
Problemático	5,1 %	4,2 %

Fuente: elaboración propia.

Se ha realizado una clasificación de las puntuaciones en uso ocasional-habitual y uso de riesgo-problemático para calcular los Odds Ratio, comprobando que las mujeres tenían unas 1,172 veces más probabilidades de tener un uso de riesgo o problemático en comparación con los hombres.

Los resultados pormenorizados de las preguntas del cuestionario MPPUS-A se pueden comprobar en la tabla 112 según el sexo.

Tabla 112. Mayor y menor uso problemático del teléfono móvil según el cuestionario MPPUS-A en base al sexo

PREGUNTAS DEL CUESTIONARIO	USO PROBLEMÁTICO	MUJERES	HOMBRES
Nunca tengo tiempo suficiente para el móvil	Menor uso problemático	78,4 %	77,7 %
	Mayor uso problemático	21,6 %	21,3 %
Cuando me he sentido mal he utilizado el móvil para sentirme mejor*	Menor uso problemático	34,0 %	43,2 %
	Mayor uso problemático	66,0 %	56,8 %
Empleo mi tiempo con el móvil, cuando debería estar haciendo otras cosas y esto me causa problemas*	Menor uso problemático	34,3 %	36,0 %
	Mayor uso problemático	65,7 %	64,0 %
He intentado ocultar a los demás el tiempo que dedico a hablar con el móvil	Menor uso problemático	81,2 %	80,5 %
	Mayor uso problemático	18,8 %	19,5 %
El uso del móvil me ha quitado horas de sueño*	Menor uso problemático	39,2 %	42,0 %
	Mayor uso problemático	60,8 %	58,0 %
He gastado más de lo que debía o podía pagar con el móvil*	Menor uso problemático	82,5 %	83,9 %
	Mayor uso problemático	17,5 %	16,1 %
Cuando no estoy localizable me preocupo con la idea de perderme alguna llamada*	Menor uso problemático	66,3 %	70,5 %
	Mayor uso problemático	33,7 %	29,5 %
A veces, cuando estoy al teléfono y estoy haciendo algo más, me dejo llevar por la conversación y no presto atención a lo que estoy haciendo*	Menor uso problemático	48,4 %	54,3 %
	Mayor uso problemático	51,6 %	45,7 %
El tiempo que paso en el móvil se ha incrementado en los últimos 12 meses	Menor uso problemático	46,3 %	47,0 %
	Mayor uso problemático	53,7 %	53,0 %
He usado el móvil para hablar con otros cuando me sentía solo/a o aislado/a*	Menor uso problemático	21,8 %	34,4 %
	Mayor uso problemático	78,2 %	65,6 %
He intentado pasar menos tiempo con el móvil, pero soy incapaz. Me cuesta apagar el móvil*	Menor uso problemático	54,0 %	57,4 %
	Mayor uso problemático	46,0 %	42,6 %
Me noto nervioso/a si paso tiempo sin consultar mis mensajes o si no he conectado el móvil*	Menor uso problemático	60,4 %	63,9 %
	Mayor uso problemático	39,6 %	36,1 %
Suelo soñar con el móvil*	Menor uso problemático	94,4 %	92,1 %
	Mayor uso problemático	5,6 %	7,9 %

Continúa

Tabla 112. Mayor y menor uso problemático del teléfono móvil según el cuestionario MPPUS-A en base al sexo

PREGUNTAS DEL CUESTIONARIO	USO PROBLEMÁTICO	MUJERES	HOMBRES
Mis amigos/as y familia se quejan porque uso mucho el móvil	Menor uso problemático	76,4 %	76,0 %
	Mayor uso problemático	23,6 %	24,0 %
Si no tuviera móvil, a mis amigos/as les costaría ponerse en contacto conmigo	Menor uso problemático	32,7 %	32,2 %
	Mayor uso problemático	67,3 %	67,8 %
Mi rendimiento ha disminuido a consecuencia del tiempo que paso con el móvil	Menor uso problemático	64,3 %	63,3 %
	Mayor uso problemático	35,7 %	36,7 %
Tengo molestias que se asocian al uso del móvil	Menor uso problemático	74,2 %	75,3 %
	Mayor uso problemático	25,8 %	24,7 %
Me veo enganchado/a al móvil más tiempo de lo que me gustaría*	Menor uso problemático	40,5 %	44,5 %
	Mayor uso problemático	59,5 %	55,5 %
A veces preferiría usar el móvil que tratar otros temas más urgentes*	Menor uso problemático	70,2 %	67,1 %
	Mayor uso problemático	29,8 %	32,9 %
Suelo llegar tarde cuando quedo porque estoy enganchado/a al móvil cuando no debería*	Menor uso problemático	84,0 %	82,1 %
	Mayor uso problemático	16,0 %	17,9 %
Me pongo de mal humor si tengo que apagar el móvil en clases, comidas o en el cine*	Menor uso problemático	92,2 %	90,1 %
	Mayor uso problemático	7,8 %	9,9 %
Me han dicho que paso demasiado tiempo con el móvil*	Menor uso problemático	73,0 %	71,4 %
	Mayor uso problemático	27,0 %	28,6 %
Más de una vez me he visto en un apuro porque mi móvil ha empezado a sonar en una clase, cine o teatro*	Menor uso problemático	83,7 %	81,0 %
	Mayor uso problemático	16,3 %	19,0 %
A mis amigos/as no les gusta que tenga el móvil apagado	Menor uso problemático	73,3 %	72,5 %
	Mayor uso problemático	26,7 %	27,5 %
Me siento perdido/a sin el móvil*	Menor uso problemático	64,9 %	68,7 %
	Mayor uso problemático	35,1 %	31,3 %

Fuente: elaboración propia.

* Significativo estadísticamente ($p < .05$).

De la comparación entre mujeres y hombres destacan especialmente los ítems “Cuando me he sentido mal he utilizado el móvil para sentirme mejor”, en la que el porcentaje de mayor uso problemático de las mujeres es de 66,0 %, y el de los hombres, 56,8 %. Otro ítem que destaca por la diferencia entre los porcentajes es el de “He usado el móvil para hablar con otros cuando me sentía solo/a o aislado/a”, en el que el porcentaje de mayor uso

problemático de las mujeres es de 78,2 % y el de los hombres, 65,6 %.

En cuanto a las diferencias por *áreas de conocimiento*, se puede consultar la siguiente tabla con los estadísticos descriptivos de la puntuación total, con diferencias estadísticamente significativas entre las medias ($F = 14,437$, $p = .000$).

Tabla 113. Estadísticos descriptivos de la puntuación total del cuestionario MPPUS-A por áreas de conocimiento

ÁREAS	MEDIA	DESVIACIÓN	TOTAL (n)
Artes y Humanidades	92,03	38,061	1.974
Ciencias	93,20	36,396	1.512
Ciencias de la Salud	92,32	35,586	4.455
Ciencias Sociales y Jurídicas	96,61	37,430	4.466
Ingeniería y Arquitectura	90,27	35,879	2.190

Fuente: elaboración propia.

La media más alta correspondió al grupo de Ciencias Sociales y Jurídicas (96,61), más baja que la media global (93,11); y la más baja, la de Ingeniería y Arquitectura (90,27). Para conocer el porcentaje

de la muestra de las distintas áreas de conocimiento según las categorías empleadas por López-Fernández *et al.* (2012), se puede observar la tabla 114 (χ^2 de Pearson 70,860; $p = .000$).

Tabla 114. Categorías del cuestionario MPPUS-A por áreas de conocimiento

CUESTIONARIO MPPUS-A	ARTES Y HUMANIDADES	CIENCIAS	CIENCIAS DE LA SALUD	CIENCIAS SOCIALES Y JURÍDICAS	INGENIERÍA Y ARQUITECTURA
Ocasional	17,1 %	14,7 %	14,4 %	13,1 %	16,6 %
Habitual	63,6 %	66,4 %	67,9 %	64,7 %	67,5 %
Riesgo	14,2 %	14,0 %	13,6 %	16,4 %	11,5 %
Problemático	5,1 %	4,8 %	4,1 %	5,8 %	4,4 %

Fuente: elaboración propia.

Con respecto a la categorización del cuestionario según los *convivientes* de las personas encuestadas, se puede comprobar en la siguiente tabla 115

basada en los percentiles utilizados por López-Fernández *et al.* (2012).

Tabla 115. Categorías del cuestionario MPPUS-A según convivientes de la muestra

CUESTIONARIO MPPUS-A	1	2	3	4	5	6	7
Ocasional	14,4 %	30,7 %	21,4 %	17,4 %	11,7 %	10,0 %	50,0 %
Habitual	68,0 %	57,1 %	58,3 %	59,8 %	66,8 %	65,1 %	39,1 %
Riesgo	13,4 %	9,4 %	14,2 %	15,0 %	16,0 %	17,8 %	9,4 %
Problemático	4,3 %	2,8 %	6,1 %	7,8 %	5,5 %	7,1 %	1,6 %

Fuente: elaboración propia.

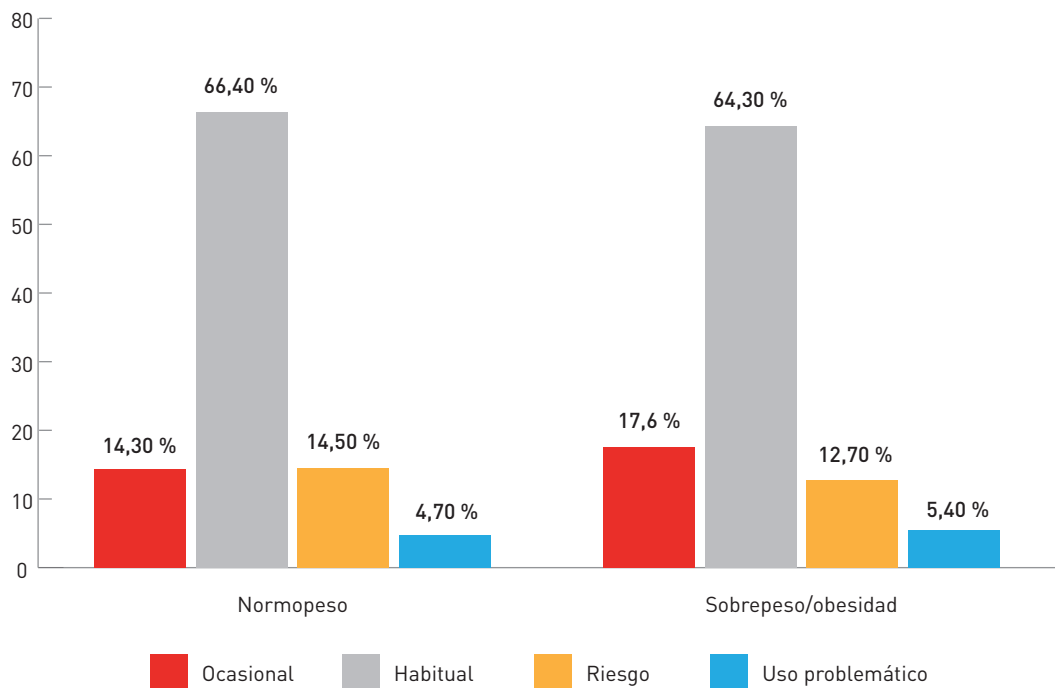
Nota: 1: con los padres; 2: Con la pareja; 3: viviendo solos; 4: con otros familiares; 5: con compañeros de piso; 6: en residencias universitarias; 7: unidad familiar propia.

En la tabla se puede observar que el grupo con el uso del teléfono móvil más problemático fue el que vivía con otros familiares (7,8 %), seguido del que estaba en residencias universitarias (7,1 %). Todas estas diferencias fueron significativas estadísticamente (χ^2 de Pearson 414,477; $p = .000$).

Por último, en cuanto a las categorías del *IMC* según los percentiles de la corrección del cuestionario, como se especificaba anteriormente, se puede

comprobar (ver figura 49) que el grupo con normopeso es el que presenta un uso problemático en mayor proporción que las personas con sobrepeso/obesidad (19,2 frente al 18,1 %). No obstante, en la categoría de uso problemático únicamente destaca el de sobrepeso/obesidad (5,4 %) frente al grupo de normopeso (4,7 %). Estas diferencias también son estadísticamente significativas (χ^2 de Pearson 26,639; $p = .000$).

Figura 49. Categorías del cuestionario MPPUS-A según el IMC de la muestra



Fuente: elaboración propia.

Las personas con normopeso tenían un 1,127 más de probabilidad de presentar un uso de riesgo o problemático de los teléfonos móviles en comparación con las personas con sobrepeso/obesidad, según los cálculos de los Odds Ratio.

5.4.2. Nomofobia (cuestionario NMP-Q)

En el caso del cuestionario utilizado para evaluar la nomofobia presente en la muestra, el NMP-Q presenta una puntuación mínima de 20 y máxima de 140 (a mayor puntuación, más probabilidad de nomofobia). Esta prueba se contesta a través de una escala tipo Likert de 1 a 7. En la población estudiada, la media alcanzada fue de 65,06, la mediana de 64 y la desviación de 26,681 (n = 14.962).

Al categorizar los resultados siguiendo los percentiles utilizados (15, 80 y 95) en el estudio de León-Mejía *et al.* (2021), se obtienen cuatro categorías: ocasional, riesgo moderado, alto riesgo y nomofobia, como se puede comprobar en la siguiente tabla 116. Estos percentiles son utilizados en multitud de investigaciones para categorizar resultados de variables relacionadas con juego patológico o uso problemático del teléfono móvil, como se ha visto en el apartado anterior.

En el presente estudio, el percentil 15 se correspondió con la puntuación 35; el percentil 80, con la puntuación 88; y el percentil 95, con la puntuación 111 (ver tabla 116).

Tabla 116. Categorías del cuestionario NMP-Q con los resultados totales de la muestra

CATEGORÍAS	PORCENTAJE	TOTAL (n)
Ocasional	15,2 %	2.281
Riesgo moderado	65,0 %	9.718
Riesgo alto	14,9 %	2.226
Nomofobia	4,9 %	737

Fuente: elaboración propia.

Tal y como se observa, el 19,8 % de la muestra tiene un riesgo alto o presenta nomofobia, frente al 15,2 % que utiliza el teléfono móvil de forma ocasional.

En la siguiente tabla se puede analizar de forma pormenorizada cada ítem del cuestionario categorizado, para simplificar los resultados, en “menor riesgo de nomofobia” para las respuestas que van de la puntuación 1 al 3, y “mayor riesgo de nomofobia” para las respuestas del 4 al 7.

Tabla 117. Ítems del cuestionario NMP-Q según el mayor o menor riesgo de nomofobia			
ÍTEM	MENOR RIESGO DE NOMOFOBIA	MAYOR RIESGO DE NOMOFOBIA	TOTAL (n)
Me sentiría mal por no poder acceder a información en el móvil	49,7 %	50,3 %	15.140
Me molestaría no poder acceder a información en el móvil	39,7 %	60,3 %	15.127
Me sentiría nervioso/a si no puedo acceder a noticias en el móvil	61,7 %	38,3 %	15.116
Me molestaría no poder acceder al móvil o a las apps	45,0 %	55,0 %	15.113
Me daría miedo si mi móvil se apagara	66,6 %	33,4 %	15.109
Me daría algo si me quedo sin saldo	77,2 %	22,8 %	15.099
Tengo que comprobar constantemente la señal de internet si me quedo sin ella	56,2 %	43,8 %	15.096
Si no puedo usar el móvil, me da miedo quedarme tirado/a	42,7 %	57,3 %	15.095
Tengo deseos de consultar el móvil cuando no puedo	57,6 %	42,4 %	15.088
Me inquieta no poderme comunicar	43,8 %	56,2 %	15.081
Me preocupa que mi familia no pueda contactarme	34,5 %	65,5 %	15.073
Me pongo nervioso/a por no poder recibir llamadas o mensajes	54,6 %	45,4 %	15.064
Me siento inquieto/a por no poder mantener el contacto con mi familia	40,0 %	60,0 %	15.059
Me pongo nervioso/a por no saber si alguien ha intentado contactarme	51,8 %	48,2 %	15.054
Me pongo inquieto/a por haber dejado de estar en contacto con mi familia	55,5 %	44,5 %	15.047
Me siento nervioso/a por estar desconectado de mi identidad virtual	78,1 %	21,9 %	15.043
Me siento mal por no estar al día en redes sociales	71,8 %	28,2 %	15.043
Me siento incómodo/a por no poder consultar notificaciones en redes sociales	73,3 %	26,7 %	15.043
Siento agobio por no poder consultar los correos	73,2 %	26,8 %	15.041
Me siento raro/a por no saber qué hacer	67,1 %	32,9 %	15.038

Fuente: elaboración propia.

De estas preguntas, destaca por el porcentaje de mayor riesgo de nomofobia los siguientes ítems: “Me sentiría mal por no poder acceder a información en el móvil” (50,3 %); “Me molestaría no poder acceder a información en el móvil” (60,3 %); “Me molestaría no poder acceder al móvil o a las apps”

(55,0 %); “Si no puedo usar el móvil, me da miedo quedarme tirado/a” (57,3 %); “Me inquieta no poderme comunicar” (56,2 %); “Me preocupa que mi familia no pueda contactarme” (65,5 %), y el ítem “Me siento inquieto/a por no poder mantener el contacto con mi familia” (60,0 %).

Al comparar las medias globales por sexo, las mujeres volvieron a presentar una media superior [66,73, y una desviación de 26,919 para $n = 9.978$] frente a los hombres [61,71, y una desviación de 25,890 para $n = 4.818$]. La diferencia entre estas medias resultó estadísticamente significativa [t de Welch = 10,910; $p = .000$].

En cuanto a las categorías del cuestionario en base a los percentiles utilizados en el estudio de León-Mejía *et al.* (2021) según el sexo en la presente muestra, se puede ver a continuación la siguiente tabla, con diferencias también estadísticamente significativas [χ^2 de Pearson 104,182; $p = .000$].

Tabla 118. Categorías del cuestionario NMP-Q según el sexo

CATEGORÍAS	MUJERES	HOMBRES
Ocasional	13,8 %	18,2 %
Riesgo moderado	64,4 %	66,1 %
Riesgo alto	16,1 %	12,2 %
Nomofobia	5,6 %	3,5 %

Fuente: elaboración propia.

Para el cálculo de los Odds Ratio, se han agrupado las respuestas de forma que por un lado estén las puntuaciones de uso ocasional y riesgo moderado y, por otro, riesgo alto y nomofobia. De esta forma, se comprueba que las mujeres tenían 1,490 más probabilidades de tener un uso del teléfono móvil de riesgo alto o nomofobia, en comparación con los hombres.

Analizando las preguntas del cuestionario NMP-Q de forma pormenorizada en función del sexo, se puede comprobar la siguiente tabla con las distintas medias y desviaciones típicas en cada pregunta del instrumento.

Tabla 119. Menor y mayor riesgo de nomofobia según el cuestionario NMP-Q según el sexo

PREGUNTAS DEL CUESTIONARIO	RIESGO DE NOMOFOBIA	MUJERES	HOMBRES
Me sentiría mal si no pudiera acceder en cualquier momento a la información a través de mi <i>smartphone</i>	Menor riesgo de nomofobia	49,3 %	50,7 %
	Mayor riesgo de nomofobia	50,7 %	49,3 %
Me molestaría si no pudiera consultar información a través de mi <i>smartphone</i> cuando quisiera	Menor riesgo de nomofobia	39,6 %	40,0 %
	Mayor riesgo de nomofobia	60,4 %	60,0 %
Me pondría nervioso/a si no pudiera acceder a las noticias (p. ej. sucesos, predicción meteorológica, etc.) a través de mi <i>smartphone</i>	Menor riesgo de nomofobia	62,0 %	60,8 %
	Mayor riesgo de nomofobia	38,0 %	39,2 %
Me molestaría si no pudiera utilizar mi <i>smartphone</i> y/o sus aplicaciones cuando quisiera	Menor riesgo de nomofobia	44,6 %	45,6 %
	Mayor riesgo de nomofobia	55,4 %	54,4 %
Me daría miedo si mi <i>smartphone</i> se quedase sin batería*	Menor riesgo de nomofobia	64,8 %	70,5 %
	Mayor riesgo de nomofobia	35,2 %	29,5 %
Me daría algo si estuviera a punto de quedarme sin saldo o de alcanzar mi límite de gasto mensual	Menor riesgo de nomofobia	76,8 %	78,1 %
	Mayor riesgo de nomofobia	23,2 %	21,9 %
Si me quedara sin señal de datos o no pudiera conectarme a una red wifi, estaría comprobando constantemente si he recuperado la señal o logro encontrar una red*	Menor riesgo de nomofobia	54,2 %	60,1 %
	Mayor riesgo de nomofobia	45,8 %	39,9 %
Si no pudiera utilizar mi <i>smartphone</i> , tendría miedo de quedarme tirado/a en alguna parte*	Menor riesgo de nomofobia	36,7 %	55,2 %
	Mayor riesgo de nomofobia	63,3 %	44,8 %
Si no pudiera consultar mi <i>smartphone</i> durante un rato, sentiría deseos de hacerlo*	Menor riesgo de nomofobia	56,5 %	59,9 %
	Mayor riesgo de nomofobia	43,5 %	40,1 %
Me inquietaría por no poder comunicarme al momento con mi familia y/o amigos/as*	Menor riesgo de nomofobia	39,9 %	52,0 %
	Mayor riesgo de nomofobia	60,1 %	48,0 %
Me preocuparía porque mi familia y/o amigos no podrían contactar conmigo*	Menor riesgo de nomofobia	30,1 %	43,4 %
	Mayor riesgo de nomofobia	69,9 %	56,6 %

Continúa

Tabla 119. Menor y mayor riesgo de nomofobia según el cuestionario NMP-Q según el sexo

PREGUNTAS DEL CUESTIONARIO	RIESGO DE NOMOFOBIA	MUJERES	HOMBRES
Me pondría nervioso/a por no poder recibir mensajes de texto ni llamadas*	Menor riesgo de nomofobia	51,7 %	60,5 %
	Mayor riesgo de nomofobia	48,3 %	39,5 %
Estaría inquieto/a por no poder mantenerme en contacto con mi familia y/o amigos/as*	Menor riesgo de nomofobia	35,6 %	49,0 %
	Mayor riesgo de nomofobia	64,4 %	51,0 %
Me pondría nervioso/a por no poder saber si alguien ha intentado contactar conmigo*	Menor riesgo de nomofobia	49,0 %	57,6 %
	Mayor riesgo de nomofobia	51,0 %	42,4 %
Me inquietaría por haber dejado de estar constantemente en contacto con mi familia y/o amigos/as*	Menor riesgo de nomofobia	52,4 %	61,6 %
	Mayor riesgo de nomofobia	47,6 %	38,4 %
Me pondría nervioso/a por estar desconectado/a de mi identidad virtual	Menor riesgo de nomofobia	78,1 %	78,0 %
	Mayor riesgo de nomofobia	21,9 %	22,0 %
Me sentiría mal por no poder mantenerme al día de lo que ocurre en los medios de comunicación y redes sociales*	Menor riesgo de nomofobia	73,1 %	69,1 %
	Mayor riesgo de nomofobia	26,9 %	30,9 %
Me sentiría incómodo/a por no poder consultar las notificaciones sobre mis conexiones y redes virtuales	Menor riesgo de nomofobia	73,8 %	72,4 %
	Mayor riesgo de nomofobia	26,2 %	27,6 %
Me agobiaría por no poder comprobar si tengo nuevos mensajes de correo electrónico	Menor riesgo de nomofobia	73,5 %	72,5 %
	Mayor riesgo de nomofobia	26,5 %	27,5 %
Me sentiría raro/a porque no sabría qué hacer*	Menor riesgo de nomofobia	66,3 %	68,8 %
	Mayor riesgo de nomofobia	33,7 %	31,2 %

Fuente: elaboración propia.

* Significativo estadísticamente ($p < .05$).

Destacan los ítems “Si no pudiera usar mi *smartphone*, tendría miedo de quedarme tirado/a en alguna parte” por tener una diferencia en los porcentajes considerable (63,3 % de mayor riesgo de nomofobia para las mujeres y 44,8 % para los hombres). Lo mismo ocurre con el ítem “Me inquietaría por no poder comunicarme al momento con mi familia y/o amigos/as”, en el que el porcentaje de mayor riesgo de nomofobia de las mujeres alcanzó el 60,1 % y el de los hombres, 48,0 %. Del mismo modo, el ítem “Estaría inquieto/a por no poder mantenerme en contacto con mi familia y/o amigos/as” también presentó una gran diferencia (64,4 % de las mujeres frente al 51,0 % de los hombres).

Al contrario de lo que ocurriría con el cuestionario sobre uso problemático del teléfono móvil (MPPUS-A), en esta ocasión los porcentajes alcanzados en mayor riesgo de nomofobia por el grupo de los hombres solo superan en cinco ítems a los porcentajes de las mujeres, reflejándose también esta diferencia en las medias generales del test.

En el caso de las *áreas de conocimiento*, se puede comprobar los estadísticos descriptivos del sumatorio del cuestionario en la siguiente tabla ($F = 34,802$, $p = .000$).

Tabla 120. Estadísticos descriptivos de la puntuación total del cuestionario NMP-Q por áreas de conocimiento

ÁREAS	MEDIA	DESVIACIÓN	TOTAL (n)
Artes y Humanidades	65,92	27,458	1.956
Ciencias	62,92	26,421	1.494
Ciencias de la Salud	65,08	26,089	4.420
Ciencias Sociales y Jurídicas	68,18	27,112	4.523
Ingeniería y Arquitectura	60,46	25,334	2.172

Fuente: elaboración propia.

En este caso, la media más alta volvió a corresponder al grupo de Ciencias Sociales y Jurídicas (68,18 frente a 65,06 global) y el más bajo, a Ingeniería y Arquitectura (60,46), tal y como ocurrió en el anterior cuestionario sobre uso problemático del teléfono móvil.

Para comprobar los porcentajes de las distintas categorías según los percentiles utilizados en el estudio de León-Mejía *et al.* (2021) y según las áreas de conocimiento, se puede comprobar la siguiente tabla 121 (χ^2 de Pearson 131,928; $p = .000$).

Tabla 121. Categorías del cuestionario NMP-Q por áreas de conocimiento

CUESTIONARIO NMP-Q	ARTES Y HUMANIDADES	CIENCIAS	CIENCIAS DE LA SALUD	CIENCIAS SOCIALES Y JURÍDICAS	INGENIERÍA Y ARQUITECTURA
Ocasional	15,4 %	17,9 %	14,4 %	12,8 %	18,3 %
Riesgo moderado	62,9 %	63,6 %	66,5 %	63,8 %	67,7 %
Riesgo alto	15,2 %	14,7 %	14,9 %	17,1 %	10,7 %
Nomofobia	6,4 %	3,9 %	4,2 %	6,3 %	3,2 %

Fuente: elaboración propia.

Al categorizar los resultados según los percentiles empleados en la investigación de León-Mejía *et al.* (2021), se pueden comprobar los porcentajes

según los *convivientes* de la muestra en la tabla 122 (χ^2 de Pearson 240,936; $p = .000$).

Tabla 122. Categorías del cuestionario NMP-Q según convivientes de la muestra

CUESTIONARIO NMP-Q	1	2	3	4	5	6	7
Ocasional	15,2 %	27,6 %	20,4 %	15,4 %	12,3 %	10,7 %	37,1 %
Riesgo medio	66,0 %	59,5 %	60,7 %	62,6 %	65,5 %	64,8 %	54,8 %
Riesgo alto	14,4 %	9,9 %	14,0 %	16,0 %	16,5 %	17,6 %	6,5 %
Nomofobia	4,4 %	3,0 %	4,9 %	6,0 %	5,7 %	6,9 %	1,6 %

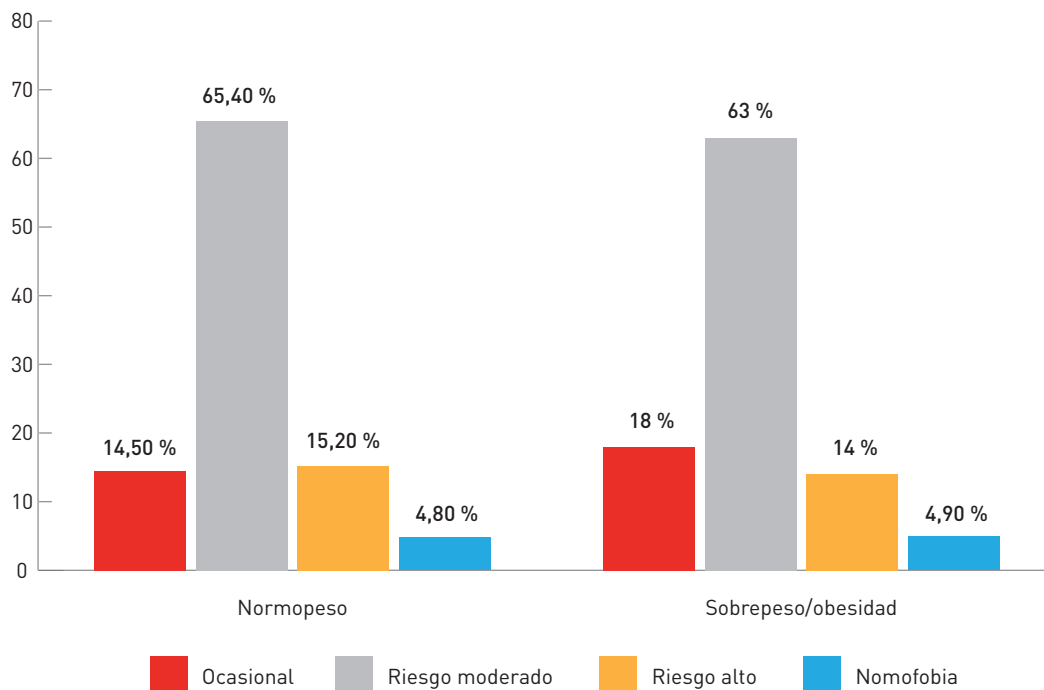
Fuente: elaboración propia.

Nota: 1: con los padres; 2: con la pareja; 3: viviendo solos; 4: con otros familiares; 5: con compañeros de piso; 6: en residencias universitarias; 7: unidad familiar propia.

Las categorías más altas de nomofobia las presentan las personas que viven con otros familiares (6,0 %) y las que viven en residencias universitarias (6,9 %), siendo esta última la que presentó también un riesgo más alto. Una vez más, el grupo que vivía en su unidad familiar propia presentó el porcentaje más alto de uso ocasional del teléfono móvil (37,1 %).

Por último, analizando los resultados en dichos percentiles según el *IMC* de la muestra, se puede observar en la figura 50 que el grupo más numeroso de alto riesgo/nomofobia es el de normopeso (20,0 frente al 18,9 %). Estas diferencias también resultaron estadísticamente significativas (χ^2 de Pearson 23,550; $p = .000$).

Figura 50. Puntuación del cuestionario NMP-Q según las categorías del IMC



Fuente: elaboración propia.

5.5. Apoyo social percibido

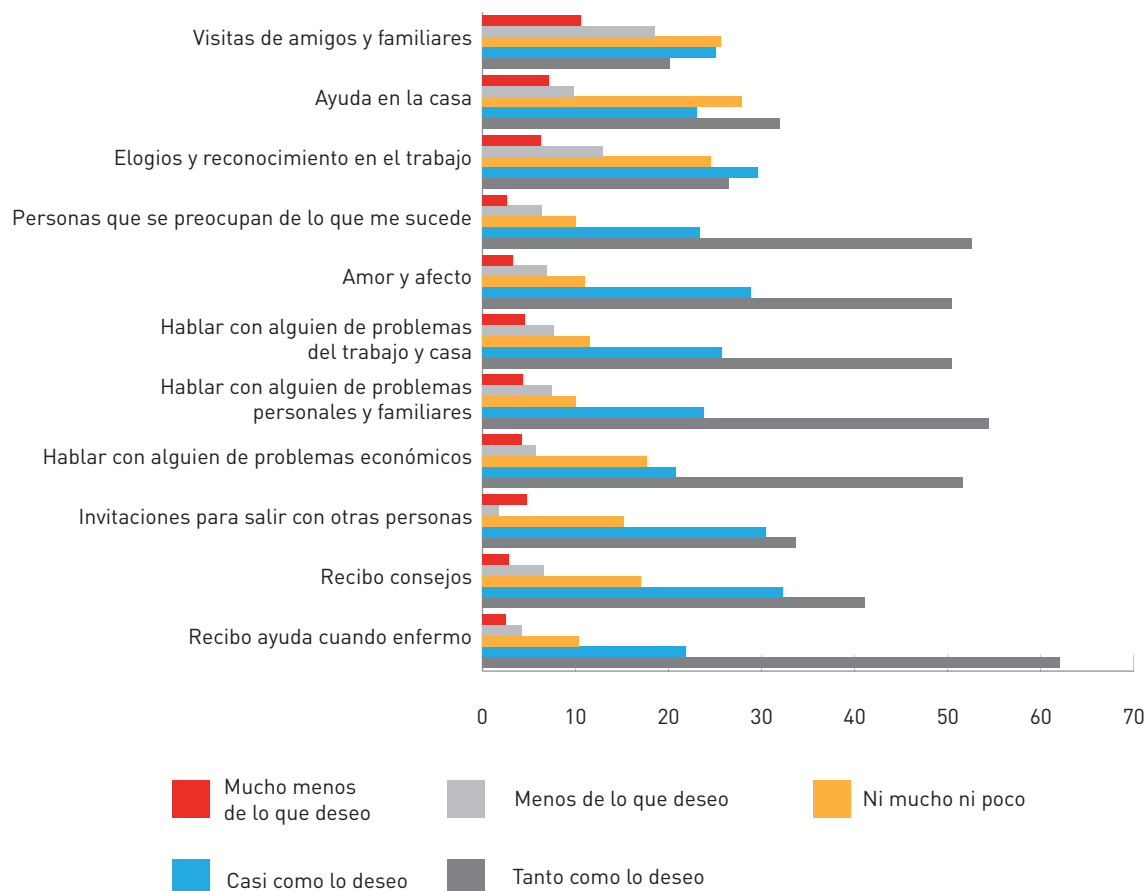
5.5.1. Apoyo social (cuestionario DUKE-UNC11)

Para analizar las interacciones sociales y el apoyo social funcional percibido de la muestra estudiada, se puede analizar la siguiente figura 51 con las preguntas del cuestionario DUKE-UNC11.

Al corregir el instrumento (rango 11-55), donde a más puntuación, mayor apoyo social percibido, se alcanzó una media de 43,45 y una mediana de 45, con una desviación de 8,989.

Con respecto a la categorización de los resultados obtenidos, el 89,3 % de la muestra alcanzó un apoyo social normal, frente al 10,7 %, que presentaba bajo apoyo social (n = 16.569).

Figura 51. Ítems de la escala DUKE



Fuente: elaboración propia.

En cuanto al análisis por sexo, las mujeres refirieron un apoyo social normal algo superior a los hombres (90,1 frente al 88,0 %, respectivamente), con diferencias estadísticamente significativas entre ambas puntuaciones (χ^2 de Pearson 16,069; $p = .000$). Por consiguiente, los hombres tienen 1,280

más probabilidades de tener un apoyo social bajo que las mujeres, según los Odds Ratio.

De forma pormenorizada, se pueden analizar los porcentajes de respuesta de todos los ítems del instrumento según el sexo de la muestra en la siguiente tabla.

Tabla 123. Preguntas del cuestionario DUKE-UNC11 según el sexo

PREGUNTAS DEL CUESTIONARIO	CATEGORÍAS DE RESPUESTA	MUJERES	HOMBRES
Recibo visitas de mis amigos/as y familiares*	Mucho menos de lo que deseo	11,0 %	9,7 %
	Menos de lo que deseo	18,5 %	18,3 %
	Ni mucho ni poco	23,6 %	29,8 %
	Casi como lo deseo	26,4 %	22,8 %
	Tanto como lo deseo	20,5 %	19,3 %
Recibo ayuda en asuntos relacionados con mi casa*	Mucho menos de lo que deseo	7,7 %	5,8 %
	Menos de lo que deseo	10,0 %	9,2 %
	Ni mucho ni poco	25,9 %	32,0 %
	Casi como lo deseo	23,4 %	22,7 %
	Tanto como lo deseo	32,9 %	30,2 %

Continúa

Tabla 123. Preguntas del cuestionario DUKE-UNC11 según el sexo

PREGUNTAS DEL CUESTIONARIO	CATEGORÍAS DE RESPUESTA	MUJERES	HOMBRES
Recibo elogios y reconocimiento cuando hago bien mi trabajo*	Mucho menos de lo que deseo	6,1 %	6,6 %
	Menos de lo que deseo	12,8 %	13,0 %
	Ni mucho ni poco	22,7 %	28,6 %
	Casi como lo deseo	30,0 %	29,1 %
	Tanto como lo deseo	28,5 %	22,6 %
Cuento con personas que se preocupan de lo que me sucede*	Mucho menos de lo que deseo	2,5 %	2,9 %
	Menos de lo que deseo	6,1 %	6,8 %
	Ni mucho ni poco	9,0 %	12,2 %
	Casi como lo deseo	28,4 %	28,4 %
	Tanto como lo deseo	54,1 %	49,8 %
Recibo amor y afecto*	Mucho menos de lo que deseo	2,7 %	4,4 %
	Menos de lo que deseo	6,3 %	7,9 %
	Ni mucho ni poco	9,5 %	13,8 %
	Casi como lo deseo	29,3 %	28,2 %
	Tanto como lo deseo	52,2 %	45,7 %
Tengo la posibilidad de hablar con alguien de mis problemas en mi trabajo y en casa*	Mucho menos de lo que deseo	4,1 %	5,5 %
	Menos de lo que deseo	7,0 %	8,8 %
	Ni mucho ni poco	9,9 %	14,7 %
	Casi como lo deseo	26,0 %	25,3 %
	Tanto como lo deseo	53,0 %	45,7 %
Tengo la posibilidad de hablar con alguien de mis problemas personales y familiares*	Mucho menos de lo que deseo	3,8 %	5,3 %
	Menos de lo que deseo	6,9 %	8,7 %
	Ni mucho ni poco	8,6 %	12,7 %
	Casi como lo deseo	23,5 %	24,5 %
	Tanto como lo deseo	57,2 %	48,8 %
Tengo la posibilidad de hablar con alguien de mis problemas económicos*	Mucho menos de lo que deseo	3,9 %	4,5 %
	Menos de lo que deseo	5,3 %	6,7 %
	Ni mucho ni poco	16,3 %	20,5 %
	Casi como lo deseo	20,9 %	20,7 %
	Tanto como lo deseo	53,5 %	47,6 %
Recibo invitaciones para distraerme y salir con otras personas*	Mucho menos de lo que deseo	4,7 %	4,9 %
	Menos de lo que deseo	10,3 %	11,5 %
	Ni mucho ni poco	14,5 %	16,7 %
	Casi como lo deseo	30,9 %	29,8 %
	Tanto como lo deseo	39,6 %	37,1 %
Recibo consejos útiles cuando me ocurre algún acontecimiento importante en mi vida*	Mucho menos de lo que deseo	2,4 %	3,7 %
	Menos de lo que deseo	6,1 %	7,6 %
	Ni mucho ni poco	15,3 %	20,6 %
	Casi como lo deseo	32,3 %	32,5 %
	Tanto como lo deseo	43,9 %	35,6 %
Recibo ayuda cuando estoy enfermo/a en la cama*	Mucho menos de lo que deseo	2,3 %	2,8 %
	Menos de lo que deseo	4,2 %	4,1 %
	Ni mucho ni poco	8,8 %	13,6 %
	Casi como lo deseo	21,0 %	20,5 %
	Tanto como lo deseo	63,7 %	59,0 %

Fuente: elaboración propia.

* Significativo estadísticamente ($p < .05$).

Al comparar de forma más exhaustiva los distintos porcentajes alcanzados por mujeres y hombres en este cuestionario, destacan los ítems "Recibo amor y afecto", cuyo porcentaje de respuesta en la categoría máxima de "Tanto como lo deseo" es del 52,2 % en las mujeres y del 45,7 % en los hombres. Lo mismo ocurre con el ítem "Tengo la posibilidad de hablar con alguien de mis problemas en mi trabajo y en casa", con un porcentaje del 53,0 % en las mujeres y un 45,7 % en los hombres, también en la máxima categoría. Una diferencia similar se encuentra en el ítem "Tengo la posibilidad de hablar con alguien de mis problemas personales y familiares" con un 57,2 y un 48,8 % en mujeres y hombres, respectivamente, en la misma categoría. Por último, en el ítem "Recibo consejos útiles cuando me ocurre algún acontecimiento importante en mi vida", también se encuentra un porcentaje superior

en mujeres (43,9 %) que en hombres (35,6 %). No obstante, todos los ítems de este cuestionario han resultado estadísticamente significativos al comparar ambos sexos.

En general, las mujeres han obtenido una media mayor que los hombres en cada ítem del cuestionario DUKE-UNC11, aunque en algunas preguntas con diferencias muy insignificantes. Esto se corresponde con la media general obtenida en ambos sexos y la diferencia entre ellas, obteniendo las mujeres mayor apoyo social que los hombres según el cuestionario.

Al comparar las *áreas de conocimiento*, se pueden observar los siguientes resultados, también con diferencias estadísticamente significativas (χ^2 de Pearson 74,068; $p = .000$).

Tabla 124. Apoyo social por áreas de conocimiento

APOYO SOCIAL	ARTES Y HUMANIDADES	CIENCIAS	CIENCIAS DE LA SALUD	CIENCIAS SOCIALES Y JURÍDICAS	INGENIERÍA Y ARQUITECTURA
Apoyo social bajo	14,3 %	12,1 %	7,9 %	10,8 %	11,4 %
Apoyo social normal	85,7 %	87,9 %	92,1 %	89,2 %	88,6 %
Total (n)	2.163	1.674	4.871	5.023	2.401

Fuente: elaboración propia.

Se puede comprobar que Ciencias de la Salud tiene el porcentaje más alto de apoyo social normal frente al grupo de Artes y Humanidades (92,1 frente al 85,7 %, respectivamente).

En cuanto a la diferencia del apoyo social percibido según los *convivientes* de las personas encuestadas (ver tabla 125), el 90,1 % de los que convivían con sus padres presentaron un apoyo social

normal frente al 89,4 % de las que convivían con compañeros de piso o al 79,2 % que vivía solo. Además, destaca que el 93,1 % de las personas que vivían en residencias universitarias presentaron un apoyo social normal; porcentaje superior al global (89,3 %). Estas diferencias entre los convivientes resultaron estadísticamente significativas (χ^2 de Pearson 109,809; $p = .000$).

Tabla 125. Apoyo social por áreas de conocimiento

APOYO SOCIAL	1	2	3	4	5	6	7
Apoyo social bajo	9,9 %	11,2 %	20,8 %	16,1 %	10,6 %	6,9 %	19,1 %
Apoyo social normal	90,1 %	88,8 %	79,2 %	83,9 %	89,4 %	93,1 %	80,9 %
Total (n)	8.237	1.136	630	498	5.044	916	68

Fuente: elaboración propia.

Nota: 1: con los padres; 2: con la pareja; 3: viviendo solos; 4: con otros familiares; 5: con compañeros de piso; 6: en residencias universitarias; 7: unidad familiar propia.

Por último, al categorizar a la muestra por su puntuación en el *IMC*, las personas con normopeso obtuvieron un apoyo social normal en el 90,3 % de los casos. Sin embargo, las personas con

sobrepeso/obesidad puntuaron un 85,3 % (χ^2 de Pearson 67,730; $p = .000$).

Consecuentemente, las personas con sobrepeso/obesidad tienen un 1,605 más de probabilidades según los Odds Ratio de tener un apoyo social bajo que las personas con normopeso.

5.6. Variables relacionadas con la pandemia

5.6.1. Incidencia de COVID-19

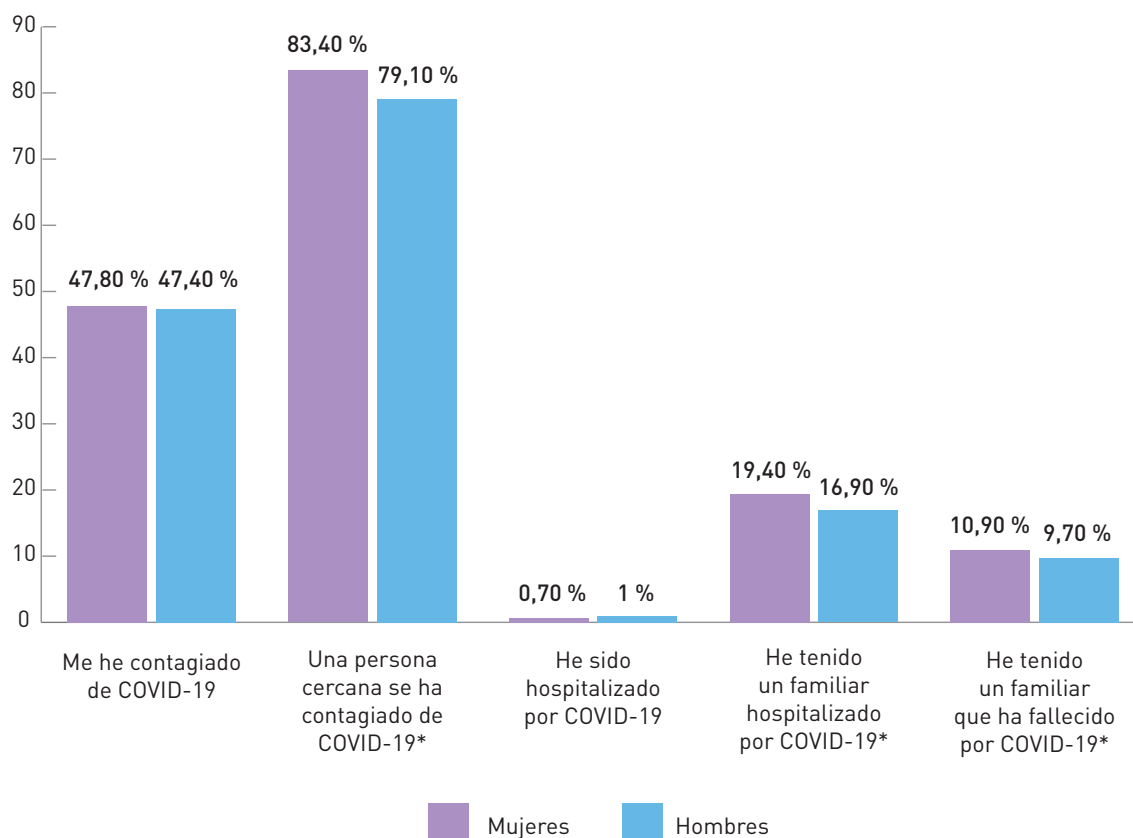
En la población estudiada, el 47,6 % ha declarado haber contraído la infección por COVID-19 del total de respuestas (14.625), de los cuales el 0,8 % había sido hospitalizado por esa causa. Además,

el 81,9 % había tenido algún familiar o ser querido que había padecido esta enfermedad, con un 18,6 % de hospitalización por ello. Por último, el 10,6 % de las personas encuestadas señaló que un familiar o ser querido había fallecido a consecuencia del virus.

Para comprobar estas cuestiones por *sexo*, se puede analizar la siguiente gráfica, en donde los porcentajes son muy similares, aunque con algunas diferencias estadísticamente significativas, como se puede observar en la figura 52.

Para el análisis por *áreas de conocimiento*, se puede observar la siguiente tabla 126.

Figura 52. Preguntas relacionadas con el COVID-19 por sexo



Fuente: elaboración propia.
* Significativo estadísticamente (p < .05).

Tabla 126. Preguntas relacionadas con el COVID-19 por áreas de conocimiento					
INCIDENCIA COVID-19	1	2	3	4	5
Me he contagiado de COVID-19*	45,0 %	46,8 %	50,4 %	48,7 %	45,8 %
Persona cercana se ha contagiado de COVID-19	83,2 %	81,6 %	82,1 %	81,3 %	81,2 %
He sido hospitalizado por COVID-19	0,8 %	0,8 %	0,8 %	0,8 %	0,9 %
Familiar hospitalizado por COVID-19	18,3 %	17,7 %	18,7 %	19,4 %	17,5 %
Familiar fallecido por COVID-19	11,9 %	11,6 %	10,5 %	10,1 %	9,9 %

Fuente: elaboración propia.

Nota: 1: Artes y Humanidades; 2: Ciencias; 3: Ciencias de la Salud; 4: Ciencias Sociales y Jurídicas; 5: Ingeniería y Arquitectura.

* Significativo estadísticamente ($p < .05$).

Del mismo modo, en la siguiente tabla 127 se puede comprobar estos datos según los *convivientes* de la muestra.

Tabla 127. Preguntas relacionadas con el COVID-19 según los convivientes de la muestra							
INCIDENCIA COVID-19	1	2	3	4	5	6	7
Me he contagiado de COVID-19*	46,1 %	42,0 %	42,7 %	46,0 %	51,7 %	50,4 %	43,5 %
Persona cercana se ha contagiado de COVID-19*	82,6 %	80,8 %	77,7 %	85,5 %	81,4 %	81,7 %	74,2 %
He sido hospitalizado por COVID-19*	0,6 %	0,8 %	2,0 %	2,1 %	0,8 %	1,5 %	0,0 %
Familiar hospitalizado por COVID-19	19,1 %	19,6 %	17,8 %	20,2 %	17,9 %	17,0 %	14,5 %
Familiar fallecido por COVID-19	10,4 %	11,0 %	12,5 %	12,9 %	10,0 %	11,5 %	14,5 %

Fuente: elaboración propia.

Nota: 1: con los padres; 2: con la pareja; 3: viviendo solos; 4: con otros familiares; 5: con compañeros de piso; 6: en residencias universitarias; 7: unidad familiar propia.

* Significativo estadísticamente ($p < .05$).

En la tabla se aprecia que las personas que han afirmado haberse contagiado por COVID-19 fueron más numerosas entre las que vivían con compañeros de piso (51,7 %), seguidas por las que vivían en residencias universitarias (50,4 %).

5.6.2. Sintomatología ansioso-depresiva debido a la pandemia

Por otro lado, se les plantearon cuestiones para conocer la *sintomatología ansiosa y depresiva* debido al citado virus y a la situación de pandemia. Estos resultados globales pueden analizarse en la tabla 128.

Tabla 128. Cuestiones sobre sintomatología ansiosa y depresiva como consecuencia del coronavirus					
DURANTE LA PANDEMIA...	NUNCA O CASI NUNCA	ALGUNOS DÍAS	BASTANTES DÍAS	MUCHOS DÍAS	TOTAL (n)
Has sentido poco interés o placer en hacer cosas	12,3 %	36,3 %	27,6 %	23,8 %	14.563
Te has sentido decaído/a, deprimido/a o sin esperanza	17,8 %	35,4 %	24,0 %	22,9 %	14.554
Te has sentido nervioso/a, ansioso/a o muy alterado/a	19,3 %	35,8 %	23,9 %	20,9 %	14.543
Te has sentido incapaz de parar o controlar las preocupaciones	24,6 %	33,7 %	22,5 %	19,2 %	14.547
Has tenido pensamientos o recuerdos desagradables no deseados sobre el coronavirus y sus consecuencias	37,5 %	33,5 %	17,1 %	11,9 %	14.546

Continúa

Tabla 128. Cuestiones sobre sintomatología ansiosa y depresiva como consecuencia del coronavirus

DURANTE LA PANDEMIA...	NUNCA O CASI NUNCA	ALGUNOS DÍAS	BASTANTES DÍAS	MUCHOS DÍAS	TOTAL (n)
Has tenido pesadillas o imágenes relacionadas con el coronavirus	71,5 %	17,5 %	6,5 %	4,6 %	14.545
Has tenido problemas de sueño	31,5 %	32,4 %	19,3 %	16,8 %	14.540
Has tenido pensamientos o recuerdos que me han producido reacciones físicas	55,6 %	23,3 %	11,6 %	9,6 %	14.534
Te has sentido agobiado/a o angustiado/a por pensamientos o recuerdos sobre el coronavirus	53,5 %	27,7 %	11,3 %	7,5 %	14.523
Has intentado evitar pensamientos o recuerdos molestos sobre el coronavirus	50,0 %	26,9 %	14,1 %	9,0 %	14.523
Los pensamientos sobre el coronavirus han alterado tu vida social, tu trabajo o tareas cotidianas	54,1 %	25,1 %	12,3 %	8,5 %	14.513
Has sentido mucha ansiedad o miedo	40,4 %	30,5 %	15,5 %	13,6 %	14.514
Te has sentido aislado/a o solo/a	31,5 %	32,6 %	19,6 %	16,3 %	14.515
Has sentido desesperanza con respecto al futuro	22,7 %	32,5 %	23,8 %	21,0 %	14.511
Te has sentido irritable, con ira, enfado o agresividad	30,6 %	35,5 %	19,2 %	14,6 %	14.507
Te has sentido agobiado/a o estresado/a	16,2 %	33,5 %	26,7 %	23,7 %	14.511
Te has sentido intranquilo/a o inquieto/a	20,2 %	36,0 %	23,5 %	20,3 %	14.508

Fuente: elaboración propia.

A partir de un análisis global de estas cuestiones, se comprobó que, de una puntuación mínima de 17 y máxima de 68, la media obtenida en la muestra fue de 36,58, la mediana, de 35 y la desviación de 12,413. Teniendo en cuenta los porcentajes en base a la mediana, el 52,5 % presentó bajos niveles

de sintomatología, frente al 47,5 %, que puntuó alta sintomatología.

El análisis por *sexo* de estas cuestiones es muy relevante, tal y como se puede apreciar en la tabla 129.

Tabla 129. Cuestiones sobre sintomatología ansiosa y depresiva como consecuencia del coronavirus por sexo

DURANTE LA PANDEMIA...	CATEGORÍAS	MUJER	HOMBRE
Has sentido poco interés o placer en hacer cosas*	Nunca o casi nunca	10,8 %	15,4 %
	Algunos días	35,4 %	38,3 %
	Bastantes días	28,1 %	26,6 %
	Muchos días	25,7 %	19,8 %
	Total (n)	9.710	4.689
Te has sentido decaído/a, deprimido/a o sin esperanza*	Nunca o casi nunca	14,1 %	25,4 %
	Algunos días	34,5 %	37,6 %
	Bastantes días	25,4 %	21,1 %
	Muchos días	26,0 %	15,9 %
	Total (n)	9.705	4.685

Continúa

Tabla 129. Cuestiones sobre sintomatología ansiosa y depresiva como consecuencia del coronavirus por sexo			
DURANTE LA PANDEMIA...	CATEGORÍAS	MUJER	HOMBRE
Te has sentido nervioso/a, ansioso/a o muy alterado/a*	Nunca o casi nunca	15,6 %	27,0 %
	Algunos días	34,2 %	39,3 %
	Bastantes días	25,2 %	21,2 %
	Muchos días	24,9 %	12,5 %
	Total (n)	9.001	4.679
Te has sentido incapaz de parar o controlar las preocupaciones*	Nunca o casi nunca	20,5 %	33,3 %
	Algunos días	33,0 %	35,4 %
	Bastantes días	23,9 %	19,4 %
	Muchos días	22,6 %	11,9 %
	Total (n)	9.699	4.685
Has tenido pensamientos o recuerdos desagradables no deseados sobre el coronavirus y sus consecuencias*	Nunca o casi nunca	33,4 %	45,9 %
	Algunos días	34,3 %	31,9 %
	Bastantes días	18,2 %	14,9 %
	Muchos días	14,1 %	7,2 %
	Total (n)	9.697	4.686
Has tenido pesadillas o imágenes relacionadas con el coronavirus*	Nunca o casi nunca	69,3 %	75,9 %
	Algunos días	18,5 %	15,4 %
	Bastantes días	7,0 %	5,4 %
	Muchos días	5,2 %	3,2 %
	Total (n)	9.696	4.686
Has tenido problemas de sueño*	Nunca o casi nunca	28,1 %	38,5 %
	Algunos días	32,1 %	33,2 %
	Bastantes días	20,4 %	17,0 %
	Muchos días	19,4 %	11,2 %
	Total (n)	9.693	4.684
Has tenido pensamientos o recuerdos que te han producido reacciones físicas*	Nunca o casi nunca	53,0 %	61,2 %
	Algunos días	23,6 %	23,0 %
	Bastantes días	12,4 %	9,9 %
	Muchos días	11,1 %	6,0 %
	Total (n)	9.688	4.683
Te has sentido agobiado/a o angustiado/a por pensamientos o recuerdos sobre el coronavirus*	Nunca o casi nunca	49,6 %	61,5 %
	Algunos días	29,4 %	24,2 %
	Bastantes días	12,2 %	9,7 %
	Muchos días	8,9 %	4,6 %
	Total (n)	9.681	4.679
Has intentado evitar pensamientos o recuerdos molestos sobre el coronavirus*	Nunca o casi nunca	46,4 %	57,5 %
	Algunos días	28,4 %	24,1 %
	Bastantes días	15,0 %	12,2 %
	Muchos días	10,2 %	6,2 %
	Total (n)	9.682	4.678
Los pensamientos sobre el coronavirus han alterado tu vida social, tu trabajo o tareas cotidianas*	Nunca o casi nunca	51,5 %	59,4 %
	Algunos días	26,2 %	23,2 %
	Bastantes días	12,7 %	11,2 %
	Muchos días	9,5 %	6,2 %
	Total (n)	9.674	4.677
Has sentido mucha ansiedad o miedo*	Nunca o casi nunca	34,0 %	54,0 %
	Algunos días	32,0 %	27,4 %
	Bastantes días	17,4 %	11,6 %
	Muchos días	16,7 %	7,1 %
	Total (n)	9.673	4.678

Continúa

Tabla 129. Cuestiones sobre sintomatología ansiosa y depresiva como consecuencia del coronavirus por sexo

DURANTE LA PANDEMIA...	CATEGORÍAS	MUJER	HOMBRE
Te has sentido aislado/a o solo/a*	Nunca o casi nunca	28,9 %	36,9 %
	Algunos días	32,0 %	34,0 %
	Bastantes días	20,7 %	17,6 %
	Muchos días	18,4 %	11,6 %
	Total (n)	9.675	4.677
Has sentido desesperanza con respecto al futuro*	Nunca o casi nunca	19,4 %	29,9 %
	Algunos días	32,1 %	33,6 %
	Bastantes días	25,0 %	21,3 %
	Muchos días	23,5 %	15,2 %
	Total (n)	9.673	4.675
Te has sentido irritable, con ira, enfado o agresividad*	Nunca o casi nunca	27,6 %	37,2 %
	Algunos días	35,2 %	36,1 %
	Bastantes días	20,2 %	17,4 %
	Muchos días	17,0 %	9,4 %
	Total (n)	9.671	4.673
Te has sentido agobiado/a o estresado/a*	Nunca o casi nunca	11,8 %	25,5 %
	Algunos días	32,3 %	35,9 %
	Bastantes días	28,4 %	23,1 %
	Muchos días	27,6 %	15,4 %
	Total (n)	9.672	4.676
Te has sentido intranquilo/a o inquieto/a*	Nunca o casi nunca	16,5 %	28,3 %
	Algunos días	35,3 %	37,3 %
	Bastantes días	24,6 %	21,4 %
	Muchos días	23,6 %	13,0 %
	Total (n)	9.670	4.675

Fuente: elaboración propia.

* Significativo estadísticamente ($p < .05$).

Como se puede apreciar en la categoría más alta, las mujeres han experimentado aproximadamente el doble de síntomas ansiosos y/o depresivos que los hombres en la mayor parte de los ítems del cuestionario, siendo además estas diferencias estadísticamente significativas en todos los ítems. Además, la media alcanzada en el sumatorio del cuestionario para las mujeres ($n = 9.635$) es de 38,16 con una desviación de 12,429; frente a 33,21 y una desviación de 11,644 de los hombres ($n = 4.654$). Esta diferencia de medias resultó estadísticamente significativa (t de Welch = 23,297; $p = .000$). Además, indica un 52,6 % de alta sintomatología presente en las mujeres en contraposición al

36,8 % de los hombres, según los cálculos hechos a partir de la mediana (χ^2 de Pearson 313,979; $p = .000$). Esto quiere decir que las mujeres tenían cerca de 2 veces más de probabilidades (1,906) de experimentar alta sintomatología ansioso-depresiva en comparación con los hombres, según el cálculo de los Odds Ratio.

Con respecto al *área de conocimiento*, a continuación, se puede observar una tabla con los estadísticos descriptivos a modo de índice sintético ($F = 42,366$; $p = .000$) y el porcentaje de muestra con mucha sintomatología ansioso-depresiva en base al cálculo de la mediana.

Tabla 130. Estadísticos descriptivos sobre el sumatorio de las cuestiones sobre sintomatología ansiosa y depresiva como consecuencia del coronavirus por áreas de conocimiento y porcentaje de mayor sintomatología en base a la mediana

ÁREAS	MEDIA	DESVIACIÓN	TOTAL (n)	MAYOR SINTOMATOLOGÍA*
Artes y Humanidades	38,22	12,858	1.860	53,1 %
Ciencias	37,04	12,419	1.455	49,8 %
Ciencias de la Salud	35,98	12,017	4.263	45,4 %
Ciencias Sociales y Jurídicas	37,65	12,621	4.376	50,7 %
Ingeniería y Arquitectura	34,02	11,775	2.113	38,9 %

Fuente: elaboración propia.

* Significativo estadísticamente ($p = .000$).

La media más baja alcanzada fue la del grupo de Ingeniería y Arquitectura (34,02 frente a la media global de 36,58). En contraposición, la más alta fue Artes y Humanidades (38,22).

Por otro lado, según los *convivientes* de la muestra (ver tabla 131), se analizan los estadísticos descriptivos del total de las preguntas sobre sintomatología ansioso-depresiva para comparar las medias entre sí ($F = 8,130$, $p = .000$), así como el porcentaje de mayor experiencia de sintomatología en base a la mediana.

Tabla 131. Estadísticos descriptivos sobre el sumatorio de las cuestiones sobre sintomatología ansiosa y depresiva como consecuencia del coronavirus por convivientes y porcentaje de mayor sintomatología en base a la mediana

CONVIVIENTES	MEDIA	DESVIACIÓN	TOTAL (n)	MAYOR SINTOMATOLOGÍA*
Con los padres	36,51	12,391	7.173	47,3 %
Con la pareja	34,55	12,671	1.004	39,7 %
Viviendo solos	35,98	13,142	549	46,6 %
Con otros familiares	36,09	12,390	433	46,0 %
Con compañeros de piso	37,38	12,376	4.394	49,7 %
En residencias universitarias	36,42	11,672	806	49,3 %
Unidad familiar propia	31,89	11,535	61	31,1 %

Fuente: elaboración propia.

* Significativo estadísticamente ($p = .000$).

Se puede comprobar que la mayor media la obtuvo el grupo de personas que convivían con compañeros de piso (37,38), con una gran diferencia en cuanto al grupo con menor media: las personas que vivían en su propia unidad familiar (31,89). Por tanto, el porcentaje de mayor sintomatología

lo obtuvieron las personas que vivían con compañeros de piso (49,7 %), seguidas de las que vivían en residencias universitarias (49,3 %).

Por último, en cuanto a estos valores según el *IMC* de la muestra, se analizan a continuación.

Tabla 132. Estadísticos descriptivos sobre el sumatorio de las cuestiones sobre sintomatología ansiosa y depresiva como consecuencia del coronavirus según el IMC de la muestra y porcentaje de mayor sintomatología en base a la mediana

IMC	MEDIA	DESVIACIÓN	TOTAL (n)	MAYOR SINTOMATOLOGÍA*
Normopeso	36,42	12,297	11.285	46,9 %
Sobrepeso/obesidad	37,14	12,819	2.910	49,3 %

Fuente: elaboración propia.

* Significativo estadísticamente ($p = .022$).

Las personas con sobrepeso/obesidad obtuvieron una media más alta que las que tenían normopeso. Además, también experimentaron una mayor sintomatología ansioso-depresiva en comparación, con diferencias estadísticamente significativas en ambas medidas ($F = 7,841$; $p = .005$).

5.6.3. Miedo/preocupación experimentada debido a la pandemia

A continuación, en la siguiente tabla se pueden apreciar los resultados generales sobre el *miedo/preocupación experimentada* en la muestra ante el coronavirus, la situación de pandemia y las consecuencias derivadas de la misma.

Tabla 133. Cuestiones sobre el miedo de la muestra ante el coronavirus y sus consecuencias

MIEDO A...	NADA	POCO	ALGO	BASTANTE	MUCHO	TOTAL (n)
A contagiarte del coronavirus	16,1 %	22,5 %	28,2 %	23,4 %	9,9 %	14.494
A morir debido al coronavirus	36,6 %	25,6 %	16,3 %	10,9 %	10,7 %	14.492
A que se contagie algún familiar o algún ser querido	3,6 %	6,6 %	17,4 %	35,1 %	37,4 %	14.485
A que pueda morir algún familiar o ser querido	4,2 %	6,7 %	13,9 %	26,3 %	49,0 %	14.484
A que se siga propagando el coronavirus	8,7 %	13,8 %	27,4 %	32,9 %	17,1 %	14.477
A que puedas contagiar a algún familiar o ser querido	4,0 %	6,2 %	13,7 %	31,6 %	44,4 %	14.471
A que puedas perder tus ingresos económicos	27,7 %	19,0 %	19,8 %	18,0 %	15,6 %	14.464
A que algún familiar o ser querido pierda el trabajo	14,8 %	12,5 %	19,1 %	25,0 %	28,6 %	14.461
A estar solo/a o aislado/a socialmente	19,4 %	18,5 %	22,4 %	21,3 %	18,4 %	14.464
A que la sociedad ya no vuelva a ser la misma de antes	12,9 %	12,9 %	21,3 %	26,0 %	26,8 %	14.462
A que las pandemias se conviertan en parte de nuestra vida	12,2 %	12,2 %	21,0 %	25,4 %	29,3 %	14.459

Fuente: elaboración propia.

Al analizar la puntuación global de estas preguntas acerca del miedo ante el coronavirus y/o sus consecuencias, de un mínimo de 11 y un máximo de 55, la media obtenida fue 36,74, la mediana fue 37 y la desviación, 9,212. Con respecto al porcentaje según

la mediana, el 51,5 % puntuó poco o nada de miedo, frente al 48,5 % que tenía bastante o mucho miedo.

Al analizar estas preguntas en base al *sexo*, se pueden comprobar las siguientes cifras (ver tabla 134).

Tabla 134. Cuestiones sobre el miedo de la muestra ante el coronavirus y sus consecuencias por sexo			
MIEDO A...	CATEGORÍAS	MUJER	HOMBRE
A contagiarte del coronavirus*	Nada	12,8 %	22,5 %
	Poco	19,4 %	29,0 %
	Algo	29,4 %	25,8 %
	Bastante	26,4 %	17,3 %
	Mucho	12,1 %	5,4 %
	Total (n)	9.659	4.672
A morir debido al coronavirus*	Nada	31,5 %	46,9 %
	Poco	25,4 %	25,9 %
	Algo	17,5 %	13,8 %
	Bastante	12,5 %	7,6 %
	Mucho	13,1 %	5,8 %
	Total (n)	9.659	4.671
A que se contagie algún familiar o algún ser querido*	Nada	2,3 %	6,0 %
	Poco	4,8 %	10,1 %
	Algo	14,6 %	23,0 %
	Bastante	34,4 %	36,7 %
	Mucho	43,8 %	24,2 %
	Total (n)	9.655	4.668
A que pueda morir algún familiar o ser querido*	Nada	3,2 %	6,0 %
	Poco	4,6 %	10,8 %
	Algo	11,2 %	19,3 %
	Bastante	24,8 %	29,7 %
	Mucho	56,2 %	34,3 %
	Total (n)	9.653	4.669
A que se siga propagando el coronavirus*	Nada	5,8 %	14,3 %
	Poco	11,4 %	18,8 %
	Algo	26,1 %	30,1 %
	Bastante	36,2 %	26,4 %
	Mucho	20,5 %	10,4 %
	Total (n)	9.649	4.666
A que puedas contagiar a algún familiar o ser querido*	Nada	2,7 %	6,5 %
	Poco	4,3 %	9,9 %
	Algo	11,3 %	18,7 %
	Bastante	30,5 %	34,1 %
	Mucho	51,1 %	30,8 %
	Total (n)	9.645	4.664
A que puedas perder tus ingresos económicos*	Nada	24,9 %	33,1 %
	Poco	18,1 %	21,0 %
	Algo	20,4 %	18,4 %
	Bastante	18,8 %	16,2 %
	Mucho	17,7 %	11,3 %
	Total (n)	9.639	4.663
A que algún familiar o ser querido pierda el trabajo*	Nada	12,5 %	19,3 %
	Poco	11,0 %	15,6 %
	Algo	17,9 %	21,6 %
	Bastante	25,6 %	23,8 %
	Mucho	32,8 %	19,7 %
	Total (n)	9.638	4.661

Continúa

Tabla 134. Cuestiones sobre el miedo de la muestra ante el coronavirus y sus consecuencias por sexo

MIEDO A...	CATEGORÍAS	MUJER	HOMBRE
A estar solo/a o aislado/a socialmente*	Nada	16,1 %	25,8 %
	Poco	17,0 %	21,6 %
	Algo	22,9 %	21,6 %
	Bastante	22,9 %	18,1 %
	Mucho	21,0 %	12,9 %
	Total (n)	9.638	4.664
A que la sociedad ya no vuelva a ser la misma de antes*	Nada	9,4 %	19,7 %
	Poco	10,6 %	17,6 %
	Algo	21,0 %	22,1 %
	Bastante	27,9 %	22,4 %
	Mucho	31,1 %	18,1 %
	Total (n)	9.636	4.664
A que las pandemias se conviertan en parte de nuestra vida*	Nada	8,5 %	19,4 %
	Poco	10,1 %	16,4 %
	Algo	20,3 %	22,4 %
	Bastante	27,0 %	22,1 %
	Mucho	34,0 %	19,7 %
	Total (n)	9.635	4.662

Fuente: elaboración propia.

* Significativo estadísticamente ($p < .05$).

Al igual que ocurría con las preguntas sobre la sintomatología ansiosa y depresiva, las mujeres llegaron a experimentar hasta el doble de miedo en la máxima categoría que los hombres en muchos de los ítems.

Esto fue consistente con la media alcanzada por las mujeres ($n = 9.635$) en el cuestionario: 38,58 con una desviación de 8,661; en contraposición a la media de los hombres ($n = 4.653$) de 33,04 y una desviación de 9,141 (t de Welch = 34,528; $p = .000$). En términos porcentuales, las mujeres que puntuaron bastante o mucho miedo alcanzaron el 57,2 %, frente al 31,1 % de los hombres, según el cálculo de la mediana (χ^2 de Pearson 857,207; $p = .000$).

Mediante el cálculo de los Odds Ratio, se puede comprobar que las mujeres tenían hasta casi 3 veces

más probabilidades (2,961) de experimentar bastante o mucho miedo que los hombres.

Como se puede comprobar, tanto en el último cuestionario como en el anterior, las mujeres manifestaron un mayor miedo, ansiedad y síntomas depresivos ante el coronavirus y la pandemia en mayor proporción que los hombres en todos los ítems.

Con respecto a las preguntas sobre el miedo ante el coronavirus, la pandemia y las consecuencias asociadas por *áreas de conocimiento*, se puede analizar la siguiente tabla con los estadísticos descriptivos que presentaron diferencias estadísticamente significativas ($F = 97,188$; $p = .000$) y el porcentaje de la muestra con mucho miedo en base a los cálculos con la mediana.

Tabla 135. Estadísticos descriptivos sobre el sumatorio de las cuestiones sobre miedo ante el coronavirus y la situación de pandemia por áreas de conocimiento y porcentaje de experiencia de mucho miedo según la mediana

ÁREAS	MEDIA	DESVIACIÓN	TOTAL (n)	MUCHO MIEDO*
Artes y Humanidades	37,45	9,348	1.860	51,5 %
Ciencias	36,04	9,277	1.455	45,4 %
Ciencias de la Salud	37,10	8,932	4.261	49,7 %
Ciencias Sociales y Jurídicas	38,03	9,078	4.366	54,6 %
Ingeniería y Arquitectura	33,47	9,043	2.115	34,1 %

Fuente: elaboración propia.

* Significativo estadísticamente ($p = .000$).

Una vez más, la media más baja fue la de Ingeniería y Arquitectura (33,47 frente a la media global de 36,74); y la más alta en esta ocasión fue el grupo de Ciencias Sociales y Jurídicas (38,03).

El área de Ingeniería y Arquitectura es, asimismo, el que menor porcentaje presentó en cuanto a la experiencia de mayor miedo (34,1 %), significativamente estadístico en comparación con el resto de las áreas. Igualmente, el área de Ciencias Sociales y Jurídicas fue el que mayor porcentaje alcanzó (54,6 %).

Al comprobar estas cifras según los *convivientes* de la muestra (ver tabla 136), se aprecia que la mayor media la presentaron las personas que convivían con compañeros de piso (37,51), muy seguida de las que vivían en residencias universitarias (37,20). Estas diferencias en las medias resultaron estadísticamente significativas ($F = 11,799$; $p = .000$). Asimismo, el grupo que experimentó el mayor miedo según los cálculos en base a la mediana fue efectivamente el que vivía con compañeros de piso (52,2 %).

Tabla 136. Estadísticos descriptivos sobre el sumatorio de las cuestiones sobre miedo ante el coronavirus y la situación de pandemia según los convivientes y porcentaje de experiencia de mucho miedo según la mediana

CONVIVIENTES	MEDIA	DESVIACIÓN	TOTAL (n)	MUCHO MIEDO*
Con los padres	36,54	9,262	7.170	47,5 %
Con la pareja	35,65	9,242	1.009	44,2 %
Viviendo solos	34,69	9,459	547	39,7 %
Con otros familiares	36,48	8,922	432	47,7 %
Con compañeros de piso	37,51	9,049	4.388	52,2 %
En residencias universitarias	37,20	9,200	803	49,7 %
Unidad familiar propia	35,85	9,300	61	44,3 %

Fuente: elaboración propia.

* Significativo estadísticamente ($p = .000$).

Las cifras mostradas según los convivientes están en consonancia con los comentados anteriormente sobre la sintomatología ansioso-depresiva, resaltando al grupo que vivía con compañeros de piso y en residencias universitarias como los que más han experimentado estos síntomas y miedo ante el COVID-19 y la pandemia consecuente.

Por último, cabe resaltar que las personas que vivían con sus padres puntuaron en “mucho miedo a que pueda morir un familiar o ser querido” en un 48,3 % frente al 52,0 % de los que vivían con compañeros de piso. De igual modo, las personas que vivían con sus padres puntuaron en “mucho miedo a estar aislado/a” en un 18,0 % frente al 20,7 % de los que vivían con compañeros de piso. Estas diferencias fueron además estadísticamente significativas ($p = .000$ en ambos ítems).

6. Discusión

El apartado de discusión está dividido en las principales variables estudiadas en la presente investigación según el orden de aparición con el fin de facilitar su lectura.

6.1. Datos sociodemográficos

En el presente estudio, el 66,7 % de las personas encuestadas eran *mujeres*, con mayor proporción en todas las áreas de conocimiento salvo en Ingeniería y Arquitectura. Si se tienen en cuenta los porcentajes de mujeres matriculadas en estudios universitarios en España, un 55,6 % de las matriculaciones corresponden a las mujeres, de las que un 56,0 % se encontraban cursando estudios de grado (Ministerio de Universidades, 2022). Según las áreas de conocimiento, este fenómeno también

se repite (Ministerio de Universidades, 2022): más mujeres por norma general salvo en Ingeniería y Arquitectura, tradicionalmente masculinizada.

En la siguiente tabla 137 se pueden apreciar tanto los porcentajes de mujeres matriculadas a nivel nacional como en el presente estudio. Al analizarlos detenidamente, destaca que el área de Ciencias Sociales y Jurídicas tiene proporcionalmente un mayor número de mujeres matriculadas en el presente estudio. Por este motivo, el porcentaje total de mujeres de esta investigación también es superior al porcentaje de mujeres matriculadas a nivel nacional (55,6 % de las matriculaciones en estudios universitarios) según los datos del Ministerio de Universidades relativos al año académico 2020/2021.

Tabla 137. Porcentaje de mujeres matriculadas por áreas de conocimiento en el presente estudio y en las medias nacionales

ÁREAS DE CONOCIMIENTO	MUJERES DEL ESTUDIO	PORCENTAJE NACIONAL MUJERES MATRICULADAS
Artes y Humanidades	72,4 %	62,2 %
Ciencias	61,2 %	50,7 %
Ciencias de la Salud	76,7 %	71,4 %
Ciencias Sociales y Jurídicas	73,4 %	60,4 %
Ingeniería y Arquitectura	35,8 %	25,7 %

Fuente: Ministerio de Universidades, 2022.

En cuanto al *IMC*, en el estudio de Bannasar (2014), la muestra (también compuesta por estudiantado universitario) con un *IMC* de sobrepeso y obesidad alcanzó un 18,9 %; porcentaje algo inferior que la puntuación del presente estudio (20,8 %). En el caso de la muestra española universitaria de enfermería de Romero-Blanco *et al.* (2021), el índice de sobrepeso/obesidad fue mucho más bajo (10,3 %). Esto puede deberse a que los estudiantes del área de Ciencias de la Salud tienen más conocimientos relacionados con la alimentación y la actividad física y están más concienciados

sobre la importancia de mantenerse saludables, como se demuestra en la presente investigación: dentro del grupo de Ciencias de la Salud, el 73,1 % se encontraban en normopeso, siendo el área que más porcentaje presentaba en esta categoría. Asimismo, también era el área que menor porcentaje de sobrepeso y obesidad presentaba en comparación con el resto.

Cabe resaltar que tanto en la investigación de Bannasar (2014) como en la presente, el porcentaje de hombres con exceso de peso era superior al de las

mujeres, siendo estas las que presentaban en mayor proporción un bajo peso en ambos estudios.

Lo mismo ocurría en el estudio de Amengual (2023) en el que las mujeres universitarias con sobrepeso y obesidad fueron del 16,0 % en comparación con el 21,2 % de los hombres. Sin embargo, las mujeres volvían a constituir el grupo más grande en infrapeso, con diferencias bastante reseñables (12,1 frente al 4,4 % de los hombres).

Es destacable que en el Informe Anual del Sistema Nacional de Salud de España 2020-2021 –con datos procedentes de varios organismos como el INE o la Encuesta Europea de Salud en España (EESA) 2020–, el porcentaje de población con obesidad y sobrepeso asciende al 53,6 %. Esta gran diferencia puede deberse a las distintas medias de edad de cada análisis, siendo este último a nivel nacional con población de todas las edades.

Es necesario tener en cuenta esta variable porque, como determina Amengual (2023), el período de adolescencia y adultez temprana son franjas clave en la aparición de conductas y trastornos relacionados con la conducta alimentaria, como anorexia nerviosa, bulimia nerviosa, trastorno por atracón, etc. En su investigación resalta diferentes estudios que evidencian picos de incidencia de estos trastornos alrededor de los 18-21 años, coincidiendo con la etapa universitaria.

Esta edad constituye, por tanto, un período crítico de adquisición de hábitos de vida que pueden ser saludables o no, repercutiendo en su etapa adulta, y que está caracterizada por cambios a nivel educativo (selección de una carrera profesional y comienzo de estudios universitarios), laboral (muchos de ellos comienzan su vida laboral) y personal. Por ejemplo, en estas edades se produce en muchas ocasiones emancipación del hogar familiar. De hecho, muchos estudiantes encuestados se encuentran compaginando sus estudios universitarios con algún *trabajo* (el 23,5 % estaban empleados, de los cuales, el 53,1 % trabajaba 20 horas o menos a la semana y el 16,1 %, más de 40 horas semanales). Además, alrededor de la mitad de la muestra de este estudio ya no vivía con sus padres, al menos durante el curso académico (el 7,1 % vivía en pareja, el 4,0 % vivía solo/a, el 30,3 % vivía con compañeros de piso, el 5,7 % en residencias universitarias y el 0,4 % en su unidad familiar propia).

Este último dato es muy relevante si se tiene en cuenta que el 7,7 % de personas de entre 15 y 29 años en España sufrió una privación material y social severa en 2021. Además, esta misma franja de edad tuvo una mayor tasa de pobreza que la población general en Europa en el mismo año (alrededor del 25 % en España), según datos del Eurostat (2023). Estos datos van en la línea de las cifras encontradas en la presente investigación en cuanto a *disponibilidad de dinero semanal y sueldo mensual*: de las personas trabajadoras, el 30,8 % cobraba menos de 300 € siendo, además, el grupo más numeroso de los trabajadores. Además, teniendo en cuenta al total de la población estudiada, el 36,5 % disponía de menos de 30 € semanales para sus gastos. La siguiente categoría con mayor número de respuestas es la disposición de entre 30 y 40 € semanales, con un 22,9 % de alumnado. De estas categorías, las mujeres fueron las que afirmaron disponer de menos de 30 € semanales en mayor proporción que los hombres (37,7 frente al 33,3 %, respectivamente).

En cuanto a la *emancipación* de la gente joven, la *edad media* según los datos de Eurostat (2022) fue de 26,4 años en Europa en el año 2022. En el caso de España, las mujeres se fueron del hogar parental a los 29,5 años de media, mientras que los hombres lo hacían a los 31,0 años. Estos datos concuerdan con el porcentaje de mujeres que vivían con sus padres en el presente estudio en comparación con los hombres: el 47,6 % de las mujeres frente al 52,4 % de los hombres, respectivamente. También se corrobora al comprobar que el 31,9 % de las mujeres compartía piso frente al 27,1 % de los hombres.

Estas medias europeas también están en consonancia con los datos obtenidos en el presente estudio (ver tabla 138) en el análisis de la edad media según los *convivientes*, ya que los grupos con mayor edad media fueron los que vivían con parejas, solos o con sus propias unidades familiares, mientras que el resto lo hacía con sus padres, con otros familiares, con compañeros de piso o en residencias universitarias. Estas dos últimas opciones son muy recurrentes durante los cursos académicos sobre todo para población que debe desplazarse para estudiar un grado universitario, volviendo después al hogar parental en vacaciones o los fines de semana.

Tabla 138. Edad media según los convivientes de la muestra

CONVIVIENTES	MEDIA	DESVIACIÓN	TOTAL (n)
Con padres	20,86	3,187	9.623
Con pareja	32,25	10,300	1.395
Viviendo solo	28,37	9,990	773
Con otros familiares	25,32	10,168	599
Con compañeros de piso	21,30	3,338	5.932
Residencia universitaria	19,37	2,480	1.120
Unidad familiar propia	42,87	7,381	87

Fuente: elaboración propia.

Según el Instituto de Valoraciones (Valum, 2021), teniendo en cuenta la situación de los alquileres en España, compartir piso es ahora mismo una de las opciones más viables tanto para estudiantes como para jóvenes profesionales. Lo mismo ocurre, según esta entidad, con las residencias universitarias que, aunque resultan menos económicas, son elegidas por ofrecer servicios de restauración, de limpieza, zonas comunes, proximidad al centro de estudios y facilidad para conocer a otros estudiantes. Esto podría explicar que haya un mayor número de personas en residencias universitarias en primer curso, pero a medida que se avanza en la carrera universitaria –y lógicamente también en edad–, se prefiere la opción de compartir piso (opción que va en aumento).

Cabe resaltar, además, el *nivel académico más alto alcanzado por las madres/tutoras y los padres/tutores* del estudiantado analizado en la presente investigación. En el conjunto de las madres/tutoras, el nivel con mayor porcentaje fue el de estudios secundarios no obligatorios (27,8 %), seguido de los estudios universitarios (25,1 %). En el caso de los padres/tutores, el nivel más alto alcanzado fue, sin embargo, los estudios secundarios obligatorios (25,7 %), muy seguido por los estudios secundarios no obligatorios (25,5 %). Por tanto, se puede concluir que, aunque no con mucha diferencia, las madres/tutoras presentaban un nivel académico más alto; datos que se corresponden con la tendencia nacional según el INE en 2021, en el que el porcentaje de mujeres con estudios superiores fue del 44,0 % en comparación con el 37,3 % de los hombres de entre 25 y 64 años (INE, 2021c).

6.2. Indicadores generales de salud

Con respecto a los datos obtenidos sobre el *estado de salud general percibido*, se pueden comparar con los conseguidos en el estudio de Bennasar (2014), en el que el 91,0 % de su muestra universitaria

consideraba que su estado de salud era bueno o muy bueno, sin diferencias significativas entre sexos. Sin embargo, en el presente estudio, la proporción de alumnado que percibe su estado de salud general como bueno o muy bueno llegaba al 74,9 %, un porcentaje más bajo. Además, sí se encuentran diferencias entre mujeres y hombres (72,7 y 79,9 %, respectivamente).

Con respecto a la *calidad de vida percibida*, en el mismo estudio de Bennasar (2014) se alcanzó un 88,9 % del alumnado con una calidad de vida buena o muy buena, sin diferencias entre sexos. En la muestra actual, este porcentaje varió al 77,5 % (76,9 % en el caso de las mujeres y 79,0 % en el de los hombres).

Estas diferencias entre la tesis citada y los porcentajes obtenidos en el presente trabajo podrían atribuirse a que el estudio de Bennasar se realizó antes de la pandemia por COVID-19.

De hecho, en la tesis publicada con población también universitaria de la Universitat de les Illes Balears, el porcentaje de personas que afirmaron un estado de salud bueno o muy bueno fue del 82,7 %, también con mayores puntuaciones en hombres que en mujeres (Amengual, 2023). En el caso de la calidad de vida percibida, el porcentaje de su estudio con una calidad buena o muy buena fue del 82,4 %, con la misma diferencia entre los sexos que en la variable anterior. Estos porcentajes, aunque algo superiores a los presentados en la muestra actual, son más cercanos.

En línea con la anterior conclusión, en el Informe Anual del Sistema Nacional de Salud de España 2020-2021 (durante el estado de pandemia por COVID-19) con datos recopilados de diferentes organismos y encuestas, la proporción de ciudadanía que afirmaba tener un estado de salud bueno o muy bueno alcanzó el 75,5 %; porcentaje más en consonancia con el que mostró el presente estudio.

Tanto en las cuestiones referentes al estado de salud percibido como al de la calidad de vida, las mujeres presentaron unas puntuaciones inferiores (peor estado de salud y de calidad de vida percibidos) que los hombres, siendo un patrón que se repite a nivel nacional y europeo (Ministerio de Sanidad, 2022b). Estos resultados son muy congruentes con la mayor presencia de sintomatología ansiosa y depresiva y la experiencia de miedo ante la situación de pandemia por COVID-19 de las mujeres del estudio, como se ha visto en el apartado 5.6.2. en las preguntas relativas al COVID-19 y que se discutirá más adelante.

6.3. Sueño

En el estudio de Puerto *et al.* (2015), aunque utilizaron cuestionarios distintos a los empleados en este estudio, se comprobó que el 62,4 % de los estudiantes universitarios encuestados describieron su calidad del sueño como regular, y un 37,6 % como buena. Estos resultados están muy alineados con los obtenidos por Romero-Blanco *et al.* (2021) con un 38,1 % de su muestra de estudiantes de Enfermería españoles que presentaron una buena calidad del sueño. Estos porcentajes son inferiores al 45,3 % de los encuestados en el presente trabajo con buena calidad del sueño. Además, en este mismo estudio se comprobó que cuanto más tiempo pasaban en internet, más tarde se iban a dormir (Romero-Blanco *et al.*, 2021).

Resultados en la misma línea se obtuvieron en la investigación de Coico-Lama *et al.* (2022) en la que el 47,8 % reportó un sueño corto y hasta un 60,1 % de su muestra de estudiantes de Medicina limeños presentó problemas de insomnio durante la pandemia. Además, también destacan que el 38,1 % se dormía entre las 12 y las 2 de la madrugada, con la consiguiente afectación de su calidad del sueño.

En la investigación de Tuyani Solimán *et al.* (2015) con muestra también universitaria, se alcanzó una prevalencia global de insomnio del 18,4 %. Además, se comprobó que había una relación estadísticamente significativa entre el insomnio y la práctica de actividad física en la que, a mayor nivel de actividad física, menor prevalencia de insomnio.

Por último, en la tesis doctoral presentada por Amengual (2023) con población universitaria se encontró que el 44,8 % de sus estudiantes afirmaban que dormían lo suficiente para sentirse descansados la mayoría de los días. En comparación

con la presente muestra, el 34,3 % de los estudiantes durmieron lo necesario la mayoría de los días, y el 6,5 %, siempre. Son resultados muy similares en los que también se pone de manifiesto que los hombres descansan mejor y tienen mayor calidad de sueño que las mujeres de forma general.

En la revisión sistemática de Suardiaz-Muro *et al.* (2020), se encontró en la mayoría de los trabajos analizados que una mala calidad del sueño estaba asociado a un peor rendimiento académico en el estudiantado universitario. Además, también lo está con la calidad de vida y el funcionamiento físico, mental y social (Viala-Danten *et al.*, 2008) y con tasas elevadas de obesidad o dificultad para la pérdida de peso (Papatriantafyllou *et al.*, 2022). De hecho, en el presente trabajo, las personas con normopeso presentaron una mejor calidad del sueño en el 46,0 % de los casos frente al 42,9 % de las personas con sobrepeso/obesidad.

Con respecto a la influencia de la pandemia en los hábitos de sueño de la población, el 32,9 % admitió que se había visto influenciado negativamente, en contraposición al 5,0 %, que afirmó una influencia positiva de la misma. En el caso del estudio de Stanton *et al.* (2020), las personas afectadas negativamente ascendieron al 40,7 %. En la misma línea, la pandemia ocasionó un incremento de los casos de insomnio en los españoles en un 36,3 %, según las investigaciones de Diz-Ferreira *et al.* (2021); lo que supone un aumento de los casos con respecto a la cifra anterior a la pandemia (23,1 %). También se ocasionó una reducción ligera de la calidad del sueño (Blume *et al.*, 2020) y un aumento del uso de dispositivos a la hora de acostarse (Cellini *et al.*, 2020).

En este sentido, la muestra actual también reconoció una influencia negativa de sus teléfonos móviles en la calidad del sueño en un 32,9 %.

6.4. Alcohol

En la última encuesta publicada EDADES (2022), la prevalencia de consumo de la población de entre 15 y 64 años fue de un 64,5 % en los últimos 30 días, con diferencias significativas entre mujeres (55,7 %) y hombres (73,1 %). En comparación con la muestra estudiada en esta investigación, el porcentaje del alumnado que afirmó consumir alcohol al mes fue de un 80,7 % (con más riesgo de adicción también entre hombres que entre mujeres). Esta gran diferencia puede deberse, una vez

más, a la diferencia entre la edad media de ambos estudios, siendo más joven la actual, como corrobora el estudio de Romero-Blanco *et al.* (2021) con población española universitaria y una prevalencia de consumo de alcohol del 81,6 %; muy similar a la obtenida en la presente investigación.

De hecho, al analizar específicamente el tramo de edad de entre 15 y 24 años por ser la más aproximada al período universitario en la encuesta EDADES, las tasas de prevalencia del último mes son del 65,2 % en hombres y del 60,0 % en mujeres (DGPNSD, 2022). En el estudio actual, se encuentra también la misma tendencia: la prevalencia de tomar bebidas alcohólicas 2 o más veces al mes fue de un 53,8 % en mujeres y 58,2 % en hombres.

Asimismo, se encontró un mayor riesgo de adicción por consumo de alcohol en hombres que en mujeres en la corrección del test empleado en el estudio, en consonancia también con los resultados obtenidos en la investigación de Busto Miramontes *et al.* (2021), cuya media obtenida en el cuestionario AUDIT por las mujeres de su estudio fue de 5,78 ($n = 1.497$), y la de los hombres, de 6,75 ($n = 864$). En el presente estudio, las medias alcanzadas eran de 5,19 y 6,09, respectivamente. También se encontraron diferencias significativas entre sexos en el trabajo de Amengual (2023), con un consumo problemático en el 23,1 % de las mujeres y en el 25,8 % de los hombres; y en el de Bannasar-Veny *et al.* (2020), con un consumo mayor de alcohol también entre hombres.

Por el contrario, en el estudio de Bannasar (2014), también con población estudiante y utilizando el mismo cuestionario que en el presente estudio, el 58,0 % eran consumidores habituales sin diferencias entre sexos. Además, el 27,3 % presentaba un consumo de alcohol de riesgo (32,2 % en hombres y 24,9 % en mujeres). En otro estudio universitario también usando el AUDIT, el consumo de riesgo alcanzó hasta el 50,0 % de la muestra en ambos sexos (Busto Miramontes *et al.*, 2021). La presente investigación demostró un riesgo moderado o alto en el 22,4 % (porcentaje mayor en hombres que en mujeres también) y una probable adicción en el 1,6 % de los casos.

No obstante, hay que resaltar que las mujeres de este estudio tuvieron una mayor frecuencia de consumo de bebidas alcohólicas en las categorías de “1 o menos veces al mes” y “2 o 4 veces al mes”. Algunos estudios sugieren que se ha podido normalizar el consumo de grandes cantidades de alcohol

en los propios hogares (Villanueva-Blasco *et al.*, 2021), sobre todo en población femenina, siendo un predictor de consumo de riesgo para las mujeres, como destaca el estudio de Canfield *et al.* (2021), donde se comprobó que el 65,7 % puntuó como consumo de riesgo, encontrando que influía beber en casa todos los días, comprar alcohol dentro de las compras semanales y preferir beber en casa. Además, se llegó a la conclusión de que una proporción significativa del consumo de alcohol en las casas es potencialmente peligroso y podría derivar en problemas de salud posteriores. Estas conclusiones son muy relevantes ya que hay que tener en cuenta que, durante el período de pandemia, la única forma de beber alcohol era en los propios hogares, puesto que los locales permanecían cerrados.

El alcohol, según la encuesta EDADES (2022), es la sustancia psicoactiva más consumida al menos una vez en la vida según el 93,2 % de encuestados, con un consumo diario del 9,0 % en el estudio nacional. En el caso del estudio de Żarnowski *et al.* (2022) con población polaca, el porcentaje de consumo diario se situaba en el 4,8 %; y el consumo de 3 o 4 veces semanales, en un 10,3 %. En la presente muestra, el 16,8 % lo consumía más de dos veces a la semana y un 8,8 % tomaba 5 o más bebidas alcohólicas en un día normal con mayor tasa de consumo en hombres que en mujeres.

Este último porcentaje podría indicar un consumo elevado de alcohol en poco tiempo, lo que en la literatura científica se conoce como *binge drinking* (beber 5 o más bebidas alcohólicas si es hombre, o 4 o más si es mujer en un intervalo de 2 horas) (Llamosas-Falcón *et al.*, 2022). Este elevado consumo va seguido de períodos de abstinencia (Herrero-Montes *et al.*, 2022), por lo que el número de días mensuales o incluso semanales de la persona que realiza esta práctica es relativamente bajo, pudiendo llevar a un consumo bajo engañoso. No obstante, el *binge drinking*, frecuente entre la población universitaria, está más asociado a problemas con un consumo de riesgo que la población que no realiza esta práctica (Herrero-Montes *et al.*, 2022).

El *binge drinking* está más extendido entre hombres que entre mujeres, con un porcentaje del 20,3 % en hombres y del 10,4 % en mujeres en 2022 (DGPNSD, 2022), dato que concuerda con la presente investigación.

Con respecto al consumo de alcohol durante la pandemia por COVID-19, en el estudio de Villanueva-Blasco

et al. (2021) se comprobó que disminuyó la frecuencia en ambos sexos (más pronunciado en mujeres), así como el consumo medio diario. Asimismo, en los datos presentados por Llorens *et al.* (2021), el 7,1 % abandonó esta conducta, frente al 2,3 % que empezó a consumir alcohol en el período de pandemia. En este caso, también con un mayor consumo en hombres, aunque con una disminución general en ambos sexos. Por último, el mayor consumo de riesgo lo presentaron los jóvenes de 20 a 34 años en esa investigación. En el caso de la muestra estudiada en el presente trabajo, el 16,0 % declaró que bebía menos o había dejado de beber en este período, en contraposición al 8,8 % de las personas, que aumentó su consumo o empezó a beber. Este dato contrasta con el encontrado en la investigación de Stanton *et al.* (2020), en el que hasta un cuarto de su muestra redujo su consumo de alcohol al inicio de la pandemia.

6.5. Tabaco

Al comparar los porcentajes alcanzados en el estudio de Bennasar (2014), un 19,5 % de las personas encuestadas fumaba tabaco de forma ocasional o regular, y un 12,4 % eran exfumadores. Igualmente, el porcentaje de fumadores del estudio de Bennasar-Veny *et al.* (2020) también fue de un 19,5 % de fumadores (sin diferencias entre sexos).

En contraposición, la prevalencia de consumo de tabaco diario en España en los últimos 30 días según la encuesta más reciente EDADES (DGPNSD, 2022) es del 33,1 % (37,8 % en hombres y 28,3 % en mujeres). En la muestra de 15 a 24 años (más similar a la del estudiantado universitario) de esta misma encuesta EDADES, la prevalencia de fumadores diarios era del 27,3 % (DGPNSD, 2022), también mayor en hombres (30,2 %) que en mujeres (24,3 %); porcentaje similar al del estudio de Żarnowski (2022), con un 23,9 % en su muestra adulta polaca de fumadores y un 8,0 % de fumadores ocasionales. Asimismo, en el estudio de Amengual (2023) con población universitaria, la tasa de fumadores se situaba en el 16,8 %, muy en línea con el porcentaje alcanzado por Ledo-Varela *et al.* (2011) de 16,7 %. Por tanto, los jóvenes consumen menos tabaco y, además, lo redujeron durante la pandemia en mayor proporción que el resto de las edades, según las investigaciones de Llorens *et al.* (2021).

En el caso del presente trabajo, los exfumadores se encontraban en la misma proporción que los estudios comentados, mientras que se hallaron

menos fumadores habituales (13,9 %). Esta cifra está más en consonancia con la obtenida por Romero-Blanco *et al.* (2021), de 11,8 %, o la de Stanton *et al.* (2020) del 11,0 % de personas fumadoras.

En cuanto a los resultados obtenidos en el cuestionario Fagerström en el presente estudio, el porcentaje de personas con una dependencia alta al tabaco fue del 2,5 %; mismo porcentaje que el encontrado en el estudio de Roa-Cubaque *et al.* (2016) al referirse al grave consumo diario de cigarrillos. Esta cifra concuerda con la obtenida en el estudio de Arias-Gallegos *et al.* (2018), cuyo porcentaje –teniendo en cuenta un punto de corte adaptado para su población y estudio– fue del 5,8 %.

Asimismo, a raíz de la situación de pandemia, Stanton *et al.* (2020) encontraron que un 16,3 % de las personas redujeron su consumo tabáquico, mientras que un 49,9 % lo aumentó. En el estudio de Di Renzo *et al.* (2020), fue el 3,3 % el que dejó de fumar. En el caso de las personas que consumían 10 o más cigarrillos, solo disminuyó el 0,57 %. Por el contrario, en el estudio actual, el 7,9 % fumaba más o había empezado a fumar; y el 5,1 % fumaba menos o había dejado de fumar durante la pandemia.

Por otro lado, al contrario de los resultados del informe nacional EDADES, (DGPNSD, 2022), en el presente trabajo había una mayor prevalencia de consumo tabáquico entre mujeres que entre hombres (14,3 frente al 13,0 % de hombres), al igual que ocurría en la investigación de Amengual (2023). Sin embargo, había una dependencia media-alta en estos en mayor proporción que las mujeres (21,2 % de los hombres frente al 13,8 % de las mujeres). Asimismo, fueron las mujeres las que fumaron más durante la pandemia que los hombres (8,3 y 7,0 %, respectivamente), pudiendo estar relacionado este fenómeno a la mayor experiencia de síntomas ansiosos y depresivos y mayor miedo debido a la pandemia por COVID-19, como ya se ha visto anteriormente.

6.6. Consumo de sustancias

Los datos sobre el consumo de sustancias obtenidos en la presente investigación se pueden comparar con los de la Encuesta sobre Alcohol y otras Drogas en España (EDADES) (DGPNSD, 2022) donde el 40,9 % de las personas de entre 15 y 64 años consumió cannabis alguna vez en su vida y un 2,8 %, a diario en 2022 (los hombres en proporción mayor que las mujeres).

En el presente estudio, del 7,2 % del alumnado que consume sustancias de forma frecuente u ocasional y del 5,6 % que las ha consumido anteriormente, el 83,6 % han consumido cannabis o derivados, lo que está en consonancia no solo con los datos nacionales sino también con los de todo el mundo (UNODC, 2021).

En cuanto al sexo, los hombres presentan mayor prevalencia de consumo que las mujeres, al igual que en la encuesta EDADES (2022) comentada anteriormente, en un 9,5 y 6,0 %, respectivamente.

A raíz de la pandemia por COVID-19, el 41,3 % de los encuestados por van Laar *et al.* (2020) aumentó el consumo de sustancias, frente al 49,4 % que lo mantuvo sin cambios, y el 6,6 % lo disminuyó. De toda su muestra, solo el 2,8 % dejó de consumir completamente. En este estudio, el consumo de cannabis también fue el predominante, con un 35,7 % de personas que empezaron a consumirlo diariamente.

En el caso de la actual investigación, el porcentaje que dejó de consumir o que consumía menos era muy similar al anterior presentado (2,6 %). Sin embargo, el 3,0 % consumía más o empezó a consumir tras la pandemia, porcentaje bastante inferior. Esta diferencia puede ser debida a la dificultad para adquirir este tipo de sustancias durante el período de pandemia.

Además, los hombres dejaron de consumir o consumieron menos en mayor proporción que las mujeres (3,4 frente al 2,3 % de las mujeres). Sin embargo, son también los hombres los que más empezaron a consumir o consumieron más también en este período (3,4 % de los hombres y 2,7 % de las mujeres).

6.7. Adherencia a la dieta mediterránea

El índice de adhesión a la dieta mediterránea alcanzada en este estudio fue del 45,6 % (de buena adherencia), que se contrapone al alcanzado en la investigación de Durán y Castroviejo (2011), en el que el 9,5 % presentó una adhesión baja, el 62,1 % intermedia y el 28,4 % una adhesión alta, utilizando un Cuestionario de Adherencia a la Dieta Mediterránea adaptado a niños y adolescentes (test Kidmed) con población también universitaria. Estos investigadores concluyeron, por tanto, que el 71,6 % necesitaba mejorar su patrón alimentario. También en el estudio de San Onofre Bernat *et al.* (2021) se comprobó cómo el grupo de edad más joven (de 16 a 24 años) era el que peor adherencia a la dieta mediterránea tenía en su estudio con población valenciana.

En el caso del trabajo de Amengual (2023), en esta ocasión con el mismo test empleado que en el presente estudio y también con muestra universitaria, su índice de adhesión a la dieta mediterránea fue del 36,5 %; un porcentaje inferior al 45,6 % de este estudio, en línea con el estudio de Romero-Blanco *et al.* (2021), con un 29,9 % de buena adherencia entre su población universitaria española. No obstante, se encontró una mayor adherencia entre las mujeres que entre los hombres tanto en el estudio citado, como en el de Bannasar-Veny *et al.* (2020) y como en el actual, en el que el porcentaje de mujeres con una buena adherencia a la dieta mediterránea alcanzó el 46,7 %, en contraposición al 43,4 % de los hombres de esta muestra.

Al analizar de forma pormenorizada el tipo de alimentos consumidos por la población universitaria en este trabajo, se puede observar la tabla 139 en la que se desglosan los porcentajes de consumo de los mismos y los obtenidos en la EESE 2020 (INE-MSCBS, 2020) en la tabla a continuación (ver tabla 140).

TIPO DE ALIMENTO	1 O 2 VECES AL DÍA/ A LA SEMANA	3 O MÁS VECES AL DÍA/ A LA SEMANA
Frutas (al día)	63,3 %	20,0 %
Legumbres (a la semana)	74,6 %	16,4 %
Pescado o marisco (a la semana)	71,2 %	10,3 %
Repostería comercial (a la semana)	48,1 %	27,7 %
Frutos secos (a la semana)	62,8 %	
Vegetales cocinados (a la semana)	35,5 %	55,7 %*

Fuente: elaboración propia.

* Las opciones de respuesta de este ítem eran "1 vez por semana", "2 o más por semana" y "ninguno".

Tabla 140. Porcentaje diario de consumo de los distintos tipos de alimentos en la EESE 2020 con población de 15 a 24 años

TIPO DE ALIMENTO	PORCENTAJE DE CONSUMO DIARIO (ENCUESTA EESE 2020)
Fruta fresca	49,3 %
Carne	12,5 %
Pescado	0,6 %
Pan y cereales	75,8 %
Verduras, ensaladas y hortalizas	35,1 %
Legumbres	1,0 %
Bollería industrial	27,9 %
Refrescos azucarados	10,9 %

Fuente: Encuesta EESE 2020 (INE-MSCBS, 2020).

En el caso de la EESE 2020 (INE-MSCBS, 2020), las mujeres eran las que más consumían frutas y verduras. Igualmente, en el estudio de Amengual (2023) también se observó un mayor consumo de frutas en las mujeres, así como menor consumo de repostería comercial. En el presente trabajo, sin embargo, el mayor consumo de frutas lo presentaron los hombres (21,0 % en comparación con el 19,5 % de las mujeres en la categoría de “3 o más piezas de fruta”). Lo mismo ocurrió con el consumo de repostería comercial, en el que los hombres que no consumían ninguna fueron el 25,6 %, mientras que las mujeres alcanzaron el 23,4 %. Con el consumo de legumbres ocurrió lo mismo: mayor consumo –3 veces o más a la semana– por parte de hombres (18,2 %) que de mujeres (15,4 %). Por el contrario, son las mujeres las que menos bebidas carbonatadas consumían (87,7 frente al 85,2 % de los hombres que consumen menos de una bebida al día), carne roja (66,2 % en comparación con el 54,4 % de los hombres), y mayor consumo preferente de carne de pavo, pollo o conejo (77,2 % de las mujeres frente al 70,9 % de los hombres), en consonancia con el estudio de Amengual (2023).

Con respecto a cómo la pandemia por COVID-19 ha afectado a la adherencia a la dieta mediterránea, en el estudio de Di Renzo *et al.* (2020) el 16,7 % mejoró sus hábitos. Asimismo, el 40,3 % aumentó de peso ligeramente y el 8,3%, considerablemente. No obstante, el grupo poblacional de entre 18 y 30 años fue el que mayor adherencia presentó en su estudio. En consonancia con estos resultados, en la investigación de Górnicka *et al.* (2020) se comprobó que el 34,0 % de las personas encuestadas aumentó la ingesta y el 33,0 % consumió más dulces. Sin embargo, el 37,0 % redujo el consumo de comida rápida y el 48,0 % aumentó el consumo de comida casera.

En el caso del presente trabajo, el 59,3 % refirió no modificar sus patrones de alimentación como

consecuencia de la situación de pandemia; el 27,4 % sí afirmó que desde entonces comía de forma más saludable; y, por el contrario, el 13,3 % comía de forma menos saludable desde la pandemia. Las mujeres, en este caso, también fueron las que comieron de forma más saludable durante este período (28,6 frente al 24,9 % de los hombres). Por tanto, una posible explicación a las diferencias en cuanto al índice de adhesión alcanzado en este estudio en comparación con otras investigaciones puede deberse a que casi un tercio aproximadamente de las personas encuestadas mejoró sus hábitos alimentarios durante el período de pandemia, aumentando así el índice global.

Los patrones de alimentación son fundamentales ya que están estrechamente relacionados con la calidad de vida de las personas. De hecho, el sobrepeso y la obesidad es un factor de riesgo para muchas enfermedades no transmisibles (ENT) como la diabetes, los accidentes cerebrovasculares o las cardiopatías, siendo estas ENT la principal causa de morbilidad y carga de enfermedad en España en la actualidad (Ministerio de Sanidad, 2022b).

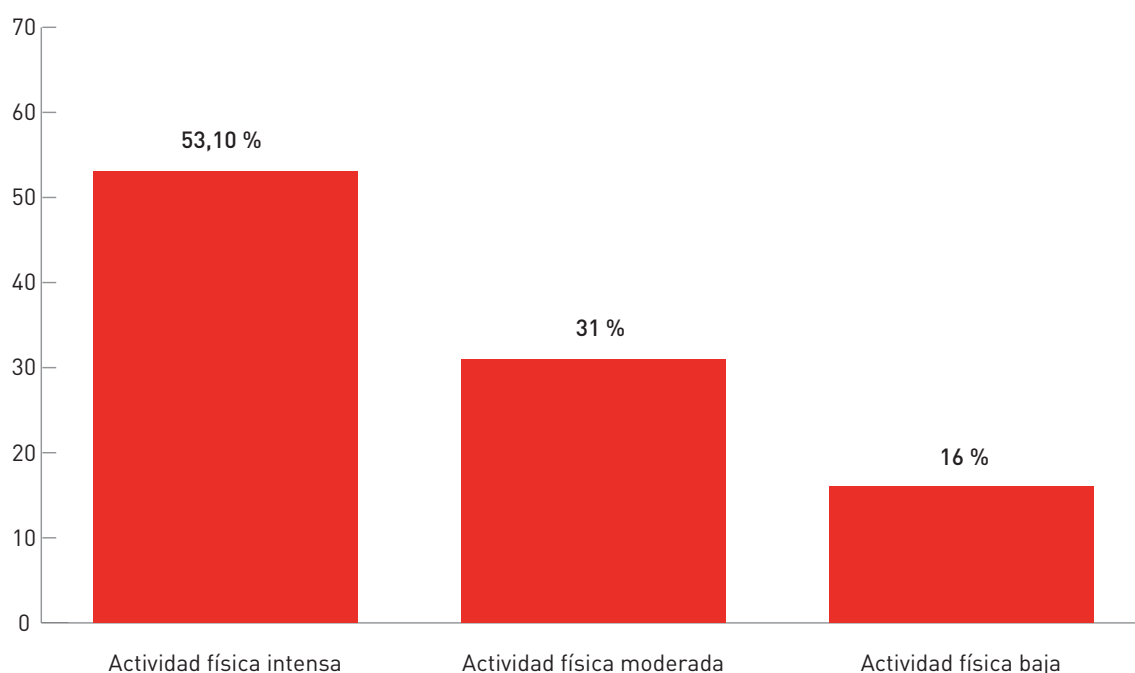
6.8. Actividad física

Según los datos obtenidos en la corrección del cuestionario, el 53,1 % de la población universitaria estudiada practicaba actividad física vigorosa según los estándares actuales para este tipo de ejercicio, mientras que solo el 16,0 % practicaba una intensidad más baja. En algunos estudios realizados en estudiantes universitarios se puede comprobar que el nivel de actividad física de intensidad vigorosa o moderada con una duración mayor de 150 minutos previo a la pandemia era del 39,6 % (Alarcón Tenorio y Llanos Zavalaga, 2022); porcentaje bastante inferior al obtenido en el presente estudio. En el caso del estudio de Torres Pérez *et*

al. (2022) con la versión del cuestionario IPAQ-SF, el porcentaje sí es más ajustado con un 46,9 % de actividad física vigorosa. También se encuentra un porcentaje similar al obtenido en el presente estudio en el de Romero-Blanco *et al.* (2021), con un 44,9 % de actividad física vigorosa o moderada durante más de 150 minutos en su muestra universitaria española.

En cuanto al nivel de actividad física baja, el hallado en este estudio (ver figura 53) estuvo más acorde con el obtenido en el de Alarcón Tenorio y Llanos Zavalaga (2022) con un 19,8 %, y con el de la investigación de Chiapello *et al.* (2022) con un 15,3 %, ambos percentiles obtenidos utilizando el mismo cuestionario empleado en la presente investigación.

Figura 53. Actividad física intensa/vigorosa, moderada y baja según los resultados de la muestra del presente estudio



Según los datos aportados por el Informe Anual del Sistema Nacional de Salud 2020 (con datos de la EESE 2020), el 36,4 % de la población a partir de 15 años es sedentaria en su tiempo libre, estando más extendido entre las mujeres (40,3 %) que entre los hombres (32,3 %). Además, el 31,8 % de las personas de entre 15 y 24 años no realiza ningún ejercicio físico a la semana. El 14,3 % lo realiza 5 o 6 días y el 6,2 %, diariamente. El grupo más numeroso lo constituye el 28,8 %, que se corresponde con 3 o 4 días por semana. En la investigación de Ledo-Varela *et al.* (2011) se encuentra un porcentaje incluso más alto de práctica de ejercicio físico de forma habitual en su muestra universitaria (67 %).

En el presente estudio, es el 21,2 % el grueso de personas que no realizó nunca ninguna actividad física durante el confinamiento; y el 19,2 %, 5 o más días a la semana. Esto quiere decir que más de tres cuartas partes de la población estudiada

practicaba ejercicio físico en mayor o menor medida durante el confinamiento. Además, en gran proporción el grupo que lo hace de forma habitual o diaria.

Estas cifras concuerdan con las obtenidas al preguntar sobre la influencia de la pandemia en la práctica de actividad física: el 39,3 % de la muestra estudiada señaló que no le influyó, muy seguido del 37,6 %, que aumentó las horas semanales de práctica, y el 23,1 % afirmó que disminuyó sus horas. Estos porcentajes son superiores a los alcanzados en otros estudios (Di Renzo *et al.*, 2020; Stanton *et al.*, 2020; Górnicka *et al.*, 2020).

Es relevante destacar que se produjo una disminución de hasta un 55,6 % en la actividad física vigorosa tras el período de pandemia, mientras que el nivel bajo aumentó un 111,1 % en el estudio de Alarcón Tenorio y Llanos Zavalaga (2022).

Sin embargo, fueron las mujeres las que más ejercicio practicaron durante la pandemia 1 o 2 veces por semana (31,8 % de mujeres y 27,0 % de hombres) y las que menos sedentarias fueron en comparación con los hombres (19,8 frente al 23,9 %, respectivamente); el resto de las categorías no presentaron diferencias reseñables. Además, fueron ellas las que habían empezado a practicar ejercicio físico durante este período en mayor proporción que los hombres (39,0 frente al 35,0 %, respectivamente). Este dato contrasta con el presentado en el Informe Anual del Sistema Nacional de Salud 2020, pero va en consonancia con el estudio de Romero-Blanco *et al.* (2020), en el que también se comprobó que aumentó la práctica de actividad física en personas con un IMC categorizado como normopeso y con bajopeso, como en el presente estudio, en el que las personas con normopeso aumentaron las horas destinadas en pandemia en el 38,8 %, frente al 33,6 % de las personas con sobrepeso/obesidad.

En otras investigaciones como la de Jiménez Díez y Ojeda López (2017) se estudió no solo la práctica de actividad física del estudiantado universitario, sino también si la empleaban para relajar la musculatura, como forma de ocio o si lo hacían correctamente (controlando el pulso, ejercicios vigorosos durante 20 minutos seguidos, etc.), hallando que un 57,2 % tenía un desempeño regular y un 37,2 %, un buen desempeño de la actividad física como dimensión conjunta de estas variables.

Por tanto, se puede afirmar que en la población universitaria hay una práctica más elevada de actividad física, especialmente vigorosa (con diferencias entre mujeres y hombres). Esto es importante si se tiene en cuenta que el 57,2 % del estudiantado encuestado cree que la actividad física ha repercutido bastante o mucho en su bienestar mental y físico durante el período de pandemia.

Es relevante destacar asimismo la media de horas destinadas a actividades sedentarias –como estar sentado o tumbado– de la población estudiada: 7,38 horas diarias. Esta media es muy congruente con las alcanzadas en el estudio de Chiapello *et al.* (2022) para sus alumnos del grado en Medicina (7,48 horas) y los del grado en Kinesiología y Fisioterapia (6,07 horas). En el estudio de Alarcón Tenorio y Llanos Zavalaga (2022), el 26,4 % de su muestra realizaba actividades sedentarias entre 8 y 10 horas diarias tras la pandemia, mientras que antes de la misma, el porcentaje era del 12,1 %, evidenciando un incremento del tiempo sedentario.

Al igual que ocurre con la alimentación, la práctica regular de actividad física ayuda a prevenir las ENT más frecuentes y, además, ayuda a mejorar el bienestar emocional, mejorar la calidad del sueño y reducir el estrés y la ansiedad (Ministerio de Sanidad, 2022c). Por este motivo, es importante adaptar la actividad física a la vida diaria y reducir lo máximo el tiempo sedentario.

6.9. Uso del teléfono móvil

Para poder analizar de forma más exhaustiva cómo se ha ido utilizando el teléfono móvil a lo largo de los años, se va a exponer algunas investigaciones que han estudiado el uso y tiempo invertido en las pantallas de forma cronológica para entender el desarrollo, consolidación y extensión del fenómeno.

Se va a comenzar con la investigación de Labrador *et al.* (2013) con el objetivo de demostrar que no es necesario remontarse a los primeros años del siglo XXI para observar un cambio en el tiempo de uso de los teléfonos móviles. Esta investigación encontró que sus encuestados utilizaban el dispositivo una media de 3,5 horas diarias.

En el trabajo de Puerto *et al.* (2015) se comprobó que la media de horas que los estudiantes universitarios de la investigación navegaban por internet (a través de ordenadores) ascendía a 6,22 horas; 5,36 horas en redes sociales concretamente. Una media parecida se alcanzó en el estudio de Barkley y Lepp (2016) con 6 horas aproximadamente de uso.

En la investigación de González-Cabrera *et al.* (2017), se obtuvieron un 24,3 % de sujetos que usaban el teléfono móvil más de 4 horas al día y un 2,5 % que lo usaba menos de una hora diaria.

Estos porcentajes suben en el estudio de Garrote *et al.* (2018) con un 47 % de su muestra que utilizaba el teléfono móvil más de 5 horas diarias (la mitad de la misma con problemas por dedicación excesiva de tiempo). Por último, ya en 2021, Kumar *et al.* demostraron que un 85,9 % utilizaba el móvil 5 o más horas diarias.

Como se puede observar, se ha ido produciendo un aumento del tiempo de uso de los teléfonos móviles y se ha ido generalizando en la población. En el presente estudio, el 33,4 % lo utilizaban entre 3 y 4 horas y el 30,0 %, más de 5 horas diarias los días entre semana. En los fines de semana, estos

porcentajes alcanzaban un 29,0 y un 35,3 %, respectivamente. En el caso de las personas que los utilizaban menos de una hora diaria, se encontró que un 1,8 % lo utilizaba los días de diario y un 3,1 %, los fines de semana, demostrando en la presente investigación que la muestra estudiada hacía un mayor uso de los teléfonos móviles tanto los días de diario como los fines de semana.

Además, la media alcanzada en el estudio actual fue de 4,4 horas (con una mediana de 4 y una desviación de 2,193).

La contabilización del tiempo destinado al uso de móviles, en particular, y al tiempo en pantalla, en general, es un claro indicador del estilo de vida de la población, ya que este tiempo que se destina al teléfono móvil es tiempo completamente sedentario, con las repercusiones que esto conlleva a su salud y la disponibilidad de menos tiempo para la práctica de ejercicio físico (Ministerio de Sanidad, 2022c).

Además, tal y como se puede observar en los diferentes estudios mencionados, el tiempo de uso y la dedicación a los teléfonos móviles ha ido aumentando con el paso de los años según se iban incorporando actualizaciones y más funcionalidades a los teléfonos móviles. Asimismo, el tipo de uso ha ido variando también a lo largo de los años al ir ampliando el abanico de opciones para comunicarse con otras personas, informarse sobre diferentes temas, poder visualizar vídeos, música, películas o incluso utilizar el dispositivo móvil para tareas académicas o laborales.

En la presente investigación, el mayor tiempo de uso fue empleado en las redes sociales y el contacto con otras personas, seguido del uso para el ocio; por el contrario, los juegos de azar o apuestas constituyeron la categoría con menor tiempo de uso en toda la muestra.

Al analizar los cambios producidos en el tipo de uso que da la muestra universitaria al teléfono móvil tras la pandemia se puede comprobar que más de la mitad de la misma aumentó el número de horas y, además, el 32,7 % reportó un uso más variado del mismo en este período.

6.9.1. Uso problemático del teléfono móvil

Con respecto a los resultados obtenidos en la adaptación del cuestionario sobre uso problemático del

teléfono móvil (MPPUS-A), se pueden contrastar con los obtenidos por López-Fernández *et al.* (2012). Este estudio encontró una diferencia significativa en el uso problemático entre hombres y mujeres, con unas medias de 89,68 y 97,22, respectivamente. En comparación con las medias obtenidas en el presente estudio, se puede comprobar que las mujeres del estudio actual también presentan una media mayor a la de los hombres (94,12 frente a 91,01, respectivamente).

En cuanto a la clasificación de los distintos tipos de uso del teléfono móvil según la escala, López-Fernández *et al.* (2012) hallaron en su muestra (alumnado de entre 12 y 18 años), con el mismo cuestionario utilizado en la presente investigación, un 65,2 % de usuarios habituales del teléfono móvil, un 14,8 % de usuarios ocasionales, un 5,2 % con comportamientos de riesgo en cuanto a su uso y un 14,9 % con comportamientos problemáticos. En el estudio de Marín Díaz *et al.* (2018) con muestra universitaria, se encontró un porcentaje muy similar de usuarios habituales (65,9 %) y un 5,0 % de los que tenían un uso únicamente ocasional. Por otro lado, el uso problemático ascendió al 7,0 y al 21,6 % en el caso de las personas con un uso de riesgo. En el estudio con población australiana de Oviedo-Trespalacios *et al.* (2019), el porcentaje de usuarios ocasionales fue del 18,2 %; el de usuarios habituales, 62,2 %; el uso problemático era del 14,7 %; y el uso de riesgo, 4,9 %; similar al 17 % de usuarios con uso problemático del estudio de Norouzi Parashkough *et al.* (2016). Por otro lado, en el estudio de Babadi *et al.* (2014), su cifra de estudiantes fue del 21,49 % con un uso problemático; estos dos últimos estudios fueron realizados con instrumentos diferentes al utilizado en el resto de investigaciones citadas y en el presente trabajo.

Estos porcentajes están muy en consonancia con la investigación actual, que contó con un 65,9 % de usuarios habituales y un 15,0 % de ocasionales. Asimismo, las personas con un uso problemático fueron del 4,8 % y las de riesgo, del 14,2 %. En este caso, se encuentra más del doble de personas con un uso de riesgo y menos de la mitad con un uso problemático que el resto de tendencias observadas. En este sentido, Oviedo-Trespalacios *et al.* (2019) apuntan a que, aunque haya un uso cada vez mayor de los teléfonos móviles, no tiene que ser negativo o problemático ya que muchos usuarios podrían estar utilizando sus dispositivos móviles de forma positiva en tiempos de adversidad como ha podido ocurrir, por ejemplo, durante la pandemia.

6.9.2. Nomofobia

En el caso de la nomofobia (cuestionario NMP-Q), la media alcanzada en el estudio actual fue de 65,06. Esta cifra es relativamente inferior a la alcanzada en el estudio de González-Cabrera *et al.* (2017), de 67,31, pero muy similar a la de Liu *et al.* (2022), con un 65,42 en su escala NMP en versión china.

Con respecto a la corrección del mismo cuestionario en el estudio de Kumar *et al.* (2021), aunque no utilizaron los mismos percentiles que en el estudio actual, el 18,9 % presentó un riesgo alto y el 74,8%, moderado, en sus estudiantes indios encuestados. Los porcentajes alcanzados en el presente estudio fueron un 65,0 % de riesgo moderado, un 14,9 % de riesgo alto y un 4,9 % de posible nomofobia. En este caso, las personas con un riesgo leve fueron mayores que en el estudio de Kumar *et al.* (2021), en detrimento del grupo con un riesgo moderado, aunque el resto de las categorías son muy similares. Sin embargo, destaca que tanto las horas medias de uso de los teléfonos móviles como la categoría de mayor riesgo eran superiores en los hombres frente a las mujeres, no ocurriendo igual en el presente estudio.

De hecho, en el trabajo de León-Mejía *et al.* (2021), se analizó este mismo cuestionario (NMP-Q) en base al sexo, obteniendo una media para las mujeres de 56,66, y para los hombres de 52,37. En el caso de este estudio, ambas medias fueron superiores: 66,73 para las mujeres y 61,71 para los hombres, encontrando también una media superior para las mujeres.

También en el estudio de Santl *et al.* (2022) se encuentra una mayor nomofobia entre mujeres y entre personas más jóvenes en su muestra de estudiantes universitarios croatas, con una puntuación global media en el test NMP-Q de 62,40 (DT de 16,14), correlativo a niveles moderadamente altos de nomofobia. Esta media también está alineada con la encontrada en el estudio de González-Cabrera *et al.* (2017) y en el presente estudio.

6.10. Apoyo social percibido

La media alcanzada en este estudio en el cuestionario utilizado (43,45) es similar a la del estudio de Bellón *et al.* (1996) –42,73–, utilizada en la

validación y adaptación al español de la escala. Sin embargo, en el estudio de Ramón-Arbués *et al.* (2021) realizado también con población universitaria española, el porcentaje de apoyo social bajo fue únicamente de un 4,2 %.

Esta cifra contrasta con la alcanzada en este estudio (10,7 %). La diferencia podría radicar en que el estudio de Ramón-Arbués *et al.* (2021) fue realizado en el primer cuatrimestre del curso escolar 2019-2020, anterior al período de pandemia, por lo que no habían vivido aún ninguna situación de aislamiento forzado ni distanciamiento social, en línea con la investigación de Szkody *et al.* (2021).

Es importante tener en cuenta esta variable ya que el apoyo social percibido podría estar relacionado con la experiencia de soledad y se considera un factor importante que afecta a la salud mental, según la revisión de Zhang y Dong (2022).

En el estudio de Labrague *et al.* (2021), se comprobó que el 23,6 % se sentían gravemente solos durante la pandemia, y un 56,7 %, moderadamente solos. Estos porcentajes eran superiores incluso que los que obtuvieron muestras de adultos, como ocurría en otros estudios incluso antes de la declaración de la pandemia (Child y Lawton, 2019). Los investigadores concuerdan que esto es debido a que la población universitaria tiene menos estrategias de afrontamiento positivas para combatir el aislamiento.

Con respecto al sexo, es relevante señalar que las mujeres obtuvieron una mayor puntuación que los hombres en todos los ítems del cuestionario en la puntuación más alta “Tanto como lo deseo”. Esto se traduce en que las mujeres han obtenido una puntuación total en apoyo social percibido como normal superior (90,1 frente al 88,0 % de los hombres).

Ocurre lo mismo en otros estudios con población universitaria con respecto al apoyo social percibido por amigos y otras personas significativas, siendo más alto en mujeres (Hidalgo-Fuentes *et al.*, 2021; López-Angulo *et al.*, 2020). Barrera Guzmán y Flores Galaz (2020) explican que esto puede ser debido a los roles de género establecidos y a la socialización diferenciada por géneros, donde a las mujeres se les incentiva más para desarrollar una mayor sensibilidad social y empatía que los hombres.

6.11. Variables relacionadas con la pandemia

6.11.1. Incidencia de COVID-19

En la muestra estudiada, la proporción de alumnado que declaró que se había contagiado por COVID-19 fue del 47,6 % (n total = 14.625). Sin embargo, en la Encuesta sobre la Salud Mental de los Españoles durante la pandemia de la COVID-19 realizada por el CIS en 2021, el porcentaje de personas que se habían contagiado fue de un 9 % únicamente (n = 3.083). Esta gran diferencia puede deberse a que el estudio actual es más reciente que el llevado a cabo por el CIS (febrero de 2021), aumentando la probabilidad de que más gente se haya contagiado. Sin embargo, solo el 0,8 % del alumnado tuvo que ser hospitalizado como consecuencia del virus; porcentaje que es considerablemente inferior al 10,8 % de la muestra del CIS. Esta disparidad puede estar relacionada con la edad media de ambos estudios, siendo la del CIS de 65 años o más en un cuarto de la muestra, por lo que tenían una población con más vulnerabilidad ante el citado virus.

Del mismo modo, las personas encuestadas en esta investigación que habían tenido un familiar o ser cercano contagiado de COVID-19 supusieron

el 81,9 %, frente al 30,6 % de la investigación del CIS. De estos familiares, los hospitalizados como consecuencia del coronavirus fueron del 26 % en el estudio del CIS, y del 18,6 % en la presente investigación. Es decir, en el estudio del CIS había menos familiares que se habían contagiado por COVID-19, pero tenían una tasa de hospitalización mayor. Esta diferencia podría ser causada por los mayores avances que hay disponibles en cuanto al tratamiento y vacunación de la población en el último año.

Por último, el 10,6 % de la muestra del presente estudio había tenido un familiar o ser querido que había fallecido como consecuencia de este, frente al 11,7 % de la muestra del CIS.

6.11.2. Sintomatología ansioso-depresiva debido a la pandemia

Con respecto a la sintomatología ansiosa o depresiva a causa del coronavirus, se presenta una tabla a continuación comparando los resultados obtenidos en la máxima categoría (“Muchos días” en relación con la frecuencia de experiencia de esta sintomatología) de la muestra actual y la estudiada en el CIS (2021).

Tabla 141. Cuestiones sobre sintomatología ansiosa y depresiva como consecuencia del coronavirus en la muestra actual y en la investigación del CIS (2021)

ÍTEM	MUESTRA ACTUAL	MUESTRA DEL CIS
Has sentido poco interés o placer en hacer cosas	23,8 %	12,4 %
Te has sentido decaído/a, deprimido/a o sin esperanza	22,9 %	9,4 %
Te has sentido nervioso/a, ansioso/a o muy alterado/a	20,9 %	9,4 %
Te has sentido incapaz de parar o controlar las preocupaciones	19,2 %	6,1 %
Has tenido pensamientos o recuerdos desagradables no deseados sobre el coronavirus y sus consecuencias	11,9 %	13,8 %
Has tenido pesadillas o imágenes relacionadas con el coronavirus	4,6 %	2,4 %
Has tenido pensamientos o recuerdos que te han producido reacciones físicas	9,6 %	2,3 %
Te has sentido agobiado/a o angustiado/a por pensamientos o recuerdos sobre el coronavirus	7,5 %	5,2 %
Has intentado evitar pensamientos o recuerdos molestos sobre el coronavirus	9,0 %	11,2 %
Los pensamientos sobre el coronavirus han alterado tu vida social, tu trabajo o tareas cotidianas	8,5 %	30,2 %*
Has sentido mucha ansiedad o miedo	13,6 %	7,9 %
Te has sentido aislado/a o solo/a	16,3 %	8,2 %
Has sentido desesperanza con respecto al futuro	21,0 %	11,9 %
Te has sentido irritable, con ira, enfado o agresividad	14,6 %	6,4 %
Te has sentido agobiado/a o estresado/a	23,7 %	9,1 %
Te has sentido intranquilo/a o inquieto/a	20,3 %	9,4 %

Fuente: elaboración propia.

* En este ítem hay un mayor porcentaje en la encuesta CIS por haber aglutinado dos preguntas distintas en una sola y así poder compararla a la utilizada en el estudio actual. Además, en el presente cuestionario se les pregunta sobre la existencia de problemas de sueño; pregunta que se obvia en el cuestionario del CIS.

En la mayor parte de las preguntas, la muestra del presente estudio supera en porcentaje a la estudiada por el CIS (2021) salvo en los ítem “Pensamientos o recuerdos desagradables no deseados sobre el coronavirus y sus consecuencias” e “Intentar evitar pensamientos o recuerdos molestos sobre el coronavirus”.

En el caso del estudio de Romero-Blanco *et al.* (2021) con muestra universitaria española de enfermería, al evaluar su ansiedad/depresión de forma general –sin tener relación con la situación de la pandemia–, se encontró que un 26,6 % de los participantes tenían problemas de esta índole. Este porcentaje es bastante inferior al obtenido en la investigación actual (47,5 %) pudiendo ser debido a

que en la misma se les pregunta específicamente por su bienestar emocional teniendo en cuenta la pandemia y el coronavirus.

6.11.3. Miedo/preocupación experimentada debido a la pandemia

Por otro lado, en la tabla 142 se pueden comparar los resultados obtenidos en la máxima categoría (“Mucho miedo/preocupación”) en el presente estudio y en la investigación llevada a cabo por el CIS (2021) con respecto a las cuestiones relativas al miedo/preocupación ante el coronavirus, la situación de pandemia y sus consecuencias.

Tabla 142. Cuestiones sobre experiencia de miedo como consecuencia del coronavirus en la muestra actual y en la investigación del CIS (2021)

ÍTEMS	MUESTRA ACTUAL	MUESTRA DEL CIS
A contagiarte del coronavirus	9,9 %	18,8 %
A morir debido al coronavirus	10,7 %	11,3 %
A que se contagie algún familiar o algún ser querido	37,4 %	38,7 %
A que pueda morir algún familiar o ser querido	49,0 %	38,6 %
A que se siga propagando el coronavirus	17,1 %	37,7 %
A que puedas contagiar a algún familiar o ser querido	44,4 %	36,2 %
A que puedas perder tus ingresos económicos	15,6 %	20,7 %
A que algún familiar o ser querido pierda el trabajo	28,6 %	28,9 %
A estar solo/a o aislado/a socialmente	18,4 %	14,5 %
A que la sociedad ya no vuelva a ser la misma de antes	26,8 %	23,5 %
A que las pandemias se conviertan en parte de nuestra vida	29,3 %	26,7 %

Fuente: elaboración propia.

Al contrario de lo que ocurría en la anterior tabla, el miedo experimentado por la muestra actual está más en consonancia con los datos obtenidos por el CIS (2021). No obstante, llama la atención la diferencia entre ambos cuestionarios en el ítem “A contagiarte del coronavirus” en la que la muestra que ha señalado la opción de “Mucho miedo” del estudio realizado por el CIS es el doble que en el estudio actual (18,8 frente al 9,9 %). En la misma línea, también hay mayor muestra en el estudio del CIS en la pregunta “A que se siga propagando el coronavirus” (37,7 frente al 17,1 % de la muestra actual). Estas diferencias podrían ser explicadas con los fenómenos de acomodación y asimilación que desarrolló Piaget y que hacen referencia a la capacidad de los individuos de incorporar información y experiencias nuevas a las que ya poseían

anteriormente, adaptando en ocasiones sus esquemas de conocimiento y experiencias previas (Zuluaga, 1994). Según estos conceptos, la transmisión del virus o la pandemia no serían ya un fenómeno nuevo, urgente ni tan relevante como lo era al principio, incorporando así esta nueva realidad a su día a día y rebajando los niveles de preocupación por ello.

También hay diferencias en la pregunta “A que pueda morir algún familiar o ser querido”; sin embargo, en esta ocasión es la muestra del presente estudio la que supera a la del CIS en la categoría “Mucho miedo” (49,0 frente al 38,6 %). Lo mismo ocurre con la pregunta “A que puedas contagiar a algún familiar o ser querido” (44,4 % de la muestra actual frente al 36,2 % de la muestra del estudio del CIS).

7. Conclusiones

1. Calidad de vida y estado de salud

- Tres cuartas partes de la muestra aproximadamente consideraban su estado de salud y su calidad de vida percibida como buenas o muy buenas. Sin embargo, la pandemia ha influido en ambas a peor casi en la mitad de la muestra.
- Las mujeres refirieron tener un estado de salud y una calidad de vida percibida peores que los hombres.
- El grupo de Ingeniería y Arquitectura sobresalió en la categoría de muy buen estado de salud general (18,5 frente al 14,7 % de Ciencias). En el caso de la mayor calidad de vida percibida, fue el grupo de Ciencias de la Salud el que destacó (18,5 frente al 14,4 % de Ciencias).
- Las personas que vivían en residencias universitarias son las que afirmaron tener el mejor estado de salud y calidad de vida percibida.
- El grupo con normopeso tuvo una mejor calidad de vida percibida y estado de salud que las personas con sobrepeso/obesidad.

2. Sueño

- El 54,7 % de la muestra presentó una mala calidad del sueño, donde el móvil interfería de forma negativa en el 64,1 % de los casos. Las mujeres presentaron peor calidad del sueño que los hombres. También les influyó más la pandemia a este aspecto.
- El área de conocimiento con mejor calidad del sueño fue la de Ingeniería y Arquitectura.

- Las personas que vivían con compañeros de piso fueron los que peor calidad del sueño presentaron (58,2 %).

- Las personas con normopeso obtuvieron un porcentaje superior a las que tenían sobrepeso/obesidad en cuanto a la mejor calidad del sueño.

3. Consumo de riesgo

- Con respecto al alcohol:

- Casi un cuarto de la muestra tiene un riesgo medio-alto o probable adicción al alcohol, con un 8,8 % que empezó a beber o bebía más durante la pandemia.
- Los hombres presentaron mayor riesgo de adicción al alcohol, al igual que el estudiantado de Ciencias Sociales y Jurídicas.
- Las personas que vivían solas –muy seguido de las que vivían en residencias universitarias– tenían un riesgo más alto o probable adicción en comparación con el resto de grupos.

- Con respecto al tabaco:

- Cerca del 14 % de la muestra es fumadora, presentando una dependencia media-alta en el 16,2 % de la muestra. Además, el 8 % aproximadamente empezó a fumar o fumaba más durante la pandemia.
- La prevalencia de fumadores era más alta en las mujeres que en los hombres, aunque estos tenían una dependencia mucho mayor que ellas. No obstante, estas fumaron más durante la pandemia.
- La dependencia más alta la presentó, respecto a las áreas de conocimiento, el grupo de Ingeniería y Arquitectura frente al de Ciencias, que fue el más bajo. No obstante, la mayor prevalencia de

fumadores la obtuvo el grupo de Ciencias Sociales y Jurídicas.

- En el caso de los convivientes, son los que vivían con sus padres los que presentaron menor prevalencia de personas fumadoras y también una dependencia más baja al tabaco.
- Las personas con sobrepeso/obesidad son las que tenían una mayor prevalencia y dependencia más alta a esta sustancia.

— Con respecto al consumo de sustancias:

- El 7,2 % de la muestra consume sustancias de forma ocasional o frecuente. De ellas, más del 80 % consume cannabis o derivados, no afectando la pandemia a este consumo, prácticamente.
- Los hombres declararon consumir más sustancias que las mujeres.
- Las personas de Artes y Humanidades empezaron a consumir o consumieron más durante la pandemia que el resto de las áreas, siendo las que mayor consumo ocasional o frecuente realizaban.
- Las personas que vivían con compañeros de piso consumían ocasional o frecuentemente en mayor proporción que el resto, siendo también los que más empezaron a consumir o consumieron durante la pandemia.

4. Alimentación

- Más de la mitad de los encuestados tenían una baja adherencia a la dieta mediterránea, con un 27 % que comía de forma más saludable desde la pandemia.
- Las mujeres tenían mayor adherencia que los hombres, aunque más de la mitad tenía una baja adherencia. También fueron las que comieron de forma más saludable desde la pandemia.
- La mitad de las personas de Ciencias de la Salud presentaron una alta adherencia a la dieta mediterránea, siendo el grupo con mayor adherencia.
- Además, más del 60 % de las personas que vivían en su unidad familiar propia presentaron alta adherencia. Sin embargo, son los que vivían con compañeros de piso los que

comieron de forma más saludable desde la pandemia por COVID-19.

- Por último, las personas con sobrepeso/obesidad son las que más baja adherencia presentaron y las que comieron de forma menos saludable desde el período de pandemia.

5. Actividad física

- Cerca del 30 % de la muestra no realizaba ninguna actividad física intensa ni moderada a la semana. Sin embargo, el 46 % caminaba al menos 10 minutos seguidos cada día. Además, más de la mitad puntuaron en el cuestionario como práctica de actividad física intensa o vigorosa, frente al 16 %, que era actividad física baja.
- En cuanto al sexo, los hombres practicaban actividad física intensa o vigorosa en mayor proporción que las mujeres.
- El área de conocimiento que practicaba una mayor actividad física intensa fue Ingeniería y Arquitectura.
- Los grupos que mayor actividad física intensa practicaban fueron los que vivían con sus padres y en residencias universitarias.
- Las personas con normopeso realizaron en mayor proporción actividad física intensa que las personas con sobrepeso/obesidad.
- En cuanto a la actividad física durante el confinamiento, alrededor del 20 % de la muestra no practicó actividad física durante el confinamiento, aunque más del 37 % aumentó las horas semanales dedicadas a su práctica debido a la influencia de la pandemia. Casi un cuarto de la muestra afirmó que le influyó mucho esta práctica en su bienestar físico y emocional en este período.
- Los hombres fueron más sedentarios que las mujeres en el confinamiento, aumentando en menor proporción que las mujeres el tiempo destinado a la práctica de actividad física como consecuencia de la influencia de la pandemia. Por el contrario, fueron los hombres los que afirmaron que les había afectado mucho la actividad física a su bienestar físico y emocional durante este período.

- El área de Ciencias de la Salud fue el que practicó actividad física en mayor medida y frecuencia durante la semana que el resto, además de ser también los que más aumentaron su práctica como consecuencia de la pandemia.
- Las personas que vivían en su unidad familiar propia fueron las más sedentarias, en comparación con las que vivían en residencias universitarias.
- Las personas con sobrepeso/obesidad fueron las más sedentarias y a las que menos le afectó la práctica de actividad física a su bienestar físico y emocional durante la pandemia.

6. Uso del teléfono móvil

- Un tercio de la muestra utilizaba el teléfono móvil 5 o más horas los días de diario. Los fines de semana, el 35 % lo utilizaba más de 5 horas y un tercio entre 3 y 4 horas los días de diario, utilizándolo más para las redes y el contacto social.
- Por otra parte, más de la mitad de la muestra aumentó el uso del teléfono móvil durante la pandemia.
- Las mujeres utilizaron el teléfono móvil más horas los días de diario y fines de semana que los hombres. Además, se gastaron más de 500 euros en sus teléfonos móviles en mayor proporción que los hombres.
- El área de Ingeniería y Arquitectura fue el que menor media diaria de horas de uso del teléfono móvil presentó (4,17 horas), menor incluso que la media general obtenida (4,4 horas).
- Las personas que vivían con compañeros de piso fueron las que mayor media de uso del teléfono móvil tuvieron (4,71 horas). Además, las que vivían en residencias universitarias fueron las que más horas utilizaban el teléfono los días de diario y los fines de semana; en esta última, junto con las personas que vivían con compañeros de piso.
- En el caso del IMC, fueron las personas con sobrepeso/obesidad las que más utilizaron el teléfono móvil de media (4,57 horas

frente a 4,40 horas de las personas con normopeso).

7. Uso problemático del teléfono móvil

- El 19 % de la muestra presentó un uso de riesgo -problemático del teléfono móvil, siendo superior este porcentaje en mujeres que en hombres.
- Las personas de Ciencias Sociales y Jurídicas fueron las que ostentaron el mayor porcentaje en estas categorías.
- El mayor uso de riesgo o problemático del teléfono móvil se dio en el grupo que vivía en residencias universitarias. Del mismo modo, las personas con normopeso presentaron los porcentajes más altos.

8. Nomofobia

- Casi el 5 % de la muestra presentaba altas probabilidades de tener nomofobia, con un 15 % aproximado de personas con riesgo alto.
- Las mujeres volvieron a presentar un riesgo superior que los hombres, con más problemas de nomofobia.
- En esta ocasión, son las personas de Ciencias Sociales y Jurídicas las que presentaron mayor riesgo o nomofobia (23,4 %). Lo mismo ocurría con las personas que vivían en residencias universitarias, con una mayor probabilidad de tener nomofobia (24,5 %).

9. Apoyo social

- Cerca del 90 % del estudiantado tenía un apoyo social normal.
- Las mujeres presentaron un apoyo social normal algo superior a los hombres.
- El apoyo social normal más alto lo presentaron las personas de Ciencias de la Salud con hasta casi 7 puntos porcentuales de diferencia con el área con menor apoyo social normal (Artes y Humanidades).
- En el caso de los convivientes, fueron los que vivían en residencias universitarias los que presentaron el mayor porcentaje de apoyo social normal.

- Las personas con normopeso tuvieron un 5 % aproximadamente de apoyo social normal superior a las personas con sobrepeso/obesidad.

10. Incidencia del COVID-19

- Casi la mitad de la muestra indicó haberse contagiado de COVID-19 y un 10 % tuvo un familiar o ser querido que falleció como consecuencia de este virus.
- Los más contagiados son, en esta ocasión, los pertenecientes al área de Ciencias de la Salud, donde se han contagiado también la mitad de los estudiantes. Porcentajes similares obtuvieron las personas que vivían con compañeros de piso y en residencias universitarias, siendo los grupos con más contagios.

11. Sintomatología ansiosa y depresiva a raíz de la situación de pandemia por el COVID-19

- El 52,5 % presentó bajos niveles de sintomatología. En el caso de la experiencia de miedo ante la situación de pandemia, el

48,5 % del estudiantado afirmó tener de forma general bastante o mucho miedo, según los cálculos con la mediana.

- Más de la mitad de las mujeres tuvieron alta sintomatología ansiosa o depresiva, superando a los hombres en la mayor parte de las preguntas del cuestionario específico. Lo mismo ocurrió con las preguntas sobre el miedo experimentado, en el que las mujeres tenían hasta casi 3 veces más probabilidades de experimentar bastante o mucho miedo en mayor proporción que los hombres.
- Por otro lado, el alumnado de Artes y Humanidades y el de Ciencias Sociales y Jurídicas tenían más del 50 % de personas con una alta sintomatología ansioso-depresiva y miedo experimentado, respectivamente. En el caso de los convivientes, los que convivían con compañeros de piso, muy seguidos de los que vivían en residencias universitarias, también en ambos cuestionarios.
- Por último, fueron las personas con sobrepeso/obesidad las que presentaron mayor sintomatología.

Referencias

- AECOSAN (2020). *PLAN de colaboración para la mejora de la composición de los alimentos y bebidas y otras medidas*. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social.
- Afshin, A., Babalola, D., Mclean, M., Yu, Z., Ma, W., Chen, C., Arabi, M. y Mozaffarian, D. (2016). Information Technology and Lifestyle: A Systematic Evaluation of Internet and Mobile Interventions for Improving Diet, Physical Activity, Obesity, Tobacco, and Alcohol Use. *Journal of the American Heart Association*. 5(9). Disponible en: <https://doi.org/10.1161/JAHA.115.003058> [consulta: 26 de octubre de 2023].
- Agència de Salut Pública de Barcelona (2006). *Manual de l'Encuesta de Salut de Barcelona 2006*. Miralles-Guasch (dir.).
- Agüero, D., Almeida, G., Espitia, M., Flores, A. y Espig, H. (2014). Uso del teléfono celular como distractor en la conducción de automóviles. *Salus*, 18(2). Disponible en: http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1316-71382014000200006 [consulta: 26 de octubre de 2023].
- Aguilera, H. (2019). *La pantalla digital y sus alteraciones visuales* [Tesis Doctoral]. Utmach, Unidad Académica de Ciencias Químicas y de la Salud, Machala, Ecuador. Disponible en: <http://repositorio.utmachala.edu.ec/handle/48000/13713> [consulta: 26 de octubre de 2023].
- Alarcón Tenorio A. y Llanos Zavalaga, L.F. (2022). Actividad física de estudiantes universitarios antes y durante el confinamiento por la COVID-19. *Revista Médica Herediana*, 33(4). Disponible en: <http://dx.doi.org/10.20453/rmh.v33i4.4404> [consulta: 26 de octubre de 2023].
- Aliaga, L., Nebreda, C., Galván, J., Alirangues, M. y García-García, M. (2009). Calidad del sueño en pacientes en tratamiento analgésico por dolor moderado producido por patologías reumáticas y traumáticas: resultados del estudio SLEEP y validación del cuestionario MOS-SLEEP-6. *Dolor, Investigación Clínica & Terapéutica*, 24(3), 165-173.
- Alkhamees, A.A., Alrashed, S.A., Alzunaydi, A.A., Al-mohimeed, A.S. y Aljohani, M.S. (2020). The psychological impact of COVID-19 pandemic on the general population of Saudi Arabia. *Comprehensive Psychiatry*, 102, 152192. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2020.152192> [consulta: 26 de octubre de 2023].
- Amengual, M.A. (2023). *Determinación del riesgo de trastornos de conducta alimentaria en población universitaria y su relación con los estilos de vida* [Tesis Doctoral]. Universitat de les Illes Balears.
- Arévalo, R., Arévalo, R., Ibarra, G., Nuila, A. y Valle, A. (2018). Impacto de la luz emitida por los dispositivos electrónicos móviles utilizados antes de dormir en la calidad del sueño. *Sinapsis UJMD*, 8(1), 68-74.
- Arias-Gallegos, W.L., Huamani-Cahua, J.C. y Choque-Vera, R. (2018). Análisis psicométrico del test de Fagerström de dependencia a la nicotina en una muestra de estudiantes universitarios de Arequipa, Perú. *Acta Médica Peruana*, 35(3), 174-179. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1728-59172018000300006&lng=es&tln-g=es [consulta: 26 de octubre de 2023].
- Asociación Americana de Psiquiatría (2013). *Guía de Consulta de los Criterios Diagnósticos del DSM-5*. American Psychiatric Publishing.
- Asociación Americana de Psiquiatría (2017a). Superando la depresión: cómo los psicólogos ayudan con los trastornos depresivos. Disponible en: <https://www.apa.org/topics/depression/trastornos-depresivos#:~:text=La%20depresi%C3%B3n%20consiste%20en%20una,grandes%20posibilidades%20de%20tratamiento%20eficaz> [consulta: 26 de octubre de 2023].
- Asociación Americana de Psiquiatría (2017b). Más allá de la preocupación. Disponible en: <https://www.apa.org/topics/anxiety/preocupacion> [consulta: 26 de octubre de 2023].
- Asociación Española Contra el Cáncer (s.f.a). Riesgos asociados del tabaco. Disponible en: <https://www.contraelcancer.es/es/todo-sobre-cancer/prevencion/no-fumes/riesgos-asociados> [consulta: 26 de octubre de 2023].
- Asociación Española Contra el Cáncer (s.f.b.). Componentes del tabaco. Disponible en: <https://www.contraelcancer.es/es/todo-sobre-cancer/prevencion/no-fumes/componentes-del-tabaco> [consulta: 26 de octubre de 2023].

contraelcancer.es/es/todo-sobre-cancer/prevencion/no-fumes/componentes-tabaco (consulta: 26 de octubre de 2023).

Asociación Española de Narcolepsia e Hipersomnias Centrales (s.f.). Las fases del Sueño. Disponible en: <https://www.narcolepsia.org/las-fases-del-sue%C3%B1o> (consulta: 26 de octubre de 2023).

Babadi-Akashe, Z., Zamani, B.E., Abedini, Y., Akbari, H. y Hedayati, N. (2014). The Relationship between Mental Health and Addiction to Mobile Phones among University Students of Shahrekord, Iran. *Addiction & Health*, 6(3-4), 93-99.

Babor, T.F., Higgins-Biddle, J.C., Saunders, J. B., Monteiro, M. G. y Organización Mundial de la Salud (2001). *AUDIT: cuestionario de identificación de los trastornos debidos al consumo de alcohol: pautas para su utilización en atención primaria*. Organización Mundial de la Salud.

Barkley, J. y Lepp, A. (2016). Mobile phone use among college students is a sedentary leisure behavior which may interfere with exercise. *Computers in Human Behaviour*, 56, 29-33. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0747563215302168> (consulta: 26 de octubre de 2023).

Barone Gibbs, B., Kline, C., Huber, K., Paley, J. y Perera, S. (2021). COVID-19 shelter-at-home and work, lifestyle and well-being in desk workers. *Occupational Medicine*, 71(2), 86-94. Disponible en: <https://doi.org/10.1093/occmed/kqab011> (consulta: 26 de octubre de 2023)

Barr, W., Kirkcaldy, A., Robinson, J., Poustie, V. y Capewell, S. (2005). A survey of psychological wellbeing in an adult population [Abstract]. *British Journal of Community Nursing*, 10(5). Disponible en: <https://doi.org/10.12968/bjcn.2005.10.6.18163> (consulta: 26 de octubre de 2023).

Barrera Guzmán, M.L. y Flores Galaz, M.M. (2020). Apoyo social percibido y salud mental positiva en hombres y mujeres universitarios. *Voces y Silencios: Revista Latinoamericana de Educación*, 11(2), 67-83. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.18175/VyS11.2.2020.4> (consulta: 26 de octubre de 2023).

Becoña, E. y Vázquez, F.L. (1998). The Fagerström Test for Nicotine Dependence in a Spanish sample. *Psychological Reports*, 83(3), 1455-1458. Disponible en: <https://doi.org/10.2466/pr0.1998.83.3f.1455> (consulta: 26 de octubre de 2023).

Bellón, J.A., Delgado, A., Luna, J. y Lardelli, P. (1996). Validez y fiabilidad del cuestionario de apoyo social funcional Duke-UNC-11. *Atención Primaria*, 18, 153-163. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-validez-fiabilidad-del-cuestionario-apoyo-14325> (consulta: 26 de octubre de 2023).

Belmonte, G., Ruiz-Olivares, R. y Herruzo, J. (2016). Patrón de conducta tipo A y B, y su relación con las adicciones conductuales. *Acción Psicológica*, 13(1), 119.

Bennasar, M. (2014). *Estilos de vida y salud en estudiantes universitarios: La universidad como entorno promotor de la salud* [Tesis doctoral]. Universitat de les Illes Balears. Disponible en: <http://hdl.handle.net/10803/84136> (consulta: 26 de octubre de 2023).

Bennasar-Veny, M., Yáñez, A.M., Pericas, J., Ballester, L., Fernández-Domínguez, J.C., Tauler, P. y Aguiló, A. (2020). Cluster Analysis of Health-Related Lifestyles in University Students. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(5), 1776. Disponible en: <https://doi.org/10.3390/ijerph17051776> (consulta: 26 de octubre de 2023).

Blume, C., Schmidt, M. y Cajochen, C. (2020). Effects of the COVID-19 lockdown on human sleep and rest-activity rhythms. *Current biology*, 30(14), R795-R797. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.cub.2020.06.021> (consulta: 26 de octubre de 2023).

Bragazzi, N.L. y Del Puente, G. (2014). A proposal for including nomophobia in the new DSM-V. *Psychology research and behavior management*, 7, 155-160. Disponible en: <https://doi.org/10.2147/PRBM.S41386> (consulta: 26 de octubre de 2023).

Busto Miramontes, A., Moure-Rodríguez, L., Mallah, N., Díaz-Geada, A., Corral, M., Cadaveira, F. y Camaño-Isorna, F. (2021). Alcohol Consumption among Freshman College Students in Spain: Individual and Pooled Analyses of Three Cross-Sectional Surveys (2005, 2012 and 2016). *International journal of environmental research and public health*, 18(5), 2548. Disponible en: <https://doi.org/10.3390/ijerph18052548> (consulta: 26 de octubre de 2023).

Cabero, J. (1996). Nuevas Tecnologías, Comunicación y Educación. *EDUTEC, Revista Electrónica de Tecnología Educativa*.

Canfield, M., Chandler, V. y Foster, J. (2021). Home drinking in women over 30 years of age. Findings from an internet survey in England. *Journal of Substance Use*, 26, 376-378.

Carbonell, X. (2014). La adicción a los videojuegos en el DSM-5. *Adicciones*, 26(2), 91-95. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/2891/289131590001.pdf> (consulta: 26 de octubre de 2023).

Carbonell, X., Chamarro, A., Griffiths, M., Oberst, U., Cladellas, R. y Talam, A. (2012). Problematic Internet and cell phone use in Spanish teenagers and youngs. *Anales de Psicología*, 28(3), 789-796. Disponible en: <https://doi.org/10.6018/analesps.28.3.156061> (consulta: 26 de octubre de 2023).

Carpenter, R., Padovano, H., Emery, N. y Miranda, R. (2019). Rate of Alcohol Consumption in the Daily Life

- of Adolescents and Emerging Adults. *Psychopharmacology (Berl)*, 236(11), 3111-3124. Disponible en: <https://doi.org/10.1007/s00213-019-05262-8> (consulta: 26 de octubre de 2023).
- Carrera, Y. (2017). Cuestionario Internacional de Actividad Física (IPAQ). *Revista Enfermería del Trabajo*, 7(11), 49-54.
- Castro, S., Guzmán, B. y Casado, D. (2007). Las TIC en los procesos de enseñanza y aprendizaje. *Laurus*, 13(23), 213-234. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=76102311> (consulta: 26 de octubre de 2023).
- Cellini, N., Canale, N., Mioni, G. y Costa, S. (2020). Changes in sleep pattern, sense of time and digital media use during COVID-19 lockdown in Italy. *Journal of Sleep Research*, 29(4), e13074. Disponible en: <https://doi.org/10.1111/jsr.13074> (consulta: 26 de octubre de 2023).
- Centro de Coordinación de Alertas y Emergencias Sanitarias (15 de enero de 2021). *Información científica-técnica. Enfermedad por coronavirus, COVID-19*. Ministerio de Sanidad.
- Centro de Investigaciones Sociológicas (febrero de 2021). *Encuesta sobre Salud Mental de los Españoles durante la Pandemia de la COVID-19. Estudio CIS 3312*. Disponible en: https://www.cis.es/cis/export/sites/default/-Archivos/Marginales/3300_3319/3312/es-3312mar.pdf (consulta: 26 de octubre de 2023).
- Chiapello, J.A., Fantuzzi, N., Pizzorno, J., Gorban de Lapertosa, S. y Said Rucker, P.B. (2022). Perfil de la actividad física de estudiantes de Ciencias de la Salud durante el año 2021. *Libros de Artículos Científicos en Salud 2022*. Facultad de Medicina. Universidad Nacional del Nordeste. Disponible en: https://med.unne.edu.ar/wp-content/uploads/2022/06/2022_31.pdf (consulta: 26 de octubre de 2023).
- Child, S.T. y Lawton, L. (2019). Loneliness and social isolation among young and late middle-age adults: Associations with personal networks and social participation. *Aging & Mental Health*, 23(2), 196-204. Disponible en: <https://doi.org/10.1080/13607863.2017.1399345> (consulta: 26 de octubre de 2023).
- CINFA (2017). *VII Estudio CINFASALUD: Percepción y hábitos de la población española en torno al estrés*. Dossier de prensa. Disponible en: <http://www.infocoponline.es/pdf/ESTUDIO-ANSIEDAD.pdf> (consulta: 26 de octubre de 2023).
- Cobacango, J., Cedeño, V. y Tinoco, M. (2019). La ciberadicción en la conducta de los estudiantes. *Revista Atlante: Cuadernos de Educación y Desarrollo*. Disponible en: <https://www.eumed.net/rev/atlante/2019/07/ciberadiccion-estudiantes.html> (consulta: 26 de octubre de 2023).
- Coico-Lama, A.H., Diaz-Chingay, L.L., Castro-Diaz, S.D., Céspedes-Ramírez, S.T., Segura-Chávez, L.F. y Soriano-Moreno, A.N. (2022). Asociación entre alteraciones en el sueño y problemas de salud mental en los estudiantes de Medicina durante la pandemia de la COVID-19. *Educación Médica*, 23(3). Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.edumed.2022.100744> (consulta: 26 de octubre de 2023).
- Consejería de Salud (s.f.). *Cuestionario de Adherencia a la Dieta Mediterránea. Promoción de la Salud en el Lugar de Trabajo*. Junta de Andalucía. Disponible en: https://www.juntadeandalucia.es/export/drupaljda/salud_5af95872a79e2_adherencia_dieta_mediterranea.pdf (consulta: 26 de octubre de 2023).
- Cruz Roja (2021). *Qué es la brecha digital y cómo evitar que provoque desigualdad*. Cruz Roja Reportajes. Disponible en: <https://www2.cruzroja.es/web/ahora/brecha-digital> (consulta: 26 de octubre de 2023).
- De la Guardia-Gutiérrez, M. y Ruvalcaba-Ledezma, J. (2020). La salud y sus determinantes, promoción de la salud y educación sanitaria. *Journal of Negative and No Positive Results*, 1(5). Disponible en: <https://dx.doi.org/10.19230/jonnpr.3215> (consulta: 26 de octubre de 2023).
- De la Villa, M. y Suárez, C. (2016). Factores de riesgo en el uso problemático de internet y del teléfono móvil en adolescentes españoles. *Revista Iberoamericana de Psicología y Salud*, 7(2), 69-78. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.rips.2016.03.001> (consulta: 26 de octubre de 2023).
- De Sola, J. (2018). *El uso problemático del teléfono móvil: desde el abuso a su consideración como adicción comportamental* [Tesis Doctoral]. Universidad Complutense de Madrid. Disponible en: <https://eprints.ucm.es/id/eprint/46732/1/T39651.pdf> (consulta: 26 de octubre de 2023).
- De Sola, J., Talledo, H., Rodríguez, F. y Rubio, G. (2017). Prevalence of problematic cell phone use in an adult population in Spain as assessed by the Mobile Phone Problem Use Scale (MPPUS). *Plos one*. Disponible en: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0181184> (consulta: 26 de octubre de 2023).
- Delegación del Gobierno para el Plan Nacional Sobre Drogas (DGPNSD) (2022). *EDADES. Encuesta sobre alcohol y otras drogas en España 1995-2022*. Ministerio de Sanidad, Gobierno de España. Disponible en: https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/sistemaInformacion/pdf/2022_Informe_EDADES.pdf (consulta: 26 de octubre de 2023).
- Delegación del Gobierno para el Plan Nacional Sobre Drogas, DGPNSD (s.f.). *Alcohol*. Plan Nacional Sobre Drogas. Ministerio de Sanidad. Gobierno de España. Disponible en: <https://pnsd.sanidad.gob.es/ciudadanos/informacion/alcohol/home.htm> (consulta: 26 de octubre de 2023).

- Di Renzo, L., Gualtieri, P., Pivari, F., Soldati, L., Attinà, A., Cinelli, G., Leggeri, L., Caparello, G., Barrea, L., Scerbo, F., Esposito, E. y De Lorenzo, A. (2020). Eating habits and lifestyle changes during COVID-19 lockdown: an Italian survey. *Journal of translational medicine*, 18(1), 229. Disponible en: <https://doi.org/10.1186/s12967-020-02399-5> [consulta: 26 de octubre de 2023].
- Dirección General de Gobernanza Pública (últ. actualización 5/07/2023). *Crisis sanitaria COVID-19: Normativa e información útil. Gobierno de España*. Disponible en: https://administracion.gob.es/pag_Home/atencionCiudadana/Crisis-sanitaria-COVID-19.html#:~:text=EL%20Gobierno%20aprob%C3%B3%20el%2014,21%20de%20junio%20de%202020 [consulta: 26 de octubre de 2023].
- Ditrendia (2017). *Informe ditrendia 2017: Mobile en España y en el Mundo*. Disponible en: https://www.amic.media/media/files/file_352_1289.pdf [consulta: 26 de octubre de 2023].
- Diz-Ferreira, E., Díaz-Vidal, P., Da Cunha Soares Nicolau, M., Criado-Santos, M., Ayán, C. y Diz, J. (2021). Efecto del confinamiento por la pandemia de COVID-19 sobre la calidad del sueño en Galicia. *Revista Española de Salud Pública*, 95, e1-10. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/biblioPublic/publicaciones/recursos_propios/resp/revista_cdrom/VOL95/OBREVES/RS95C_202101001.pdf [consulta: 26 de octubre de 2023].
- Durán, T. y Castroviejo, A. (2011). Adherencia a la dieta mediterránea en la población universitaria. *Nutrición Hospitalaria*, 26(3), 602-608. Disponible en: <https://doi.org/10.3305/nh.2011.26.3.4891> [consulta: 26 de octubre de 2023].
- Echeburúa, E. (2012). Factores de riesgo y factores de protección en la adicción a las nuevas tecnologías y redes sociales en jóvenes y adolescentes. *Comunicaciones Breves*, 37(4), 435-447.
- Elhai, J. (2018). Depression and social anxiety in relation to problematic smartphone use. *Internet Research*, 28(2), 315-332. Disponible en: <https://doi.org/10.1108/IntR-01-2017-0019> [consulta: 26 de octubre de 2023].
- Elliot, D. (1993). Health-Enhancing and Health-Compromising Lifestyles. En S. Millstein, A., Petersen, E. y Nigthingale, E.O. (eds.). *Promoting the Health of Adolescents: New Directions for the Twenty-first Century* (pp. 119-150). Oxford University Press.
- Espinosa, L. (2004). Cambios del modo y estilo de vida; su influencia en el proceso salud-enfermedad. *Revista Cubana de Estomatología*, 41(3). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75072004000300009 [consulta: 26 de octubre de 2023].
- Estruch, R. et al. (2013). Primary prevention of cardiovascular disease with a Mediterranean diet. *The New England Journal of Medicine*, 368(14), 1279-90. Disponible en: <https://doi.org/10.1056/NEJMoa1200303> [consulta: 26 de octubre de 2023].
- Eurostat (2022). *Data Browser* [archivo de datos]. Disponible en: https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/yth_demo_030/default/table?lang=EN [consulta: 26 de octubre de 2023].
- Eurostat (4 de abril de 2023). *6% of EU youth severely materially & socially deprived*. Eurostat. Disponible en: <https://ec.europa.eu/eurostat/web/products-eurostat-news/w/ddn-20230404-1> [consulta: 26 de octubre de 2023].
- Ferreiro, S., Folgar, M., Salgado, P. y Boubeta, A. (2017). Uso problemático de Internet y adolescentes: el deporte sí importa. *Reto*, 31, 52-57.
- Flores-Kanter, P.E., Muñoz-Navarro, R. y Adrián Medrano, L. (2018). Concepciones de la felicidad y su relación con el bienestar subjetivo: un estudio mediante redes semánticas naturales. *Liberabit*, 24(1), 115-130. Disponible en: <http://dx.doi.org/https://doi.org/10.24265/liberabit.2018.v24n1.08> [consulta: 26 de octubre de 2023].
- Galindo-Vázquez, O., Ramírez-Orozco, M., Costas-Muñoz, R., Mendoza-Contreras, L., Calderillo-Ruiz, G., Meneses-García, A. (2020). Síntomas de ansiedad, depresión y conductas de autocuidado durante la pandemia de COVID-19 en la población general. *Gaceta Médica de México*, 156(4), 298-305. Disponible en: <https://doi.org/10.24875/GMM.20000266> [consulta: 26 de octubre de 2023].
- García del Castillo, J., Terol, M., Nieto, M., Lledó, A., Sánchez, S., Martín-Aragón, M. y Sitges, E. (2008). Uso y abuso de internet en jóvenes universitarios. *Adicciones*, 20(2), 131-142. Disponible en: <https://www.adicciones.es/index.php/adicciones/article/view/277/278> [consulta: 26 de octubre de 2023].
- García-Umaña, A. y Córdoba, E. (2020). Validación de la Escala MPPUS-A sobre el uso problemático del smartphone. *Píxel-BIT Revista de Medios y Educación*, 57, 173-189.
- Garrote, D., Jiménez-Fernández, S. y Serna, R. (2018). Gestión del tiempo y uso de las TIC en estudiantes universitarios. *Pixel-bit. Revista de Medios y Educación*(53), 109-121. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.12795/pixelbit.2018.i53.07> [consulta: 26 de octubre de 2023].
- Gobierno de España (25 de febrero de 2022). *Estrategia de vacunación COVID-19*. Disponible en: <https://www.vacunacovid.gob.es/> [consulta: 26 de octubre de 2023].
- González-Cabrera, J., León-Mejía, A., Pérez-Sancho, C. y Calvete, E. (2017). Adaptación al español del

- cuestionario Nomophobia Questionnaire (NMP-Q) en una muestra de adolescentes. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 45(4), 137-144.
- Górnicka, M., Drywién, M., Zielinska, M. y Hamulka, J. (2020). Dietary and Lifestyle Changes During COVID-19 and the Subsequent Lockdowns among Polish Adults: A Cross-Sectional Online Survey PLifeCOVID-19 Study. *Nutrients*, 12(8), 2324. Disponible en: <https://doi.org/10.3390/nu12082324> (consulta: 26 de octubre de 2023).
- Guevara-Valtier, M.C., Pacheco-Pérez, L.A., Velarde-Valenzuela, L.A., Ruiz-González, K.J., Cárdenas-Villarreal, V. y Gutiérrez-Valverde, J.M. (2021). Social network support and risk factors for obesity and overweight in adolescents. *Enfermería Clínica (English Edition)*, 31(3), 148-155. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2020.11.007> (consulta: 26 de octubre de 2023).
- Herrero-Montes, M., Alonso-Blanco, C., Paz-Zulueta, M., Pellico-López, A., Ruiz-Azcona, L., Sarabia-Cobo, C., Boixadera-Planas, E. y Parás-Bravo, P. (2022). Excessive alcohol consumption and binge drinking in college students. *PeerJ*, 10, e13368. Disponible en: <https://doi.org/10.7717/peerj.13368> (consulta: 26 de octubre de 2023).
- Hidalgo-Fuentes, S., Tijeras-Iborra, A., Martínez-Álvarez, I., Sospedra-Baeza, M.J. (2021). El papel de la inteligencia emocional y el apoyo social percibido en la satisfacción vital de estudiantes universitarios ecuatorianos. *Revista Argentina de Ciencias del Comportamiento*, 13(3), 87-95. Disponible en: <https://doi.org/10.32348/1852.4206.v13.n3.30421> (consulta: 26 de octubre de 2023).
- Holt-Lunstad, J., Smith, T.B. y Layton, B. (2010). Social Relationships and Mortality Risk: A Meta-analytic Review. *PLoS Medicine*, 7(7), e1000316. Disponible en: <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1000316> (consulta: 26 de octubre de 2023).
- Instituto Nacional del Cáncer (NIH) [4 de diciembre de 2018]. Humo de tabaco en el ambiente y el cáncer. Instituto Nacional del Cáncer. Gobierno de Estados Unidos. Disponible en: <https://www.cancer.gov/espanol/cancer/causas-prevencion/riesgo/tabaco/hoja-informativa-humo-tabaco-ambiente#qu-es-el-humo-de-tabaco-en-el-ambiente> (consulta: 26 de octubre de 2023).
- Instituto Nacional de Estadística (INE) [febrero de 2020a]. El teletrabajo en España y la UE antes de la COVID-19. *Boletín Informativo del Instituto Nacional de Estadística*. Disponible en: https://www.ine.es/ss/Satellite?L=es_ES&c=INECifrasINE_C&cid=1259952649680&p=1254735116567&page-name=ProductosYServicios%2FINECifrasINE_C%2FPYSDetalleCifrasINE#ancla_1259952649580 (consulta: 26 de octubre de 2023).
- Instituto Nacional de Estadística (INE) [16 de noviembre de 2020b]. *Encuesta sobre Equipamiento y Uso de Tecnologías de Información y Comunicación en los Hogares. Año 2020* [nota de prensa]. Disponible en: https://www.ine.es/prensa/tich_2020.pdf (consulta: 26 de octubre de 2023).
- Instituto Nacional de Estadística (INE) [29 de noviembre de 2021a]. *Encuesta sobre el uso de TIC y del comercio electrónico en las empresas. 2020 - Primer trimestre de 2021* [nota de prensa]. Disponible en: https://www.ine.es/prensa/tic_e_2020_2021.pdf (consulta: 26 de octubre de 2023).
- Instituto Nacional de Estadística (INE) (2021b). La salud mental en la pandemia. *Boletín informativo del Instituto Nacional de Estadística*. Disponible en: https://www.ine.es/ss/Satellite?L=es_ES&c=INECifrasINE_C&cid=1259953225445&p=1254735116567&page-name=ProductosYServicios%2FPYSLayout (consulta: 26 de octubre de 2023).
- Instituto Nacional de Estadística (INE) (2021c). *Nivel de formación de la población adulta (de 25 a 64 años)*. Disponible en: [https://www.ine.es/ss/Satellite?L=es_ES&c=INESeccion_C&cid=1259925481659&p=%255C&pagename=ProductosYServicios%2FPYSLayout¶m3=1259924822888#:~:text=En%20el%20a%C3%B1o%202021%2C%20un,\(nivel%200%2D2\)](https://www.ine.es/ss/Satellite?L=es_ES&c=INESeccion_C&cid=1259925481659&p=%255C&pagename=ProductosYServicios%2FPYSLayout¶m3=1259924822888#:~:text=En%20el%20a%C3%B1o%202021%2C%20un,(nivel%200%2D2)) (consulta: 26 de octubre de 2023).
- Instituto Nacional de Estadística-Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social, INE-MSCBS (2020). *Encuesta Europea de Salud en España 2020*. Ministerio de Sanidad, Gobierno de España. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/EncuestaEuropea/EncuestaEuropea2020/EESE2020_inf_evol_princip_result.pdf (consulta: 26 de octubre de 2023).
- Instituto de Sanimetría y Evaluación Sanitaria (2019). *Global Health Data Exchange (GHDX)*. IHME. Disponible en: <http://ghdx.healthdata.org/> (consulta: 26 de octubre de 2023).
- IPAQ Research Committee (noviembre de 2005). *Guidelines for Data Processing and Analysis of the International Physical Activity Questionnaire (IPAQ). Short and Long Forms* [informe].
- Jahoda, M. (1958). *Current Concepts of Positive Mental Health*. Basic Books, Inc. Publishers.
- Jelassi, T. (27 de septiembre de 2021). *Promoviendo el acceso universal a la información dentro de la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible*. Crónica ONU, Naciones Unidas. Disponible en: <https://www.un.org/es/cr%C3%B3nica-onu/promoviendo-el-acceso-universal-la-informaci%C3%B3n-dentro-de-la-agenda-2030-para-el> (consulta: 26 de octubre de 2023).
- Jiménez Díez, O. y Ojeda López, R.N. (2017). Estudiantes universitarios y el estilo de vida. *Revista*

Iberoamericana de Producción Académica y Gestión Educativa, 4(8).

Jungwirth, D. y Haluza, D. (2019). Information and communication technology and the future of health-care: Results of a multi-scenario Delphi survey. *Health Informatics Journal*, 161-173. Disponible en: <https://doi.org/10.1177/1460458217704256> (consulta: 26 de octubre de 2023).

Keyes, C.L.M y Waterman, M.B (2003) Dimensions of well-being and mental health in adulthood. En M. H. Bornstein, L. Davidson, C. L. M. Keyes y K. A. Moore (eds.). *Well-being: Positive development across the life course* (pp. 477-497). Lawrence Erlbaum Associates Publishers. Disponible en: <https://psycnet.apa.org/record/2003-02621-033> (consulta: 26 de octubre de 2023).

Koob, G. y Volkow, N. (2010). Neurocircuitry of Addiction. *Neuropsychopharmacology*, 35(1), 217-238. Disponible en: <https://www.nature.com/articles/npp2009110> (consulta: 26 de octubre de 2023).

Kumar, R., Kumari, S., Bharti, P. y Sharma, D. (2021). Nomophobia: A rising concern among Indian students. *Industrial Psychiatry Journal*, 30(2), 230-233. Disponible en: https://doi.org/10.4103/ipj.ipj_134_21 (consulta: 26 de octubre de 2023).

Labrador, F., Villadangos, S., Crespó, M. y Becoña, E. (2013). Desarrollo y validación del cuestionario de uso problemático de nuevas tecnologías (UPNT). *Anales de Psicología*, 29(3), 836-847.

Labrague, L.J., De los Santos, J.A.A. y Falguera, C.C. (2021). Social and emotional loneliness among college students during the COVID-19 pandemic: The predictive role of coping behaviors, social support, and personal resilience. *Perspectives in Psychiatric Care*, 57(4), 1578-1584. Disponible en: <https://doi.org/10.1111/ppc.12721> (consulta: 26 de octubre de 2023).

Ledo-Varela, M.T., de Luis Román, D.A., González-Sagrado, M., Izaola Jauregui, O., Conde Vicente, R. y Aller de la Fuente, R. (2011). Características nutricionales y estilo de vida en universitarios. *Nutrición Hospitalaria*, 26(4).

León-Mejía, A., Calvete, E., Patino-Alonso, C., Machimbarrena, J.M. y González-Cabrera, J. (2021). Nomophobia Questionnaire (NMP-Q): Factorial structure and cut-off points for the Spanish version. *Adicciones*, 3(2), 137-148

Liu, X., Liu, T., Liu, X., Lu, X. y Li, Y. (2022). Data on mobile phone use, adaptability and adult attachment among college students in China. *Data in brief*, 43, 108397. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.dib.2022.108397> (consulta: 26 de octubre de 2023).

Llamosas-Falcón, L., Manthey, J. y Rehm, J. (2022). Cambios en el consumo de alcohol en España de 1990 a 2019. *Adicciones*, 34(1), 61-72.

Llorens, N., Brime, B. y Molina, M. (2021). Impacto COVID-19 en el consumo de sustancias y comportamientos con potencial adictivo: encuesta del Observatorio Español de las Drogas y Adicciones. *Revista Española de Salud Pública*, 95. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/biblioPublic/publicaciones/recursos_propios/resp/revista_cdrom/VOL95/C_ESPE-CIALES/RS95C_202112198.pdf (consulta: 26 de octubre de 2023).

López-Angulo, Y.; Pérez-Villalobos, M.; Cobo-Rendón, R.; Díaz-Mújica, A. (2020). Apoyo social, sexo y área del conocimiento en el rendimiento académico autopercibido de estudiantes universitarios chilenos. *Formación Universitaria*, 13(3). Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-50062020000300011> (consulta: 26 de octubre de 2023).

López-Fernández, O., Honrubia-Serrano, M.L. y Freixablanxart, M. (2012). Adaptación española del "Mobile Phone Problem Use Scale" para población adolescente. *Adicciones* (24), 2, 123-130. Disponible en: <https://www.adicciones.es/index.php/adicciones/article/view/104/101> (consulta: 26 de octubre de 2023).

Malo-Cerrato, S., Martín-Perpiñá, M. y Viñas-Poch, F. (2018). Uso excesivo de redes sociales: Perfil psicosocial de adolescentes españoles. *Comunicar*, 26(56), 101-110. Disponible en: <https://doi.org/10.3916/C56-2018-10> (consulta: 26 de octubre de 2023).

Marín Díaz, V., Vega Gea, E. y Sampedro Requena, B. (2018). Uso problemático del smartphone en estudiantes universitarios. *Revista Española de Drogodependencias*, 43(1), 62-76. Disponible en: https://www.aesed.com/upload/files/v43n1_orig4.pdf (consulta: 26 de octubre de 2023).

Martínez-Martínez, M. (2016). ¿Cuánto hay que dormir para un sueño saludable? En Merino-Andréu, M. *et al. Sueño saludable: evidencias y guías de actuación. Documento oficial de la Sociedad Española de Sueño (S7-S9)*. *Revista Neurológica*, 63 (Supl 2).

McGinty, E., Presskreischer, R., Han, H. y Barry, C. (2020). Psychological Distress and Loneliness Reported by US Adults in 2018 and April 2020. *Journal of American Medical Association*, 324(1), 93-94. Disponible en: <https://doi.org/10.1001/jama.2020.9740> (consulta: 26 de octubre de 2023).

Merino Andréu, M. (2016). Los hábitos de sueño de los españoles, en Jurado Luque, M.J. *Sueño saludable: evidencias y guías de actuación*. Documento Oficial de la Sociedad Española del Sueño. *Revista de Neurología*, 63(2), S3-S4.

Ministerio de Ciencia y Tecnología de España (s.f.). Sociedad de la Información en el siglo XXI: un requisito para el desarrollo. *Publicaciones*. Disponible en: <https://www.itu.int/net/wsis/stocktaking/docs/activities/1103547250/sociedad-informacion-sigloxxi-es.pdf> (consulta: 26 de octubre de 2023).

- Ministerio de Sanidad (2022a). *Informe Anual del Sistema Nacional de Salud 2020-2021*. Centro de Publicaciones.
- Ministerio de Sanidad (2022b). *Estrategia de Salud Pública 2022*. Ministerio de Sanidad, Gobierno de España.
- Ministerio de Sanidad (2022c). *Actividad física para la salud y reducción del sedentarismo. Recomendaciones para la población*. Ministerio de Sanidad, Gobierno de España.
- Ministerio de Sanidad (12 de marzo de 2021). Preguntas y respuestas sobre el nuevo coronavirus (COVID-19). Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/areas/alertasEmergenciasSanitarias/alertasActuales/nCov/documentos/Preguntas_respuestas_2019-nCoV2.pdf (consulta: 26 de octubre de 2023).
- Ministerio de Sanidad (s.f.). *Situación actual*. Gobierno de España. Disponible en: <https://www.sanidad.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov/situacionActual.htm> (consulta: 26 de octubre de 2023).
- Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social (2017a). *Encuesta Nacional de Salud (ENSE). Series informes monográficos. 2. Actividad física, descanso y ocio*.
- Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social (2017b). *Encuesta Nacional de Salud (ENSE). Serie informes monográficos. 1. Salud mental*.
- Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social (2017-2024). *Estrategia Nacional Sobre Adicciones 2017-2024*.
- Ministerio de Transportes, Movilidad y Agenda Urbana (s.f.). *Actuaciones ante el COVID-19*. Disponible en: <https://www.mitma.gob.es/ministerio/covid-19> (consulta: 26 de octubre de 2023).
- Ministerio de Universidades (2022). *Datos y cifras del Sistema Universitario Español. Publicación 2021-2022*. Disponible en: https://www.universidades.gob.es/wp-content/uploads/2022/11/Datos_y_Cifras_2021_22.pdf (consulta: 26 de octubre de 2023).
- Montag, C. y Walla, P. (2016). Carpe diem instead of losing your socialmind: Beyond digital addiction and why we all suffer from digitaloveruse. *Cogent Psychology*, 3(1), 1157281. Disponible en: <https://doi.org/10.1080/23311908.2016.1157281> (consulta: 26 de octubre de 2023).
- Muñoz-Rivas, M. y Agustín, S. (2005). La adicción al teléfono móvil. *Psicología Conductual*, 13(3), 481-493. Disponible en: https://www.behavioralpsychology.com/wp-content/uploads/2020/04/10.Mu%C3%B1oz_13-3oa-1.pdf (consulta: 26 de octubre de 2023).
- National Heart, Lung and Blood Institute (NIH) (2013). *Información general: Sueño saludable*. U.S. Department of Health and Human Services. NIH Publication No. 13-7426S.
- National Heart, Lung and Blood Institute (NIH) (24 de marzo de 2022). *Fases y etapas del sueño*. Disponible en: <https://www.nhlbi.nih.gov/es/salud/sueno/estados-del-sueno> (consulta: 26 de octubre de 2023).
- Norouzi Parashkouh, N., Mirhadian, L., Emami, S., Garouji, A., Kazemnezhad Leili, E., Hasandoost, F. y Rafiei, H. (2016). Internet and Mobile Phone Addiction among High School Students: A Cross Sectional Study from Iran. *IOSR Journal of Nursing and Health Science*, 5(3), 31-34.
- Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones (OEDA) (2019). *Adicciones comportamentales. Vol Manuscrito, Informe sobre Adicciones Comportamentales. Juego y uso compulsivo de internet en las encuestas de drogas y adicciones en España. EDADES Y ESTUDES 2019*.
- Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones (OEDA) (2021). *Informe de adicciones comportamentales 2020*. Ministerio de Sanidad. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Disponible en: https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/sistemaInformacion/pdf/2020_Informe_adicciones_comportamentales.pdf (consulta: 26 de octubre de 2023).
- Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones (OEDA) (2022). *Informe 2022. Alcohol, tabaco y drogas ilegales en España*. Ministerio de Sanidad. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. <https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/informesEstadisticas/pdf/2022OEDA-INFORME.pdf> (consulta: 26 de octubre de 2023).
- Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC) (2021). *World Drug Report 2021*. Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito. Sales No. E.21.XI.8.
- Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC) (s.f.). *The Strategy*. United Nations Office on Drugs and Crime. Disponible en: <https://www.unodc.org/unodc/strategy/index.html> (consulta: 26 de octubre de 2023).
- Oficina de las Naciones Unidas de Fiscalización de Drogas y Prevención del Delito (2002). *Manual sobre programas de prevención del uso indebido de drogas con participación de los jóvenes. Una guía de desarrollo y perfeccionamiento*. United Nations Publications. Sales No. S.02.XI.10.
- Organización Mundial de la Salud (OMS) (1998). *Promoción de la Salud. Glosario*.
- Organización Mundial de la Salud (OMS) (6 de mayo de 2010). *A healthy lifestyle - WHO Recommendations*. Disponible en: <https://www.who.int/europe/news-room/>

[fact-sheets/item/a-healthy-lifestyle---who-recommendations](#) (consulta: 26 de octubre de 2023).

Organización Mundial de la Salud (OMS) (2008). *MPOWER. Un plan de medidas para hacer retroceder la epidemia de tabaquismo*. Disponible en: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43891/9789243596631_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y (consulta: 26 de octubre de 2023).

Organización Mundial de la Salud (OMS) (2015). *Public Health Implications of Excessive Use of the Internet. Meeting report*. WHO Publications.

Organización Mundial de la Salud (OMS) (12 de diciembre de 2017). *La salud mental y los adultos mayores*. Organización Mundial de la Salud. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/la-salud-mental-y-los-adultos-mayores> (consulta: 26 de octubre de 2023).

Organización Mundial de la Salud (OMS) (31 de agosto de 2018a). *Alimentación sana*. Organización Mundial de la Salud. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/healthy-diet> (consulta: 26 de octubre de 2023).

Organización Mundial de la Salud (OMS) (30 de marzo de 2018b). *Salud mental: fortalecer nuestra respuesta*. Organización Mundial de la Salud. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response> (consulta: 26 de octubre de 2023).

Organización Mundial de la Salud (OMS) (22 de noviembre de 2019). *Un nuevo estudio dirigido por la OMS indica que la mayoría de los adolescentes del mundo no realizan suficiente actividad física, y que eso pone en peligro su salud actual y futura* [comunicado de prensa]. Organización Mundial de la Salud. Disponible en: <https://www.who.int/es/news/item/22-11-2019-new-who-led-study-says-majority-of-adolescents-world-wide-are-not-sufficiently-physically-active-putting-their-current-and-future-health-at-risk> (consulta: 26 de octubre de 2023).

Organización Mundial de la Salud (OMS) (28 de agosto de 2020a). *Sobredosis de Opioides*. Organización Mundial de la Salud. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/opioid-overdose> (consulta: 26 de octubre de 2023).

Organización Mundial de la Salud, OMS. (25 de noviembre de 2020b). *Cada movimiento cuenta para mejorar la salud - dice la OMS* [comunicado de prensa]. Organización Mundial de la Salud. Disponible en: <https://www.who.int/es/news/item/25-11-2020-every-move-counts-towards-better-health-says-who> (consulta: 26 de octubre de 2023).

Organización Mundial de la Salud (OMS) (5 de octubre de 2020c). *Los servicios de salud mental se están viendo perturbados por la COVID-19 en la mayoría de los*

países, según un estudio de la OMS [comunicados de prensa]. Organización Mundial de la Salud. Disponible en: <https://www.who.int/es/news/item/05-10-2020-covid-19-disrupting-mental-health-services-in-most-countries-who-survey> (consulta: 26 de octubre de 2023).

Organización Mundial de la Salud (OMS) (15 de diciembre de 2021a). *La 10.ª Conferencia Mundial de Promoción de la Salud señala un camino para crear sociedades del bienestar* [comunicados de prensa]. Organización Mundial de la Salud. Disponible en: <https://www.who.int/es/news/item/15-12-2021-10th-global-conference-on-health-promotion-charters-a-path-for-creating-well-being-societies> (consulta: 26 de octubre de 2023).

Organización Mundial de la Salud (OMS) (13 de abril de 2021b). *Enfermedades no transmisibles* [comunicado de prensa]. Organización Mundial de la Salud. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases> (consulta: 26 de octubre de 2023).

Organización Mundial de la Salud (OMS) (18 de enero de 2021c). *Salud del adolescente y el joven adulto*. Organización Mundial de la Salud. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/adolescents-health-risks-and-solutions> (consulta: 26 de octubre de 2023).

Organización Mundial de la Salud (OMS) (27 de julio de 2021d). *La OMS informa sobre los progresos en la lucha contra la epidemia de tabaquismo*. En Organización Mundial de la Salud, Noticias departamentales. Disponible en: <https://www.who.int/es/news/item/27-07-2021-who-reports-progress-in-the-fight-against-tobacco-epidemic> (consulta: 26 de octubre de 2023).

Organización Mundial de la Salud (OMS) (9 de junio de 2021e). *Obesidad y sobrepeso*. Organización Mundial de la Salud. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight> (consulta: 26 de octubre de 2023).

Organización Mundial de la Salud (OMS) (8 de octubre de 2021f). *Un informe de la OMS pone de relieve el déficit mundial de inversión en salud mental*. Organización Mundial de la Salud. Disponible en: <https://www.who.int/es/news/item/08-10-2021-who-report-highlights-global-shortfall-in-investment-in-mental-health> (consulta: 26 de octubre de 2023).

Organización Mundial de la Salud (OMS) (13 de septiembre de 2021g). *Depresión*. Organización Mundial de la Salud. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression> (consulta: 26 de octubre de 2023).

Organización Mundial de la Salud (OMS) (17 de noviembre de 2021h). *Salud mental del adolescente*. Organización Mundial de la Salud. Disponible en: <https://>

- www.who.int/es/news-room/fact-sheets (consulta: 26 de octubre de 2023).
- Organización Mundial de la Salud (OMS) (2021i). *Una de cada 100 muertes es por suicidio*. Organización Mundial de la Salud. Disponible en: <https://www.who.int/es/news/item/17-06-2021-one-in-100-deaths-is-by-suicide> (consulta: 26 de octubre de 2023).
- Organización Mundial de la Salud (OMS) (9 de mayo de 2022a). *Alcohol*. Organización Mundial de la Salud. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/alcohol> (consulta: 26 de octubre de 2023).
- Organización Mundial de la Salud (OMS) (25 de mayo de 2022b). *Tabaco* [Comunicado de Prensa]. Organización Mundial de la Salud. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/tobacco> (consulta: 26 de octubre de 2023).
- Organización Mundial de la Salud (OMS) (2022c). *WHO Coronavirus (COVID-19) Dashboard*. Organización Mundial de la Salud. Disponible en: <https://covid19.who.int/> (consulta: 26 de octubre de 2023).
- Organización Mundial de la Salud (ONU) (2021). *Día Internacional del Acceso Universal a la Información*. 28 de septiembre. Naciones Unidas. Disponible en: <https://www.un.org/es/observances/information-access-day> (consulta: 26 de octubre de 2023).
- Organización Panamericana de la Salud (OPS) (s.f.). *Determinantes sociales de la salud*. Organización Panamericana de la Salud. Disponible en: <https://www.paho.org/es/temas/determinantes-sociales-salud> (consulta: 26 de octubre de 2023).
- Orben, A., Tomova, L. y Blakemore, S. (2020). The effects of social deprivation on adolescent development and mental health. *Lancet Child Adolescent Health*, 4(8), 634-640. Disponible en: [https://doi.org/10.1016/S2352-4642\(20\)30186-3](https://doi.org/10.1016/S2352-4642(20)30186-3) (consulta: 26 de octubre de 2023).
- Oviedo-Trespalcacios, O., Nandavar, S., Newton, J.D.A., Demant, D. y Phillips, J.G. (2019). Problematic Use of Mobile Phones in Australia...Is It Getting Worse? *Frontiers in psychiatry*, 10, 105. Disponible en: <https://doi.org/10.3389/fpsy.2019.00105> (consulta: 26 de octubre de 2023).
- Panova, T. y Lleras, A. (2016). Avoidance or boredom: Negative mental health outcomes associated with use of Information and Communication Technologies depend on user's motivations [Resumen]. *Computers in Human Behavior*, 58, 249-258. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.chb.2015.12.062> (consulta: 26 de octubre de 2023).
- Papatriantafyllou, E., Efthymiou, D., Zoumbaneas, E., Popescu, C.A. y Vassilopoulou, E. (2022). Sleep Deprivation: Effects on Weight Loss and Weight Loss Maintenance. *Nutrients*, 14(8), 1549. Disponible en: <https://doi.org/10.3390/nu14081549> (consulta: 26 de octubre de 2023).
- Peacock, A. et al. (2018). Global statistics on alcohol, tobacco and illicit drug use: 2017 status report. *Addiction*, 113(10), 1905-1926. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/add.14234> (consulta: 26 de octubre de 2023).
- Peramo-Álvarez, F., López-Zúñiga, M. y López-Ruz, M. (2021). Secuelas médicas de la COVID-19. *Medicina Clínica*, 157(8), 388-394. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.medcli.2021.04.023> (consulta: 26 de octubre de 2023).
- Pierce, M., Hope, H., Ford, T., Hatch, S., Hotopf, M., John, A., Kontopantelis, E., Webb, R., Wessely, S., McManus, S. y Abel, K. (2020). Mental health before and during the COVID-19 pandemic: a longitudinal sample survey of the UK population. *Lancet Psychiatry*, 7(10), 883-892. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7373389/> (consulta: 26 de octubre de 2023).
- Primack, B., Shensa, A., Sidani, J., Whaitte, E., Lin, L., Rosen, D., Colditz, J., Radovic, A. y Miller, E. (2017). Social Media Use and Perceived Social Isolation Among Young Adults in the U.S. *American Journal of Preventive Medicine*, 53(1), 1-8. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2017.01.010> (consulta: 26 de octubre de 2023).
- Puerto, M., Rivero, D., Sansores, L., Gamboa, L. y Sarabia, L. (2015). Somnolencia, hábitos de sueño y uso de redes sociales en estudiantes universitarios. *Enseñanza e Investigación en Psicología*, 20(2), 189-195.
- Rabanales, J., Párraga, I., López-Torres, J., Andrés, F. y Navarro, B. (2011). Tecnologías de la Información y las Telecomunicaciones: Telemedicina. *Revista Clínica de Medicina de Familia*, 4(1), 42-48. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1699-695X2011000100007 (consulta: 26 de octubre de 2023).
- Ramón-Arбуés, E., Granada-López, J.M., Martínez-Abadía, B., Echániz-Serrano, E., Antón-Solanas, I. y Nash, M. (2021). Prevalence and Factors Associated with Problematic Internet Use in a Population of Spanish University Students. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(14), 7620. Disponible en: <https://doi.org/10.3390/ijerph18147620> (consulta: 26 de octubre de 2023).
- Real Decreto 463/2020, de 14 de marzo, por el que se declara el estado de alarma para la gestión de la situación de crisis sanitaria ocasionada por el COVID-19. Boletín Oficial del Estado, número 67, de 14 de marzo de 2020, páginas 25390 a 25400.
- Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica (24 de febrero de 2022). COVID-19. Centro Nacional de

- Epidemiología. Disponible en: <https://cneccovid.isciii.es/covid19/> [consulta: 26 de octubre de 2023].
- Rial, A., Golpe, S., Gómez, P. y Barreiro, C. (2015). Variables asociadas al uso problemático de internet entre adolescentes. *Salud y Drogas*, 25-38. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/839/83938758003.pdf> [consulta: 26 de octubre de 2023].
- Richert, T., Anderberg, M. y Dahlberg, M. (2020). Mental health problems among young people in substance abuse treatment in Sweden. *Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy*, 15(43). Disponible en: <https://doi.org/10.1186/s13011-020-00282-6> [consulta: 26 de octubre de 2023].
- Roa-Cubaque, M., Parada-Sierra, Z., Albarracín-Guevara, Y., Alba-Castro, E., Auneta-Piracon, M. y Ortiz-León, M. (2016). Validación del test de Fagerström para adicción a nicotina (FTND). *Revista Investigación en Salud Universidad de Boyacá*, 3(2), 161-175.
- Román, B., Ribas, L., Ngo, J. y Serra-Majem, L. (2013). Validity of the international physical activity questionnaire in the Catalan population (Spain). *Gaceta Sanitaria*, 27, 254-257.
- Romero-Blanco, C., Rodríguez-Almagro, J., Onieva-Zafra, M., Parra-Fernández, M., Prado-Laguna, M. y Hernández-Martínez, A. (2020). Physical Activity and Sedentary Lifestyle in University Students: Changes during Confinement Due to the COVID-19 Pandemic. *Environmental Research and Public Health*, 17(18), 6567. Disponible en: <https://doi.org/10.3390/ijerph17186567> [consulta: 26 de octubre de 2023].
- Romero-Blanco, C., Hernández-Martínez, A., Parra-Fernández, M.L., Onieva-Zafra, M.D., Prado-Laguna, M.D.C. y Rodríguez-Almagro, J. (2021). Food Addiction and Lifestyle Habits among University Students. *Nutrients*, 13(4), 1352. Disponible en: <https://doi.org/10.3390/nu13041352> [consulta: 26 de octubre de 2023].
- Romero Santo-Tomás, O. y Terán Santos, J. (2016). Presentación en Jurado-Luque, M.J. (Coord.), Sueño saludable: evidencias y guías de actuación. Documento Oficial de la Sociedad Española del Sueño. *Revista de Neurología*, 63(2), S1-S27.
- Rosales, N. (2018). *Bienestar psicológico y calidad de vida* [tesis de grado]. Universidad Rafael Landívar. Facultad de Humanidades. Quetzaltenango.
- Ruiz-Palmero, J., Colomo-Magaña, E., Sánchez-Rivas, E. y Linde-Valenzuela, T. (2021). Estudio del uso y consumo de dispositivos móviles en universitarios. *Digital Education Review* (39), 89-106.
- Ryan, R. y Deci, E. (2001). On Happiness and Human Potentials: A Review of Research on Hedonic and Eudaimonic Well-Being [Abstract]. *Annual Review of Psychology*, 52(1), 141-166. Disponible en: <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.52.1.141> [consulta: 26 de octubre de 2023].
- Ryan, R., Huta, V. y Deci, E. (2008). Living well: A self-determination theory perspective on eudaimonia. *Journal of Happiness Studies*, 9, 139-170. Disponible en: <https://doi.org/10.1007/s10902-006-9023-4> [consulta: 26 de octubre de 2023].
- Ryff, C. (1989). Happiness is Everything, or is it? Explorations on the Meaning of Psychological Well-Being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57(5), 1069-1081. Disponible en: <https://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.1029.4536&rep=rep1&type=pdf> [consulta: 26 de octubre de 2023].
- Ryff, C. y Singer, B. (2008). Know Thyself and Become What You Are: A Eudaimonic Approach to Psychological Well-Being [Abstract]. *Journal of Happiness Studies*, 9, 13-39.
- Salinas-Rehbein, B., Schleaf, J., Neira-Vallejos, S. y Ortiz, M.S. (2022). Apoyo social y obesidad: el papel de los síntomas depresivos y la alimentación emocional en un modelo estratificado por sexo. *Global Health Promotion*. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35549769/> [consulta: 26 de octubre de 2023].
- Sampasa-Kanyinga, H., Colman, I., Goldfield, G., Janssen, I., Wang, J., Podinic, I., Tremblay, M., Saunders, T., Sampson, M. y Chaput, J. (2020). Combinations of physical activity, sedentary time, and sleep duration and their associations with depressive symptoms and other mental health problems in children and adolescents: a systematic review. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 17(1), 72. Disponible en: <https://doi.org/10.1186/s12966-020-00976-x> [consulta: 26 de octubre de 2023].
- San Onofre, Bernat, N., Quiles Izquierdo, J. y Trescastro-López, E.M. (2021). Estilos de vida y factores sociodemográficos asociados a la alta adhesión a la dieta mediterránea en la población adulta de la Comunitat Valenciana (España). *Nutrición Hospitalaria*, 38(2), 337-348.
- Sánchez-Ojeda, M. y Luna-Bertos, E. (2015). Hábitos de vida saludable en la población universitaria. *Nutrición Hospitalaria*, 31(5), 1910-1919.
- Sánchez-Torres, J., González-Zabala, M. y Sánchez, M. (2012). La sociedad de la información: génesis, iniciativa, concepto y su relación con las TIC. *Revista UIS Ingenierías*, 12(1), 113-129. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/5537/553756873001.pdf> [consulta: 26 de octubre de 2023].
- Santana-Vega, L., Gómez-Muñoz, A. y Feliciano-García, L. (2019). Adolescents problematic mobile phone use, Fear of Missing Out and Family communication. *Comunicar*, 27(59), 39-47. Disponible en: <https://files.eric.ed.gov/fulltext/EJ1211801.pdf> [consulta: 26 de octubre de 2023].

- Santl, L., Brajkovic, L. y Kopilaš, V. (2022). Relationship between Nomophobia, Various Emotional Difficulties, and Distress Factors among Students. *European Journal of Investigation in Health, Psychology and Education*, 12(7), 716-730. Disponible en: <https://doi.org/10.3390/ejihpe12070053> (consulta: 26 de octubre de 2023).
- Seligman, M.E.P. (2002). *Authentic Happiness: Using the New Positive Psychology to Realize Your Potential for Lasting Fulfillment*. Simon and Schuster.
- Shi, L., Lu, Z.A., Que, J. Y., Huang, X.L., Liu, L., Ran, M.S., Gong, Y.M., Yuan, K., Yan, W., Sun, Y.K., Shi, J., Bao, Y.P. y Lu, L. (2020). Prevalence of and Risk Factors Associated With Mental Health Symptoms Among the General Population in China During the Coronavirus Disease 2019 Pandemic. *Journal of American Medical Association, network open*, 3(7), e2014053. Disponible en: <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2020.14053> (consulta: 26 de octubre de 2023).
- Sociedad Española para el Estudio de la Ansiedad y el Estrés, SEAS (s.f.a). *¿Ansiedad y estrés, se pueden usar como sinónimos?* [entrada de blog]. Sociedad Española para el Estudio de la Ansiedad y el Estrés. Disponible en: <https://ansiedadystres.org/ansiedad-y-estrés-se-pueden-usar-como-sinonimos/> (consulta: 26 de octubre de 2023).
- Sociedad Española para el Estudio de la Ansiedad y el Estrés, SEAS (s.f.b). *¿Qué es la ansiedad?* [entrada de blog]. Sociedad Española para el Estudio de la Ansiedad y el Estrés. Disponible en: <https://ansiedadystres.org/que-es-la-ansiedad/> (consulta: 26 de octubre de 2023).
- Solis, E. y Villegas, N. (2021). Bienestar psicológico y percepción de calidad de vida en adultos mayores indígenas del Ecuador. *Polo del Conocimiento*, 6(5), 1104-1117. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8016949> (consulta: 26 de octubre de 2023).
- Stanton, R., To, Q., Khalesi, S., Williams, S., Alley, S., Thwaite, T., Fenning, A. y Vandelanotte, C. (2020). Depression, Anxiety and Stress during COVID-19: Associations with Changes in Physical Activity, Sleep, Tobacco and Alcohol Use in Australian Adults. *Environmental Research and Public Health*, 17(11), 4065. Disponible en: <https://doi.org/10.3390/ijerph17114065> (consulta: 26 de octubre de 2023).
- Suardiaz-Muro, M., Morante-Ruiz, M., Ortega-Moreno, M., Ruiz, M.A., Martín-Plasencia, P. y Vela-Bueno, A. (2020). Sueño y rendimiento académico en estudiantes universitarios: revisión sistemática. *Revista de Neurología*, 71, 43-53. Disponible en: <https://doi.org/10.33588/rn.7102.2020015> (consulta: 26 de octubre de 2023).
- Szkody, E., Stearns, M., Stanhope, L. y McKinney, C. (2021). Stress-Buffering Role of Social Support during COVID-19. *Family Process*, 60(3), 1002-1015. Disponible en: <https://doi.org/10.1111/famp.12618> (consulta: 26 de octubre de 2023).
- Szkody, E. y McKinney, C. (2019). Stress-Buffering Effects of Social Support on Depressive Problems: Perceived vs. Received Support and Moderation by Parental Depression. *Journal of Child and Family Studies*, 28, 2209-2219. Disponible en: <https://doi.org/10.1007/s10826-019-01437-1> (consulta: 26 de octubre de 2023).
- Tison, G., Avram, R., Kuhar, P., Abreau, S., Marcus, G., Pletcher, M. y Olgin, J. (2020). Worldwide Effect of COVID-19 on Physical Activity: A Descriptive Study. *Annals of Internal Medicine*, 173(9), 767-770. Disponible en: <https://doi.org/10.7326/M20-2665> (consulta: 26 de octubre de 2023).
- Torres Pérez, A. et al. (2022). Valoración del nivel de actividad física y aptitud física en una muestra de universitarios: Comparativa tras la pandemia de COVID-19. *Revista Iberoamericana de Ciencias de la Actividad Física y el Deporte*, 11(3), 116-134. Disponible en: <https://doi.org/10.24310/riccafd.2022.v11i3.15828> (consulta: 26 de octubre de 2023).
- Tuyani Solimán, N., Román Gálvez, M.R., Olmedo Requena, R. y Amezcua Prieto, C. (2015). Prevalencia de los trastornos del sueño en universitarios. *Actualidad Médica*, 100(795), 66-70.
- Unión Internacional de Telecomunicaciones (UIT) (2020a). *Measuring Digital Development. Facts and Figures. 2020*. ITU Publications. Disponible en: <https://www.itu.int/en/ITU-D/Statistics/Documents/facts/FactsFigures2020.pdf> (consulta: 26 de octubre de 2023).
- Unión Internacional de Telecomunicaciones (UIT) (2020b). *World Telecommunication/ ICT Indicators Database. Spain*. Digital Development Dashboard, ITU. Disponible en: https://www.itu.int/en/ITU-D/Statistics/Documents/DDD/ddd_ESP.pdf (consulta: 26 de octubre de 2023).
- Valum (2021). *Los pisos compartidos y las residencias de estudiantes acaparan el interés inversor*. Valum. Disponible en: <https://www.valumre.com/los-pisos-compartidos-y-las-residencias-de-estudiantes-acaparan-el-interes-inversor/> (consulta: 26 de octubre de 2023).
- van Laar, M., Oomen, P., van Miltenburg, C., Vercoulen, E., Freeman, T. y Hall, W. (2020). Cannabis and COVID-19: Reasons for Concern. *Frontiers in Psychiatry*, 11, 601653. Disponible en: <https://doi.org/10.3389/fpsy.2020.601653> (consulta: 26 de octubre de 2023).
- Vanderbruggen, N., Matthys, F., Van Laere, S., Zeeuw, D., Santermans, L., Van den Aemele, S. y Crunelle, C. L. (2020). Self-Reported Alcohol, Tobacco, and Cannabis Use during COVID-19 Lockdown Measures:

- Results from a Web-Based Survey. *European Addiction Research*, 309-315. Disponible en: <https://doi.org/10.1159/000510822> (consulta: 26 de octubre de 2023).
- Vázquez, C. y Hervás, G. (2008). Salud mental positiva: del síntoma al bienestar. En Vázquez, C. y Hervás, C. *Psicología Positiva Aplicada* (págs. 17-39). Desclee de Brower.
- Velayos, J.L., Molerés, F.J., Irujo, A.M., Yllanes, D. y Paternain, B. (2007). Bases anatómicas del sueño. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 30(1). Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272007000200002 (consulta: 26 de octubre de 2023).
- Viala-Danten, M., Martin, S., Guillemin, I. y Hays, R. (2008). Evaluation of the reliability and validity of the Medical Outcomes Study sleep scale in patients with painful diabetic peripheral neuropathy during an international clinical trial. *Health and Quality of Life Outcomes*, 6(113). Disponible en: <https://doi.org/10.1186%2F1477-7525-6-113> (consulta: 26 de octubre de 2023).
- Villanueva-Blasco, V. J., Villanueva Silvestre, V., Isorna, M., Motos, P., Blay, P. y Vázquez-Martínez, A. (2021). Changes in Alcohol Consumption Pattern Based on Gender during COVID-19 Confinement in Spain. *International journal of environmental research and public health*, 18(15), 8028. Disponible en: <https://doi.org/10.3390/ijerph18158028> (consulta: 26 de octubre de 2023).
- Villavicencio, J., Álava, V. y Loor, M. (2019). La ciberradicación en la conducta de los estudiantes. *Revista Atlante Cuadernos de Educación y Desarrollo*, 1-13.
- Watson, N. et al. (2015). Recommended Amount of Sleep for a Healthy Adult: A Joint Consensus Statement of the American Academy of Sleep Medicine and Sleep Research Society [Consensus Conference Panel]. *Sleep*, 38(6), 843-844. Disponible en: <https://doi.org/10.5665/sleep.4716> (consulta: 26 de octubre de 2023).
- Wu, F. et al. (2020). A new coronavirus associated with human respiratory disease in China. *Nature*, 579(7798), 265-269. Disponible en: <https://doi.org/10.1038/s41586-020-2008-3> (consulta: 26 de octubre de 2023).
- Ying Lin, C., Potenza, M., Ulander, M., Broström, A., Ohayón, M., Kumar Chattu, V. y Pakpour, A. (2021). Longitudinal Relationships between Nomophobia, Addictive Use of Social Media, and Insomnia in Adolescents. *Healthcare (Basel)*, 9(9), 1201. Disponible en: <https://doi.org/10.3390/healthcare9091201> (consulta: 26 de octubre de 2023).
- Żarnowski, A., Jankowski, M. y Gujski, M. (2022). Use of Mobile Apps and Wearables to Monitor Diet, Weight, and Physical Activity: A Cross-Sectional Survey of Adults in Poland. *Medical science monitor: international medical journal of experimental and clinical research*, 28, e937948. Disponible en: <https://doi.org/10.12659/MSM.937948> (consulta: 26 de octubre de 2023).
- Zhang, X. y Dong, S. (2022). The relationships between social support and loneliness: A meta-analysis and review. *Acta Psychologica*, 227, 103616. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.actpsy.2022.103616> (consulta: 26 de octubre de 2023).
- Zuluaga, J.B. (1994). El punto de vista de Piaget. Una fundamentación a nuestro quehacer pedagógico. *Ánfora (Universidad Autónoma)*, 4, 101-107.

Anexos

Anexo 1. Cuestionario en papel

Consentimiento informado y ¡SORTEOS!

Nos dirigimos a ti para informarte sobre un proyecto de investigación que se lleva a cabo en el marco de la Red Española de Universidades Promotoras de la Salud (REUPS). El estudio tiene como objetivo determinar el estilo de vida, el uso del teléfono móvil, y el estado psicológico en el alumnado universitario en el marco de la crisis sanitaria provocada por el COVID-19.

Este estudio está subvencionado por Fundación MAPFRE, institución privada sin ánimo de lucro cuyo fin persigue la mejora de la salud y calidad de vida de las personas. Nuestra intención es que recibas toda la información para que puedas evaluar y juzgar si quieres o no participar en este proyecto. Para ello te pedimos que leas este texto informativo con atención y te aclaremos las dudas que te puedan surgir.

Participación: la participación en este proyecto implica responder un cuestionario acerca de las variables de interés consistentes en el estilo de vida, los hábitos de uso del teléfono móvil y bienestar emocional durante la época de pandemia. El tiempo destinado a cumplimentar los cuestionarios será de aproximadamente 25-30 minutos. La información recogida será anónima y confidencial. La participación no supone ningún tipo de riesgo físico ni emocional. Tu participación es voluntaria y puedes decidir no participar o abandonar en cualquier momento, retirando tu consentimiento sin que por eso se altere la relación con el/la investigador/a. Si decides revocar tu consentimiento, no se recogerán nuevos datos y no se verán afectadas las investigaciones llevadas a cabo hasta el momento.

El sorteo: su universidad sorteará entre el alumnado participante _____. Además, la REUPS sorteará entre todos los participantes de todas las universidades que forman parte del proyecto una *bicicleta eléctrica*, patrocinada por la REUPS. Para participar en el sorteo puedes escanear el código QR que hay tras el cuestionario e introducir tu correo electrónico y la universidad a la que perteneces para que puedas participar tanto en el sorteo de tu universidad como en el de la REUPS; o bien puedes escribir tu correo electrónico en el espacio señalado al final del cuestionario y recortarlo antes de entregarlo. De cualquiera de las dos formas, tu correo quedará desvinculado de tus respuestas. Tras finalizar el estudio, en junio de 2022, se realizará el sorteo aleatorio entre los participantes y se informará a los ganadores a través del correo electrónico facilitado. No se almacenará ninguno de los datos y metadatos generados al responder la encuesta que pudieran relacionar las respuestas con el dispositivo utilizado.

Los resultados extraídos del presente estudio podrán ser publicados en revistas científicas o publicaciones de carácter general, respetando siempre el principio de confidencialidad y en el marco del proyecto establecido con Fundación MAPFRE.

Queremos agradecer de forma sincera tu participación en este estudio que servirá para poder realizar proyectos de intervención en promoción de la salud en la comunidad universitaria.

Sí, manifiesto que he leído o me han leído la información del estudio; comprendo que mi participación es voluntaria al principio y durante la duración de todo el estudio; si he tenido dudas me las han resuelto; comprendo que los datos recogidos se incorporarán en una base de datos informatizada de forma confidencial para poder realizar la investigación.

Datos sociodemográficos

1. **Sexo:** Mujer Hombre Prefiero no contestar

2. **Edad:** _____

3. **Nacionalidad:** Española Otra: _____

4. **Indica tus estudios:** Grado Máster Doctorado

5. **Indica a qué área de conocimiento se corresponden tus estudios actuales:**

- Artes y Humanidades
- Ciencias
- Ciencias de la Salud
- Ciencias Sociales y Jurídicas
- Ingeniería y Arquitectura

6. **¿Qué curso académico estás cursando? (Si estás matriculado en asignaturas de diversos cursos, considera la del curso superior)**

- Primero
- Segundo
- Tercero
- Cuarto
- Quinto
- Sexto

7. **¿Con quién vives durante este curso académico?**

- Con mis padres
- Con compañeros/as de piso
- Con otros familiares
- Vivo solo/a
- Con mi pareja
- Residencia universitaria
- Otro: _____

8. ¿Trabajas actualmente (durante el curso) ?: Sí No (*salta a la pregunta 11*)

9. ¿Cuántas horas trabajas a la semana?

- 20 horas o menos
- De 21 a 34 horas
- De 35 a 39 horas
- 40 horas o más

10. Aproximadamente, ¿cuáles son tus ingresos netos mensuales por trabajo?

- No tengo ingresos Menos de 300 € De 301 a 600 €
- De 601 a 900 € De 901 a 1.200 € De 1.201 a 1.500 €
- Más de 1.500 €

11. ¿De cuánto dinero dispones a la semana para tus gastos?

- Menos de 30 €
- De 51 a 60 €
- De 30 a 40 €
- De 61 a 70 €
- De 41 a 50 €
- Más de 70 €

12. ¿Cuál es el nivel más alto de estudios completado por tu padre/tutor legal y madre/tutora legal?

Padre/tutor legal

- Sin estudios
- Primarios completos. Certificado escolar
- Grad. escolar, EGB hasta 8.º, ESO, FP grado medio
- Bachillerato, BUP, COU, FP grado superior
- Estudios universitarios (diplomado, ingeniero, licenciado)
- Estudios universitarios de máster o doctorado
- NS/NC

Madre/tutora legal

- Sin estudios
- Primarios completos. Certificado escolar
- Grad. escolar, EGB hasta 8.º, ESO, FP grado medio
- Bachillerato, BUP, COU, FP grado superior
- Estudios universitarios (diplomado, ingeniero, licenciado)
- Estudios universitarios de máster o doctorado
- NS/NC

13. ¿Cuánto pesas? _____

14. ¿Cuánto mides? _____

Percepción de salud y calidad de vida

15. En general, dirías que tu estado de salud ahora es:

- Muy bueno Bueno Regular Malo Muy malo

16. ¿Cómo crees que ha influido la situación de pandemia en tu respuesta a la pregunta anterior?

- No ha influido
- A mejor
- A peor
- Otro: _____

17. En general, dirías que tu calidad de vida ahora es:

- Muy buena Buena Regular Mala Muy mala

18. ¿Cómo crees que ha influido la situación de pandemia en tu respuesta a la pregunta anterior?

- No ha influido
- A mejor
- A peor
- Otro: _____

Hábitos de sueño y descanso

19. Durante las últimas 4 semanas, ¿con qué frecuencia...? (Responde todas las líneas)

	SIEMPRE	LA MAYORÍA DE LOS DÍAS	ALGUNOS DÍAS	POCOS DÍAS	NUNCA
...has dormido lo suficiente como para sentirte descansado/a al despertar por la mañana?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...te has despertado con sensación de ahogo o con dolor de cabeza?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...te ha costado conciliar el sueño?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...te has despertado durante el sueño y te ha costado volverte a dormir?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...has tenido dificultades para mantenerte despierto/a durante el día?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...has dormido el tiempo necesario para ti?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

20. ¿Consideras que el uso del teléfono móvil interfiere en tu calidad del sueño?

- Sí, mejora mi calidad de sueño
- Sí, empeora mi calidad de sueño
- No

21. ¿Cómo crees que ha influido la situación de pandemia en tu calidad del sueño?

- No ha influido
- Desde entonces mi calidad del sueño ha mejorado
- Desde entonces mi calidad del sueño ha empeorado

Consumo de alcohol

22. ¿Con qué frecuencia consumes alguna bebida alcohólica?

- Nunca *(salta a pregunta 26)*
- Una o menos veces al mes
- 2 a 4 veces al mes
- 2 o 3 veces a la semana
- 4 o más veces a la semana

23. ¿Cuántas consumiciones de bebidas alcohólicas sueles realizar en un día de consumo normal?

- 1-2
- 3-4
- 5-6
- 7-9
- 10 o más

24. ¿Con qué frecuencia tomas 6 o más bebidas alcohólicas en un solo día?

- Nunca
- Menos de una vez al mes
- Mensualmente
- Semanalmente
- A diario o casi a diario

25. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año...? (Responde todas las líneas)

	NUNCA	MENOS DE UNA VEZ AL MES	MENSUAL- MENTE	SEMANAL- MENTE	A DIARIO O CASI A DIARIO
...has sido incapaz de parar de beber una vez habías empezado?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...no pudiste hacer lo que se esperaba de ti porque habías bebido?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...has necesitado beber en ayunas para recuperarte después de haber bebido mucho el día anterior?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...has tenido remordimientos o sentimientos de culpa después de haber bebido?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...no has podido recordar lo que sucedió la noche anterior porque habías estado bebiendo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

26. ¿Alguna persona o tú mismo/a habéis resultado heridos/as porque tú habías bebido?

- No
- Sí, pero no en el último año
- Sí, en el último año

27. ¿Algún familiar, amigo/a, médico/a o profesional sanitario han mostrado preocupación por tu consumo de bebidas alcohólicas o te han sugerido que dejes de beber?

- No
- Sí, pero no en el curso del último año
- Sí, en el último año

28. ¿Cómo crees que ha influido la situación de pandemia en tu consumo de alcohol?

- No me ha influido. (No bebo o bebo lo mismo)
- Desde entonces bebo menos o dejé de beber
- Desde entonces bebo más o empecé a beber

Consumo de tabaco

Aproximadamente, ¿cuántos cigarrillos fumas al mes?: _____

29. ¿Fumas?

- No fumo ni he fumado nunca de forma habitual (*salta a pregunta 37*)
- No fumo actualmente, pero he fumado antes (*salta a pregunta 37*)
- Sí

30. ¿Cuánto tardas, después de despertarte, en fumar tu primer cigarrillo?

- 5 minutos o menos
- Entre 6 y 30 minutos
- Entre 31 y 60 minutos
- Más de 60 minutos

31. ¿Te resulta difícil no fumar en lugares donde está prohibido, tales como iglesias, bibliotecas, cines, etc.?

- Sí
- No

32. ¿A qué cigarrillo odiarías más renunciar?

- Al primero de la mañana
- A cualquier otro

33. ¿Cuántos cigarrillos fumas al día?

- 10 o menos
- 11-20
- 21-30
- 31 o más

34. ¿Fumas más a menudo durante las primeras horas después de despertarte que durante el resto del día?

- Sí
- No

35. ¿Fumas cuando estás tan enfermo/a que pasas en la cama la mayor parte del día?

- Sí
- No

36. ¿Cómo crees que ha influido la situación de pandemia en tu consumo de tabaco?

- No me ha influido nada. (No fumo o fumo lo mismo)
- Desde entonces fumo menos cigarrillos o he dejado de fumar
- Desde entonces fumo más cigarrillos o he empezado a fumar

Consumo de otras sustancias**37. ¿Consumes alguna otra sustancia (cannabis, éxtasis o derivados, anfetaminas, sustancias psicodélicas o alucinógenos, cocaína, heroína, etc.)?**

- No consumo ninguna sustancia ni he consumido nunca de forma habitual *(salta a pregunta 40)*
- No consumo ninguna sustancia actualmente, pero he consumido antes
- Sí, de forma ocasional
- Sí, de forma frecuente
- Prefiero no contestar *(salta a pregunta 40)*

Tipo de sustancia: _____

38. ¿Cómo crees que ha influido la situación de pandemia en tu consumo de esas sustancias?

- No me ha influido nada. (No tomo o tomo lo mismo)
- Desde entonces consumo menos o dejé de consumir
- Desde entonces consumo más o empecé a consumir

Alimentación

A continuación, responde a todas las siguientes preguntas teniendo en cuenta tu consumo habitual. Para responder las cantidades y/o raciones indica la cantidad concreta y más ajustada a la realidad.

39. ¿Cuántas comidas/ingestas sueles hacer al día?

- 0-1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6 o más

40. ¿Usas principalmente aceite de oliva para cocinar?

- Sí
- No

41. ¿Cuánto aceite de oliva consumes en total al día? (las guarniciones o acompañamientos contabilizan como ½ ración)

- 0-1 cucharada soperas
- 2 cucharadas soperas o más

42. ¿Cuántas piezas de fruta (incluyendo zumo natural) consumes al día?

- Ninguna
- 1 o 2
- 3 o 4
- Más de 5

43. ¿Cuántas raciones de carnes rojas, hamburguesas, salchichas o embutidos consumes al día? (Una ración equivale a 100-150 g)

- Menos de 1 al día
- 1 al día o más

44. ¿Cuántas raciones de mantequilla, margarina o nata consumes al día? (Una porción equivale a 12 g)

- Menos de 1 al día
- 1 al día o más

45. Cuántas bebidas carbonatadas y/o azucaradas (refrescos, colas, tónicas, bitter) consumes al día?

- Menos de 1 al día
- 1 al día o más

46. ¿Bebes vino? ¿Cuánto consumes a la semana?

- Nada o menos de 3 vasos por semana
- 3 o más vasos por semana

47. ¿Cuántas raciones de legumbres consumes a la semana? (Una ración o plato equivale a 150 g)

- Ninguna
- 1 o 2 por semana
- 3 o más por semana

48. ¿Cuántas raciones de pescado o mariscos consumes a la semana? (Un plato, pieza o ración equivale a 100-150 g de pescado o 4-5 piezas de marisco)

- Ninguna
- 1 o 2 por semana
- 3 o más por semana

49. ¿Cuántas veces consumes repostería comercial (no casera) como galletas, flanes, dulces o pasteles a la semana?

- Ninguna
- 1 o 2 por semana
- 3 o más por semana

50. ¿Cuántas veces consumes frutos secos a la semana? (Una ración equivale a 30 g)

- Ninguna
- 1 o más por semana

51. ¿Consumes preferentemente carne de pollo, pavo o conejo en vez de ternera, cerdo, hamburguesas o salchichas? (Carne de pollo: una pieza o ración equivale a 100-150 g)

- Sí
- No

52. ¿Cuántas veces a la semana consumes los vegetales cocinados, la pasta, el arroz u otros platos aderezados con una salsa de tomate, ajo, cebolla o puerro elaborada a fuego lento con aceite de oliva (sofrito)?

- Ninguna
- 1 por semana
- 2 o más por semana

53. ¿Cómo crees que ha influido la situación de pandemia en tu alimentación?

- No me ha influido en nada
- Desde entonces como de forma más saludable
- Desde entonces como de forma menos saludable

Actividad física

Piensa en las actividades intensas que has realizado habitualmente en el último mes. Las actividades físicas intensas se refieren a aquellas que implican un esfuerzo físico intenso y que te hacen respirar mucho más intensamente que lo normal. Piensa solo en aquellas actividades físicas que realizaste durante por lo menos 10 minutos seguidos.

54. ¿En cuántos días por semana realizaste actividades físicas intensas tales como levantar objetos pesados, excavar, pedalear rápido en bicicleta o correr rápido, fútbol, baloncesto, montañismo, natación de competición, etc.?

_____ días por semana.

55. Los días que realizaste esta actividad física intensa, ¿cuánto tiempo dedicaste a realizarla?

_____ minutos por día.

Piensa en todas las actividades moderadas que has realizado habitualmente en el último mes. Las actividades moderadas son aquellas que requieren un esfuerzo físico moderado que te hace respirar algo más intensamente que lo normal. Piensa solo en aquellas actividades físicas que realizaste durante por lo menos 10 minutos seguidos.

56. ¿En cuántos días por semana hiciste actividades físicas moderadas como ir en bicicleta, nadar o correr a paso regular, jugar dobles de tenis, cargar objetos livianos, gimnasia, patinaje, golf, baile, yoga, etc.? No incluyas caminar.

_____ días por semana.

57. Los días que realizaste esta actividad física moderada, ¿cuánto tiempo dedicaste a realizarla?

_____ minutos por día.

Piensa en el tiempo que dedicaste a caminar habitualmente en el último mes. Esto incluye caminar en el trabajo o en la casa, para trasladarse de un lugar a otro, o cualquier otra caminata que podrías hacer solamente para la recreación, el deporte, el ejercicio o el ocio.

58. ¿Cuántos días por semana caminaste por lo menos 10 minutos seguidos?

59. Habitualmente, ¿cuánto tiempo en total dedicaste a caminar en uno de esos días?

_____ minutos por día

La última pregunta es acerca del tiempo que pasaste sentado/a durante los días hábiles de forma habitual (último mes). Esto incluye el tiempo dedicado al trabajo, en la casa, en una clase, y durante el tiempo libre. Puedes incluir el tiempo que pasaste sentado/a ante un escritorio, visitando amigos/as, leyendo, en coche, o sentado/a o recostado/a mirando la televisión.

60. Durante el último mes ¿cuánto tiempo pasaste sentado/a de media?

_____ horas por día

61. ¿Utilizas alguna app en tu teléfono móvil relacionada con la práctica de actividad física?

- Sí
- No *(salta a pregunta 65)*

62. ¿Cuál/es? _____

63. ¿Has practicado actividad física en casa durante el confinamiento?

- No o casi nunca
- Sí, entre 1 y 2 veces por semana
- Sí, entre 3 y 4 veces por semana
- Sí, 5 o más veces por semana

64. ¿Cómo crees que ha influido la situación de pandemia en tu práctica de actividad física?

- No me ha influido en nada
- Desde entonces he aumentado las horas semanales destinadas a la práctica de AF
- Desde entonces he reducido las horas semanales destinadas a la práctica de AF

65. ¿Consideras que la actividad física ha contribuido en tu bienestar físico y emocional durante la pandemia? *(Responde solo si has contestado que sí a la pregunta 65)*

- No
- Sí, un poco
- Sí, bastante
- Sí, mucho

Interacciones sociales

A continuación, se presentan algunas cosas que las personas hacen por nosotros o nos proporcionan. Elige cada una de las respuestas que mejor reflejen tu situación. *(Responde todas las líneas)*

	MUCHO MENOS DE LO QUE DESEO	MENOS DE LO QUE DESEO	NI MUCHO NI POCO	CASI COMO LO DESEO	TANTO COMO LO DESEO
Recibo visitas de mis amigos/as y familiares	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Recibo ayuda en asuntos relacionados con mi casa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Recibo elogios y reconocimiento cuando hago bien mi trabajo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cuento con personas que se preocupan de lo que me sucede	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Recibo amor y afecto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tengo la posibilidad de hablar con alguien de mis problemas en mi trabajo y en casa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tengo la posibilidad de hablar con alguien de mis personales y familiares	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tengo la posibilidad de hablar con alguien de mis problemas económicos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Recibo invitaciones para distraerme y salir con otras personas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Recibo consejos útiles cuando me ocurre algún acontecimiento importante en mi vida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Recibo ayuda cuando estoy enfermo/a en la cama	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Uso del teléfono móvil Las siguientes preguntas hacen referencia al uso de tu teléfono móvil. En algunas de ellas necesitarás consultar tu teléfono móvil (en la opción de ajustes, bienestar digital o uso responsable).

66. ¿Cuánto dinero cuesta ahora el teléfono móvil que utilizas actualmente?

- Menos de 550 €
- Más de 550 €

67. Entre semana, ¿cuánto tiempo consideras que utilizas el teléfono móvil a lo largo del día? (horas/día)

- Menos de 1 hora
- Entre 1 y 2 horas
- Entre 2 y 3 horas
- Entre 3 y 4 horas
- 5 o más horas

68. Durante el fin de semana, ¿cuánto tiempo consideras que utilizas el teléfono móvil a lo largo del día? (horas/día)

- Menos de 1 hora
- Entre 1 y 2 horas
- Entre 2 y 3 horas
- Entre 3 y 4 horas
- 5 o más horas

69. Indica el tiempo medio diario REAL que utilizas el teléfono móvil (media de horas al día). (Para contestar esta pregunta necesitas acceder a tu teléfono móvil)

_____ horas al día

70. Ordena de mayor a menor el tiempo de uso que das a los siguientes tipos de apps

Uso formativo (estudios) y/o laboral: _____

Uso utilitario (revisar correo, mapas, cámara de fotos, agenda, despertador, llamadas, banco *online*, etc.): _____

Ocio y entretenimiento (juegos, vídeos, series, música, etc.): _____

Redes y contacto social: _____

Juegos de azar (apuestas): _____

71. ¿Cómo crees que ha influido la situación de pandemia en tu tiempo de uso del teléfono móvil?

- No me ha influido nada
- Desde entonces he aumentado las horas diarias de uso
- Desde entonces he reducido las horas diarias de uso

72. ¿Cómo crees que ha influido la situación de pandemia en tu tipo de uso del teléfono móvil? (respuesta múltiple)

- No me ha influido nada
- Desde entonces hago un uso más variado
- Desde entonces hago un uso menos variado
- Desde entonces hago un uso más lúdico (no social)
- Desde entonces hago un uso más social

Contesta ahora las siguientes afirmaciones en relación con el teléfono móvil indicando en qué medida sientes que cada una de ellas es verdadera o falsa en tu caso, según una escala en donde 1 significa que nada tiene que ver contigo o no es verdadera, y 10 que es verdadera o totalmente aplicable para ti. *(Responde todas las líneas)*

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nunca tengo tiempo suficiente para el móvil	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cuando me he sentido mal he utilizado el móvil para sentirme mejor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Empleo mi tiempo con el móvil, cuando debería estar haciendo otras cosas y esto me causa problemas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
He intentado ocultar a los demás el tiempo que dedico a hablar con el móvil	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
El uso del móvil me ha quitado horas de sueño	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
He gastado más de lo que debía o podía pagar con el móvil	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cuando no estoy localizable me preocupo con la idea de perderme alguna llamada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A veces, cuando estoy al teléfono y estoy haciendo algo más, me dejo llevar por la conversación y no presto atención a lo que estoy haciendo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
El tiempo que paso en el móvil se ha incrementado en los últimos 12 meses	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
He usado el móvil para hablar con otros cuando me sentía solo/a o aislado/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
He intentado pasar menos tiempo con el móvil, pero soy incapaz. Me cuesta apagar el móvil	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Me noto nervioso/a si paso tiempo sin consultar mis mensajes o si no he conectado el móvil	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Suelo soñar con el móvil	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mis amigos/as y familia se quejan porque uso mucho el móvil	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si no tuviera móvil, a mis amigos/as les costaría ponerse en contacto conmigo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mi rendimiento ha disminuido a consecuencia del tiempo que paso con el móvil	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tengo molestias que se asocian al uso del móvil	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Me veo enganchado/a al móvil más tiempo de lo que me gustaría	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A veces preferiría usar el móvil que tratar otros temas más urgentes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Suelo llegar tarde cuando quedo porque estoy enganchado/a al móvil cuando no debería	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Me pongo de mal humor si tengo que apagar el móvil en clases, comidas o en el cine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Me han dicho que paso demasiado tiempo con el móvil	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Más de una vez me he visto en un apuro porque mi móvil ha empezado a sonar en una clase, cine o teatro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A mis amigos/as no les gusta que tenga el móvil apagado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Me siento perdido/a sin el móvil	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

73. Contesta ahora las siguientes afirmaciones según el grado de acuerdo, SIENDO 1 TOTALMENTE EN DESACUERDO Y 7 TOTALMENTE DE ACUERDO.

	1	2	3	4	5	6	7
Me sentiría mal si no pudiera acceder en cualquier momento a la información a través de mi <i>smartphone</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Me molestaría si no pudiera consultar información a través de mi <i>smartphone</i> cuando quisiera	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Me pondría nervioso/a si no pudiera acceder a las noticias (p. ej. sucesos, predicción meteorológica, etc.) a través de mi <i>smartphone</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Me molestaría si no pudiera utilizar mi <i>smartphone</i> y/o sus aplicaciones cuando quisiera	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Me daría miedo si mi <i>smartphone</i> se quedase sin batería	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Me daría algo si estuviera a punto de quedarme sin saldo o de alcanzar mi límite de gasto mensual	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si me quedara sin señal de datos o no pudiera conectarme a una red wifi, estaría comprobando constantemente si he recuperado la señal o logro encontrar una red	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si no pudiera utilizar mi <i>smartphone</i> , tendría miedo de quedarme tirado/a en alguna parte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si no pudiera consultar mi <i>smartphone</i> durante un rato, sentiría deseos de hacerlo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Me inquietaría por no poder comunicarme al momento con mi familia y/o amigos/as	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Me preocuparía porque mi familia y/o amigos/as no podrían contactar conmigo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Me pondría nervioso/a por no poder recibir mensajes de texto ni llamadas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Estaría inquieto/a por no poder mantenerme en contacto con mi familia y/o amigos/as	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Me pondría nervioso/a por no poder saber si alguien ha intentado contactar conmigo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Me inquietaría por haber dejado de estar constantemente en contacto con mi familia y/o amigos/as	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Me pondría nervioso/a por estar desconectado/a de mi identidad virtual	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Me sentiría mal por no poder mantenerme al día de lo que ocurre en los medios de comunicación y redes sociales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Me sentiría incómodo/a por no poder consultar las notificaciones sobre mis conexiones y redes virtuales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Me agobiaría por no poder comprobar si tengo nuevos mensajes de correo electrónico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Me sentiría raro/a porque no sabría qué hacer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Impacto de la pandemia

74. Por favor, marca todas las casillas que se correspondan con tu situación en la pandemia (respuesta múltiple)

- Me he contagiado de COVID
- Algún familiar cercano o ser querido se ha contagiado de COVID-19
- He sido hospitalizado/a por COVID19
- Algún familiar cercano o ser querido ha sido hospitalizado por COVID-19
- Ha fallecido algún familiar cercano o ser querido por COVID-19

75. Durante el período que dura la pandemia, ¿con qué frecuencia...? (Responde todas las líneas)

	MUCHOS DÍAS	BASTANTES DÍAS	ALGUNOS DÍAS	NUNCA O CASI NUNCA
Has sentido poco interés o placer en hacer cosas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Te has sentido decaído/a, deprimido/a o sin esperanza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Te has sentido nervioso/a, ansioso/a o muy alterado/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Te has sentido incapaz de parar o controlar las preocupaciones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Has tenido pensamientos o recuerdos desagradables no deseados sobre el coronavirus y sus consecuencias	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Has tenido pesadillas o imágenes relacionadas con el coronavirus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Has tenido problemas de sueño	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Has tenido pensamientos o recuerdos que te han producido reacciones físicas, como sudoración, taquicardia, etc.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Te has sentido angustiado/a o agobiado/a debido a pensamientos o recuerdos sobre el coronavirus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Has intentado evitar pensamientos o recuerdos molestos sobre el coronavirus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Los pensamientos, recuerdos o imágenes sobre el coronavirus han alterado tu vida social, tu trabajo o tareas cotidianas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Has sentido mucha ansiedad o miedo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Te has sentido solo/a o aislado/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Has sentido desesperanza con respecto al futuro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Te has sentido irritable, con ira, enfado o agresividad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Te has sentido agobiado/a o estresado/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Te has sentido intranquilo/a o inquieto/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

76. ¿Cuánto miedo o preocupación has sentido sobre las siguientes situaciones? *(Responde todas las líneas)*

	MUCHO	BASTANTE	ALGO	POCO	NADA
A contagiarte del coronavirus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A morir debido al coronavirus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A que se contagie algún/a familiar o algún ser querido (u "otro/a" si ya se ha contagiado)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A que pueda morir algún familiar o algún ser querido (u "otro/a" si ya ha muerto alguno)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A que se siga propagando el coronavirus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A que puedas contagiar a algún familiar o ser querido	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A que puedas perder tus ingresos económicos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A que algún familiar o algún ser querido pierda el trabajo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A estar solo/a o aislado/a socialmente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A que la sociedad ya no vuelva a ser la misma de antes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A que las pandemias se conviertan en parte de nuestra vida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

¡Muchas gracias!

Has finalizado el cuestionario.

Si deseas participar en los sorteos, escanea con tu móvil el siguiente código QR y rellena la información solicitada o completa el apartado inferior. Rellenando el correo electrónico confirmas que quieres participar en los sorteos explicados al inicio del cuestionario:

CÓDIGO QR

(Recortar por esta línea)

A continuación, escribe tu correo electrónico y tu universidad de pertenencia en mayúsculas si deseas participar en el sorteo que realice tu universidad, si es el caso, y el que realizará la REUPS:

Anexo 2. Comité de ética



Universitat
de les Illes Balears

Exp.núm. 197CER21

Informe del Comité de Ética de la Investigación⁽¹⁾ relativo a la solicitud de evaluación del proyecto de investigación *Uso del teléfono móvil, estilo de vida y bienestar psicológico en estudiantes universitarios. Influencia de la pandemia del SARS-CoV-2.*, presentado por el señor Antoni Aguiló Pons, del Departamento de Enfermería y Fisioterapia de la UIB.

Vista la solicitud el 19 de abril de 2021 y revisada el 6 de mayo de 2021, la información presentada a este comité por el señor Antoni Aguiló Pons, con el fin de que emita el correspondiente informe.

Visto el Acuerdo Normativo de 13 de junio de 2014 (FOU núm. 403), y de acuerdo con el artículo 2º de éste, el Comité es competente para analizar el citado proyecto.

De conformidad con el art. 4, letra a), del Acuerdo Normativo de 13 de junio, el Comité ha revisado la documentación presentada desde el punto de vista ético y jurídico.

De conformidad con el art. 4, letra b), del Acuerdo Normativo de 13 de junio, se ha evaluado la idoneidad del protocolo en relación a los objetivos del estudio y su eficiencia científica.

De conformidad con el art. 4, letra c), del Acuerdo Normativo de 13 de junio, se ha comprobado que está previsto el consentimiento informado y libre de las personas que participen en el estudio.

Por todo lo anterior, y de acuerdo con lo decidido unánimemente por el Comité en fecha 6 de mayo de 2021.

Se informa favorablemente la solicitud de evaluación del proyecto *Uso del teléfono móvil, estilo de vida y bienestar psicológico en estudiantes universitarios. Influencia de la pandemia del SARS-CoV-2*, presentado por el señor Antoni Aguiló Pons, del Departamento de Enfermería y Fisioterapia de la UIB e investigador principal del proyecto.

Palma, 12 de mayo de 2021

Firmado digitalmente por MIRALLES

SOCIAS ANTONIO - DNI 42976237R

Fecha: 2021.05.12 10:59:59 +02'00'

Antoni Miralles Socias
Presidente del Comité de Ética de la Investigación

Sr. Antoni Aguiló Pons.

⁽¹⁾El Comité de Ética de la Investigación (Comité d'Ètica de la Recerca, CER) de la Universitat de les Illes Balears, creado a través del Acuerdo Normativo de 13 de junio de 2014 (FOU núm. 403), tiene como finalidad apoyar a los investigadores cuya tarea científica implique el uso de datos procedentes de seres humanos. Es objetivo prioritario de este comité garantizar que los diseños experimentales y los protocolos propuestos cumplan la legalidad vigente y los principios éticos de respeto a la dignidad humana, confidencialidad, no discriminación y proporcionalidad entre los riesgos y los beneficios esperados. No es función de este comité informar sobre el cumplimiento de la normativa sobre protección de datos. Quedan excluidos de las competencias del CER los estudios con medicamentos, regulados según el Real decreto 223/2004, de 6 de febrero, por el cual se regulan los ensayos clínicos con medicamentos, y las investigaciones que impliquen procedimientos invasivos en seres humanos o la utilización de muestras biológicas de origen humano, regulados en la Ley 14/2007, de 8 de julio, de investigación biomédica.

Fundación **MAPFRE**

www.fundacionmapfre.org

Paseo de Recoletos, 23

28004 Madrid