



Universidad de Valladolid

PROGRAMA DE DOCTORADO EN INVESTIGACIÓN EN CIENCIAS DE LA SALUD

TESIS DOCTORAL:

***CONDUCTAS SEXUALES DE RIESGO, ORIENTACIÓN
SEXUAL Y CONSUMO DE DROGAS EN LOS ESTUDIANTES
DE PRIMER CURSO DE GRADO UNIVERSITARIO. PROYECTO
uniHcos***

Presentada por **Susana Redondo Martín** para optar
al grado de
Doctora por la Universidad de Valladolid

Dirigida por:
Dra. Natalia Jimeno Bulnes



Secretaría Administrativa. Escuela de Doctorado. Casa del Estudiante. C/ Real de Burgos s/n. 47011-Valladolid. ESPAÑA
Tfno.: + 34 983 184343; + 34 983 423908; + 34 983 186471 - **Fax** 983 186397 - **E-mail:**
seccion.tercer.ciclo@uva.es

***Y de repente apareció en mi rostro
Un rostro de extranjero
Y eras también yo mismo:
Era yo que crecía,
Eras tú que crecías,
Era todo,
Y cambiamos
Y nunca más supimos quiénes éramos,
Y a veces recordamos
Al que vivió en nosotros
Y le pedimos algo, tal vez que nos recuerde,
Que sepa por lo menos que fuimos él, que hablamos
Con su lengua,
Pero desde las horas consumidas
Aquél nos mira y no nos reconoce.***

*Pablo Neruda. Poema El niño perdido
en Memorial de Isla Negra. Madrid, Visor, 1994*

***“La educación no cambia el mundo,
pero cambia las personas
que cambiarán el mundo”
basada en las ideas de Paulo Freire***

AGRADECIMIENTOS

A la doctora, profesora, catedrática y amiga Ana Almaraz, por todo su apoyo durante estos años de doctorado. Por seguir animándome a no dejar de trabajar en la tesis a pesar de la complejidad de la vida. Porque trabajar, ser madre, profesora asociada e investigar es como hacer un encaje de bolillos, y es fácil perder la ilusión y abandonar. Sé que no he podido terminar el proyecto contigo, pero tú fuiste el origen y la razón de que esta tesis esté terminada. Gracias por estar a mi lado.

A la doctora Natalia Jimeno, por querer coger el testigo de la doctora Ana Almaraz. Quiero mostrarle mi gratitud por todas las facilidades que me ha puesto en esta recta final del proceso. Por su interés por el tema, su disponibilidad y su capacidad de motivación que ha conseguido que fuera capaz de encontrar las fuerzas necesarias para terminar este largo camino.

A Tania Fernández, la persona que nos embarcó en el *Proyecto unichos*. Gracias por resolver todas mis dudas sobre el cuestionario, el origen y sus razones y por su tesón en mantener el proyecto vivo.

A mi amigos y compañeros:

Alexander Velázquez, gracias por tu apoyo con los análisis complejos estadísticos que me han permitido terminar la tesis a tiempo.

Ana Trueba, gracias por su ayuda y por transmitir siempre esa energía tan positiva.

Nacho Rosell, por haber sido mi maestro desde que empecé en la especialidad. Por enseñarme a ser preventivista comprometida y apoyarme en el trabajo de promoción de la salud desde el rigor y el valor que nuestra especialidad se merece, aunque muchas veces se vea denostada. Esta tesis precisamente orienta a promover y mejorar las intervenciones de promoción de la salud desde la universidad. Gracias porque mi trayectoria profesional no hubiera sido posible sin ti.

A Luis, mi compañero de vida, por el camino recorrido, por todo lo que hemos compartido. En especial, gracias por estos últimos meses, por tu apoyo, paciencia y por todo lo que has tenido que asumir en mi ausencia. Porque este trabajo ha supuesto una etapa larga, de estar, pero sin estar, y en todo momento he sentido tu apoyo. Gracias por animarme en los momentos en los que he estado a punto de dejarlo todo y cuando la informática se ponía en mi contra, o la sobrecarga de trabajo, y el estrés no me dejaba tiempo para seguir adelante.

Gracias también a mi hija Lucía y mi hijo Iván, por aguantar todo el mal humor, el estrés y las ausencias de estos meses, espero no haberme perdido nada importante. Sabéis que siempre estaré para vosotros. Sois lo más importante de mi vida, os quiero.

Por último, gracias a mis padres, Upe y José M^a, por enseñarme a ser buena persona, a tener un pensamiento crítico, a respetar a los demás, a valorar el esfuerzo y el trabajo junto con otros y, en pro de otros que están en peores circunstancias o han tenido menos oportunidades. Una parte muy importante de lo que soy se debe a vosotros. Y a mis hermanos Ana Bel y José M^a, porque siempre estáis ahí cuando os necesito.

RESUMEN

El inicio en la universidad es un periodo vital importante, para el desarrollo madurativo cognitivo, personal y social del alumnado. Esta etapa de transición está vinculada con situaciones de estrés y de incorporación de conductas de riesgo. La literatura identifica a la población no heteronormativa como colectivo de mayor riesgo.

Estudio observacional, descriptivo y transversal, cuyo objetivo es valorar las conductas sexuales, especialmente las de riesgo; así como el consumo de alcohol, cannabis y otras drogas en el alumnado de primer año de carrera. Se recogen datos de seis cursos, mediante el cuestionario on-line del *Proyecto unichos*. Participan 11 universidades públicas de 7 comunidades autónomas españolas. El análisis se realiza de forma diferencial por género, valorando la orientación sexual. Se utilizan las pruebas t de Student, ANOVA, Chi-cuadrado, Test de Fischer o Razón de verosimilitud según el tipo de variables. Se realiza una regresión logística sobre las conductas sexuales de riesgo y consecuencias: no utilización del preservativo, uso de la píldora postcoital e infecciones de transmisión sexual (ITS).

La muestra cuenta con 7.125 mujeres y 2.737 hombres; con mayor representación de ciencias jurídicas y sociales y salud. El 87,3% de mujeres y el 83,5% de hombres se declaran heterosexuales; el 9% de hombres y el 2,2% de mujeres homosexuales y, el 9% de mujeres y el 6,1% de hombres bisexuales. Las categorías no heteronormativas presentan porcentajes inferiores a otros estudios, salvo las “otras orientaciones” (1,2%). En mujeres el porcentaje de bisexuales aumenta lo largo del estudio.

El alumnado con relaciones/prácticas sexuales antes de los 15 años es del 11% (19,9% en bisexuales y homosexuales 15,2%) y el 74,5% ha tenido relaciones sexuales con penetración alguna vez en su vida (mayor en mujeres bisexuales y hombres homosexuales). El número de parejas sexuales en el último año es superior en hombres (2,38 frente a 1,84) y entre hombres homosexuales y mujeres bisexuales.

El 78,3% de mujeres ha tenido alguna vez relaciones sexuales sin protección frente al 75,2% de hombres. Se identifican como factores de riesgo: >21 años, pareja estable y >1 relación/práctica sexual/semana. En mujeres: estudiar y trabajar, relaciones

antes de los 15 años y consumo de cannabis. El consumo de alcohol, no se establece como factor de riesgo.

La prevalencia de ITS alguna vez es de 8,3% en mujeres y 5,4% en hombres (principalmente micosis y clamidia), datos superiores a otros estudios. Se identifican como factores de riesgo: >21 años, >3 parejas sexuales/año, orientación sexual (hombres homosexuales y mujeres bisexuales) y patrones de consumo problemático de alcohol. En hombres: consumo de drogas ilegales diferentes del cannabis; en mujeres: inicio precoz de las relaciones y >1 relaciones/sem.

El consumo de alcohol en el último mes, borracheras en 12 meses, atracón y consumo de riesgo son superiores a la población general de esta edad (78,2%; 60,9%; 49% y 30,8% respectivamente). El atracón es similar en hombres y mujeres, el del último mes y borracheras son superiores en ellos y el de riesgo en ellas. Las mujeres bisexuales presentan consumos en atracón y de riesgo mayores. El consumo de cannabis es superior a la población general y mayor en hombres (alguna vez 51,3%; 30 días 19%). El consumo de drogas ilegales entre población homosexual y bisexual es superior.

Los resultados plantean la necesidad mejorar la investigación en este campo, así como realizar intervenciones de promoción de la salud en la universidad basadas en la evidencia: entornos saludables y seguros, talleres que ajusten conocimientos, falsas creencias, promuevan habilidades y, detección precoz de problemas mediante servicios de asesoramiento, prestando especial atención al colectivo no heteronormativo, con intervenciones breves y/o derivación a recursos específicos.

Palabras clave: drogas, conductas sexuales de riesgo, estudiantes universitarios, orientación sexual.

ABSTRACT

The transition to university represents a critical developmental period for students' cognitive, personal, and social maturation. This stage is often associated with stress and the adoption of risk behaviors. The literature identifies non-heteronormative populations as being at greater risk.

This observational, descriptive, and cross-sectional study aims to assess sexual behaviors—particularly those considered risky—as well as the consumption of alcohol, cannabis, and other drugs among first-year university students. Data were collected over six academic years using the online questionnaire from the unicHos Project. Eleven public universities from seven Spanish autonomous communities participated. Analyses were stratified by gender and considered sexual orientation. Statistical tests included Student's t-test, ANOVA, Chi-square, Fisher's exact test, and likelihood ratio tests, depending on variable type. Logistic regression was conducted to examine predictors of risky sexual behaviors and their consequences, including non-use of condoms, use of emergency contraception, and sexually transmitted infections (STIs).

The sample comprised 7,125 women and 2,737 men, with a predominance of students from social sciences, law, and health-related fields. Among participants, 87.3% of women and 83.5% of men identified as heterosexual; 9% of men and 2.2% of women as homosexual; and 9% of women and 6.1% of men as bisexual. Non-heteronormative categories were underrepresented compared to other studies, except for "other orientations" (1.2%). The proportion of bisexual women increased over the study period.

Approximately 11% of students reported engaging in sexual activity before age 15 (19.9% among bisexuals and 15.2% among homosexuals). Overall, 74.5% had experienced penetrative sex at least once, with higher rates among bisexual women and homosexual men. Men reported a higher number of sexual partners in the past year (2.38 vs. 1.84), particularly among homosexual men and bisexual women.

Unprotected sex was reported by 78.3% of women and 75.2% of men. Identified risk factors included being over 21 years old, having a stable partner, and engaging in sexual activity more than once per week. Among women, additional risk factors included combining study with employment, early sexual debut, and cannabis use. Alcohol consumption was not identified as a risk factor.

The lifetime prevalence of STIs was 8.3% among women and 5.4% among men (mainly mycoses and chlamydia), higher than in previous studies. Risk factors included being over 21, having more than three sexual partners per year, sexual orientation (homosexual men and bisexual women), and problematic alcohol use. Among men, use of illegal drugs other than cannabis was a risk factor; among women, early sexual debut and frequent sexual activity were significant.

Alcohol use in the past month, episodes of drunkenness in the past year, binge drinking, and risky consumption were all higher than in the general population of the same age group (78.2%, 60.9%, 49%, and 30.8%, respectively). Binge drinking rates were similar between genders, but men reported higher rates of recent use and drunkenness, while women showed higher rates of risky consumption. Bisexual women exhibited the highest rates of binge and risky drinking. Cannabis use exceeded that of the general population and was more prevalent among men (ever use: 51.3%; past 30 days: 19%). Illegal drug use was higher among homosexual and bisexual participants.

These findings highlight the need for further research in this area and the implementation of evidence-based health promotion interventions at universities. Recommended actions include creating safe and healthy environments, offering workshops to correct misinformation and build skills, and providing early detection services through counseling, with particular attention to non-heteronormative populations via brief interventions and/or referral to specialized resources.

Key words: drugs, risk sexual behaviour, college students, sexual orientation

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN	1
1.1. LA JUVENTUD: UNA ETAPA DEL DESARROLLO FUNDAMENTAL	1
1.1.1. <i>Definición de juventud</i>	1
1.1.2 <i>Características de esta etapa del desarrollo</i>	1
1.1.3. <i>Situación actual de la juventud en España</i>	6
1.2. LA UNIVERSIDAD COMO CONTEXTO SOCIALIZADOR	8
1.2.1. <i>Características de la población universitaria española</i>	8
1.2.2. <i>Elementos clave de este momento de transición</i>	9
1.2.3. <i>La promoción de la salud en el entorno universitario</i>	10
1.2.4. <i>La responsabilidad social de la universidad</i>	11
1.3. LA SALUD SEXUAL	14
1.3.1. <i>Definiciones relacionadas</i>	14
1.3.2. <i>Situación actual en la población joven</i>	19
1.3.2.1. Edad de inicio de las relaciones sexuales	21
1.3.2.2. Frecuencia de relaciones sexuales.....	23
1.3.2.3. Número de parejas sexuales	26
1.3.2.4. Orientación y conductas sexuales	27
1.3.2.5. Utilización de métodos anticonceptivos y de barrera	28
1.3.2.6. Infecciones de transmisión sexual en población joven	34
1.3.2.7. Interrupciones voluntarias del embarazo. Embarazos no deseados..	38
1.4. CONSUMO DE DROGAS	40
1.4.1. <i>Definición droga</i>	40
1.4.2. <i>Tipos de consumo</i>	40
1.4.3. <i>Factores de riesgo y de protección</i>	44
1.4.4. <i>Situación actual del consumo de drogas en población joven</i>	48
1.4.4.1. Edades de inicio.	48
1.4.4.2. Percepción del riesgo y motivos de consumo de alcohol.....	49
1.4.4.3. Accesibilidad drogas ilegales	53
1.4.4.4. Prevalencias de consumo	54
1.4.4.4.1. Alcohol.....	65
1.4.4.4.2. Cannabis	70
1.4.4.4.3. Otras drogas.....	74

1.4.4.5. Consumo de drogas y conductas sexuales de riesgo.....	75
2. JUSTIFICACIÓN	77
3. HIPÓTESIS	79
4. OBJETIVOS	81
4.1. OBJETIVOS GENERALES	81
4.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS	81
5. MATERIAL Y MÉTODOS	83
5.1. DISEÑO Y TIPO DE ESTUDIO	83
5.2. ÁMBITO Y POBLACIÓN	83
5.3. MUESTRA (CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN).....	83
5.4. RECOGIDA DE DATOS.....	85
5.5. VARIABLES DE ESTUDIO	87
5.5.1. <i>Variables originales</i>	88
5.5.1.1. Variables Sociodemográficas y académicas.....	88
5.5.1.2. Variables de salud sexual	89
5.5.1.3. Variables relativas al consumo de alcohol y drogas ilegales	91
5.5.2. <i>Variables recodificadas o nuevas</i>	93
5.5.2.1. Variables sociodemográficas	93
5.5.2.2. Variables sobre hábitos sexuales	94
5.5.2.3. Variables sobre consumo de drogas	96
5.6. ANÁLISIS DE DATOS	98
5.7. ASPECTOS ÉTICOS	100
5.8. FINANCIACIÓN.....	100
6. RESULTADOS	103
6.1. VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS Y ACADÉMICAS	103
6.2. DATOS RELACIONADOS CON LAS CONDUCTAS SEXUALES	105
6.2.1. <i>Orientación sexual</i>	105
6.2.2. <i>Relaciones sexuales en hombres y mujeres y prácticas sexuales en mujeres</i>	107
6.2.2.1. Relaciones sexuales alguna vez en la vida y edad media de inicio .	108

6.2.2.2. Relaciones sexuales en hombres y relaciones sexuales y/o prácticas sexuales en mujeres en los últimos 12 meses.....	110
6.2.2.3. Frecuencia de las relaciones sexuales en hombres y relaciones sexuales y/o prácticas sexuales en mujeres en los últimos 12 meses	112
6.2.2.4. Utilización del preservativo (pareja estable o esporádica) en relaciones sexuales (RS) alguna vez en la vida.....	115
6.2.2.5. Utilización de métodos anticonceptivos en los últimos 12 meses entre las mujeres que han mantenido relaciones sexuales alguna vez	119
6.2.2.6. Utilización de la píldora del día después en los últimos 12 meses por la pareja en el caso de los hombres o por las mujeres	120
6.2.2.7. Infecciones de transmisión sexual (ITS) alguna vez en la vida.....	120
6.3. DATOS RELACIONADOS CON EL CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS	122
6.3.1. <i>Datos relacionados con el consumo de drogas ilegales</i>	126
6.3.1.1. Edad de inicio del consumo de alcohol.....	126
6.3.1.2. Prevalencias de consumo de alcohol.....	126
6.3.1.3. Lugares de consumo de alcohol	129
6.3.2. <i>Datos relacionados con el consumo de drogas ilegales</i>	130
6.3.2.1. Edad de inicio del consumo de drogas ilegales	130
6.3.2.2. Prevalencias de consumo drogas ilegales.....	132
6.3.2.3. Lugares de consumo de drogas ilegales	137
6.4. CONDUCTAS SEXUALES DE RIESGO ASOCIADAS AL CONSUMO DE SUSTANCIAS EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES (NO UTILIZACIÓN DEL PRESERVATIVO, ACOSO SEXUAL, ACOSAR SEXUALMENTE).....	139
6.4.1. <i>Conductas sexuales de riesgo y consumo de alcohol</i>	139
6.4.2. <i>Conductas sexuales de riesgo, consumo de cannabis y otras drogas ilegales</i>	142
6.5. REGRESIÓN LOGÍSTICA SOBRE LAS CONDUCTAS SEXUALES DE RIESGO (NO USO DEL PRESERVATIVO, UTILIZACIÓN DE LA PÍLDORA DEL DÍA DESPUÉS E ITS)	143
6.5.1. <i>Relaciones sexuales sin protección alguna vez</i>	144
6.5.2. <i>Infecciones de transmisión sexual alguna vez en la vida</i>	147
6.5.3. <i>Utilización de la píldora postcoital en los últimos 12 meses</i>	150
7. DISCUSIÓN	153
7.1. CONDUCTAS SEXUALES	154

7.1.1. <i>Orientación Sexual</i>	154
7.1.2. <i>Relaciones sexuales en hombres y mujeres y, prácticas sexuales en mujeres</i>	156
7.1.2.1. Relaciones sexuales alguna vez en la vida y edad media de inicio .	156
7.1.2.2. Relaciones sexuales en hombres y relaciones sexuales y/o prácticas sexuales en mujeres en los últimos 12 meses.....	158
7.1.2.3. Frecuencia y número de parejas en las relaciones sexuales/prácticas sexuales en los últimos 12 meses	158
7.1.2.4. Utilización del preservativo (pareja estable o esporádica) en relaciones sexuales alguna vez en la vida	159
7.1.2.5. Utilización de métodos anticonceptivos y píldora del día después en los últimos 12 meses entre las mujeres que han mantenido relaciones sexuales alguna vez	163
7.1.2.6. Infecciones de transmisión sexual alguna vez en la vida.....	164
7.2. CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS	167
7.2.1. <i>Alcohol</i>	167
7.2.2. <i>Cannabis y otras drogas ilegales</i>	172
7.3. CONSUMO DE DROGAS Y CONDUCTAS SEXUALES DE RIESGO	176
7.4. APLICACIÓN DE LOS RESULTADOS E IMPLICACIONES PRÁCTICAS	181
7.5. LIMITACIONES METODOLÓGICAS, FORTALEZAS, APLICABILIDAD Y FUTURAS LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN	185
8. CONCLUSIONES.....	191
9. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	195
10. RENDIMIENTO CIENTÍFICO	251
ARTÍCULO PUBLICADO REVISTA CIENTÍFICA (ANEXO 4):.....	251
CAPÍTULO DE UN LIBRO:.....	251
COMUNICACIÓN A CONGRESO CON DISTINCIÓN 2º PREMIO COMUNICACIÓN ORAL (ANEXO 5):	251
11. ANEXOS.....	253
ANEXO 1: CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA EL ALUMNADO	253
ANEXO 2: CUESTIONARIO DEL PROYECTO UNIHCOs. VARIABLES UTILIZADAS EN EL ESTUDIO.....	255

ANEXO 3: TEST AUDIT (ALCOHOL USE DISORDERS IDENTIFICATION TEST)*	266
ANEXO 4: ARTÍCULO PUBLICADO EN LA REVISTA ESPAÑOLA DE SALUD PÚBLICA.....	268
ANEXO 5: COMUNICACIÓN AL III CONGRESO INTERNACIONAL SOBRE PREVENCIÓN, TRATAMIENTO Y CONTROL DEL CONSUMO DE CANNABIS Y SUS DERIVADOS. ONLINE. SANTIAGO DE COMPOSTELA. 18-20 DE NOVIEMBRE DE 2021.....	284

INDICE DE TABLAS

Tabla 1. Tipos de hogar más frecuente. Instituto Nacional de Estadística (INE) 2019..8	
Tabla 2. Objetivos y estrategias de la Red Española de Universidades Promotoras de Salud (REUPS)	10-11
Tabla 3. Metas del Objetivo 3 de los objetivos de Desarrollo sostenible (ODS) relacionados con el presente estudio	12
Tabla 4. Factores de riesgo y protección relacionados con embarazos no deseados e Infecciones de Transmisión Sexual en población adolescente	17-18
Tabla 5. Estudios nacionales sobre sexualidad en población joven	19
Tabla 6. Edad media de inicio de las relaciones sexuales (RS). Estudios de referencia	21
Tabla 7. Frecuencia de Relaciones sexuales (con o sin penetración) en población de entre 18-24 años	23
Tabla 8. Número medio de parejas sexuales en el último año, por edad y sexo. Estudio Fundación de Ayuda contra la Drogadicción/Instituto de la juventud 2003	25
Tabla 9. Utilización de métodos anticonceptivos y de barrera entre población de 18-24 años Estudio CIS nº 2780 Encuesta nacional de salud sexual	29
Tabla 10. Uso actual de métodos anticonceptivos por sexo y edad. Estudio sobre sexualidad y anticoncepción: jóvenes españoles de entre 16 y 25 años, 2019. (Respuesta múltiple)	32
Tabla 11. Factores de riesgo y de protección para el consumo de drogas	44-45
Tabla 12. Factores de protección y de riesgo en la adultez emergente	45-46
Tabla 13. Evolución de la edad media de inicio (años) en el consumo de sustancias psicoactivas entre los estudiantes de enseñanzas secundarias de 14-18 años. España, 1994-2018	47
Tabla 14. Prevalencia de borracheras y consumo de alcohol en los últimos 30 días en estudiantes de enseñanzas secundarias de 14-18 años según los motivos por los que beben alcohol (%). España, 2018	51

Tabla 15. Razones referidas para el consumo de bebidas alcohólicas entre la población de 15-64 años, según edad y sexo (%). España, 2019/2020	51
Tabla 16. Percepción de disponibilidad de distintas sustancias psicoactivas (conseguirlas en 24 horas es relativamente fácil/muy fácil) entre la población de 15-64 años, según sexo (%). España, 2019/2020	53
Tabla 17. Prevalencia de consumo de sustancias psicoactivas alguna vez en la vida en la población de 15-64 años, según sexo (%). España, 2011-2019/2020	54
Tabla 18. Prevalencia de consumo de sustancias psicoactivas alguna vez en la vida en la población de 15-64 años, según grupo de edad (%). España, 1995-2019/2020	55
Tabla 19. Prevalencia de consumo de sustancias psicoactivas en los últimos 12 meses en la población de 15-64 años, según sexo (%). España, 1995-2019/2020	57
Tabla 20. Prevalencia de consumo de sustancias psicoactivas en los últimos 12 meses población de 15-64 años, según grupo de edad (%). España, 1995-2019/2020	59
Tabla 21. Prevalencia de consumo de sustancias psicoactivas en los últimos 30 días, población de 15-64 años, según sexo (%). España, 1997-2019/2020	62
Tabla 22. Prevalencia de consumo de sustancias psicoactivas en los últimos 30 días, población de 15-64 años, según grupo de edad (%). España, 1997-2019/2020	63
Tabla 23. Número de admisiones a tratamiento por abuso o dependencia de cannabis. España, 1996-2018	72
Tabla 24. Población diana: alumnado de 1 ^{er} curso de las universidades participantes	87
Tabla 25. Secciones del cuestionario inicial de uniHcos y las fuentes originales de las que proceden los ítems	88
Tabla 26. Variables sociodemográficas del cuestionario	87
Tabla 27. Variables sobre salud sexual preguntadas tanto en hombres como mujeres	90
Tabla 28. Variables sobre salud sexual preguntadas de forma independiente en hombres y en mujeres	90-91

Tabla 29. Variables relacionadas con el consumo de alcohol	92
Tabla 30. Variables relacionadas con el consumo de cannabis y otras drogas ilegales (Cocaína (en base o en polvo); éxtasis o drogas de diseño; GHB o éxtasis líquido; speed o anfetaminas; alucinógenos; Heroína inhalables volátiles)	92
Tabla 31. Características de la muestra	103
Tabla 32. Orientación sexual declarada por parte del alumnado participante muestra total	104
Tabla 33. Alumnado con relaciones sexuales alguna vez en la vida según su orientación sexual	108
Tabla 34. Número de personas con las que el alumnado con RS/PS alguna vez ha mantenido estas relaciones a lo largo de su vida	109
Tabla 35. Relaciones sexuales (RS)/prácticas sexuales (PS) en los últimos 12 meses por orientación sexual	110
Tabla 36. Número de personas con las que el alumnado con RS/PS últimos 12 meses ha mantenido relaciones	110
Tabla 37. Media de parejas con las que han mantenido Relaciones sexuales (RS)/prácticas sexuales (PS) en los últimos 12 meses por orientación sexual	111
Tabla 38. Frecuencia de Relaciones Sexuales (RS)/Práctica Sexuales (PS) en los últimos 12 meses	111
Tabla 39. Frecuencia de relaciones sexuales/prácticas sexuales en los últimos 12 meses en función de la orientación sexual. Total, hombres y mujeres	112-113
Tabla 40. Frecuencia de relaciones sexuales/prácticas sexuales de mayor riesgo (>1 vez a la semana) en los últimos 12 meses en función de la orientación sexual. Total, hombres y mujeres	113
Tabla 41. Utilización del preservativo entre el alumnado con relaciones sexuales (RS) alguna vez. Todas las opciones	114
Tabla 42. Utilización de Preservativo entre el alumnado con relaciones sexuales (RS) alguna vez. Solo opciones válidas	115

Tabla 43. Frecuencia de Utilización de Preservativo en relaciones sexuales (RS) con pareja estable o esporádica por orientación sexual	116
Tabla 44. Frecuencia de Utilización de Preservativo en relaciones sexuales (RS) con pareja estable o esporádica por orientación sexual por sexo	116-117
Tabla 45. Relaciones Sexuales (RS) sin protección (preservativo) en el alumnado con RS alguna vez con independencia del tipo de pareja, por sexo	117
Tabla 46. Relaciones Sexuales (RS) alguna vez sin protección (sin usar el preservativo) en alumnado con RS alguna vez con independencia del tipo de pareja, por orientación sexual y sexo	118
Tabla 47. Métodos anticonceptivos utilizados por mujeres de forma planificada (se excluye la píldora del día siguiente)	118
Tabla 48. Infecciones de transmisión sexual alguna vez declaradas por el alumnado según su orientación sexual	120
Tabla 49. Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) alguna vez (multirrespuesta) ...	120
Tabla 50. Infección de transmisión sexual en el alumnado que ha tenido alguna relación sexual por sexo	121
Tabla 51. Periodo de tiempo en el que declaran haber tenido las Infecciones de transmisión sexual (ITS)	121
Tabla 52. Edad media de inicio del consumo de alcohol, desviación estándar y percentiles 25, 50 y 75. Porcentaje de alumnado con inicio antes de los 15 años. Sexo y orientación sexual	125
Tabla 53. Prevalencias de los diferentes consumos de alcohol en la población de universitarios de primer año de grado	126
Tabla 54. Prevalencias de los diferentes consumos de alcohol en la población de universitarios de primer año de grado según su orientación sexual	127
Tabla 55. Lugar de consumo de alcohol entre el alumnado que ha consumido alguna vez alcohol por sexo	128
Tabla 56. Lugar de consumo de alcohol entre el alumnado que ha consumido alguna vez alcohol por orientación sexual	129

Tabla 57. Edades de inicio del consumo de drogas ilegales	129
Tabla 58. Porcentaje de estudiantes que ha iniciado el consumo de drogas ilegales antes de los 15 años	130
Tabla 59. Edad de inicio del consumo de drogas ilegales antes de los 15 años por orientación sexual	131
Tabla 60. Prevalencia de consumo de drogas ilegales entre el alumnado de primer curso de grado universitario	132
Tabla 61. Consumo de drogas ilegales por orientación sexual	135
Tabla 62. Lugar de consumo entre el alumnado que ha consumido alguna vez cada sustancia psicoactiva ilegal	136-137
Tabla 63. Conductas sexuales de riesgo asociadas al consumo de alcohol y borracheras en los últimos 12 meses y consumo en “binge drinking” en los últimos 30 días para el total de alumnado, y por sexo	139
Tabla 64. Conductas sexuales de riesgo asociadas al consumo de alcohol en los últimos 12 meses, a las borracheras y al consumo en “binge drinking” según la orientación sexual	140
Tabla 65. Conductas sexuales de riesgo asociadas al consumo de cannabis y otras drogas ilegales en los últimos 12 meses	141
Tabla 66. Conductas sexuales de riesgo asociadas al consumo de cannabis y otras drogas ilegales en los últimos 12 meses, según la orientación sexual	142
Tabla 67. Resultados de la regresión logística para las relaciones sexuales sin protección alguna vez en hombres	144
Tabla 68. Resultados de la regresión logística para las relaciones sexuales sin protección alguna vez en mujeres	145-146
Tabla 69. Resultados de la regresión logística para haber tenido una Infección de transmisión sexual alguna vez en hombres	147
Tabla 70. Resultados de la regresión logística para haber tenido una Infección de transmisión sexual alguna vez en mujeres	148

Tabla 71. Resultados de la regresión logística para la utilización de la píldora postcoital en los últimos 12 meses en hombres	150
Tabla 72. Resultados de la regresión logística para la utilización de la píldora postcoital en los últimos 12 meses en mujeres	151

INDICE DE FIGURAS

Figura 1. Encuestados que se sintieron discriminados en el trabajo por ser LGBT en los últimos 12 meses antes de la encuesta (2012 y 2019), UE-28 y por grupo (%) ...	3
Figura 2. Porcentaje de apertura sobre ser LGBTI, por grupo y país_.....	4
Figura 3. Porcentaje de jóvenes que han escuchado o presenciado, alguna vez en la vida, de algunos de los siguientes comportamientos hacia una persona lesbiana, gay, transexual y bisexual-LGTB	5
Figura 4. Opiniones sobre la dificultad o no de compartir la orientación sexual no heteronormativa	5
Figura 5. Pirámide de población en España	7
Figura 6. Distribución del número de estudiantes de Grado y 1 ^{er} y 2 ^o Ciclo por rama de enseñanza y sexo	9
Figura 7. Objetivos de desarrollo sostenible (ODS)	12
Figura 8. Marco Operativo de la salud sexual y sus vínculos con la salud reproductiva	15
Figura 9. Prácticas realizadas habitualmente por sexo (respuesta múltiple). encuesta de la Sociedad Española de Contracepción, jóvenes españoles de 16 a 25 años	24
Figura 10. Prácticas realizadas habitualmente por edad (respuesta múltiple). Encuesta de la Sociedad Española de Contracepción, jóvenes españoles de 16 a 25 años ...	24
Figura 11. Utilización del doble método en las relaciones sexuales. Estudio sobre sexualidad y anticoncepción: jóvenes españoles de entre 16 y 25 años, 2019_.....	30
Figura 12. Uso actual de métodos anticonceptivos. Estudio sobre sexualidad y anticoncepción: jóvenes españoles de entre 16 y 25 años, 2019	30
Figura 13. Uso actual de métodos anticonceptivos. Estudio sobre sexualidad y anticoncepción: jóvenes españoles de entre 16 y 25 años, 2019	31
Figura 14. Casos de infección de transmisión sexual por edad, 2019	35
Figura 15. Tasas de Incidencia de infección gonocócica por grupos de edad y sexo, 2016-2019	35
Figura 16. Tasa de incidencia de sífilis por grupos de edad y sexo, 2016-2019	36

Figura 17. Tasa de incidencia de infección por <i>Chlamydia trachomatis</i> por grupos de edad y sexo, 2016-2019	36
Figura 18. Interrupciones voluntarias del embarazo (IVE). Tasas por 1.000 mujeres de cada grupo de edad. España 2009-2018	38
Figura 19. Situaciones en las que cualquier consumo de alcohol es un consumo de riesgo	42
Figura 20. Evolución del riesgo percibido ante el consumo habitual de sustancias psicoactivas (% que piensa que el consumo habitual, una vez por semana o más, puede causar bastantes o muchos problemas). España, ESTUDES 1994-2018 ...	49
Figura 21. Percepción del riesgo asociado al consumo de sustancias psicoactivas (% que piensa que cada conducta puede producir muchos o bastantes problemas), según sexo. España. EDADES 2019/2020	50
Figura 22. Prevalencia de consumo de cannabis en los últimos 12 meses en la población de 15-64 años, según edad y sexo (%). España, 2019/2020	58
Figura 23. Prevalencia de consumo de cocaína polvo y/o base en los últimos 12 meses, según edad y sexo (%). España, 2019/2020	60
Figura 24. Prevalencia de consumo de éxtasis en los últimos 12 meses, en la población de 15-64 años, según edad (%). España, 2019/2020	60
Figura 25. Prevalencia de consumo de anfetaminas en los últimos 12 meses, en la población de 15-64 años, según edad y sexo (%). España, 2019/2020	61
Figura 26. Prevalencia de consumo de alucinógenos en los últimos 12 meses, en la población de 15-64 años según edad y sexo (%). España, 2019/2020	61
Figura 27. Prevalencia de consumo de cannabis en los últimos 30 días en la población de 15-64 años, según edad y sexo (%). España, 2019/2020	64
Figura 28. Evolución del consumo de alcohol población de 15-64 años, según grupo de edad (%). España, 1997-2019/2020	66
Figura 29. Prevalencia de borracheras en los últimos 12 meses, población de 15-64 años, según sexo (%). España, 2003-2019/2020	67
Figura 30. Prevalencia de consumo de alcohol en atracón en los últimos 30 días en la población de 15-64 años, según edad y sexo (%). España, 2019/2020	67
Figura 31. Prevalencia del consumo de riesgo de alcohol (AUDIT ≥ 8 hombres y ≥ 6 mujeres), población de 15-64 años, según sexo (%). España, 2009-2019	68

Figura 32. Número de admisiones a tratamiento por consumo perjudicial o dependencia de alcohol. España, 2005-2018	69
Figura 33. Evolución de la prevalencia de consumo de cannabis (%) en la población de 15-64 años. España, 1995-2019/2020	70
Figura 34. Evolución de la prevalencia del consumo problemático de cannabis (puntuación escala CAST ≥ 4) entre los que han contestado la escala CAST del cuestionario EDADES y entre los que han consumido cannabis en los últimos 12 meses en la población de 15 a 64 años (%). España, 2013-2019/2020	71
Figura 35. Número de admisiones a tratamiento por abuso o dependencia de cannabis. España, 1996-2018	72
Figura 36. Evolución de la prevalencia de consumo de cocaína en polvo (%) en la población de 15-64 años. España, 1995-2019/2020	73
Figura 37. Evolución de los consumos de otras drogas en los últimos 12 meses	74
Figura 38. Porcentaje de participación de las diferentes universidades en la muestra de estudiantes	84
Figura 39: Distribución de porcentaje de la muestra por curso académico	85
Figura 40. Evolución de la orientación sexual en función del curso académico	105
Figura 41. Esquema de la población estudiada	106
Figura 42. Esquema de la población estudiada y consumo de sustancias psicoactivas alguna vez en la vida	122
Figura 43. Esquema de la población estudiada y consumo de sustancias psicoactivas en los últimos 12 meses	123
Figura 44. Esquema de la población estudiada y consumo de sustancias psicoactivas últimos 30 días	124
Figura 45. Evolución del consumo de alcohol por año académico	128
Figura 46. Evolución del consumo alguna vez en la vida de drogas ilegales por año académico	133
Figura 47. Evolución del consumo en los últimos 12 meses de drogas ilegales por año académico	134
Figura 48. Evolución del consumo en los últimos 30 días de drogas ilegales por año académico	134

ABREVIATURAS

ADH: enzima hepática alcohol deshidrogenasa

AUDIT: Alcohol Use Disorders Identification (Test de Identificación de Trastornos debido al Consumo de Alcohol).

AVAD: Años de vida ajustados por discapacidad.

BD: *Binge Drinking* (consumo de alcohol en atracón o concentrado).

CAST: Cannabis Abuse Screening Test (Test de cribado de abuso de cannabis).

CIE: Clasificación internacional de enfermedades.

CIS: Centro de Investigación Social.

CNE: Centro Nacional de Epidemiología.

CRUE: Conferencia de Rectores de las Universidades Españolas.

CSR: Conductas Sexuales de Riesgo en el último año.

CSRVCD: Conductas sexuales de riesgo vinculadas al consumo de drogas.

EDO: Enfermedades de Declaración Obligatoria.

EMCDDA: European Monitoring centre for drug and drugs addiction (Observatorio Europeo de las drogas y las toxicomanías).

EMIS: European Men sex with men Internet Survey. Encuesta europea on line para hombres que tienen sexo con hombres.

ESHS: Encuesta de Hábitos sexuales del INE.

ETS: Enfermedades de Transmisión Sexual.

EUDA: European Union Drugs Agency (Agencia de la Unión Europea sobre drogas).

FAD: Fundación de Ayuda a la Drogadicción.

FIS: Fondo de Investigación Sanitaria.

GHB: gamma hidroxibutirato o éxtasis líquido, depresor del sistema nervioso central. Anestésico que se presenta como un líquido incoloro, en ocasiones teñido, sin olor y con sabor más bien salado, también conocido como “G”, “biberón”, “chorri” o “pote”.

HBSC: Health Behaviour in School-aged Children. OMS.

HSH: Hombres que tienen sexo con hombres.

INE: Instituto Nacional de Estadística.

INJUVE: Instituto Nacional de la Juventud.

ITS: Infección de Transmisión Sexual.

IVE: Interrupción Voluntaria del embarazo.

LGTB: Lesbianas, gays, transexuales y bisexuales.

LOSU: Ley Orgánica del Sistema Universitario.
 ODS: Objetivos de Desarrollo Sostenible.
 OEDA: Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones.
 OEDT: Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías.
 OMS: Organización Mundial de la Salud.
 ONU: Organización de Naciones Unidas.
 ONUSIDA: Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/sida.
 OR: Odds ratio, razón de probabilidades.
 OPS: Organización Panamericana de la Salud.
 PNsD: Plan Nacional sobre Drogas.
 PS: Prácticas Sexuales, sólo se utiliza para las mujeres como aquellas prácticas en las que, no habiendo penetración vaginal, anal u otra del pene, haya habido contacto genital u orogenital. Tal y como se define en la encuesta de hábitos sexuales del INE de 2003 en la que se basan las preguntas del cuestionario.
 RENAVE: Red Nacional de Vigilancia en Salud Pública.
 REUPS: Red Española de Universidades Promotoras de salud.
 REUS: Red Española de Universidades Saludables.
 RS: Relaciones Sexuales. Se utiliza para hombres y mujeres y se define como aquellas relaciones con penetración vaginal, anal u oral del pene, con o sin orgasmo.
 RUD: Red de Universidades por la Diversidad.
 SEC: Sociedad Española de Contracepción.
 SNC: Sistema Nervioso Central.
 UBE: Unidad de Bebida Estándar de alcohol.
 UBS: Unidad de bebida estándar.
 UNESCO: Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura.
 UNICEF: Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia.
 Uva: Universidad de Valladolid.
 VHS: Virus del herpes simple.
 VIH: Virus de la Inmunodeficiencia Humana.

1. INTRODUCCIÓN

1.1. La juventud: una etapa del desarrollo fundamental

1.1.1. Definición de juventud

La definición de juventud utilizada por Naciones Unidas (1), así como en el Informe de Juventud 2020 del *Instituto Nacional de la Juventud* (INJUVE) (2), establece esta etapa como la comprendida entre los 15 y los 29 años.

Por otro lado, la definición de adolescencia, de acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), se solapa con la anterior, al ser considerada como *“el periodo de crecimiento y desarrollo humano que se produce después de la niñez y antes de la edad adulta, entre los 10 y los 19 años. La segunda adolescencia o tardía comprende entre 15 y 19 años de edad donde los adolescentes experimentan un rápido crecimiento físico, cognoscitivo y psicosocial”*. Por su parte, el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) plantea que la adolescencia tardía puede incluso llegar hasta los 21 años (3), dado que el proceso de maduración se prolonga a esta edad.

1.1.2 Características de esta etapa del desarrollo

La etapa de la juventud, que como se ha expuesto presenta un cierto solapamiento con la adolescencia, se caracteriza por los numerosos cambios biológicos, psicológicos y sociales que se producen en sus vidas (4). Estos cambios influyen en cómo esta población siente, piensa, toma decisiones e interactúa con su entorno. Se trata de una de las etapas de transición más importantes en la vida del ser humano. Constituye un periodo de preparación para la edad adulta durante el cual se produce la maduración psicológica (se desarrolla la identidad y se consolida la personalidad), física y sexual. En esta etapa se desarrollan experiencias que incluyen la transición hacia la independencia social y económica (el paso a la universidad o el inicio de la vida laboral), se adquieren las aptitudes necesarias para establecer relaciones y funciones adultas. Además, es la etapa con mayor capacidad de razonamiento abstracto. En este periodo también se producen importantes cambios en el desarrollo y maduración neuronal del Sistema Nervioso Central (SNC), vinculados a los cambios hormonales. Se desarrollan en primer lugar cambios en el sistema límbico que son

responsables de la búsqueda del placer, las recompensas, la intensidad de las respuestas emocionales y de la regulación del sueño; mientras que los cambios en la corteza prefrontal suceden posteriormente (es la última parte del cerebro en terminar su desarrollo) lo que afecta a la maduración de las funciones ejecutivas (toma de decisiones, organización, control de impulsos y planificación para el futuro). Este proceso de maduración biológico se acompaña en ocasiones de la experimentación mediante diversas conductas que implican riesgos importantes para su salud (5,6) y en las que el contexto social puede tener una influencia determinante (7,8).

La vulnerabilidad al riesgo, definido por Jessor en 1991 (9) como *“cualquier conducta que puede comprometer aquellos aspectos psicosociales del desarrollo exitoso del adolescente”*, viene determinada por diferentes características propias de la etapa evolutiva en la que se encuentran. Entre ellas destacan la idea de invulnerabilidad, la necesidad y alto grado de experimentación emergente (necesaria para su proceso de aprendizaje y exploración), la susceptibilidad a la influencia y presión de los iguales o pares con la consecuente necesidad de aceptación intragrupal, la identificación con ideas opuestas a la familia (como una forma de buscar la propia identidad que puede ser o no transitoria), la necesidad de trasgresión dentro del proceso de autonomía y reafirmación de la identidad y el déficit para postergar, planificar y considerar consecuencias futuras y problemas de regulación de los impulsos (10) (corteza prefrontal en desarrollo) (8).

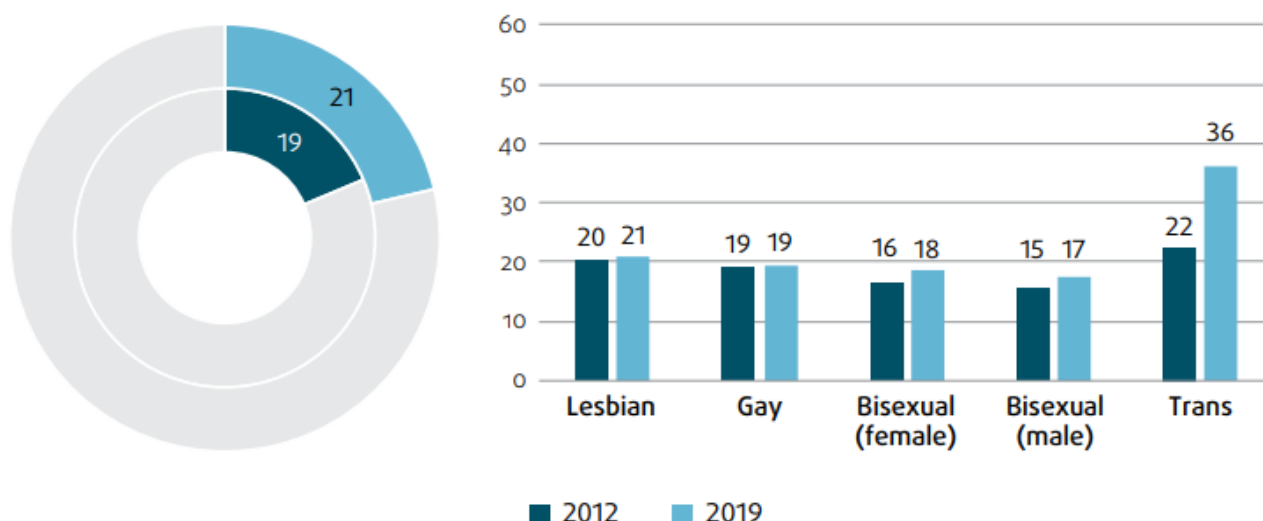
Muchos adolescentes y jóvenes se ven presionados por su entorno para consumir alcohol, tabaco u otras drogas, o para tener relaciones sexuales a edades tempranas, o para tener otros comportamientos, que entrañan riesgos importantes como son los traumatismos (tanto intencionados como accidentales), los embarazos no deseados o las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS), anteriormente denominada Enfermedades de Trasmisión Sexual (ETS).

En este momento del desarrollo muchas personas experimentan diversos problemas de adaptación y de salud mental que a su vez son factores que se asocian a las conductas de riesgos anteriormente indicadas (7,8). Los comportamientos de riesgo pueden responder a una estrategia inútil para hacer frente a dificultades emocionales y pueden tener efectos muy negativos en el bienestar mental y físico del adolescente (11). En este sentido, es importante destacar que la OMS define la salud mental como

un estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus capacidades, es capaz de hacer frente al estrés normal de la vida, de trabajar de forma productiva y satisfactoria y de contribuir a su comunidad, teniendo en cuenta que los determinantes de la salud mental incluyen múltiples factores sociales, psicológicos y biológicos (11–13).

Por último, en esta etapa de desarrollo se define la orientación sexual de la persona. Diferentes estudios muestran cómo la orientación sexual no heteronormativa, genera mayor estrés psicológico, ansiedad, depresión e ideación suicida entre otros factores (14,15), debido al rechazo social que aún existen en la sociedad actual como se puede observar en las **Figuras 1 y 2** (16,17)

Figura 2. Encuestados que se sintieron discriminados en el trabajo por ser LGBT en los últimos 12 meses antes de la encuesta (2012 y 2019), UE-28 y por grupo (%)^{a,b}



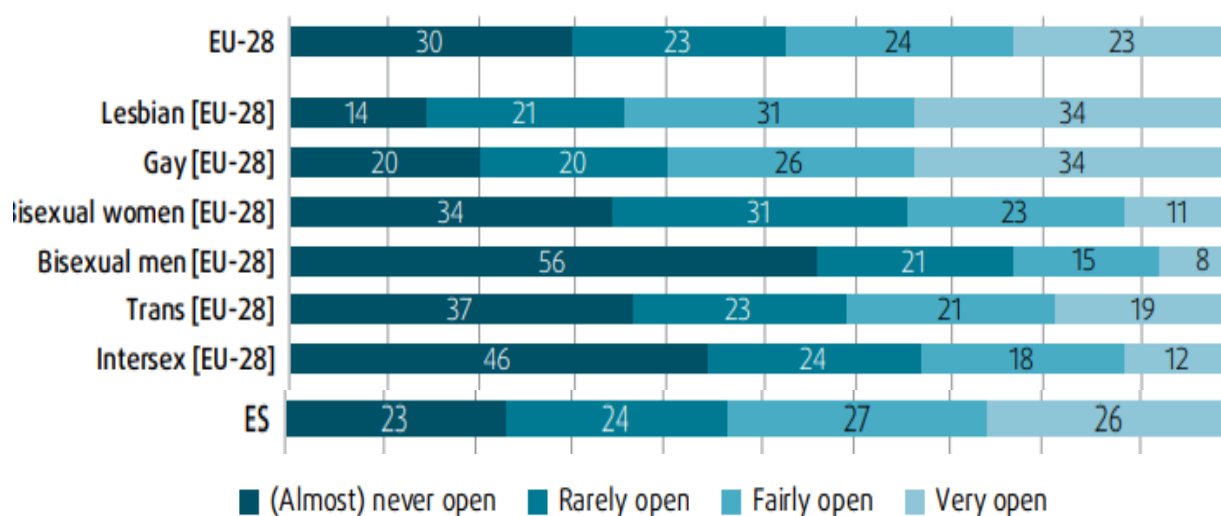
Notes: The European Union 28 includes the United Kingdom the data collection is from when the UK was a Member State.

^a Out of LGBT respondents aged 18+ of the 2019 Survey II, and of all LGBT respondents of the 2012 Survey I, who had been at work during the 12 months before the survey (2012 n= 68.996, 2019 n= 83.816); weighted results.

^b Question 2019: “C1. During the last 12 months, have you personally felt discriminated against because of being [category on the basis of A3 or A4] in any of the following situations: At work”.

Fuente: European Union Agency for Fundamental Rights, 2020

Figura 3. Porcentaje de apertura sobre ser LGBTI, por grupo y país^{a,b}



^a Out of all respondents who provided a valid answer of at least one sub-question from battery G1 (n = 139.363; in EU, n = 137.085); weighted results.

^b The presented percentages are based on answers to question G1: "To how many people among the following groups are you open about yourself being [RESPONDENT CATEGORY]? (A. Family members (other than your partner(s)); B. Friends; C. Neighbours; D. Work colleagues; E. Schoolmates / University co-students; F. Immediate superior/head of department; G. Customers, clients, etc. at work; H. Medical staff/health care providers)".

Fuente: European Union Agency for Fundamental Rights, 2020

Las personas no heteronormativas presentan problemas a la hora de compartir su orientación sexual, ya que la aceptación por parte del entorno más cercano (familia, amigos, compañeros de trabajo o de estudios) no es sencilla. Las **Figuras 3 y 4** muestran datos del estudio realizado por el INJUVE en colaboración con el Centro de Investigación Social (CIS) en 2010 con población de entre 15 a 29 años sobre sus opiniones sobre sexualidad, diversidad afectivo-sexual y derechos de las personas lesbianas, gays, transexuales y bisexuales (LGTB). En estas gráficas se puede observar cómo compartir esta información con padres y compañeros de trabajo es difícil, mientras que, con personas más próximas en edad, como hermanos o amigos, les resulta más sencillo (18).

Además, diferentes estudios indican que esta compleja situación social se asocia a comportamientos de mayor riesgo, como relaciones sexuales sin protección y uso de sustancias psicoactivas (15,19–22).

Figura 4. Porcentaje de jóvenes que han escuchado o presenciado, alguna vez en la vida, de algunos de los siguientes comportamientos hacia una persona lesbiana, gay, transexual y bisexual-LGTB (Base total jóvenes, N=1.411; 51% varones y 49% de mujeres)

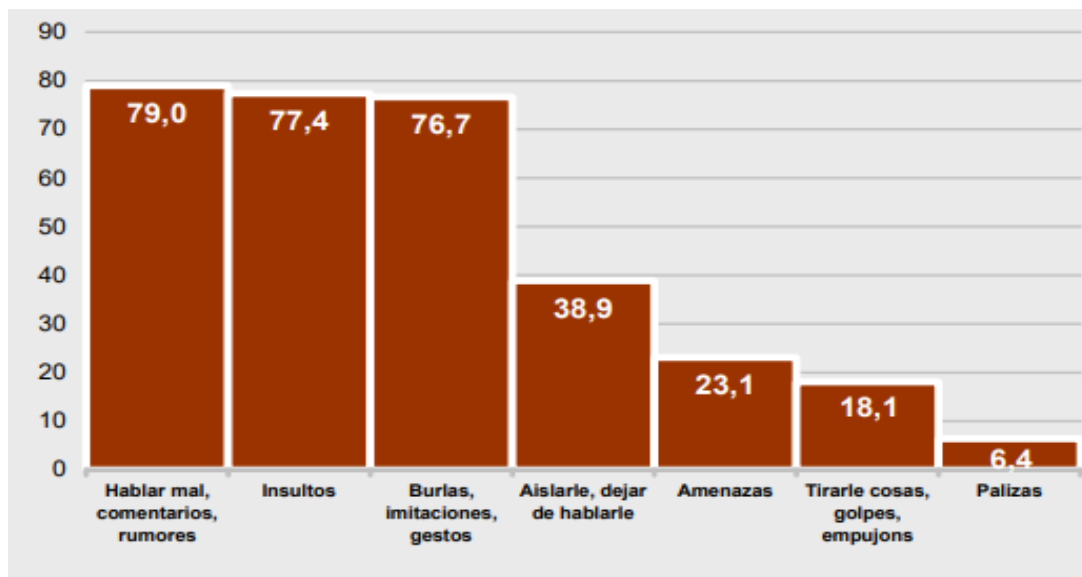
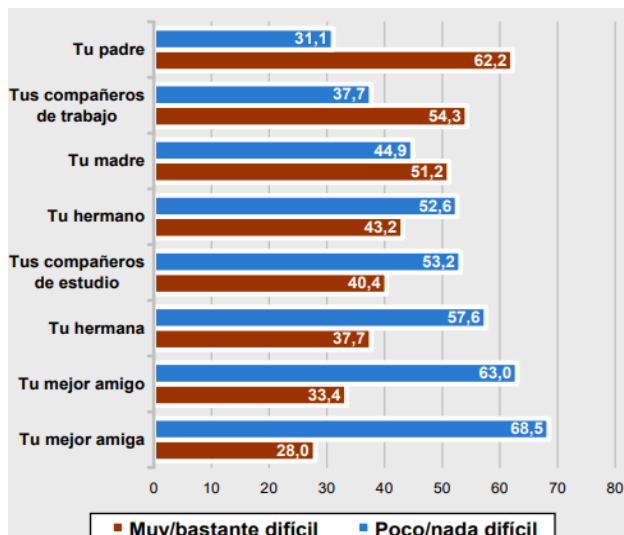
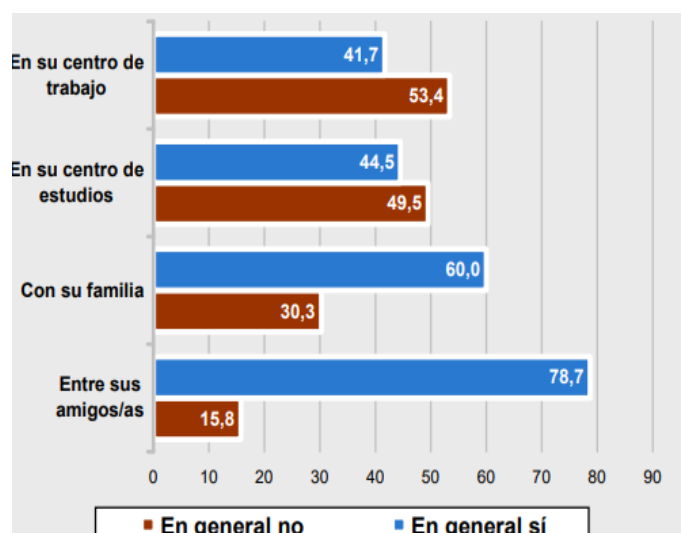


Figura 5. Opiniones sobre la dificultad o no de compartir la orientación sexual no heteronormativa (Base total jóvenes 1.411; 51% varones y 49% de mujeres)

3.a. Si te sintieras atraído/a por una persona de tu mismo sexo, ¿Cómo de difícil crees que te resultaría contárselo a ...?



3.b. ¿Crees que en la actualidad una persona LGTB puede hablar con naturalidad de su orientación sexual en estos ámbitos?



Los patrones de conducta que se establecen durante este proceso de maduración, como el consumo o no consumo de drogas o la asunción de riesgos o de medidas de protección en relación con las prácticas sexuales, pueden tener efectos positivos o

negativos duraderos en la salud y el bienestar futuro del individuo. Todo ello permite que este periodo vital pueda ser considerado como una oportunidad de intervención tanto individual, como grupal y ambiental. De manera que se puedan reforzar los factores de protección que faciliten la consolidación de conductas saludables y minimicen los riesgos, desde una perspectiva de promoción de la salud, tal y como fue definida por la Carta de Ottawa (23) y el modelo salutogénico.

En los años 70, *Aaron Antonovsky* (24) plantea un cambio en la perspectiva del enfoque de las intervenciones en salud, desarrollando el modelo salutogénico que pone el foco en los factores que aportan salud y bienestar a las personas (25), abandonando el modelo tradicional patogénico que centra las intervenciones en la curación de la enfermedad.

En 1992 se incorpora esta perspectiva al trabajo en promoción de la salud trabajando desde empoderamiento comunitario e individual, centrando las intervenciones en la búsqueda de soluciones y de los recursos generales de resistencia, que permitan mantener la salud y que capaciten a los individuos y las comunidades en su mantenimiento (25), potenciando el enfoque de activos de salud, definiéndolos como cualquier recurso que mejora la capacidad de las individuos, grupos, comunidades, poblaciones, sistemas sociales e instituciones para mantener y sostener la salud y el bienestar y que les ayuda a reducir las desigualdades en salud (26).

1.1.3. Situación actual de la juventud en España

El informe sobre la Juventud de 2020 (2) indicaba que España contaba con 10.094.500 jóvenes de entre 15 y 29 años. Esta población se ha reducido desde la década de los noventa hasta 2020 en casi tres millones, lo que implicaba que España era el segundo país con un menor porcentaje de población joven de toda la Unión Europea.

La cohorte entre los 15 y los 29 años representaba el 10,8% de la población de hombres (5.098.616) y el 10,5% de las mujeres (4.995.884).

Por su parte, los mayores de 50 años duplicaban a las personas jóvenes españolas de 2020 (**Figura 5**).

Figura 6. Pirámide de población en España



Fuente: Instituto Nacional de Estadística. Estadísticas del padrón continuo 2019(27)

Este informe muestra, asimismo, la influencia de la migración desde otros países que ha tenido lugar en nuestro país ya que de los casi cinco millones de nacimientos en la última década (2008-2018) en torno a dos de cada diez contaban con al menos un progenitor extranjero. Por otra parte, existe un importante flujo migratorio de la juventud española hacia países desarrollados de nuestro entorno, que se inició en la crisis económica de 2008-2014, pero que ha continuado a pesar del proceso de recuperación económica.

Además, las familias españolas en las que viven los jóvenes son cada vez más diversas (28), y de menor tamaño. En el momento actual el 10,1% de las familias son de carácter monoparental, integrados solo por el padre o la madre, con un hijo o hija (29) .

Entre las familias de parejas que conviven con hijos, el 47% sólo lo hacen con uno (**Tabla 1**), todo ello supone importantes cambios respecto a generaciones anteriores.

Tabla 1. Tipos de hogar más frecuente. Instituto Nacional de Estadística (INE) 2019

Categoría	2019	%
Hogar unipersonal	47.93.700	25,7
Pareja sin hijos que convivan en el hogar	3.937.200	21,1
Pareja con hijos que convivan en el hogar	62.19.000	33,4
- Con 1 hijo	2.916.800	15,7
- Con 2 hijos	2.751.800	14,8
- Con 3 o más hijos	550.400	3
Hogar monoparental (un adulto con hijos)	1.887.500	10,1
Hogar de un núcleo familiar con otras personas	806.400	4,3
Hogar con más de un núcleo familiar	423.600	2,3
Personas que no forman ningún núcleo familiar	558.200	3
Total	18.625.700	100

Fuente: INE. Encuesta Continua de Hogares (ECH). 2019. https://www.ine.es/prensa/ech_2019.pdf

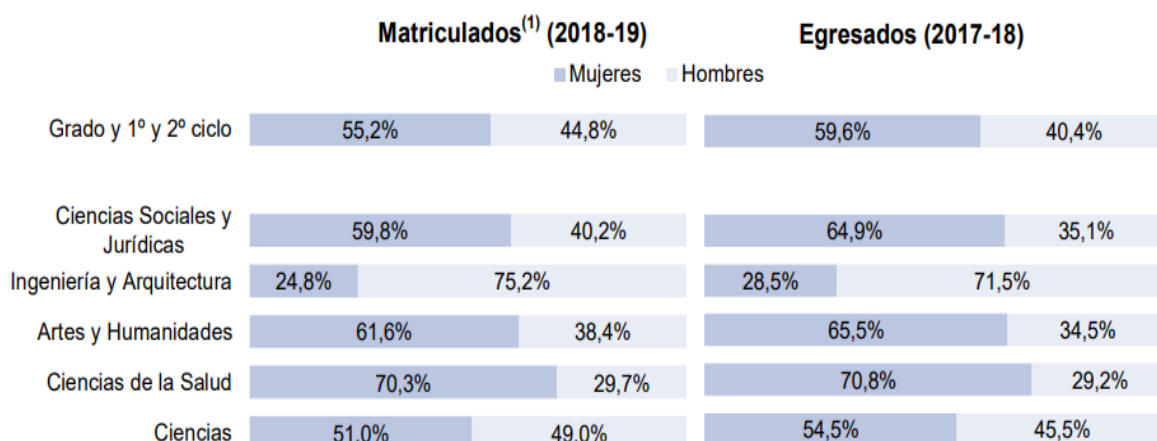
1.2. La universidad como contexto socializador

1.2.1. Características de la población universitaria española

La tasa neta de escolarización en Educación Universitaria en España (porcentaje de población entre 18 y 24 años que está matriculado en estudios de Grado o Máster), se ha estabilizado en torno al 30%. De la población matriculada en el curso 2018-2019, el 54,8% fueron mujeres, de las cuales el 55,2% se matricularon en Grado, el 54,4% en Máster y un 50,1% en Doctorado.

La distribución por sexo en las distintas ramas de enseñanza sigue siendo heterogénea, las mayores diferencias en el curso 2017-2018 se dieron en las ramas de Ingeniería y Arquitectura donde un 75,2% de los matriculados y un 71,5% de los egresados fueron hombres, mientras que en Ciencias de la Salud sólo hubo un 29,7% de hombres matriculados y un 29,2% entre los egresados (**Figura 6**) (30). En este sentido debe señalarse cómo el género puede estar condicionando las elecciones formativas, tal y como señala el informe sobre juventud del INJUVE 2020 (2).

Figura 7. Distribución del número de estudiantes de Grado y 1^{er} y 2^o Ciclo por rama de enseñanza y sexo



Fuente: Ministerio de Universidades. Datos y cifras del sistema universitario español. Publicación 2019-2020.

1.2.2. Elementos clave de este momento de transición

Para la población joven, la universidad constituye una etapa puente entre la adolescencia y la edad adulta. Además, es una fase de transición entre el mundo académico y el laboral, y una época de búsqueda de independencia, de exploración y descubrimiento (31), incluyendo su propia identidad (32). Esto implica, en muchas ocasiones, que también es un momento de vulnerabilidad y de estrés (33). Por un lado, existe una mayor libertad en todas las áreas de la vida, la mayoría de edad proporciona acceso a conductas que antes legalmente no eran posibles o resultaban más complejas de realizar. Por otro lado, en muchos casos se produce una salida del domicilio familiar que implica un menor control externo y una mayor responsabilidad propia (34,35). Además, los jóvenes, se incorporan a un proceso de enseñanza diferente con exigencias nuevas tanto académicas (diferentes formas de aprendizaje y estudio, relación menos personalizada con el profesorado, concentración de los procesos evaluativos), como sociales (nuevas relaciones, tanto en la universidad como en los nuevos domicilios, ciudades desconocidas, ...) (35,36). En este sentido, al inicio de la universidad se crean, en muchos casos, nuevos grupos de iguales que pueden conducir a la incorporación de nuevas experiencias de ocio (37,38), de las cuales habrá algunas que serán saludables y otras conllevarán riesgos (39-43).

1.2.3. La promoción de la salud en el entorno universitario

La universidad, además de ser motor de la investigación, educación y formación de los y las profesionales del futuro, es un entorno en el que las personas interactúan y se relacionan y en el que existen factores ambientales, organizativos e individuales que influyen sobre la salud de las personas que en él conviven.

Desde esta perspectiva, las universidades pueden ser entorno promotor de salud tal como plantea la *1ª Conferencia Internacional de Promoción de la Salud de Ottawa* (23). Para ello, la universidad debe adquirir un compromiso global con la salud y desarrollar su potencial como agente promotor de la salud, mejorando el bienestar y la calidad de vida de toda la comunidad universitaria.

Este compromiso implica promover conocimientos y habilidades orientados a que el alumnado y sus trabajadores adquieran estilos de vida saludables, proporcionando las infraestructuras y espacios necesarios, y favoreciendo la socialización y actividades de ocio saludables.

Desde esta perspectiva surge en España en 2008 la *Red Española de Universidades Saludables* o REUS, a instancias del Ministerio de Sanidad, el Ministerio de Educación, la *Conferencia de Rectores de las Universidades Españolas* (CRUE), las estructuras de salud pública de diversas Comunidades Autónomas y, en ese primer momento, una docena de universidades españolas se adhieren a la iniciativa (44).

Los objetivos de esta red, actualmente denominada *Red Española de Universidades Promotoras de Salud* (REUPS) y las estrategias que propone para su consecución se describen en la **Tabla 2**.

Tabla 2. Objetivos y estrategias de la Red Española de Universidades Promotoras de Salud (REUPS)

OBJETIVOS
1- Potenciar la universidad como entorno promotor de la salud de la comunidad universitaria y de la sociedad en su conjunto
2- Fomentar la Investigación y la docencia en Promoción de la Salud.
3- Favorecer el intercambio de experiencias en Promoción de la Salud.

4- Promover y favorecer el trabajo conjunto entre los organismos de salud pública, las instituciones comunitarias y las universidades.
5- Consensuar líneas estratégicas y de trabajo para llevar a cabo un proyecto de universidad promotora de salud.
6- Posibilitar la elaboración y el desarrollo de proyectos comunes en las líneas estratégicas de la Red.
7- Potenciar la participación internacional.
8- Fomentar la oferta de servicios y actividades dirigidos a promocionar la salud de la Comunidad Universitaria
ESTRATEGIAS
1- Creación de entornos universitarios que promuevan la salud.
2- Incorporación en los planes de estudio universitarios de formación en promoción de la salud a nivel de grado y postgrado. Investigación en promoción de la salud.
3- Participación y colaboración entre los organismos de salud pública, las instituciones comunitarias y las universidades.
4- La oferta de servicios y actividades en el campus dirigida a promocionar la salud de la Comunidad Universitaria.

En el momento actual la *Red Española de Universidades Promotoras de Salud* (REUS) está constituida por 60 universidades (<https://unisaludables.com>).

Además, la actual Estrategia de Promoción de la salud y prevención en el Sistema Nacional de Salud (45), identifica la universidad como un entorno promotor de la salud clave dado el momento evolutivo en el que los y las jóvenes se incorporan a la formación académica y el cambio vital que eso supone. Para ello, se ha elaborado una guía específica de implementación de actuaciones en las universidades dado que las actuaciones en este contexto tienen impacto sobre el alumnado, pero también sobre los trabajadores y, sobre la propia sociedad en la medida que los centros universitarios forman a los futuros profesionales y desarrollan muchas de las líneas de investigación que mejorar los conocimientos que pueden mejorar la calidad de vida de las comunidades y su población (46).

1.2.4. La responsabilidad social de la universidad

La universidad tiene la responsabilidad social de implicarse en la consecución de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) (**Figura 7**) de la OMS, tal y como establece

la *Ley Orgánica 2/2023, de 22 de marzo, del Sistema Universitario* (LOSU) (47). Por ello, es importante que impulse acciones para cumplir especialmente con el ODS 3: *Garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades* (**Tabla 3**).

Entre estas actuaciones se encuentran aquellas dirigidas a la prevención del consumo problemático de sustancias, tanto legales como ilegales, y a la promoción de una adecuada salud afectivo sexual (48–50).

Figura 8. Objetivos de desarrollo sostenible (ODS)



No se puede obviar que la actividad universitaria debería aportar no sólo conocimientos específicos en el área en el que se realiza la formación, sino también ayudar en el proceso de maduración personal, social y ética del alumnado (51–53) promoviendo ciudadanos responsables y activos con el contexto social que les ha tocado vivir.

Por último, la universidad tiene que ser una institución inclusiva, en este sentido la *Ley Orgánica del Sistema Universitario de 2023* (LOSU) (47), establece que las universidades tendrán que disponer de un plan de inclusión y no discriminación por motivos de discapacidad, origen étnico y nacional, orientación sexual e identidad de género, y por cualquier otra condición social o personal.

Tabla 3. Metas del Objetivo 3 de los objetivos de Desarrollo sostenible (ODS) relacionados con el presente estudio

METAS OBJETIVO 3 DE LOS ODS
3.4. Para 2030, reducir en un tercio la mortalidad prematura por enfermedades no transmisibles mediante la prevención y el tratamiento y promover la salud mental y el bienestar.
3.5. Fortalecer la prevención y el tratamiento del abuso de sustancias adictivas, incluido el uso indebido de estupefacientes y el consumo nocivo de alcohol.
3.7. Para 2030, garantizar el acceso universal a los servicios de salud sexual y reproductiva, incluidos los de planificación de la familia, información y educación, y la integración de la salud reproductiva en las estrategias y los programas nacionales.

La Estrategia Universidad 2015 (54), del Ministerio de Educación, Formación Profesional y Deportes, plantea la responsabilidad social del sistema universitario y de las universidades como un eje estratégico transversal que ha de ser tenido en cuenta en las misiones desempeñadas, así como en las capacidades, personas, gestión interna y relación con los entornos de la vida universitaria.

Desde este enfoque, la universidad también tiene la posibilidad de influir en el futuro de la sociedad en la que se encuentra inmersa, así el trabajo en promoción de la salud que se realice con su alumnado, las habilidades y los estilos de vida adquiridos podrán ser trasladados posteriormente en sus futuros puestos de trabajo, en sus familias, en las comunidades y barrios en los que vivan. No debe olvidarse la posible influencia de los y las estudiantes en el futuro, cuando como profesionales estén ocupando puestos de responsabilidad, sobre las políticas, las organizaciones y personas con las que desarrollen su vida laboral (55).

Este análisis tanto del proceso evolutivo de la población joven como del papel de la universidad determina la necesidad de la realización de estudios de investigación y análisis sobre hábitos de vida en el colectivo universitario con el fin de establecer las diferentes intervenciones que puedan impulsar las universidades, tal y como establece la nueva Ley, de manera que se potencien las universidades como espacios promotores de salud.

1.3. La salud sexual

1.3.1. Definiciones relacionadas

A la hora de hablar del comportamiento sexual se deben tener claras ciertas definiciones relacionadas entre sí, que se describen a continuación.

Sexo biológico: se refiere a las características biológicas que definen a los seres humanos como hombre o mujer. Si bien estos conjuntos de características biológicas no son mutuamente excluyentes, ya que hay individuos que poseen ambos, tienden a diferenciar a los humanos como hombres y mujeres. Se refiere a las diferencias biológicas entre el hombre y la mujer, o sea, la suma de todos los elementos sexuados del organismo, como los cromosomas, glándulas, morfología, genitales y hormona sexuales (56,57).

Género: la OMS, en el apartado de su web Salud y Género (58), indica que se refiere a los roles, las características y oportunidades definidos por la sociedad que se consideran apropiados para los hombres, las mujeres, los niños, las niñas y las personas con identidades no binarias. El género es también producto de las relaciones entre las personas y puede reflejar la distribución de poder entre ellas. No es un concepto estático, sino que cambia con el tiempo, el lugar y la cultura. Cuando las personas o los grupos no se ajustan a las normas (incluidos los conceptos de masculinidad o feminidad), los roles, las responsabilidades o las relaciones relacionadas con el género, suelen ser objeto de estigmatización, exclusión social y discriminación, y esta circunstancia puede afectar negativamente a su salud. El género interactúa con el sexo biológico, pero es un concepto distinto.

Identidad de género: La Organización de Naciones Unidas (ONU) la define como la vivencia interna e individual del género tal y como cada persona la experimenta, la cual podría corresponder o no, con el sexo asignado al momento del nacimiento, incluyendo la vivencia personal del cuerpo y otras expresiones de género como el habla, la vestimenta o los modales (59–61).

Sexualidad: en 1974 la OMS define sexualidad como una energía que motiva a buscar afecto, contacto, placer, ternura e intimidad. Influye en los pensamientos, sentimientos, acciones e interacciones, y por tanto influye en la salud física y mental (encuesta del CIS 2008-2009 (62)). La sexualidad es un aspecto central del ser

humano a lo largo de la vida y abarca el sexo, las identidades y roles de género, orientación sexual, el erotismo, el placer, la intimidad y la reproducción. Se vive y se expresa a través de pensamientos, fantasías, deseos, creencias, actitudes, valores, conductas, prácticas, papeles y relaciones interpersonales. La sexualidad puede incluir todas estas dimensiones, no obstante, no todas ellas se viven o se expresan siempre. La sexualidad está influida por la interacción de factores biológicos, psicológicos, sociales, económicos, políticos, culturales, éticos, legales, históricos, religiosos y espirituales (57).

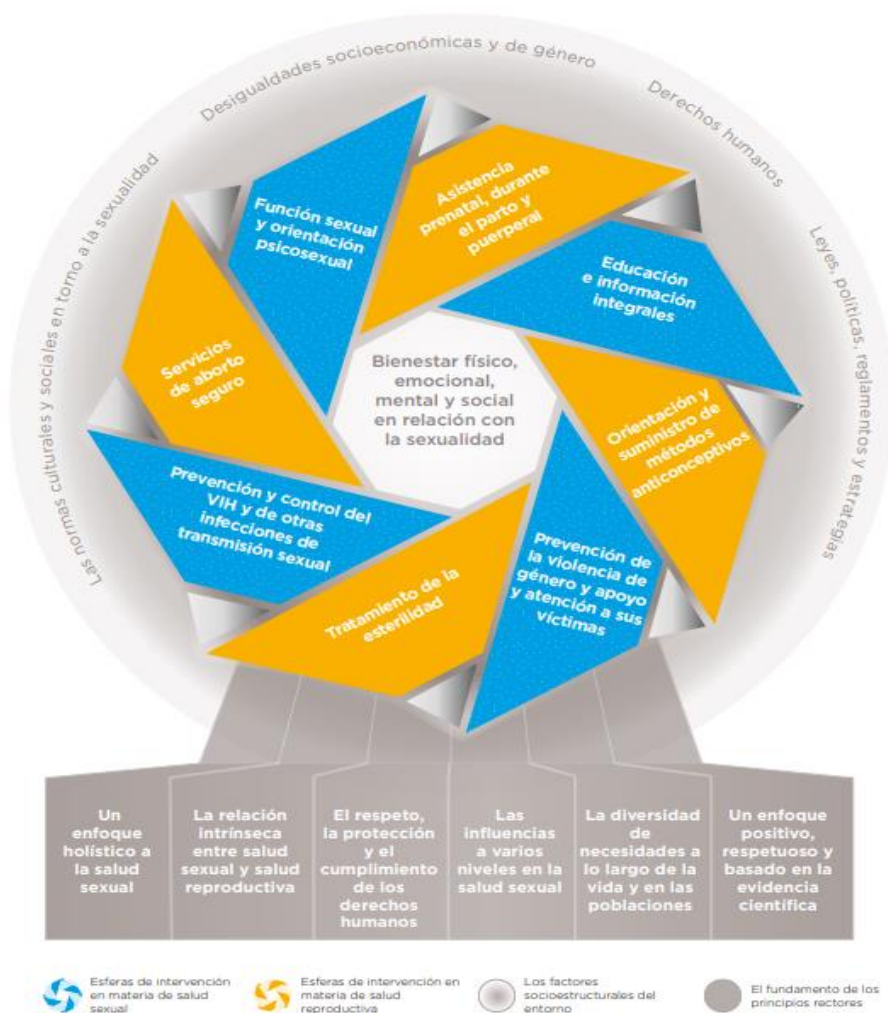
Orientación sexual: es la capacidad de una persona, con independencia del sexo biológico y de la identidad de género, para sentirse atraída emocional, sexual y afectivamente por personas de un género diferente al tuyo, del mismo o de más de un género. Entre las orientaciones sexuales más conocidas se situarían: la heterosexualidad, homosexualidad, bisexualidad (59,63,64).

Salud sexual: la OMS la define como *“un estado de bienestar físico, mental y social en relación con la sexualidad; no es simplemente la ausencia de enfermedad, disfunción o dolencia. Requiere un enfoque positivo y respetuoso de la sexualidad y de las relaciones sexuales, así como la posibilidad de tener experiencias sexuales placenteras y seguras, libres de toda coacción, discriminación y violencia. Para que la salud sexual se logre y se mantenga, los derechos sexuales de todas las personas deben ser respetados, protegidos y ejercidos a plenitud”* (57). Describiendo en este sentido el Marco operativo de la salud sexual y sus vínculos con la salud reproductiva como se puede ver en la **Figura 8**.

Salud reproductiva: la Organización de Naciones Unidas (ONU) la define en la IV Conferencia Internacional de Población y Desarrollo, de El Cairo en 1994, como *“un estado general de bienestar físico, mental y social y no de mera ausencia de enfermedades o dolencias, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo y sus funciones y procesos. La salud reproductiva entraña la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos y de procrear, y la libertad de decidir hacerlo o no hacerlo, cuándo y con qué frecuencia. El hombre y la mujer tienen el derecho a obtener información y acceso a métodos seguros, eficaces, asequibles y aceptables de su elección para la regulación de la fecundidad, así como el derecho a recibir servicios adecuados de atención de la salud que permitan los*

embarazos y los partos sin riesgos. La salud y los derechos sexuales suponen el ejercicio de la sexualidad y la orientación sexual, libre de discriminación, coacción o violencia, así como el acceso a la información sobre el cuerpo y a la educación sexual”.

Figura 9. Marco Operativo de la salud sexual y sus vínculos con la salud reproductiva



Fuente: [OMS 2018. La salud sexual y su relación con la salud reproductiva: un enfoque operativo](#) (65)

Comportamiento sexual responsable: la Organización Panamericana de la Salud (OPS) indica que este comportamiento se expresa en los planos personal, interpersonal y comunitario. Se caracteriza por autonomía, madurez, honestidad, respeto, consentimiento, protección, búsqueda de placer y bienestar. La persona que practica un comportamiento sexual responsable no pretende causar daño y se abstiene de la explotación, acoso, manipulación y discriminación. Una comunidad fomenta comportamientos sexuales responsables al proporcionar la información,

recursos y derechos que las personas necesitan para participar en dichas prácticas (66).

Relaciones sexuales más seguras: son aquellas opciones y conductas para reducir o minimizar el riesgo de transmisión del Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH) y otras Enfermedades de Trasmisión Sexual (ETS). Las estrategias de relaciones sexuales más seguras incluyen: retrasar el inicio de las relaciones sexuales, mantener relaciones sexuales sin penetración, hacer un uso correcto y sistemático del preservativo masculino y femenino, y reducir el número de parejas con las que se tienen relaciones sexuales (59).

En este sentido el estudio de *Espada et al.* (67) con adolescentes españoles sexualmente activos, encontró una asociación directa entre quienes tuvieron su primera relación sexual antes de los 15 años y una mayor implicación en más prácticas sexuales (masturbación mutua, coito vaginal y sexo oral), un mayor número de parejas sexuales y uso menos consistente del preservativo que los que debutaron después de los 15 años. Cuanto mayor es el número de parejas sexuales mayor es el riesgo de sexo sin protección (68–70) y de *Infecciones de Transmission Sexual* (ITS) (71).

Es importante plantear que no se han encontrado estudios potentes que identifiquen un número de parejas sexuales a partir de las cuales el riesgo aumente, aunque algunos indican que 2 o más parejas en un periodo inferior a los 6 meses podría ser un punto crítico (72,73).

La orientación sexual parece estar relacionada con el número de parejas, de manera que las personas que se declaran homosexuales y bisexuales tienen una mayor tendencia a tener más parejas sexuales (a lo largo de la vida y en los últimos 6 meses), que aquellas que se identifican como heterosexuales (68,74).

En la **Tabla 4** se describen los diferentes factores de protección (+) y de riesgo (-) relacionados con los embarazos no deseados y la transmisión de ITS en la población adolescente y joven.

Tabla 4. Factores de riesgo y protección relacionados con embarazos no deseados e Infecciones de Trasmisión Sexual en población adolescente

CATEGORÍA	FACTORES DE PROTECCIÓN	FACTORES DE RIESGO
Comunidad	Nivel alto de educación Alto nivel de renta	Desventaja y desorganización Elevada tasa de desempleo Alta tasa de criminalidad
Familia		
Estructura y situación económica	Biparental (frente a uniparental) Nivel alto de educación en padres	Cambios en el estado marital de los padres Bajo nivel de ingresos paternos
Dinámica familiar y apego	Soporte parental y conexión familiar Supervisión y control familiar suficiente	
Actitud familiar y modelo de conducta sexual y de fecundidad	Actitud conservadora de los padres respecto a relaciones sexuales Actitud positiva de los padres respecto a la anticoncepción	Precocidad materna en relaciones sexuales y maternidad Madre soltera y comportamientos de cohabitación Precocidad hermanos mayores relaciones sexuales y maternidad
Iguales Actitud y comportamiento	Calidad de los amigos/as Normas positivas de uso de preservativos y anticoncepción	Comportamiento de riesgo respecto a delincuencia y drogas Actividad sexual de iguales (real o percibida)
Pareja Características de la relación de pareja	Soporte en el uso de preservativos y anticoncepción	Compromiso precoz Mantener una relación muy cerrada Mayor número de compañeros románticos Compañero 3 o más años mayor
Individuales Antecedentes biológicos		Precocidad en la maduración física
Apego a instituciones prosociales	Buenos resultados escolares Aspiraciones y planes de futuro en educación Participación en actividades religiosas	
Problemas o comportamientos de riesgo		Uso de alcohol o drogas Problemas de comportamiento o delincuencia Otros comportamientos de riesgo
Distrés emocional		Alto nivel de estrés Depresión Ideas suicidas
Abuso sexual		Historia previa de abuso o coacción
Deseos, actitudes y habilidades sexuales	Actitud conservadora sobre relaciones prematrimoniales Mayor percepción de susceptibilidad a embarazo o ITS Importancia de protección (embarazo/ITS) Mayor conocimiento sobre preservativos y anticonceptivos Actitud positiva sobre preservativos y anticonceptivos Alta percepción de barreras y coste de utilización de preservativos Mayor grado de percepción de autoeficacia en el uso de protección	

Fuente: [Colomer Revuelta 2013](#) (75)

Es muy importante indicar que la vivencia de la sexualidad y las prácticas sexuales vienen determinada de una forma muy importante por factores culturales y educativos, de tal manera que los estudios llevados a cabo en otras culturas como la asiática o la africana identifican diferentes niveles de conocimiento de los riesgos, así como en las prácticas de riesgo especialmente entre los hombres y las mujeres.

Por tanto, los datos que se obtengan en el estudio de una determinada cultura no pueden ser del todo extrapolables a otras culturas, y lo mismo ocurre a la inversa. Este hecho determina que los estudios que se tendrán en cuenta en la presente investigación serán los realizados en culturas similares a la nuestra (Europa, EE. UU. y Latino américa).

1.3.2. Situación actual en la población joven

Los siguientes datos sobre salud sexual en población joven se han obtenido de los principales estudios, nacionales o europeos con datos a nivel de España (**Tabla 5**).

Tabla 5. Estudios nacionales sobre sexualidad en población joven

TÍTULO DEL ESTUDIO	ENTIDAD PROMOTORA	POBLACIÓN DE ESTUDIO (EDAD)	AÑO	METODOLOGÍA	MUESTRA ANALIZADA	Enlaces de accesos a los estudios/informes
Encuesta de Salud y Hábitos Sexuales (ESHS)(76)	INE y Secretaría del Plan Nacional sobre el Sida del Ministerio de Sanidad y Consumo	18-49 (rango 18-29)	2003	Autoadministrada en el domicilio para los datos sensibles	10.838 personas; 7.680 de 18-29 años	https://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica_C&cid=1254736176785&menu=resultados&idp=1254735573175 https://www.ine.es/ss/Satellite?L=&c=INECifrasINE_C&cid=1259925137955&p=1254735116567&pagename=ProductosYServicios%2FPYSLayout
Estudio nº 2738: actitudes y prácticas sexuales (77)	CIS	≥18 (rango 18-24)	2008	Entrevistas telefónicas	1.500 personas; 152 de 18-24 años	https://www.cis.es/detalle-ficha-estudio?origen=estudio&idEstudio=9882
Estudio nº 2780: Encuesta nacional de salud sexual (62)	CIS y Observatorio de Salud de la Mujer del Ministerio de Sanidad y Política Social	≥16 (rango 16-24)	2008 - 2009	Entrevistas presenciales y autocumplimentadas	9.850 entrevistas; 1.559 de 16-24 años	https://www.cis.es/detalle-ficha-estudio?origen=estudio&idEstudio=9702
Encuesta europea Hombres que tienen sexo con hombres (EMIS-2017): resultados en España (78)	Ministerio de Sanidad 2020, Unión Europea	16 o más	2017	Cuestionario on-line	10.615 hombres	https://www.sanidad.gob.es/ciudadanos/enflesiones/enfTransmisibles/sida/INFORMES/Encuesta_Europea_On-line_para_hombres_que_tienensexo_con_otros_hombres_Acces.pdf
Estudio sobre Sexualidad y Anticoncepción: Jóvenes Españoles	Sociedad Española de Contracepción	16-25	2019	On-line	1.200 personas	https://hosting.sec.es/descargas/Encuesta2019_SEXUALIDAD_ANTICONCEPCION_JOVENES.pdf
Informe Juventud en España 2020. La sexualidad de la juventud: actitudes y hábitos (2)	Instituto de la Juventud (INJUVE)	15- 29	2019	Cuestionario semiestructurado mediante tablet	5.000 personas	http://www.injuve.es/sites/default/files/adjuntos/2021/03/informe_juventud_espana_2020.pdf
Resultados del estudio HBSC 2018 en España sobre Conducta Sexual (79)	Moreno 2020, Ministerio de Sanidad	11-18 años (rango 17-18 años)	2018	Cuestionario autocumplimentado en el centro educativo	40.495 personas 9.744 de 17-18 años	https://www.sanidad.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/HBSC2018_ConductaSexual.pdf
Estudio cualitativo sobre salud sexual en Jóvenes 2019(80)	CIMOP 2019, Ministerio de Sanidad	15 y 24 años (17-19 años)	2019	Entrevistas en profundidad y grupos de discusión	13 entrevistas 2 grupos de discusión	https://www.sanidad.gob.es/areas/promocionPrevencion/promoSaludEquidad/saludJovenes/estudioSaludSexual2019.htm

1.3.2.1. Edad de inicio de las relaciones sexuales

Como antecedentes de hace más de dos décadas, la **Encuesta de Salud y Hábitos Sexuales** del **2003** (76), indica que la población adolescente comienza a tener *relaciones sexuales con penetración* (vaginal, anal u oral) a una edad más temprana que sus iguales hace varios años. La edad media de la primera relación sexual *con penetración* se sitúa en los 17,5 años en chicos y 18,2 años en las chicas; aunque estas cifras pueden dar lugar a error, ya que la media como medida de centralización está muy influenciada por los datos extremos. En esta encuesta se muestra como entre los jóvenes de 18 a 29 años (que es la población más próxima a la que se va a estudiar), el 18,4% de los chicos y el 11,4% de las chicas tuvieron su primera relación sexual antes de cumplir los 16 años.

En el **Informe de la Encuesta nacional de salud sexual de 2009** (62), se pregunta por la edad de la primera relación sexual, entendiendo por tal el conjunto de prácticas que realizan dos o más personas, con la finalidad de obtener placer sexual, que no tienen por qué incluir el coito, ni concluir con el orgasmo. En la población de 18 a 24 años la edad media de la primera relación sexual se sitúa en los 16,36 años (DT: 2), en chicos 16,11 (DT: 2,14) y en chicas 16,61 (DT: 1,81). Es importante destacar que este descenso de edad se puede deber a la diferente forma de valorar la edad de inicio, ya que, en la **Encuesta de hábitos sexuales de 2003** (76), se pregunta sobre relaciones sexuales con penetración. De todas formas y a pesar de la diferente forma de preguntar, la edad de inicio parece adelantarse tal y como indican otros estudios como a continuación se expone.

El estudio promovido por la OMS **Health Behaviour in School-aged Children HBSC de 2018** (79), en el análisis de la edad de inicio de *relaciones coitales* que se realiza en la población estudiada de 15 a 18 años, se indica que el 10,3% las mantuvieron por primera vez a los 13 años o antes, siendo los porcentajes mayores en los chicos (12,4%) que en las chicas (8,0%), habiéndose valorado esta edad como de inicio temprano. Además, son más los chicos que manifiestan haber tenido un inicio temprano en las relaciones sexuales y estas diferencias son superiores en el grupo de 15-16 años (7,1 puntos porcentuales) que en el de 17-18 años (3,1 puntos de diferencia entre chicos y chicas). Analizando la evolución

de la edad media de inicio de las relaciones sexuales con penetración se observa un cierto descenso desde la encuesta del año 2002, hasta la de 2018 en ambos sexos. En las chicas de 15-16 años, la edad media en 2002 fue de 14,61 años y en 2018 baja a 14,31; y en chicos de 15-16 años fueron de 14,33 y 14,11, respectivamente). Aunque parece detectarse, a partir del 2010 una cierta estabilización, en esta variable.

Según el **Estudio sobre sexualidad y anticoncepción entre los Jóvenes Españoles de 2019** (81), la edad media de inicio en las relaciones sexuales (con o sin penetración) fue de 16,4 años. En la población joven encuestada entre 16-18 años, la edad media de inicio es de 15,66 años. En el grupo de entre 19-21 años la edad media fue de 16,73 años y en el grupo de entre 22-25 años, se situó en los 17,53 años. La edad media de inicio de las relaciones sexuales *con penetración* global fue de 17,04 años. Por grupos de edad, las medias de edad de inicio fueron las siguientes: grupo de edad de 16-18 fue de 15,66 años; grupo de 19-21 fue de 16,73 años y de 17,53 años en el grupo de entre 22-25 años.

Tabla 6. Edad media de inicio de las relaciones sexuales (RS). Estudios de referencia

Estudio	Población estudiada	RS con penetración	RS con/sin penetración
<i>Encuesta de Salud y Hábitos sexuales. 2003 (INE)(76)</i>	18- 49 años	17,5 años ♂ 18,2 años ♀	---
<i>Encuesta Nacional de salud Sexual. 2009 (CIS)(62)</i>	14-24 años	---	16,11 años ♂ 16,61 años ♀
<i>Estudio HBSC. 2018 (OMS)(79)</i>	15-16 años	14,11 años ♂ 14,31 años ♀	---
<i>Estudio sobre sexualidad y anticoncepción: jóvenes españoles. 2019 (Sociedad española de contracepción).(81)</i>	16-25 años	17,04 años	16,4 años
<i>Informe de la Juventud. 2020 (INJUVE)(2)</i>	---	16,2 años (♂≈♀) (< población no heteronormativa)	---

Por otro lado, **Informe Juventud en España de 2020** del INJUVE (2), en el apartado “La sexualidad de la juventud: actitudes y hábitos”, también identifica una iniciación sexual cada vez más temprana. En este estudio se definieron las relaciones sexuales como “el conjunto de prácticas que realizan dos o más

personas con la finalidad de obtener placer sexual, que no tiene por qué incluir el coito, ni concluir con el orgasmo". Teniendo en cuenta esta definición, la edad media para la primera *relación sexual* se situó en los 16,2 años y habiéndose reducido en casi un año respecto a los datos del Informe de 2016 (17 años) (82). En este estudio no se detectaron diferencias significativas entre la edad de inicio de las relaciones sexuales entre chicos y chicas. En este informe no se analiza el inicio de relaciones sexuales sólo con penetración.

1.3.2.2. Frecuencia de relaciones sexuales

La encuesta de la **Sociedad Española de Contracepción** (81) identifica que el 73,4% de los jóvenes de entre 16 y 25 años afirma haber mantenido relaciones sexuales coitales (con penetración) alguna vez, no detectándose diferencias significativas entre chicos y chicas. Entre los jóvenes de 16 a 18 años esta cifra se sitúa en el 50,2%, pasando al 70,9% entre los que tienen de 19 a 21 años, y al 85,2% entre los de 22 a 25 años de edad.

Por otra parte, en el estudio **INJUVE 2020** (Instituto de la Juventud 2021), en el rango de edad de entre 15 y 29 años, el 72% de jóvenes declaró haber tenido relaciones sexuales con penetración, un 4% sin ella, un 11,7% no las ha tenido y un 12% no responde. Tanto para hombres como para mujeres, la edad y la emancipación tienen un efecto estadísticamente significativo en la probabilidad de haber realizado esta práctica. De este modo, un 93% de los jóvenes que declaran haberse emancipado han tenido relaciones con penetración frente al 76% que no se han emancipado y sí han mantenido relaciones con penetración. Los análisis estadísticos muestran que, en el caso de las mujeres, la orientación sexual no heterosexual y el definirse como creyente hace menos probable que hayan tenido relaciones con penetración.

El **Estudio CIS nº 2780 Encuesta nacional de salud sexual** (62) para el rango de edad de 18-24 años refiere que el 94,2% (95,4% chicos; 93% chicas) han tenido relaciones sexuales alguna vez (conjunto de prácticas que realizan dos o más personas con la finalidad de obtener placer sexual, que no tiene por qué incluir el coito, ni concluir con el orgasmo), el 5,5% no las han tenido (4,4% chicos; 6,5% chicas) y el 0,3% se desconoce (0,2% chicos; 0,5% chicas).

Respecto a las relaciones en los últimos 12 meses el 88,9% refiere haberlas tenido (89,5% chicos; 88,4% chicas), un 5,7% refiere no haberlas tenido (6,1% chicos; 5,2% chicas) y en un 5,4% se desconoce (4,4% chicos; 6,4% chicas). En cuanto a la frecuencia de estas la mayoría las tienen cada dos tres días (40,1%) o una vez a la semana.

Tabla 7. Frecuencia de Relaciones sexuales (con o sin penetración) en población de entre 18-24 años

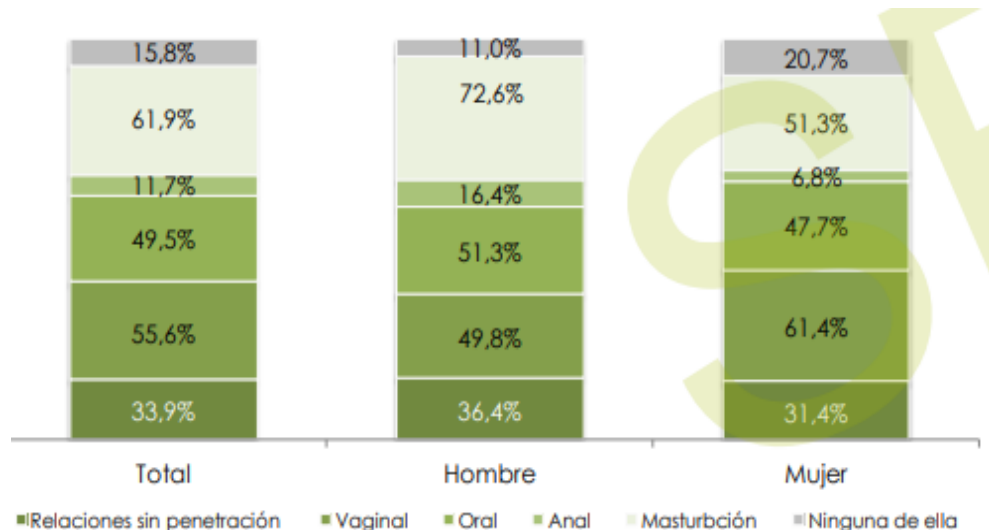
Frecuencia RS con o sin penetración en los últimos 12 meses	Hombres	Mujeres	Población de 18-24 (n=834)
Diariamente	5,9%	8,7%	7,3%
Cada dos o tres días	34,5%	45,8%	40,1%
Una vez a la semana	25%	25,3%	25,1%
Una vez cada dos o tres semanas	14,1%	8,1%	11,1%
Una vez al mes	7,6%	3,5%	5,6%
Menos de una vez al mes	9,3%	5,9%	7,6%
Otra respuesta	2,5%	2%	2,3%
No Contestan	1,1%	0,6%	0,9%

Fuente: Elaboración propia en base a datos del *Estudio CIS nº 2780 Encuesta nacional de salud sexual*(62)

En este mismo aspecto, el **estudio de la FAD-INJUVE de 2003** (83), muestra un aumento importante de las relaciones sexuales con penetración entre los 17-18 años (el 4,1% mantuvo más de 16 relaciones sexuales en el último mes, frente al 1,1% en el rango de 15-16 años), de forma que son más frecuentes a medida que aumenta la edad, alcanzando el pico de frecuencia entre los 21-22 años (el 8.2% mantuvo más de 16 relaciones sexuales en el último mes).

En relación con las prácticas sexuales cabe destacar que la encuesta de la **Sociedad Española de Contracepción** (81) muestra como la masturbación es la práctica más frecuente (61,9%), seguida de la relación vaginal (55,6%), el sexo oral (49,5%). El 33,9% practica relaciones sin penetración y el 11,7% practica relaciones anales.

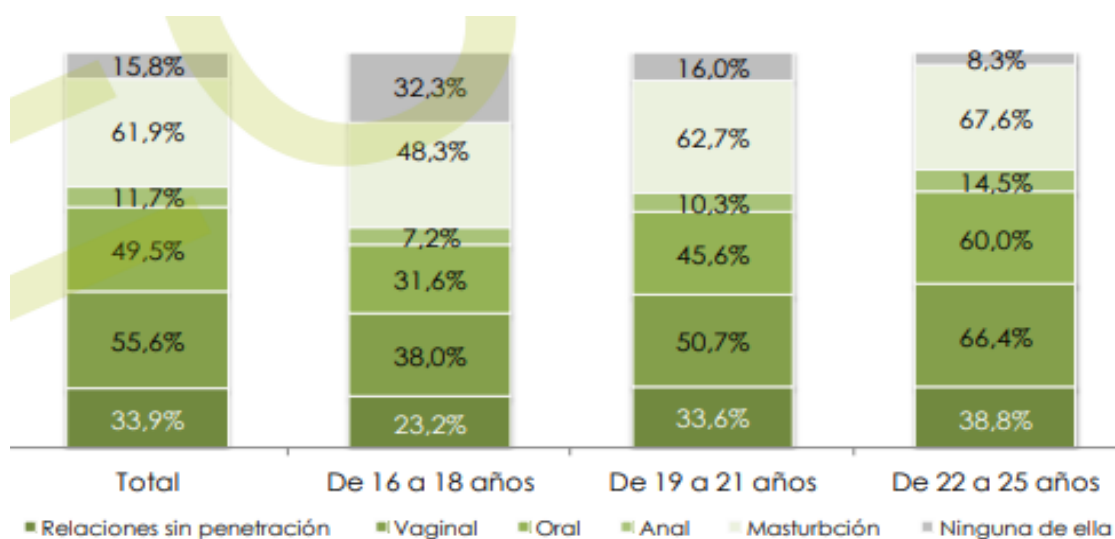
Figura 10. Prácticas realizadas habitualmente por sexo (respuesta múltiple). encuesta de la Sociedad Española de Contracepción, jóvenes españoles de 16 a 25 años



Fuente: Sociedad Española de Contracepción. Reproducido con autorización

Por sexo, la masturbación es la práctica más frecuente entre los chicos (72,6%), seguida del sexo oral (51,3%) y el vaginal (49,8%), mientras que en las chicas lo más frecuente son las relaciones vaginales (61,4%), seguidas de la masturbación (51,3%) y el sexo oral (47,7%). Respecto a la edad todos los tipos de relaciones se incrementan con la edad, y en todos los tramos de edad la masturbación es la práctica más frecuente.

Figura 11. Prácticas realizadas habitualmente por edad (respuesta múltiple). encuesta de la Sociedad Española de Contracepción, jóvenes españoles de 16 a 25 años



Fuente: Sociedad Española de Contracepción. Reproducido con autorización

1.3.2.3. Número de parejas sexuales

Respecto al número de parejas sexuales, el **Estudio CIS nº 2738 actitudes y prácticas sexuales** (77), en la población encuestada entre 18 y 24 años, encontró una media de 4,91 (DT:9,13) parejas sexuales en la vida. Tenían 1 pareja el 24%; 2 parejas el 23%, 3 parejas el 9,8%; 4 ó 5 parejas el 17,5%; de 6 a 10 parejas el 15,7% y más de 10 el 6,3%.

Según el estudio de *Faílde et al.* (84), el número de parejas sexuales es mayor entre los varones de 14-24 años, el 9,2% tuvo más 5 parejas sexuales en los últimos 6 meses, frente al 1,7% de las mujeres de este grupo. Así mismo, el número medio de parejas sexuales en el último año referido por el INJUVE 2003 (2) se situaba en 1,57 para los chicos de 19-20 años y 1,55 para los de 21-24 frente a las 1,13 y 1,15 parejas en las chicas respectivamente (85).

En otro estudio sobre dos cohortes 2006 y 2012, de adolescentes de entre 15-18 años en España, también se observó un incremento en el número de parejas sexuales a lo largo de la vida (86).

Sin embargo, el estudio de la **FAD y el INJUVE de 2003** (83), indica que en había menos frecuencia de parejas que a mitad de los años noventa, así el 74% de chicos y el 92% chicas afirmó haber tenido una única pareja sexual a lo largo del último año. Entre los chicos un 10% tuvo relaciones sexuales con dos mujeres y un 5% con tres. Las jóvenes se manifiestan aún más monógamas: sólo el 4% tuvo dos parejas sexuales y el 1%, tres. En el análisis por edad, se constata un bajo número de parejas sexuales, menos entre las mujeres.

Tabla 8. Número medio de parejas sexuales en el último año, por edad y sexo. Estudio Fundación de Ayuda contra la Drogadicción/Instituto de la juventud 2003

Edad	15-17	19-20	21-24
Hombres	1,34	1,57	1,55
Mujeres	1,11	1,13	1,15

Elaborada por autores del estudio FAD/INJUVE 2003, a partir de Martín Serrano y Velarde, 2001.

Por otro lado, el número de parejas sexuales está relacionado con conductas sexuales de riesgo y de contraer una ITS (87,88).

1.3.2.4. Orientación y conductas sexuales

El *Informe del INJUVE de 2020* (2) indica que el 16,6% de jóvenes se describe como no heterosexual. Los hombres se identifican con más frecuencia como heterosexuales que las mujeres (80% frente a 75%), y también más como homosexuales que ellas (10% frente a 6,1%). Por su parte, las mujeres se autoidentifican más frecuentemente como bisexuales que los hombres (12% frente a 5%). Además, el 0,4% de los jóvenes encuestados, tanto hombres como mujeres, no se identifican plenamente con una categoría del 100% femenino o masculino.

Así mismo, en el *Estudio sobre sexualidad y anticoncepción: jóvenes españoles de la Sociedad Española de Contracepción* (81), en relación con la orientación sexual, identifica que el 76,4% de los jóvenes se considera heterosexual, el 11,5% bisexual y el 7,5% homosexual. Un 0,4% se autocalifica de asexual. La orientación heterosexual es más frecuente en hombres que en mujeres (77,4% frente a 75,5%). La homosexual es del 11% entre los hombres frente al 3,7% en las mujeres. Por el contrario, el 15,7% de las mujeres se consideran bisexuales, frente al 7,3% entre los hombres. La orientación homosexual se incrementa con la edad, pasando del 5,3% entre los jóvenes de 16 a 18 años, al 9,4% entre los que tienen de 22 a 25. La bisexualidad apenas se considera entre los menores de 19 años, superando el 10% entre los mayores de esa edad.

En el informe del *Estudio CIS nº 2738 actitudes y prácticas sexuales* (77), la pregunta sobre relaciones sexuales con otro sexo, indica que el 91,4% declararon ser heterosexuales y el 2,6% homosexuales. Este estudio no permite conocer los bisexuales.

Así mismo, en los datos de la *Encuesta sobre relaciones sociales y afectivas pospandemia III. Estudio nº 3400 del CIS* (89) el 80,7% de la población de 18-24 años se declara heterosexual y el 19,30% de otra orientación sexual (22% homosexuales; 16% bisexuales y 1,1% asexuales, otra orientación sexual 0%). Este grupo de edad es el que presenta mayores porcentajes no heteronormativos, lo que puede estar indicando que las generaciones más jóvenes son capaces de expresar con mayor libertad su orientación sexual no heteronormativa. El estudio

muestra diferencias importantes entre hombres y mujeres: así entre los hombres el porcentaje de heterosexuales es superior (84,7% frente a 76,5%, al igual que el de homosexuales (4,3% frente a un 0%), mientras que el porcentaje de bisexuales es superior en las mujeres (22,3% frente a 10%).

Así mismo, los datos del estudio **Estado LGBTI+ 2023** (90), muestran que el 55,1% de las personas **LGBTI+** son bisexuales, identificándose un 18,8% más de mujeres bisexuales que de hombres bisexuales. El 19,6% se declaraba gays, el 8,1% lesbianas, un 8,1% se identifican como no binarias, un 6,3% como asexuales y un 3% como transexuales. Estos datos son muy coherentes con los descritos por el estudio del *Barómetro 3400 del CIS*.

El estudio de la **FAD y el INJUVE de 2003** (83), indica que la mayoría de los jóvenes tienen relaciones con personas del sexo opuesto (58,1%), dejando porcentajes mucho más bajos para las relaciones con personas del mismo sexo (3,6%) o indistintamente de un sexo u otro (0,3%).

1.3.2.5. Utilización de métodos anticonceptivos y de barrera

Es clave tener en cuenta que este tipo de anticoncepción (métodos de barrera), además de prevenir embarazos no deseados, es la principal herramienta para evitar las infecciones de transmisión sexual (ITS).

El **informe del INJUVE 2020** (2) indica que el 74% de la población estudiada (jóvenes de entre 15 y 29 años) declara haber usado algún tipo de método anticonceptivo en su última relación sexual con penetración. El preservativo sigue siendo el método anticonceptivo preferido (80%), aunque un 37% refiere no haberlo utilizado en alguna ocasión en el último año. Si se tiene en cuenta la edad, la utilización del preservativo se sitúa en un 77% entre los jóvenes de 15- 24 años, mientras que los más mayores (25-29 años) lo utilizan un 69%. Es importante tener en cuenta que no se detectan diferencias significativas entre hombres y mujeres.

Sin embargo, sí se detectan diferencias significativas en función de la orientación sexual, ya que la población que se declara heterosexual emplea el preservativo 4 puntos más (75%) que los no heterosexuales.

El **Estudio CIS nº 2738 actitudes y prácticas sexuales**(77), define “*Relaciones Sexuales*” como el conjunto de prácticas que realizan dos o más personas, con la finalidad de obtener placer sexual, que no tienen por qué incluir el coito, ni concluir con el orgasmo. Los datos de este estudio indicaron que el 87,7% (n=127) de la muestra con edades entre 18 y 24 años había utilizado métodos anticonceptivos, en la primera relación para evitar el embarazo. Mientras que para evitar una ITS lo utilizaron el 85,9% (n= 123). Los métodos anticonceptivos más frecuentemente utilizados, en la primera relación sexual, fueron el preservativo (99,1%) y la píldora (1,6%).

Así mismo, en el **Estudio CIS nº 2780 Encuesta nacional de salud sexual** (62) para el rango de edad 18-24 años (**Tabla 9**), la utilización de métodos anticonceptivos en la primera relación para evitar el embarazo fue referida por el 68% (hombres: 66,6%; mujeres: 69,4%) y para evitar ITS por el 65,4% (hombres: 64,1%; mujeres: 66,8%).

En la primera vez, el método anticonceptivo utilizado fue en un 94,1% el preservativo (hombres: 93,8%; mujeres: 94,5%), seguido por un 7,9% píldora (hombres: 3,2%; mujeres: 12,6%). Refirieron haber utilizado métodos de barrera el 65,4% (hombres:64,1%; mujeres: 66,8%); preferentemente el preservativo masculino 98,2% (hombres:98,3%; mujeres:98,2%) frente al 1,9% del preservativo femenino (hombres:1,1%; mujeres:2,6%).

En el grupo de quienes tuvieron relaciones sexuales con o sin penetración en los últimos 12 meses, los porcentajes de utilización siempre de un método anticonceptivo para evitar embarazo o de un método de barrera para evitar ITS fueron superiores en el caso de parejas ocasionales. Los jóvenes de 18-24 años que utilizan más los métodos para evitar el embarazo que para evitar las ITS.

Tabla 9. Utilización de métodos anticonceptivos y de barrera entre población de 18-24 años Estudio CIS n° 2780 Encuesta nacional de salud sexual

Uso método siempre		Tipo de método	Negociación conjunta de la pareja
Pareja estable (83,1%: ♂74,9%; ♀91,5%)			
Anticonceptivo	65,9% (♂62,1%; ♀69,1%)	preservativo 71,7% (♂77,6%; ♀66,8%) píldora 34,9% (♂27,2%; ♀41,2%)	70,9% (♂73,5%; ♀68,8%)
Barrera	47,4% (♂52,9%; ♀42,8%)	preservativo masculino 90,2% (♂93,4%; ♀86,9%) preservativo femenino 2,8% (♂4,2%; ♀1,9%)	77,1% (♂74%; ♀80,1%)
Pareja ocasional (33,4%: ♂48%; ♀18,7%)			
Anticonceptivo	83,3% (♂84,9%; ♀79,2%)	preservativo 91,6% (♂93,9%; ♀85%) píldora 13,7% (♂7%; ♀32,5%)	57,3% (♂52,3%; ♀68,4%)
Barrera	78,5% (♂80,2%; ♀74,3%)	preservativo masculino 97,9% (♂98,5%; ♀96%) 2,1% preservativo femenino (♂1,5%; ♀4%)	62,3% (♂56,9%; ♀77,3%)

Fuente: elaboración propia a partir de datos del Estudio CIS n° 2780 Encuesta nacional de salud sexual (62).

Por otro lado, es interesante observar que, en el caso de parejas estables la negociación conjunta de la utilización del método es alta (superior al 73%), descendiendo este porcentaje en el caso de las relaciones ocasionales y siendo superior en el caso de la utilización de métodos de barrera.

Otros estudios refuerzan la idea de que el preservativo es el sistema más extendido de protección en población joven (el 38,8% indica usarlo siempre) (83), y que su uso disminuye a medida que aumenta la edad, en favor de otros métodos anticonceptivos como la píldora (91).

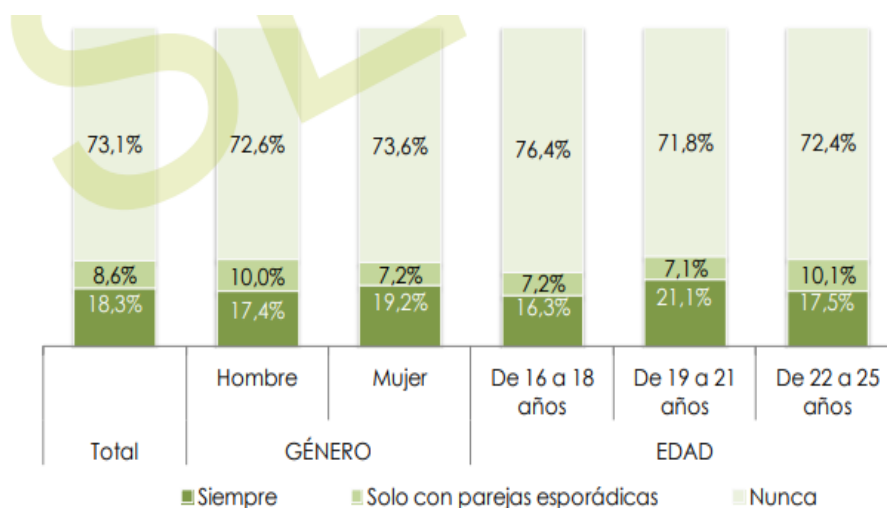
En cuanto a las diferencias por sexo, hay estudios que indican que las mujeres presentan una menor frecuencia de utilización del preservativo que los varones (el 35,5% de las mujeres lo utilizan siempre, frente al 42% de los varones) (91) disminuyendo esta utilización de forma especial cuando tienen una pareja estable (83,84,92).

En una revisión sistemática realizada en 2023, (93), se identifican discrepancias entre la edad y el uso del preservativo masculino de manera que el estudio de *Wasie et al.* (94) indica que la población de menos de 20 años utiliza más el

preservativo; sin embargo, esto no sucede en el estudio de *Martínez-Torres et al.* (95). También se identifican como factores facilitadores el tener múltiples parejas sexuales y el uso previo del preservativo con la pareja habitual (96).

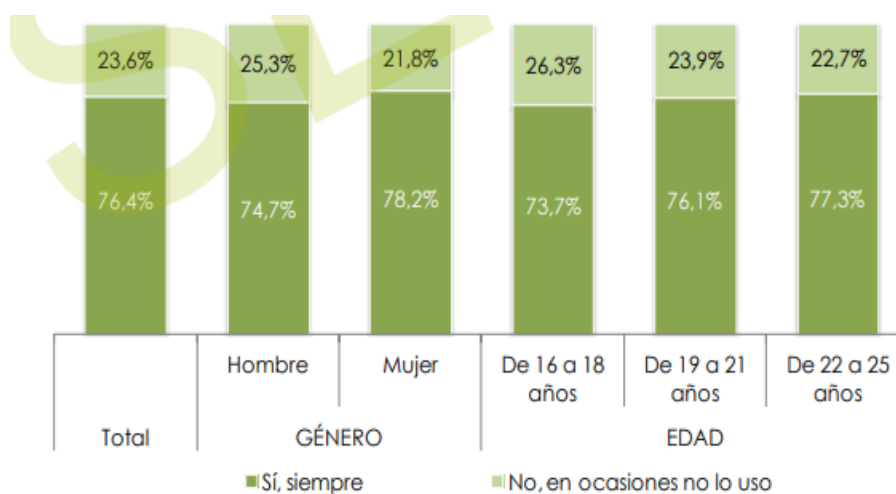
El **Estudio sobre sexualidad y anticoncepción: jóvenes españoles de entre 16 y 25 años**, del año 2019 (81), indica que el 73,1% de los jóvenes no utiliza nunca en sus relaciones sexuales el doble método para evitar embarazos e ITS; siendo la cifra superior entre los de menor edad. El 18,3% utiliza el doble método siempre y el 8,6% solo cuando tiene relaciones con parejas esporádicas.

Figura 12. Utilización del doble método en las relaciones sexuales. Estudio sobre sexualidad y anticoncepción: jóvenes españoles de entre 16 y 25 años, 2019



Fuente: Sociedad Española de Contracepción. Reproducido con autorización

Figura 13. Uso actual de métodos anticonceptivos. Estudio sobre sexualidad y anticoncepción: jóvenes españoles de entre 16 y 25 años, 2019.

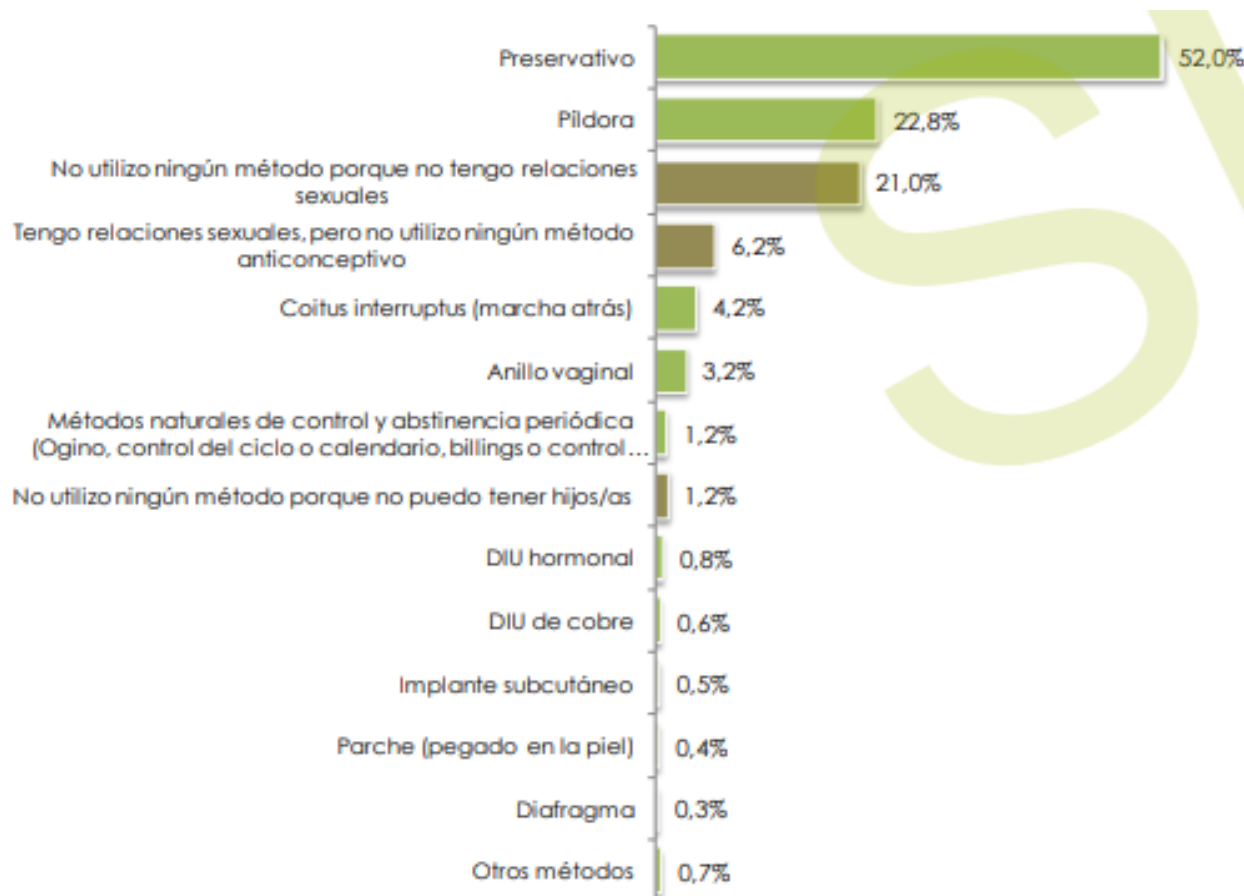


Fuente: Sociedad Española de Contracepción. Reproducido con autorización

Respecto a la prevalencia de utilización de métodos anticonceptivos el 76,4% de los jóvenes los ha utilizado en todas sus relaciones sexuales y un 23,6% en ocasiones no lo utilizó. Esta práctica de riesgo (no utilización siempre de un método anticonceptivo) fue superior entre los hombres (25,3%) y en los jóvenes de 16 a 18 años (26,3%).

En este estudio, al igual que en otros, el método más utilizado fue el preservativo (52%), seguido de la píldora (22,8%) y el coitus interruptus (4,2%). El 28,4% no utilizaba ningún método anticonceptivo. De estos un 21% no lo utilizaba porque no tenía relaciones sexuales, lo que implica que no se exponían a ningún riesgo. Un 1,2% porque no podía tener hijos, aunque en este caso el embarazo estaba cubierto, el riesgo de ITS se mantenía. Y el 6,2% restante no utilizaba ningún método a pesar de mantener relaciones sexuales, siendo este el colectivo con conductas sexuales de riesgo tanto para embarazos no deseados, como para ITS.

Figura 14. Uso actual de métodos anticonceptivos. Estudio sobre sexualidad y anticoncepción: jóvenes españoles de entre 16 y 25 años, 2019. (Respuesta múltiple)



Fuente: Sociedad Española de Contracepción. Reproducido con autorización

Respecto al método anticonceptivo utilizado (**Tabla 10**), los métodos de barrera son los más utilizados entre los hombres (46,8%) y los hormonales entre las mujeres (34,7%). Por edad los de barrera son los más utilizados en el grupo de 19 a 21 años.

En esta encuesta las mujeres refirieron porcentajes superiores a los hombres en la opción no utilizar ningún método anticonceptivo en sus relaciones sexuales (7,3% frente a 5%).

Tabla 10. Uso actual de métodos anticonceptivos por sexo y edad. Estudio sobre sexualidad y anticoncepción: jóvenes españoles de entre 16 y 25 años, 2019. (Respuesta múltiple)

	Total	GÉNERO		EDAD		
		Hombre	Mujer	De 16 a 18 años	De 19 a 21 años	De 22 a 25 años
De barrera	38,1%	46,8%	29,2%	27,0%	42,2%	40,5%
Hormonales	27,6%	20,4%	34,7%	18,6%	22,8%	34,4%
Otros	6,0%	5,5%	6,5%	6,5%	5,4%	6,1%
Ninguno porque no tiene relaciones sexuales	21,0%	20,4%	21,5%	39,2%	24,2%	10,9%
Ninguno, aunque tiene relaciones sexuales	6,2%	5,0%	7,3%	7,6%	4,6%	6,5%
Ninguno, porque no puede tener hijos	1,2%	1,8%	0,7%	1,1%	0,9%	1,5%

Fuente: Sociedad Española de Contracepción. Reproducido con autorización

Por último, el informe analiza las razones por las que no se utilizan siempre métodos anticonceptivos, siendo la principal la practica sexo oral (59,1%), que haya confianza (37,9%) o conocimiento de la otra persona (31%), o por creer que no corre peligro (29,1%). No disponer de ellos en ese momento (24,1%) o la falta de tiempo para utilizarlos fruto del deseo incontrolado (18,2%).

El estudio de revisión de los factores de riesgo de *Calatrava et al.* indicaba la inconsistencia de la utilización del preservativo en población joven, que variaba del 11,5% de los jóvenes de entre 18-24 años franceses y el 29% de los británicos de entre 13-16 años. Además, identificaba que la utilización del preservativo. Este estudio indicaba que los jóvenes españoles de 18-19 años utilizaron más el preservativo en su primera relación sexual (87,5%) que en la última (79,8%).

Con respecto a la población universitaria según el *American College Health Association*, la protección con métodos de barrera fue mucho menor en las

prácticas de sexo oral, seguido de las anales y las vaginales (4,9%; 26,9% y 47,8% respectivamente) (97). Los estudios en la Universidad de Sevilla identificaron que el 86,9% del alumnado estudiado utilizó un método anticonceptivo durante su primera relación sexual, siendo el condón masculino el más usado (90.6%) (98) y en otro estudio en estudiantes de enfermería el 65% de las chicas y el 55% de ellos utilizaba el preservativo siempre (99). En el estudio en la Universidad de Río de Janeiro el 62,84% de los estudiantes de entre 18 y 29 años refirió no usar el preservativo en todas las relaciones sexuales (100).

1.3.2.6. Infecciones de transmisión sexual en población joven

Las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) son infecciones que se propagan por la transferencia de microorganismos de persona a persona durante el contacto sexual. Se incluyen dentro de las ITS las siguientes: sífilis y blenorragia, VIH causante del sida; *Chlamydia trachomatis*; el Virus del Papiloma Humano (VPH), que puede causar cáncer del cuello uterino, del pene o anal; herpes genital; chancroide; micoplasmas genitales; hepatitis B; tricomoniasis; infecciones entéricas y enfermedades ectoparasitarias (enfermedades causadas por microorganismos que viven en el exterior del cuerpo huésped).

La situación de estas infecciones y sus correspondientes Enfermedades de Trasmisión Sexual (ETS) es compleja; ya que han aumentado de forma importante desde los años ochenta (87,101). Más de 20 microorganismos y síndromes se reconocen ahora como pertenecientes a esta categoría (59). El riesgo de contraer una ETS está determinado por las prácticas sexuales, de manera que el riesgo está presente en el sexo vaginal, anal y oral sin protección con métodos de barrera (102).

Una persona puede tener una ITS sin manifestar síntomas de enfermedad, motivo por el que se ha incorporado el término ITS frente al anterior de Enfermedad de Trasmisión Sexual (ETS). Los síntomas comunes de las ITS incluyen flujo vaginal, secreción uretral o ardor en los hombres, úlceras genitales y dolor abdominal. Las infecciones de transmisión sexual (ITS) son un problema importante de salud pública tanto por su magnitud, como por sus complicaciones y secuelas que sobre la salud de las personas pueden tener si no se realiza un diagnóstico y tratamiento

precoz. En este sentido, destacar que en muchos casos las infecciones son más asintomáticas entre las mujeres que entre los hombres, lo que implica un menor diagnóstico y una mayor posibilidad de complicaciones (103).

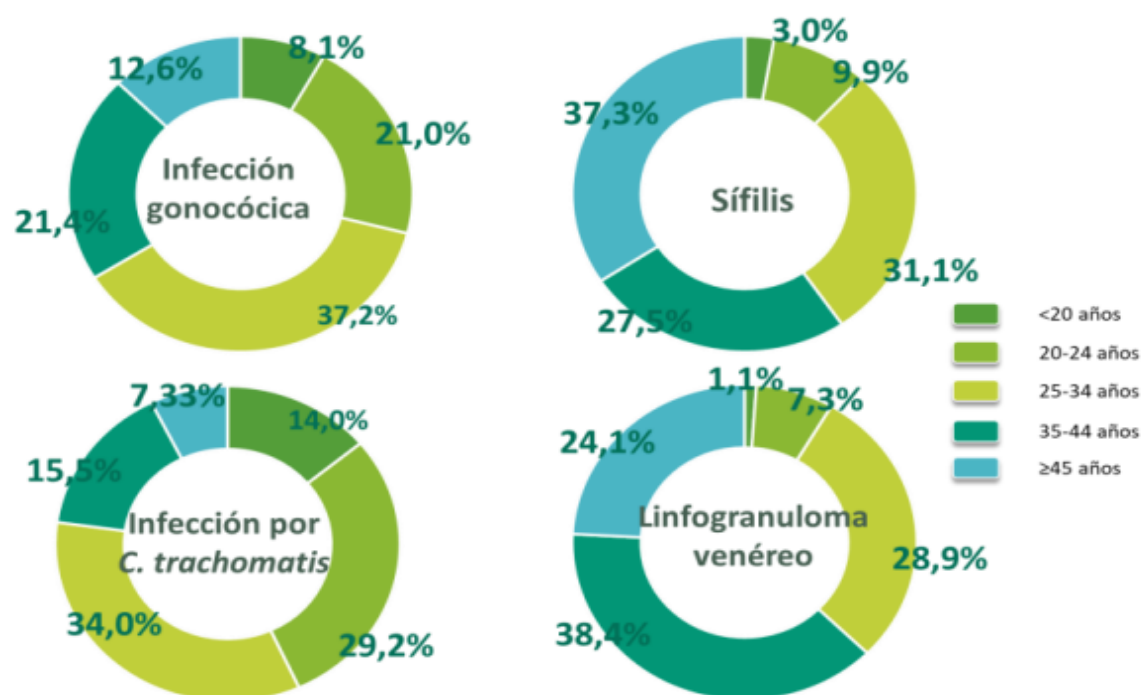
Según la OMS, ocho son los agentes patógenos vinculados a la máxima incidencia de ITS. Cuatro de esas infecciones se pueden curar actualmente: la sífilis, la gonorrea, la clamidiosis y la tricomoniasis. Las otras cuatro son infecciones víricas incurables: la hepatitis B, la infección por el Virus del Herpes Simple (VHS), la infección por el VIH y la infección por el virus de los papilomas humanos (VPH).

La información epidemiológica poblacional sobre las ITS en España proviene de la Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica (RENAVE) (104). Tras la aprobación y publicación de los nuevos protocolos de la RENAVE en 2013 (105) y de la Orden Ministerial que modifica el listado de enfermedades a vigilar en 2015 (106), el número de ITS se ha ampliado de tres a cinco al sumarse la infección por *Chlamydia trachomatis* (serovares D-K) y el linfogranuloma venéreo (LGV) (infección producida por *Chlamydia trachomatis*, serovares L1, L2 y L3) a las ya existentes (sífilis, sífilis congénita e infección gonocócica). Respecto al modo de vigilancia, todas las ITS han pasado a ser de declaración individualizada (105).

Los datos de la Unidad de vigilancia de VIH, ITS y hepatitis B y C del Ministerio de Sanidad para el año 2019 (107) indican que se está produciendo un aumento progresivo de este tipo de infecciones en población menor de 35 años y especialmente entre los varones, salvo para la infección por *Chlamydia trachomatis* (**Figuras 14 a 17**).

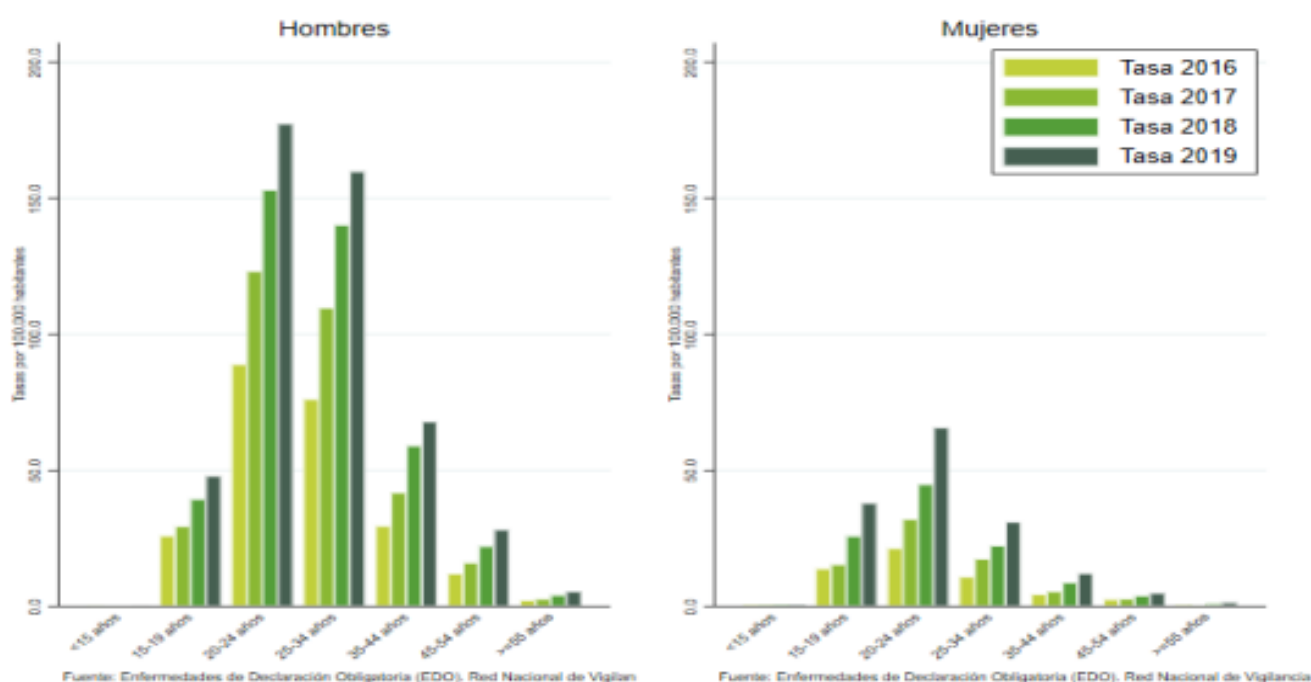
Las mayores tasas de ITS en los grupos de menores de 20 años y de 20-24 años corresponden, por este orden a la infección por *Chlamydia trachomatis*, la infección gonocócica, y la sífilis.

Figura 15. Casos de infección de transmisión sexual por edad. 2019



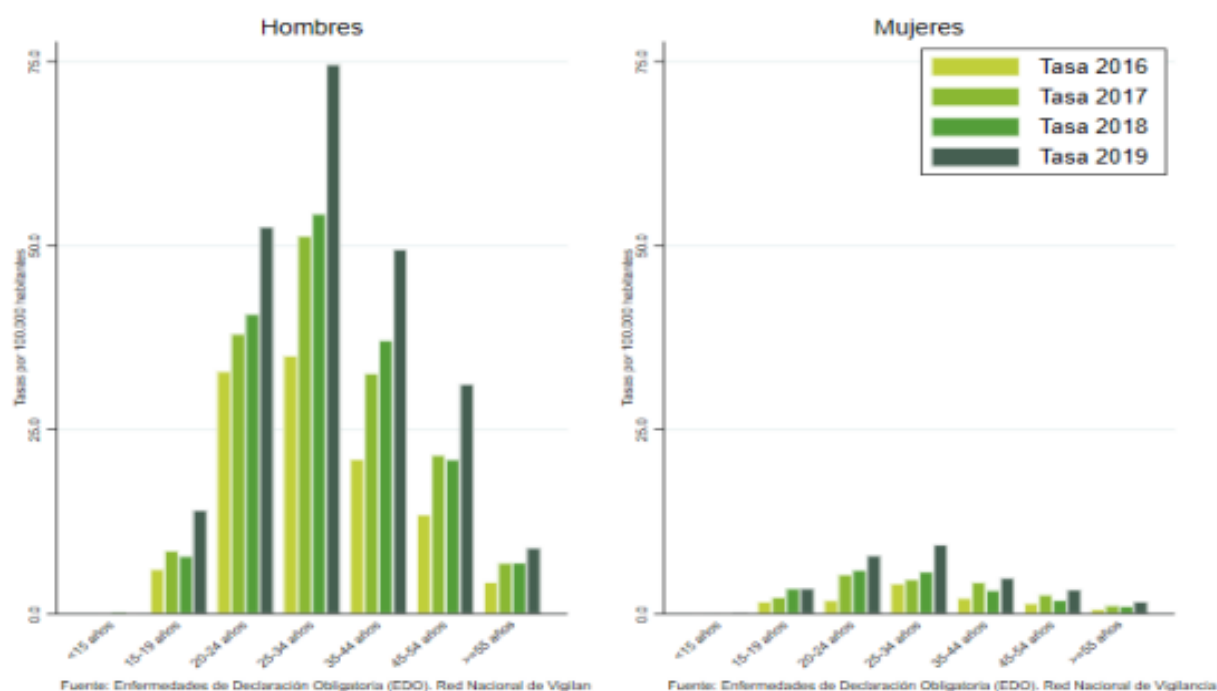
Fuente: <https://www.sanidad.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/vigilancia/infografia ITS2019.pdf>

Figura 16. Tasas de Incidencia de infección gonocócica por grupos de edad y sexo, 2016-2019



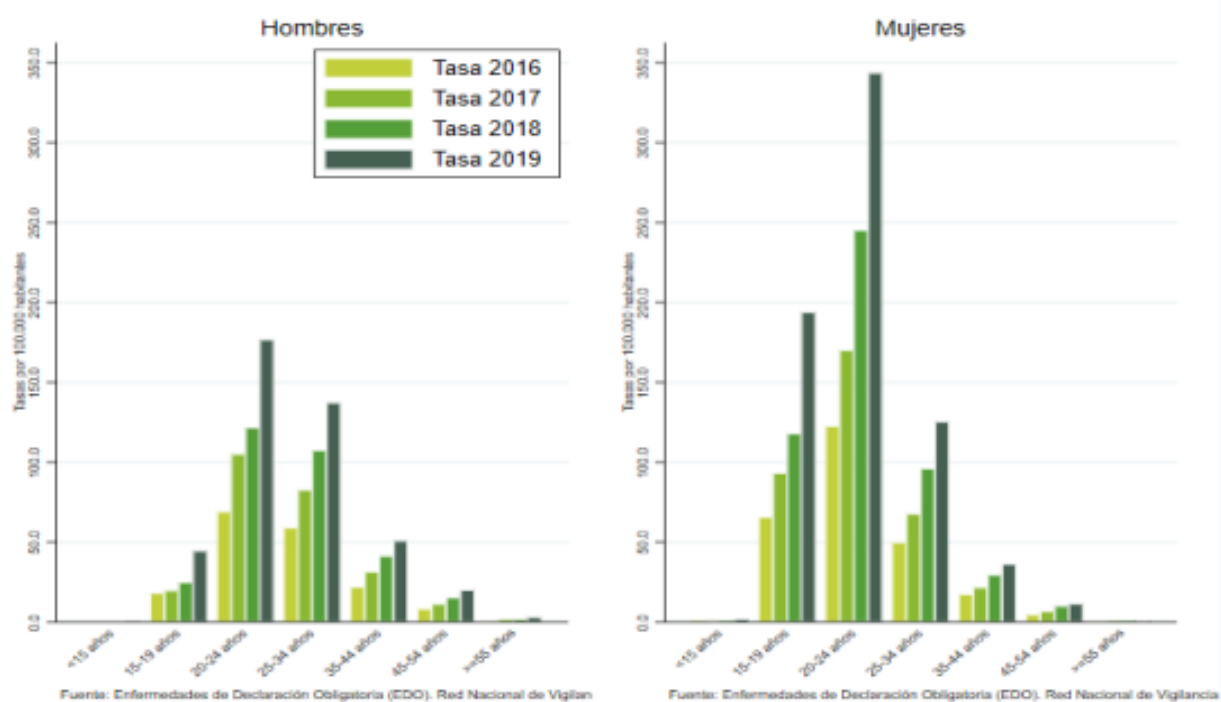
Fuente: <https://www.sanidad.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/vigilancia/infografia ITS2019.pdf>

Figura 17. Tasa de incidencia de sífilis por grupos de edad y sexo, 2016-2019



Fuente: <https://www.sanidad.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/vigilancia/infografia ITS2019.pdf>

Figura 18. Tasa de incidencia de infección por *Chlamydia trachomatis* por grupos de edad y sexo, 2016-2019



Fuente: <https://www.sanidad.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/vigilancia/Vigilancia ITS 1995 2019.pdf>

Es importante tener en cuenta estos datos oficiales ya que son Enfermedades de Declaración Obligatoria (EDO) y por tanto la fuente puede considerarse suficientemente fiable. La exploración de este tema en otros tipos de estudios es más compleja y, en general, se detectan unas prevalencias de infecciones inferiores a las determinadas por el registro oficial.

Así, el **Estudio CIS nº 2738 actitudes y prácticas sexuales (2008)** (77), indica una declaración del 0,8% de la población entre 18 y 24 años. Otros estudios indican que entre quienes se declaran homosexuales y bisexuales se detectan unas prevalencias mayores de ITS tanto en hombres (especialmente VIH, VHS-2, gonorrea y clamidia) como en mujeres (especialmente VIH, hepatitis C y gonorrea) (108). Sin embargo, un meta-análisis con población americana, que estudiaba el colectivo de MSMW (*hombres que mantenían sexo con hombres y mujeres o bisexuales*), mostraba que este grupo presentaba menos seropositivos al VIH (16,9%) que aquellos MSMO (*hombres que mantenían sexo sólo con hombres*) 33,3% (OR = 0,41; IC del 95%: 0,31, 0,54). Estos datos indicaban un riesgo cinco veces mayor que quienes mantenían sexo exclusivamente con mujeres: 18,3% frente a 3,5% (OR = 5,71, IC 95%: 3,47, 9,39) (109).

1.3.2.7. Interrupciones voluntarias del embarazo. Embarazos no deseados

El embarazo en la adolescencia (15-19 años) es un fenómeno mundial con causas claramente conocidas y graves consecuencias para la salud, la sociedad y la economía. Las madres adolescentes (de 10 a 19 años) tienen mayor riesgo de eclampsia, endometritis puerperal e infecciones sistémicas que las mujeres de 20 a 24 años, y sus bebés tienen un mayor riesgo de padecer bajo peso al nacer, nacimiento prematuro y afección neonatal grave (110). Todo ello se asocia con consecuencias sociales, educativas y económicas, además de efectos en la salud mental de las adolescentes y jóvenes (111–113). En España se estima que entre el 60% y el 90% de los embarazos en mujeres entre 15-18 años son no deseados o no planificados (112,113), por tanto, son embarazos con posibles repercusiones negativas, tanto para la madre, como para el futuro bebé.

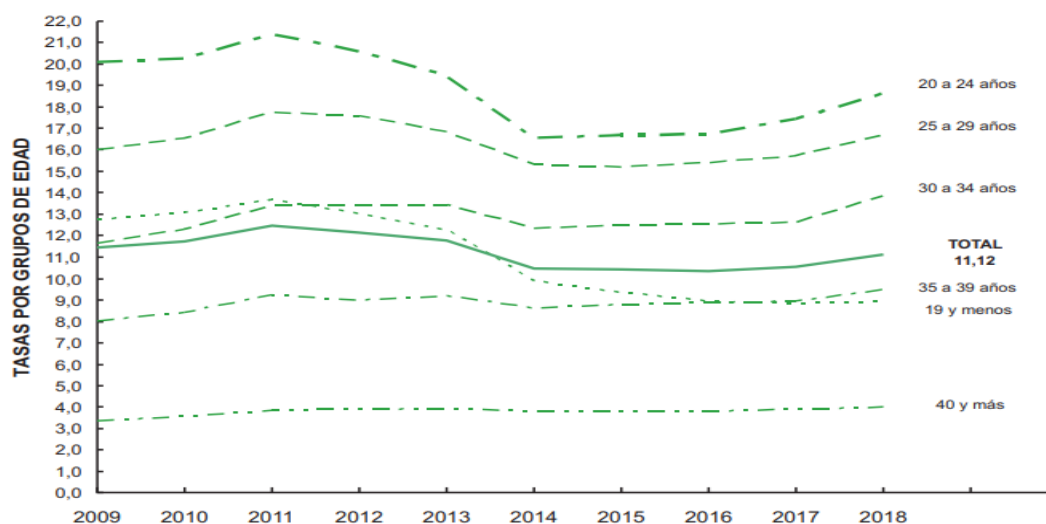
Las tasas de interrupciones voluntarias del embarazo (IVE) son un reflejo de estos embarazos no deseados (114). El Instituto Nacional de Estadística calcula

que más de 7.000 embarazos en mujeres de entre 15 y 19 años llegaron a término en 2018, mientras que el Ministerio de Sanidad en su informe *sobre interrupciones voluntarias del embarazo* (IVE) registró 9.828 interrupciones voluntarias en mujeres menores de 20 años (9.518 entre 15-19 años) (115).

En 2018 se registraron un total de 95.917 procedimientos de IVE. El grupo de edad con mayor tasa de IVE fue el de 25-29 años, con 18,6 por cada 1,000 mujeres (20.876 IVE), seguido por el grupo de 20-24 (20.595 IVE).

Del total de los casos el 38,6% tenía educación secundaria, mientras que el 15,1% poseía estudios universitarios (en el grupo de 20-24 suponía el 10,2%; n=2.094). El 34% de las mujeres no utilizó métodos anticonceptivos (30,9% en el grupo de 20-24 años) y el método anticonceptivo más empleado fue el preservativo (24,1%; 24,7% en el grupo de 20-24 años), seguido por los métodos hormonales (14,4%; 16,5% en el grupo de 20-24 años). La evolución desde el año 2009 al 2018 mostraba una fluctuación en las tasas con un leve aumento en 2018 respecto a 2017, especialmente en el grupo de entre 20-24 años.

Figura 19. Interrupciones voluntarias del embarazo (IVE). Tasas por 1.000 mujeres de cada grupo de edad. España 2009-2018



En un estudio desde una consulta de anticoncepción con población entre 13 y 24 años, se identificaron los siguientes factores de riesgo para los embarazos no deseados en población joven: edad primera relación sexual ≤ 15 años, tener parejas con 8 años o más de diferencia, ser inmigrante, tener bajo nivel de

estudios, no utilizar método anticonceptivo seguro durante el primer coito, manifestar inconvenientes con los métodos anticonceptivos y tener una asistencia irregular a la consulta de anticoncepción. No se detectaron diferencias significativas entre los dos grupos de edad analizados, grupo de 13-18 y grupo de 19-24 años (114).

1.4. Consumo de drogas

1.4.1. Definición droga.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define "droga" como *"toda sustancia que, introducida en el organismo por cualquier vía de administración, produce una alteración del funcionamiento natural del sistema nervioso central y es, además, susceptible de crear dependencia, ya sea psicológica, física o ambas"* (116).

1.4.2. Tipos de consumo

El consumo de sustancias psicoactivas o drogas se puede definir según diferentes parámetros, a continuación, se indican los utilizados más frecuentemente. Las fuentes principales utilizadas han sido: el *Multilingual glossary of drug-related terms* (117) del antiguo Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías (EMCDDA) actual European Union Drugs Agency (EUDA), el *Glosario sobre prevención del abuso de drogas*, financiado por el Plan Nacional sobre Drogas (PNsD) (118), y la *Clasificación Internacional de Enfermedades para Estadísticas de Mortalidad y Morbilidad* de la OMS CIE-11 (119)

- **Consumo experimental:** generalmente se refiere a los primeros consumos de una determinada droga. También se utiliza este término para referirse a consumos muy poco frecuentes de una sustancia (116).
- **Consumo nocivo, perjudicial o problemático de sustancias:** patrón de uso que causa daños en la salud física o mental, incluyendo a miembros de la familia. Para cumplir con los criterios de consumo perjudicial, se debe disponer de al menos un elemento de daño y no se deben haber cumplido los criterios de dependencia de la CIE (119).
- **Consumo de alto riesgo de drogas:** término genérico que abarca el consumo recurrente de drogas que causa daños reales (dependencia,

salud, problemas psicológicos o sociales), o coloca al individuo en un riesgo elevado de sufrir tal daño (117).

- **Consumo problemático de drogas:** pauta de consumo de drogas que puede causar problemas en el consumidor, sus amigos y familiares o la sociedad en general, a menudo acompañada de dependencia y consecuencias negativas para la salud y la situación social y legal del consumidor (117) .
- **Consumo intensivo consumo de drogas:** consumo que se considera regular o a dosis altas o ambos (117).
- **Dependencia:** consumo que comprende cuatro criterios principales (ansia, dificultades para controlar el uso, uso persistente a pesar de las consecuencias adversas, tolerancia y abstinencia), de los que al menos se deben cumplir dos criterios *CIE 11* (119). La dependencia tiene dos vertientes:
 - Física: implica un cambio permanente en el funcionamiento del cuerpo y especialmente del cerebro (neuroadaptación), se da cuando ya se ha generado una tolerancia hacia la sustancia, por lo tanto, el cuerpo cada vez necesita una dosis mayor para sentir los efectos deseados y cuando sucede el síndrome de abstinencia.
 - Psicológica: sucede bien porque se buscan los efectos placenteros o cuando la privación de la sustancia produce malestar, angustia, y depresión. Para evitar estos malestares se busca la manera de consumir permanentemente. Es decir, se piensa que “no se puede vivir” sin consumir y todo lo que ello implica.

En el caso del alcohol se han utilizado complementariamente otras definiciones, basadas en el concepto de la “*Unidad de Bebida Estándar (UBE)*” definida por las OMS como la cantidad de alcohol puro que contiene una porción típica de una bebida alcohólica, en Europa contiene aproximadamente 10 gramos de alcohol puro. Sin embargo, esta cantidad puede variar ligeramente según el país debido a las diferentes prácticas de consumo y tamaños de las porciones, así en Estados Unidos y Canadá, una bebida estándar contiene entre 12 y 14 gramos de alcohol.

En función de esta medida los consumos de alcohol específicos se definen de la siguiente manera (120,121).

- **Consumo de bajo riesgo:** desde el año 2020 el Ministerio de Sanidad Español, tras una importante revisión de la evidencia ha establecido nuevos niveles de consumo de bajo riesgo: 1 UBE en mujeres al día y 2 UBE en hombres al día. Los objetivos de la promoción de esta definición son disminuir los consumos tanto en la población general como en la escolar, y aumentar la percepción del riesgo en relación con el consumo de cualquier bebida alcohólica (bebidas de alta graduación, cerveza o vino). Estos límites de consumo de bajo riesgo no están exentos de riesgos para la salud. A menor consumo, menor riesgo, por eso se recomienda que cuanto menos alcohol se consuma mejor para evitar cualquier riesgo (122). Las recomendaciones sobre consumo de alcohol y salud son las siguientes (120): si la persona no bebe nada, se recomienda animarla a continuar así, es la opción más segura y si bebe a diario, se recomienda que no supere los límites recomendados, y se propone incorporar días libres de alcohol (no beber nada al menos 2 días a la semana).
- **Consumo de riesgo** se define de las siguientes maneras:
 - el consumo hasta 28 o más UBE a la semana en hombres (4 UBE/día),
 - el consumo hasta 17 o más UBE a la semana en mujeres y personas mayores de 65 años (2,5 UBE/día),
 - el consumo en “*binge drinking*” o en atracón o intensivo (5 o más UBE en 2 o menos horas para los hombres y 4 o más UBE en 2 o menos horas para las mujeres),
 - el consumo en menores de edad,
 - el consumo en embarazadas,
 - el consumo en personas con patología o medicación que interaccione con el alcohol.

Además, es importante indicar que existen una serie de situaciones donde cualquier consumo es un consumo de riesgo, tal y como se indica la **Figura 19**.

Figura 20. Situaciones en las que cualquier consumo de alcohol es un consumo de riesgo



Fuente: PAPPS Programa de Actividades Preventivas y de Promoción de la Salud (123)

- Con el objetivo de detectar de forma precoz el **consumo de riesgo del alcohol**, la OMS (124,125) impulsa el **AUDIT** (*Alcohol Use Disorders Identification Test*). Esta herramienta es un cuestionario autoadministrado y validado en España (126–129) con 10 preguntas: las 3 primeras cuantifican el consumo de alcohol (cantidad, frecuencia), de la 4 a la 6 valoran el comportamiento o actitud ante la bebida, de la 7 a la 8 las reacciones adversas y las dos últimas los problemas relacionados con el consumo. El cuestionario está diseñado para ser contestado por personas que han consumido alcohol en el último año.

Se introdujo por primera en la encuesta EDADES 2013 del Plan Nacional sobre drogas (130), con los siguientes puntos de corte: 8 (para consumo de riesgo) y el 20 (posible trastorno adictivo por consumo de alcohol). Posteriormente en la encuesta EDADES 2021/2022 (130) debido a los diferentes estudios sobre el impacto diferencial del uso de alcohol en hombres y mujeres se establece el punto de corte para el consumo de riesgo en mujeres en ≥ 6 (127–129,131). Además, esta herramienta de cribado está validada de forma específica para estudiantes universitarios (132,133) y para su utilización online (134).

- **Consumo en “*binge drinking*”, en atracón o consumo concentrado.** Este término se utilizó en las encuestas del Plan Nacional sobre Drogas (PNsD) ESTUDES y EDADES (135,136), definiéndolo como el consumo de 5 o más bebidas alcohólicas en hombres o 4 o más en mujeres, en un intervalo de dos horas o menos. Sin embargo, no cuenta con un consenso técnico general ya que también se puede valorar como “*el consumo en una ocasión*”: (4 - 6 horas) de 6 UBEs en hombres y 4 UBEs en mujeres.

En la presente investigación se utilizó el término utilizado por las encuestas del Plan Nacional sobre Drogas. Este tipo de consumo de alcohol está asociado con la aparición de consecuencias negativas para la salud tanto para la propia persona, como para otras personas y puede ser un factor de riesgo para el desarrollo de un uso nocivo o incluso la dependencia al alcohol (137–140).

- ***Borrachera*:** estado de embriaguez en el que las capacidades físicas y mentales están alteradas, por lo que el término se podría equiparar al de “Intoxicación aguda por alcohol” F10.0 de la *CIE-11* (119).
- **El consumo perjudicial de alcohol:** se refiere a aquel que conlleva consecuencias tanto para la salud física como para la salud mental de la persona y está definido por la OMS como consumo regular promedio de más de 40 gramos de alcohol al día en mujeres y de más de 60 gramos al día en hombres.

1.4.3. Factores de riesgo y de protección

Los **factores de riesgo** son aquellas circunstancias o características personales y ambientales que aumentan la probabilidad de que una persona consuma drogas, no son factores determinantes.

Los **factores de protección** son características o condiciones que moderan los efectos de la exposición al riesgo, es decir, disminuyen la probabilidad de consumir drogas. Muchas personas, a pesar de estar expuestas a factores de riesgo, en virtud de estos factores de protección no evolucionan hacia a un consumo problemático de drogas. Los factores de protección no son la imagen en

espejo de los factores de riesgo, aunque en ciertos casos si están estrechamente ligados.

Tal y como indica Becoña (2002) (141) estos factores surgen de los diferentes modelos que intentan explicar el consumo problemático de drogas:

- *Teoría de la acción razonada* (Fishbein y Azjen, 1975).
- *Teoría de la conducta problema* (Jessor y Jessor, 1977, 1992, 1997).
- *Modelo de desarrollo social* (Catalano y Hawkins, 1996).
- *Modelo evolutivo de Kandel* (1975, 1996).

Es muy importante tener en cuenta, como en todas las conductas problema, que la aparición del consumo problemático de drogas es de carácter **pluricausal** ya que se produce una interacción dinámica entre el individuo, su contexto y la sustancia que consume. Por lo tanto, se han de tener en cuenta estos tres elementos para analizar el riesgo del consumo de drogas, así como para diseñar programas de prevención que pretendan minimizar los factores de riesgo y, sobre todo, potenciar o aumentar los factores de protección.

Tabla 11. Factores de riesgo y de protección para el consumo de drogas

ÁMBITO	FACTORES DE RIESGO	FACTORES DE PROTECCIÓN
Individual	Rebeldía Amigos que se implican en conductas problema Actitudes favorables hacia la conducta problema Iniciación temprana en la conducta problema Relaciones negativas con los adultos Propensión a buscar riesgos o a la impulsividad	Oportunidades para la implicación prosocial Refuerzos/reconocimiento por la implicación prosocial Creencias saludables y claros estándares de conducta Sentido positivo de uno mismo Actitudes negativas hacia las drogas Relaciones positivas con los adultos
Iguales	Asociación con iguales delincuentes que consumen o valoran las sustancias peligrosas Asociación con iguales que rechazan las actividades de empleo y otras características de su edad Susceptibilidad a la presión de los iguales negativa	Asociación con iguales que están implicados en actividades organizadas en la escuela, recreativas, de ayuda, religiosas u otras Resistencia a la presión de los iguales, especialmente a las negativas No fácilmente influenciado por los iguales
Familia	Historia familiar de conductas de alto riesgo Problemas de manejo de la familia Conflicto familiar Actitudes parentales e implicación en la conducta problema	Apego Creencias saludables y claros estándares de conducta Altas expectativas parentales Un sentido de confianza básico Dinámica familiar positiva
Escuela	Temprana y persistente conducta antisocial Fracaso académico desde la escuela elemental Bajo apego a la escuela	Oportunidades para la implicación prosocial Refuerzos/reconocimiento para la implicación prosocial

		Creencias saludables y claros estándares de conducta Cuidado y apoyo de los profesores y del personal del Centro Clima instruccional positivo
Comunidad	Disponibilidad de drogas Leyes y normas de la comunidad favorables hacia el consumo de drogas Deprivación económica y social extrema Transición y movilidad Bajo apego al vecindario y desorganización comunitaria	Oportunidades para participar como un miembro activo de la comunidad Descenso de la accesibilidad a la sustancia Normas culturales que proporcionan altas expectativas para los jóvenes Redes sociales y sistemas de apoyo dentro de la comunidad
Sociedad	Empobrecimiento Desempleo y empleo precario Discriminación Mensajes prouso de drogas en los medios de comunicación	Mensaje de la media de resistencia al uso de drogas Descenso de la accesibilidad Incremento del precio a través de los impuestos Aumentar la edad de compra y acceso Leyes estrictas para la conducción bajo el consumo de drogas

Es importante matizar que, con posterioridad, se han ido realizando estudios y valorando estos factores de riesgo y protección en colectivos específicos. Entre ellos los de la población joven de entre 18 y 25 - 30 años, lo que algunos autores han denominado “*adultez emergente*”. Esta población se sitúa en el periodo de transición entre la adolescencia, que es tiempo en el que las personas empiezan a incorporar los roles de adultos (incorporación al mundo laboral, la creación de una familia, independencia del hogar de origen) (32). En la **Tabla 12** se indican estos factores.

Tabla 12. Factores de protección y de riesgo en la adultez emergente

FACTORES DE RIESGO FIJOS	
• Género (varones) • Raza y etnia • Indicadores biológicos (ej., P300 para el alcohol, variaciones genéticas) • Indicadores prenatales (ej., síndrome alcohólico fetal) • Ingresos/estatus socioeconómico (pobreza y mayores ingresos) • Historia de consumo de sustancias en la familia (ej., hijo de padre alcohólico) • Psicopatología parental • Barrio desorganizado y problemático	
FACTORES DE RIESGO CONTEXTUALES	
• Normas sociales (sobre beber alcohol, consumir drogas, creencias sobre lo que es normal). • Leyes, precios e impuestos • Disponibilidad	
FACTORES DE RIESGO Y DE PROTECCIÓN INDIVIDUALES E INTERPERSONALES	
• Historia de abuso/abandono • Relaciones familiares (conflicto, falta de apoyo) • Manejo familiar (guía, supervisión, disciplina y premios)	

- Conductas de internalización (ej., síntomas depresivos) y externalización (ej., delincuencia, conducta desviada, no convencionalidad, conducta antisocial, problemas de conducta)
- Consumo de sustancias de adolescente
- Actitudes o expectativas favorables hacia el consumo
- Dónde y con quién vive (fuera de la casa de los padres, sólo, con amigos, en una residencia)
- Estatus laboral (positivo o negativo según tipo de trabajo, horas trabajadas, desempleado y no estudiar). Asistencia al instituto (acabarlo es un factor de protección)
- Relaciones con los iguales (que consuman o que no)
- Creencia en la conformidad social y en el orden moral
- Religiosidad
- Factores educativos (apego a la escuela, rendimiento escolar)
- Quedar embarazada
- Casarse o tener pareja
- Eventos vitales estresantes (ej., muerte de un padre, acabar una relación)

FACTORES SOBRE LOS QUE SE PRECISA MÁS INVESTIGACIÓN

- Actitudes parentales hacia el consumo de alcohol y drogas
- Implicarse en actividades prosociales y voluntariado
- Servicio militar o ser militar
- Atletas

Fuente: Stone et al. (2012)(142)

El estudio de *Stone et al.* (142) muestra como muchos de los factores de riesgo se mantienen, pero hay algunos son específicos de esta etapa y tienen que ver con el momento vital como establecer una pareja estable, embarazarse o tener experiencias estresantes.

Otro aspecto clave es la incorporación de la perspectiva de género en los factores de riesgo y protección. Se ha encontrado un riesgo genético de dependencia al alcohol superior entre los varones adolescentes, mientras que las mujeres adolescentes pueden desarrollar trastornos por uso de sustancias más rápidamente, incluso con cantidades menores de consumo de esta sustancia (143). Además, la baja autoestima, la presencia de antecedentes traumáticos, de trastornos de la alimentación o del estado de ánimo son factores de riesgo de mayor incidencia en las mujeres que en los hombres, mientras que, en éstos, la falta de autocontrol y los factores del entorno tienen mayor peso (144–146). En relación con los factores familiares, los estudios indican que el apego y el vínculo familiar, una supervisión adecuada, una comunicación efectiva y la transmisión de valores positivos, tienen un impacto más significativo en las adolescentes, la regulación conductual y el entorno comunitario afectan más a los adolescentes en general (147,148). No se puede obviar el impacto de los factores contextuales o

ambientales, así la tolerancia social hacia el consumo de determinadas sustancias, la disponibilidad, accesibilidad, promoción y publicidad que influyen de forma transversal en la socialización de género, así la norma social es mucho más tolerante con el consumo entre los chicos, los chicos, lo que constituye un factor de riesgo (149).

1.4.4. Situación actual del consumo de drogas en población joven

1.4.4.1. Edades de inicio.

La mejor fuente para valorar las edades de inicio del consumo de drogas en España es la encuesta ESTUDES del Plan Nacional Sobre Drogas. Los datos obtenidos indican la edad de inicio de los consumos en la población adolescente actual. La encuesta ESTUDES que se ha utilizado, en esta investigación, es la del año 2018/2019 (135), ya que corresponde al último año de los datos recogidos.

Tabla 13. Evolución de la edad media de inicio (años) en el consumo de sustancias psicoactivas entre los estudiantes de enseñanzas secundarias de 14-18 años. España, 1994-2018

	1994	1996	1998	2000	2002	2004	2006	2008	2010	2012	2014	2016	2018
Alcohol	13,5	13,7	13,8	13,6	13,6	13,7	13,8	13,7	13,7	13,9	13,8	14,0	14,0
Inhalables volátiles	13,3	13,6	13,4	13,9	14,3	14,0	13,6	13,8	13,2	13,4	13,9	13,8	14,0
Tabaco	13,9	13,3	13,2	13,1	13,1	13,2	13,1	13,3	13,5	13,6	13,9	14,1	14,1
GHB	-	-	-	-	-	-	15,0	15,0	14,6	15,1	14,8	14,2	14,4
Esteroides anabolizantes	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	14,3	14,5
Heroína	14,3	14,7	14,4	15,4	14,9	14,4	14,7	14,3	14,4	14,4	14,0	14,0	14,5
Tabaco (cons. diario)	-	14,6	14,5	14,4	14,4	14,5	14,2	15,1	14,3	14,5	14,6	14,6	14,7
Borracheras	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	14,7	14,8
Cannabis	15,1	15,1	15,0	14,9	14,7	14,7	14,6	14,6	14,7	14,9	14,8	14,8	14,9
Cocaína base	-	-	-	-	-	-	15,0	15,0	14,6	15,2	14,8	14,6	15,1
Alucinógenos	15,4	15,6	15,4	15,5	15,5	15,8	15,5	15,4	15,4	15,4	14,0	15,2	15,2
Alcohol (cons. semanal)	-	15,0	15,0	14,9	15,0	15,1	15,0	15,6	14,8	15,1	15,0	15,1	15,2
Cocaína polvo y/o base	15,6	15,9	15,8	15,8	15,7	15,8	15,3	15,3	14,9	15,5	15,0	15,1	15,2
Metanfetamina	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	15,1	15,2
Setas mágicas	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	15,0	15,2
Cocaína polvo	-	-	-	-	-	-	15,4	15,4	15,4	15,6	15,1	15,2	15,3
Éxtasis	15,6	15,7	15,5	15,7	15,4	15,6	15,5	15,2	15,3	15,8	15,2	15,2	15,4
Anfetaminas	15,5	15,7	15,6	15,6	15,6	15,7	15,6	15,4	15,5	15,5	15,2	15,1	15,4
Hipnosedantes*	-	-	-	-	-	-	13,8	14,0	13,9	14,3	13,9	13,7	14,0
Hipnosedantes**	14,1	14,5	14,8	14,5	14,6	14,8	14,2	14,3	14,2	14,6	14,2	14,0	14,3

* Incluye tranquilizantes y/o somníferos con o sin receta. ** Incluye tranquilizantes y/o somníferos sin receta.

FUENTE: OEDA. Encuesta sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias en España (ESTUDES).

Las edades de inicio del consumo de drogas están estabilizadas desde principios de la serie en 1994. El consumo de las drogas legales alcohol y tabaco se situó en los 14 años, mientras que el consumo de las drogas legales alrededor de los 15 años. En general las edades de inicio fueron similares entre chicos y chicas.

Aunque las edades de inicio están estabilizadas, los 14 años es una edad precoz ya que hay estudios que indican que el consumo de alcohol y otras drogas antes de los 15 años está relacionado con mayores riesgos sobre el desarrollo, la salud y el riesgo de evolucionar a consumos problemáticos (150–155).

1.4.4.2. Percepción del riesgo y motivos de consumo de alcohol

La percepción del riesgo constituye un indicador de los problemas que, para la población estudiada, puede ocasionar una determinada conducta, en este caso el consumo de drogas. Si el riesgo percibido es alto se comporta como un elemento protector frente al consumo (156–159). La percepción del riesgo se puede valorar a través de las dos encuestas nacionales ESTUDES 2018/2019 y la encuesta EDADES 2019/2020 dirigida a población de entre 15-64 años (136).

La percepción del riesgo relacionado con el consumo de alcohol entre los estudiantes de 14 a 18 años de la encuesta ESTUDES 2018/2019 (135) fue la más baja para cualquier tipo de consumo. Aunque para el consumo de 5 o 6 cañas/copas en fin de semana, había aumentado notablemente (76,8% en 2018 frente al 56,1% en 2016) (**Figura 20**). Este aumento del riesgo percibido se correlacionó con el descenso de consumo de alcohol en los últimos 30 días. Por otro lado, el consumo diario (tomar 1 o 2 cañas/copas cada día) fue considerado peligroso por el 57,6% de los estudiantes, dato superior al de 2016, y similar al registrado 4 años antes. Las chicas tuvieron una mayor percepción del riesgo para cualquier tipo de consumo de alcohol que los chicos.

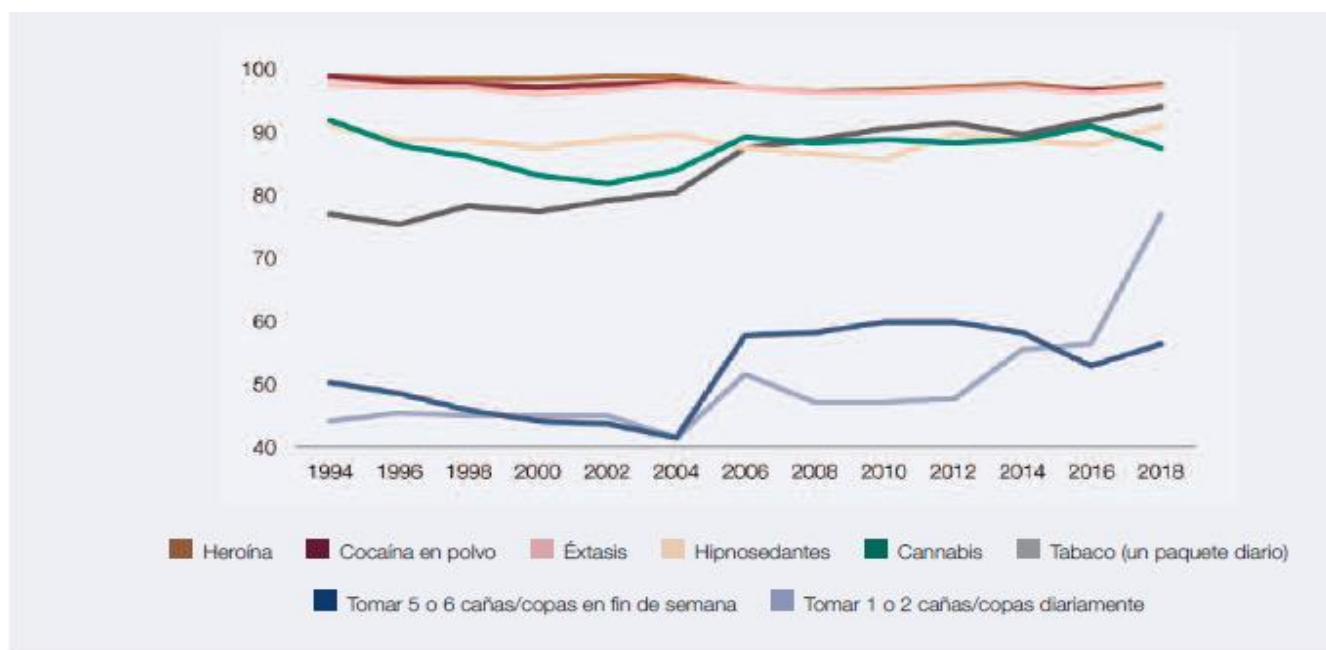
La baja percepción del riesgo en relación al consumo de alcohol viene condicionada por cultura de consumo de alcohol que está muy arraigada en nuestro país (160–163); así como por los **determinantes comerciales de la salud** en relación al alcohol. Estos se definen como “*las estrategias que utiliza el sector privado para promover productos y elecciones que son perjudiciales para*

la salud, jugando un papel fundamental en el entorno y los estilos de vida individuales, e incidiendo de esa forma en la salud de la población” (164).

En relación a las sustancias ilegales el 70% de los estudiantes, a lo largo de los diferentes años, han presentado altas percepciones de riesgo asociadas al consumo habitual (una vez por semana o más) de sustancias ilegales (heroína, cocaína en polvo o éxtasis). En general, las chicas presentaron significativamente mayores percepciones del riesgo para todas las sustancias.

La población de estudiantes que consideró que el consumo habitual de cannabis podía conllevar bastantes o muchos problemas se situó en el 87,5%, habiendo descendido ligeramente respecto a las dos encuestas anteriores (**Figura 20**). Este descenso ha coincidido con el leve aumento en el consumo de dicha sustancia y con la situación social compleja generada por la legalización de esta sustancia en algunos países y los intereses comerciales, que ha contribuido a banalizar los riesgos de su consumo en la población general (165).

Figura 21. Evolución del riesgo percibido ante el consumo habitual de sustancias psicoactivas (% que piensa que el consumo habitual, una vez por semana o más, puede causar bastantes o muchos problemas). España, ESTUDES 1994-2018

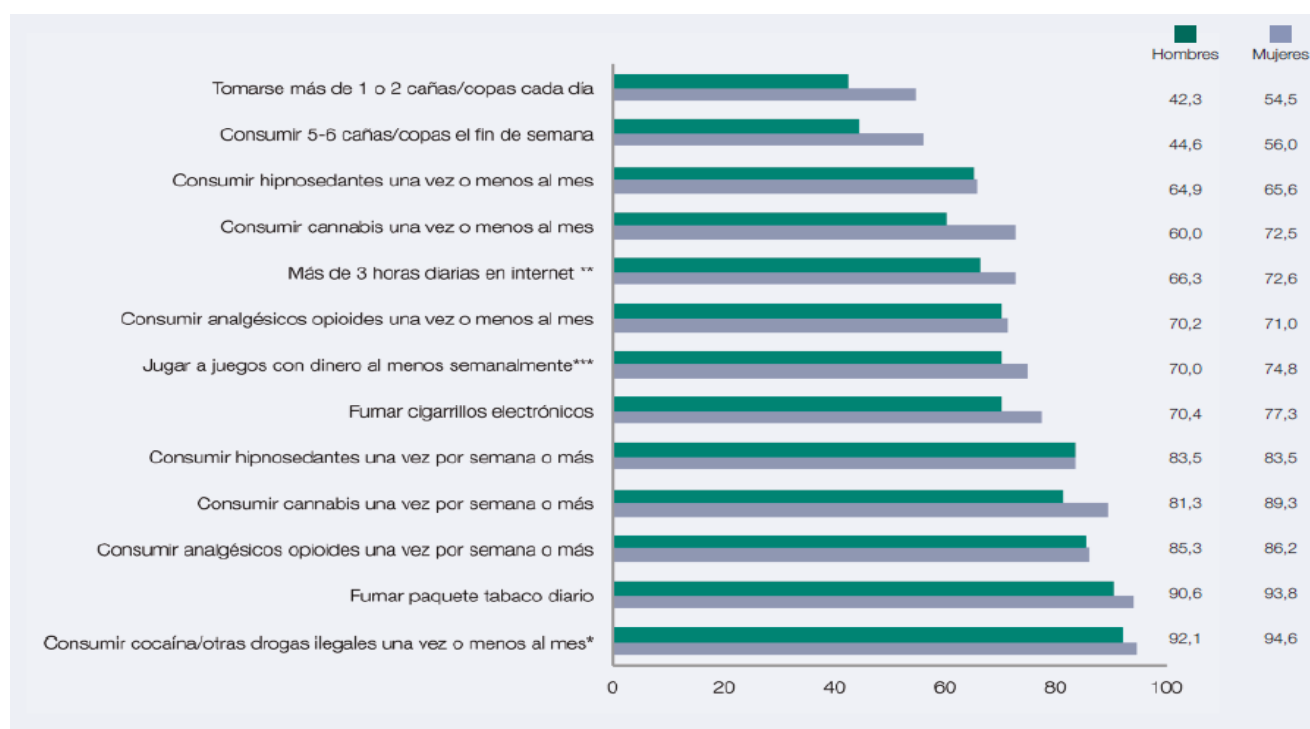


FUENTE: OEDA. Encuesta sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias en España (ESTUDES).

Al igual que en la población escolar, los datos de la encuesta en la población general (EDADES 2019/2020) (136) , indicaban que la percepción del riesgo sobre los efectos negativos del consumo fue superior para sustancias ilegales. La percepción del riesgo más baja se vinculó al consumo de alcohol que lo declararon menos del 50% de la población.

Excluyendo el cannabis, más del 90% de la población entre 15 y 64 años considera peligroso consumir otras drogas ilegales. En el caso del consumo de cannabis los porcentajes descendieron al 85,3% para el consumo semanal o superior y al 66,3% para el consumo de una vez o menos al mes. La percepción de riesgo ante el consumo de cualquier droga fue superior entre las mujeres y las mayores diferencias se encontraron en el consumo de alcohol y cannabis.

Figura 22. Percepción del riesgo asociado al consumo de sustancias psicoactivas (% que piensa que cada conducta puede producir muchos o bastantes problemas), según sexo. España. EDADES 2019/2020



* Otras drogas ilegales incluido en 2019.

** Emplear más de 3 horas diarias a actividades que requieran el uso de internet sin considerar el tiempo empleado en tareas escolares o laborales.

*** O apuestas.

FUENTE: OEDA. Encuesta sobre Alcohol y Drogas en España (EDADES).

La única sustancia en la que las encuestas ESTUDES 2018/2019 (135) y EDADES 2019/2020 (136) preguntan por los motivos para consumir es alcohol. Estos datos son relevantes para entender su consumo. En la **Tabla 14** se indican los principales motivos de consumo de alcohol, que por orden decreciente han sido: “diversión” (73,4%), “sensación que les aporta” (42,1%), “les ayuda cuando están tristes” (26,3%) y “les ayuda a ligar” (21,5%).

Tabla 14. Prevalencia de borracheras y consumo de alcohol en los últimos 30 días en estudiantes de enseñanzas secundarias de 14-18 años según los motivos por los que beben alcohol (%). España, 2018

	Alcohol	Borracheras
Es saludable	3,7	3,7
Para encajar en un grupo	6,5	6,1
Para emborracharte	11,6	17,4
Para ligar más	21,5	27,7
Te ayuda cuando estás deprimido	26,3	32,1
Te gusta cómo te sientes	42,1	54,9
Por diversión	73,4	86,4

FUENTE: OEDA. Encuesta sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias en España (ESTUDES).

Entorno al 40% de la población de 15-64 años declaró (**Tabla 15**) consumir alcohol principalmente porque “era divertido” y “animaba las fiestas”; siendo estos motivos comunes para hombres y mujeres. En segundo lugar, una de cada cuatro personas lo consumió porque “le gustaba cómo se sentía después de beber”.

Tabla 15. Razones referidas para el consumo de bebidas alcohólicas entre la población de 15-64 años, según edad y sexo (%). España, 2019/2020

	15-64 años			15-24 años			25-34 años			35-44 años			45-54 años			55-64 años		
	T	H	M	T	H	M	T	H	M	T	H	M	T	H	M	T	H	M
Le gusta cómo se siente después de beber	25,2	30,5	19,8	24,5	27,5	21,3	26,2	31,5	20,9	26,6	31,4	21,7	25,4	31,5	19,4	23,0	30,0	16,2
Es divertido y anima las fiestas	43,3	45,9	40,7	57,4	59,6	55,0	51,0	56,4	45,6	44,6	46,8	42,4	37,8	38,6	37,1	31,3	33,9	28,7
Sólo por emborracharse	1,5	2,0	1,0	3,3	4,1	2,5	2,0	2,4	1,6	1,2	2,0	0,5	1,2	1,9	0,6	0,5	0,5	0,4
Por encajar en un grupo o no sentirse excluido	13,4	13,9	12,9	18,7	19,2	18,3	13,9	15,3	12,4	12,8	13,5	12,1	12,5	11,6	13,4	11,0	12,0	10,1
Le ayuda a olvidarse de todo	2,6	3,1	2,0	2,6	2,6	2,6	2,6	2,9	2,2	2,4	3,0	1,8	3,0	3,6	2,3	2,2	3,2	1,2
Cree que es saludable o forma parte de una alimentación equilibrada	11,4	13,3	9,5	2,3	2,4	2,2	6,4	7,8	5,1	10,5	11,8	9,1	14,5	16,9	12,1	19,9	24,0	15,9

FUENTE: OEDA. Encuesta sobre Alcohol y Drogas en España (EDADES).

Es importante indicar que, a medida que aumenta la edad, ha disminuido el porcentaje de quienes refirieron beber alcohol porque “*era divertido y animaba las fiestas*”. Así mismo, con la edad aumentaban quienes bebían porque “*creían que era saludable*” o “*formaba parte de una alimentación equilibrada*”. No obstante, hay recordar que esta afirmación está en contradicción con las recomendaciones actuales. Las recomendaciones sobre estilos de vida saludables indican que no existe un nivel seguro de consumo de alcohol y plantean que no se recomienda ningún consumo de alcohol a la población (166,167).

Estudios específicos sobre la población universitaria, han identificado motivos similares relacionados con la parte social de refuerzo positivo, desinhibición, disfrute, diversión y de afrontamiento de dificultades (168–173). Además, las expectativas positivas son superiores en edades más jóvenes y se van reduciendo con la edad (174).

En relación con el consumo del cannabis los estudios han identificado las siguientes motivaciones principales para consumir: la mejora de la aceptación social, la potenciación de sentimientos positivos y la evasión de situaciones complejas (175–178).

1.4.4.3. Accesibilidad drogas ilegales

Los datos de acceso a las sustancias ilegales por parte de la población de entre 15-64 años se extrajeron de la encuesta EDADES 2019-2020. Hay que tener en cuenta que una mayor accesibilidad a las sustancias se considera un factor de riesgo para un mayor consumo (141,163).

La droga percibida como más disponible fue sin duda el cannabis, seguida de la cocaína en polvo y el éxtasis. La percepción de la accesibilidad a las drogas fue superior en los hombres (**Tabla 16**).

Tabla 16. Percepción de disponibilidad de distintas sustancias psicoactivas (conseguirlas en 24 horas es relativamente fácil/muy fácil) entre la población de 15-64 años, según sexo (%). España, 2019/2020

	Hombres	Mujeres
Cannabis	64,9	53,6
Éxtasis	30,5	22,7
Cocaína polvo	47,3	36,5
Cocaína base	28,0	21,4
Heroína	22,9	17,9
Hipnosedantes sin receta	30,9	26,3
Analgésicos opioides sin receta	27,9	23,3

FUENTE: OEDA. Encuesta sobre Alcohol y Drogas en España (EADADES).

1.4.4.4. Prevalencias de consumo

Los datos del consumo de drogas se obtuvieron de la encuesta EDADES 2019-2020 (136). Se emplearon, cuando fue posible, los datos del rango inferior de edad analizados (15-25 años), ya que esta era la población más similar a la del presente estudio (alumnado que cursa primer curso universitario).

El consumo **alguna vez en la vida** fue superior en los hombres para todas las sustancias psicoactivas, a excepción de los hipnosedantes sin receta que son consumidos en mayor medida entre las mujeres (**Tabla 17**). En el presente estudio no se analizó ni el consumo de hipnosedantes ni el del tabaco, tal y como se ha indicado en el apartado de metodología.

El alcohol fue la sustancia más consumida alguna vez en la vida ya que el 90% de la población de entre 15 y 64 años lo declara, en hombres el 95,5% y en mujeres el 90,4%. El tabaco ha tenido una tendencia oscilante y se situó en el 70%. Las diferencias entre hombres y mujeres han sido de 10 puntos porcentuales (74,9% y 65,1%, respectivamente), y se han mantenido bastante estables.

El cannabis presentaba un aumento progresivo en el consumo desde el año 2013, registrando en 2019 la cifra más alta de la serie (27,4% en 2011 y 37,5% en 2019).

Es la droga que presenta mayores diferencias por sexo (46,3% en hombres y 28,7% en mujeres).

El consumo alguna vez en la vida de cocaína en polvo presentó cifras por debajo de 12%, con grandes diferencias por sexo (16,4% hombres, 5,4% mujeres), habiéndose detectado un incremento respecto los datos anteriores en los hombres y una estabilización en las mujeres. Respecto al consumo alguna vez en la vida de cocaína base es minoritario (1,4%).

El consumo alguna vez en la vida de resto de drogas ilegales se sitúan por debajo del 6%, siempre con consumos superiores en los hombres que en las mujeres. Los consumos de éxtasis, de alucinógenos (incluyen ketamina y las setas mágicas) y de anfetaminas alguna vez tienen los máximos de la serie histórica (5,0%; 5,5% y 4,3% respectivamente).

Tabla 17. Prevalencia de consumo de sustancias psicoactivas alguna vez en la vida en la población de 15-64 años, según sexo (%). España, 2011-2019/2020

	2011		2013		2015		2017		2019	
	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M
Tabaco	77,6	65,7	77,5	68,6	77,1	67,9	74,8	64,5	74,9	65,1
Cigarrillos electrónicos	-	-	-	-	7,3	6,3	9,6	8,1	12,0	8,9
Alcohol	94,0	87,7	95,0	91,3	95,3	91,7	93,6	88,8	95,5	90,4
Hipnosedantes con o sin receta	13,7	25,4	16,8	27,6	13,6	23,9	15,9	25,6	18,3	26,8
Cannabis	35,4	19,2	37,9	22,7	40,1	22,8	43,6	26,8	46,3	28,7
Éxtasis	5,1	2,0	6,3	2,2	5,3	1,8	5,3	1,9	7,5	2,4
Alucinógenos	4,4	1,4	5,8	1,8	5,7	1,8	6,6	2,3	8,2	2,8
Anfetaminas/speed	4,8	1,7	5,7	1,8	5,4	1,9	5,8	2,1	6,5	2,0
Cocaína polvo y/o base	12,8	4,7	15,0	5,4	13,4	4,7	14,6	5,9	16,4	5,9
Cocaína en polvo	12,7	4,7	14,9	5,4	13,3	4,6	14,3	5,7	16,1	5,7
Cocaína base	1,5	0,3	1,7	0,3	1,4	0,3	1,8	0,7	2,1	0,8
Setas mágicas	3,5	1,2	2,9	0,8	3,0	1,0	3,8	1,1	5,3	1,7
Metanfetaminas	1,2	0,3	0,8	0,1	1,0	0,2	1,9	0,5	1,8	0,5
GHB	-	-	0,9	0,2	1,0	0,2	0,7	0,2	1,5	0,3
Heroína	0,9	0,2	1,2	0,2	1,0	0,3	0,8	0,3	1,2	0,3
Inhalables volátiles	1,1	0,4	0,9	0,3	0,7	0,2	0,9	0,3	1,2	0,3

FUENTE: OEDA. Encuesta sobre Alcohol y Drogas en España (EDADES).

En función de la edad (grupos de 15 a 34 años y de 35 a 64 años), las mayores diferencias se observaron en el consumo de cannabis alguna vez en la vida, 45% en menores de 35 años y 34,0% en los de 35 a 64 años, manteniéndose esta situación a lo largo de la serie (**Tabla 18**). Las prevalencias en el rango de edad de 15-24 años fueron superiores con un 22,1% (28,7% en hombres y 15,1% en mujeres), respecto a las otras categorías (25-34; 35-44;45-54 y 55-64 años).

En el caso del alcohol, su consumo en el grupo de 15-24 años se situó en el 88,7% (90,2% hombres y 87,1% mujeres), con prevalencias inferiores a la media de la población.

Tabla 18. Prevalencia de consumo de sustancias psicoactivas alguna vez en la vida en la población de 15-64 años, según grupo de edad (%). España, 1995-2019/2020

	1995		1997		1999		2001		2003		2005		2007		2009		2011		2013		2015		2017		2019	
	15-34	35-64	15-34	35-64	15-34	35-64	15-34	35-64	15-34	35-64	15-34	35-64	15-34	35-64	15-34	35-64	15-34	35-64	15-34	35-64	15-34	35-64	15-34	35-64	15-34	35-64
Tabaco	-	-	72,7	66,9	65,2	64,7	69,4	67,6	69,2	68,7	67,9	70,7	66,6	69,8	70,1	78,3	67,8	74,2	68,5	75,6	65,4	76,2	62,3	73,4	63,9	72,9
Alcohol	-	-	91,4	89,9	87,4	87,2	89,3	88,8	88,9	88,3	93,2	94,1	87,7	88,3	92,2	95,5	89,5	91,7	92,2	93,7	91,2	94,7	88,8	92,4	91,5	93,6
Hipnosedantes sin receta	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2,3	2,5	2,3	2,8	2,6	4,8	2,5	3,2	2,8	3,2
Cannabis	22,9	6,1	32,4	14,4	28,1	12,3	34,3	15,3	39,0	21,0	39,4	20,4	37,5	20,2	42,4	25,2	36,9	21,6	40,2	25,0	38,8	27,8	42,0	31,8	45,0	34,0
Éxtasis	3,5	0,5	4,8	0,4	4,4	0,7	7,7	1,0	8,3	1,6	7,6	1,9	7,2	2,2	8,4	2,6	5,7	2,3	6,2	3,2	4,7	3,0	4,1	3,3	5,4	4,8
Alucinógenos	3,3	0,9	4,7	1,3	2,9	1,0	4,6	1,3	4,7	1,6	5,4	1,9	5,9	2,3	5,7	2,4	4,4	2,0	5,0	3,1	4,5	3,4	4,7	4,3	6,0	5,3
Anfetaminas/ speed	3,7	1,0	4,2	1,3	3,1	1,3	4,6	1,5	4,7	1,9	5,2	2,0	5,6	2,6	5,7	2,4	4,6	2,4	4,9	3,2	4,3	3,3	4,1	3,9	4,2	4,3
Cocaína en polvo	5,4	1,4	5,5	1,6	4,7	1,8	7,7	2,4	8,9	3,6	10,4	4,4	11,4	5,5	13,5	7,9	11,0	7,4	11,6	9,4	9,3	8,8	9,9	10,0	10,5	11,1
Cocaína base	0,5	0,1	0,7	0,2	0,6	0,2	0,7	0,3	0,7	0,3	0,7	0,6	2,3	1,5	0,9	0,9	0,8	1,0	0,9	1,1	0,6	1,0	1,0	1,4	1,1	1,6
Setas mágicas	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	4,3	1,2	3,2	1,1	3,0	1,6	3,1	2,1	4,4	3,1
Metanfetaminas	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1,1	0,5	0,7	0,4	0,9	0,5	1,5	1,0	1,3	1,1
GHB	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0,7	0,5	0,7	0,6	0,6	0,4	0,8	1,0
Heroína	1,4	0,2	0,9	0,3	0,6	0,3	0,7	0,5	0,8	0,9	0,6	0,7	0,6	1,0	0,4	0,6	0,4	0,6	0,3	0,9	0,2	0,9	0,2	0,7	0,2	1,0
Inhalables volátiles	1,1	0,3	1,3	0,3	0,9	0,4	1,5	0,2	1,7	0,5	1,2	0,5	1,7	0,8	1,1	0,4	1,1	0,6	0,7	0,5	0,4	0,5	0,6	0,6	0,9	0,7

FUENTE: OEDA. Encuesta sobre Alcohol y Drogas en España (EADAES).

Respecto al **consumo en los últimos 12 meses** (**Tabla 19**), el alcohol fue la droga más consumida (77,2%) manteniéndose a lo largo del tiempo con pequeñas

oscilaciones. En segundo lugar, se situó el tabaco con una prevalencia del 39,4% y una ligera tendencia al descenso. En tercer lugar, el cannabis que fue consumido por el 10,5% de la población; lo que supone una tendencia estable con pequeñas oscilaciones en las últimas encuestas.

Los consumos en los últimos 12 meses fueron superiores en hombres con la excepción de los hipnosedantes sin receta. La principal diferencia entre sexos se detectó en el consumo de alcohol (82,7% en hombres y 71,6% en mujeres), habiendo aumentado esta brecha en más de 2 puntos porcentuales con respecto a la cifra de 2017.

El consumo de tabaco también fue superior entre los hombres (44,4% frente 34,2%), aunque las diferencias disminuyeron en los últimos años. Respecto al cannabis el diferencial hombre/mujer se situó en 8,3 puntos porcentuales, manteniéndose estable desde el año 2009.

El consumo de cocaína en polvo fue del 2,5%, estando más extendido entre los hombres que entre las mujeres (4,0% frente a 0,9%), con una tendencia ascendente en los hombres respecto a 2017 y una estabilidad en las mujeres inferior al 1%. Por otro lado, la cocaína base presentó consumos en el último año muy bajos (0,2%).

La prevalencia de consumo de cocaína total (polvo y/o base) en el último año, en función del sexo, mostraba como el consumo sigue siendo muy superior en los hombres respecto a las mujeres (4,1% frente a 1,0%).

El resto de drogas ilegales presentan un consumo en los últimos 12 meses por debajo del 1%: éxtasis un 0,9% anfetaminas, un 0,7% y alucinógenos (incluye ketamina y setas mágicas) un 0,6%. Estos consumos son superiores en los hombres.

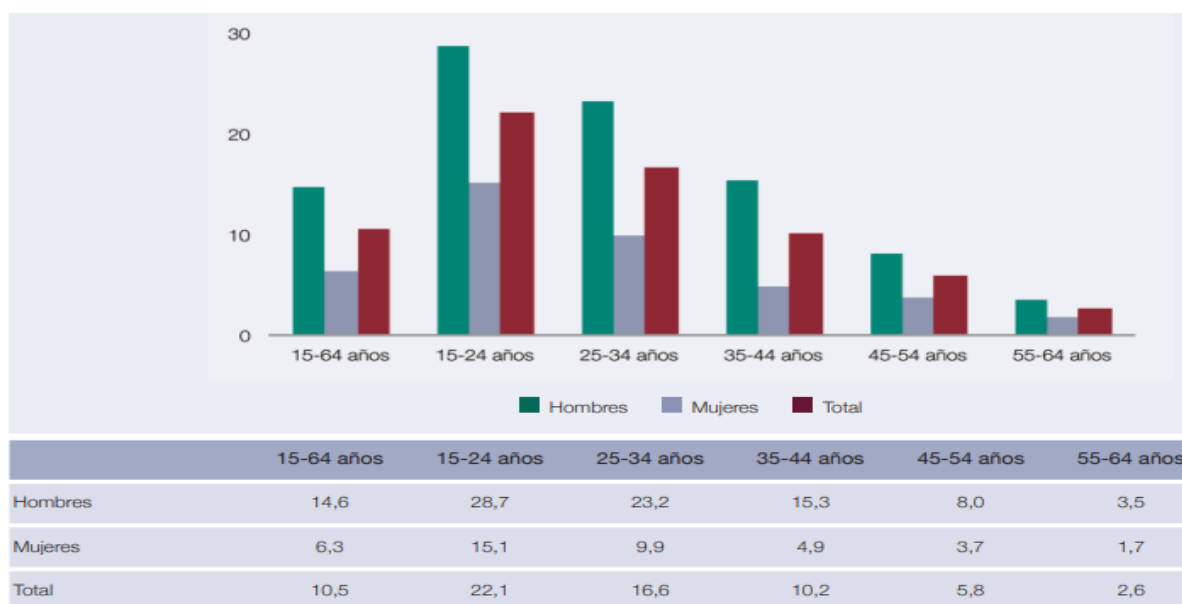
Tabla 19. Prevalencia de consumo de sustancias psicoactivas en los últimos 12 meses en la población de 15-64 años, según sexo (%). España, 1995-2019/2020

	1995		1997		1999		2001		2003		2005		2007		2009		2011		2013		2015		2017		2019	
	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M
Tabaco	-	-	55,0	38,7	50,3	39,2	51,5	40,5	53,0	42,6	47,2	37,5	46,0	37,6	48,4	37,0	44,2	36,0	44,2	37,2	44,4	36,0	46,0	35,8	44,4	34,2
Alcohol	79,3	58,0	86,4	70,5	83,2	67,2	85,2	70,9	84,5	68,4	84,0	69,2	80,4	66,4	84,4	72,7	83,2	69,9	83,2	73,4	82,9	72,1	81,3	69,2	82,7	71,6
Hipnosedantes sin receta	8,2	1,6	2,3	2,4	2,3	2,4	2,5	3,1	2,9	3,3	1,1	1,3	1,2	1,4	1,9	1,9	1,1	1,2	1,1	1,3	1,6	2,9	1,2	1,4	1,3	1,2
Cannabis	10,7	4,4	10,7	4,7	9,6	4,3	13,0	5,5	16,2	6,3	15,7	6,6	13,6	6,6	14,8	6,2	13,6	5,5	12,9	5,4	13,3	5,6	15,4	6,6	14,6	6,3
Éxtasis	1,9	0,7	1,2	0,5	1,2	0,5	2,8	0,7	2,0	0,8	1,8	0,6	1,6	0,5	1,4	0,3	1,0	0,4	1,0	0,3	0,9	0,3	1,0	0,3	1,4	0,4
Alucinógenos	1,1	0,4	1,4	0,4	0,8	0,4	1,2	0,2	0,9	0,3	1,1	0,4	0,9	0,3	0,7	0,2	0,6	0,2	0,5	0,1	0,8	0,3	0,7	0,2	1,0	0,2
Anfetaminas/speed	1,3	0,7	1,4	0,4	1,0	0,4	1,6	0,6	1,1	0,5	1,4	0,5	1,3	0,3	1,0	0,3	0,9	0,3	0,8	0,4	0,8	0,3	0,8	0,2	0,9	0,4
Cocaína (polvo y/o base)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	4,7	1,6	4,2	1,0	3,6	0,9	3,3	1,0	3,1	0,9	3,4	1,0	4,1	1,0
Setas mágicas	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0,6	0,2	0,3	0,1	0,5	0,2	0,4	0,1	0,6	0,1
Metanfetaminas	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0,3	0,0	0,2	0,0	0,2	0,0	0,4	0,1	0,4	0,2
GHB	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0,1	0,1	0,1	0,1	0,0	0,0	0,2	0,0
Heroína	0,8	0,3	0,4	0,1	0,2	0,0	0,2	0,0	0,2	0,1	0,2	0,1	0,1	0,0	0,1	0,0	0,2	0,0	0,1	0,0	0,2	0,0	0,1	0,0	0,1	0,0
Inhalables volátiles	0,2	0,1	0,3	0,0	0,1	0,1	0,2	0,1	0,1	0,1	0,2	0,1	0,3	0,1	0,0	0,0	0,1	0,1	0,1	0,0	0,1	0,0	0,1	0,0	0,2	0,1

FUENTE: OEDA. Encuesta sobre Alcohol y Drogas en España (EADAES).

Comparando los grupos de edad (**Figura 22**), la mayor diferencia en el consumo en los últimos 12 meses se produjo en el cannabis: 19,1% entre los menores de 35 años frente al 6,4% en el grupo de 35 a 64 años. El mayor consumo, en los últimos 12 meses, en ambos sexos tuvo lugar en el grupo de 15 a 24 (22,1%) frente al 2,6% del grupo de 55 a 64 años.

Figura 22. Prevalencia de consumo de cannabis en los últimos 12 meses en la población de 15-64 años, según edad y sexo (%). España, 2019/2020



FUENTE: OEDA. Encuesta sobre Alcohol y Drogas en España (EADAES).

El consumo de alcohol en el grupo de edad de entre 15-24 años, fue superior al promedio del total de la población, ya que tuvo una prevalencia del 79,3% (81,9% hombres y 76,7% mujeres). Además, la diferencia entre hombres y mujeres disminuyó en este grupo (5,2 puntos porcentuales), frente a los 11,1 puntos porcentuales del total (**Tabla 20**).

El tabaco (**Tabla 20**) también presentó un mayor consumo en los últimos 12 meses en el grupo de edad más joven (41,9% versus 38,5%). Para el consumo de cocaína en polvo la diferencia fue inferior a un punto porcentual, aunque se había incrementado en ambos grupos. El resto de sustancias presentaron consumos residuales por debajo del 2%.

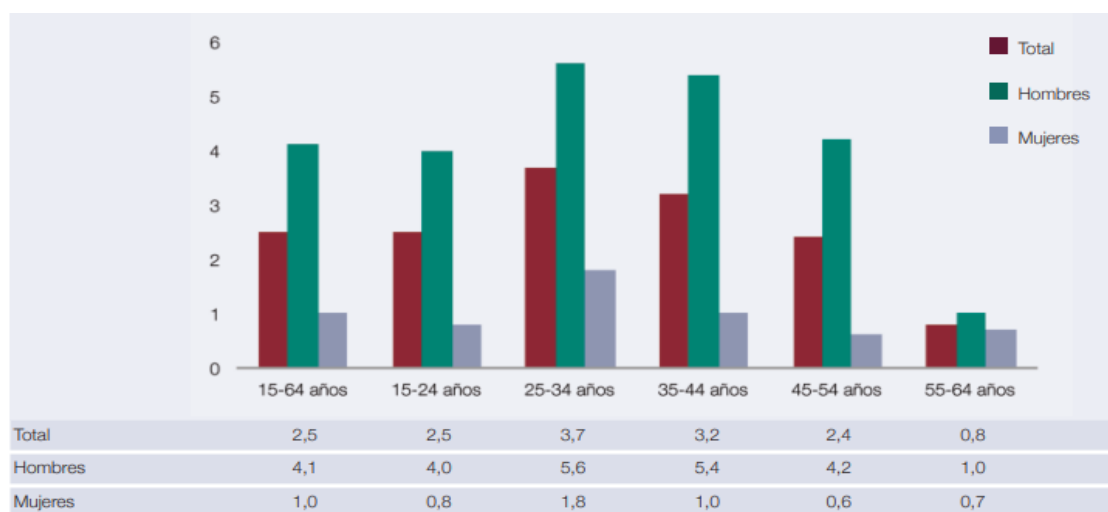
Tabla 20. Prevalencia de consumo de sustancias psicoactivas en los últimos 12 meses población de 15-64 años, según grupo de edad (%). España, 1995-2019/2020

	1995		1997		1999		2001		2003		2005		2007		2009		2011		2013		2015		2017		2019	
	15-34	35-64	15-34	35-64	15-34	35-64	15-34	35-64	15-34	35-64	15-34	35-64	15-34	35-64	15-34	35-64	15-34	35-64	15-34	35-64	15-34	35-64	15-34	35-64	15-34	35-64
Tabaco	-	-	54,5	39,9	49,5	40,6	52,0	41,2	52,8	43,8	47,3	38,8	46,2	38,8	45,3	41,1	43,8	37,9	43,4	39,2	40,8	39,9	41,5	40,6	41,9	38,1
Alcohol	72,9	64,1	82,5	74,9	79,0	71,8	81,5	75,2	79,5	74,2	79,4	74,7	76,9	71,1	80,1	77,7	79,1	75,1	81,3	76,7	79,2	76,7	77,2	74,3	79,3	76,2
Hipnosedantes sin receta	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1,2	1,2	1,1	1,3	1,4	2,7	1,2	1,3	1,3	1,2
Cannabis	12,7	2,3	14,2	1,8	12,6	2,2	16,7	3,3	20,1	4,2	19,8	4,7	18,9	3,9	19,4	4,6	17,0	5,1	17,0	4,8	17,1	5,5	18,3	7,4	19,1	6,4
Éxtasis	2,4	0,1	1,8	0,0	1,6	0,1	3,7	0,2	2,9	0,1	2,4	0,4	2,4	0,4	1,8	0,2	1,4	0,2	1,5	0,2	1,3	0,2	1,2	0,4	1,6	0,6
Alucinógenos	1,3	0,2	1,8	0,1	1,2	0,2	1,3	0,2	1,1	0,2	1,5	0,1	1,4	0,1	1,1	0,1	0,9	0,1	0,8	0,1	1,1	0,3	0,9	0,2	1,1	0,3
Anfetaminas/speed	1,8	0,2	1,8	0,1	1,3	0,2	2,2	0,2	1,6	0,2	1,9	0,3	1,7	0,2	1,4	0,1	1,1	0,3	1,2	0,3	1,0	0,3	0,9	0,3	1,1	0,5
Cocaína en polvo	3,1	0,5	2,9	0,5	2,8	0,5	4,5	0,9	4,8	0,9	5,2	1,3	5,3	1,3	4,3	1,5	3,5	1,4	3,2	1,5	3,0	1,3	2,7	1,7	3,1	2,2
Cocaína base	0,1	0,1	0,2	0,1	0,4	0,0	0,2	0,0	0,2	0,0	0,2	0,1	0,6	0,2	0,2	0,1	0,2	0,2	0,2	0,0	0,1	0,2	0,2	0,3	0,1	0,2
Setas mágicas	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1,0	0,1	0,5	0,1	0,7	0,2	0,5	0,1	0,7	0,2
Metanfetaminas	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0,3	0,1	0,2	0,0	0,2	0,1	0,4	0,1	0,5	0,2
GHB	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,0	0,2	0,1
Heroína	0,9	0,1	0,4	0,1	0,2	0,0	0,1	0,1	0,2	0,1	0,2	0,1	0,1	0,0	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,0	0,0	0,1	0,0	0,1	0,0	0,1
Inhalables volátiles	0,2	0,1	0,4	0,0	0,1	0,1	0,3	0,0	0,2	0,0	0,2	0,1	0,2	0,0	0,1	0,0	0,1	0,1	0,1	0,0	0,1	0,0	0,1	0,0	0,4	0,0

FUENTE: OEDA. Encuesta sobre Alcohol y Drogas en España (EDADES).

El consumo de cocaína total (polvo y/o base) en el último año en función de la edad, fue superior en el rango 25-34 años y el consumo siguió siendo superior entre los hombres en todos los tramos de edad, aunque las mayores diferencias entre sexos se dan entre los 25 y 44 años (**Figura 23**).

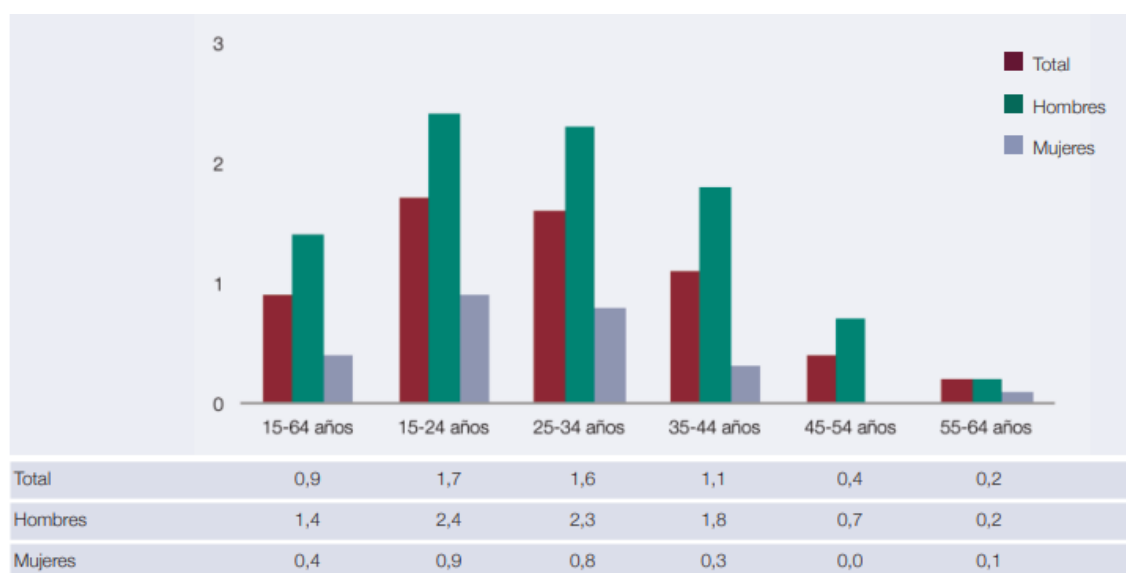
Figura 23. Prevalencia de consumo de cocaína polvo y/o base en los últimos 12 meses, según edad y sexo (%). España, 2019/2020



FUENTE: OEDA. Encuesta sobre Alcohol y Drogas en España (EDADES).

El consumo de éxtasis en los últimos 12 meses, fue superior en el rango de 15-24 años y las diferencia entre hombres y mujeres fueron disminuyendo según aumenta la edad de los individuos (**Figura 24**).

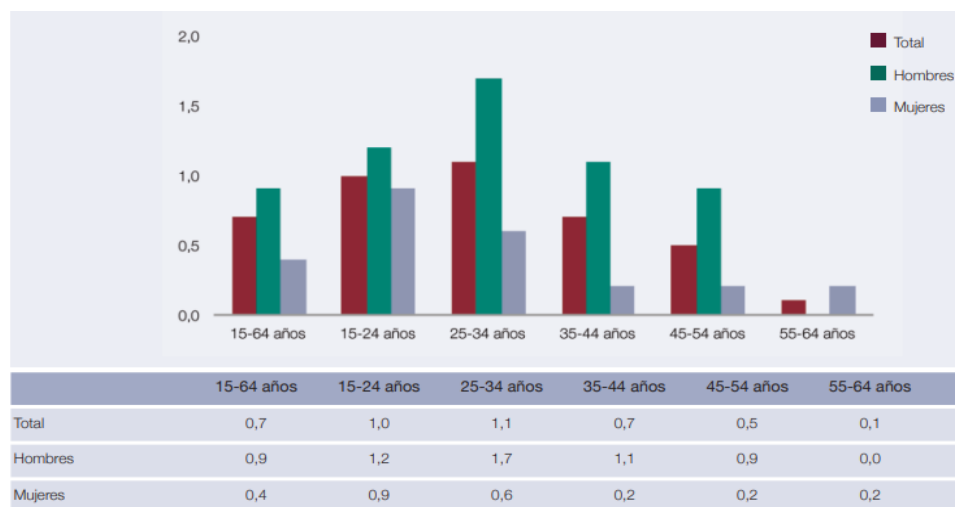
Figura 24. Prevalencia de consumo de éxtasis en los últimos 12 meses, en la población de 15-64 años, según edad (%). España, 2019/2020



FUENTE: OEDA. Encuesta sobre Alcohol y Drogas en España (EDADES).

El consumo en los últimos 12 meses de anfetaminas (**Figura 25**) tuvo las prevalencias más altas en el tramo de edad de 25 a 34 años (1,1%) especialmente entre los hombres (1,7%).

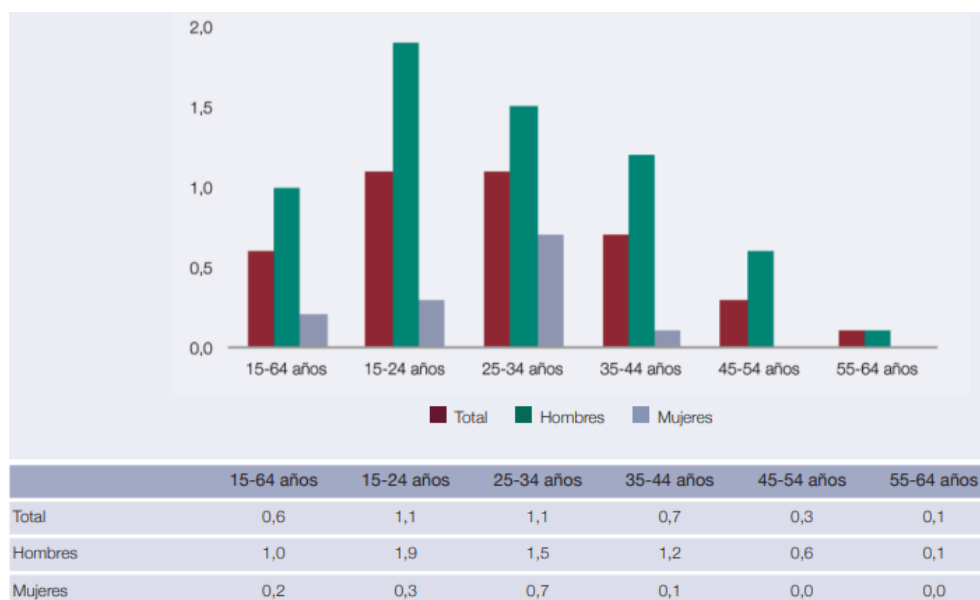
Figura 25. Prevalencia de consumo de anfetaminas en los últimos 12 meses, en la población de 15-64 años, según edad y sexo (%). España, 2019/2020



FUENTE: OEDA. Encuesta sobre Alcohol y Drogas en España (EDADES).

El consumo de alucinógenos en los últimos 12 meses (**Figura 26**) fue superior en los tramos de edad de 25-35 años y de 15-24 años. Aunque la mayor prevalencia de consumo se dio entre los hombres de 15-24 años.

Figura 26. Prevalencia de consumo de alucinógenos en los últimos 12 meses, en la población de 15-64 años según edad y sexo (%). España, 2019/2020



FUENTE: OEDA. Encuesta sobre Alcohol y Drogas en España (EDADES).

Por último, el **consumo en los últimos 30 días (Tabla 22)** de cualquier sustancia fue superior entre los hombres, salvo los hipnosedantes con o sin receta (10,7% en mujeres y 6,5% en hombres).

El consumo de alcohol en el último mes fue del 63%. Es en este consumo de alcohol donde se detectaron las mayores diferencias entre hombres y mujeres (72,0% frente 53,9%). En el tabaco la prevalencia total fue 36,8% (41,5% hombres y 32,0% mujeres).

El cannabis tuvo un consumo en los últimos 30 días del 8% (11,4% en hombres y 4,7% en mujeres). Hay que destacar que el consumo de cannabis desde 2017 ha sufrido un descenso para ambos sexos.

El consumo de cocaína en polvo en el último mes presentó una prevalencia del 1,1% (2% en hombres y 0,3% en mujeres). Para el resto de drogas ilegales las prevalencias fueron inferiores a 0,7% y siempre superiores entre los varones.

Tabla 21. Prevalencia de consumo de sustancias psicoactivas en los últimos 30 días, población de 15-64 años, según sexo (%). España, 1997-2019/2020

	1997		1999		2001		2003		2005		2007		2009		2011		2013		2015		2017		2019	
	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M
Tabaco	51,4	34,4	45,0	35,2	46,5	36,3	47,9	37,9	43,1	33,6	42,6	34,3	44,7	34,0	41,4	33,7	41,7	34,8	42,6	34,3	43,8	33,8	41,5	32,0
Alcohol	75,8	52,1	74,4	49,1	76,4	50,9	75,8	52,1	76,0	52,9	71,3	52,8	74,0	52,2	73,2	51,2	73,4	55,3	71,3	52,8	71,5	54,0	72,0	53,9
Hipnosedantes sin receta	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0,6	0,8	0,6	0,5	0,8	1,1	0,5	0,8	0,6	0,4
Cannabis	6,7	2,5	6,2	2,8	9,4	3,4	11,3	3,9	12,5	4,7	10,0	4,2	11,0	4,0	10,2	3,8	9,8	3,4	10,7	3,9	12,9	5,3	11,4	4,7
Éxtasis	0,5	0,1	0,3	0,2	1,3	0,3	0,5	0,2	0,9	0,3	0,6	0,2	0,5	0,2	0,4	0,2	0,3	0,1	0,3	0,1	0,3	0,1	0,6	0,1
Alucinógenos	0,3	0,1	0,3	0,1	0,4	0,1	0,3	0,1	0,4	0,1	0,1	0,0	0,2	0,1	0,2	0,1	0,1	0,0	0,3	0,1	0,2	0,0	0,2	0,1
Anfetaminas/speed	0,4	0,1	0,4	0,2	0,9	0,2	0,4	0,1	0,6	0,2	0,4	0,1	0,4	0,2	0,4	0,1	0,4	0,1	0,3	0,1	0,3	0,1	0,4	0,2
Cocaína																								
(polvo y/o base)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2,5	0,8	2,0	0,4	1,8	0,5	1,7	0,4	1,5	0,3	1,8	0,4	2,0	0,3
Setas mágicas	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0,2	0,1	0,1	0,0	0,2	0,1	0,1	0,0	0,2	0,1
Metanfetaminas	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0,1	0,0	0,1	0,0	0,1	0,0	0,1	0,0	0,1	0,0
GHB	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0,0	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0
Heroína	0,2	0,1	0,1	0,0	0,1	0,0	0,0	0,1	0,1	0,0	0,1	0,0	0,1	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0	0,1	0,0	0,1	0,0
Inhalables volátiles	0,1	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0

FUENTE: OEDA. Encuesta sobre Alcohol y Drogas en España (EADAES).

En el análisis por grupos de edad (**Tabla 22**) el consumo de alcohol y de tabaco en los últimos 30 días, fueron muy similares en ambos grupos (15-34 y 35-64 años): para el alcohol 63,4% en los de 15 a 34 años y 62,8% en los de 35 a 64 años, y para el tabaco 38,1% y 36,2%. Sin embargo, en el rango 15-24 años, el consumo de alcohol fue inferior que en la población total: 61,8% (68% en hombres y 55,1% en mujeres).

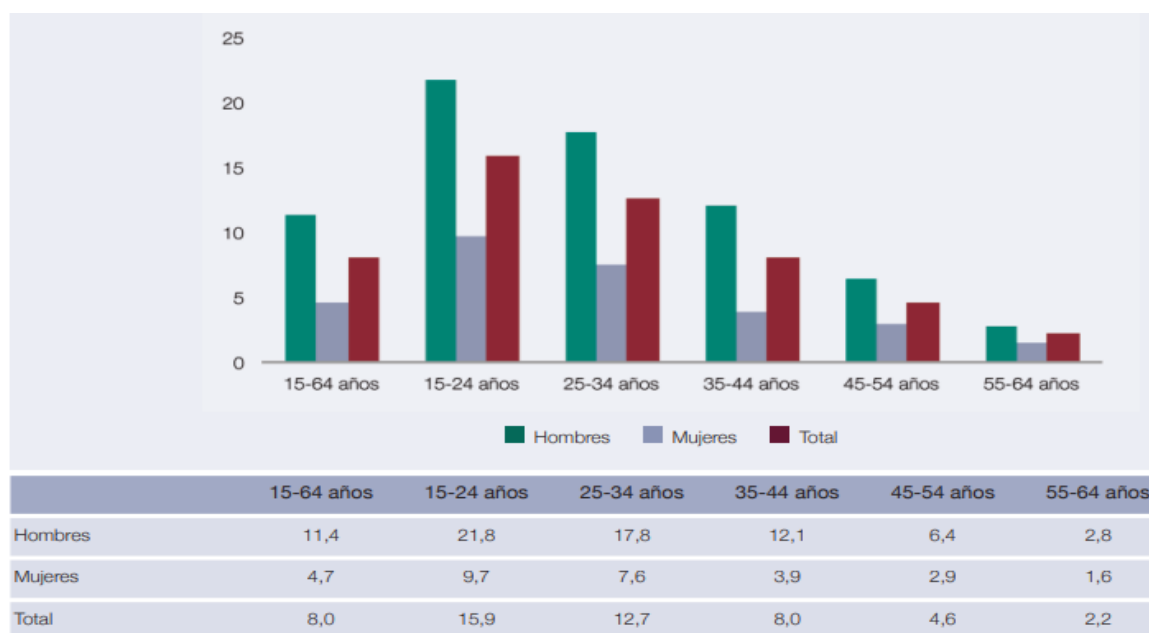
Tabla 22. Prevalencia de consumo de sustancias psicoactivas en los últimos 30 días, población de 15-64 años, según grupo de edad (%). España, 1997-2019/2020

	1997		1999		2001		2003		2005		2007		2009		2011		2013		2015		2017		2019	
	15-34	35-64	15-34	35-64	15-34	35-64	15-34	35-64	15-34	35-64	15-34	35-64	15-34	35-64	15-34	35-64	15-34	35-64	15-34	35-64	15-34	35-64	15-34	35-64
Tabaco	49,6	36,9	43,7	36,9	46,3	37,5	47,2	39,5	42,3	35,5	42,2	36,3	40,9	38,4	40,4	35,9	40,2	37,2	38,4	38,6	38,5	39,0	38,1	36,2
Alcohol	66,7	61,6	64,4	59,4	65,7	62,1	65,8	62,7	66,3	63,4	61,7	59,4	63,1	63,3	63,7	61,5	65,4	63,9	61,6	62,4	62,7	62,8	63,4	62,8
Hipnosedantes sin receta	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0,6	0,8	0,4	0,6	0,7	1,0	0,5	0,7	0,5	0,5
Cannabis	8,5	1,1	7,9	1,5	11,5	2,3	13,4	2,9	15,4	3,6	13,5	2,8	14,1	3,2	12,5	3,7	12,2	3,5	12,9	4,4	14,6	6,3	14,2	5,1
Éxtasis	0,6	0,0	0,5	0,0	1,5	0,2	0,7	0,0	1,1	0,2	0,8	0,2	0,8	0,1	0,6	0,1	0,4	0,1	0,5	0,1	0,3	0,1	0,6	0,2
Alucinógenos	0,4	0,0	0,3	0,1	0,4	0,1	0,4	0,0	0,5	0,1	0,2	0,0	0,4	0,0	0,3	0,1	0,2	0,0	0,4	0,1	0,2	0,1	0,3	0,1
Anfetaminas/speed	0,5	0,0	0,5	0,1	1,1	0,1	0,4	0,1	0,8	0,1	0,5	0,1	0,7	0,1	0,5	0,1	0,5	0,1	0,5	0,1	0,4	0,1	0,5	0,2
Cocaína en polvo	1,6	0,2	1,5	0,3	2,4	0,5	1,9	0,4	2,8	0,7	2,9	0,7	2,0	0,7	1,7	0,8	1,2	0,9	1,3	0,6	1,3	1,0	1,2	1,1
Cocaína base	0,1	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	0,1	0,4	0,2	0,1	0,1	0,1	0,1	0,0	0,0	0,0	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1
Setas mágicas	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0,3	0,0	0,2	0,0	0,3	0,1	0,1	0,0	0,2	0,1
Metanfetaminas	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0,1	0,0	0,1	0,0	0,1	0,0	0,1	0,0	0,1	0,1
GHB	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0,0	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0
Heroína	0,2	0,1	0,1	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0	0,1	0,1	0,1	0,0	0,0	0,1	0,1	0,1	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0	0,1	0,0	0,1
Inhalables volátiles	0,1	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0	0,1	0,0

FUENTE: OEDA. Encuesta sobre Alcohol y Drogas en España (EADAES).

Entre las sustancias ilegales, la única que presentó diferentes prevalencias de consumo en los últimos 30 días entre el grupo de 15-34 años y el de 35-64 fue el cannabis (**Tabla 22**): 14,2% en el primer grupo y 5,1% en el de mayor edad. Estas diferencias se mantuvieron estables respecto a lo observado en la anterior encuesta. La mayor prevalencia de consumo en el último mes se detectó entre los más jóvenes de 15 a 24 años (15,9%) (**Figura 27**).

Figura 27. Prevalencia de consumo de cannabis en los últimos 30 días en la población de 15-64 años, según edad y sexo (%). España, 2019/2020



FUENTE: OEDA. Encuesta sobre Alcohol y Drogas en España (EDADES).

1.4.4.4.1. Alcohol

En estos apartados sobre las sustancias concretas se ha pretendido hacer un resumen de aquellos aspectos que son específicos, tanto de formas de consumo, como de las consecuencias sobre la salud de las personas, o de factores de riesgo.

El consumo nocivo de alcohol es un factor que produce más de 200 patologías y trastornos cada año, de acuerdo con la evidencia disponibles a partir de diferentes informes disponibles (179–183).

El consumo de alcohol está asociado al riesgo de que aparezcan enfermedades no transmisibles, como enfermedades hepáticas, enfermedades cardíacas y distintos tipos de cáncer, así como trastornos de salud mental y del comportamiento, como la depresión, la ansiedad, además del trastorno adictivo por consumo de bebidas alcohólicas.

Desde 2010, la prevalencia de los trastornos por consumo de alcohol presenta una tendencia decreciente a nivel mundial, impulsada por disminuciones en las regiones de las Américas, Europa y el Pacífico Occidental. En total, 2,6 millones

de defunciones en el mundo fueron atribuibles al consumo de alcohol (4,7% del total de muertes en 2019). La carga de enfermedad atribuible al alcohol fue más alta entre los hombres: en 2019, se registraron 2 millones de muertes atribuibles al alcohol y el 6,9% de todos los *Años de Vida Ajustados por Discapacidad* (AVAD) entre los hombres, mientras que en las mujeres hubo 0,6 millones de muertes y el 2,0% de todos los AVAD (184) .

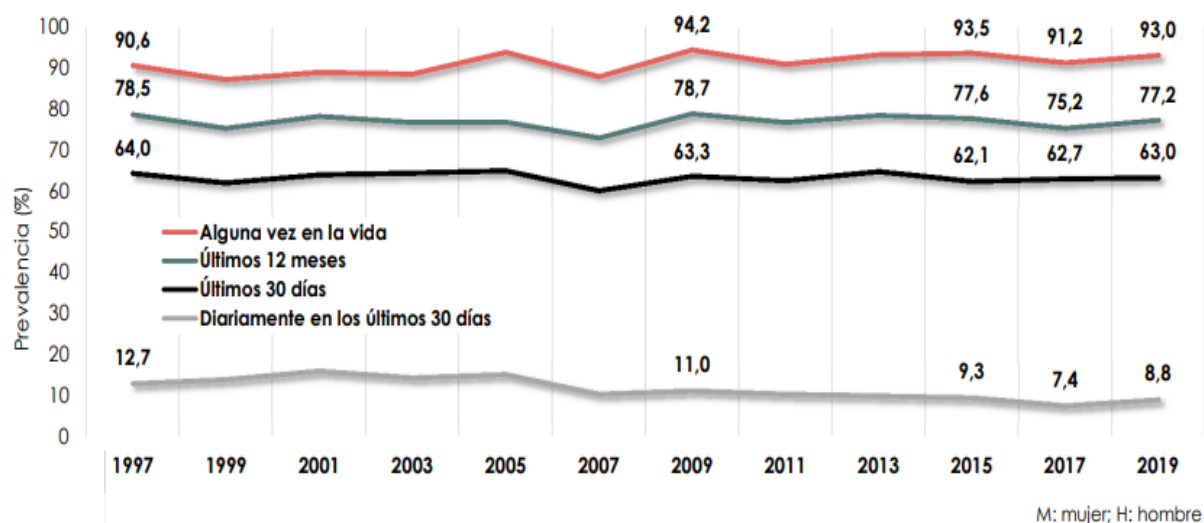
A nivel global, se ha estimado que 400 millones de personas, cifra equivalente al 7% de la población mundial de 15 años o más, viven con un trastorno por consumo de alcohol. Aproximadamente 209 millones de personas (3,7% de la población adulta mundial) padecen dependencia del alcohol, presentando diferencias significativas entre las distintas regiones de la OMS. Las personas de entre 20 y 39 años se han visto más afectadas por el consumo de alcohol, presentando la mayor proporción de muertes atribuibles al alcohol (13,0% de todas las muertes en 2019), teniendo en cuenta que están incluidas las muertes por accidentes y lesiones.

Por otro lado, es importante tener presente que, cualquiera que sea el nivel de consumo de alcohol, las mujeres presentan un riesgo superior, siendo las diferencias en la magnitud del riesgo variables entre diferentes enfermedades (185,186).

Las principales razones del mayor impacto del consumo de alcohol sobre las mujeres se deben al menor peso y cantidad de agua corporal y al metabolismo hepático del alcohol más lento, debido al polimorfismo del enzima alcohol deshidrogenasa (ADH) que determina un menor nivel de expresión en las mujeres (187). Todo ello implica que el mismo consumo de alcohol en una mujer y un hombre del mismo peso, genere concentraciones superiores en sangre en la mujer lo que implica una mayor exposición y por ende mayor riesgo.

La evolución del consumo de alcohol, alguna vez en la vida, en los últimos 2 meses y en los últimos 30 días, en la población general se mantiene bastantes estable con ligeras oscilaciones (**Figura 28**).

Figura 28. Evolución del consumo de alcohol población de 15-64 años (%). España, 1997-2019/2020



Fuente: OEDA. Encuesta sobre Alcohol y Drogas en España (EDADES)

Los consumos más intensos de alcohol generan efectos negativos en el desarrollo del cerebro (6,138,152,188,189), afectan a la salud cardiovascular (120,121,138) e incrementan el riesgo de dependencia (139,190). Además, elevan la probabilidad de conductas de riesgo con efectos nocivos sobre los propios jóvenes y otras personas (accidentes, agresiones, relaciones sexuales sin protección o no deseadas, ...) (41,86,96,99,137,151,175,191–200)

Estos consumos se pueden valorar a través de la prevalencia de borracheras, el consumo en atracón o en “*binge drinking*” y el consumo de riesgo evaluado a través del *Cuestionario de Identificación de los Trastornos debidos al Consumo de Alcohol* - AUDIT.

La encuesta EDADES 2019/2020 (136) indica un ligero aumento de las **borracheras en los últimos 12 meses (Figura 29)**, con una prevalencia del 19,4%, superior a los datos de los años anteriores (2017: 18,6%; 2015 16,8%). El grupo de menor edad (15 a 34 años) presenta la mayor prevalencia (38,3%) y en él, los hombres (41,6%) se sitúan 15 puntos porcentuales por encima de las mujeres (26,6%). En el grupo de 15-24 años las prevalencias son del 38,3% para el total, 44,2% en hombres y 32,1% en mujeres siendo el grupo con los mayores.

Figura 29. Prevalencia de borracheras en los últimos 12 meses, población de 15-64 años, según sexo (%). España, 2003-2019/2020



FUENTE: OEDA. Encuesta sobre Alcohol y Drogas en España (EADAES).

El consumo en atracón (**Figura 30**) o “**binge drinking**” (5 o más bebidas alcohólicas en hombres o 4 o más en mujeres, en un intervalo de dos horas o menos) **en los últimos 30 días**, se mantiene estable respecto a la encuesta anterior (15,4%). Este tipo de consumo de alcohol es superior en los hombres que en las mujeres para todos los tramos de edad. Las mayores prevalencias se declaran, para ambos sexos, en la población de entre 20 a 24 años (33,8% hombres y 19,2% en mujeres).

Figura 30. Prevalencia de consumo de alcohol en atracón en los últimos 30 días en la población de 15-64 años, según edad y sexo (%). España, 2019/2020

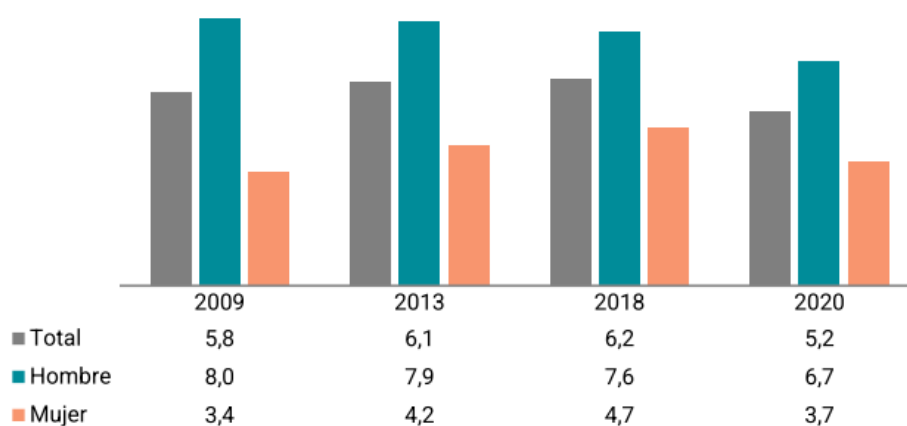


FUENTE: OEDA. Encuesta sobre Alcohol y Drogas en España (EADAES).

Respecto al **consumo de riesgo de alcohol según AUDIT**, es muy importante indicar que los informes del Observatorio Español de las Drogas y la Adicciones (OEDA) establecieron un cambio de criterio para la interpretación del AUDIT. Así, en la encuesta 2019/2020 (136) se utilizaba como criterio único el valor ≥ 8 tanto para hombres como para mujeres; mientras que a partir de ese año se ha definido el consumo de riesgo como ≥ 8 en hombres y ≥ 6 en mujeres. Este cambio es debido a que la literatura muestra la necesidad de disminuir el punto de corte en las mujeres dada su mayor vulnerabilidad. Por este motivo, se ha utilizado el informe de la encuesta EDADES 2021/2022(130), que muestra los datos del año 2018/2019 recalculados con el nuevo criterio. Según estos valores, la encuesta EDADES 2018/2019 (**Figura 31**) indica que el 5,2% de la población presenta un patrón de consumo de riesgo de alcohol y se detecta un ligero descenso en la prevalencia tanto en hombres (6,7%) como en mujeres (3,7%).

La valoración de una posible dependencia al alcohol (AUDIT ≥ 20) supone el 0,4% de quienes han contestado al AUDIT (consumidores en los últimos 30 días) y también es más frecuente entre los hombres (0,6%) que entre las mujeres (0,1%). En el rango de edad de 15-24 años las prevalencias de este tipo de consumo son similares a la población total (0,4% total; 0,6% en hombres, 0,2% mujeres). Estas prevalencias sólo se ven superadas por las del rango de edad de 35 a 44 años para los hombres (0,6% total; 0,9% hombres y 0,2% mujeres).

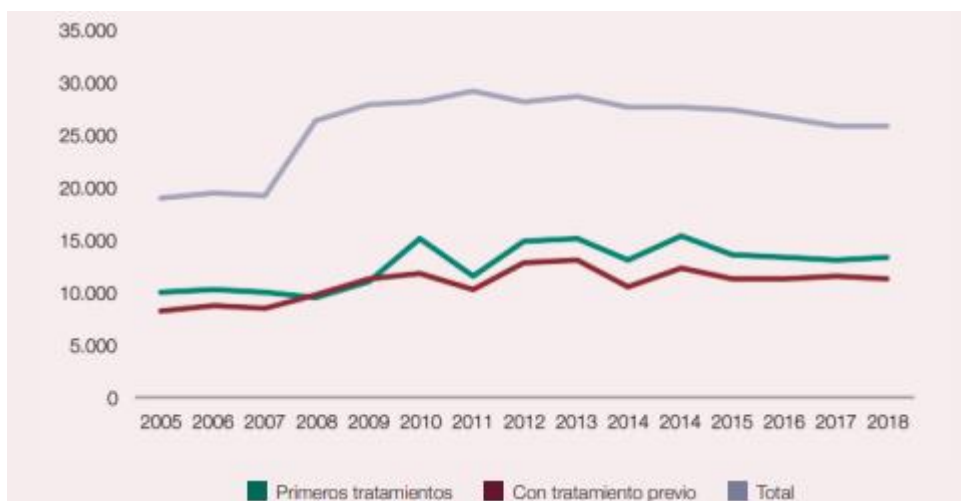
Figura 31. Prevalencia del consumo de riesgo de alcohol (AUDIT ≥ 8 hombres y ≥ 6 mujeres), población de 15-64 años, según sexo (%). España, 2009-2019



Fuente: Observatorio Español de las drogas y las adicciones. EDADES 2019/2020

Respecto a las admisiones a tratamiento ambulatorio por consumo de alcohol se mantienen estables desde el año 2010 en cifras altas (**Figura 32**), con una mayor prevalencia en varones.

Figura 32. Número de admisiones a tratamiento por consumo perjudicial o dependencia de alcohol. España, 2005-2018



Fuente: Observatorio Español de las drogas y las adicciones. EDADES 2019/2020

1.4.4.4.2. Cannabis

El cannabis es la droga ilegal con mayor prevalencia de consumo en el mundo, en el año 2022 había 228 millones de consumidores de cannabis (201). En Europa se estima que 22,8 millones de personas habían consumido cannabis en el último año; de ellos 15,1 millones pertenecía al grupo de 15-34 años (202).

Los cambios normativos que se han producido en los últimos años, mediante la legalización de su utilización terapéutica y principalmente en contextos recreativos, han influido en su consumo y en la percepción del riesgo. En 2024, Canadá, Uruguay y 27 jurisdicciones de Estados Unidos han legalizado la producción y venta de cannabis para uso no médico.

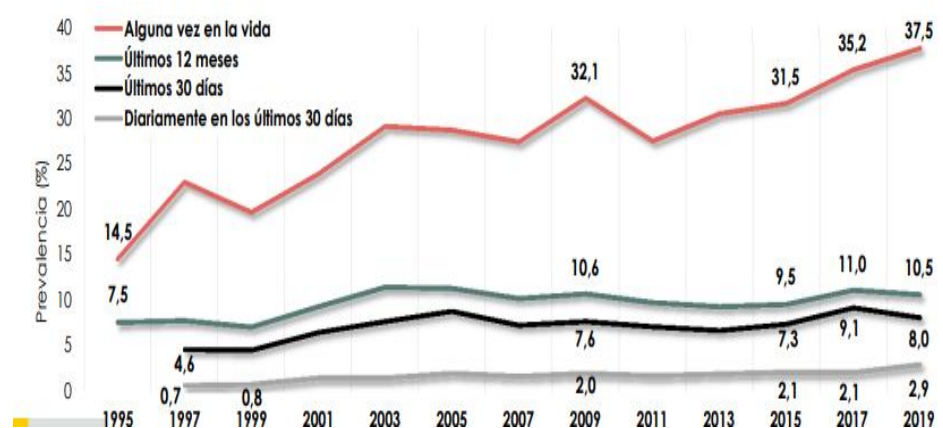
Según el último informe de la Organización de Naciones Unidas (201), estas circunstancias también han generado una diversificación de los productos de cannabis, elevándose de forma importante la concentración del principal componente psicoactivo *delta-9-tetrahidrocannabinol* (THC) (203,204). Así mismo, se constata un incremento de las hospitalizaciones relacionadas con

trastornos por consumo de cannabis y la proporción de personas con trastornos psiquiátricos e intentos de suicidio asociados al consumo habitual de cannabis entre personas jóvenes adultas en Canadá y Estados Unidos.

El consumo de cannabis está relacionado con una mayor prevalencia de diversas patologías y alteraciones, fundamentalmente somáticas, neurocognitivas y psiquiátricas. Entre las primeras se encuentran las alteraciones respiratorias (205,206), urgencias hospitalarias por intoxicaciones o lesiones relacionadas y los accidentes de tráfico (204,207–213). Entre las segundas destacan la afectación de la memoria de trabajo, concentración, funciones ejecutivas y motoras complejas, con posibles consecuencias sobre el aprendizaje (214–220). Por último, su consumo se relaciona con el trastorno por uso de sustancias así como los trastornos psicóticos como la esquizofrenia (221–223), así como la depresión (224,225) y otros trastornos afectivos (226,227) o el síndrome amotivacional (228). Además, no hay que olvidar las consecuencias sociales y jurídicas del consumo, que produce un deterioro del rendimiento laboral o la implicación en el sistema de justicia penal (211,214).

Paradójicamente, el consumo alguna vez en la vida presenta una tendencia ascendente, frente al descenso de los consumos en el último año y del último mes (**Figura 33**). Este aumento también se detecta en el consumo diario durante el último mes que se situó en el 2,9%, proporción ligeramente superior a las anteriores ediciones.

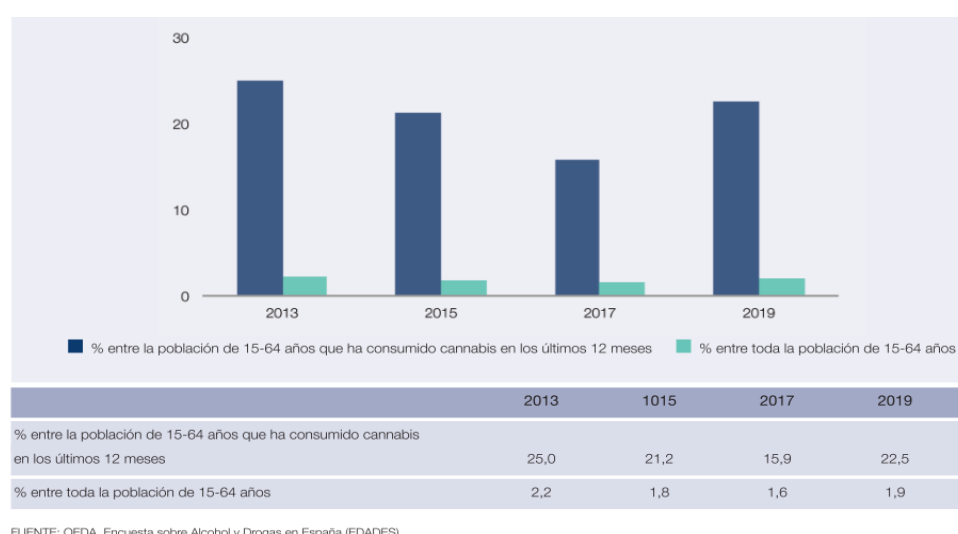
Figura 33. Evolución de la prevalencia de consumo de cannabis (%) en la población de 15-64 años. España, 1995-2019/2020



Fuente: Observatorio Español de las drogas y las adicciones. EDADES 2019/2020

El consumo problemático de cannabis, valorado mediante el Test de adicción al cannabis o *Cannabis Abuse Screening Test* (CAST) (229), se ha incrementado de forma importante (**Figura 34**). Estos datos indican una mayor generalización del consumo esporádico y un incremento de la frecuencia de consumo en los consumidores habituales, que a su vez se corresponde con un mayor consumo problemático.

Figura 34. Evolución de la prevalencia del consumo problemático de cannabis (puntuación escala CAST ≥ 4) entre los que han contestado la escala CAST del cuestionario EDADES y entre los que han consumido cannabis en los últimos 12 meses en la población de 15 a 64 años (%). España, 2013-2019/2020



Por último, es imprescindible indicar la elevación progresiva que se ha dado en los primeros tratamientos ambulatorios por consumo de cannabis como droga principal hasta el año 2014, con un posterior descenso, pero que aún se mantiene en cifras altas (230) (**Figura 35 y Tabla 23**).

El estudio de *López Sánchez et al.* (204) expone que el indicador, del *Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones* (OEDA), de admisiones a tratamiento ambulatorio en población menor de 19 años ha ido evolucionando de forma ascendente hasta el 2015, año con el mayor porcentaje de admisiones por esta sustancia (95,4%).

Figura 35. Número de admisiones a tratamiento por abuso o dependencia de cannabis. España, 1996-2018

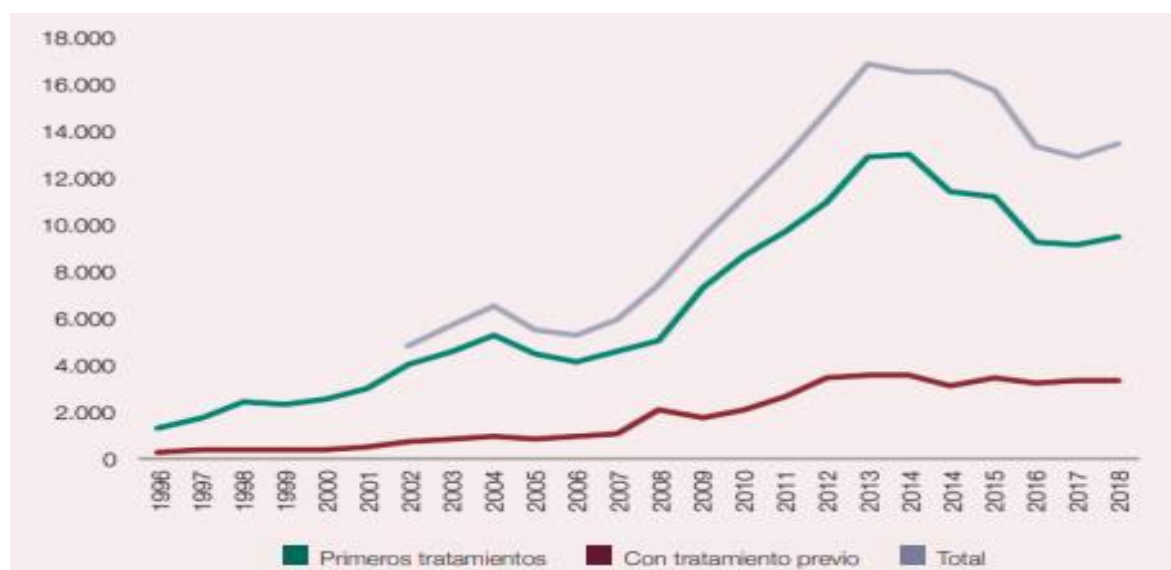


Tabla 23. Número de admisiones a tratamiento por abuso o dependencia de cannabis. España, 1996-2018

	Primeros tratamientos	Con tratamiento previo	Total		Primeros tratamientos	Con tratamiento previo	Total
1996	1.300	230	-	2008	5.058	2.055	7.419
1997	1.768	387	-	2009	7.273	1.705	9.503
1998	2.412	407	-	2010	8.639	2.101	11.192
1999	2.335	418	-	2011	9.736	2.603	12.873
2000	2.487	408	-	2012	10.982	3.402	14.869
2001	2.966	540	-	2013	12.912	3.585	16.914
2002	3.972	665	4.772	2014*	12.968	3.510	16.478
2003	4.613	871	5.711	2015	11.185	3.448	15.676
2004	5.319	928	6.500	2016	9.278	3.208	13.304
2005	4.426	844	5.524	2017	9.122	3.314	12.932
2006	4.125	941	5.304	2018	9.485	3.386	13.459
2007	4.619	1.114	5.936				

* Datos estimados para el conjunto nacional porque algunas CCAA no han recogido la variable tratamiento previo.

Nota: El sumatorio puede o no coincidir con el total debido a la existencia de casos con valores desconocidos en la variable tratamiento previo.

FUENTE: OEDA. Indicador Admisiones a tratamiento por consumo de sustancias psicoactivas.

El cannabis también tiene un peso importante en las urgencias relacionadas con el consumo de sustancias psicoactivas, especialmente entre la población más joven. Así en la población menor de 19 años ha ido aumentando desde el año 2015 hasta su máximo en el año 2019, en el que las urgencias por cannabis en esta población representaron el 79,6% (204), con más casos en mujeres (52%) que en hombres (48%).

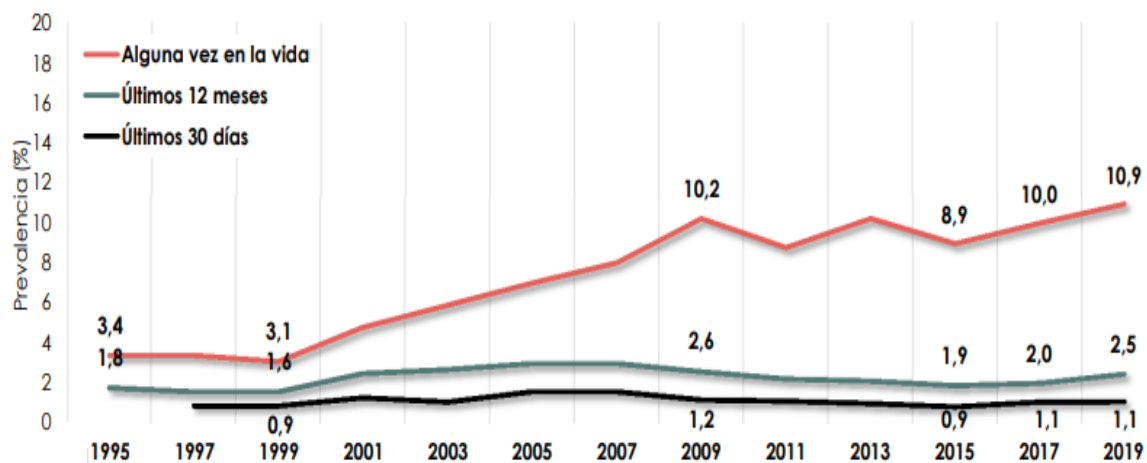
1.4.4.4.3. Otras drogas

El consumo del resto de las drogas ilegales pone en peligro la salud en general y la salud mental en particular de la población consumidora, más aún cuanto antes se produzca este consumo. Además, los mercados de las drogas ilícitas están vinculados con la violencia y otras formas de delincuencia que prolongan los conflictos, generando un costo social y económico muy alto y siendo para los países productores un obstáculo su desarrollo sostenible (167,201,231).

A nivel mundial, en el año 2019, se estimó que 20 millones de personas consumieron en el último año cocaína, lo que correspondía al 0,4 % de la población global de entre 15 y 64 años (231). La cocaína fue la droga estimulante ilegal más utilizada en la UE, ya que unos 2,6 millones de adultos jóvenes (de 15 a 34 años) la consumieron en el último año (estimación de 2017). Las últimas estimaciones indican que alrededor de 73.000 pacientes iniciaron un tratamiento especializado por problemas con la cocaína (232). La cocaína genera alteraciones sobre el sistema cardiovascular (hipertensión, arritmias, isquemia cardiaca, y accidentes cerebrovasculares), crisis convulsivas, hipertermia maligna, hepatitis tóxica y por supuesto alteraciones psiquiátricas y dependencia (233).

La evolución del consumo de **cocaína en polvo** (último año y mes) se mantienen estables y en porcentajes inferiores al 3%. Sin embargo, el consumo **alguna vez** en la vida se eleva ligeramente respecto a los datos del 2017 (**Figura 36**).

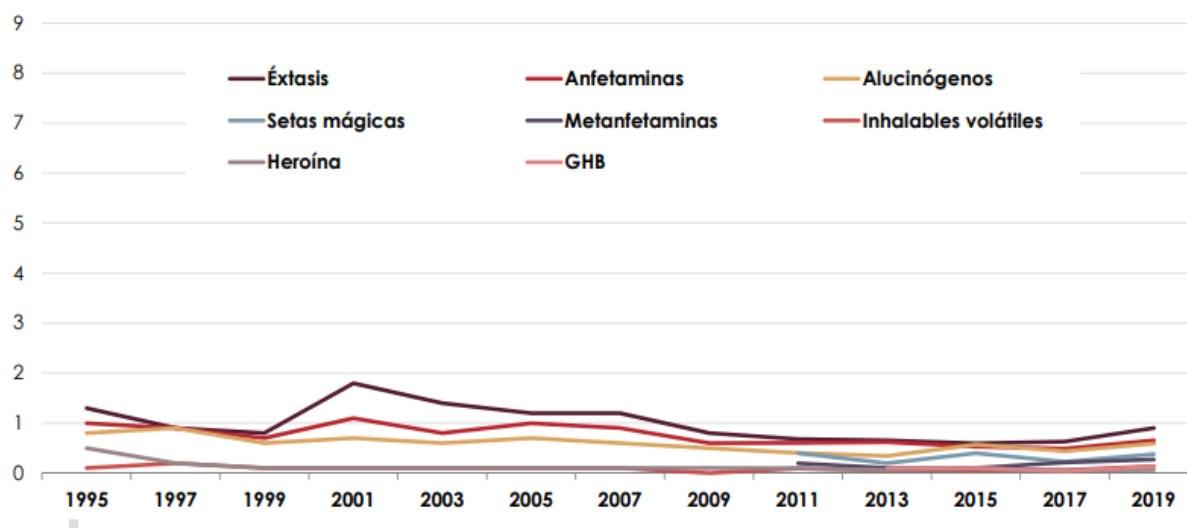
Figura 36. Evolución de la prevalencia de consumo de cocaína en polvo (%) en la población de 15-64 años. España, 1995-2019/2020



Fuente: Observatorio Español de las drogas y las adicciones. EDADES 2019/2020

Los consumos de otras drogas en los últimos a 12 meses permanecen estables en porcentajes muy bajos, inferiores al 1% (**Figura 37**). El consumo en los últimos 30 días, fue residual (inferior al 0,5%) y estable.

Figura 37. Evolución de los consumos de otras drogas en los últimos 12 meses



Fuente: Observatorio Español de las drogas y las adicciones. EDADES 2019/2020

Por tanto, las principales drogas consumidas por la población ente 15-24 años, que se han analizado en el presente estudio son: el alcohol, el cannabis y la cocaína. En todos los casos el consumo entre los hombres es superior al de las mujeres. Los consumos se mantienen respecto a la encuesta anterior bastante estables, salvo para las borracheras.

1.4.4.5. Consumo de drogas y conductas sexuales de riesgo

Los resultados de la revisión sugieren una relación entre el consumo de alcohol y las conductas sexuales de riesgo, especialmente cuando los consumos son en grandes cantidades o consumos en atracón (41,175,194,196). Esta relación también se encuentra con otras drogas estimulantes como la cocaína. Sin embargo, en el caso del cannabis la relación con las conductas sexuales de riesgo está menos estudiada (41,234).

Así mismo, es preciso destacar que en los últimos años en la población de hombres que tienen sexo con hombres (HSH: homosexuales, bisexuales y otros) se viene documentando la utilización de drogas, especialmente estimulantes, alucinógenos (metanfetamina, mefedrona y gamma hidroxibutirato o GHB) (235–237) con el objetivo de mejorar la experiencia sexual. En concreto mejorando la

estimulación y prolongando la duración de los encuentros sexuales, al aumentar la excitación, la resistencia y el placer (238), en lo que actualmente se denomina “*chemsex*” (239). Este tipo de conductas presentan riesgo específico de transmisión de ITS, ya que entre los riesgos descritos por los usuarios está la no utilización del preservativo (240–244), además del posible riesgo de adicción que pueden generar estas sustancias y de la posible potenciación de otros trastornos mentales concomitantes (245–247).

También se describen otros usos sexualizados de drogas con el objetivo de mejorar el rendimiento sexual o la intensidad del mismo (194,240,248) o simplemente como mecanismo de desinhibición que disminuye la percepción de riesgo y la capacidad de autocontrol, aumentando así las conductas sexuales de riesgo (249–251).

Diferentes estudios con universitarios han mostrado una importante presencia del consumo de drogas durante las relaciones sexuales. Así el estudio de Antón Ruiz y Espada 2009, en Alicante indica que el 50% de los jóvenes había combinado sexo y alcohol alguna vez y el 16,2% había mantenido alguna vez relaciones sexuales bajo los efectos del cannabis (194). Así mismo, en estudiantes de la Universidad de Santiago de Compostela también se encontraron prevalencias similares en relación con prácticas sexuales bajo la influencia del alcohol (40,9% en chicas y 53,0% en chicos), además el consumo de cannabis en las mujeres se asocia a la no utilización del preservativo (41), aunque no sucede lo mismo en varones. Incluso el consumo de alcohol y cannabis se ha asociado en mujeres con una mayor prevalencia de ser víctima de agresiones sexuales (193).

2. JUSTIFICACIÓN

La transición de la época de los estudios en el instituto a los estudios universitarios determina una serie de cambios en la vida de la población joven que potencia la aparición de conductas de riesgo. Por un lado, es un momento de mayor independencia, al alcanzarse la edad legal de mayoría de edad, de manera que conductas que antes no eran legales, como el consumo de alcohol, ahora sí lo son. Por otro lado, una parte del alumnado universitario sale de su domicilio familiar, lo que supone una importante ganancia en la independencia y en la libertad de su toma de decisiones.

Así mismo, el grupo de iguales cambia, se renueva o amplía, y con ello las experiencias también. Además, en este momento la personalidad termina de consolidarse, así como la definición de la propia identidad de cada persona. Por último, el primer año universitario también supone un estrés debido a los cambios y al nuevo sistema de aprendizaje y enseñanza que supone la universidad.

Dentro de las conductas de riesgo que pueden tener repercusiones importantes se encuentran las relaciones sexuales de riesgo y el consumo de drogas. De forma especial, resulta necesario incidir en el tema de las relaciones sexuales de riesgo debido al aumento de las ITS en nuestro país. Las intervenciones preventivas y de promoción de la salud desde la universidad, a pesar de que esta tiene un papel educativo importante con el alumnado, no son muy frecuentes. Además, estas actuaciones suelen estar poco estructuradas y no tener en cuenta los criterios de calidad de prevención.

El **Proyecto uniHcos** pretende profundizar en la información mediante un análisis longitudinal de los principales estilos de vida de la cohorte de estudiantes de primer año en diferentes universidades del estado español. Por tanto, permite realizar una aproximación a la situación de estas conductas de riesgo en este momento crítico de transición de cara a poder tener argumentos con los que potenciar actuaciones de calidad de promoción de la salud y prevención del consumo de drogas y de las conductas sexuales de riesgo, con el alumnado de primer año de universidad.

3. HIPÓTESIS

El momento de transición del primer año de universidad (18-19 años), así como el proceso de maduración de la propia identidad (incluyendo la sexual) constituye un momento crítico en el alumnado universitario. Esta situación condiciona la posible aparición de conductas de riesgo (sexuales y de consumo de drogas) que pueden influir sobre su desarrollo como personas, sobre su salud y su rendimiento académico.

Por otro lado, la orientación sexual del alumnado puede condicionar las prácticas sexuales y el consumo de drogas. En especial los grupos con relaciones sexuales no heteronormativas, que experimentan estrés debido a una limitada aceptación social, puede presentar más conductas de riesgo sexuales y de uso de drogas, como estrategias supuestamente adaptativas a dicho contexto social.

4. OBJETIVOS

4.1. Objetivos generales

Valorar las conductas sexuales en la población universitaria de primer curso de estudios y su relación con la orientación sexual y el consumo de drogas.

4.2. Objetivos específicos

- Describir las características sociodemográficas de la muestra.
- Describir los perfiles de orientación sexual del alumnado.
- Describir las principales conductas sexuales de los estudiantes universitarios.
- Valorar por sexo, la relación de conductas sexuales de riesgo y sus consecuencias: no utilización siempre del preservativo, utilización de la píldora postcoital, padecer una infección de transmisión sexual (ITS), con las principales variables sociodemográficas, orientación sexual y consumo de drogas.
- Describir los consumos de alcohol, cannabis y otras drogas ilegales, así como sus edades de inicio.
- Valorar el consumo de alcohol, cannabis y otras drogas ilegales por sexo y orientación sexual.
- Valorar la relación entre los comportamientos sexuales de riesgo y el consumo de riesgo de alcohol, el consumo de cannabis y el de otras drogas ilegales en los últimos 12 meses, todo ello en función del sexo y la orientación sexual.

5. MATERIAL Y MÉTODOS

5.1. Diseño y tipo de estudio

Estudio epidemiológico observacional, descriptivo y transversal basado en el **Proyecto uniHcos** (universitarios, Hábitos de Vida, cohorte de seguimiento) (252). El **Proyecto uniHcos** es un proyecto de investigación multicéntrico que pretende conocer cómo influyen los estilos de vida durante la etapa universitaria en la salud, a partir de una cohorte dinámica de estudiantes voluntarios de primer curso.

5.2. Ámbito y población

En el estudio multicéntrico han participado 11 universidades públicas españolas (Alicante, Cantabria, Castilla-La Mancha, Granada, Huelva, Jaén, León, Salamanca, Valencia, Valladolid y Vigo). El estudio está liderado por la Universidad de León. Los datos fueron recogidos durante 7 cursos académicos (desde 2011-2012 hasta 2017-2018). Las Universidades de Jaén, León y Vigo se incorporaron en el curso académico 2011-2021; Granada, Huelva y Salamanca en el 2012/2013; Alicante, Cantabria y Valladolid en el 2013/2014; Valencia en el 2014/2015 y Castilla-La Mancha lo hizo en el curso 2015/2016. Debe indicarse que las Universidades de Cantabria y de Jaén no pudieron recoger datos en los cursos académicos 2016/2017 y 2017/2018 debido a problemas administrativos relacionados con los requisitos de protección de datos de carácter personal. Este estudio ha continuado de manera dispar en las diferentes universidades hasta el presente curso académico 2024-2025, debido a problemas en el acceso a los contactos del alumnado.

5.3. Muestra (criterios de inclusión y exclusión).

Se ha trabajado con la base de datos del **Proyecto uniHcos** con las cohortes dinámicas del alumnado de primer curso y primera matrícula de cualquier titulación de grado de las universidades públicas participantes.

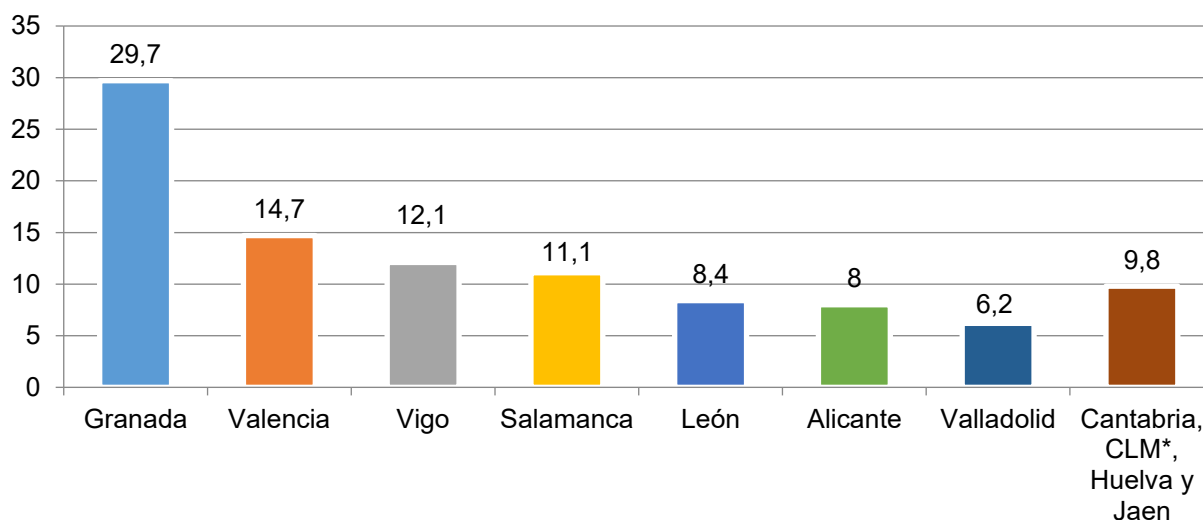
Se incluyó a todo el alumnado de nuevo ingreso a través de las pruebas de acceso a la universidad (selectividad/PAU/EBAU; Formación Profesional o pruebas de

acceso para mayores de 25 años), desde el curso escolar 2011-2012 hasta el 2017-2018.

Se excluyó el alumnado de segundas o siguientes matrículas del primer curso, el de segundo ciclo, máster y doctorado.

Del total de alumnado participante el 29,7% pertenecían a la Universidad de Granada, el 14,7% a la de Valencia, el 12,1% a la de Vigo, el 11,1% a la de Salamanca, el 8,4% a la de León, el 8,0% a la de Alicante, el 6,2% de Valladolid y el 9,8% restante a las Universidades de Cantabria, Castilla La Mancha, Huelva y Jaén (**Figura 38**).

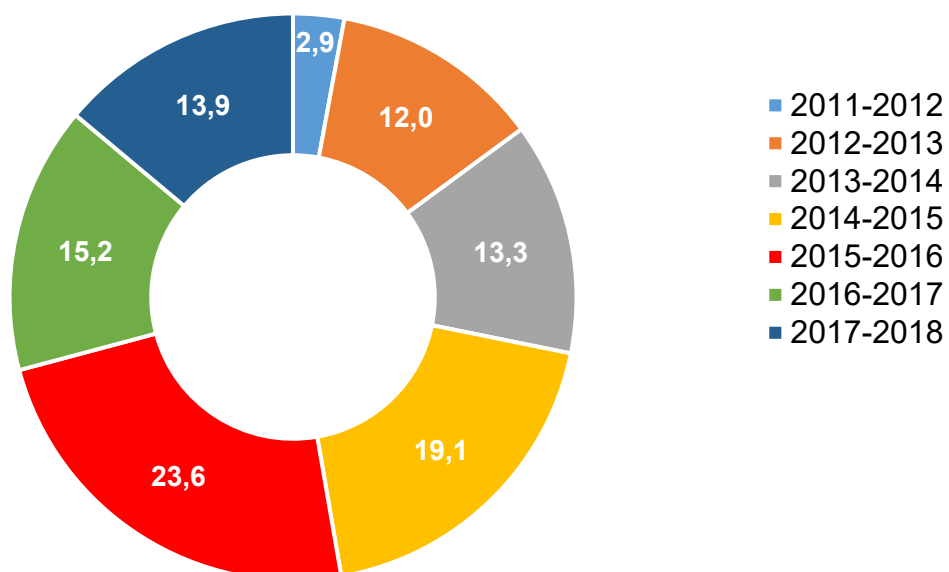
Figura 38. Porcentaje de participación de las diferentes universidades en la muestra de estudiantes



*CLM: Castilla-La Mancha

Respecto a la distribución de la muestra de alumnado participante según año académico (**Figura 39**), el mayor porcentaje se recogió en el curso 2015-2016 (23,6%), seguido del 2014-2015 (19,1%). Ambos cursos académicos fueron los que contaron con mayor número de universidades implicadas, 11 y 10 respectivamente (**Tabla 23**). El primer año del estudio fue el que tuvo menos alumnado debido a que el número de universidades participantes fue menor, sólo: León, Jaén y Vigo.

Figura 39: Distribución de porcentaje de la muestra por curso académico



5.4. Recogida de datos

La invitación para participar en el estudio se envió al alumnado que cumplía los criterios de inclusión, mediante su correo electrónico institucional, obtenido a través de la secretaría de cada universidad. Se realizaron varios envíos para mejorar la participación. El mensaje incluye los objetivos del estudio, y un consentimiento informado (**Anexo 1**) que debe ser cumplimentado para poder participar. Con el objetivo de mejorar la difusión del proyecto y promover la participación en el mismo, se difundió el cuestionario desde los perfiles específicos en *Facebook* (<https://www.facebook.com/Proyecto-uniHcos-187472184628598/?fref=ts>) y *Twitter* actual X (<https://twitter.com/unihcos>), así como en la web (www.unihcos.com) y el blog (<https://unihcos.blogspot.com/>) específicos.

La recogida de datos se llevó a cabo desde septiembre de 2011 hasta agosto de 2018, mediante un cuestionario ad-hoc autoadministrado on-line, con 381 ítems hasta 2021. El tiempo estimado de respuesta se situó entre 30 y 45 minutos.

En el año 2022 el cuestionario se redujo a 315 ítems. Esta reducción fue debida a la eliminación de preguntas que generaban problemas, a la agrupación de los ítems de las universidades, campus y estudios y agrupación de otros ítems con el objetivo de mejorar el funcionamiento del cuestionario, tal y como expertos en

psicometría del *King's College* de Londres propusieron a una de las investigadoras del proyecto en la Universidad de León.

Las preguntas utilizadas en el presente estudio no se han modificado en las diferentes versiones, hasta el cuestionario en 2022, lo que no implica a los datos analizados.

La participación del alumnado fue completamente voluntaria y las personas participantes no recibieron ninguna compensación por su colaboración en el estudio.

El cuestionario se creó a través de la plataforma SphinxOnline®, que garantiza el anonimato de los participantes al separar los datos identificativos (nombre, apellidos, correo electrónico y teléfono de contacto) de las respuestas de los diferentes temas explorados en dos archivos independientes. De esta forma el sistema permite cumplir con la normativa vigente sobre protección de datos de carácter personal, con los niveles de seguridad correspondientes a estos datos sensibles.

El programa asigna un código aleatorio a cada participante, lo que facilita el reenvío de recordatorios al alumnado que no haya rellenado la encuesta o que lo haya hecho de forma parcial y así evitar pérdida de información.

Para el cálculo de las tasas de participación se solicitó a las universidades datos del alumnado matriculado en el primer curso de los diferentes grados, pero no todas las universidades los consiguieron en todas las oleadas (o cursos académicos), por lo que el cálculo se realizó con los datos disponibles (**Tabla 24**).

Tabla 24. Población diana: alumnado de 1^{er} curso de las universidades participantes

UNIVERSIDAD	2011-2012	2012-2013	2013-2014	2014-2015	2015-2016	2016-2017	2017-2018
Cantabria			2.138	2.097			
Granada		10.426	9.874	7.983	10.498	10.746	10.420
Huelva		2.793	2.511	2.171	2.234	2.424	2.342
Jaén	3.174	3.419	3.816	3.153			
León	3.684	4.353	3.496	3.041	2.727	2.721	2.173
Salamanca		5.161	4.848	3.901	4.602	4.937	4.823
Vigo	3.359	2.892	3.400	4.428	3.384	6.501	3.325
Alicante			4.898	5.077	4.695		4.853
Valladolid			4.294	4.033	3.933	3.925	3.929
Castilla-La Mancha							
Valencia				10.564	10.555		10.744
Total	10.217	29.044	39.275	46.448	42.628	31.254	42.609
Nº universidades participantes	3	6	9	10	11	6	8

Las **celdas grises** son universidades que en ese curso académico no han podido colaborar por no haberse adherido aún al proyecto o motivos burocráticos, principalmente. Las **celdas naranjas** son aquellas universidades que mandan desde el vicerrectorado la invitación, por lo que no se disponen de los datos salvo en la Universidad de Granada, donde se realizó una estimación.

5.5. Variables de estudio

Las variables estaban estructuradas en 19 secciones que abordan tres grandes bloques: características sociodemográficas, datos académicos y datos sobre hábitos de vida. En el presente estudio se han utilizado sólo una parte de los hábitos o estilos de vida explorados. Las variables utilizadas han sido las siguientes: las que valoraban conductas sexuales (13 variables), consumo de alcohol (9 más 12 del cuestionario AUDIT) y consumo de otras drogas (6 variables).

La creación de las preguntas del cuestionario original se realizó a partir de diferentes estudios o encuestas validadas o que forman parte de los sistemas de información institucionales (**Tabla 25**).

Tabla 25. Secciones del cuestionario inicial de uniHcos y las fuentes originales de las que proceden los ítems (252)

1 Características Demográficas	Formulario <i>ad hoc</i>
2 Características Académicas	
3 Características Físicas	Encuesta Nacional de Salud. 2006 ¹²
4 Estado de Salud	
5 Uso de Servicios Sanitarios	
6 Accidentes y limitaciones de la vida diaria	
7 Riesgo de lesión por accidentes de tráfico	Encuesta sobre accidentes de tráfico en universitarios. Universidad de Granada ⁴⁰
8 Consumo de medicamentos	Encuesta Nacional de Salud. 2006 ¹²
9 Integración Social	
10 Bienestar y Estrés Laboral	
11 Función Familiar	
12 Actividad Física	International Physical Activity Questionnaire (IPAQ). Versión corta ⁴¹
13 Descanso	Encuesta Nacional de Salud. 2006 ¹²
14 Hábitos Sexuales	Encuesta de hábitos sexuales del INE ⁴²
15 Alimentación y Hábitos alimentarios	Encuesta Nacional de Salud. 2006 ¹² Test SCOFF ⁴³
16 Uso de Internet	Test de Adicción a Internet. Kimberly Young ²²
17 Hábito Tabáquico	Encuesta Nacional de Salud. 2006 ¹² Test de Fagerström ⁴³ Test de Richmond ⁴⁵
18 Consumo de Alcohol	Encuesta Domiciliaria sobre Alcohol y Drogas en España (EDADES), 2009 ⁴⁶
19 Uso de otras drogas	

5.5.1. Variables originales

Los ítems del cuestionario (**Anexo 2**) utilizados en el presente estudio determinan las **variables originales** que se han explotado y se indican a continuación.

5.5.1.1. Variables Sociodemográficas y académicas

Estas variables, se indican en la **Tabla 26**. Las titulaciones se han obtenido de fuentes oficiales.

Tabla 25. Variables sociodemográficas del cuestionario

VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS	
Variable	Valores posibles
Sexo	hombre y mujer
Edad	variable continua (años)
Estado Civil	casado/a; divorciado/a; pareja de hecho; separado/a; soltero/a; viudo/a
Ocupación	solo estudio; estudio y busco trabajo; estudio y trabajo
VARIABLES ACADÉMICAS	
Titulación universitaria	se especifica el grado oficial que están estudiando
Universidad	Alicante; Cantabria; Castilla-La Mancha; Granada; Huelva; Jaén; León; Salamanca; Valencia; Valladolid y Vigo
Domicilio familiar respecto al lugar de estudio	misma localidad; misma provincia; misma comunidad autónoma; otra comunidad autónoma u otro país
Alojamiento en el lugar de estudio	domicilio familiar; colegio mayor; residencia universitaria, piso de alquiler, domicilio propio y otros

5.5.1.2. Variables de salud sexual

Los ítems que valoran las conductas sexuales se han obtenido de *la Encuesta de hábitos sexuales del INE (ESHS) de 2003*, cuyo objetivo fue recoger información sobre comportamientos relevantes para la transmisión de la infección por VIH y otras enfermedades de transmisión sexual, entre la población de 18 y 49 años residente en España (76).

Es esta encuesta se definieron como **Relaciones Sexuales (RS)** para los hombres y las mujeres aquellas con penetración vaginal, anal u oral del pene, con o sin orgasmo y para las mujeres se definieron **Prácticas Sexuales (PS)** como aquellas en las que, no habiendo penetración vaginal, anal u otra del pene, haya habido contacto genital u orogenital. En mujeres, la recogida de los datos referentes al último año se realiza de forma conjunta para RS y PS, mientras que en hombres sólo se registran las RS. El enfoque de preguntar conjuntamente por las RS y PS en las mujeres se realiza para incluir una gama más amplia de actividades sexuales y captar la mayor diversidad posible de las experiencias sexuales femeninas implicadas en la transmisión del VIH.

A continuación, en sus correspondientes tablas se estructuran las variables de esta área, en función de cómo se han realizado las preguntas.

Tabla 27. Variables sobre salud sexual preguntadas en hombres y mujeres

VARIABLE	SUBCATEGORÍA	VALORES POSIBLES
Orientación sexual	-	Heterosexual; Bisexual; Homosexual; Otra; Desconocida
Frecuencia de uso del preservativo en las relaciones sexuales	con <i>pareja estable</i>	No procede, No se ha planteado esta situación; Nunca; Alguna vez; Casi siempre; Siempre
	con <i>pareja esporádica</i>	No procede, No se ha planteado esta situación; Nunca; Alguna vez; Casi siempre; Siempre
ITS (Infecciones de transmisión sexual)	<i>ITS padecidas alguna vez</i>	Infección por clamidia; Tricomonas; Micosis u hongos; Ladillas o pediculosis genital; Gonorrea; Sífilis; Herpes genital; Hepatitis B; VIH; Úlceras genitales o condiloma; Uretritis no específica; Otras ITS
	<i>Tiempo desde la última ITS</i>	Últimos 12 meses; Más de 1 año, pero menos de 5; 5 años o más

Tabla 28. Variables sobre salud sexual preguntadas de forma independiente en hombres y en mujeres

HOMBRES		MUJERES	
Variables	Valores posibles	Variables	Valores posibles
Relaciones sexuales (RS) alguna vez en tu vida	Sí/No	Relaciones sexuales (RS) alguna vez en tu vida	Sí/No
--	--	Prácticas sexuales (PS) alguna vez en la vida	Sí/No
Con quién ha mantenido relaciones sexuales a lo largo de la vida	Sólo con mujeres; Más a menudo con mujeres, pero al menos en una ocasión con un hombre; Igual con hombres que con mujeres; Más a menudo con hombres, pero al menos en una ocasión también con una mujer; sólo con hombres.	Con quién ha mantenido relaciones sexuales a lo largo de la vida	Sólo con hombres; Más a menudo con hombres, pero al menos en una ocasión con una mujer; Igual con hombres que con mujeres; Más a menudo con mujeres, pero al menos en una ocasión también con un hombre; sólo con mujeres.
Edad a la que mantuvo la primera relación sexual	Variable continua numérica en años	Edad a la que mantuvo la primera relación sexual o práctica sexual	Variable continua numérica en años
Frecuencia de relaciones sexuales	Diariamente; Cada 2 o 3 días; Una vez a la semana;	Frecuencia de relaciones sexuales	Diariamente; Cada 2 o 3 días; Una vez a la semana;

en los últimos 12 meses	Una vez cada 2 o 3 semanas; Una vez al mes; Menos de una vez al mes	o prácticas sexuales en los últimos 12 meses	Una vez cada 2 o 3 semanas; Una vez al mes; Menos de una vez al mes
Número de personas con relaciones sexuales en los últimos 12 meses	Variable continua numérica	Número de personas con relaciones sexuales o prácticas sexuales en los últimos 12 meses	Variable continua numérica
Utilización de la píldora del día después en los últimos 12 meses por parte de la pareja	Sí, varias veces; Sí, una vez; No	Utilización de la píldora del día después en los últimos 12 meses	Sí, varias veces; Sí, una vez; No
--	--	Tipo de anticoncepción utilizada en los últimos 12 meses	Píldora o parche; Preservativo femenino; Diafragma; Píldora del día siguiente; Otros

5.5.1.3. Variables relativas al consumo de alcohol y drogas ilegales

Las variables incorporadas en el cuestionario se basan en las utilizadas en las encuestas EDADES, encuesta sobre drogas a población general de 14-65 años y ESTUDES, encuesta sobre drogas al alumnado de 14 a 18 años de educación secundaria, formación profesional básica, ciclos formativos de grado medio y bachillerato. Los cuestionarios de estas encuestas están disponibles en el siguiente enlace del Observatorio Español sobre drogas y adicciones: <https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/sistemaInformacion/encuestas.htm>.

Las frecuencias de consumo se miden a través de indicadores que se utilizan a nivel mundial. A continuación, en las siguientes tablas se indican las variables utilizadas para las diferentes sustancias psicoactivas que se han incluido en el estudio. Es importante aclarar que, entre estas sustancias psicoactivas, no se ha incluido el tabaco, ya que sus efectos no generan alteración de la conciencia y por tanto no están relacionados directamente con las conductas sexuales, como ocurre con el resto de las sustancias. Tampoco se han analizado los hipnosedantes, ya que tan sólo se aborda la utilización sin receta en la primera pregunta del cuestionario del **Proyecto unichos**, pero en las siguientes no se indica si son o no sin receta, por lo que no es posible analizar su consumo de forma no pautada.

Tabla 29. Variables relacionadas con el consumo de alcohol

VARIABLE	VALORES POSIBLES
Edad de inicio de consumo	Variable cuantitativa continua medida en años
Consumo de alcohol alguna vez en la vida	Sí; nunca
Consumo en los últimos 12 meses	Días de consumo una o más bebidas alcohólicas Días de borrachera
Consumo en los últimos 30 días	Días de consumo una o más bebidas alcohólicas
Número de días con consumo en la misma ocasión	de 4 o más bebidas alcohólicas (una lata o botella de cerveza, o un vaso de vino, champán, jerez, o una copa de licor o un combinado) de 5 o más bebidas alcohólicas (una lata o botella de cerveza, o un vaso de vino, champán, jerez, o una copa de licor o un combinado)
Cuestionario AUDIT de valoración del consumo de riesgo de alcohol	Herramienta validada por el OMS (Anexo 3)
Lugares de consumo	en fiestas universitarias; residencia universitaria; bar/restaurante; donde vivo; en el coche; fiestas privadas; otros
Problemas relacionados con el consumo de sustancias psicoactivas en los últimos 12 meses*	mantener relaciones sexuales de riesgo sin protección; haber sufrido abuso sexual; aprovecharse de alguien sexualmente

*La explotación de esta variable se realizó con el subgrupo de alumnado que refirió consumir alcohol u otras drogas en últimos 12 meses y presentar estas las conductas sexuales de riesgo.

Tabla 30. Variables relacionadas con el consumo de cannabis y otras drogas ilegales (Cocaína (en base o en polvo); éxtasis o drogas de diseño; GHB o éxtasis líquido; Speed o anfetaminas; alucinógenos; Heroína inhalables volátiles)

VARIABLE	VALORES POSIBLES
Edad de inicio de consumo	Variable cuantitativa continua medida en años
Consumo de alcohol alguna vez en la vida	Sí/No
Consumo en los últimos 12 meses	Entre 1-3 días; Entre 4-9 días; Entre 10- 19 días; Entre 20-29 días; entre 30-150 días; Más de 150 días. No he consumido durante los últimos 12 meses. Nunca he consumido
Consumo en los últimos 30 días	Entre 1-3 días; Entre 4-9 días; Entre 10- 19 días; Entre 20-29 días; 30 días; No he consumido durante los últimos 30 días. Nunca he consumido.
Lugares de consumo	En fiestas universitarias; Residencia universitaria; Bar/restaurante; Donde vivo; En el coche; Fiestas privadas; Otros
Problemas relacionados con el consumo de sustancias psicoactivas en los últimos 12 meses*	Mantener relaciones sexuales de riesgo sin protección; Haber sufrido abuso sexual; Aprovecharse de alguien sexualmente

5.5.2. Variables recodificadas o nuevas

Partiendo de estas variables, a continuación, se indican las diferentes recodificaciones, creación de nuevas variables secundarias y los valores específicos analizados:

5.5.2.1. Variables sociodemográficas

- **Variable edad:** se recodificó la variable en dos categorías: <21 y ≥21. Para seleccionar los valores considerados como válidos se aceptó como valores válidos con un límite inferior de 17 y uno superior de 63 años.
- **Estado civil:** para la regresión logística se creó una nueva variable agrupando las respuestas en dos: casado o con pareja de hecho y las demás.
- **Ocupación:** para la regresión logística se creó una nueva variable agrupando las respuestas en dos: por un lado, estudia y por otro lado las otras dos opciones (estudia y busca trabajo y estudia y trabaja).
- **Titulación académica:** se recodificó en las siguientes categorías: artes y humanidades; ciencias; ciencias de la salud; ciencias sociales y jurídicas e ingenierías y arquitectura. Esta agrupación se realiza en función de la categorización que realiza el Ministerio de Educación y Formación Profesional en el *Registro de Universidades, Centros y Titulaciones*, a través de las ramas de enseñanza, según los datos disponibles a fecha de enero de 2019.
 - **Titulación sanitaria:** se creó una nueva variable dicotómica, para la regresión logística, agrupando por un lado las titulaciones sanitarias y por otro las demás.
- **Alojamiento en el lugar de estudio:** recodificada en 3 categorías: domicilio familiar; colegio mayor/residencia universitaria y piso de alquiler/domicilio propio y otros.
 - **Alojamiento fuera del domicilio familiar:** se creó una nueva variable dicotómica, para la regresión logística, por un lado, quienes vivían en el domicilio familiar y por otro lado agrupando todas las respuestas de residencia fuera del domicilio familiar.

5.5.2.2. Variables sobre hábitos sexuales

- Se crearon las siguientes variables nuevas conjuntas:
 - **Relaciones sexuales (RS) y/o prácticas sexuales (PS) alguna vez en la vida** para mujeres: uniendo ambas variables, ya que en el periodo de tiempo de los últimos 12 meses se pregunta de forma unificada. Se considera como “Sí” aquellos casos en mujeres que dicen que sí a las relaciones sexuales y/o a las prácticas sexuales: Relaciones sexuales y/o prácticas sexuales alguna vez en tu vida (Mujeres): Sí/No.
 - **Relaciones sexuales (RS) prácticas sexuales (PS) en los últimos 12 meses**, teniendo en cuenta para las mujeres aquel grupo que ha declarado tener una relación sexual (RS), con el objetivo de disminuir la heterogeneidad de medida de las variables RS/PS en mujeres. Esta variable permite calcular la población que ha tenido RS/PS en los últimos 12 meses que es la población sobre la que se han calculado el resto de las conductas sexuales valoradas: Sí/No.
 - **Relaciones sexuales sin protección (RSSP)**: definiéndolas como aquellas en las que no se utiliza siempre el preservativo con independencia de que sean con pareja estable o esporádica, en el alumnado que ha referido tener alguna relación sexual (RS) en su vida: Sí/No. El valor “No” incluye las opciones nunca, alguna vez y casi siempre.
 - **Conductas sexuales de riesgo o sus consecuencias (CSR) en el último año**: se definen como la no utilización del preservativo con pareja esporádica o estable y haber padecido alguna ITS en el último año o la utilización de la píldora postcoital en el último año
- Se crean nuevas variables unificando hombres y mujeres para agrupar las preguntas sobre relaciones sexuales en ambos sexos; ya que el cuestionario las identificaba por separado en hombres y en mujeres:
 - **Edad de inicio de las relaciones sexuales (RS) y prácticas sexuales (PS)**: para calcular las medias de las edades de inicio de las relaciones sexuales/prácticas sexuales en hombres y en mujeres se consideraron como válidos los valores superiores a 6 años e inferiores a 63, que fue

la edad superior referida por las personas participantes. Por lo que se recodificaron las variables y se creó una única.

- ***Edad precoz de relaciones sexuales (RS):*** la variable anterior se codifica en dos categorías, menores de 15 años y de 15 o más años. Dado que la literatura identifica como precoces las relaciones sexuales con penetración antes de los 15 años. Sí/No.
 - ***Relaciones sexuales (RS) para los hombres y relaciones sexuales/prácticas sexuales (PR) para las mujeres en los últimos 12 meses.*** Sí/No.
 - ***Con qué frecuencia ha mantenido en el último año relaciones sexuales en hombres y relaciones sexuales/prácticas sexuales en mujeres.***
 - ***Número de personas con las que habían mantenido RS alguna vez en la vida.*** Se descartaron los valores inferiores a 1 y superiores 600.
 - ***Número de personas RS/PS último año:*** a partir de las preguntas *¿Con cuántas personas ha mantenido en el último año relaciones sexuales?* en hombres y *¿Con cuántas personas ha mantenido en el último año relaciones sexuales/prácticas sexuales?* en mujeres. Se descartaron los valores inferiores a 1 y superiores 600.
 - ***Número de parejas sexuales de riesgo en el último año:*** se crea esta variable a través de la anterior y se pone el corte en 3 o más en el último año. Algunos estudios (72,73) valoran el riesgo en más de 2 parejas en 6 meses, o incluso 2 o más parejas (87).
 - ***Número de RS/PS último año:*** a partir de la pregunta “*¿Con qué frecuencia has mantenido RS/PS en el último año?*”
 - ***Número de RS/PS de mayor riesgo en el último año:*** se crea esta nueva variable a partir de la anterior, poniendo el corte en más de 1 día a la semana, en función del Percentil 75 que se obtuvo.
 - ***Utilización de la píldora del día siguiente en los últimos 12 meses.***
- Se recodifican las siguientes variables:
- ***Con quién ha mantenido relaciones sexuales a lo largo de la vida:***
Se recodifica para cotejar el grado de concordancia con la orientación

sexual definida en la primera pregunta del cuestionario, de la siguiente manera:

- Heterosexuales: sólo con distinto sexo; más a menudo con distinto sexo, pero al menos en una ocasión con el mismo sexo;
 - Bisexuales: igual con un sexo que con otro.
 - Homosexuales: más a menudo con el mismo sexo, pero al menos en una ocasión también con el otro sexo; sólo con el mismo sexo.
- ***Con qué frecuencia ha mantenido en el último año relaciones sexuales en hombres y relaciones sexuales/prácticas sexuales en mujeres:*** se calcula la variable relaciones sexuales RS/PS en los últimos 12 meses con los casos que refieren haber tenido alguna RS/PS: Sí/No.
 - ***Frecuencia de uso del preservativo en las relaciones sexuales:*** se ha unificado en una variable, con independencia de si es con pareja estable o con esporádica, utilizando el valor de uso menos frecuente como el válido: nunca, alguna vez, casi siempre y siempre.
 - ***Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) padecidas alguna vez:*** se calcula sobre la población que ha tenido relaciones sexuales alguna vez y se recodifica de forma dicotómica: Sí/No.
 - ***ITS entre quienes han tenido relaciones sexuales /prácticas sexuales (RS/PS) en los últimos 12 meses:*** se crea una nueva variable teniendo en cuenta sólo quienes han tenido relaciones sexuales y/o prácticas sexuales en los últimos 12 meses: Sí /No. Ya que en muchos estudios se utiliza este indicador.

5.5.2.3. Variables sobre consumo de drogas

- ***Edad de inicio de consumo de alcohol; cannabis y otras drogas ilegales en años.*** Se consideraron valores válidos los superiores a 8 años, ya que según la encuesta escolar ESTUDES, que es la que mejor mide esa edad de inicio al minimizar el sesgo de memoria, una edad de inicio por debajo de los 8 años es muy poco probable. Como límite

superior de los valores válidos se consideraron los 42 años, ya que el resto de valores superaban la edad declarada en la variable edad.

- **Consumo de drogas ilegales sin cannabis:** se crea esta variable para agrupar las drogas ilegales de baja frecuencia de consumo y se incluye en los análisis de los diferentes tipos de consumo.
- **Consumo (alcohol, cannabis y otras drogas ilegales) alguna vez, en los últimos 12 meses y en los últimos 30 días:** se recodificaron como Sí/No. En el caso del alcohol también se recodifica como Sí/No las borracheras. Los valores perdidos se codificaron como no consumo.
- **Lugares de consumo:** esta variable es de respuesta múltiple. Los porcentajes se calculan sobre las respuestas totales.
- **Consumo de alcohol en atracón o consumo concentrado de alcohol o “binge drinking” (BD):** se definió como el consumo en una ocasión (en un intervalo de dos o menos horas) de 4 consumiciones para chicas y 5 para chicos, utilizando los criterios de la encuesta EDADES del Observatorio Español para las drogas y las adicciones (130).
- **Consumo de riesgo según el cuestionario AUDIT:** criterios de interpretación o más 7 para mujeres y 8 o más para varones) (125).
- **Conductas sexuales de riesgo vinculadas al consumo de drogas CSRVCD:** se crea a partir de la pregunta sobre *problemas relacionados con el consumo de drogas en los últimos 12 meses*, seleccionado los siguientes: sexo sin protección, sufrir abuso sexual y aprovecharse sexualmente de alguien. Se realizó el análisis por un lado en consumidores de alcohol en los últimos 12 meses y por otro lado de cannabis y otras drogas ilegales, ya que la pregunta hace referencia a ese periodo de tiempo. La asociación entre conductas sexuales de riesgo (CSR) y consumo de alcohol de mayor intensidad (Borracheras y BD) se examinó comparando quienes habían tenido o no estos consumos.

5.6. Análisis de datos

Los datos se volcaron, recodificaron y analizaron en el programa IBM SPSS Statistics 24. No se incluyeron en el análisis los valores extremos y no válidos en función de las variables, recodificándose estos como desconocidos. El resto de las recodificaciones y los valores válidos se han incluido en la descripción de las correspondientes variables.

El análisis se ha realizado para cada variable teniendo en cuenta el sexo/género, aunque en el texto aparezca el término “sexo” (253–255). Según la OMS, el “sexo” hace referencia a las características biológicas y fisiológicas que definen a hombres y mujeres y el término “género” se refiere a los roles, conductas, actividades y atributos construidos socialmente que una cultura determinada considera apropiados para hombres y mujeres. En el caso de las conductas de riesgo que se han analizado en el presente estudio tanto sexo como género las condicionan. Por último, en todos los análisis se ha tenido en cuenta la orientación sexual como una variable fundamental.

Se analizaron descriptivamente las variables cuantitativas calculando media y desviación estándar, y las variables categóricas mediante la distribución de frecuencias. Se ha utilizado test de Kolmogorov-Smirnov para la comprobación de normalidad.

Para la comparación de variables cuantitativas se utilizó la prueba *t de Student* para muestras independientes para la comparación de dos grupos y el ANOVA de un factor cuando el número de grupos a comparar era mayor, con pruebas post hoc Bonferroni para igualdad de varianzas y T2 de Tamhane si las varianzas no eran iguales. Las variables cualitativas se compararon mediante la prueba de *Chi cuadrado*; si el número de celdas con valores esperados menores de 5 fue mayor del 20%, se utilizó el test exacto de Fisher, o bien el test Razón de verosimilitud para variables con más de dos categorías. Se ha establecido la significación estadística en el valor de $p < 0,05$.

Para el análisis de los factores asociados a las variables de **conductas sexuales de riesgo** o sus consecuencias, en la población con relaciones sexuales/prácticas sexuales alguna vez en la vida (relaciones sexuales sin protección alguna vez, haber tenido una infección de transmisión sexual alguna vez y la utilización de la píldora del día después en los últimos 12 meses), se han llevado a cabo varios modelos de regresión logística binaria y multivariante para las siguientes variables dependientes:

- edad (<21; ≥21 años);
- estado civil (casado/pareja de hecho; otros)
- ocupación (estudia/trabaja),
- residencia (vivir fuera de casa/en casa),
- titulación sanitaria (sí/no),
- orientación sexual (heterosexual, homosexual, bisexual),
- edad de inicio precoz de las relaciones sexuales (antes 15 años),
- frecuencia de relaciones sexuales de riesgo (>1/semana),
- número de parejas sexuales de riesgo en el último año (≥3),
- edad de inicio precoz del consumo de alcohol (antes 15 años),
- consumo de alcohol últimos 30 días, “*binge drinking*”,
- borracheras 12 meses,
- consumo problemático (AUDIT),
- edad de inicio precoz del consumo de cannabis (antes 15 años),
- consumo de cannabis últimos 30 días,
- edad de inicio precoz del consumo de otras drogas ilegales (antes 15 años),
- consumo de otras drogas últimos 30 días.

Se ha realizado un análisis de regresión logística para hombres y otro para mujeres dadas las diferencias que el género determina en las variables analizadas. Para la selección de las variables incluidas en el modelo de regresión logística multivariante se ha utilizado los métodos hacia adelante y hacia atrás (razón de verosimilitud), desechando las variables introducidas en el modelo que no fueron significativas y que no produjeron variaciones significativas en el resto de odds ratios.

5.7. Aspectos éticos

El *Proyecto uniHcos* cuenta con la aprobación del comité de ética de la Universidad de León (ETICA-ULE-031-2020) y cumple la *Ley Orgánica de Protección de Datos de Carácter Personal* y sus posteriores modificaciones (256), mediante la integración del fichero de datos de carácter personal en la Agencia de Protección de Datos.

Previo al inicio del cuestionario todo el alumnado recibió información escrita sobre los objetivos, finalidad y financiación del proyecto; así, como del carácter voluntario, anónimo y confidencial de los datos. También se informó de la posibilidad de no seguir colaborando voluntariamente y de la posibilidad de rectificación o cancelación de sus datos personales en cualquier momento.

Además, el alumnado firma un consentimiento informado antes de participar en el estudio (**Anexo 1**). En el caso de que algún universitario decida dejar de participar en el proyecto, sus datos serán eliminados de manera que no se puedan utilizar en ningún análisis posterior.

5.8. Financiación

El **Proyecto unicHos** ha sido financiado por el *Plan Nacional sobre Drogas* del *Ministerio de Salud, Servicios Sociales e Igualdad* en las siguientes convocatorias: 2010, 2013 y 2020; con los Códigos de proyectos: 2010|145; 2013|034 y 2020|030.

Además, ha sido financiado por el *Instituto de Salud Carlos III* a través de la convocatoria del FIS (Fondo de Investigación Sanitaria) del año 2016, con el código de Proyecto PI16| 01947.

El resto de los años (2011, 2012, 2014, 2015, 2017-2019, 2021-2023) el proyecto se ha llevado a cabo con los recursos propios de las universidades participantes.

En el presente curso académico 2024-2025 el proyecto continúa activo y ha conseguido financiación en la convocatoria del Plan Nacional sobre Drogas del Ministerio de Sanidad para proyectos de investigación del año 2024 con el código de proyecto 2024|080.

6. RESULTADOS

6.1. Variables sociodemográficas y académicas

Participaron en el proyecto un total de 9.862 personas (7.125 mujeres y 2.737 hombres). La tasa de participación, calculada con los datos que las diferentes universidades pudieron conseguir en las distintas oleadas, osciló entre el 3% y el 4% de población diana.

Las características demográficas principales se indican en la **Tabla 31**. En cuanto a la distribución por sexos el 72,2% del alumnado participante fueron mujeres. Respecto a la edad de los participantes, la media fue de 20,1 años (DS=4,5), con un rango de 17 a 63 años. En hombres la edad media fue de 20,5 años (DS=5,1) y en mujeres 19,9 años (DS=4,3), existiendo diferencias significativas entre ambos grupos. El 76,8% tenía menos de 21 años.

A cerca del estado civil, la mayor parte de los estudiantes estaban solteros (90,8%), sin detectarse diferencias significativas entre hombre y mujeres.

En relación con su situación laboral, la más frecuente fue la de solo estudian (66,3%), seguida de estudian y buscan trabajo (23,1%). El porcentaje de hombres que trabaja, ya sea a tiempo completo o parcial, y estudia simultáneamente, fue siendo significativamente superior al de mujeres.

Respecto a la titulación, como se ha indicado previamente, se realizaron algunos ajustes en la reasignación de los títulos de manera que el mayor porcentaje de alumnado pertenece a las titulaciones de ciencias jurídicas y sociales, representando el 36,6% y siendo significativamente mayor este porcentaje entre las mujeres. Le siguió con un 31% de representación la rama de ciencias de la salud, con diferencias significativas a favor de las mujeres. Las carreras en las que el porcentaje de hombres fue superior eran las de ingeniería y arquitectura y las de ciencias.

En cuanto a la vivienda, el 45,5% residía en el domicilio familiar, el 43,4% en piso de alquiler/domicilio propio/otros. Las mujeres vivían de forma más independiente que los hombres, en piso de alquiler o propio (44,3%). Los hombres convivían más con sus familias (48,6%). El análisis sobre el lugar de alojamiento en dos categorías: domicilio familiar y fuera de él, debido a la influencia de esta

circunstancia en el comportamiento del alumnado, mostró que la mayor parte (54,5%) vivía fuera del domicilio familiar, y que las mujeres vivían con más frecuencia fuera (55,7%) que los hombres (51,4%) ($p < 0,001$).

Tabla 31. Características de la muestra

Variable	Categoría	Hombre n	Hombre %	Mujer n	Mujer %	Total n	Total %	p valor
Edad	< 21 años	2.013	73,5	5.559	78,0	7.572	76,8	<0,001
	≥ 21 años	724	26,5	1.566	22,0	2.290	23,2	
Estado civil	Casado/a	50	1,8	106	1,5	156	1,6	>0,05
	Divorciado/a	6	0,2	20	0,3	26	0,3	>0,05
	Pareja de hecho	204	7,5	492	6,9	696	7,1	>0,05
	Separado/a	0	0,0	11	0,2	11	0,1	0,040
	Soltero/a	2.473	90,4	6.492	91,1	8.965	90,8	>0,05
	Viudo/a	4	0,1	4	0,1	8	0,1	>0,05
Ocupación	Solo estudian	1.843	67,3	4.697	65,9	6.540	66,3	>0,05
	Estudian y buscan trabajo	563	20,6	1.718	24,1	2.281	23,1	0,000
	Estudian y trabajan a tiempo parcial	224	8,2	567	8,0	791	8,1	>0,05
	Estudian y trabajan a tiempo completo	107	3,9	143	2,0	250	2,5	<0,001
Titulación	Arte y Humanidades	273	9,9	957	13,4	1.230	12,5	<0,001
	Ciencias	320	11,7	606	8,5	926	9,4	<0,001
	Ciencias de la Salud	600	22,0	2.463	34,6	3.063	31,0	<0,001
	Ciencias jurídicas y sociales	919	33,6	2.692	37,8	3.611	36,6	<0,001
	Ingeniería y arquitectura	625	22,8	407	5,7	1.032	10,5	<0,001
Alojamiento en el lugar de estudio	Domicilio familiar	1.330	48,6	3.154	44,3	4.484	45,4	0,000
	Colegio Mayor/Residencia universitaria	287	10,5	814	11,4	1.101	11,2	>0,05
	Piso de alquiler/Domicilio propio/otros	1.120	40,9	3.157	44,3	4.277	43,4	0,002
Domicilio familiar respecto lugar de estudio	Misma Comunidad Autónoma	602	22,0	1.614	22,7	2.216	22,5	>0,05
	Misma localidad	852	31,1	1.819	25,5	2.671	27,1	0,000
	Misma provincia	896	32,7	2.484	34,9	3.380	34,2	0,046
	Otra Comunidad Autónoma	349	12,8	1.127	15,8	1.476	15,0	0,000
	Otro país	38	1,4	81	1,1	119	1,2	>0,05
Total		2.737	27,8	7.125	72,2	9.862	100,0	

La mayoría estudiaba en la misma provincia que el domicilio familiar (34,3%), o incluso en la misma localidad (27,01%) o Comunidad Autónoma (22,5%) y sólo el 16,2% en otra Comunidad Autónoma u otro país. Los chicos vivían significativamente más en la misma localidad y las chicas en la misma provincia o comunidad autónoma.

6.2. Datos relacionados con las conductas sexuales

6.2.1. Orientación sexual

El 86,2% se declararon heterosexuales, el 8,2% bisexuales, el 4,1% homosexuales, un 1,2% no se identificó con ninguna de estas tres orientaciones sexuales y un 0,3% no contestó (tasa de no respuesta significativamente superior en hombres). El 83,5% de los hombres y el 87,3% de las mujeres se declararon heterosexuales. Existe un predominio estadísticamente significativo de hombres homosexuales (9%) con respecto a las mujeres (2,2%), así como de mujeres bisexuales (9%) frente a los hombres (6,1%).

Tabla 32. Orientación sexual declarada por parte del alumnado participante muestra total

Orientación sexual	Hombres		Mujeres		Total		P valor*
	n	%	n	%	n	%	
Heterosexual	2.285	83,5%	6.219	87,3%	8.504	86,2%	<0,001
Homosexual	245	9%	156	2,2%	401	4,1%	<0,001
Bisexual	167	6,1%	640	9%	807	8,2%	<0,001
Otra	24	0,9%	92	1,3%	116	1,2%	>0,05
Desconocidos	16	0,6%	18	0,3%	34	0,3%	0,012
Total	2.737	100%	7.125	100%	9.862	100%	

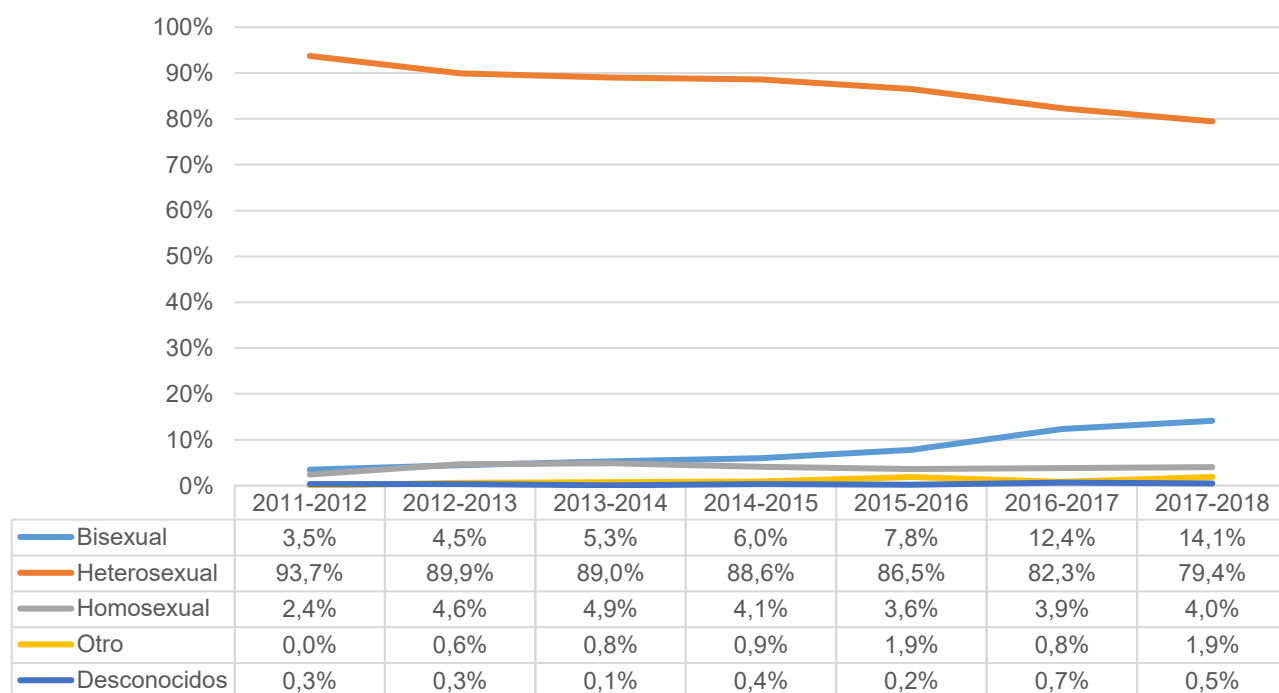
*Diferencias entre hombres y mujeres, significación valor $p < 0.05$

En comparación con las respuestas acerca de la orientación sexual, al preguntar por el tipo de pareja con que hubieran tenido relaciones sexuales alguna vez en su vida, los porcentajes variaron ligeramente. Así, el porcentaje de personas que refirió haber tenido alguna vez relaciones heterosexuales fue del 74% (62,4% en hombres; 78,4% en mujeres), homosexuales del 4% (8,8% en hombres; 2,2%

mujeres) y bisexuales del 0,7% (1,1% en hombres; 0,6% en mujeres). El 21,3% (27,6% en hombres; 19,9% en mujeres) no respondió a esta pregunta (n=2.099; 754 en hombres; 1.345 mujeres).

En relación con la evolución a lo largo de los cursos académicos de estudio, hay que indicar que en las cohortes más recientes de los cursos académicos (2016-2017 y 2017-2018) aumentó de forma significativa el porcentaje de alumnado que declaraba ser bisexual, debido fundamentalmente a la elevación del porcentaje en mujeres, ya que en hombres permaneció estable (**Figura 40**). Es importante hacer referencia al pequeño porcentaje (0,3%) de personas que no contestan a esta pregunta, a pesar de ser un dato sensible.

Figura 40. Evolución de la orientación sexual en función del curso académico

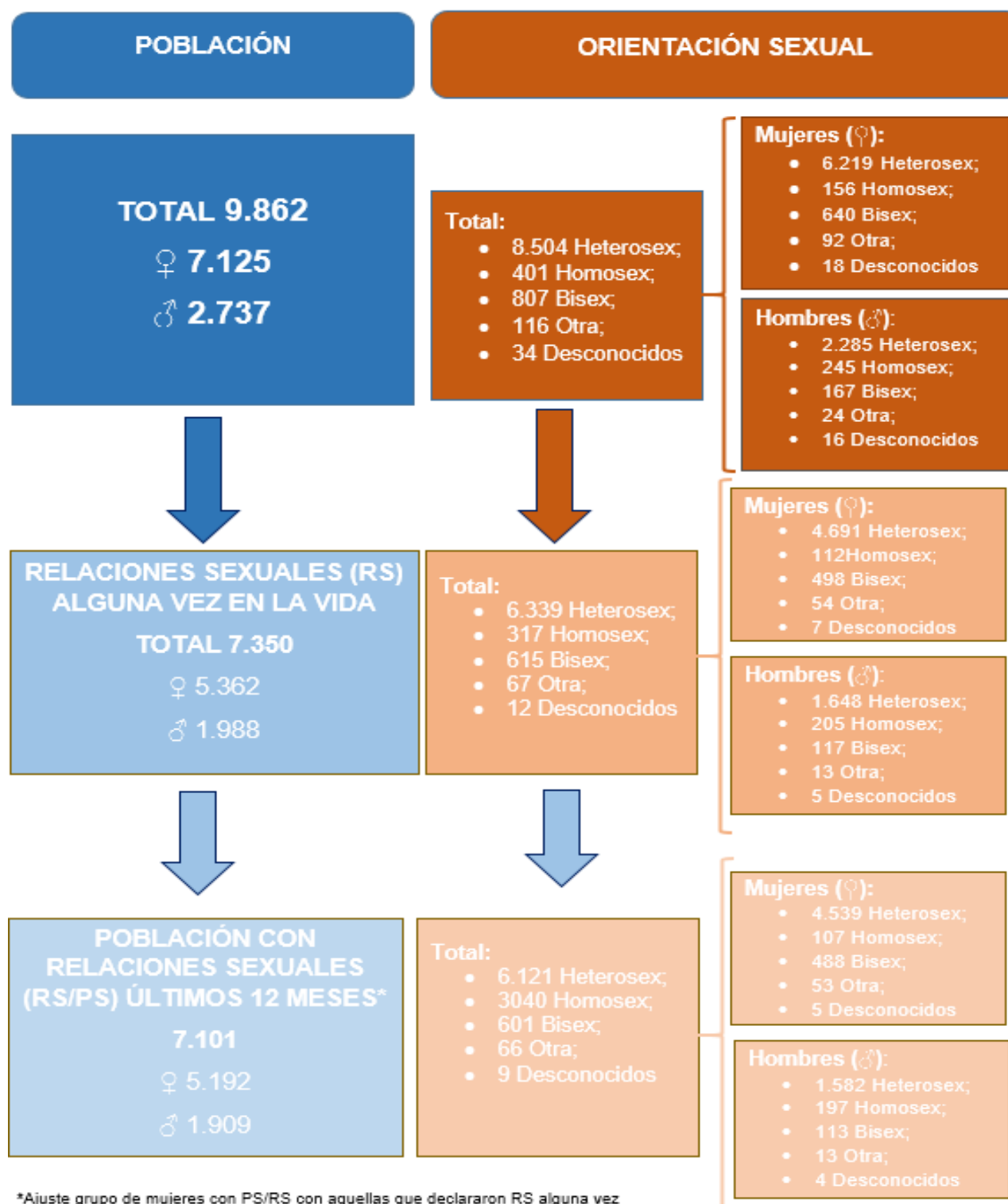


En los hombres no se detectaron diferencias significativas en las respuestas acerca de la orientación sexual, entre las diferentes categorías y años. Sin embargo, en las mujeres descendió, en los dos últimos cursos académicos, el porcentaje de heterosexuales de forma significativa ($p < 0,001$), que pasó de un 93% a un 79,9% y aumentó significativamente ($p < 0,001$) el de bisexuales, elevándose de un 4,4% a un 9%. La evolución muestra un aumento de las categorías no heteronormativas, que puede estar indicando una mayor libertad para declarar otras orientaciones, especialmente entre las mujeres.

6.2.2. Relaciones sexuales en hombres y mujeres y prácticas sexuales en mujeres

En la **Figura 41** se indican los datos de la población estudiada con relaciones sexuales con penetración (RS) y/o prácticas sexuales (PS).

Figura 41. Esquema de la población estudiada



6.2.2.1. Relaciones sexuales alguna vez en la vida y edad media de inicio

El porcentaje de alumnado que indicó haber tenido **alguna vez en su vida relaciones sexuales con penetración (RS)** fue del 74,5% (n= 7.350), sin diferencias relevantes, ni significativas entre hombres (n= 1.988; 72,6%) y mujeres (n=5.362; 75,3%). Cabe destacar que esta variable se mide igual en hombres y en mujeres, y que el porcentaje de no respuesta que se encontró fue muy bajo (n=68; 0,7%).

Además, el 81,4% (n=5.803) de las mujeres habían tenido alguna vez RS y/o PS, el 17,6% (n=1.257) no las habían tenido y el 0,9% (n= 65) no respondió a la pregunta.

En mujeres la edad media de la primera RS y/o PS fue de 16,35 años (DS:1,8), mientras que en **hombres la edad media de la primera RS** fue de 16,64 años (DS: 1,9), presentando diferencias significativas ($p<0,001$). El cálculo de la edad media de la *primera RS/PS* solo entre las mujeres que había tenido *alguna RS en su vida* (n=5.362) fue de 16,33 años (DS: 1,7). Este valor fue estadísticamente inferior a los 16,59 años de las mujeres con RS/PS que *no habían tenido RS alguna vez* (n=1.763, que suponen el 25% de ellas). De manera que, al comparar la edad media de inicio entre hombres y mujeres con *RS/PS alguna vez*, ellas se inician un poco antes que los hombres. Estas diferencias se mantienen cuando la comparación se realiza entre los hombres y aquellas mujeres que han tenido RS alguna vez en la vida.

La frecuencia del alumnado con una **edad de inicio precoz (<15 años) de las RS/PS**, entre quienes declararon haber tenido RS con penetración alguna vez (n=7.350; hombres: 1.988; mujeres: 5.362), fue del 11,1% (n=804). No se detectaron diferencias significativas entre mujeres 11,5% (n=609) y hombres 9,9% (n=195).

En función de la **orientación sexual**, la prevalencia de las RS alguna vez, fue declarada por el 79,1% de la población homosexual, el 76,2% de los bisexuales, el 74,5% los heterosexuales, el 57,8% de otras orientaciones sexuales, y el 35,3% del alumnado que no contestó a esta pregunta. No se detectaron diferencias significativas entre las categorías principales (heterosexuales, homosexuales y

bisexuales), pero sí entre estas y quienes se declararon de otras orientaciones y los desconocidos.

Tabla 33. Alumnado con relaciones sexuales alguna vez en la vida según su orientación sexual

Orientación sexual	Desconocida		Bisexual		Heterosexual		Homosexual		Otra		Total	P valor
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%		
Relaciones sexuales (RS) alguna vez	12	35,3%*	615	76,2%	6.339	74,5%	317	79,1%	67	57,8%*	7.350	0,004*
Total	34	-	807	-	8.504	-	401	-	116	-	9.862	-

Se incluyen los de orientación desconocida ya que contestan a las variables sobre relaciones sexuales.

En la distribución por sexo se detectó que el porcentaje de **RS alguna vez (Tabla 32)** fue significativamente superior entre las *mujeres bisexuales* respecto a los hombres bisexuales (77,8% frente 70,1%) y en las *mujeres heterosexuales* (75,4% frente 72,1%). En cambio, sucedió lo contrario entre quienes se declararon *homosexuales*, siendo superior el porcentaje en hombres (83,7% frente a 71,8%). En otras orientaciones sexuales no se detectaron diferencias significativas (58,7% en mujeres y 54,2% en hombres).

La **edad media de inicio de RS** entre la población bisexual (15,85 años) fue significativamente menor que la media de la población heterosexual (16,49 años) y la homosexual (16,36 años). Calculando los porcentajes de quienes **se iniciaron antes de los 15 años**, en función de la orientación sexual, el mayor porcentaje se obtuvo en el grupo de personas bisexuales (19,9%), seguidas por las homosexuales (15,2%) y las de otra orientación sexual (12,2%). La población heterosexual presentó porcentajes significativamente menores (9,9%), en comparación con el grupo de bisexuales ($p < 0,001$), y con el de homosexuales ($p = 0,010$). Al analizar por sexo y orientación sexual, en hombres se mantuvieron las diferencias; fue significativamente mayor el porcentaje de inicio precoz (< 15 años) en bisexuales (20%) y homosexuales (19%), que en heterosexuales (8%; $p < 0,001$ y $p > 0,01$ respectivamente). En mujeres el porcentaje en bisexuales (19,8%) es superior al de heterosexuales (10,6%; $p < 0,001$) y homosexuales (9%; $p = 0,020$).

El análisis del **número de personas con las que habían mantenido RS alguna vez en la vida** osciló dentro de los valores considerados como válidos, entre 1 y

180. La media de personas con las que habían mantenido RS/PS fue de 5,3 personas (DS: 14), estadísticamente superior en el caso de las chicas. La mediana fue de 3 parejas.

Tabla 34. Número de personas con las que el alumnado con RS/PS alguna vez ha mantenido estas relaciones a lo largo de su vida

Nº Personas RS/PS a lo largo de su vida	Válidos	Media	DS	P25	P50	P75	P Valor
Hombres	1.921	7,6	24,5	1	3	6	<0,001
Mujeres	5.234	4,5	6,8	1	3	6	
Total	7.155	5,3	14,0	1	3	5	

6.2.2.2. Relaciones sexuales en hombres y relaciones sexuales y/o prácticas sexuales en mujeres en los últimos 12 meses

En este apartado primero se realizó un análisis con toda la muestra (7.125 mujeres y 2.737 hombres) comparando ambos grupos. Y en un segundo momento se analizaron las RS en hombres y RS y/o PS en mujeres, en el subgrupo de mujeres y hombres que habían declarado haber tenido RS (5.363 mujeres y 1.988 hombres). El objetivo de este segundo análisis fue aproximar la medición de la conducta RS/PS de las mujeres con los hombres y mejorar la comparación.

En la **población total** estudiaba el 75,8% refirió haber tenido RS y/o PS en los últimos 12 meses, siendo significativamente superior ($p= 0,000$) en las mujeres (78,2%) respecto a los hombres (69,7%). Los porcentajes de RS y/o PS en los dos grupos de edad establecidos, fueron significativamente superiores en el grupo de ≥ 21 años, tanto en hombres (89,8% frente a 62,5%), como en mujeres (92,5% frente 74,2%).

En la valoración de los datos de las relaciones sexuales/prácticas sexuales (RS/PS) en los últimos 12 meses, con el subgrupo de quienes refirieron haber tenido **alguna RS en su vida** (total:7.101; mujeres: 5.192; hombres: 1.909), el porcentaje de hombres fue el mismo que en el análisis total, pero el de mujeres disminuyó en un 5,3% ($n=378$), ya que se deja fuera del análisis a las mujeres que nunca han tenido una relación sexual. De esta manera el porcentaje de alumnado que refirió haber tenido **RS y/o PS en los últimos 12 meses** fue del 72% ($n= 7.101$), habiéndose detectado diferencias significativas entre hombres ($n=1.909$; 69,7%) y mujeres ($n=5.192$; 72,8%). El porcentaje de no respuesta a la pregunta

sobre RS/PS en los últimos 12 meses, en este subgrupo de quienes habían tenido relaciones sexuales alguna vez, fue del 2,9% en hombres y 2,4% en las mujeres.

Con respecto a la orientación sexual, y considerando los 7.101 casos con RS/PS en los últimos 12, se observó (**Tabla 35**) que sólo fueron significativamente inferiores los porcentajes de las categorías de desconocidos y otras orientaciones sexuales. No se detectaron diferencias en las tres categorías principales. En los hombres, sí hubo diferencias significativas entre el grupo de homosexuales y los demás, presentando estos un mayor porcentaje de RS en los últimos 12 meses (80,4%). En las mujeres no hubo diferencias significativas entre los grupos principales (heterosexuales, homosexuales y bisexuales), pero sí hubo diferencias entre los grupos de heterosexuales y bisexuales con quien declaró otras orientaciones sexuales y con los desconocidos.

Tabla 35. Relaciones sexuales (RS)/prácticas sexuales (PS) en los últimos 12 meses por orientación sexual

RS/PS 12 meses	Desconocida		Bisexual		Heterosexual		Homosexual		Otra		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Hombres	4	25% ^a	113	67,7% ^e	1.582	69,2% ^c	197	80,4%^{a,c,e,f}	13	54,2% ^f	1.909	69,7%
Mujeres	5	27,8%^{a,b,d}	488	76,3% ^a	4.539	73,0% ^b	107	68,6%	53	57,6% ^d	5.192	72,9%
TOTAL	9	26,5%^a	601	74,5% ^{a,b}	6.121	72,0% ^{a,b}	304	75,8% ^{a,b}	66	56,9%^b	7.101	100%

^ap<0,001; ^bp=0,002; ^cp=0,003, ^dp=0,021; ^ep=0,033, ^fp=0,030. *Nota explicativa para la interpretación de las tablas:* Las comparaciones se realizan entre las proporciones de las diferentes categorías de las columnas. De manera que las letras iguales identifican las columnas comparadas y el valor de “p” de esa comparación. Ejemplo: El porcentaje de bisexuales (67,7%) en hombres es significativamente inferior (p<0,001) al de homosexuales (80,4%).

La cifra promedio de **parejas con las que habían tenidos RS/PS en los últimos 12 meses** fue muy cercana a 2 (**Tabla 36**) siendo significativamente superior entre los hombres.

Tabla 36. N° de personas con las que el alumnado con RS/PS últimos 12 meses ha mantenido relaciones

N° Personas RS/PS a lo largo de su vida	Válidos	Media	DS	P25	P50	P75	P Valor
Hombres	1.790	2,38	7,04	1	1	2	<0,001
Mujeres	5.050	1,84	2,26	1	1	2	
Total	6.840	1,98	4,1	1	1	2	

Respecto al número de parejas por orientación sexual, la cifra fue significativamente superior en el alumnado que se declaró homosexual (4,11

personas) con respecto a heterosexuales y bisexuales. En el caso de las mujeres la media de parejas fue superior entre quienes se declararon bisexuales (2,54 personas), mientras que entre los varones el mayor número de parejas fue declarado por quienes se declararon homosexuales.

Tabla 37. Media de parejas con las que han mantenido Relaciones sexuales (RS)/prácticas sexuales (PS) en los últimos 12 meses por orientación sexual

Media personas RS/PS 12 meses	Desconocida	Bisexual	Heterosexual	Homosexual	Otra	Total
Hombres	1,50	3,21	1,94 ^a	5,52^a	2,25	2,38
Mujeres	1,20	2,54^{a,b}	1,77 ^{a,c}	1,55 ^{b,c}	2,80 ^c	1,84
TOTAL	1,33	2,66^a	1,81^a	4,11^a	2,69	1,98

^ap<0,001; ^b p=0,001, ^c p=0,015. Nota: Las comparaciones entre las proporciones de las diferentes categorías de columnas. Las letras iguales identifican columnas comparadas y valor de "p".

El porcentaje de alumnado que presentó un **número de parejas de mayor riesgo**, establecido en 3 o más en los últimos 12 meses, fue del 19,1% (n=1.304), siendo significativamente (p<0,001) más frecuentes entre los hombres (21,9%; n= 392), que entre las mujeres (18,1%; n=912).

6.2.2.3. Frecuencia de las relaciones sexuales en hombres y relaciones sexuales y/o prácticas sexuales en mujeres en los últimos 12 meses

En el alumnado con RS/PS diarias en los últimos 12 meses no se detectaron diferencias significativas entre hombres y mujeres (2,5% frente a 3,4%). Sin embargo, el resto de las categorías de mayor frecuencia fueron significativamente superiores en las chicas, siempre con porcentajes por encima del 24%. Así en las RS/PS cada 2 ó 3 días se obtuvo un 24,8% frente al 19,1% en varones y entre quienes declararon RS/PS una vez a la semana un 27,9% en mujeres frente al 21,2% de hombres.

Tabla 38. Frecuencia de Relaciones Sexuales (RS)/Práctica Sexuales (PS) en los últimos 12 meses

Frecuencia de RS/PS	Hombre		Mujer		Total	
	n	%	n	%	n	%
Menos de una vez al mes	537	28,1%*	1028	19,8%*	1.565	22,0%
Una vez al mes	209	10,9%*	401	7,7%*	610	8,6%
Una vez cada 2 o 3 semanas	346	18,1%	855	16,5%	1.201	16,9%
Una vez a la semana	405	21,2%*	1449	27,9%*	1.854	26,1%
Cada 2 o 3 días	364	19,1%*	1290	24,8%*	1.654	23,3%
Diariamente	48	2,5%	169	3,3%	217	3,1%
TOTAL	1.909	100,0%	5.192	100,0%	7.101	100,0%

*p<0,001

En el análisis de la frecuencia de RS/PS según la orientación sexual, se eliminó la categoría de desconocidos con 9 casos (5 mujeres y 4 hombres) debido a que la mayor parte de las categorías de frecuencia de RS/PS estaban vacías. Las personas que se declararon bisexuales fueron significativamente quienes tuvieron menos frecuencia de RS/PS, mientras que el alumnado heterosexual fue significativamente el grupo con mayor porcentaje de RS/PS una vez a la semana.

Para el resto de categorías no hubo diferencias significativas. En la valoración de los datos en hombres y mujeres, tan sólo se detectaron diferencias significativas entre bisexuales y el resto de grupos para la RS/PS menos de una vez al mes, y para los heterosexuales en la categoría una vez a la semana. En mujeres, las diferencias sólo se detectaron entre quienes se declararon heterosexuales y tuvieron relaciones una vez a la semana.

Tabla 39. Frecuencia de relaciones sexuales/prácticas sexuales en los últimos 12 meses en función de la orientación sexual. Total, hombres y mujeres

Frecuencia de RS/PS TOTAL	Heterosexual		Homosexual		Bisexual		Otra		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Menos de una vez al mes	1.297	21,2%	82	27,0%	167	27,8%^a	17	25,8%	1.563	22,0%
Una vez al mes	532	8,7%	28	9,2%	42	7,0%	7	10,6%	609	8,6%
Una vez cada 2 o 3 semanas	1.019	16,6%	65	21,4%	103	17,1%	14	21,2%	1.201	16,9%
Una vez a la semana	1.655	27,0%^a	62	20,4%	119	19,8%	14	21,2%	1.850	26,1%
Cada 2 o 3 días	1.439	23,5%	55	18,1%	148	24,6%	11	16,7%	1.653	23,3%
Diariamente	179	2,9%	12	3,9%	22	3,7%	3	4,5%	216	3,0%
TOTAL	6121	100,0%	304	100,0%	601	100,0%	66	100,0%	7.092	100,0%
Frecuencia de RS/PS HOMBRES	Heterosexual		Homosexual		Bisexual		Otra		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Menos de una vez al mes	410	25,9%	66	33,5%	55	48,7%^a	5	38,5%	536	28,1%
Una vez al mes	175	11,1%	20	10,2%	11	9,7%	2	15,4%	208	10,9%
Una vez cada 2 o 3 semanas	283	17,9%	43	21,8%	18	15,9%	2	15,4%	346	18,2%
Una vez a la semana	360	22,8%^b	31	15,7%	11	9,7%	2	15,4%	404	21,2%
Cada 2 o 3 días	315	19,9%	30	15,2%	17	15,0%	1	7,7%	363	19,1%
Diariamente	39	2,5%	7	3,6%	1	0,9%	1	7,7%	48	2,5%
TOTAL	1582	100,0%	197	100,0%	113	100,0%	13	100,0%	1905	100,0%

Frecuencia de RS/PS MUJERES	Heterosexual		Homosexual		Bisexual		Otra		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Menos de una vez al mes	887	19,5%	16	15,0%	112	23,0%	12	22,6%	1027	19,8%
Una vez al mes	357	7,9%	8	7,5%	31	6,4%	5	9,4%	401	7,7%
Una vez cada 2 o 3 semanas	736	16,2%	22	20,6%	85	17,4%	12	22,6%	855	16,5%
Una vez a la semana	1295	28,5% ^c	31	29,0%	108	22,1%	12	22,6%	1446	27,9%
Cada 2 o 3 días	1124	24,8%	25	23,4%	131	26,8%	10	18,9%	1290	24,9%
Diariamente	140	3,1%	5	4,7%	21	4,3%	2	3,8%	168	3,2%
TOTAL	4539	100,0%	107	100,0%	488	100,0%	53	100,0%	5187	100,0%

^ap=0,001 ^bp=0,007 ^cp=0,016. *Nota:* Las comparaciones entre las proporciones de las diferentes categorías de columnas. Al aparecer sólo una letra por fila significa que esa categoría presenta las diferencias con las demás categorías de columna, con el valor de “p” que se indica.

Se valoró como **RS/PS con frecuencia de más mayor riesgo** tener más de 1 RS/PS a la semana, que se correspondía con el valor que más se aproximó al percentil 75. El porcentaje de alumnado con este tipo de frecuencia de RS/PS fue de un 26,3% (1.871). Se detectaron diferencias significativas por sexo, siendo superior ($p<0,001$) entre las mujeres 28,1% ($n=1.459$) respecto a los hombres 21,6% ($n=412$).

En el análisis en función de la orientación sexual, no se detectan diferencias significativas entre las diferentes opciones.

Tabla 40. Frecuencia de relaciones sexuales/prácticas sexuales de mayor riesgo (>1 vez a la semana) en los últimos 12 meses en función de la orientación sexual. Total, hombres y mujeres

Frecuencia de RS/PS TOTAL	Heterosexual		Homosexual		Bisexual		Otra		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
1 ves o menos a la semana	4503	73,6%	237	78,0%	431	71,7%	52	78,8%	5.223	73,6%
>1 vez a la semana	1618	26,4%	67	22,0%	170	28,3%	14	21,2%	1.869	26,4%
TOTAL	6121	100,0%	304	100,0%	601	100,0%	66	100,0%	7092	100%
Frecuencia de RS/PS HOMBRES	Heterosexual		Homosexual		Bisexual		Otra		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
1 ves o menos a la semana	1228	77,6%	160	81,2%	95	84,1%	11	84,6%	1494	78,4%
>1 vez a la semana	354	22,4%	37	18,8%	18	15,9%	2	15,4%	411	21,6%
TOTAL	1582	100,0%	197	100,0%	113	100,0%	13	100,0%	1905	100,0%
Frecuencia de RS/PS MUJERES	Heterosexual		Homosexual		Bisexual		Otra		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
1 ves o menos a la semana	3275	72,2%	77	72,0%	336	68,9%	41	77,4%	3729	71,9%
>1 vez a la semana	1264	27,8%	30	28,0%	152	31,1%	12	22,6%	1458	28,1%
TOTAL	4539	100,0%	107	100,0%	488	100,0%	53	100,0%	5187	100,0%

6.2.2.4. Utilización del preservativo (pareja estable o esporádica) en relaciones sexuales (RS) alguna vez en la vida

El análisis de la utilización del preservativo se realiza entre quienes han tenido una RS alguna vez (total: 7.350; mujeres: 5.362; hombres: 1.988). El porcentaje de no respuesta a las preguntas de utilización del preservativo fue del 1,2% en el caso de la pareja estable y del 3,6% para la pareja esporádica, no habiendo diferencias entre hombres y mujeres.

El número de personas que contesta “No procede, no se me ha planteado esa situación” con pareja estable es del 8,7% (n=636) con un porcentaje significativamente mayor ($p<0,001$) en hombres 12,3% (n= 245) que en mujeres 7,3% (n=391). En relación con la pareja esporádica del 35% (n=2.572) y con un porcentaje significativamente mayor ($p<0,001$) en mujeres 37,9% (n=2.033) frente a los hombres 27,1% (n= 539).

Para hacer el cálculo de las personas que utilizan el preservativo entre el alumnado que han tenido alguna vez una RS, no se analizan ni los desconocidos, ni aquellos que refieren que no procede (**Tabla 41**).

Tabla 41. Utilización del preservativo entre el alumnado con relaciones sexuales (RS) alguna vez. Todas las opciones.

Utilización del preservativo	Hombre		Mujer		Total	
	n	%	n	%	n	%
Con pareja estable						
Desconocidos	27	1,4%	64	1,2%	91	1,2%
Alguna vez	254	12,8%	848	15,8%	1102	15,0%
Casi Siempre	352	17,7%	957	17,8%	1309	17,8%
No procede, no se me ha planteado esa situación	245	12,3%*	391	7,3%*	636	8,7%
Nunca	295	14,8%	892	16,6%	1187	16,1%
Siempre	815	41,0%	2210	41,2%	3025	41,2%
TOTAL	1988	100,0%	5362	100,0%	7350	100,0%
Con pareja esporádica						
Desconocidos	62	3,1%	204	3,8%	266	3,6%
Alguna vez	88	4,4%	186	3,5%	274	3,7%
Casi Siempre	226	11,4%	468	8,7%	694	9,4%
No procede, no se me ha planteado esa situación	539	27,1%*	2033	37,9%*	2572	35,0%
Nunca	58	2,9%	113	2,1%	171	2,3%
Siempre	1015	51,1%	2358	44,0%	3373	45,9%
TOTAL	1988	100,0%	5362	100,0%	7350	100,0%

* $p<0,001$

En *relaciones estables*, el mayor porcentaje (45,7%) refiere utilizar preservativo siempre y un 17,9% nunca. Sólo se detectan diferencias significativas por sexo en la opción *alguna vez*, que es más frecuente entre las mujeres. En *relaciones esporádicas* el porcentaje de “*siempre*” se eleva al 74,8% y el de “*nunca*” se reduce al 3,8%, sin detectarse diferencias significativas entre hombres y mujeres.

Tabla 42. Utilización de preservativo entre el alumnado con relaciones sexuales (RS) alguna vez. Sólo opciones válidas.

Utilización del preservativo	Hombre		Mujer		Total	
	n	%	n	%	n	%
Con pareja estable						
Nunca	295	17,2%	892	18,2%	1.187	17,9%
Alguna vez	254	14,8%*	848	17,3%*	1.102	16,6%
Casi Siempre	352	20,5%	957	19,5%	1.309	19,8%
Siempre	815	47,5%	2210	45,0%	3.025	45,7%
TOTAL	1.716	100,0%	4.907	100,0%	6.623	100,0%
Con pareja esporádica						
Nunca	58	4,2%	113	3,6%	171	3,8%
Alguna vez	88	6,3%	186	6,0%	274	6,1%
Casi Siempre	226	16,3%	468	15,0%	694	15,4%
Siempre	1.015	73,2%	2358	75,5%	3.373	74,8%
TOTAL	1.387	100,0%	3.125	100,0%	4.512	100,0%

* $p=0,018$. Nota: 2 casos de sexo desconocido en alumnado con RS con pareja estable y 1 caso con pareja esporádica

Al analizar los datos del uso del preservativo en función de la orientación sexual, se puede observar que los homosexuales con pareja estable presentan un porcentaje de no utilización del preservativo significativamente superior entre quienes declaran “otra orientación sexual” (33,1% frente al 18,8% de los bisexuales y el 17,2% de los heterosexuales) por el contrario, los heterosexuales (46,4%) y los bisexuales (43,9%) presentan porcentajes de utilización del preservativo significativamente mayores que el grupo de homosexuales.

En el caso de las parejas esporádicas, el alumnado que se declara homosexual y con otra orientación sexual presentan el porcentaje significativamente más alto de “*nunca*” utilizar el preservativo (10,4%, frente al 3,3% heterosexuales y 3,7% en bisexuales). Con respecto a la utilización “*siempre*” son los heterosexuales quienes más lo utilizan (75,6%), presentando diferencias significativas sólo con el alumnado que se declara homosexual (66,5%).

Tabla 43. Frecuencia de Utilización de Preservativo en relaciones sexuales (RS) con pareja estable o esporádica por orientación sexual

Utilización del preservativo	Heterosexual		Homosexual		Bisexual		Otra		Total	
Total población	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Con pareja estable										
Nunca	1.002	17,2% ^a	80	33,1% ^a	96	18,8% ^a	9	16,7%	1.187	17,9%
Alguna vez	944	16,2%	46	19,0%	98	19,2%	12	22,2%	1.100	16,6%
Casi Siempre	1.167	20,1%	37	15,3%	92	18,0%	12	22,2%	1.308	19,8%
Siempre	2.697	46,4% ^a	79	32,6%	224	43,9% ^b	21	38,9%	3.021	45,7%
TOTAL	5.810	100,0%	242	100,0%	510	100,0%	54	100,0%	6.616	100,0%
Con pareja esporádica										
Nunca	126	3,3% ^{a,d}	23	10,4% ^{a,c}	17	3,7% ^c	5	10,4% ^d	171	3,8%
Alguna vez	226	6,0%	11	5,0%	33	7,3%	4	8,3%	274	6,1%
Casi Siempre	571	15,1%	40	18,1%	77	17,0%	6	12,5%	694	15,4%
Siempre	2.863	75,6% ^e	147	66,5% ^e	327	72,0%	33	68,8%	3.370	74,7%
TOTAL	3.786	100,0%	221	100,0%	454	100,0%	48	100,0%	4.509	100,0%

^ap<0,001; ^bp=0,019; ^cp=0,003; ^dp=0,043; ^ep=0,014. *Nota:* Las comparaciones entre las proporciones de las diferentes categorías de columnas. Las letras iguales identifican columnas comparadas y valor de “p”.

La situación se mantiene de forma similar si se tiene en cuenta el sexo, la categoría homosexual es la que menos utiliza el preservativo respecto a los bisexuales y heterosexuales. En mujeres no hay diferencias por orientación sexual en la utilización del preservativo “*siempre*”, mientras que en hombres los homosexuales son quienes menos lo utilizan.

Tabla 44. Frecuencia de Utilización de Preservativo en relaciones sexuales (RS) con pareja estable o esporádica por orientación sexual por sexo

Frecuencia de RS/PS	Heterosexual		Homosexual		Bisexual		Otra		Total	
Hombres ♂										
Con pareja estable	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Nunca	228	15,6% ^a	54	33,1% ^{a,e}	13	16,9% ^e	0	0,0%	295	17,2%
Alguna vez	203	13,9% ⁱ	34	20,9% ⁱ	16	20,8%	0	0,0%	253	14,8%
Casi Siempre	309	21,1%	28	17,2%	12	15,6%	3	37,5%	352	20,5%
Siempre	725	49,5% ^a	47	28,8% ^{a,g}	36	46,8% ^g	5	62,5%	813	47,5%
TOTAL	1.465	100,0%	163	100,0%	77	100,0%	8	100,0%	1.713	100,0%
Con pareja esporádica	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Nunca	37	3,3% ^{a,h}	13	7,6% ^h	5	5,1% ^c	3	33,3% ^{a,c}	58	4,2%
Alguna vez	74	6,7%	7	4,1%	6	6,1%	1	11,1%	88	6,4%
Casi Siempre	169	15,3% ^d	40	23,5% ^d	17	17,3%	0	0,0%	226	16,3%
Siempre	828	74,7% ^f	110	64,7% ^f	70	71,4%	5	55,6%	1.013	73,1%
TOTAL	1.108	100,0%	170	100,0%	98	100,0%	9	100,0%	1.385	100,0%

Frecuencia de RS/PS	Heterosexual		Homosexual		Bisexual		Otra		Total	
Mujeres ♀										
Con pareja estable	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Nunca	774	17,8% ^b	26	32,9% ^{b,f}	83	19,2% ^f	9	19,6%	892	18,2%
Alguna vez	741	17,1%	12	15,2%	82	18,9%	12	26,1%	847	17,3%
Casi Siempre	858	19,7%	9	11,4%	80	18,5%	9	19,6%	956	19,5%
Siempre	1.972	45,4%	32	40,5%	188	43,4%	16	34,8%	2.208	45,0%
TOTAL	4.345	100,0%	79	100,0%	433	100,0%	46	100,0%	4.903	100,0%
Con pareja esporádica	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Nunca	89	3,3% ^a	10	19,6% ^a	12	3,4% ^a	2	5,1%	113	3,6%
Alguna vez	152	5,7%	4	7,8%	27	7,6%	3	7,7%	186	6,0%
Casi Siempre	402	15,0%	0	0,0%	60	16,9%	6	15,4%	468	15,0%
Siempre	2.035	76,0%	37	72,5%	257	72,2%	28	71,8%	2.357	75,4%
TOTAL	2.678	100,0%	51	100,0%	356	100,0%	39	100,0%	3.124	100,0%

^ap<0,001; ^bp=0,003; ^cp=0,014; ^dp=0,020; ^ep=0,026; ^fp=0,036; ^gp=0,039; ^hp=0,043; ⁱp=0,049. Nota: Las comparaciones entre las proporciones de las diferentes categorías de columnas. Las letras iguales identifican columnas comparadas y valor de "p".

A continuación, se realiza la valoración de las *relaciones sexuales sin protección (RSSP)* definiéndolas como: aquellas en las que no se utiliza siempre el preservativo con independencia de que sean con pareja estable o esporádica, en el alumnado que ha referido tener alguna RS en su vida.

El 77,5% del alumnado (n=5.460) que ha tenido alguna relación sexual (RS) en su vida declara no haber utilizado siempre el preservativo en sus RS y, por tanto, tener RS de riesgo. Este porcentaje es significativamente mayor en las mujeres que en los hombres. No se detectan diferencias significativas a lo largo de los diferentes años observados, ni para el total, ni por sexo.

Tabla 45. Relaciones Sexuales (RS) sin protección (preservativo) en el alumnado con RS alguna vez con independencia del tipo de pareja, por sexo

RS alguna vez sin protección	Hombre		Mujer		Total	
	n	%	n	%	n	%
Si	1.437	75,2%*	4.023	78,3%*	5.460	77,5%
No	475	24,8%	1.113	21,7%	1.588	22,5%
TOTAL	1.912	100,0%	5.136	100,0%	7.048	100,0%

*p=0,005

Al analizar el no uso del preservativo en función de la orientación sexual, no se observan diferencias significativas entre los diferentes grupos.

Tabla 46. Relaciones Sexuales (RS) alguna vez sin protección (sin usar el preservativo) en alumnado con RS alguna vez con independencia del tipo de pareja, por orientación sexual y sexo

Orientación sexual	Heterosexual		Homosexual		Bisexual		Otra		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Hombres	1.172	74,1%	166	82,6%	87	76,3%	9	75,0%	1.434	75,2%
Mujeres	3.514	78,4%	87	82,1%	375	76,2%	43	82,7%	4.019	78,3%
TOTAL	4.686	77,3%	253	82,4%	462	76,2%	52	81,3%	5.453	77,5%

Nota: no se han analizado los casos de orientación desconocida por ser tan sólo 7 (4 mujeres y 3 hombres)

6.2.2.5. Utilización de métodos anticonceptivos en los últimos 12 meses entre las mujeres que han mantenido relaciones sexuales alguna vez

Esta variable sólo se les pregunta a las mujeres, y tiene respuesta múltiple. De las 5.362 mujeres con RS *alguna vez*, el 39,54% no contestan a esta pregunta (n=2.120), el 9,98% contestan que han utilizado sólo la píldora del día después (n=535) y el 50,48% (n=2.707) que han utilizado otro método anticonceptivo diferente de la píldora del día después, combinándolo o no con ella.

Se han valorado los casos que han utilizado otro método anticonceptivo diferente a la píldora del día después, ya que esta variable se analiza en el siguiente apartado tanto en hombres como en mujeres. Al ser una variable multirrespuesta, las respuestas totales obtenidas han sido 2.859 (2.557 casos sólo tenían una respuesta; 148 dos respuestas y 2 tres respuestas). El método anticonceptivo más frecuentemente utilizado antes o durante la RS, es decir de forma planificada, es la píldora o el parche, seguidos de otros métodos, el preservativo femenino y por último el diafragma.

Tabla 47. Métodos anticonceptivos utilizados por mujeres de forma planificada (se excluye la píldora del día siguiente)

Método anticonceptivo distinto de la píldora del día después	n	%
Píldora o parche	1.600	55,96%
Diafragma	17	0,59%
Preservativo femenino	78	2,73%
Otros	1.164	40,71%
TOTAL	2.859	100,00%

6.2.2.6. Utilización de la píldora del día después en los últimos 12 meses por la pareja en el caso de los hombres o por las mujeres

Declaran haber utilizado la píldora del día después en los últimos 12 meses el 18,5% (n= 1.329) del alumnado que ha mantenido relaciones sexuales alguna vez, siendo significativamente ($p<0,001$) mayor su uso entre las mujeres estudiantes 19,6% (n=1.026) que entre las parejas de los hombres estudiantes 15,6% (n=303). El 2,5% de las mujeres además la utilizó varias veces. Un 2,25% del alumnado que ha tenido relaciones sexuales alguna vez, no ha respondido a esta pregunta (n=180); en hombres un 2,26% (n=45) y en mujeres un 2,52% (n=135).

Cuando el análisis se realiza sólo teniendo en cuenta la población heterosexual y bisexual que es la que potencialmente puede utilizar la píldora postcoital el porcentaje asciende a un 19,2%, manteniéndose las diferencias significativas entre el 19,9% de las mujeres que la han utilizado y el 17,35% de los hombres que refieren que sus parejas han utilizado la píldora postcoital ($p=0,020$).

6.2.2.7. Infecciones de transmisión sexual (ITS) alguna vez en la vida

En la población de alumnado que ha tenido relaciones sexuales alguna vez en la vida (n=7.350) el 7,51% refiere haber tenido alguna ITS (n=552). Las mujeres presentaron porcentajes significativamente ($p<0,001$) superiores a los hombres: 8,3% (n=444) frente a un 5,4% (n=108), respectivamente.

Analizando la prevalencia de ITS según la orientación sexual para el total de la población los heterosexuales presentan significativamente menos ITS que los que declaran tener otra orientación sexual. La mayor prevalencia se identifica en el grupo de otra orientación sexual seguida del grupo que se declara homosexual y bisexual. Analizando las diferencias entre hombres y mujeres para cada tipo de orientación sexual sólo hay diferencias significativas en la categoría heterosexual ($p<0,001$) siendo el porcentaje superior en las mujeres 7.8% (n=364), frente a 3,9% (n=65). Entre los hombres, las diferencias se presentan sólo entre heterosexuales y otras orientaciones, mientras que en mujeres las diferencias se detectan entre quienes se declaran heterosexuales y bisexuales.

Tabla 48. Infecciones de transmisión sexual alguna vez declaradas por el alumnado según su orientación sexual

Orientación sexual	Heterosexual		Homosexual		Bisexual		Otra		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Hombres	65	3,9% ^{a,c}	32	15,6% ^a	8	6,8%	3	23,1% ^c	108	5,4%
Mujeres	364	7,8% ^d	12	10,7%	59	11,8% ^d	8	14,8%	443	8,3%
TOTAL	429	6,8% ^{a,b,e}	44	13,9% ^a	67	10,9% ^b	11	16,4% ^e	551	7,5%

Categoría desconocida (n=12; 5 hombres y 7 mujeres. 1 caso de ITS en una mujer).

^ap<0,001, ^bp=0,001, ^cp=0,003, ^dp=0,009, ^ep=0,11. *Nota:* Las comparaciones entre las proporciones de las diferentes categorías de columnas. Las letras iguales identifican columnas comparadas y valor de "p".

La pregunta sobre las diferentes ITS que a lo largo de su vida han podido presentar es multirrespuesta por lo que el cálculo de las prevalencias se realiza sobre el total de las mismas (n=649).

La ITS más frecuente declarada es la micosis u hongos (51,46%), seguida de la infección por clamidia (12,63%) y otras ITS (12,17%). En un segundo grupo se encuentra el herpes genital (7,40%), la pediculosis genital (4,47%), las uretritis no específicas (2,93%) y el condiloma (2,62%). El resto de las ITS presentan prevalencias inferiores al 2%.

Tabla 49. Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) alguna vez (multirrespuesta)

Infecciones de Transmisión Sexual (ITS)	Nº de respuestas	%
Micosis u hongos	334	51,46%
Clamidia	82	12,63%
Otra	79	12,17%
Herpes genital	48	7,40%
Ladillas o pediculosis genital	29	4,47%
Uretritis no específica	19	2,93%
Condiloma o úlceras genitales	17	2,62%
Gonorrea	10	1,54%
Sífilis	9	1,39%
VIH	9	1,39%
Tricomonas	8	1,23%
Hepatitis B	5	0,77%
TOTAL	649	100%

Comparando los porcentajes de ITS declaradas entre hombres y mujeres (**Tabla 50**), ellos declaran significativamente más gonorrea, Hepatitis B, ladillas y VIH, mientras que ellas presentan más infecciones por clamidias, micosis por hongos

y otras ITS. En el resto de infecciones no se detectan diferencias significativas por sexo.

Tabla 50. Infección de transmisión sexual en el alumnado que ha tenido alguna relación sexual por sexo (n=7.350; ♀=5.362; ♂=1.988)

Infección de Transmisión Sexual (ITS)	Hombre		Mujer		Total		p valor
	n	%	n	%	n	%	
Clamidia	13	0,70%	69	1,30%	82	1,10%	0,022
Gonorrrea*	7	0,40%	3	0,10%	10	0,10%	0,006
Sífilis	9	0,50%	0	0,00%	9	0,10%	-
Tricomonas*	2	0,10%	6	0,10%	8	0,10%	1,000
Herpes	11	0,60%	37	0,70%	48	0,70%	0,581
Úlceras condiloma	5	0,30%	12	0,20%	17	0,20%	0,826
Micosis por hongos	47	2,40%	287	5,40%	334	4,50%	0,000
Hepatitis B*	4	0,20%	1	0,00%	5	0,10%	0,021
Uretritis no específica	8	0,40%	11	0,20%	19	0,30%	0,139
Ladillas	22	1,10%	7	0,10%	29	0,40%	0,000
VIH*	6	0,30%	3	0,10%	9	0,10%	0,007
Otra ITS	18	0,90%	61	1,10%	79	1,10%	0,15
TOTAL	148	7,90%	497	9,30%	649	8,80%	

*Prueba exacta de Fisher

Respecto a cuándo fue esa ITS respondieron 545 personas que habían tenido alguna relación sexual en su vida, lo que supone el 7,41%. De estas personas el 52,29% refiere que fue en los últimos 12 meses, el 37,8% hace más de un año, pero menos de 5 y, el 9,91% hace 5 o más años.

Tabla 51. Periodo de tiempo en el que declaran haber tenido las Infecciones de transmisión sexual (ITS)

Frecuencia desde que tuvieron una ITS	Hombre		Mujer		Total		p valor
	n	%	n	%	n	%	
En los últimos 12 meses	42	2,1%	243	4,5%	285	52,29%	0,000
Hace más de un 1 año, pero menos de 5	44	2,2%	162	3,0%	206	37,80%	0,049
Hace 5 años o más	21	1,1%	33	0,6%	54	9,91%	>0,005
Total	107	5,38%	438	8,17%	545	100%	0,005

6.3. Datos relacionados con el consumo de sustancias psicoactivas

Antes de iniciar la descripción de las distintas variables relacionadas con el consumo de drogas se indican en las **Figuras 42, 43 y 44** los datos del número

de alumnos y alumnas totales que declararon cada uno de los consumos, por sexo y por orientación sexual.

Figura 42. Esquema de la población estudiada y consumo de sustancias psicoactivas alguna vez en la vida



Figura 43. Esquema de la población estudiada y consumo de sustancias psicoactivas en los últimos 12 meses

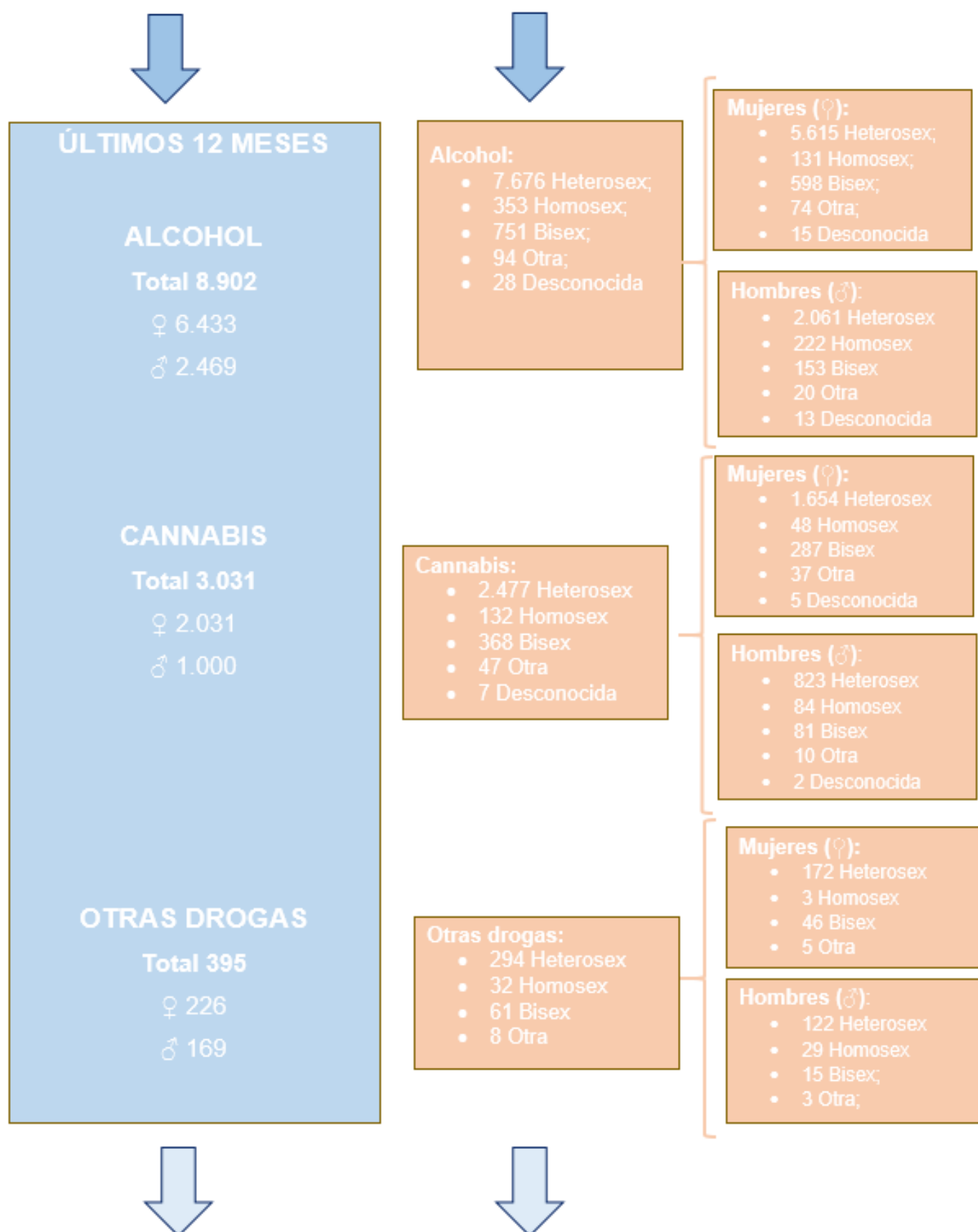
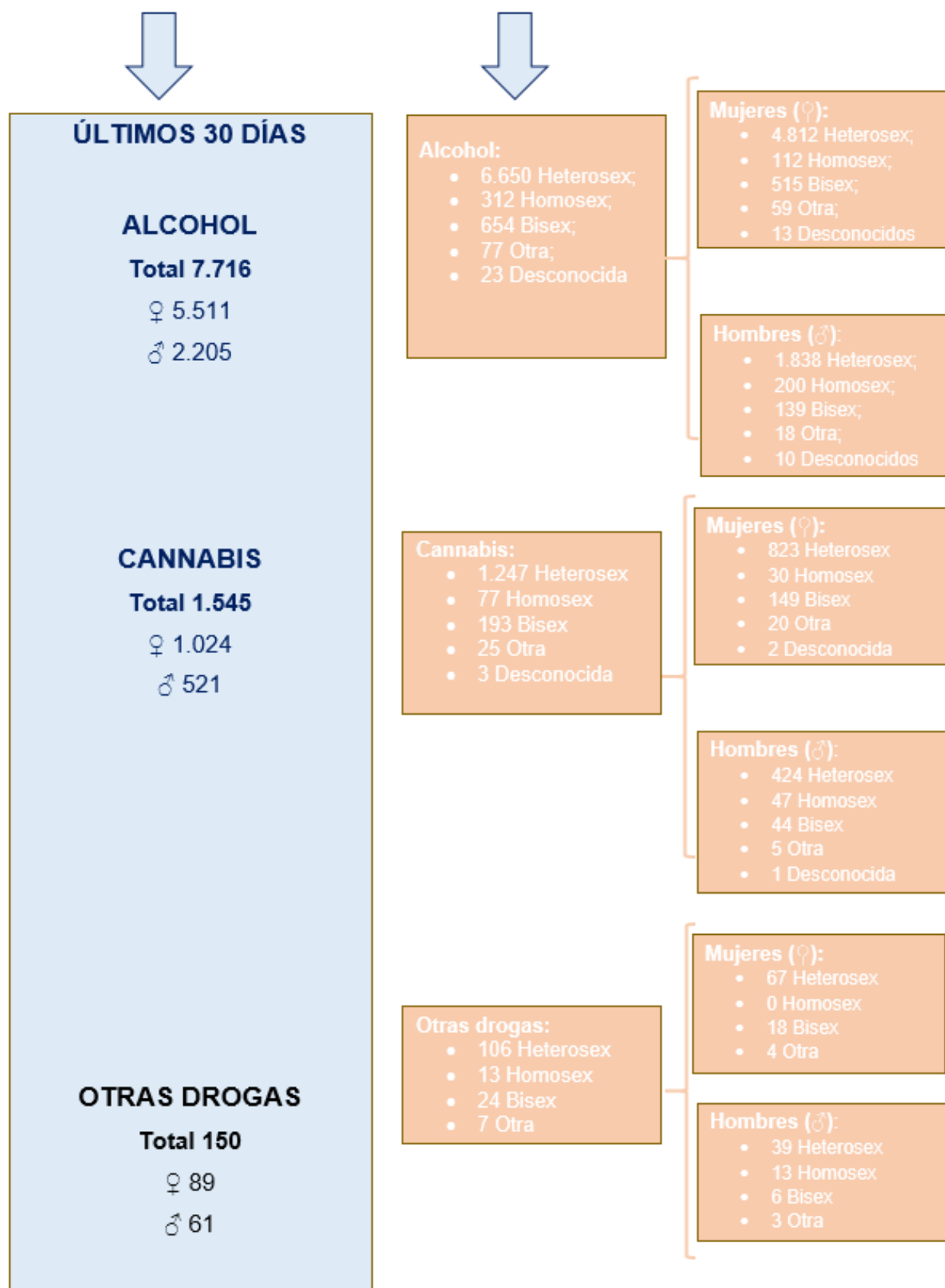


Figura 44. Esquema de la población estudiada y consumo de sustancias psicoactivas últimos 30 días



6.3.1. Datos relacionados con el consumo de drogas ilegales

6.3.1.1. Edad de inicio del consumo de alcohol

La edad media de inicio del consumo de alcohol de los estudiantes de primer año de grado universitario (**Tabla 52**) que han consumido alcohol alguna vez ($n=9.256$), se calcula sobre los valores válidos que suponen el 99,8% ($n=9.241$). La media fue de 15,29 años (DS:1,77). El porcentaje de alumnado total que ha iniciado el consumo de alcohol antes de los 15 años entre quienes contestan es del 31,5% ($n=2.915$).

Tabla 52. Edad media de inicio del consumo de alcohol, desviación estándar y percentiles 25, 50 y 75. Porcentaje de alumnado con inicio antes de los 15 años. Sexo y orientación sexual

Alcohol	Media (años)	Desviación estándar	Percentil 25	Percentil 50	Percentil 75	Inicio <15 años		Valores válidos
						n	%	
Hombres	15,34	1,93	14	15	16	771	30,1%	2.559
Mujeres	15,23	1,71	14	15	16	2.144	32,1%	6.682
Heterosexuales	15,30 ^b	1,75	14	15	16	2.467	31,0% ^a	7.969
Homosexuales	15,54 ^a	1,89	14	15	17	106	28,6% ^c	370
Bisexuales	15,1 ^{a,b}	1,78	14	15	16	301	39,1% ^{a,c}	770
Otra	15,29	2,68	14	15	16	34	33,3%	102
Total	15,29	1,77	14	15	16	2.915	31,5%	9.241

^a $p=0,000$; ^b $p=0,002$; ^c $p=0,003$. Nota: Las comparaciones entre las proporciones de las diferentes categorías de las filas. Las letras iguales identifican filas comparadas y valor de “p”.

No se detectan diferencias significativas entre hombres y mujeres en relación con el porcentaje de inicio antes de los 15 años.

En el análisis de la edad de inicio en función de la orientación sexual (**Tabla 52**), los bisexuales presentaron mayores porcentajes de inicio antes de los 15 años que los bisexuales y los homosexuales. Al tener en cuenta el sexo y la orientación sexual, sólo se detectan diferencias ($p<0,001$) entre las mujeres bisexuales (39,2%) y las heterosexuales (10,6%).

6.3.1.2. Prevalencias de consumo de alcohol

La prevalencia del consumo de alcohol “*alguna vez en la vida*” en la población de estudiantes universitarios de primer año se situó por encima del 75%. Los consumos más intensivos (*borracheras en los últimos 12 meses* y “*binge drinking*”

o atracón en el último mes) fueron del 60,9% y 49% respectivamente. El consumo de alcohol en “los últimos 30 días” y las borracheras, fueron significativamente mayores entre los hombres (**Tabla 52**). Mientras que el consumo de riesgo valorado por el AUDIT fue superior en mujeres. El 20,5% de la población de universitarios estudiada, precisaría de una intervención sanitaria con diferente intensidad, según las categorías establecidas por la OMS a través del AUDIT (**Tabla 53**). El porcentaje de chicos que precisa de estas intervenciones es superior al de las mujeres.

Tabla 53. Prevalencias de los diferentes consumos de alcohol en la población de universitarios de primer año de grado

Consumo de alcohol	Hombre		Mujer		Total		p valor
	n	%	n	%	n	%	
Alguna vez en la vida	2.568	93,8%	6.688	93,9%	9.256	93,9%	0,939
En el último año	2.469	90,2%	6.433	90,3%	8.902	90,3%	0,905
En los últimos 30 días	2.205	80,6%	5.511	77,3%	7.716	78,2%	0,001
Borracheras últimos 12 meses	1.773	64,8%	4.230	59,4%	6.003	60,9%	<0,001
“Binge drinking” (≥ 4 ♀; ≥ 5 ♂), último mes	1.909	47,8%	3.519	49,4%	4.828	49%	0,164
AUDIT Consumo de riesgo (≥ 6 ♀; ≥ 8 ♂)*	764	27,9%	2.277	32%	3.041	30,8%	<0,001
AUDIT CATEGORIAS OMS (125)*							
Categoría 1: No riesgo	1.973	72,1%	5.766	80,9%	7.739	78,5%	<0,001
Categoría 2: Consejo breve para reducir el consumo	646	23,6%	1.191	16,7%	1.837	18,6%	<0,001
Categoría 3: Terapia breve y abordaje continuado	62	2,3%	122	1,7%	184	1,9%	<0,001
Categoría 4: Evaluación diagnóstica de dependencia	56	2%	46	0,6%	102	1,0%	<0,001
TOTAL	2.737	100%	7.125	100%	9.862	100%	

*Calculado sobre el total de la muestra.

En el análisis del consumo de alcohol en función de la orientación sexual declarada, el porcentaje de alumnado que refirió consumos de alcohol y su orientación sexual fue desconocida fue inferior al 0,31%.

A continuación, en la **Tabla 54** se describen las prevalencias de consumo calculadas sobre el total de la población. Quienes se declararon bisexuales, presentaron consumos significativamente superiores a los de “otra orientación sexual” en todos los tipos de consumo, salvo en el consumo en “binge drinking”. El consumo de alcohol en el último año en bisexuales fue superior al de quienes se declara homosexual. El alumnado heterosexual presentó consumos superiores

en “los últimos 12 meses” y en “los últimos 30 días” respecto a quienes refirieron “otra orientación sexual”. Por último, la frecuencia de borracheras en los “últimos 12 meses” fue superior en los bisexuales respecto a los heterosexuales y de estos frente a quien declaró “otra orientación sexual”. No se detectaron diferencias significativas para el consumo en “binge drinking”. Respecto al consumo de riesgo según AUDIT, la población bisexual tuvo consumos significativamente superiores.

Los hombres bisexuales y de “otras orientaciones sexuales”, no presentaron diferencias significativas respecto a las mujeres. Sin embargo, entre quien se declaró homosexuales fueron significativamente superiores en los hombres, los consumos “alguna vez en la vida” (94,7% frente a 89,1%; $p=0,038$); “en el último año” (90,6% frente a 84%; $p=0,046$) y “en el último mes” (81,6% frente a 71,8%; $p=0,021$). Entre los heterosexuales, las diferencias sólo se han detectado en el consumo en “el último mes” (80,4% frente a 77,4%; $p=0,002$) y las “borracheras en los últimos 12 meses” (64,8% frente a 58,3%; $p<0,001$). El consumo de riesgo es superior en mujeres frente a los hombres en heterosexuales (31,1% frente a 28,6%; $p=0,025$), en homosexuales (36,5% frente a 24,9%; $p=0,013$) y en bisexuales (39,4% frente a 25,7%; $p=0,001$).

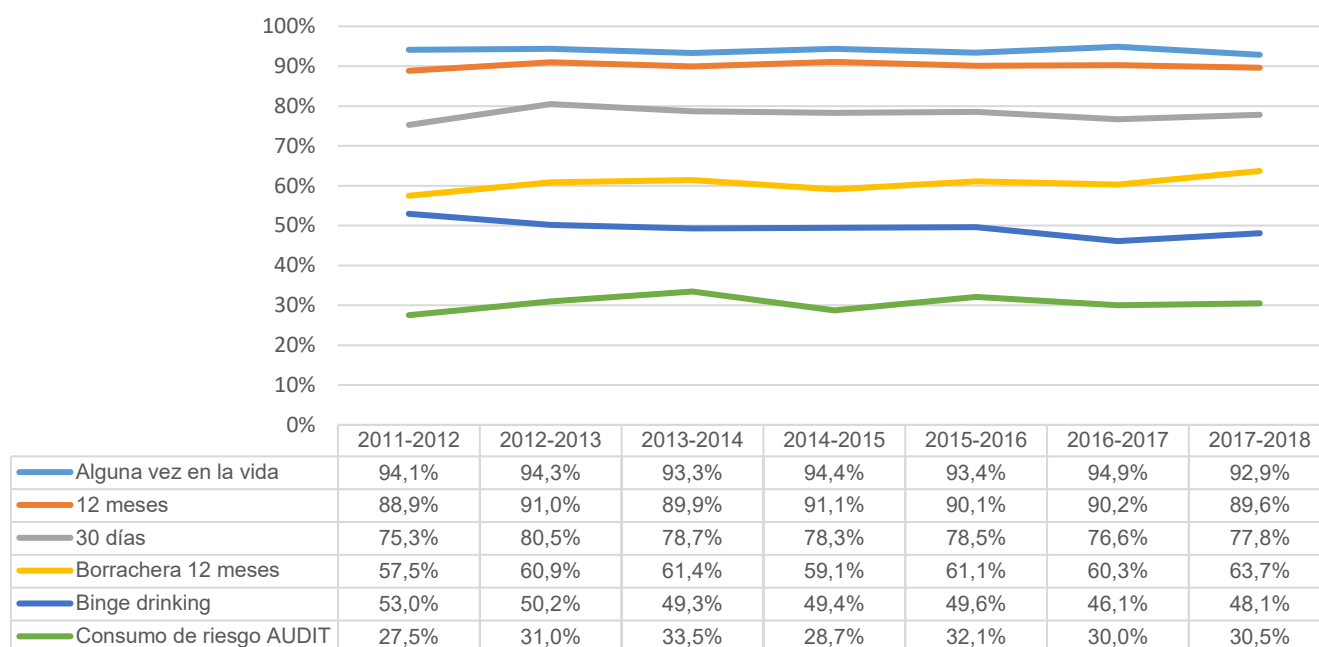
Tabla 54. Prevalencias de los diferentes consumos de alcohol en la población de universitarios de primer año de grado según su orientación sexual

Consumo de alcohol	Heterosexuales		Homosexuales		Bisexuales		Otra	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Alguna vez en la vida	7.982	93,9%	371	92,5%	770	95,4% ^c	102	87,9% ^c
En el último año	7.676	90,3% ^c	353	88,0% ^e	751	93,1% ^{a,e}	94	81,0% ^{a,c}
En los últimos 30 días	6.650	78,2% ^d	312	77,8%	654	81,0% ^b	77	66,4% ^{b,d}
Borracheras últimos 12 meses	5.106	60,0% ^a	257	64,1%	559	69,3% ^{a,b}	61	52,6% ^b
“Binge drinking” (4 o más ♀ y 5 o más ♂), último mes	4.181	49,2%	180	44,9%	408	50,6%	45	38,8%
AUDIT Consumo de riesgo (≥ 6 ♀; ≥ 8 ♂)	2.587	30,4% ^b	118	29,4%	295	36,6% ^b	35	30,2%
AUDIT CATEGORIAS OMS								
Categoría 1: No riesgo	6.705	78,8%	306	76,3%	607	75,2%	92	79,3%
Categoría 2: Consejo breve para reducir el consumo	1.553	18,3%	83	20,7%	176	21,8%	20	17,2%
Categoría 3: Terapia breve y abordaje continuado	162	1,9%	7	1,7%	15	1,9%	0	0,0%
Categoría 4: Evaluación diagnóstica de dependencia	84	1,0%	5	1,2%	9	1,1%	4	3,4%
TOTAL	8.504	100%	401	100%	807	100%	116	100%

^a $p<0,001$; ^b $p=0,002$; ^c $p=0,006$; ^d $p=0,014$; ^e $p=0,020$. Nota: Las comparaciones entre las proporciones de las diferentes categorías de columnas. Las letras iguales identifican columnas comparadas y valor de “p”.

La evolución del consumo de alcohol a lo largo de los diferentes cursos académicos permanece estable, no detectándose cambios significativos, ni para el total, ni entre hombres y mujeres.

Figura 45. Evolución del consumo de alcohol por año académico



6.3.1.3. Lugares de consumo de alcohol

Los lugares más frecuentes donde el alumnado de primer curso de la universidad consumió alcohol fueron por orden de frecuencia: bares, fiestas privadas, fiestas universitarias, en otros lugares y en la calle. Los chicos refirieron frecuencias significativamente superiores de consumo en los bares, fiestas privadas, en otros lugares y en la calle.

Tabla 55. Lugar de consumo de alcohol entre el alumnado que ha consumido alguna vez alcohol por sexo (respuesta múltiple. n=9.256)

Lugar de consumo de alcohol	Hombres		Mujeres		Total		p valor
	n	%	n	%	n	%	
Bares	1.783	69,4%	4.406	65,9%	6.189	66,9%	0,001
Fiestas Privadas	1.318	51,3%	3.171	47,4%	4.489	48,5%	0,001
Fiestas universitarias	1.193	46,5%	3.102	46,4%	4.295	46,4%	0,948
En la calle, botellón	1.202	46,8%	2.928	43,8%	4.130	44,6%	0,009
Residencia universitaria	157	6,1%	363	5,4%	520	5,6%	0,199
Otros	603	23,5%	1.391	20,8%	1.994	21,5%	0,005

Cuando se analizó el lugar de consumo, según la orientación sexual declarada (**Tabla 56**), las personas que se declararon bisexuales presentaron mayores prevalencias de consumo en bares y en fiestas privadas que los heterosexuales.

Tabla 56. Lugar de consumo de alcohol entre el alumnado que ha consumido alguna vez alcohol por orientación sexual

Lugar de consumo	Heterosexuales		Homosexuales		Bisexuales		Otra	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Bares	5.299	66,4% ^b	246	66,3%	561	72,9%^b	71	69,6%
Fiestas privadas	3.807	47,7% ^b	193	52%	420	54,5%^b	53	52%
Fiestas universitarias	3.740	46,9%	168	45,3%	322	43,1%	40	39,2%
En la calle, botellón	3.584	44,9%^e	163	43,9%	336	43,6%	32	31,4% ^e
Residencia universitaria	443	5,5%	20	5,4%	51	6,6%	5	4,9%
Otros	1.693	21,2% ^a	79	21,3% ^c	181	23,5% ^d	38	37,3%^{a,c,d}

^ap=0,001; ^bp=0,002; ^cp=0,006; ^dp=0,016; ^ep=0,038. *Nota:* Las comparaciones entre las proporciones de las diferentes categorías de columnas. Las letras iguales identifican columnas comparadas y valor de “p”.

6.3.2. Datos relacionados con el consumo de drogas ilegales

6.3.2.1. Edad de inicio del consumo de drogas ilegales

La edad media de inicio del consumo de cannabis entre los estudiantes de primer año de grado universitario fue de 16,83 años (DS:2,1). El porcentaje de alumnado total que ha iniciado el consumo de cannabis antes de los 15 años es del 9,6% (n=950). Las edades medias de inicio de consumo de las otras drogas ilegales se sitúan entre los 18 y los 20 años.

Tabla 57. Edades de inicio del consumo de drogas ilegales

Droga	Media (años)	Desviación estándar	Percentil 25	Percentil 50	Percentil 75	Valores válidos
Cánnabis	16,82	2,08	16	17	18	4.519
Cocaína	18,79	3,12	17	18	20	387
Éxtasis	18,66	2,96	17	18	20	336
GHB	19,45	3,05	17	19	22	31
Speed	18,71	2,33	17	18	20	317
Alucinógenos	18,75	2,42	17	18	20	283
Heroína	18,67	4	16,75	18	20,25	18
Inhalables	19,06	3,78	17	18	21	65

No existen diferencias significativas entre la edad media de inicio de hombres y de mujeres, salvo para la edad de inicio del consumo de GHB que es significativamente menor ($p=0,038$) en las mujeres con una edad media de 18,21 frente a los 20,47 de los hombres.

El porcentaje de alumnado total que ha **iniciado el consumo de drogas antes de los 15 años**, lo que supone un factor de riesgo para la aparición de problemas relacionados con el consumo, se sitúa entre el 21% de quienes han consumido alguna vez cannabis y el 0% entre quienes han consumido alguna vez GHB.

Tabla 58. Porcentaje de estudiantes que ha iniciado el consumo de drogas ilegales antes de los 15 años

Droga consumida alguna vez	Inicio antes de los 15 años		Inicio después de los 15 años		Valores perdidos		Total casos consumo alguna vez
	n	(%)	n	(%)	n	(%)	
Cánnabis	950	21%	3.559	78,8%	10	0,2%	4.519
Cocaína	30	7,6%	355	89,9%	10	2,5%	395
Éxtasis	22	6,5%	313	92,6%	3	0,9%	338
GHB	0	0%	31	93,9%	2	6,1%	33
Speed	15	4,7%	300	94,3%	3	0,9%	318
Alucinógenos	8	2,8%	275	96,2%	3	1%	286
Heroína	2	10%	16	80%	2	10%	20
Inhalables	8	11,9%	56	83,6%	3	4,5%	67

Al realizar el análisis de las edades de riesgo para hombres y mujeres los porcentajes para todas las drogas ilegales no presentan diferencias significativas.

Respecto a los datos en función del inicio precoz del consumo de alguna droga ilegal (menos de 15 años) y la orientación sexual, sólo se encuentran diferencias significativas para el consumo de cannabis siendo mayor el porcentaje de bisexuales que se inician precozmente frente a los homosexuales (**Tabla 59**).

Tabla 58. Edad de inicio del consumo de drogas ilegales antes de los 15 años por orientación sexual

Droga consumida alguna vez	Heterosexual		Homosexual		Bisexual		Otra	
	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)
Cánnabis	785	20,9%	27	13,7%*	121	25,2%*	17	27,9%
Cocaína	24	7,7%	0	0%	5	13,2%	1	25%
Éxtasis	17	6,3%	0	0%	3	7,5%	2	50%
GHB	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
Speed	13	5%	0	0%	1	3,1%	1	16,7%
Alucinógenos	5	2,3%	0	0%	3	6,4%	0	0%
Heroína	1	9,1%	0	0%	0	0%	1	50%
Inhalables	8	20,5%	0	0%	0	0%	0	0%

*p=0,006

6.3.2.2. Prevalencias de consumo drogas ilegales

Las mayores prevalencias de consumo se encuentran en el consumo de cannabis, seguido del de cocaína, éxtasis y speed. El resto de las drogas ilegales presentan consumos por debajo del 3% en el “consumo alguna vez”, por debajo del 1,5% en los últimos 12 meses y por debajo del 0,5% (**Tabla 59**).

Al realizar el análisis del consumo “alguna vez en la vida”, en “el último año” para hombres y mujeres los porcentajes para todas las drogas ilegales son significativamente superiores entre los chicos.

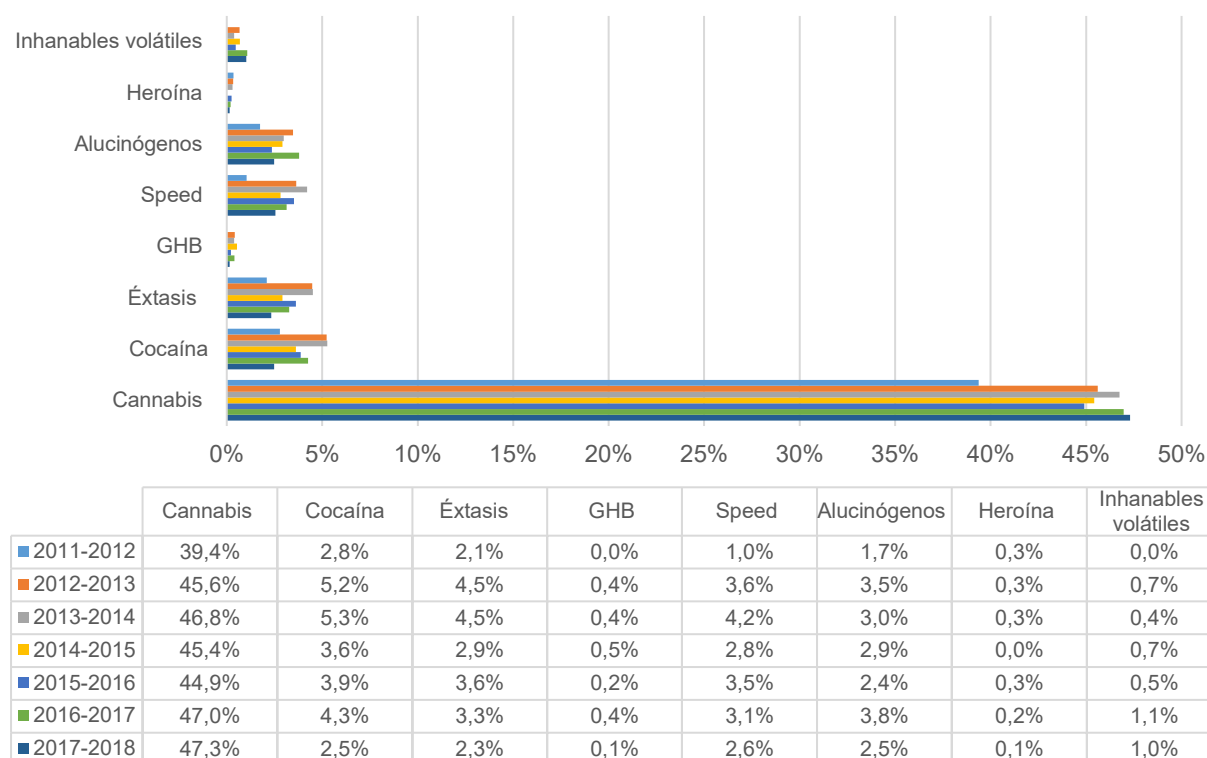
En el caso de los consumos en “el último mes” también son significativamente mayores los consumos entre los chicos. Salvo para los consumos de éxtasis, speed y heroína en los que no se detectan diferencias significativas, aunque hay que indicar que el pequeño número de casos puede condicionar este hecho.

Tabla 60. Prevalencia de consumo de drogas ilegales entre el alumnado de primer curso de grado universitario

Consumo de drogas ilegales		Hombre		Mujer		Total		p valor
		n	%	n	%	n	%	
Alguna vez en la vida	Cannabis	1.405	51,3%	3.114	43,7%	4.519	45,8%	<0,001
	Cocaína	179	6,5%	216	3,0%	395	4,0%	<0,001
	Éxtasis	153	5,6%	185	2,6%	338	3,4%	<0,001
	GHB	18	0,7%	15	0,2%	33	0,3%	0,001
	Speed	134	4,9%	184	2,6%	318	3,2%	<0,001
	Alucinógenos	145	5,3%	141	2,0%	286	2,9%	<0,001
	Heroína	14	0,5%	6	0,1%	20	0,2%	<0,001
	Inhalantes	42	1,5%	25	0,4%	67	0,7%	<0,001
	Cualquiera sin cannabis	304	11,1%	419	5,9%	723	7,3%	<0,001
En el último año	Cannabis	1.000	36,5%	2.031	28,5%	3.031	30,7%	<0,001
	Cocaína	76	2,8%	91	1,3%	167	1,7%	<0,001
	Éxtasis	75	2,7%	88	1,2%	163	1,7%	<0,001
	GHB	7	0,3%	7	0,1%	14	0,1%	0,005
	Speed	62	2,3%	92	1,3%	154	1,6%	<0,001
	Alucinógenos	65	2,4%	76	1,1%	141	1,4%	<0,001
	Heroína	6	0,2%	3	0,0%	9	0,1%	0,017
	Inhalantes	21	0,8%	12	0,2%	33	0,3%	<0,001
	Cualquiera sin cannabis	169	6,2%	226	3,2%	395	4%	<0,001
En los últimos 30 días	Cannabis	521	19,0%	1.024	14,4%	1.545	15,7%	<0,001
	Cocaína	28	1,0%	31	0,4%	59	0,6%	0,001
	Éxtasis	20	0,7%	34	0,5%	54	0,5%	0,169
	GHB	4	0,1%	1	0,0%	5	0,1%	0,023
	Speed	18	0,7%	35	0,5%	53	0,5%	0,391
	Alucinógenos	19	0,7%	14	0,2%	33	0,3%	<0,001
	Heroína	3	0,1%	3	0,0%	6	0,1%	0,357
	Inhalantes	10		3	0,0%	13	0,1%	<0,001
	Cualquiera sin cannabis	61	2,2%	89	1,2%	150	1,5%	<0,001
TOTAL		2.737	100%	7.125	100%	9.862	100%	

El análisis del consumo “*alguna vez en la vida*” a lo largo de los cursos académicos se puede observar que se mantiene estable ya que no se encuentran diferencias significativas, salvo entre los cursos 2021/13 y 2017/18 para la cocaína ($p=0,002$) donde descende su consumo y el de éxtasis ($p=0,001$). Los porcentajes de cannabis se elevan, pero no se detectan diferencias significativas (**Figura 46**).

Figura 46. Evolución del consumo alguna vez en la vida de drogas ilegales por año académico



Tampoco se detectan diferencias en la evolución del consumo “*alguna vez en la vida*” en el caso de los chicos. En el caso de las chicas si se detectan para la cocaína y el éxtasis. En el consumo de cocaína “*alguna vez en la vida*” en mujeres las diferencias se detectan entre las prevalencias de los cursos académicos 2013-14 (5,1%) con 2014-15 (2,5%) ($p=0,023$), con 2015-16 (2,7%) ($p=0,020$) y con 2017-18 (1,9%) ($p=0,002$); en el caso del consumo de éxtasis las diferencias se detectan entre el curso académico 2013-14 (4%) el 2014-15 (1,9%) ($p=0,043$) y el curso 2017-18 (1,6%) ($p=0,034$).

En el caso de los consumos en “*el último año*” y en “*los últimos 30 días*” (**Figuras 47 y 48**) la evolución a lo largo de los cursos académicos permanece estable, no detectándose diferencias significativas para ninguna sustancia psicoactiva. Analizando por sexo la evolución, en el caso de los consumos en “*el último año*” no se detectan diferencias significativas, ni en hombres, no en mujeres. En el caso del consumo en el último mes en hombres no hay diferencias significativas y en mujeres tan solo en el caso del cannabis entre los cursos académicos 2011-12 con una prevalencia del 7,9% y 2012-13 16,4% ($p=0,025$) y con el 2013-14 15,7% ($p=0,047$).

Figura 47. Evolución del consumo en los últimos 12 meses de drogas ilegales por año académico

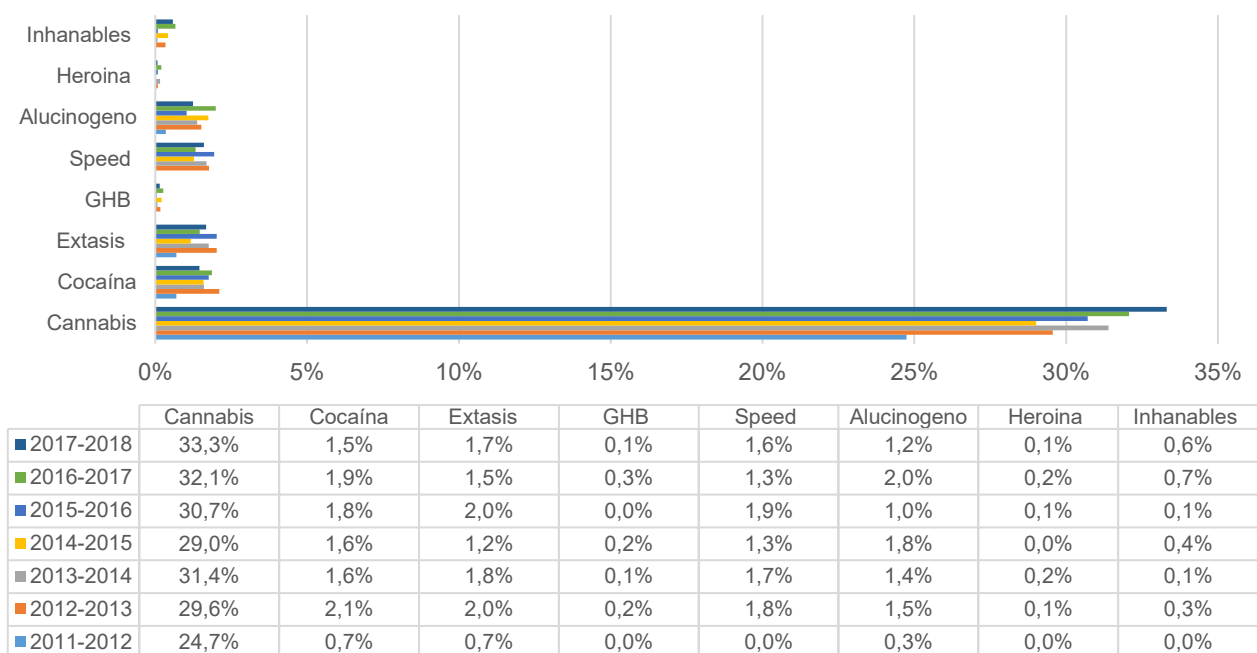
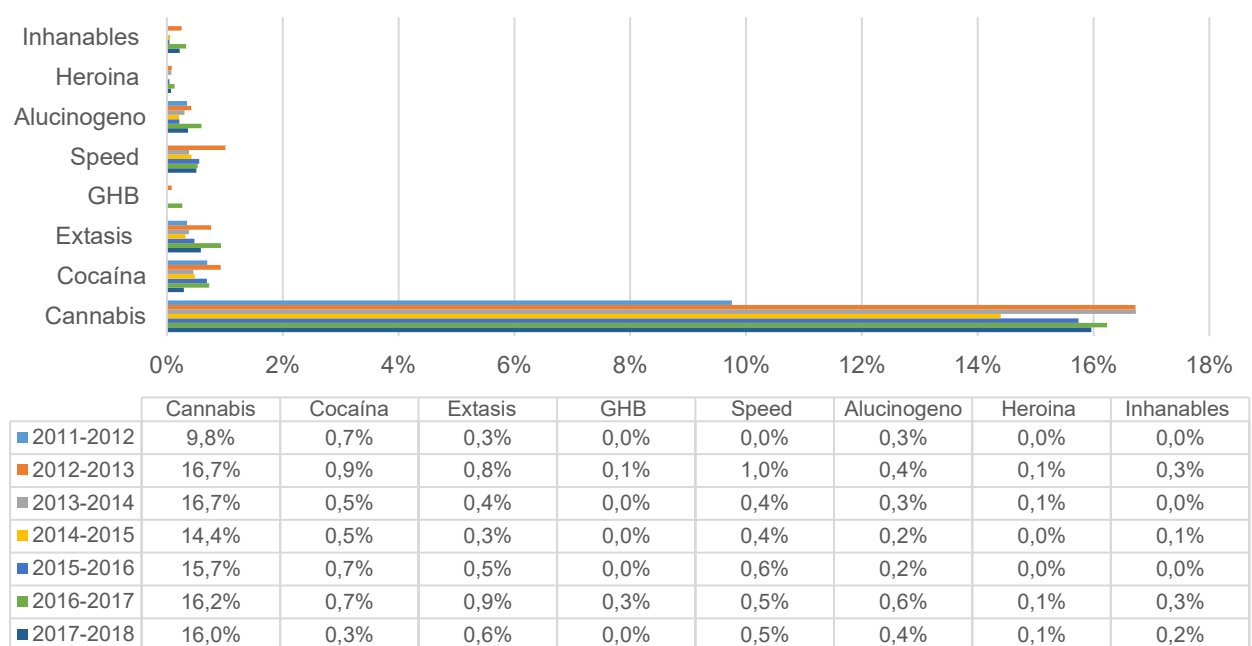


Figura 48. Evolución del consumo en los últimos 30 días de drogas ilegales por año académico



El consumo de drogas ilegales según la orientación sexual es significativamente superior entre quienes se declaran homosexuales y bisexuales frente a los heterosexuales en las drogas de mayor consumo (cannabis, cocaína y en la asociación de todas las drogas exceptuando el cannabis).

Los homosexuales consumen “*alguna vez en la vida*” más cocaína (8%), éxtasis (5,7%) y GHB (2%) y los bisexuales más cannabis (59,6%) y alucinógenos (5,8%). En los consumos en “*los últimos 30 días*” se mantienen las diferencias, en especial en el cannabis que es más frecuente entre los bisexuales (45,6%), y la cocaína en homosexuales (4,2%).

Tabla 61. Consumo de drogas ilegales por orientación sexual

Consumo de drogas ilegales		Heterosexuales		Homosexuales		Bisexuales		Otra	
		n	%	n	%	n	%	n	%
Consumo alguna vez en la vida	Cannabis	3.766	44,3% ^a	198	49,4% ^b	481	59,6% ^{a,b}	63	54,3
	Cocaína	318	3,7% ^a	32	8% ^a	40	5%	5	4,3
	Éxtasis	270	3,2% ^{g,h}	23	5,7% ^g	40	5% ^h	5	4,3%
	GHB	18	0,2% ^{a,f}	8	2% ^a	6	0,7% ^f	1	0,9%
	Speed o anfetaminas	258	3%	20	5%	32	4%	8	6,9%
	Alucinógenos	217	2,6% ^a	16	4%	47	5,8% ^a	6	5,2%
	Heroína	11	0,1%	6	1,5%	0	0%	3	2,6%
	Inhalables volátiles	40	0,5%	14	3,5%	11	1,4%	2	1,7%
	Cualquiera sin cannabis	580	6,8% ^b	47	11,7% ^b	84	10,4% ^b	12	10,3%
Consumo en los 12 meses	Cannabis	2.477	29,1% ^{a,i}	132	32,9% ^a	368	45,6% ^a	47	40,5% ⁱ
	Cocaína	126	1,5% ^a	17	4,2% ^a	20	2,5%	4	3,4%
	Éxtasis	125	1,5% ^d	9	2,2%	24	3% ^d	5	4,3%
	GHB	5	0,1%	6	1,5%	2	0,2%	1	0,9%
	Speed o anfetaminas	119	1,4% ^{b,i}	8	2%	21	2,6% ⁱ	6	5,2% ^b
	Alucinógenos	103	1,2% ^a	8	2%	25	3,1% ^a	5	4,3%
	Heroína	3	0%	4	1%	0	0%	2	1,7%
	Inhalables volátiles	11	0,1%	11	2,7%	9	1,1%	2	1,7%
	Cualquiera sin cannabis	294	3,5% ^a	32	8% ^a	61	7,6% ^a	8	6,9%
Consumo en los últimos 30 días	Cannabis	1.247	14,7% ^a	77	19,2%	193	23,9% ^a	25	21,6%
	Cocaína	42	0,5% ^b	8	2% ^b	6	0,7%	3	2,6%
	Éxtasis	40	0,5%	3	0,7%	8	1%	3	2,6%
	GHB	1	0%	3	0,7%	0	1%	1	0,9%
	Speed o anfetaminas	38	0,4%	3	0,7%	8	0,7%	4	3,4%
	Alucinógenos	19	0,2%	3	0,7%	8	0,7%	3	2,6%
	Heroína	2	0%	2	0,5%	0	1%	2	1,7%
	Inhalables volátiles	2	0%	8	2%	1	0,1%	2	1,7%
	Cualquiera sin cannabis	106	1,2% ^b	13	3,2% ^b	20	3% ^a	7	6%

^ap<0,001; ^bp=0,004; ^cp=0,006; ^dp=0,007; ^ep=0,017 ^fp=0,026; ^gp=0,030; ^hp=0,042; ⁱp=0,044. *Nota:* Las comparaciones entre las proporciones de las diferentes categorías de columnas. Las letras iguales identifican columnas comparadas y valor de “p”.

Por último, es necesario indicar que del alumnado que contesta a la pregunta del consumo “*alguna vez en la vida*” drogas ilegales (total=4.543; hombres= 1.416; mujeres=3.127) el 15,81% son **policonsumidores** de más de una sustancia (hombres 21,68% y mujeres 13,18%). Las combinaciones más frecuentes cannabis y alucinógenos (n=95) cannabis y cocaína (n= 80), cannabis y éxtasis (n=64), cannabis y speed (n=56) y cannabis, cocaína y speed (n=43).

6.3.2.3. Lugares de consumo de drogas ilegales

Los lugares más frecuentes donde refirieron consumo cannabis, cocaína, éxtasis, GHB y speed fue en fiestas privadas, seguido de “*en otros lugares*”. En cambio, el consumo de alucinógenos y heroína sucedió principalmente “*en otros lugares*”, seguido de los bares y, el de inhalantes por igual en fiestas privadas y “*en otros lugares*”.

Los hombres consumen cannabis significativamente más en todas las categorías que las mujeres, salvo el consumo en el coche y “*en otros lugares*”. Para la cocaína sólo se encuentran diferencias significativas en el consumo en las fiestas. En el consumo de éxtasis las diferencias se encuentran en los bares y en las fiestas universitarias y, para los alucinógenos en las fiestas. Para el GHB, la heroína y los inhalables no se detectan diferencias significativas entre hombres y mujeres.

Tabla 62. Lugar de consumo entre el alumnado que ha consumido alguna vez cada sustancia psicoactiva ilegal

Sustancia psicoactiva ilegal		Bar restaurante	Propia vivienda	Coche	Fiestas universitarias	Residencia universitaria	Fiestas privadas	otros
Cannabis	n	402	1. 273	456	836	278	2.151	2.118
	%	8,9%	28,2%	10,1%	18,5%	6,2%	47,6%	46,9%
Cocaína	n	5	71	85	46	6	212	140
	%	1,3%	18%	21,5%	11,6%	1,5%	53,7%	35,4%
Éxtasis	n	69	44	36	52	7	185	152
	%	20,4%	13%	10,7%	15,4%	2,1%	54,7%	45%
GHB	n	7	3	5	6	1	26	10
	%	21,2%	9,1%	15,2%	18,2%	3%	78,8%	30,3%
Speed	n	64	45	46	37	7	176	140
	%	20,1%	14,2%	14,5%	11,6%	2,2%	55,3%	44%
Alucinógenos	n	21	54	10	16	8	129	154
	%	7,3%	18,9%	3,5%	5,6%	2,8%	45,1%	53,8%
Heroína	n	4	8	6	4	2	9	10
	%	20%	40%	30%	20%	10%	45%	50%

Inhalables volátiles	n	8	13	5	6	1	32	32
	%	11,9%	19,4%	7,5%	9%	1,5%	47,8%	47,8%
Sustancia psicoactiva ilegal		Bar restaurante	Propia vivienda	Coche	Fiestas universitarias	Residencia universitaria	Fiestas privadas	otros
Hombres								
Cannabis	n	151	434	153	349	103	739	678
	%	10,7% ^c	30,9% ^d	10,9%	24,8% ^a	7,3% ^k	52,6% ^a	48,3%
Cocaína	n	2	33	41	28	5	100	65
	%	1,1%	18,4%	22,9%	15,6% ^j	2,8%	55,9%	36,3%
Éxtasis	n	40	18	18	34	4	81	71
	%	26,1% ^g	11,8%	11,8%	22,2% ^b	2,6%	52,9%	46,4%
GHB	n	3	2	3	4	0	16	5
	%	16,7%	11,1%	16,7%	22,2%	0%	88,9%	27,8%
Speed	n	35	16	21	21	4	85	57
	%	26,1% ^h	11,9%	15,7%	15,7% ^f	3%	63,4%	42,5%
Alucinógenos	n	13	28	7	13	6	63	80
	%	9%	19,3%	4,8%	9% ^e	4,1%	43,4%	55,2%
Heroína	n	4	7	5	3	1	7	7
	%	28,6%	50%	35,7%	21,4%	7,1%	50%	50%
Inhalables volátiles	n	6	9	4	4	1	19	23
	%	14,3%	21,4%	9,5%	9,5%	2,4%	45,2%	54,8%
Sustancia psicoactiva ilegal		Bar restaurante	Propia vivienda	Coche	Fiestas universitarias	Residencia universitaria	Fiestas privadas	otros
Mujeres								
Cannabis	n	251	839	303	487	175	1.412	1.440
	%	8,1% ^c	26,9% ^d	9,7%	15,6% ^a	5,6% ^k	45,3% ^a	46,2%
Cocaína	n	3	38	44	18	1	112	75
	%	1,4%	17,6%	20,4%	8,3% ^j	0,5%	51,9%	34,7%
Éxtasis	n	29	26	18	18	3	104	81
	%	15,7% ^g	14,1%	9,7%	9,7% ^b	1,6%	56,2%	43,8%
GHB	n	4	1	2	2	1	10	5
	%	26,7%	6,7%	13,3%	13,3%	6,7%	66,7%	33,3%
Speed	n	29	29	25	16	3	91	83
	%	15,8% ^h	15,8%	13,6%	8,7% ^f	1,6%	49,5%	45,1%
Alucinógenos	n	8	26	3	3	2	66	74
	%	5,7%	18,4%	2,1%	2,1% ^e	1,4%	46,8%	52,5%
Heroína	n	0	1	1	1	1	2	3
	%	0%	16,7%	16,7%	16,7%	16,7%	33,3%	50%
Inhalables volátiles	n	2	4	1	2	0	13	9
	%	8%	16%	4%	8%	0%	52%	36%

Comparación entre las filas correspondientes a las diferencias entre los porcentajes de hombres y mujeres para cada categoría ^ap<0,001; ^bp= 0,002; ^cp= 0,003; ^dp=0,006; ^ep= 0,012; ^fp= 0,013; ^gp= 0,017; ^hp= 0,023; ⁱp= 0,023; ^jp= 0,024; ^kp= 0,027.

Los resultados del análisis de los lugares de consumo y la orientación sexual indica que para el cannabis el consumo en bisexuales es significativamente superior al de los heterosexuales en los bares y restaurantes 12,7% frente a 8,3% (p=0,009), en la propia vivienda 37,6% frente a 26,9% (p<0,001) y en las fiestas privadas 53% frente a 46,5% (p=0,041), mientras que los homosexuales consumen con más frecuencia cannabis que los bisexuales en las residencias universitarias (p=0,029) 11,1% frente a 10,6%. En el caso de la cocaína sólo hay diferencias significativas (p=0,040) entre heterosexuales y bisexuales para el

consumo en bares 5% frente al 0,6%. No se encuentran diferencias significativas para el resto de las sustancias.

6.4. Conductas sexuales de riesgo asociadas al consumo de sustancias en los últimos 12 meses (no utilización del preservativo, acoso sexual, acosar sexualmente)

Para realizar este análisis se ha utilizado la población que indicó los consumos a los que se hace referencia la pregunta del cuestionario “¿has experimentado lo siguiente al beber o consumir una droga en el último año?”.

Es importante tener en cuenta que la pregunta sobre las consecuencias negativas del consumo de alcohol u otra droga hace referencia al último año. De los 8.941 casos que habían consumido alcohol u otra droga en los últimos 12 meses y que podían contestar a la pregunta sobre las conductas sexuales de riesgo relacionadas con el consumo de sustancias sólo quedaron fuera del estudio, el 0,4% que no había consumido alcohol. Los ítems de las conductas sexuales de riesgo analizados fueron: no utilización del preservativo, acoso sexual, aprovecharse sexualmente de alguien.

6.4.1. Conductas sexuales de riesgo y consumo de alcohol

Se analizan (**Tabla 63**) los principales tipos de consumo de alcohol que puede tener relación con este tipo de conductas de riesgo, siendo los siguientes: consumo de alcohol en los últimos 12 meses (n=8.902); borracheras en los últimos 12 meses (n=6.003) y consumo en atracón o “*binge drinking*” en “los últimos 30 días” (n=4.828).

En la **Tabla 63** se puede observar como el sexo sin protección y sufrir abuso sexual fue significativamente superior para los tres tipos de consumo de alcohol analizados y aumenta en función de la intensidad de los consumos. Sin embargo, el aprovecharse sexualmente de alguien sólo es superior entre quienes tienen borracheras y consumos en “*binge drinking*”.

Al realizar el análisis teniendo en cuenta el sexo se observa que para los hombres las diferencias fueron significativamente mayores entre los consumidores sólo

para el sexo sin protección en las tres categorías de consumo y para aprovecharse sexualmente de alguien cuando tuvieron consumo en “*binge drinking*”.

En las mujeres las consumidoras de las tres categorías tuvieron significativamente más sexo sin protección y sufrieron más agresiones sexuales, mientras que sólo fue superior el porcentaje de mujeres que refirió aprovecharse de alguien entre quienes tuvieron borracheras en los últimos 12 meses.

Tabla 63. Conductas sexuales de riesgo asociadas al consumo de alcohol y borracheras en los últimos 12 meses y consumo en “*binge drinking*” en los últimos 30 días para el total de alumnado, y por sexo

Conducta sexual de riesgo Total alumnado	Consumo 12 meses		Borracheras 12 meses		“ <i>Binge drinking</i> ” últimos 30 días	
	Sí	No	Sí	No	Sí	No
Sexo sin protección	11,5% ^a	2,1%	15,7% ^a	2,8%	17,1% ^a	5%
Sufrir abuso sexual	1,4% ^d	0,5%	1,9% ^a	0,4%	1,9% ^a	0,9%
Aprovecharse sexualmente de alguien	0,5%	0,6%	0,7% ^a	0,1%	0,7% ^e	0,3%
Conducta sexual de riesgo Hombres	Consumo 12 meses		Borracheras 12 meses		“ <i>Binge drinking</i> ” últimos 30 días	
	Sí	No	Sí	No	Sí	No
Sexo sin protección	11,3% ^a	3,4%	14,6% ^a	3,1%	17% ^a	4,6%
Sufrir abuso sexual	0,9%	1,1%	1,1%	0,4%	1,1%	0,6%
Aprovecharse sexualmente de alguien	0,9%	1,5%	1,2%	0,6%	1,4% ^f	0,6% ^f
Conducta sexual de riesgo Mujeres	Consumo 12 meses		Borracheras 12 meses		“ <i>Binge drinking</i> ” últimos 30 días	
	Sí	No	Sí	No	Sí	No
Sexo sin protección	11,6% ^a	1,6% ^a	16,2% ^a	2,5% ^a	17,1% ^a	4,3% ^a
Sufrir abuso sexual	1,7% ^b	0,3% ^b	2,2% ^a	0,5% ^a	2,2% ^a	0,9% ^a
Aprovecharse sexualmente de alguien	0,4%	0,3%	0,5% ^c	0,1% ^c	0,5%	0,3%

^ap<0,001; ^bp=0,005 ^cp=0,009; ^dp=0,019; ^ep=0,027; ^fp= 0,049. Nota: Las comparaciones entre las proporciones de las tres categorías de columnas (Sí/No). Las letras identifican el valor de “p”.

Comparando los porcentajes entre hombres y mujeres no hay diferencias significativas en tener sexo sin protección en los tres tipos de consumos de alcohol.

Sin embargo, si existen diferencias significativas tanto para quienes consumieron alcohol en “*los últimos 12 meses*”, como quienes había tenido borracheras en “*los últimos 12 meses*” y consumo en “*binge drinking*” en “*los últimos 30 días*”, de manera que las chicas presentaron significativamente más abusos sexuales, mientras que los chicos se aprovecharon sexualmente de alguien con más frecuencia.

En el análisis en función de la orientación sexual según se puede ver en la **Tabla 64** los homosexuales que consumieron alcohol en “*los últimos 12 meses*” refirieron

significativamente más sexo sin protección, mientras que los bisexuales sufrieron más abusos sexuales y quienes declararon “*otra orientación sexual*” fueron quienes más se aprovecharon sexualmente de alguien.

Tabla 64. Conductas sexuales de riesgo asociadas al consumo de alcohol en los últimos 12 meses, a las borracheras y al consumo en “binge drinking” según la orientación sexual

Conducta sexual de riesgo en consumidores de alcohol en los últimos 12 meses	Heterosexuales	Homosexuales	Bisexuales	Otra
Sexo sin protección	11,1% ^{d,e}	16,1% ^d	14,6% ^e	7,4%
Sufrir abuso sexual	0,9% ^{a,c}	2,8% ^c	5,9% ^a	2,1%
Aprovecharse sexualmente de alguien	0,4% ^a	2% ^a	0,9%	3,2% ^a
Conducta sexual de riesgo y borracheras en los últimos 12 meses	Heterosexuales	Homosexuales	Bisexuales	Otra
Sexo sin protección	15,4%	19,1%	18,4%	11,5%
Sufrir abuso sexual	1,2% ^a	3,1%	7,3% ^a	3,3%
Aprovecharse sexualmente de alguien	0,6% ^{i,j}	1,9% ^j	1,3%	3,3% ⁱ
Conducta sexual de riesgo y consumo en “binge drinking” en el último mes	Heterosexuales	Homosexuales	Bisexuales	Otra
Sexo sin protección	16,4% ^{e,g}	24,4% ^g	22,1% ^e	13,3%
Sufrir abuso sexual	1,2% ^a	2,8% ^h	8,3% ^{a,h}	0%
Aprovecharse sexualmente de alguien	0,6% ^{b,d}	2,8% ^b	1%	4,4% ^d

^ap<0,001; ^bp=0,001; ^cp=0,003; ^dp=0,004 ^ep=0,022; ^fp=0,023; ^gp=0,028; ^hp=0,038 ⁱp=0,039; ^jp=0,040. *Nota:* Las comparaciones entre las proporciones de las diferentes categorías de columnas. Las letras iguales identifican columnas comparadas y valor de “p”.

Entre quienes declararon tener “*borracheras en los últimos 12 meses*”, presentaron más conductas sexuales de riesgo que los que consumieron alcohol “*los últimos 12 meses*”. No se detectaron diferencias en función de la orientación sexual en el sexo sin protección. Respecto a quienes sufrieron abusos sexuales los bisexuales lo sufrieron en mayor medida que los heterosexuales. Los que más refirieron aprovecharse sexualmente de alguien fueron quienes declararon “*otra orientación sexual*”.

El alumnado que refirió consumir en “*binge drinking*” en “*los últimos 30 días*” refirió más conductas de riesgo que quienes tuvieron “*borracheras en los últimos 12 meses*”. En este grupo de consumo, los homosexuales declararon más sexo sin protección, mientras que los abusos sexuales como en las otras categorías fueron más frecuentes entre los bisexuales. Por último, aprovecharse sexualmente de alguien fue más frecuente entre los de “*otra orientación sexual*” y los homosexuales.

6.4.2. Conductas sexuales de riesgo, consumo de cannabis y otras drogas ilegales

Este apartado se ha analizado de forma conjunta debido a la baja frecuencia de consumo de otras drogas ilegales diferentes del cannabis. Todas las conductas sexuales de riesgo han sido más frecuentes entre quienes consumieron “en los últimos 12 meses” cannabis y aún más frecuente entre quienes consumieron otras drogas ilegales. Estas diferencias significativas suceden igualmente entre el alumnado masculino y el femenino.

Tabla 65. Conductas sexuales de riesgo asociadas al consumo de cannabis y otras drogas ilegales en los últimos 12 meses

Conducta sexual de riesgo	Consumo cannabis		Consumo otras drogas ilegales	
	Sí	No	Sí	No
Total alumnado				
Sexo sin protección	19,7% ^a	6,6% ^a	35,2% ^a	9,6% ^a
Sufrir abuso sexual	2,4% ^a	0,9% ^a	6,8% ^a	1,1% ^a
Aprovecharse sexualmente de alguien	1,2% ^a	0,3% ^a	3% ^a	0,4% ^a
Conducta sexual de riesgo Hombres	Consumo cannabis		Consumo otras drogas ilegales	
	Sí	No	Sí	No
Sexo sin protección	18,5% ^a	6% ^a	34,9% ^a	9% ^a
Sufrir abuso sexual	1,5% ^c	0,5% ^c	6,5% ^a	0,5% ^a
Aprovecharse sexualmente de alguien	1,8% ^b	0,5% ^b	4,7% ^a	0,7% ^a
Conducta sexual de riesgo Mujeres	Consumo 12 meses cannabis		Consumo 12 meses otras drogas ilegales	
	Sí	No	Sí	No
Sexo sin protección	20,2% ^a	6,8% ^a	35,4% ^a	9,8% ^a
Sufrir abuso sexual	2,9% ^a	1% ^a	7,1% ^a	1,3% ^a
Aprovecharse sexualmente de alguien	0,8% ^a	0,2% ^a	1,8% ^a	0,3% ^a

^ap<0,001; ^bp=0,001 ^cp=0,008. Nota: Las comparaciones entre las proporciones de las tres categorías de columnas (Sí/No). Las letras identifican el valor de “p”.

En el análisis por sexo entre quienes consumieron cannabis “los últimos 12 meses”, se detectaron diferencias significativas en el caso de “sufrir abuso sexual”; siendo superior entre las mujeres (p=0,022) y también el “aprovecharse sexualmente de alguien”, cuyo porcentaje fue superior entre los hombres (p=0,020).

En el caso del consumo de otras drogas ilegales “los últimos 12 meses” no se han detectado diferencias significativas por sexo en ninguna de las tres conductas, aunque no hay que obviar que el número de casos que presentan dichas conductas es muy bajo (<7).

Si se tiene en cuenta la orientación sexual se puede observar en la **Tabla 66** como los porcentajes de conductas sexuales de riesgo relacionadas con el consumo de

cannabis “los últimos 12 meses” fueron inferiores a los de quienes consumieron otras drogas ilegales “en el último año”. El “sexo sin protección” no presenta diferencias según la orientación sexual en ninguno de los dos grupos de consumidores. Sin embargo, el “abuso sexual” es superior entre quienes han consumido tanto cannabis como otras drogas ilegales, y se declaran bisexuales y homosexuales frente a heterosexuales “aprovecharse sexualmente de alguien” entre quienes refieren “otra orientación sexual” comparando con los grupos de heterosexuales y homosexuales, para el cannabis, y los heterosexuales y bisexuales para las otras drogas ilegales.

Tabla 66. Conductas sexuales de riesgo asociadas al consumo de cannabis y otras drogas ilegales en los últimos 12 meses, según la orientación sexual

Conducta sexual de riesgo en consumidores de cánnabis en los últimos 12 meses	Heterosexuales	Homosexuales	Bisexuales	Otra
Sexo sin protección	19,3%	25,8%	21,2%	10,6%
Sufrir abuso sexual	1,6% ^{a,d}	5,3% ^d	6,5% ^a	4,3%
Aprovecharse sexualmente de alguien	0,9% ^a	3% ^b	1,1%	8,5% ^{a,b}
Conducta sexual de riesgo y consumo de otras drogas ilegales en los últimos 12 meses	Heterosexuales	Homosexuales	Bisexuales	Otra
Sexo sin protección	33,7%	50%	36,1%	25%
Sufrir abuso sexual	3,1% ^{a,c}	15,6% ^c	19,7% ^a	12,5%
Aprovecharse sexualmente de alguien	2% ^a	9,4%	1,6% ^e	25% ^{a,e}

^ap<0,001; ^bp=0,003; ^cp=0,005; ^dp=0,011 ^ep=0,014. Nota: Las comparaciones entre las proporciones de las diferentes categorías de columnas. Las letras iguales identifican columnas comparadas y valor de “p”.

6.5. Regresión logística sobre las conductas sexuales de riesgo (no uso del preservativo, utilización de la píldora del día después e ITS)

Las conductas sexuales de riesgo o sus consecuencias (variables dependientes) que se analizaron fueron las siguientes: relaciones sexuales (RS) sin protección alguna vez; haber tenido una Infección de transmisión sexual (ITS) alguna vez y utilización de la píldora postcoital en los últimos 12 meses.

Se planteó aplicar la regresión logística de forma independiente para hombres y mujeres, dadas las diferencias que se habían encontrado a lo largo del estudio.

La población utilizada estaba condicionada por las variables incluidas en el modelo ya que varias se refieren a “los últimos 12 meses”, por lo tanto, se ha utilizado la población de alumnos y alumnas que habían mantenido relaciones sexuales (RS) y/o prácticas sexuales (PS) en “los últimos 12 meses” (total: 7.101; hombres: 1.909; mujeres: 5.192).

Se incorporaron en el modelo de regresión logística binaria las siguientes variables independientes (**Tablas 67 a 72**): edad (<21; ≥21 años); estado civil (casado/pareja de hecho; otros); ocupación (estudia solo; trabaja o busca trabajo y estudia); residencia fuera de casa (sí/no); titulación sanitaria (sí/no); orientación sexual (heterosexual, homosexual, bisexual, otra); edad de inicio de las RS antes de los 15 años (sí/no); frecuencia de riesgo de RS en “los últimos 12 meses” (>1 semana: sí/no); nº de parejas sexuales de riesgo en RS/PS “los últimos 12 meses” (≥3: sí/no); edad inicio de consumo alcohol antes de los 15 años (sí/no); consumo de alcohol “últimos 30 días”; borracheras en “los últimos 12 meses” (sí/no); “binge drinking” (≥4 ♀, ≥5 ♂) “en el último mes” (sí/no), AUDIT riesgo (≥6 ♀; ≥8 ♂) (sí/no); edad inicio de consumo cannabis antes de los 15 años (sí/no), consumo de cannabis “últimos 30 días” (sí/no); edad inicio de consumo otras drogas ilegales antes de los 15 años (sí/no) y consumo de otras drogas ilegales “últimos 30 días” (sí/no). De estas variables sólo unas quedaron en el modelo de regresión logística múltiple final para cada variable dependiente analizada (**Tablas 67 a 72**).

6.5.1. Relaciones sexuales sin protección alguna vez

En la regresión logística en los hombres, las siguientes variables presentaron significación en el modelo bivariante, pero salieron del modelo multivariante (**Tabla 67**): estudiar y trabajar y declarase homosexual.

El modelo final identificó como factores de riesgo (**Tabla 67**) para la conducta de riesgo *relaciones sexuales sin protección alguna vez* las siguientes variables:

- Los hombres que tenían 21 o más años presentaron un 79% más de riesgo que los menores de 21 años.
- Los alumnos que estaban casado o con pareja de hecho tuvieron un 136% más riesgo de presentar RS sin protección.
- Los alumnos que tuvieron RS con una frecuencia mayor a 1 a la semana presentaron 72% más de riesgo que quienes las tenían con menos frecuencia de RS.

Por último, el modelo (**Tabla 67**) señaló como factor de protección en los hombres vivir fuera de casa que disminuía el riesgo de la conducta en un 15,1%.

Tabla 67. Resultados de la regresión logística para las relaciones sexuales sin protección alguna vez en hombres

Conductas Sexuales de riesgo	Relaciones sexuales sin protección alguna vez			
Análisis	Análisis bivariado OR cruda		Análisis multivariable OR ajustada	
Variables	OR	IC 95%	OR	IC 95%
Edad (≥ 21 años)	1,686	1,337 - 2,126	1,790	1,380 - 2,320
Estado civil (casado/pareja de hecho)	2,366	1,587 - 3,527	2,017	1,335 - 3,045
Ocupación (categoría comparación sólo estudia)				
<i>Estudia y busca trabajo</i>	1,214	0,948 - 1,554	-	-
<i>Estudia y trabaja</i>	2,065	1,460 - 2,920	-	-
Vivir fuera de casa	0,849	0,688 - 1,047	0,774	0,615 - 0,973
Titulación no sanitaria	1,070	0,849 - 1,347	-	-
Orientación sexual (categoría comparación heterosexual)				
<i>Homosexual</i>	1,655	1,130 - 2,424	-	-
<i>Bisexual</i>	1,124	0,720 - 1,757	-	-
<i>Otra</i>	1,047	0,282 - 3,886	-	-
Edad inicio de RS <15 años	1,400	0,962 - 2,038	-	-
Frecuencia de riesgo RS/PS en los últimos 12 meses (>1 /semana)	1,718	1,290 - 2,287	1,465	1,089 - 1,972
Nº de parejas sexuales de riesgo en RS/PS los últimos 12 meses (≥ 3)	1,056	0,807 - 1,382	-	-
Edad inicio consumo alcohol <15 años	1,154	0,922 - 1,446	-	-
Consumo de alcohol últimos 30 días	1,104	0,833 - 1,462	-	-
Borracheras en los últimos 12 meses	1,053	0,841 - 1,319	-	-
<i>"Binge drinking"</i> en el último mes (≥ 4 ♀, ≥ 5 ♂)	1,115	0,906 - 1,372	-	-
AUDIT riesgo (≥ 6 ♀; ≥ 8 ♂)	1,023	0,819 - 1,279	-	-
Edad inicio consumo cannabis <15 años	1,383	0,999 - 1,916	-	-
Consumo de cannabis últimos 30 días	1,048	0,814 - 1,348	-	-
Edad inicio consumo otras drogas ilegales <15 años	1,772	0,514 - 6,106	-	-
Consumo de otras drogas ilegales últimos 30 días	2,104	0,990 - 4,471	-	-

En el caso de las mujeres, las siguientes variables presentaron significación en el modelo bivalente, pero salieron del modelo multivalente (**Tabla 67**): estudiar y buscar trabajo, inicio del consumo de drogas ilegales (sin cannabis) antes de los 15 años. Sin embargo, entra en el modelo número de parejas sexuales ≥ 3 "en el último año".

El modelo final identificó como factores de riesgo (**Tabla 67**) para la conducta de riesgo relaciones sexuales sin protección alguna vez las siguientes variables:

- las mujeres que tenían 21 o más años presentaban un 45% más de riesgo que las menores de 21 años.
- las alumnas que estaban casadas o con pareja de hecho tuvieron un 43% más de riesgo de presentar RS sin protección.

- las alumnas que estudiaban y trabajaban tuvieron un 47% más de riesgo que quienes sólo estudiaban.
- quienes tuvieron relaciones sexuales antes de los 15 años presentaron un 50% más de riesgo que las demás.
- Las chicas que tuvieron RS con una frecuencia mayor a 1 a la semana presentan 54% más de riesgo que quienes tienen menos frecuencia de RS.
- Las chicas que habían iniciado el consumo de cannabis antes de los 15 años presentaron un 93% más de riesgo que las que lo habían hecho posteriormente.
- Quienes habían consumido cánnabis en “*los últimos 30 días*” presentaban un 33% más de riesgo de tener RS sin protección.

Por último, el modelo señaló como factor de protección (**Tabla 68**) entre las mujeres:

- Quienes tuvieron más de 3 parejas en los “*los últimos 12 meses*” presentaron un 19,5% menos de riesgo de tener RS sin protección.
- Quienes tuvieron consumo en atracón en “*los últimos 30 días*” presentaron un 26,2% menos de riesgo de tener una RS sin protección “*alguna vez*”.

Tabla 68. Resultados de la regresión logística para las relaciones sexuales sin protección alguna vez en mujeres

Conductas sexuales de riesgo	Relaciones sexuales sin protección alguna vez			
Análisis	Análisis bivariado OR cruda		Análisis multivariable OR ajustada	
Variables	OR	IC 95%	OR	IC 95%
Edad (≥ 21 años)	1,626	1,383 - 1,912	1,445	1,201 - 1,739
Estado civil (casado/pareja de hecho)	1,738	1,352 - 2,234	1,425	1,101 - 1,844
Ocupación (categoría comparación sólo estudia)				
<i>Estudia y busca trabajo</i>	1,262	1,080 - 1,473	1,055	0,890 - 1,251
<i>Estudia y trabaja</i>	1,859	1,462 - 2,364	1,473	1,125 - 1,929
Vivir fuera de casa	0,906	0,792 - 1,037	-	-
Titulación no sanitaria	0,988	0,859 - 1,136	-	-
Orientación sexual (categoría comparación heterosexual)				
<i>Homosexual</i>	1,261	0,764 - 2,083	-	-
<i>Bisexual</i>	0,883	0,709 - 1,100	-	-
<i>Otra</i>	1,316	0,639 - 2,709	-	-
Edad inicio de RS <15 años	1,704	1,344 - 2,162	1,500	1,164 - 1,934
Frecuencia de riesgo RS/PS en los últimos 12 meses (>1 /semana)	1,753	1,487 - 2,067	1,543	1,301 - 1,830
Nº de parejas sexuales de riesgo en RS/PS los últimos 12 meses (≥ 3)	0,845	0,711 - 1,004	0,805	0,668 - 0,970
Edad inicio consumo alcohol <15 años	1,130	0,981 - 1,302	-	-

Consumo de alcohol últimos 30 días	0,866	0,726 - 1,032	-	-
Borracheras en los últimos 12 meses	0,970	0,843 – 1,115	-	-
“Binge drinking” en el último mes (≥ 4 ♀, ≥ 5 ♂)	0,798	0,698 – 0,913	0,738	0,637 - 0,856
AUDIT riesgo (≥ 6 ♀; ≥ 8 ♂)	0,903	0,787 – 1,036	-	-
Edad inicio consumo cannabis <15 años	1,948	1,520 - 2,496	1,929	1,462 - 2,545
Consumo de cannabis últimos 30 días	1,335	1,108 - 1,609	1,326	1,080 - 1,627
Edad inicio consumo otras drogas ilegales <15 años	8,916	1,217 - 65,321	-	-
Consumo de otras drogas ilegales últimos 30 días	4,553	1,841 - 11, 263	3,377	1,345 - 8,479

6.5.2. Infecciones de transmisión sexual alguna vez en la vida

En la regresión logística en los hombres, las siguientes variables presentaron significación en el modelo bivariante, pero salieron del modelo multivariante (**Tabla 69**): estudiar y buscar trabajo; otra orientación sexual, inició del consumo de alcohol y cannabis antes de los 15 años y consumo de cannabis “*en los últimos 30 días*”.

El modelo final identificó como factores de riesgo (**Tabla 69**) para la conducta de riesgo *infecciones de transmisión sexual alguna vez en la vida* las siguientes variables:

- Los hombres que tenían 21 o más años presentaron un 176,1% más de riesgo de *haber tenido una ITS* que los menores de 21 años.
- Los alumnos que estudiaban y trabajaban tuvieron un 103,4% más riesgo que quienes estudiaban sólo.
- Los varones que se declararon homosexuales tuvieron 271,1% más de riesgo de *ITS* que quienes se declararon heterosexuales.
- Los hombres que tuvieron 3 o más parejas sexuales en los últimos 12 meses presentaron un 79,4% más de riesgo que quienes tuvieron menos parejas.
- Quienes tuvieron un consumo de alcohol de riesgo, según AUDIT, presentaron un 99,9% más riesgo que quienes no lo tuvieron.
- En el caso de los varones que habían consumido drogas ilegales, que no fuera cannabis, en los últimos 30 días, presentaron 163,7% más de riesgo que quienes no las consumieron.

Por último, el modelo no identificó ninguna de las variables como factores de protección para haber tenido “*alguna vez en la vida*” una ITS.

Tabla 69. Resultados de la regresión logística para haber tenido una infección de transmisión sexual alguna vez en hombres

Conductas sexuales de riesgo	Haber tenido una infección de transmisión sexual alguna vez			
Análisis	Análisis bivariado OR cruda		Análisis multivariable OR ajustada	
Variables	OR	IC 95%	OR	IC 95%
Edad (≥ 21 años)	3,427	2,296 - 5,115	2,761	1,707 - 4,466
Estado civil (casado/pareja de hecho)	0,984	0,542 - 1,786	-	-
Ocupación (categoría comparación sólo estudia)				
<i>Estudia y busca trabajo</i>	1,646	1,024 - 2,645	1,271	0,740 - 2,183
<i>Estudia y trabaja</i>	3,252	2,035 - 5,198	2,034	1,157 - 3,575
Vivir fuera de casa	1,211	0,816 - 1,796	-	-
Titulación no sanitaria	1,324	0,832 - 2,108	-	-
Orientación sexual (categoría comparación heterosexual)				
<i>Homosexual</i>	4,505	2,868 - 7,075	3,711	2,206 - 6,244
<i>Bisexual</i>	1,787	0,836 - 3,820	1,945	0,833 - 4,543
<i>Otra</i>	6,308	1,964 - 27,182	3,400	0,569 - 20,325
Edad inicio de RS <15 años	2,524	1,541 - 4,135	-	-
Frecuencia de riesgo RS/PS en los últimos 12 meses (>1 /semana)	1,416	0,910 - 2,204	-	-
Nº de parejas sexuales de riesgo en RS/PS los últimos 12 meses (≥ 3)	2,823	1,863 - 4,278	1,794	1,140 - 2,821
Edad inicio consumo alcohol <15 años	1,488	1,002 - 2,212	-	-
Consumo de alcohol últimos 30 días	1,187	0,678 - 2,075	-	-
Borracheras en los últimos 12 meses	1,452	0,919 - 2,295	-	-
<i>"Binge drinking"</i> en el último mes (≥ 4 ♀, ≥ 5 ♂)	1,297	0,875 - 1,921	-	-
AUDIT riesgo (≥ 6 ♀; ≥ 8 ♂)	1,927	1,304 - 2,849	1,990	1,275 - 3,107
Edad inicio consumo cannabis <15 años	4,782	1,560 - 14,663	-	-
Consumo de cannabis últimos 30 días	1,663	1,092 - 2,532	-	-
Edad inicio consumo otras drogas ilegales <15 años	1,596	0,973 - 2,618	-	-
Consumo de otras drogas ilegales últimos 30 días	7,257	3,946 - 13,346	2,637	1,217 - 2,821

En la regresión logística para valorar las ITS *"alguna vez en la vida"* en las mujeres, las siguientes variables presentaron significación en el modelo bivalente, pero salieron del modelo multivalente (**Tabla 70**): estudiar y buscar trabajo y, estudiar y trabajar.

El modelo final en mujeres identificó como factores de riesgo (**Tabla 70**) para la conducta de riesgo ITS *"alguna vez en la vida"* las siguientes variables:

- Las mujeres que tenían 21 o más años presentaron un 214,4% más de riesgo de haber tenido una ITS que los menores de 21 años.
- Las alumnas que se declararon bisexuales tuvieron un 50,7% más riesgo que quienes se declararon heterosexuales.

- Las mujeres que tuvieron RS antes de los 15 años presentaban un 48,6% más de riesgo de ITS que quienes se iniciaron más tarde.
- Las alumnas que tuvieron más de una RS a la semana presentaron un 30,4% más de riesgo que quienes tuvieron menos.
- Quienes tuvieron 3 o más parejas sexuales en “los últimos 12 meses” presentaron un 83,5% más de riesgo que quienes tuvieron menos parejas.
- Quienes se iniciaron en el consumo de alcohol antes de los 15 años, presentaron un 30,2% más riesgo para sufrir una ITS que quienes lo hicieron más tarde.
- Las mujeres con borracheras en “los últimos 12 meses” tuvieron un 31% más de riesgo que las que no tuvieron este tipo de consumo.

Tabla 70. Resultados de la regresión logística para haber tenido una Infección de transmisión sexual alguna vez en mujeres

Conductas Sexuales de riesgo	Haber tenido una infección de transmisión sexual alguna vez			
	Análisis bivariado OR cruda		Análisis multivariable OR ajustada	
Variables	OR	IC 95%	OR	IC 95%
Edad (≥ 21 años)	2,915	2,394 - 3,550	3,144	2,554 - 3,870
Estado civil (casado/pareja de hecho)	0,996	0,724 - 1,370	-	-
Ocupación (categoría comparación sólo estudia)			-	-
<i>Estudia y busca trabajo</i>	1,395	1,113 - 1,747	-	-
<i>Estudia y trabaja</i>	2,370	1,828 - 3,074	-	-
Vivir fuera de casa	1,145	0,939 - 1,397	-	-
Titulación no sanitaria	1,124	0,913 - 1,383		
Orientación sexual (categoría comparación heterosexual)				
<i>Homosexual</i>	1,426	0,776 - 2,621	1,442	0,770 - 2,702
<i>Bisexual</i>	1,598	1,193 - 2,140	1,507	1,106 - 2,053
<i>Otra</i>	2,067	0,968 - 4,413	1,973	0,891 - 4,368
Edad inicio de RS <15 años	1,761	1,357 - 2,285	1,486	1,119 - 1,975
Frecuencia de riesgo RS/PS en los últimos 12 meses (>1 /semana)	1,350	1,098 - 1,661	1,304	1,048 - 1,624
Nº de parejas sexuales de riesgo en RS/PS los últimos 12 meses (≥ 3)	2,052	1,646 - 2,557	1,835	1,442 - 2,335
Edad inicio consumo alcohol <15 años	1,431	1,174 - 1,745	1,302	1,047 - 1,620
Consumo de alcohol últimos 30 días	1,172	0,904 - 1,520	-	-
Borracheras en los últimos 12 meses	1,365	1,103 - 1,688	1,310	1,034 - 1,660
“Binge drinking” en el último mes (≥ 4 ♀, ≥ 5 ♂)	1,283	1,053 - 1,564	-	-
AUDIT riesgo (≥ 6 ♀; ≥ 8 ♂)	1,251	1,026 - 1,526	-	-
Edad inicio consumo cannabis <15 años	1,602	1,227 - 2,091	-	-
Consumo de cannabis últimos 30 días	1,493	1,181 - 1,888	-	-
Edad inicio consumo otras drogas ilegales <15 años	2,610	1,140 - 5,976	-	-
Consumo de otras drogas ilegales últimos 30 días	2,552	1,470 - 4,429	-	-

Finalmente, el modelo no identificó ninguna de las variables como factores de protección para haber tenido alguna vez en la vida una ITS.

6.5.3. Utilización de la píldora postcoital en los últimos 12 meses

En el análisis de regresión logística para el grupo de hombres, las siguientes variables presentaron significación en el modelo bivariante, pero salieron del modelo multivariante (**Tabla 71**): consumo alcohol en atracón o “*binge drinking*” y consumo de riesgo identificado con el AUDIT; también salieron del modelo la edad de inicio de consumo de cannabis menos de 15 años y el consumo de drogas ilegales (sin cannabis) en “*los últimos 30 días*”. Por el contrario, la variable edad de inicio de las RS antes de los 15 años no era significativa en el bivariante y si lo fue en el multivariante, como factor de protección.

El modelo final identificó como factores de riesgo (**Tabla 71**) para la conducta de riesgo *utilización de la pareja de la píldora postcoital en “los últimos 12 meses”*, las siguientes variables:

- Los hombres que tuvieron más de una RS a la semana presentaron un 95,3% más de riesgo que quienes tuvieron menos RS.
- Quienes tuvieron 3 o más parejas sexuales en “*los últimos 12 meses*” tuvieron un 135,4% más de riesgo que quienes tuvieron menos.
- Los varones que iniciaron el consumo de alcohol antes de los 15 años tuvieron un 41% más de riesgo.
- Los alumnos que refirieron consumos de alcohol en “*los últimos 30 días*” tenían un 62% más de riesgo que quienes no consumían.

Como factores de protección que evitarían la utilización de la píldora postcoital, el modelo identificó las siguientes variables:

- Los hombres de 21 o más años presentaron un 30,4% menos de riesgo para que su pareja utilizara la píldora del día después.
- Los hombres homosexuales y bisexuales presentaron un 92,3% y un 84,4% menos de riesgo, respectivamente, que los heterosexuales.
- Los alumnos que iniciaron sus RS antes de los 15 años tuvieron un 41,8% menos de riesgo de que su pareja tuviera que utilizar la píldora postcoital.

Tabla 71. Resultados de la regresión logística para la utilización de la píldora postcoital en los últimos 12 meses en hombres

Conductas Sexuales de riesgo		Utilización de la píldora postcoital en los últimos 12 meses		
Análisis	Análisis bivariado OR cruda		Análisis multivariable OR ajustada	
Variables	OR	IC 95%	OR	IC 95%
Edad (≥21 años)	0,874	0,671 -1,137	0,696	0,522 - 0,928
Estado civil (casado/pareja de hecho)	0,838	0,568- 1,237	-	-
Ocupación (categoría comparación sólo estudia)			-	-
<i>Estudia y busca trabajo</i>	1,152	0,869 - 1,526	-	-
<i>Estudia y trabaja</i>	0,783	0,533 - 1,149	-	-
Vivir fuera de casa	0,856	0,669 -1,094	-	-
Titulación no sanitaria	0,849	0,649 - 1,111	-	-
Orientación sexual (categoría comparación heterosexual)				
<i>Homosexual</i>	0,095	0,035 - 0,259	0,077	0,028 - 0,211
<i>Bisexual</i>	0,207	0,084 -0,512	0,157	0,057 - 0,435
<i>Otra</i>	0,911	0,199 - 4,181	0,381	0,047 - 3,063
Edad inicio de RS <15 años	0,710	0,451 -1,118	0,582	0,351 - 0,963
Frecuencia de riesgo RS/PS en los últimos 12 meses (>1 /semana)	1,855	1,412 - 2,436	1,953	1,458 - 2,617
Nº de parejas sexuales de riesgo en RS/PS los últimos 12 meses (≥3)	1,678	1,267 - 2,223	2,354	1,732 - 3,199
Edad inicio consumo alcohol <15 años	1,482	1,151 - 1,909	1,410	1,071 - 1,857
Consumo de alcohol últimos 30 días	1,791	1,209 - 2,654	1,620	1,054 - 2,490
Borracheras en los últimos 12 meses	1,313	0,994 -1,736	-	-
<i>“Binge drinking”</i> en el último mes (≥4 ♀, ≥5 ♂)	1,373	1,071 - 1,760	-	-
AUDIT riesgo (≥6 ♀; ≥8 ♂)	1,500	1,164 - 1,933	-	-
Edad inicio consumo cannabis <15 años	1,712	1,243 - 2,357	-	-
Consumo de cannabis últimos 30 días	1,191	0,894 - 1,585	-	-
Edad inicio consumo otras drogas ilegales <15 años	1,949	0,697 - 5,451	-	-
Consumo de otras drogas ilegales últimos 30 días	1,934	1,061 - 3,528	-	-

En el análisis de regresión logística para el grupo de mujeres, las siguientes variables presentaron significación en el modelo bivariante, pero salieron del modelo multivariante (**Tabla 72**): estudiar y trabajar, vivir fuera de casa, declararse homosexual, edades de inicio de consumo de alcohol y cannabis con menos de 15 años, consumo en “*los últimos 30 días*” de alcohol, cannabis y otras drogas ilegales, consumo de alcohol en atracón o “*binge drinking*” y consumo de riesgo identificado con el AUDIT.

El modelo final identificó como factores de riesgo (**Tabla 72**) para la conducta de riesgo “*utilización de la píldora postcoital en los últimos 12 meses*”, las siguientes variables:

- Las mujeres que tuvieron más de una RS a la semana presentaron un 81,5% más de riesgo que quienes tuvieron menos RS.

- Quienes tuvieron 3 o más parejas sexuales en “los últimos 12 meses” tuvieron un 98,3% más de riesgo que quienes tuvieron menos.
- Las alumnas que refirieron borracheras en “los últimos 12 meses” presentaban un 54% más de riesgo que quienes no las tuvieron.

Como factores de protección que evitarían la utilización de la píldora postcoital, el modelo identificó las siguientes variables:

- Las mujeres de 21 o más años presentaron un 52,9% menos de riesgo para utilizar la píldora del día después.

Tabla 72. Resultados de la regresión logística para la utilización de la píldora postcoital en los últimos 12 meses en mujeres

Conductas Sexuales de riesgo		Utilización de la píldora postcoital en los últimos 12 meses		
Análisis	Análisis bivariado OR cruda		Análisis multivariable OR ajustada	
Variables	OR	IC 95%	OR	IC 95%
Edad (≥21 años)	0,482	0,404 – 0,574	0,471	0,392 – 0,565
Estado civil (casado/pareja de hecho)	1,010	0,810 -1,259		
Ocupación (categoría comparación sólo estudia)			-	-
Estudia y busca trabajo	0,994	0,850 -1,161	-	-
Estudia y trabaja	0,734	0,581 - 0,928	-	-
Vivir fuera de casa	1,174	1,021 -1,350	-	-
Titulación no sanitaria	0,965	0,836 - 1,114	-	-
Orientación sexual (categoría comparación heterosexual)				
Homosexual	0,477	0,254 - 0,894	-	-
Bisexual	1,078	0,857 -1,356	-	-
Otra	0,925	0,464 - 1,846	-	-
Edad inicio de RS <15 años	1,123	0,912 - 1,384	-	-
Frecuencia de riesgo RS/PS en los últimos 12 meses (>1 /semana)	1,596	1,380 - 1,845	1,815	1,558 - 2,113
Nº de parejas sexuales de riesgo en RS/PS los últimos 12 meses (≥3)	1,994	1,694 - 2,346	1,983	1,670 - 2,354
Edad inicio consumo alcohol <15 años	1,286	1,117 - 1,481	-	-
Consumo de alcohol últimos 30 días	1,543	1,272 - 1,872	-	-
Borracheras en los últimos 12 meses	1,815	1,555 - 2,119	1,540	1,308 - 1,814
“Binge drinking” en el último mes (≥4 ♀, ≥5 ♂)	1,436	1,249 -1,650	-	-
AUDIT riesgo (≥6 ♀; ≥8 ♂)	1,597	1,389 - 1,834	-	-
Edad inicio consumo cannabis <15 años	1,358	1,111 -1,661	-	-
Consumo de cannabis últimos 30 días	1,371	1,156 -1,627	-	-
Edad inicio consumo otras drogas ilegales <15 años	1,421	0,664 -3,042	-	-
Consumo de otras drogas ilegales últimos 30 días	1,825	1,145 -2,910	-	-

7. DISCUSIÓN

Los estudios vía web con cuestionarios on-line presentan bajas tasas de participación (257). La información y el acceso al cuestionario del **Proyecto unichos** se oferta a la población diana total, siendo la participación voluntaria y anónima (ya que el sistema garantiza que la base de datos del cuestionario no permita la identificación de las personas). Dado el importante tamaño de la población diana, la cifra de personas que respondieron al cuestionario fue considerable (9.862 participantes) a pesar de que la tasa de participación fue modesta (4%). Además, cabe reseñar que se trata de un estudio multicéntrico, y la muestra obtenida procede de 11 universidades públicas repartidas por todo el territorio español. Según los datos del *Ministerio de Ciencia, Innovación y Universidades* estas suponen el 22% del total de universidades públicas (258). Esta diversidad de obtención de participantes aumenta la heterogeneidad de la muestra de universitarios procedentes de distintas regiones del país, con sus características sociodemográficas y culturales específicas.

La muestra cuenta con una mayor representación de mujeres (72,2%), lo que resulta congruente con que las titulaciones más representadas (36,6% ciencias jurídicas y sociales y 31% ciencias de la salud) (30,258) cuentan con porcentajes de mujeres que superan el 70%. Otros estudios como el de Castro en 2016 también presenta porcentajes similares (259) o incluso superiores (99). Los resultados de todas las variables estudiadas se han desglosado por sexo/género para valorar las diferencias entre ambos grupos. Es importante recordar que precisamente las variables estudiadas (relaciones sexuales y consumo de drogas) son conductas que están influidas por el contexto social actual y condicionadas por los valores sociales vinculados al ser mujer u hombre. Además, debe tenerse en cuenta el diferente impacto biológico que estas conductas tienen sobre los cuerpos de hombres y mujeres.

Las mujeres de la muestra son más jóvenes que los hombres, presentan una edad media menor y, por tanto, suponen un mayor porcentaje del grupo de menores de 21 años. La mayor parte del alumnado están solteros (90,8%) sin diferencias entre sexos. El alumnado reside principalmente en su domicilio familiar (más proporción

entre los hombres 48,6%) o en piso alquilado/propio/otro (más frecuente entre las chicas 44,3%). La mayor parte del alumnado (61,3%) estudia en la misma provincia de su domicilio familiar, y de ellos algo menos de la mitad (que supone el 27,1% del total encuestado) reside incluso en la misma localidad. Tan sólo el 15% estudia fuera de la comunidad autónoma en la que reside su familia (más en chicas 15,8%) y estudiantes extranjeros sólo hay un 1,2%, sin diferencias por sexo.

La distribución de las variables sociodemográficas se mantiene a lo largo de los diferentes estudios publicados en el marco del **Proyecto uniHcos** disponibles en la página web en el apartado de “Publicaciones y Congresos”: <https://www.unihcos.com/noticias.html>.

7.1. Conductas sexuales

7.1.1. Orientación Sexual

En cuanto a la **orientación sexual** la mayoría de los encuestados se declaran heterosexuales (86,2% total; 83,5% hombres; 87,3% mujeres). Estos porcentajes son ligeramente superiores a los de otros estudios en nuestro país (2,81,83,89) o en universitarios brasileños (100). Sin embargo, otros estudios en universitarios detectan porcentajes superiores: 98% entre el alumnado de Estados Unidos (260), 92,5% en la Universidad de Sevilla (98) y 91,4% en la Universidad de Zaragoza (259). Las mujeres refieren porcentajes más altos de orientación heterosexual, al igual que ocurre en el estudio de *Floch et al.* (261), aunque en otros estudios es el grupo de hombres quien presenta porcentajes mayores (2,81,89).

El alumnado que se declara homosexual representa el 4,1%, con porcentajes superiores entre los hombres (9%) que entre las mujeres (2,2%). Estos datos son similares o inferiores a los de otros estudios como el de la *SEC* (7,5% homosexuales) (81) o en otras poblaciones universitarias 6,11%, 4,2% y 4,1% (98,100,259). Y son cifras superiores a las de la población general española que, en el *Estudio 3400* del CIS (89) estima un 1,9% de población que se declara homosexual (hombres: 2,3%; mujeres: 1,5%). Por otro lado, el estudio de *Breyer et al.* (262) refiere un 13,2% en hombres y 4,7% en mujeres y el de *Folch et al.*

un 8,8% en chicos y un 6,7% en chicas (261), que son porcentajes superiores a los detectados en este estudio.

El porcentaje de personas que se declaran bisexuales es mayor (8,2%) que el de homosexuales, al igual que sucede en el estudio del *Injuve 2020* (2) y es ligeramente inferior a los datos del estudio de la *SEC* (11,5% bisexuales) (81). Otros estudios más específicos de universitarios presentan porcentajes inferiores (3,3% (98); 0,15% (100)). El grupo de bisexuales es superior en las mujeres siendo congruente con otros estudios (89,90,261).

Quienes no se identifican con estas tres categorías (heterosexuales, homosexual y bisexuales) tienen una representación superior a la indicada por el estudio del *Injuve 2020* (2) y de la *SEC* (81), lo que muestra una diversificación en la orientación sexual, fuera de las categorías más tradicionales, que sería interesante valorar (263).

Es muy importante destacar que el porcentaje de personas que no contestan a esta pregunta es muy bajo (0,3%), comparándolo con el 4,2% que se encontró en el estudio de la *SEC* y similar o inferior a los estudios del Centro de Investigaciones Sociológicas (89,263).

Por otro lado, cuando se les preguntó con quiénes habían mantenido RS alguna vez, los porcentajes disminuyeron para las categorías heterosexual y bisexual y se mantuvieron para la homosexual. El porcentaje de personas que no respondieron se elevó al 21,3%, lo que puede indicar que el alumnado considera que las preguntas sobre sus prácticas reales son datos más privados que su orientación sexual. En este sentido, *Ramírez Dueñas* (263), recomienda que la forma más adecuada de abordar este tema es a través de la pregunta sobre la orientación sexual.

La evolución de la orientación sexual, a lo largo de los diferentes cursos académicos, muestra como en las mujeres desciende el porcentaje de heterosexuales y aumenta el de bisexuales, mientras que entre los hombres no hay diferencias. Esta evolución también se detecta en diferentes estudios (2,77,83,89) que indican que el porcentaje de personas que se declaran no heterosexuales está aumentando. Los datos pueden ser el reflejo de un cambio

social progresivo en el que existe una mayor libertad para expresar la orientación sexual, especialmente entre las mujeres. Estas circunstancias pueden estar condicionadas por el contexto social que promueve una mayor apertura a la diversidad y potencia el autoconocimiento y la determinación de la propia identidad (264).

7.1.2. Relaciones sexuales en hombres y mujeres y, prácticas sexuales en mujeres

7.1.2.1. Relaciones sexuales alguna vez en la vida y edad media de inicio

El porcentaje de universitarios que refiere haber tenido **relaciones sexuales con penetración alguna vez** (RS) fue del 74,5% sin diferencias por sexo, siendo un dato ligeramente superior al 73,4% del estudio de la SEC (81) en el grupo de 16-25 años y al 72% de los datos del estudio del *Injuve 2020* (2). El estudio de jóvenes catalanes en 2015 (261) indica porcentajes superiores con diferencias significativas 76,1% de los chicos y el 83,3% de las chicas. El estudio de Castro, en universitarios con edades similares al presente estudio (259), presenta también porcentajes superiores: 87% había tenido relaciones sexuales con penetración vaginal y el 20,4 % con anal. Lo mismo sucede en otros estudios en población universitaria, cuyos participantes tenían un rango de edad mayor (85,6%) (100) (95,5%) (98). Estos datos pueden estar indicando una ligera reducción en el porcentaje de universitarios que han mantenido relaciones sexuales con penetración y un patrón más homogéneo entre ambos sexos.

En el grupo de las mujeres, las bisexuales y heterosexuales y, en el de los hombres los homosexuales, son quienes presentan una mayor prevalencia de RS alguna vez en la vida.

La **edad media de inicio de las RS/PS** ajustada en las mujeres (seleccionando las que tuvieron RS alguna vez, para mejorar la comparación con los hombres) es de 16,33 años y para las RS en los hombres de 16,64 años, con diferencias significativas. Este dato es congruente con la *Encuesta nacional de salud sexual de 2009* (62) en el rango de 18 a 24 años que identifica una edad media de inicio en los 16,36 años, aunque en este caso las chicas se iniciaban más tarde (16,61 años) que los chicos (16,11 años). Lo mismo ocurre con la *Encuesta sobre*

sexualidad y anticoncepción de la SEC (81) donde la media de edad de RS/PS se situaba en el rango de 19-21 en los 16,73 años y en el informe *Injuve 2020* (2) se sitúa en los 16,2 años (sin diferencias significativas por sexo).

En estudios con universitarios las edades de inicio son similares o ligeramente superiores (98,264), y lo mismo ocurre con otros estudios europeos (265). Las edades de inicio superiores se dan, principalmente en estudios más antiguos, mientras que los más recientes identifican edades ligeramente menores. Respecto a la edad de inicio de las RS/PS en mujeres, la inclusión de las prácticas sexuales en ellas puede influir en las diferencias de la edad de inicio con los hombres.

En este sentido, el estudio *HBSC* de 2018 (79) indica un descenso en la edad media de inicio de las relaciones sexuales, que aún no ha llegado a tener su repercusión en el alumnado de primer año de universidad. Este dato se corrobora con el estudio de revisión de *Aguirre et al.*, que indica un descenso en la edad de inicio de las relaciones sexuales en nuestro país (266).

El porcentaje de alumnado que ha tenido relaciones sexuales antes de los 15 años es de un 11% sin diferencias entre hombres y mujeres lo que implica más riesgo (67,87). Este porcentaje es inferior al 37% obtenido en universitarios de Brasil (267), aunque el factor cultural puede influir en este dato.

Las edades de inicio en función de la orientación sexual presentan diferencias significativas. El grupo bisexuales presentan una edad de inicio de las RS/PS menor, como también sucede en otros estudios (268). Los porcentajes de quienes se inician antes de los 15 años son superiores en el alumnado bisexual (19,9%), homosexual (15,2%), con otras orientaciones (12,2%) respecto al heterosexual (9,9%).

Respecto a los hombres homosexuales, la *Encuesta Europea online para hombres que tienen sexo con otros hombres EMIS 2017*(78) indica que el 28,7% y el 15,7% de los encuestados tuvieron algún tipo de sexo, penetración anal, respectivamente, antes de cumplir los 16 años, lo que es coherente con lo encontrado en el presente estudio. El estudio de *Brewster et al.* (269) indica que la edad media de inicio fue menor en población homosexual (gais y lesbianas) que en heterosexuales.

Los estudios encontrados para valorar la edad de inicio de las RS en función de la orientación sexual son escasos. Esto se debe a que las principales encuestas sobre hábitos sexuales no realizan el análisis en función de la orientación sexual, siendo un elemento de gran interés de cara a valorar actuaciones específicas con estos colectivos, que en principio pueden presentar mayores conductas de riesgo.

7.1.2.2. Relaciones sexuales en hombres y relaciones sexuales y/o prácticas sexuales en mujeres en los últimos 12 meses

Las **RS/PS en el último año** tuvieron una prevalencia significativamente superior en mujeres que en hombres (72,8% frente a 69,7%), estas diferencias también se detectan en el estudio de *Folch et al.* (261), aunque los porcentajes de RS son superiores a los de este estudio. Los datos contrastan con los obtenidos por el estudio del *C/S 2780* (62) que indican un mayor porcentaje de RS/PS en chicos que en chicas (89,5% y 88,4%), aunque en este caso en los chicos también se incluyen las PS. No se detectan diferencias entre los tres grandes grupos de orientación sexual (heterosexuales, homosexuales y bisexuales), salvo en los hombres homosexuales que presentan porcentajes superiores (80,4%) a los heterosexuales y bisexuales. Los datos de EMIS 2017 indican que el 79% de los hombres que tuvo sexo con hombres en los últimos 12 meses (78)

7.1.2.3. Frecuencia y número de parejas en las relaciones sexuales/prácticas sexuales en los últimos 12 meses

La **frecuencia de las RS/PS en los últimos 12 meses** más prevalente entre los y las universitarias es la semanal (26,1%), seguida de cada 2-3 días (23,3%), siendo estas cifras ligeramente inferiores a los datos del estudio *C/S 2780* (62) que indica que el 40,1% tiene RS/PS cada 2-3 días y el 25,1% una vez a la semana. El estudio de *Leon-Larios y Macías-Seda* de la Universidad de Sevilla (98) indica que el 50,1% del alumnado tenía relaciones sexuales 1-2 veces a la semana. La frecuencia de las RS/PS semanales es superior en las mujeres (52,7%) que los hombres (40,3%) y entre los heterosexuales (27%).

El **número de parejas sexuales** en los últimos 12 meses es significativamente superior entre los hombres 2,38 frente a 1,84 en mujeres, tal y como sucede en

otros estudios (83,84,87,98,270). Los hombres que declaran 3 o más parejas en el último año (21,9%) son significativamente superiores a las mujeres (18,1%), esta situación se identifica como una conducta sexual de riesgo (72,73). En relación a los estudios en universitarios los datos son variables, *León et al.* (98) identifica el 2,1% en universitarios que tuvieron más de 2 parejas, mientras que *Graf et al.* (267) son inferiores a los detectados. El estudio del *Injuve 2008* refiere que el 12,8% tuvo 2 o más parejas en el último año (271)

En relación a la orientación sexual, el número de parejas sexuales es superior en la población homosexual en varones y en la población bisexual en mujeres. Estos datos concuerdan con los encontrados en otros estudios (68,78,259,262).

7.1.2.4. Utilización del preservativo (pareja estable o esporádica) en relaciones sexuales alguna vez en la vida

El preservativo es el método anticonceptivo más utilizado por la población joven y universitaria (2,62,77,81), especialmente en las primeras relaciones sexuales (98). Este método también es el más referido en el presente estudio. El porcentaje de alumnado de primer curso universitario que refiere **utilizar siempre el preservativo** es superior en las relaciones esporádicas (74,8%) que en las estables (45,7%), sin existir diferencias significativas entre hombres y mujeres.

Estos datos son similares a los obtenidos en el estudio del *Injuve 2022* (63%) (2) y del *CIS nº 2780* (65,4%) (62) que también muestra una mayor utilización en parejas esporádicas o el estudio de *Leon-Larios y Macías-Seda* (64%). En el contexto americano la utilización es menor (47%) (97). El estudio con mujeres de *Pinta et al.* (264) indicó la utilización siempre de un método anticonceptivo en el 61,7% de las mujeres estudiadas, siendo el preservativo utilizado en el 83,6% de los casos. Respecto a las diferencias por género los datos no son concluyentes, así el estudio en la Universidad de Sevilla (99) indica una mayor utilización del preservativo entre las mujeres 65% frente al 55% en varones, ya que ellas tienen una mayor percepción del riesgo tanto por el impacto de un potencial embarazo, como por contraer una ITS, además el autocuidado también suele ser mayor entre ellas como resultado del rol de género (84). Sin embargo, otros estudios identifican lo contrario (98,100,272).

El porcentaje de alumnado que refiere “*nunca utilizar el preservativo*” es superior entre quienes se declaran homosexuales respecto al resto de orientaciones sexuales, ya sea con pareja estable (33,1%) o esporádica (10,4%). Estos datos son congruentes con los del *Injuve 2020* (2), y otros estudios (259) que indican que la población no heterosexual utiliza menos el preservativo que la heterosexual. Merece la pena destacar que los estudios indican que las mujeres lesbianas o bisexuales cuando tienen RS con mujeres, utilizan menos el preservativo ya que su percepción del riesgo disminuye al no tener el riesgo de embarazo. De este modo, se obvian los riesgos de poder contraer una ITS, además en ocasiones el preservativo no es el método para realizar una adecuada protección en relación a las prácticas sexuales que practican (273,274).

Las **relaciones sexuales sin protección** (RSSP) **alguna vez** suceden en el 77,5% del alumnado. Esta cifra es ligeramente superior a las indicada por otros estudios como el de *Comas et al.* (61,2%) (83). Las alumnas presentan significativamente más RSSP (78,3%), al igual que en otros estudios (91,98,275). Sin embargo, el estudio de la SEC (81) identifica una mayor frecuencia en hombres. Estos datos pueden deberse a que las mujeres se estén equiparación en las conductas de riesgo con sus compañeros varones fruto de los cambios culturales vinculados al género. Al medir esta conducta de riesgo en función de la orientación sexual no se detectan diferencias.

Los datos de la regresión logística sobre las **relaciones sexuales sin protección alguna vez** indican los siguientes factores de riesgo tanto en hombres como en mujeres:

- Tener “*21 o más años*”, siendo una variable identificada también por otros estudios (275,276). De manera que parece que en las primeras RS la percepción del riesgo es mayor y se va relajando con la edad.
- Tener compromiso legal con una pareja estable “*casados o con pareja de hecho*” tienen mayor riesgo de no utilizar el preservativo en sus RS, siendo una pauta razonable ya que la confianza con la pareja y la estabilidad del compromiso, disminuye la percepción del riesgo y aumentan la utilización de otros métodos anticonceptivos.

- Tener “*Más de 1 RS/PS a la semana en los últimos 12 meses*”, como es su apartado correspondiente se ha indicado, esta variable se relaciona con mayor presencia de RS de riesgo.

En los hombres el modelo identifica como **factor de protección** “*vivir fuera de casa*”, esta situación se corresponde también a una mayor libertad para poder planificar las RS y es contraria a lo que sucede con el consumo de alcohol y otras drogas donde “*vivir fuera del domicilio familiar*” si es un factor de riesgo (277–280). Sin embargo, en el estudio de *Moure-Rodríguez et al.* no se encuentra una relación del “*sexo sin condón*” y si el lugar donde estudian los y las universitarias es dentro o fuera de su hogar familiar (41).

Además, en las mujeres, el modelo identificó como **factores de riesgo**:

- “*Estudiar y trabajar*”, lo que se asocia también a una mayor independencia y posibilidad de control sobre los encuentros sexuales para que sean más planificados.
- “*RS antes de los 15 años*”, como en la introducción y en el apartado correspondiente a la edad de inicio de las RS se ha indicado, el inicio precoz se asocia a conductas sexuales de riesgo y en este caso se confirma.
- “*Inicio del consumo de cannabis antes de los 15 años*”, el inicio precoz de este consumo está vinculado a una mayor problemática relacionadas con el cannabis y en este caso el modelo en el caso de las mujeres parece que también los relaciona con la no utilización del preservativo.
- “*Consumo de cannabis en los últimos 30 días*”, otros estudios con universitarios también identifican en mujeres la vinculación del consumo de cánnabis y el sexo sin protección (41,281–283).

El modelo no identifica ninguna categoría de la “*variable dummy*” creada para la orientación sexual como un factor de riesgo para las relaciones sexuales sin protección en mujeres; en el caso de los hombres identifica a la población homosexual como de mayor riesgo en el modelo bivariante, pero posteriormente sale del modelo. Estos datos son congruentes con lo encontrado en el análisis de la variable “*relaciones sexuales sin protección alguna vez*” según la orientación

sexual, que no detecta diferencias significativas (*Apartado 6.2.2.4 Utilización del preservativo*).

Por último, en el caso de los varones el modelo no identifica el consumo de alcohol, ni de cannabis, ni de otras drogas como un factor de riesgo, a pesar de que hay estudios que sí lo identifican (88,284–286).

Sin embargo, aparecen como **factores de protección** elementos diferenciales entre hombres y mujeres:

- En los hombres el modelo identifica como factor de protección “*vivir fuera de casa*”. Esto se puede deber a que quienes no tienen su espacio propio tienen RS menos planificadas y con más dificultad en el acceso al preservativo que quien lo puede tener disponible en su propia casa.
- En las mujeres los factores de protección identificados en el modelo son:
 - “*Tener 3 o más parejas*”, factor que se puede explicar porque, con parejas menos estables, las mujeres pueden aumentar la percepción del riesgo, y por tanto su autocuidado. Lo que es congruente con los datos obtenidos en el presente estudio que indican que la utilización del preservativo es mayor con pareja esporádica.
 - “*Consumo de alcohol en atracón o “binge drinking” en los últimos 30 días*”. Esta variable como factor de protección no es coherente con los datos analizados en el presente estudio (*apartado 6.4.1. Conductas sexuales de riesgo y consumo de alcohol*), respecto a las consecuencias en los últimos 12 meses por el consumo de alcohol (287), ni con otros estudios que indican que este tipo de consumo se asocia a una menor utilización del preservativo, bien directamente o porque influye en la toma de decisiones y aumentan las conductas sexuales de riesgo (249–251,270). Sin embargo, hay otros estudios que no encuentran una relación directa entre el consumo de alcohol y la no utilización del preservativo, aunque sí con otras conductas de riesgo (41,175,250). Una posible explicación, puede estar relacionada con que el consumo en atracón está vinculados a contextos de ocio con el grupo de amigos

y no con la pareja estable, de manera que las relaciones sexuales que se establecen en estos contextos son más esporádicas y por tanto las mujeres se protegen más, de la misma manera que lo hacen cuando tienen múltiples parejas.

El criterio establecido para definir la práctica de riesgo ha sido muy exigente, de manera que se ha considerado que la persona ha mantenido “relaciones sexuales sin protección (RSSP) alguna vez” cuando no se haya utilizado “siempre” el preservativo en las relaciones sexuales. Por tanto, se incluye a personas que no lo han utilizado “nunca” o sólo “alguna vez”, pero también a aquellas que lo emplean “casi siempre”, categorías que en conjunto incluyen al 78,3% de las mujeres. Esta definición está justificada por el hecho de que cualquier relación sexual sin protección implica un riesgo y, desde el punto de vista de la prevención, la conducta sexual más segura -obviando la no exposición- es la de la utilización siempre de método de barrera. Posiblemente, si el análisis se hubiera hecho dividiendo a las alumnas entre quienes nunca lo utilizan (población de más alto riesgo, entorno al 18%) y el resto los resultados hubieran sido más congruentes.

7.1.2.5. Utilización de métodos anticonceptivos y píldora del día después en los últimos 12 meses entre las mujeres que han mantenido relaciones sexuales alguna vez

Los **métodos anticonceptivos hormonales**, especialmente la píldora es, como en otros estudios, el segundo método más utilizado por las mujeres (62,81,91,98,264).

La utilización de la **píldora postcoital en los últimos 12 meses** es referida por el 19,2% del alumnado participante que podría tener un riesgo de embarazo (excluyendo a quien se declaraba homosexual). Es más utilizada por las mujeres (19,9%) que, en el caso de los varones, referida su utilización por sus parejas (17,35%). Este dato es inferior al referido en otros estudios: en mujeres entre 18-25 años (43,5%) (264), universitarias de Sevilla (32%) (98,99)

La regresión logística sobre la utilización de la píldora postcoital en los últimos 12 meses, indica que son **factores de riesgo** tanto para hombres como para mujeres: tener RS/PS más de 1 a la semana y más de 3 parejas sexuales en los últimos 12 meses.

Respecto al **consumo de drogas**: en varones, aumenta el riesgo entre quienes se inician en el consumo de alcohol antes de los 15 y quienes lo consumen en el último mes; mientras que en las mujeres aumenta sólo entre quienes han tenido borracheras en los últimos 12 meses. Teniendo en cuenta que el modelo de regresión logística para las “relaciones sexuales sin protección” no identifica como factor de riesgo ninguna de las variables relacionadas con el consumo de alcohol, se puede hipotetizar que la influencia del alcohol en esta consecuencia de riesgo puede deberse a la mala utilización del método de barrera.

Como **factores de protección** para hombres y mujeres se encuentra el tener 21 o más años, ya que la edad aumenta la experiencia y un mejor manejo de los métodos anticonceptivos, tanto los de barrera como los hormonales que son los más utilizados, disminuye la utilización de la píldora postcoital (81).

Sin embargo, en hombres aparece como factor de protección tener un inicio precoz en las RS (antes de los 15 años), que en general se asocia a conductas sexuales de riesgo (67).

Por otro lado, también son factores de protección en los hombres ser homosexual o bisexual, lo que es lógico ya que en el caso de los homosexuales no se plantea este riesgo y en los bisexuales sólo cuando tiene sexo entre hombres y mujeres. En las mujeres la población homosexual presenta mayor riesgo en el modelo bivariado, pero sale del modelo multivariante.

7.1.2.6. Infecciones de transmisión sexual alguna vez en la vida

Las ITS alguna vez en la vida, tienen una prevalencia en la población de estudio del 7,51%, más frecuentes entre las mujeres (8,3%) que en los hombres (5,4%). Estas cifras son muy superiores a las indicadas por el CIS 2738 en población de

18-24 años (0,8%) (77), y también están por encima de otros estudios en población joven general 5,35% (100), o el 2,5% del estudio en universitarios españoles (259) y el 5,3% de ITS en el último año del estudio de *Íncera-Fernández et al.* (270). *Andrus et al.* también confirma la mayor prevalencia en mujeres (101), en contra de los registros oficiales y otras investigaciones indican una mayor prevalencia en hombres (107,288). También se han encontrado estudios como el de *Spindola et al.* (100) que no encuentra diferencias por sexo.

El alumnado no heteronormativo presenta mayor porcentaje de ITS (otra orientación 16,4%; homosexuales 13,9% y bisexuales 10,9%) que la población heterosexual (6,8%), al igual que en otros estudios (88,108,109). En el caso de las mujeres las ITS son significativamente superiores entre las bisexuales (11,8%) y en el caso de los hombres entre los homosexuales (15,6%) y de otra orientación (23,1%). Este dato es relevante de cara a establecer estrategias preventivas específicas con estos colectivos.

Las ITS más frecuentes son las micosis y los hongos, datos también identificados por otros estudios (100,275) seguidas por la infección por clamidia. Esta última es una de las identificadas como más frecuentes, en población de menos de 20 años y de 20 a 24 años, tanto por los sistemas epidemiológicos (107) como por otros estudios (103,270). Sin embargo, en el presente estudio se detectan porcentajes muy bajos de gonorrea y sífilis que son otras de las ITS indicadas como relevantes en dichos informes epidemiológicos.

Los datos de la regresión logística sobre **las infecciones de transmisión sexual (ITS)** indican que tanto en hombres como en mujeres tener 21 años o más implica un **mayor riesgo** de haber sufrido una ITS, lo que es coherente ya que con la edad hay más posibilidades de exposición (2,83). Además, los datos epidemiológicos indican que el rango de edad con mayores tasas de enfermedad es el de 20-34 años (107). Sin embargo, en hombres aparece como un factor de riesgo estudiar y trabajar y en mujeres no.

La orientación sexual es un factor de riesgo para las ITS: en los hombres declararse homosexual y en mujeres bisexual, siendo estos factores identificados por otros estudios (108,109,259). Llama la atención que en el caso de las mujeres no aparezca como factor de riesgo ser homosexual ya que las conductas sexuales de las mujeres que tienen relaciones con mujeres presentan elementos importantes que las hace vulnerables: presentan una mayor fragilidad del epitelio vaginal, una amplia zona de exposición a las secreciones sexuales y gran diversidad microbiana en la cavidad vaginal, los métodos de barrera (preservativo masculino, diques dentales, films de plástico,...) no están especialmente diseñados para estas prácticas, no son cómodos y en algunos casos no son accesibles (88,275,289) y los profesionales sanitarios realizan pocas intervenciones preventivas de las ITS y especialmente en mujeres que tienen sexo con mujeres (274) .

Además, en ambos sexos se identifica como factor de riesgo tener más de 3 parejas sexuales en un año, al igual que sucede en otros estudios (68,88,100,266,288). En mujeres también se identifican el inicio de las RS antes de los 15 años, así como mantener más de 1 relación sexual a la semana (275,288).

Por último, aparecen como factores de riesgo en el modelo el consumo de alcohol para ambos sexos (hombres: consumo de alcohol de riesgo a través del *AUDIT* y en mujeres: inicio del consumo de alcohol antes de los 15 años y las borracheras en los últimos 12 meses). El consumo de drogas ilegales en los últimos 30 días, diferentes del cannabis, aparece como factor de riesgo solo en hombres.

En este sentido son muchos los estudios que refieren como factor de riesgo para la no utilización de métodos de barrera y por tanto para las ITS el consumo de drogas, especialmente de alcohol (41,88,100,244,261,288,290). Respecto al consumo de drogas ilegales en hombres este dato podría estar haciendo referencia al consumo de estas sustancias en el contexto del *chemsex*, que dentro de lo que es el consumo sexualizado de drogas es en el que se usan más las drogas ilegales (240).

7.2. Consumo de sustancias psicoactivas

7.2.1. Alcohol

La **edad media de inicio del consumo** de alcohol es de 15,29 años, los que lo iniciaron antes de los 15 representan el 31,6%, no existiendo diferencias significativas por sexo. Esta edad de inicio es superior a los 14 años de la encuesta ESTUDES (135) , lo que indica que los universitarios presentan un inicio más tardío (291). Sin embargo, el porcentaje de quiénes lo inician antes de los 15 años es importante, teniendo en cuenta los potenciales riesgos del inicio precoz (151–154) Respecto a la edad de inicio identificada por otros estudios con universitarios se sitúa, al igual que en el presente estudio, entorno a los 15 años (291–294)

Respecto a la orientación sexual, las personas bisexuales son más precoces que las heterosexuales y las homosexuales, y en especial el grupo de las mujeres bisexuales respecto a las heterosexuales. En el estudio de *Pérez-Albéniz et al.* (295), las edades de inicio del consumo de alcohol no muestran diferencias significativas en función de la orientación sexual.

El 93,9% de los universitarios ha consumido alcohol **alguna vez en la vida**, lo que supone 5,2 puntos porcentuales más que los datos del grupo de edad 15-24 años de la encuesta EDADES (136) El 90,3% de los universitarios tienen un consumo de alcohol **en los últimos 12 meses**, 11 puntos porcentuales por encima de los datos del grupo de 15-24 años de la encuesta EDADES, que además es el grupo con mayor consumo seguido del de 25-34 años.

El 78,2% del alumnado refiere consumir alcohol **en el último mes**, 16 puntos porcentuales más que el porcentaje del grupo de 15-24 años 61,8% (68% hombres y 55,1% mujeres). Los menores consumos de alcohol en el último mes en la población general (136) se dan en el grupo de 15-24 años y en el de 55-64. Lo que indica que el consumo en el último mes es superior en las edades intermedias y, por tanto, que el consumo de alcohol no sólo es un problema de la población adolescente o joven. Los datos del alumnado universitario estudiado superan incluso el mayor porcentaje que se da en el grupo de 25-34 años (64,7%).

Otros estudios en población universitaria presentan prevalencias de consumo en el último mes o de “consumo actual” (algunos estudios utilizan este término, que se ha equiparado al del último mes) que oscilan entre un 67,9% y un 78,3% (43,296–298) por lo que los resultados del presente estudio se sitúan en el rango superior.

Los consumos más intensivos (**borracheras y atracón o “binge drinking”**) también se encuentran por encima de los obtenidos en el grupo de 15-24 años de la población general (136) y las diferencias son mayores. Así, el porcentaje de universitarios que refirió haberse emborrachado en los últimos 12 meses fue del 60,9%, muy por encima del 38,3% del grupo de 15-24 años de la encuesta EDADES 2019-2020. El 49% de los universitarios (47,8% hombres; 49,4% mujeres) indican haber consumido en “binge drinking” en el último mes, datos superiores a los del rango de edad 20-24 años del informe EDADES (136), en el que el 33,8% hombres y el 19,2% en mujeres realiza consumo en atracón en el último mes.

El consumo en atracón referido por diferentes estudios oscila entre un 8,7% y un 38,1% (299–301). Aunque también se ha encontrado algún estudio con consumos en atracón en último mes más elevados, entre un 47,6% y un 67,2% (170,292,293,302). Los datos del presente estudio se sitúan en este último rango con mayores prevalencias de consumo en “binge drinking”. Los datos de borracheras son más difíciles de comparar ya que en la mayoría de los estudios se valoran en el último mes o alguna vez en la vida (291,292) y no en el último año. El consumo en “binge drinking” es clave en esta época de formación, ya que puede disminuir el rendimiento académico (292,303,304), e incluso aumentar el abandono de los estudios (305).

Sólo se detectan diferencias significativas por sexo, con un consumo superior entre los hombres, en el **consumo en el último mes** y las **borracheras en los últimos 12 meses** (43,291). No detectándose estas diferencias para el consumo en atracón, que sin embargo sí que se indican en otros estudios (170,292,293,302). El mayor consumo entre los chicos en los consumos más

frecuentes e intensos, concuerda con el patrón de consumo tradicional de género. Este patrón de consumo es menor entre las mujeres debido a que en ellas se potencia y valora más la prudencia y el autocuidado, mientras que en ellos se promueve y valora más la asunción de riesgos y de nuevas experiencias (306,307). La evolución de los consumos de alcohol y otras drogas (a excepción de los hipnosedantes sin receta) en función del género evoluciona, de la ruptura en la etapa preadolescente y el inicio de adolescencia, en la que los consumos se equiparan o incluso pueden ser superiores entre las chicas (135,253), a las etapas finales de la adolescencia y la juventud en la que los consumos entre las mujeres se moderan y se mantiene por debajo de los masculinos en el resto de las etapas vuelve a aparecer en los años previos a la universidad (148,307).

Respecto al **consumo de riesgo** valorado por el AUDIT los resultados indican un porcentaje total del 30,8%, siendo significativamente superior en las mujeres (32%) que en los hombres (27,9%) y muy por encima de los datos de la población general 5,2% (6,7% en hombre y 3,7% en mujeres) (130). Respecto a estudios con población universitaria los datos oscilan entre un 28,2% y un 43,4%, con cifras también superiores entre las mujeres (280,296,308) Los porcentajes encontrados en el presente estudio se sitúan dentro de estos valores. Es importante indicar que el estudio de *Hultgren et al.* (309) indica que este consumo de riesgo puede adquirirse precisamente en este momento vital, manteniéndose posteriormente durante el periodo universitario.

Hay que resaltar que el consumo de alcohol de riesgo, según AUDIT, es el único valor que es superior en las mujeres respecto a los hombres. Esta discrepancia puede estar relacionada, por un lado, con el menor punto de corte en el cuestionario en las mujeres que es el que se recomienda actualmente, ya que el estudio de *Romero-Rodríguez et al.* (310) que utiliza el punto de corte ≥ 8 , los valores en las mujeres son inferiores a los hombres. Por otro lado, el consumo de riesgo no sólo se relaciona con los consumos intensivos y concentrados, si no también consumos a lo largo de la semana que es un patrón menos vinculado a los efectos agudos de desinhibición y alteración en la toma de decisiones.

La categoría de posible **dependencia al alcohol** en nuestro estudio es del 1%, con porcentajes significativamente superiores entre los hombres (2%) respecto a las mujeres (0,6%). Estos datos son superiores a los de la población general en el rango de edad 15-24 años 0,4% (0,6% hombres; 0,2% mujeres) y a otros estudios en universitarios (293,294); en estos últimos estudios el porcentaje en hombres es superior al de mujeres.

El estudio muestra una estabilidad en el consumo a lo largo de los cursos académicos, situándose por encima de los datos de población general indicados en la encuesta EDADES (136), que también están estabilizados.

El consumo de alcohol en la población universitaria en función de la orientación sexual muestra que quien declara "*otra orientación sexual*" presenta los consumos más bajos de alcohol (alguna vez en la vida, en el último año y en el último mes) con diferencias significativas respecto a los bisexuales. Además, las personas bisexuales tienen un mayor consumo de alcohol en el último año que la población homosexual. Por último, las borracheras en los últimos 12 meses y el consumo de riesgo según AUDIT son significativamente superiores en la población bisexual (69,3% y 36,6%) que en la heterosexual (60% y 30,4%). No hay diferencias en el consumo en atracón, ni en las categorías del AUDIT establecidas por la OMS. Los consumos "*alguna vez en la vida*", "*en el último año*" y "*en el último mes*" son significativamente superiores en los hombres respecto a las mujeres homosexuales. En el grupo de heterosexuales estas diferencias sólo aparecen en el consumo "*en el último mes*", las borracheras. Mientras que el consumo de riesgo según AUDIT es significativamente mayor entre las mujeres para las tres categorías principales de orientación sexual (heterosexuales, homosexuales y bisexuales).

No hay muchos estudios que analicen el consumo de sustancias en función de la orientación sexual, los que hay son fundamentalmente americanos, con los posibles sesgos culturales que esto pueda tener, tal y como indica el estudio de *Pérez-Albéniz et al. (295)*. Los que se han encontrado identifican, en general, que la población homosexual y bisexual presentan consumos superiores (311,312).

Sin embargo, el estudio de *Schipani-McLaughlin et al.* (313) refiere que el consumo de alcohol es más frecuente e intenso en hombres heterosexuales que en las mujeres heterosexuales y en personas no heteronormativas.

En España el estudio de *Pérez-Albéniz et al.* (295) analiza el consumo de alcohol y otras drogas teniendo en cuenta la orientación sexual, pero la población de referencia son estudiantes preuniversitarios de institutos. Al igual que en el alumnado universitario del presente estudio, los datos de *Pérez-Albéniz et al.* indican que el consumo de alcohol (“*alguna vez en la vida*”, “*en el último año*” y “*en los últimos 30 días*”) es inferior en la población que se identifica como “*otra orientación sexual*” respecto a la población heterosexual, homosexual y bisexual. Además, muestra que las borracheras son significativamente superiores entre las personas que se identifican como lesbianas.

En contra de lo que algunos estudios plantean (314,315), el consumo de alcohol en el colectivo homosexual y bisexual en el presente estudio es, en general, igual al de la población heterosexual. Salvo el grupo de bisexuales, principalmente las mujeres, que presentan más borracheras y consumo problemático que la población heterosexual. Los estudios indican que la población bisexual puede tener consumos ligeramente superiores (316,317), mientras que las borracheras aparecen con más frecuencia en las lesbianas (318,319). El consumo en estas minorías, principalmente femeninas, puede tener un papel de afrontamiento de las dificultades con las que se encuentran, lo que facilita la aparición de problemas mentales (320) y se asocia a estados depresivos (315) secundarios a la estigmatización y victimización (321,322) . Sin embargo, hay que resaltar que el grupo “*otras orientaciones sexuales*” del presente estudio, es el que menos consumo tiene, a pesar de pertenecer a una minoría sexual, lo que puede indicar un menor impacto emocional de esta circunstancia o una mejor gestión emocional. Por tanto, los resultados indican que, aunque la población bisexual parece ser la que tiene consumos de alcohol más intensos (borracheras y consumo de riesgo según AUDIT), no hay una evidencia suficientemente clara para reforzar la idea de que todas las minorías sexuales presentan mayor consumo de alcohol. Es por tanto necesario una mayor investigación en este campo.

Los lugares más frecuentes de consumo entre quienes habían consumido alguna vez alcohol por orden de frecuencia: bares (66.9%), fiestas privadas (48.5%), fiestas universitarias (46,4%) y botellón (44,6%). En los hombres fue significativamente superior el consumo en bares, en fiestas privadas y en el botellón. Sin embargo, en el estudio de *Jiménez- Muro et al. (291)* , no se detectan diferencias significativas en el lugar de consumo entre hombres y mujeres. A gran distancia se encuentra el consumo en fiestas universitarias (5,6%), aunque el porcentaje es pequeño, desde el punto de vista de promoción de la salud la universidad no debería proponer fiestas en las que se consuma alcohol, ni permitir que empresas privadas utilicen el nombre de “fiesta universitaria” para potenciar su negocio y el consumo de alcohol. En esta línea la *Conferencia de Rectores de las Universidades Españolas* (CRUE) en colaboración con la *Red de Universidades Promotoras de Salud* (REUPS) en 2022 ha emitido un documento con recomendaciones a las universidades (323). Es importante indicar que las fiestas universitarias son un factor contextual que se identifica como un elemento que aumenta el riesgo del consumo entre los y las universitarias (324) máxime teniendo en cuenta que el consumo del grupo de amigos, con los que participan en esas fiestas influye directamente en el propio (41) .

7.2.2. Cannabis y otras drogas ilegales

La **edad media de inicio de consumo de cannabis** fue de 16,83 años, situándose por encima de los 14,9 años de ESTUDES (135) y con cifras similares a las de otros estudios en universitarios (325). Lo que indica que la población más joven que se ha iniciado antes, aún no ha llegado a la universidad. El porcentaje de alumnado que ha iniciado el consumo de cannabis antes de los 15 años es del 21%, siendo superior al 7,8% indicado en el estudio de *Ahuja et al. (326)*. Aunque en este caso la edad de corte eran los 14 años. No hay diferencias por sexo en la edad de inicio, al igual que sucede en la encuesta escolar ESTUDES.

En función de la orientación sexual, sólo se detectan porcentajes significativamente superiores entre la población bisexual (25,2%) y la homosexual (13,7%), de forma similar a como ocurre con el alcohol. Este dato es muy

importante ya que son muchos los estudios que asocian este inicio precoz a la aparición de problemas (150,155,326).

Las **edades medias de inicio** del consumo del **resto de las drogas ilegales** se sitúan entre los 18,66 años del éxtasis y los 19,45 años del GHB. Estas edades son superiores a las indicadas en la encuesta ESTUDES 2018/2019 (135). Las sustancias con un inicio precoz del consumo (<15 años) son los inhalables (11,9%), la cocaína (7,6%) y el éxtasis.

El consumo **alguna vez en la vida de cannabis** está muy extendido entre la población universitaria estudiada ya que un 45,8% refiere haberlo consumido, siendo superior el consumo entre los hombres (51,3%) respecto a las mujeres (43,7%). En la encuesta EDADES (136) en el rango 15-24 años la prevalencia de consumo “*alguna vez en la vida*” es inferior a los datos obtenidos en este estudio (22,1%, 28,7% en hombres y 15,1% en mujeres). En el caso de ESTUDES (135) el consumo “*alguna vez en la vida*” se sitúa en el 33% (34,5% en chicos, 31,5%), lo que implica que el consumo experimental de cannabis en la población universitaria estudiada es superior a la población general y escolar. Otros estudios en universitarios indican prevalencias de este tipo de consumo entre un 41% y un 67,8% (97,291,327,328).

El consumo “*alguna vez en la vida*” en el caso del cannabis nos permite valorar de forma indirecta la tolerancia al consumo que existe de esta sustancia, de manera llama la atención el aumento especialmente en la población general (136) y en la escolar (135). Esta circunstancia está muy relacionada con la disminución de la percepción del riesgo respecto al consumo de cannabis que viene determinada en gran medida por las estrategias de promoción que están realizando las grandes empresas productoras, gracias a la legalización de su consumo en muchos países (165,329).

El consumo de **cannabis en los últimos 30 días** se sitúa en el 15,7% (19% en hombres y 14,4% en mujeres) por encima de los datos de EDADES 2018/2019 y por debajo del 19,3% (21,5% en chicos y 17,3% en chicas) de ESTUDES 2018/2019. En todos los casos el consumo es superior entre los chicos, aunque cuanto más joven es la población más se igualan los consumos. En otros estudios de población universitaria los datos de prevalencia del consumo en los “*últimos 30*

días” oscilan entre un 8,5% y un 32,2% (97,325,327,330,331). Vigilar la evolución del consumo de cannabis en “*el último mes*” es importante dado el progresivo aumento que se está produciendo y su impacto sobre la salud de estos jóvenes, de forma especial sobre su rendimiento académico (38,332–335).

Los consumos del **resto de drogas ilegales** se sitúan entre el 4% y el 0,2%, en el consumo **alguna vez en la vida** y el 0,6% y el 0,1% en el **consumo en los últimos 30 días**. La cocaína es la sustancia con mayores prevalencias, seguida del éxtasis y el speed, al igual que sucede en los estudios de la Universidad de Girona (336) y Jaén (337), aunque en este estudio el porcentaje de alumnado consumidor habitual de cocaína y de pastillas (éxtasis o similar) detectados son superiores (1% y 0,9% respectivamente). El estudio de la Fundación Atenea de 2010 también indica consumos en el “*último mes*” de cocaína y de éxtasis superiores (5,4% y 2,6%) a los obtenidos en el presente estudio (367). Por el contrario, de lo que sucede con el alcohol y el cannabis los porcentajes de consumo de estas otras drogas ilegales son inferiores a los de la población general (136) y similares o algo superiores a los de la población escolar, especialmente en el grupo de 18 años (135). Todos los consumos son significativamente superiores entre los varones, salvo el *consumo en los últimos 30 días* de éxtasis y de speed. Este patrón de consumo de drogas ilegales entre los hombres es congruente con la mayor parte de los estudios (135,136,327), aunque en el estudio de la Universidad de Girona no se encuentran diferencias entre chicos y chicas para el consumo de cocaína (336) y en el estudio con alumnado americano el consumo de cocaína es superior entre las chicas y les genera mayores alteraciones (338).

Los **consumos de drogas ilegales**, en general se mantienen estables a lo largo de los cursos académicos. Solo se observan cambios en las mujeres: pequeños descensos en el consumo de **cocaína y éxtasis** “*alguna vez en la vida*” y un pequeño aumento en el consumo de **cánnabis** en “*los últimos 30 días*” en los 3 cursos académicos finales del estudio. Este aumento de consumo de cannabis se corresponde con la progresiva equiparación en los consumos que está sucediendo con esta sustancia, tal y como también se puede observar en los datos

de la encuesta ESTUDES 2028/2019 (Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones 2020) y, corrobora el estudio de *López-Sánchez et al. (204)*.

Los consumos de drogas ilegales, en función de la **orientación sexual**, son superiores en la población homosexual y bisexual respecto a la población heterosexual para el cannabis, la cocaína y el resto de sustancias contabilizadas conjuntamente. Los resultados del presente estudio refuerzan la idea de que existe un mayor consumo de drogas ilegales especialmente entre el colectivo bisexual (316,317,339) a pesar de que el estudio de *Pérez-Albéniz et al. (295)* en estudiantes de 14 a 18 años cuestione estos resultados, indicando que puede existir un estereotipo de uso generalizado de drogas en minorías sexuales.

La población homosexual consume más cocaína y éxtasis “*alguna vez en la vida*” y cocaína en “*los últimos 30 días*”. Estas dos sustancias, aunque no son las más específicas, pueden ser utilizadas en sesiones de “*Chemsex*” (235,238,239,241,245,340). Sin embargo, en bisexuales los consumos más frecuentes “*alguna vez en la vida*” son de cannabis y alucinógenos, y en “*el último mes*” de cannabis. Estos datos son coherentes con el estudio de *Pérez-Albéniz et al. (295)*. Aunque en el presente estudio no es posible saber con precisión si la utilización de estas sustancias está vinculada o no con el “*chemsex*”, es importante recordar que además de las conductas de riesgo con las que está vinculado este uso, también lo está con trastornos mentales. Los trastornos más frecuentes son los vinculados al consumo de sustancias y al comportamiento sexual compulsivo o a ideas delirantes (270), aunque hay muchos estudios que también los vinculan a otras patologías más genéricas (78,246,247,270,340). Por todo ello, el impacto del uso de sustancias sobre la población de hombres que tienen sexo con hombres es un tema de interés en el momento actual.

Por otro lado, **los lugares más frecuentes donde se consume** cannabis, cocaína, éxtasis, GHB y speed son en “fiestas privadas” seguido de “otros lugares”. Mientras que los alucinógenos y la heroína se consumen más en “otros lugares”. Estos datos son similares a los indicados por Cáceres et al (341). Sin embargo, no se puede olvidar el porcentaje de consumo de drogas ilegales en “residencias universitarias”: el 6,2% refiere consumir cannabis en este contexto y entre un 2% y un 3% éxtasis GHB, speed y alucinógenos. Estos porcentajes,

aunque sean bajos tienen relevancia ya que se consumen en las instalaciones de centros residenciales de carácter educativo y sería importante que no se produjeran, ya que estos espacios deberían ser espacios protectores y “*espacios promotores de salud y libres de drogas*”.

Respecto a la orientación sexual el consumo de cannabis en bisexuales es superior al de heterosexuales en las “fiestas privadas”, “la propia vivienda”, “bares y restaurantes”. Cabe destacar que la mayor parte de los lugares donde se consume tienen que ver con el ámbito privado, siendo este dato lógico dada la ilegalidad de su consumo en espacios públicos.

7.3. Consumo de drogas y conductas sexuales de riesgo

El análisis muestra las personas que refieren haber experimentado las siguientes **conductas sexuales de riesgo (CSR)**, al haber bebido o consumido una droga en el último año: “*no utilización del preservativo en las relaciones sexuales*”, “*ser acosado o acosada sexualmente*” y “*acosar sexualmente a alguien*”. De manera que la asociación que se obtiene entre estas conductas sexuales y el consumo de drogas es indirecta, ya que no se puede saber cuál es la sustancia relacionada directamente con la conducta que se valora, sin embargo, este análisis permite tener una aproximación al fenómeno.

Respecto al análisis de las **CSR y el consumo de alcohol** en la población universitaria de primer curso. Se detecta una mayor frecuencia entre quienes se “*emborracharon en los últimos 12 meses*” o “*consumieron alcohol en atracón en los últimos 30 días*”, frente a quienes no tuvieron estos consumos, además la frecuencia de las CSR se incrementa con la intensidad del consumo (342).

La conducta de “*no utilizar el preservativo*” entre quienes consumen alcohol es similar en hombres y en mujeres. Los datos del presente estudio son superiores a los indicados en el informe de EDADES 2017 (335) en la población de entre 15 y 34 años (relaciones sexuales sin preservativo entre consumidores en atracón 4,2%). Respecto a la asociación del consumo de alcohol con la “*no utilización del preservativo*” aunque en este análisis si se encuentra asociación, la regresión logística, tal y como se ha indicado en el apartado de las “*Conductas sexuales y*

utilización del preservativo”, no identifica que el consumo de alcohol, (en las tres modalidades analizadas), sea un factor de riesgo para la “*no utilización del preservativo*”. Estos resultados se corresponden con otros estudios que no encuentran la asociación directa, salvo en el caso de la población más joven y las primeras relaciones sexuales (175), pero sí lo asocian a otras conductas sexuales de riesgo, al alterar la capacidad de la toma de decisiones, producir desinhibición y disminuir la percepción del riesgo (175,194). Aunque como se ha indicado en el apartado correspondiente, este tema es controvertido.

Es importante matizar que el consumo de alcohol en el marco de las relaciones sexuales se utiliza con diferentes expectativas que varían en función del género: ellos lo beben como facilitador de contactos sexuales (194,234,301,343) y ellas para mejorar su capacidad sexual (343). El estudio de *Cooper et al.* (175) indica como el género también influye en la exposición a las conductas sexuales de riesgo vinculadas al consumo de alcohol, siendo mayor el control de las chicas al tener, por un lado, una percepción del riesgo más elevada, y por otro lado debido al condicionamiento social que las penaliza más. Los datos sobre si son ellos o ellas quienes más utilizan alcohol en el contexto sexual no están claros, algunos estudios indican que son ellos (41), mientras que otros plantean una igualdad entre sexos (270).

Los resultados de la presente investigación son inferiores a otros estudios en universitarios que indican prevalencias de conductas sexuales relacionadas con el consumo de alcohol (no utilización del preservativo, tener experiencias no deseadas, ser presionados para tener sexo y forzar o presionar a alguien para tener sexo) en porcentajes superiores al 19% (175,194).

Respecto a la CSR de “*aprovecharse de alguien sexualmente*” sólo fue superior entre quienes tuvieron los consumos más intensivos (“*borracheras*” y “*atración*”) y principalmente en hombres. En este sentido los estudios indican que los agresores sexuales efectivamente también se encuentran bajo los efectos del alcohol u otras drogas (342,344). Además, es interesante tener en cuenta los resultados del estudio de *Prego et al.* que indican que los hombres universitarios, en contextos de ocio, mostraron mayor disposición a mantener relaciones sexuales con personas incapaces de otorgar su consentimiento debido a los efectos de las

drogas o a animar a sus contrapartes femeninas a consumir alcohol con el objetivo de tener sexo con ellas (345).

Sin embargo, en ellas se detectan más “*abusos sexuales*” al igual que se indica en el estudio de *Messman-Moore et al. (193)* y en el *Orchowski et al.* que plantea una mayor presión para tener relaciones sexuales entre las chicas (196). Diferentes estudios indican que el alcohol es la sustancia más vinculada a las agresiones sexuales y que en la mayor parte de las ocasiones el consumo se da en contextos de ocio previo generando una mayor vulnerabilidad en las víctimas (342,344,346,347). Las agresiones sexuales en las que el delito sexual se comete sobre una víctima que voluntariamente ha consumido algún tipo de sustancia psicoactiva se denominen como “vulnerabilidad química”, para diferenciarlas de la “*sumisión química*”, donde la sustancia es administrada de forma involuntaria para afectar a las capacidades psíquicas de la víctima (348).

Respecto a la orientación sexual, la población que se declara homosexual y consume alcohol en los últimos 12 meses y en atracón refiere más sexo sin protección; mientras que en la población bisexual se asoció más con los abusos sexuales. Además, la población que declaraba “otra orientación sexual” presentó más asociación entre el consumo de alcohol y aprovecharse sexualmente de alguien.

Por último, el análisis del **consumo de drogas ilegales y las CSR** indica que el grupo de universitarios con consumo de cannabis presenta porcentajes superiores de las tres CSR respecto a los consumos de alcohol analizados, pero inferiores a quienes consumen otras drogas ilegales “*en los últimos 12 meses*”.

El consumo de drogas ilegales sí parece tener una relación directa con la no utilización del preservativo (41,234,270). Complementariamente, el análisis de regresión logística para la conducta sexual de riesgo “*relaciones sexuales sin protección alguna vez*”, tal y como se ha indicado, sí detecta relaciones estadísticamente significativas en el consumo de cannabis y otras drogas ilegales entre las mujeres. De manera que se aumenta el riesgo entre quienes inician el consumo de cannabis antes de los 15 años, y quienes consumen cannabis u otras drogas ilegales en los últimos 30 días. Sin embargo, en hombres no aparece esta

relación de aumento de riesgo con los consumos de las drogas analizadas. Estos resultados son congruentes con los encontrados por *Bellis et al.* (234).

La utilización del consumo de drogas en el contexto de las relaciones sexuales, lo que se denomina “*uso sexualizado de drogas*”, se refiere al uso intencional de sustancias psicoactivas antes o durante un encuentro sexual con el objetivo de mejorar la experiencia sexual. Según el estudio de *Íncera et al.*, el alcohol junto con el cannabis son las sustancias más utilizadas (10,5% y 7,1% respectivamente), con consumos sin diferencias significativas entre hombres y mujeres (270). Además, el estudio de *Metrik et al.* (349) refiere que el consumo de cannabis si se asocia al de alcohol aumenta aún más la probabilidad de llevar a cabo conductas sexuales de riesgo.

El porcentaje de alumnado universitario con consumos de drogas ilegales que presentan “*abusos sexuales*” es importante (2,4% en personas con consumo de cannabis y 6,8% con consumo de otras drogas ilegales), y superior entre las mujeres, estando estos datos acordes con los de otros estudios (193,281). Entre el alumnado que consume cannabis, aprovecharse de alguien sexualmente es una conducta mayor entre los hombres. No se detectan diferencias en estas CSR entre hombres y mujeres que ha consumido otras drogas ilegales, lo que puede estar condicionado porque la prevalencia de consumo en los últimos 12 meses es mucho menor y por tanto su tamaño muestral también.

La relación diferencial por género entre el consumo de drogas y sufrir abuso sexual (principalmente entre las mujeres) o aprovecharse sexualmente de alguien (más frecuentes entre los hombres), es un fenómeno complejo en el que median otros factores, entre los que tiene un peso especialmente importante la violencia estructural de los hombres hacia las mujeres, y puede ser una expresión más de esta (350,351).

Respecto a las CSR según la orientación sexual, los resultados muestran porcentajes que son superiores entre quienes consumen otras drogas ilegales respecto al cannabis. El “*sexo sin protección*” relacionado con el consumo de drogas ilegales, no presenta diferencias entre las cuatro categorías de orientación sexual.

Sin embargo, el “*abuso sexual*” es superior (tanto para el consumo de cannabis, como de otras drogas ilegales) en la población bisexual, seguida de la homosexual respecto a la heterosexual. Otros estudios indican que el consumo de drogas media en los procesos de victimización especialmente de las mujeres lesbianas y bisexuales (320). Aunque, hay que indicar, como plantea Castro (259) en su estudio en población universitaria, que, con independencia del consumo de drogas, el intento de violación es más prevalente entre mujeres lesbianas y bisexuales (15,4%) respecto a los hombres heterosexuales (5%) y gais/bisexuales (1,4%); mientras que la violación fue más prevalente entre gais/bisexuales (7%) y lesbianas/bisexuales (7,7%) que entre mujeres heterosexuales (1,9%). Respecto a las relaciones sexuales bajo coerción, aunque fueron más frecuentes entre participantes gais/lesbianas y bisexuales (13,5%) y hombres (11,4%), no se detectaron diferencias significativas con el resto de grupos (mujeres y hombres gais/bisexuales). Estos datos son similares a los de la población jóvenes generales, en que especialmente las mujeres bisexuales son las más vulnerables a estas situaciones (352). Sin embargo, es importante identificar también como un colectivo de riesgo a los hombres bisexuales y gais, ya que, aunque con menos frecuencia que en el caso de las mujeres, también son víctimas de agresiones sexuales, perpetradas por otros hombres, generalmente de mayor edad (353).

El presente estudio indica que “*el abuso sexual de otras personas*” es superior entre la población que declara tener “*otra orientación sexual*” respecto a la población heterosexual y homosexual para el consumo de cannabis y la heterosexual y bisexual en el caso del consumo de drogas ilegales, al igual que sucedía con el consumo de alcohol. La interpretación de estos datos es compleja y paradójica, ya que aunque no se conoce con certeza el tipo de orientación sexual que podría estar en este grupo, sin duda incluirá a las personas “*trans*” y “*no binarias*”, y en este momento, y aunque no existe demasiada literatura al respecto, los datos indican que esta población presenta aún más riesgo de agresiones sexuales que las personas “*cis*” (352,354), incluyendo población universitaria (355)- Este dato indica que es necesario la realización de mayores estudios que caractericen a estos otros colectivos, para valorar el posible papel agresor de esta población.

7.4. Aplicación de los resultados e implicaciones prácticas

Como se ha mostrado, el primer año de estudios universitarios implica la exposición a grandes cambios (salida del contexto familiar, nuevos compañeros, nuevo entorno académico con sus exigencias específicas). Además, en estas edades el proceso de maduración neurofisiológica y de configuración de los rasgos principales de la personalidad y de la identidad se está consolidando. Las conductas de riesgo (consumo de alcohol u otras drogas y conductas sexuales de riesgo) tienen implicaciones directas a nivel académico, alterando el rendimiento de las personas en su carrera universitaria. Por otro lado, estas conductas de riesgo tienen implicaciones sobre la salud pública, ya que tanto la aparición de consumos problemáticos de drogas, como de embarazos no deseados o de ITS tienen un importante impacto sobre la salud de esta población y su calidad de vida presente y futura.

Estos aspectos, junto con los resultados obtenidos de la investigación plantean la necesidad de realizar intervenciones de promoción de la salud interdisciplinarias e intersectoriales en este periodo vital, en la línea de los que plantea la Guía Breve para la implementación en universidades de la estrategia de promoción de la salud y prevención en el Sistema Nacional de Salud (46). Sin embargo, dentro de las actuaciones que esta guía plantea, no se incluyen ni las actuaciones para reducir el consumo de drogas ilegales, ni las que promueven unas relaciones afectivo sexuales saludable.

El impulso de programas multicomponente sería una iniciativa importante, tal y como plantean organismos nacionales e internacionales y diversas investigaciones (98,154,356–360). Estas actuaciones abordarían los diferentes factores de protección y de riesgo para evitar, por un lado, los consumos problemáticos de alcohol y drogas y, por otro las conductas sexuales de riesgo. Para ello, es clave realizar intervenciones sobre el contexto que:

- dificulten la accesibilidad al alcohol y otras drogas (normativa regulatoria de venta y consumo de alcohol, y de realización de fiestas universitarias),
- mejoren el acceso a los métodos de barrera,

- faciliten la detección del consumo de riesgo de alcohol y otras drogas, así como las ITS u otros problemas en el ámbito de las relaciones sexuales, y
- promuevan intervenciones mediante consejo individual (359,361).

También es importante el impulso de programas o talleres interactivos que (93,362,363):

- Trabajen las falsas expectativas respecto al papel del alcohol y otras drogas en las relaciones sexuales.
- Resalten las conductas de riesgo vinculadas a dichos consumos.
- Mejoren las actitudes hacia el empleo de métodos anticonceptivos y de barrera.
- Potencien las habilidades para afrontar la presión de los iguales y la publicidad/promoción para consumir alcohol y otras drogas (297,359) o para tener relaciones sexuales no deseadas.
- Todo ello teniendo en cuenta el enfoque de género, incluyendo también el respeto por la diversidad sexual (339,352,354,355).

Este tipo de actuaciones podrían estar apoyadas e impulsadas por la REUPS (Red Española de Universidades Promotoras de Salud). Es muy importante disponer de programas de calidad para trabajar en este contexto, como son los siguientes:

- Sobre sustancias: *Programa de autocuidado en drogas para Estudiantes universitarios* (PADEU.UC) de la Universidad Católica de Chile (364), el *Programa riesgos y desafíos* (365), el *Taller Drogas ¿qué?* de la Asociación PDS y el Comisionado para la Droga de Castilla y León (366).
- Sobre sustancias y conductas sexuales: *PIUMAD: Programa para la prevención adicciones en universidades* de Madrid (367).

De la misma forma que es importante hacer referencia a las actuaciones recomendadas, es clave, dejar constancia de aquellas que no cuentan con evidencia, sobre todo si se realizan de forma aislada (33,141,154,359,368) Este es el caso de la realización de charlas informativas o de sensibilización sobre los efectos negativos de las drogas o sobre el riesgo de tener relaciones sexuales sin

protección, la apelación al miedo, la distribución de folletos, los testimonios de personas que han tenido trastorno por uso de sustancias.

En el campo de las intervenciones sobre salud sexual, las *Estrategias mundiales del sector de la salud contra el VIH, las hepatitis víricas y las infecciones de transmisión sexual para el periodo 2022-2030* (369), la *Estrategia de Salud Sexual y Reproductiva* (370) y el *Plan Estratégico para la Prevención y Control de la infección por el VIH y a las ITS en España. 2021-2030* (371), indican la necesidad de favorecer una formación integral sobre salud sexual y reproductiva, el acceso a preservativos, píldora postcoital, profilaxis posterior a la exposición al VIH si fuera precisa.

Por otro lado, en la línea de detección precoz de estas conductas de riesgo, es importante promover de servicios de asesoramiento individual específicos para el alumnado universitario que pueda presentar estos problemas (35) y promover desde los servicios sanitarios la detección precoz de las ITS, especialmente en mujeres, ya que se presentan en muchas ocasiones de forma asintomática y además, sus parejas hombres les advierten mucho menos (que ellas a ellos) de que están infectados, lo que implica que no pueden tratarse de forma adecuada (103,371). En el caso del consumo de alcohol u otras drogas el alumnado, cuando los consumos no sean muy frecuentes o intensos, o no generen problemas sólo se precisará de una intervención breve, como la ofrecida por el *Proyecto THRIVE* (Tertiary Health Research Intervention via Email) (372) u otras presenciales (125,373–375). En otras ocasiones, cuando los factores de riesgo para el consumo de drogas sean mayores y los consumos problemáticos ya aparezcan, será necesaria una derivación a programas de prevención indicada (368) o incluso a la red de atención a personas con trastornos adictivos de cada comunidad autónoma. Y si hay sospecha de una ITS, la derivación se realizará a los centros de *Atención Primaria* o, en aquellas comunidades autónomas donde los haya, a los servicios específicos sobre sexualidad dirigidos a jóvenes.

En este sentido, hay que indicar que la Universidad de Valladolid (UVa) cuenta con la ***Delegación del Rector para la Responsabilidad Social Universitaria de la Universidad de Valladolid*** (UVa) (<https://rsu.uva.es/>).

Esta unidad aglutina los servicios universitarios de: Asuntos Sociales, Unidad de Igualdad, Oficina de Cooperación Internacional al Desarrollo y la Oficina de información y gestión del Voluntariado universitario. Este recurso cuenta con un servicio propio sobre el **tema de adicciones** con los siguientes objetivos:

- Ofrecer un punto de información a toda la comunidad universitaria, especialmente al alumnado, donde se faciliten datos relativos al consumo de tabaco, alcohol, cannabis y otras drogas, incidiendo en los riesgos derivados de su consumo.
- Crear un contexto universitario que oriente, concretamente al alumnado, a un ocio saludable.
- Facilitar un lugar, a toda persona perteneciente a la universidad, donde encontrar los datos necesarios para ponerse en contacto con las diferentes entidades y organizaciones que trabajan en la prevención de adicciones.

También dispone de un **Servicio de información, orientación y asesoramiento psicológico** en los cuatro campus de la UVa. Se trata de un servicio gratuito, anónimo y confidencial, cuyo objetivo es mejorar la salud psicológica de las personas que forman parte de la Comunidad Universitaria de la UVa, ayudando a la prevención e interviniendo cuando surgen las primeras dificultades emocionales.

Otro de los **Servicios es el de Diversidad sexual y de género con los siguientes objetivos:**

- Ofrecer atención personalizada a toda la comunidad universitaria en actuaciones específicas de diversidad sexual y de género.
- Orientar y asesorar a la comunidad universitaria en materia de procedimientos administrativos.
- Apoyar a entidades para la realización de acciones de sensibilización y formación en el ámbito universitario.
- Orientar y apoyar en situaciones de acoso sexual, por razón de sexo o por orientación o identidad sexual.

Dentro de sus actuaciones, cabe destacar que la Uva está adscrita a la **Red de Universidades por la Diversidad (RUD)**.

Estos servicios son elementos importantes para poder apoyar al alumnado en esta época de transición compleja; especialmente el primer año universitario, facilitando la detección precoz de problemas y la intervención para su mejora o solución.

7.5. Limitaciones metodológicas, fortalezas, aplicabilidad y futuras líneas de investigación

Esta investigación presenta diversas **limitaciones**:

1. La muestra no es probabilística, debido al objetivo del *Proyecto uniHcos*, de ser una cohorte dinámica de estudiantes. Esto que puede afectar a la inferencia a la población universitaria, pero puede ser considerada válida para el objetivo descriptivo que se plantea.
2. El alumnado participante puede tener un “*sesgo de respuesta*” condicionado por la deseabilidad social, de manera que las prevalencias estimadas pueden estar subestimando la situación real. Aun así, partiendo de esta situación hay que valorar que esta cohorte nos permite aproximarnos a la situación del consumo y de las relaciones sexuales posiblemente en los estratos más normalizados. Además, el porcentaje de desconocidos en las conductas sexuales es bajo.
3. Las respuestas también pueden estar influidas por “*sesgos de memoria*”, aunque teniendo en cuenta las edades de inicio de las conductas medidas existe una cierta proximidad.
4. En la creación del cuestionario del *Proyecto unichos*, la metodología utilizada para valorar las conductas sexuales se basó en el estudio del INE del 2003, lo que implica que no se hayan valorado las prácticas sexuales PS (prácticas sexuales sin penetración) en los últimos 12 meses entre los varones, pero si en las mujeres. Además, la variable RS/PS en los últimos 12 meses está

unificada y no se puede saber cuántas mujeres sólo han tenido RS y cuantas sólo PS. En el análisis se ha intentado compensar esta diferencia utilizando en la valoración de las RS/PS en los últimos 12 meses, sólo a aquellas mujeres que habían tenido alguna RS. De cara a la valoración de la transmisión de ITS puede tener menor importancia, en la estimación de las conductas sí parecería interesante incorporar estas conductas en hombres, de manera que las conductas medidas fueran iguales para hombres y mujeres.

5. La heterogeneidad en los indicadores que miden o valoran las conductas sexuales en relación al tiempo de referencia, dificulta las comparaciones. Algunos estudios se refieren a la última conducta sexual, con independencia del tiempo, otros en relación de la conducta sexual alguna vez en la vida y otros en relación a los últimos 12 meses. Sería importante, al igual que sucede en el consumo de drogas, que los indicadores se estandaricen y permitan comparaciones más fiables entre los diferentes estudios. Una opción interesante sería medir las conductas alguna vez en la vida, en los últimos 12 meses y en los últimos 30 días.
6. En el apartado de consumo de alcohol, se ha detecta una falta de homogeneidad en los diferentes estudios y encuestas para medir determinados tipos de consumo, que genera dificultades en las comparaciones. Los tipos de consumo son:
 - En especial el consumo en “*binge drinking*” o en atracón (la Dirección General de salud pública utiliza una definición y el Plan Nacional sobre Drogas en sus encuestas otra).
 - Una situación similar sucede con la utilización de los puntos de corte del Cuestionario AUDIT, ya que en función del año y de la utilización existen variaciones, de manera que en estudios más antiguos el punto de corte en hombres y mujeres era el mismo (≥ 8), mientras que en la actualidad, y así lo ha modificado el Observatorio Español para las Drogas y las Adicciones (OEDA) de la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, el punto de corte es diferente para mujeres (≥ 6) que para hombres (≥ 8).

7. El diseño transversal no permite establecer las relaciones de causalidad entre el consumo de alcohol, cannabis y otras drogas y la conducta sexual de riesgo (CRS) medida. Aunque la respuesta de la experiencia de CRS está referida al consumo en los últimos 12 meses de estas sustancias y los datos sean coherentes con los de la encuesta ESTUDES (135) del OEDA, esta asociación no es causal.

En relación con las **fortalezas**, hay que destacar las siguientes:

1. El cuestionario utilizado, que está basado en escalas validadas y utilizadas de forma oficial a nivel nacional, tal y como se ha indicado en la metodología.
2. Los datos son multicéntricos, al contar con 11 universidades públicas del territorio español, lo que implica heterogeneidad sociocultural.
3. El uso de autoinformes para valorar el consumo de alcohol y otras drogas se considera una metodología válida y fiable (361,376). La autocumplimentación de los datos evita la introducción de los sesgos en la formulación de las preguntas, así como errores en el registro de las mismas si se hacen por un entrevistador y en el caso de temas sensibles como es el campo de los hábitos sexuales garantiza mejora la tasa de respuesta (377,378). Además, los cuestionarios on-line son mucho más eficientes y presentan menos errores que otro tipo de cuestionarios (379).
4. Existen pocos estudios en población universitaria, especialmente en la parte de conductas sexuales.
5. El enfoque del estudio, teniendo en cuenta la orientación sexual es novedoso y plantea la importancia de tener en cuenta esta variable para el análisis de conductas de riesgos en las que puede tener una influencia importante (263).
6. La valoración conjunta del consumo en el último año de alcohol, cannabis y otras drogas y las consecuencias sobre el ámbito sexual, también aporta resultados interesantes.

Teniendo en cuenta las fortalezas de la investigación y sus limitaciones se considera que se han alcanzado los objetivos propuestos.

Respecto a la **aplicabilidad de los resultados** del presente estudio, estos pueden servir para orientar acciones, por parte de las universidades, de promoción de la salud y prevención de las conductas de riesgo (consumo de drogas y relaciones sexuales de riesgo), en las que se tenga en cuenta la orientación sexual y las diferencias de género. Estas actuaciones son especialmente prioritarias entre el alumnado del primer curso académico, ya que es el momento vital donde los cambios y la mayor vulnerabilidad está presente. La Red de Universidades Promotoras de Salud es una estructura que es necesario potenciar ya que puede ser el motor de impulso de este tipo de actuaciones de forma multicéntrica.

El presente estudio también refuerza la idea de la necesidad de servicios específicos para el alumnado que detecten de forma precoz diferentes problemas que tienen impacto sobre su salud presente y futura, como es en este caso el consumo problemático de drogas, las conductas sexuales de riesgo, teniendo en cuenta además que los colectivos no heteronormativos pueden ser más vulnerables al desarrollo de muchas de estas conductas. La detección e intervención precoz con los casos y si fuera necesaria la derivación a recursos especializados es una actuación clave para evitar la aparición de adicción en el caso de las drogas y enfermedades de transmisión sexual o embarazos no deseados en el caso de relaciones sexuales de riesgo. Sin olvidar en ambos casos el impacto que estas conductas pueden tener sobre la salud mental de las personas.

Así mismo, esta investigación ha servido para mejorar las preguntas sobre conductas sexuales en el cuestionario del *Proyecto uniHcos*. En la modificación hecha en el año 2022 se define el concepto “*relaciones sexuales*” como *aquellas en las que haya habido contacto genital u oro-genital con otra u otras personas, haya habido o no, penetración vaginal, anal u oral, con o sin orgasmo*. Se utiliza pues una definición con independencia del sexo de la persona y en base al

enfoque planteado por *Encuesta Nacional de salud Sexual del año 2009* (62) y el enfoque del estudio del Injuve de 2020 (2).

Desde los análisis de este estudio, también se planteó al equipo investigador de la Universidad de León la necesidad de incluir una nueva pregunta sobre el género. En el cuestionario modificado en 2022 este ítem está formulado de la siguiente manera: “¿Cuál es tú género?” y las posibles respuestas son: *masculino; femenino, transgénero masculino, transgénero femenino y otro ¿cuál?* Este nuevo ítem, permitirá mejorar los análisis de los hábitos de vida de los universitarios desde una mejor perspectiva de género que la que se podía hacer con anterioridad.

En relación a **futuras líneas de investigación** es muy importante seguir investigando y profundizando en el campo del uso sexualizado de drogas. Es necesario promover más estudios que clarifiquen las relaciones entre el consumo de alcohol y la utilización de los métodos de barrera, ya que es donde más controversia se ha encontrado.

Así mismo, y aunque de forma progresiva se están realizando investigaciones teniendo en cuenta la orientación sexual tanto en el consumo de sustancias como en las conductas sexuales, es necesario profundizar en sus relaciones. En este sentido también es clave tener en cuenta en los estudios con la población no heteronormativa otras variables que pueden mediar en el desarrollo de estas conductas de riesgo, como puede ser la salud mental, las relaciones con la familia o con el grupo de iguales. Además, es importante valorar lo que ocurre con las orientaciones sexuales que no son las tres clásicas analizadas en el presente estudio (heterosexuales, homosexuales y bisexuales), ya que algunos resultados muestran que pueden tener perfiles diferentes al grupo de homosexuales y bisexuales.

Otra de las líneas de investigación que puede ser interesante impulsar es el impacto que las redes sociales y las “app de contactos” pueden estar teniendo en este uso sexualizado de drogas. En este sentido ya existen estudios que plantean como todo las “apps de contacto” pueden estar influyendo en el fenómeno del “Chemsex”, aunque es preciso profundizar en este aspecto. No hay que olvidar

que otro de los colectivos que parece que puede ser de mayor riesgo son las mujeres bisexuales, en este sentido el fenómeno del “*chemsex*” no las incluye, por lo que es necesario que se inicien líneas de investigación específicas con este colectivo de mujeres.

También se propone la necesidad de homogeneizar, entre los equipos de investigadores y los propios sistemas de información epidemiológicos (encuestas sociológicas o sobre salud que abordan estos temas) indicadores estándar para la medida del consumo intensivo de alcohol y, de forma especial, de las conductas sexuales en relación al periodo temporal.

Por último, en el campo de los hábitos sexuales es necesario disponer de encuestas nacionales en nuestro país, estandarizadas y periódicas que permitan valorar los posibles cambios y las conductas de riesgo que están determinando el repunte importante de Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) en el colectivo de población joven.

8. CONCLUSIONES

1. En este estudio multicéntrico con estudiantes universitarios de primer curso del *Proyecto uniHcos*, la muestra de alumnado participante indica una mayor presencia de mujeres, ya que las carreras con más participación en el Proyecto están cursadas principalmente por estas (ciencias jurídicas y sociales y ciencias de la salud). Así mismo, la mayoría de las personas participantes son menores de 21 años, están solteros, solo estudian, viven en el domicilio familiar o en pisos de alquiler/ domicilio propio/otro y su familia reside en la misma comunidad autónoma del lugar donde estudia.

2. La mayor parte de la población se declara heterosexual, por encima de los estudios generales y por debajo de otros con universitarios. La población homosexual presenta mayores porcentajes en los hombres, mientras que la bisexual es en las mujeres. Sólo se detecta un aumento de las mujeres bisexuales a lo largo de los diferentes cursos académicos, lo que indica una mayor libertad entre ellas para expresar orientaciones no heteronormativas. Además, la población que no se identifica con estas tres categorías es superior a la de otros estudios, indicando una mayor diversidad de la orientación sexual de la población universitaria estudiada.

3. El porcentaje de personas que han tenido relaciones sexuales con penetración alguna vez es ligeramente inferior al de otros estudios, y es similar en ambos sexos. Sin embargo, las mujeres bisexuales y los hombres homosexuales presentan porcentajes superiores respecto a sus correspondientes heterosexuales. La edad de inicio de las relaciones/prácticas sexuales (RS/PS), en torno a los 16 años, es similar a la de otros estudios, y aún no se ve el descenso detectado en población de menor edad. La población no heteronormativa se inicia antes, especialmente el colectivo bisexual. Además, los hombres homosexuales presentan más RS en los últimos 12 meses, mientras que para el resto de orientaciones sexuales en hombres y en todas las de las mujeres no se detectan diferencias.

4. La frecuencia de las RS/PS es superior en las mujeres y en población heterosexual, mientras que el número de parejas es superior en hombres. Quienes tienen más parejas en los últimos 12 meses, entre los hombres, son los homosexuales y las bisexuales entre las mujeres, al igual que se identifica en otros estudios.

5. El preservativo es el método anticonceptivo más usado. Su utilización es menos consistente en parejas estables y en el grupo de mayor edad. Los hombres homosexuales utilizan menos el preservativo, dato importante de cara a la transmisión de ITS. Las relaciones sexuales sin protección son superiores entre las mujeres, siendo un resultado sobre el que no hay resultados claros según otros estudios. En las mujeres se identifican como factores de riesgo para tener estas relaciones sexuales: la edad precoz en el inicio y una mayor frecuencia de relaciones/prácticas sexuales en el último año.

6. La frecuencia de infecciones de transmisión sexual (ITS) es superior a la de otros estudios e informes oficiales. Las mujeres refieren un mayor porcentaje de ITS, cuestión que se ha encontrado en otros estudios, pero contrasta con los datos epidemiológicos de los sistemas de información oficiales. El alumnado no heteronormativo declara más ITS, por orden de frecuencia: otras orientaciones, homosexuales (más en hombres) y bisexuales (más en mujeres). El grupo de mayor edad y quienes tienen más parejas sexuales en un año presentan mayor riesgo para las ITS. Sólo la edad precoz del inicio de las relaciones sexuales aparece en las mujeres aumentando el riesgo. El consumo de alcohol, tanto para hombres como para mujeres, también es un factor de riesgo para las ITS. Además, en hombres el consumo de drogas ilegales, diferentes del cannabis, incrementa el riesgo, pudiendo estar relacionado con el fenómeno del “*chemsex*” en el colectivo de hombres que tienen sexo con hombres.

7. Las edades de inicio del consumo de alcohol, cannabis y otras drogas ilegales son superiores a las indicadas por ESTUDES, lo que muestra que las cohortes con edades más precoces de consumo no han llegado aún a la Universidad. Es

esencial la intervención en este momento vital de los universitarios futuros que pueden presentar mayores factores de riesgo.

8. Los porcentajes de consumo de alcohol y cannabis son superiores a los indicados por la encuesta EDADES y se sitúan en el rango superior de los datos en otros colectivos universitarios. Los consumos de alcohol, cannabis y otras drogas ilegales se mantienen estables a lo largo de los cursos académicos, salvo el de cannabis en mujeres que se está elevando, posiblemente como efecto colateral a la progresiva igualdad de género. Para el resto de drogas ilegales los consumos son inferiores a los de la población general. Los consumos de alcohol y otras drogas son superiores en los hombres, salvo el consumo de alcohol de riesgo según AUDIT, que es superior en mujeres.

9. Respecto al consumo de alcohol, cannabis y otras drogas en función de la orientación sexual de la población, especialmente las mujeres que se declaran bisexuales presentan mayores consumos, en el caso del alcohol para las borracheras y el consumo de riesgo según AUDIT. Respecto a la población homosexual los datos son menos claros. Por último, la población que declara “otra orientación sexual” tiene consumos inferiores. Los datos, indican, como en otros estudios, que el consumo de drogas no es una estrategia generalizada de afrontamiento ante las situaciones de estrés y de posible estigmatización de la población no heteronormativa, siendo necesario la realización de más estudios.

10. El análisis de las conductas sexuales de riesgo vinculadas al consumo de alcohol, cannabis y otras drogas ilegales indican que son más frecuentes cuanto mayor es el consumo. Además, presentan prevalencias superiores entre quienes consumen drogas ilegales, seguidos de quienes consumen cannabis y por último quienes consumen alcohol. La vinculación entre el consumo de alcohol y la utilización del preservativo no aparece en el presente estudio, siendo este aspecto un tema controvertido según diferentes estudios. Sin embargo, para el grupo de homosexuales sí se detecta un mayor riesgo de no uso entre los que consumen en “atracción”. Además, entre las mujeres, el consumo de cannabis “*en los últimos 30 días*” implica un mayor riesgo de no utilización del preservativo. Respecto a las

agresiones sexuales son superiores tanto para el consumo de alcohol como de cannabis entre las mujeres y especialmente entre el grupo de quienes se declaran bisexuales, sin olvidar a los hombres bisexuales y gais, que también presentan agresiones sexuales por encima del resto de los hombres. Respecto a quien *“ejerce abusos sexuales sobre otros”* son principalmente los hombres. En este sentido, es muy importante no olvidar la influencia que la violencia estructural contra las mujeres y la población no heteronormative media en estos fenómenos. Por último, el resultado paradójico respecto al grupo de *“otra orientación sexual”* como agresores por encima de los otros grupos, indica la necesidad de profundizar en este tipo de colectivos para entender mejor la situación.

11. Se han encontrado escasos estudios en universitarios españoles sobre hábitos sexuales, siendo necesario impulsar la investigación en este ámbito. Además, la diversidad de metodología y de indicadores dificulta las comparaciones. La inclusión de la variable orientación sexual en encuestas e investigaciones es importante para conocer más sobre los consumos de drogas y las conductas sexuales de estos colectivos.

12. Es necesario incorporar en las universidades, especialmente con el alumnado de los primeros cursos, actuaciones de promoción de la salud que generen espacios protectores, de respeto y no estigmatizantes. Que además aborden el consumo de alcohol y otras drogas, la educación afectivo sexual (no solo centrada en la prevención de ITS o embarazos no deseados) y la detección precoz de los posibles problemas vinculados a estas conductas. Todas estas actuaciones deben desarrollarse desde un enfoque integrador en el que se incluya la perspectiva de género y la necesidad de poder desarrollar actuaciones específicas con el colectivo LGTBI+.

9. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Naciones Unidas. Juventud | Naciones Unidas [Internet]. [citado 20 de enero de 2025]. Disponible en: <https://www.un.org/es/global-issues/youth>
2. Instituto de la Juventud. Informe juventud en España 2020 [Internet]. Madrid; 2021 [citado 20 de enero de 2025]. Disponible en: <https://cpage.mpr.gob.es>
3. UNICEF. ¿Qué es la adolescencia? | UNICEF [Internet]. 2024 [citado 20 de enero de 2025]. Disponible en: <https://www.unicef.org/uruguay/crianza/adolescencia/que-es-la-adolescencia>
4. Hidalgo Vicario M, Ceñal González-Fierro MJ. Adolescencia. Aspectos físicos, psicológicos y sociales. An Pediatr Contin [Internet]. 1 de diciembre de 2014 [citado 20 de enero de 2025];42-6. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-anales-pediatria-continuada-51-pdf-S1696281814701672>
5. Dick B, Ferguson BJ. Health for the World's Adolescents: A Second Chance in the Second Decade. Journal of Adolescent Health [Internet]. 2015 [citado 20 de enero de 2025];56 (1):3-6. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jadohealth.2014.10.260>
6. Spear LP. Adolescent Neurodevelopment. Journal of Adolescent Health. febrero de 2012; S7-13.
7. Arbex Sánchez C, Moreno Arnedillo G. Guía de intervención: menores y consumo de drogas [Internet]. Madrid; 2002 [citado 20 de enero de 2025]. Disponible en: <https://www.ucm.es/data/cont/media/www/pag-43058/menoresyconsumos.pdf>
8. Francisca Corona H, Eldreth Peralta V. Prevención de conductas de riesgo. Revista Médica Clínica Las Condes [Internet]. 1 de enero de 2011 [citado 20 de enero de 2025];22(1):68-75. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-medica-clinica-las-condes-202-pdf-S0716864011703947>

9. Jessor R. Risk behavior in adolescence: a psychosocial framework for understanding and action. J Adolesc Health [Internet]. 1991 [citado 13 de febrero de 2025];12(8):597-605. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/1799569/>
10. Casey BJ, Jones RM, Hare TA. The Adolescent Brain. Ann N Y Acad Sci [Internet]. 2008 [citado 13 de febrero de 2025]; 1124:111. Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC2475802/>
11. Organización Mundial de la Salud-OMS. La salud mental de los adolescentes [Internet]. 2024 [citado 21 de enero de 2025]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-mental-health>
12. Organización Mundial de la Salud. Plan de acción integral sobre salud mental 2013-2030. [Comprehensive mental health action plan 2013-2030] [Internet]. Ginebra; 2022 [citado 21 de enero de 2025]. Disponible en: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/357847/9789240050181-spa.pdf?sequence=1>
13. Organización Mundial de la Salud. Salud mental: fortalecer nuestra respuesta [Internet]. 2022 [citado 21 de enero de 2025]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>
14. Bouris A, Hill BJ. Out on Campus: Meeting the Mental Health Needs of Sexual and Gender Minority College Students. Journal of Adolescent Health [Internet]. 1 de septiembre de 2017 [citado 9 de marzo de 2025];61(3):271-2. Disponible en: <https://www.jahonline.org/action/showFullText?pii=S1054139X17302987>
15. Caputi TL. Sex and orientation identity matter in the substance use behaviors of sexual minority adolescents in the United States. Drug Alcohol Depend. 1 de junio de 2018; 187:142-8.
16. European Union Agency for Fundamental Rights. LGBTI survey II A long way to go for LGBTI equality [Internet]. Luxembourg; 2020 [citado 21 de enero de 2025]. Disponible en:

https://fra.europa.eu/sites/default/files/fra_uploads/lgbti-survey-country-data_spain.pdf

17. European Union Agency for Fundamental Rights. A long way to go for LGBTI equality EU-LGBTI II. Country data. Spain. [Internet]. Luxembourg; 2020 [citado 21 de enero de 2025]. Disponible en: https://fra.europa.eu/sites/default/files/fra_uploads/lgbti-survey-country-data_spain.pdf
18. Instituto de investigación social CIMOP. Sondeo de opinión «Jóvenes y diversidad sexual» Conclusiones. 2011 [Internet]. 2011 abr [citado 21 de enero de 2025]. Disponible en: https://www.injuve.es/sites/default/files/Sondeo2010diversidadsexual_resultados.pdf
19. Johnson MO, Carrico AW, Chesney MA, Morin SF. Internalized Heterosexism among HIV-Positive Gay-Identified Men: Implications for HIV Prevention and Care. J Consult Clin Psychol [Internet]. 2008 [citado 21 de enero de 2025];76 (5):829-39. Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC2801151/pdf/nihms148550.pdf>
20. Szymanski DM, Moffitt LB. Sexism and heterosexism. En: APA handbook of counseling psychology, Vol 2: Practice, interventions, and applications. American Psychological Association; 2012. p. 361-90.
21. Fernandez J, Gonzalez R, Oves JC, Rodriguez P, Castro G, Barengo NC. Illicit Substance Use Disparities Among Lesbian, Gay, and Bisexual High School Students in the U.S. in 2017. Journal of Adolescent Health [Internet]. 2021 [citado 21 de enero de 2025];68(6):1170-5. Disponible en: [https://www.jahonline.org/article/S1054-139X\(21\)00071-9/fulltext](https://www.jahonline.org/article/S1054-139X(21)00071-9/fulltext)
22. Buttazzoni A, Tariq U, Thompson-Haile A, Burkhalter R, Cooke M, Minaker L. Adolescent Gender Identity, Sexual Orientation, and Cannabis Use: Potential Mediations by Internalizing Disorder Risk. Health Educ Behav [Internet]. 1 de febrero de 2021 [citado 8 de marzo de 2025];48(1):82-92. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33103513/>

23. Organización Mundial de la salud. Carta de Ottawa para la Promoción de la salud. [Internet]. Ottawa; 1986 [citado 23 de enero de 2025]. Disponible en: <https://www.sanidad.gob.es/areas/promocionPrevencion/entornosSaludables/docs/CartaOttawa.pdf>
24. Antonovsky A. The salutogenic model as a theory to guide health promotion 1. Health Promot Int. 1996;11 (1):11-8.
25. Rivera de los Santos F, Ramos Valverde P, Moreno Rodrí C, Hernán García M. Análisis del modelo salutogénico en España: aplicación en salud pública e implicaciones para el modelo de activos en salud. Rev Esp Salud Pública. 2011; 85:129-39.
26. Hernán García M, Cardo Miota A, Francisco J, Tirado B, Grindley CB, Páez Muñoz E, et al. Guía breve: Salud comunitaria basada en activos. Andalucía [Internet]. Sevilla; 2014 [citado 23 de enero de 2025]. Disponible en: https://www.easp.es/wp-content/uploads/dlm_uploads/2019/01/EASP_Guia_breve_SaludComActivos-FUM-05-12-18.pdf
27. Instituto Nacional de Estadística. INEbase / Demografía y población / Padrón / Estadística del Padrón continuo / Últimos datos [Internet]. [citado 3 de marzo de 2025]. Disponible en: https://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica_C&cid=1254736177012&menu=ultiDatos&idp=1254734710990
28. Observatorio FIEEX. Diversidad familiar: los diferentes tipos de familia - [Internet]. 2020 [citado 21 de enero de 2025]. Disponible en: <https://observatoriofiex.es/diversidad-familiar-los-diferentes-tipos-de-familia/>
29. Instituto Nacional de Estadística. Encuesta Continua de Hogares (ECH). Datos referidos al valor medio del periodo. Año 2019 [Internet]. 2019 [citado 21 de enero de 2025]. Disponible en: <https://www.ine.es/jaxi/Tabla.htm?path=/t20/p274/serie/prov/p01/l0/&file=01011.px&L=0>

30. Subdirección General de Actividad Universitaria Investigadora de la Secretaría General de Universidades. Datos y cifras del Sistema Universitario Español Publicación 2019-2020 [Internet]. 2020 [citado 22 de enero de 2025]. Disponible en: https://www.universidades.gob.es/wp-content/uploads/2022/10/Datos_y_Cifras_2019-2020.pdf
31. Reig Ferrer A, Cabrero García J, Ferrer Cascales RI, Richart Martínez M. La calidad de vida y el estado de salud de los estudiantes universitarios. Biblioteca Virtual Miguel de Cervantes [Internet]. 2001 [citado 22 de enero de 2025]; Disponible en: <https://www.cervantesvirtual.com/obra/la-calidad-de-vida-y-el-estado-de-salud-de-los-estudiantes-universitarios--0/>
32. Arnett JJ. Emerging adulthood: A theory of development from the late teens through the twenties. American Psychologist [Internet]. 2000 [citado 13 de febrero de 2025];55(5):469-80. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/12476725_Emerging_Adulthood_A_Theory_of_Development_From_the_Late_Teens_Through_the_Twenties#fullTextFileContent
33. Instituto Nacional sobre de Abuso de Drogas. Cómo Prevenir el Uso de Drogas en los Niños y los Adolescentes [Internet]. Maryland; 2004 [citado 22 de enero de 2025]. Disponible en: <https://nida.nih.gov/sites/default/files/Como-prevenir-el-uso-drogas-FINAL.pdf>
34. Arias-De la Torre J, Fernández-Villa T, Molina AJ, Amezcua-Prieto C, Mateos R, Cancela JM, et al. Psychological distress, family support and employment status in first-year university students in Spain. Int J Environ Res Public Health. 1 de abril de 2019;16(7).
35. González Alfaya ME. Intervención de la universidad en la promoción de la salud de sus estudiantes. Premios Injuve para tesis doctorales 2008 [Internet]. [Santiago de Compostela]: Instituto de la Juventud de España (INJUVE) y Universidad de Santiago de Compostela; 2008 [citado 22 de enero de 2025]. Disponible en: <https://injuve.es/conocenos/ediciones->

[injuve/accesit-premios-injuve-para-tesis-doctorales-2008-maria-elena-gonzalez-alfaya](https://injuve.accesit-premios-injuve-para-tesis-doctorales-2008-maria-elena-gonzalez-alfaya)

36. Gelabert Carulla J, Muntaner-Mas A. Estrés académico y emociones académicas en estudiantes universitarios / Academic stress and academic emotions in university students. Revista Internacional de Aprendizaje en la Educación Superior [Internet]. 14 de marzo de 2017 [citado 22 de enero de 2025];4(1). Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC2976626/pdf/nihms-246841.pdf>
37. Abar CC, Maggs JL. Social Influence and Selection Processes as Predictors of Normative Perceptions and Alcohol Use Across the Transition to College. J Coll Stud Dev [Internet]. septiembre de 2010 [citado 22 de enero de 2025];51(5):496-508. Disponible en: https://www.tandfonline.com/doi/10.1081/ada-200032331?url_ver=Z39.88-2003&rft_id=ori:rid:crossref.org&rft_dat=cr_pub%20%20pubmed
38. Tirado Morueta R, Aguaded Gómez José Ignacio, Marín Gutiérrez Isidro. Patrones de consumo de drogas y ocupación del ocio en estudiantes universitarios. Sus efectos sobre el hábito de estudio. Revista Española de Drogodependencias [Internet]. 2010 [citado 22 de enero de 2025];35(4):467-80. Disponible en: [https://rabida.uhu.es/dspace/bitstream/handle/10272/6393/Patrones de consumo de drogas.pdf?sequence=2](https://rabida.uhu.es/dspace/bitstream/handle/10272/6393/Patrones_de_consumo_de_drogas.pdf?sequence=2)
39. Mcdonough MH, Jose PE, Stuart J. Bi-directional Effects of Peer Relationships and Adolescent Substance Use: A Longitudinal Study. J Youth Adolesc [Internet]. 2016 [citado 22 de enero de 2025]; 45:1652-63. Disponible en: <https://link.springer.com/content/pdf/10.1007/s10964-015-0355-4.pdf>
40. De La Haye K, Green HD, Kennedy DP, Pollard MS, Tucker JS. Selection and Influence Mechanisms Associated With Marijuana Initiation and Use in Adolescent Friendship Networks. J Res Adolesc [Internet]. 1 de septiembre de 2013 [citado 22 de enero de 2025];23 (3):474-86. Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC3811150/pdf/nihms-422684.pdf>

41. Moure-Rodríguez L, Doallo S, Juan-Salvadores P, Corral M, Cadaveira F, Caamaño-Isorna F. Consumo intensivo de alcohol y cannabis, y prácticas sexuales de riesgo en estudiantes universitarios. Gac Sanit [Internet]. 1 de noviembre de 2016 [citado 22 de enero de 2025];30(6):438-43. Disponible en: <https://www.gacetasanitaria.org/en-pdf-S0213911116300358>
42. Villanueva VJ, Herrera-Gutiérrez E, Redondo-Martín S, Isorna M, Lozano-Polo A. Proyecto piloto de promoción de la salud en consumo dual de cannabis y tabaco en universitarios: ÉVICT-Universidad. Glob Health Promot [Internet]. 1 de marzo de 2022 [citado 22 de enero de 2025];29(1):162-71. Disponible en: <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/17579759211007454>
43. Intra MV, Roales-Nieto JG, Moreno San Pedro Emilio. Cambio en las conductas de riesgo y salud en estudiantes universitarios argentinos a lo largo del periodo educativo. International Journal of Psychology and Psychological Therapy [Internet]. 2011 [citado 22 de enero de 2025];11(1):139-47. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=56017110005>
44. Ministerio de Sanidad. Universidades promotoras de la salud REUPS [Internet]. [citado 23 de enero de 2025]. Disponible en: <https://www.sanidad.gob.es/areas/promocionPrevencion/entornosSaludables/universidades.htm>
45. Ministerio de Sanidad AS e I. Estrategia de promoción de la salud y prevención en el Sistema Nacional de Salud. Madrid; 2014.
46. Ministerio de Sanidad. Guía breve para la implementación en universidades de la Estrategia de promoción de la salud y Prevención en el Sistema Nacional de salud. Madrid; 2016.
47. Jefatura del Estado. Ley Orgánica 2/2023, de 22 de marzo, del Sistema Universitario [Internet]. Boletín Oficial del Estado, 70 mar 23, 2023 p. 1-74. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/pdf/2023/BOE-A-2023-7500-consolidado.pdf>

48. Organización de las Naciones Unidas para la Educación la C y la C (UNESCO). Conferencia Mundial sobre la educación superior 2009: La nueva dinámica de la educación superior y la investigación para el cambio social y el desarrollo. [Internet]. París; 2010 jul [citado 23 de enero de 2025]. Disponible en: <https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000183277>
49. Organización de las Naciones Unidas para la Educación la Ciencia y la Cultura (UNESCO). Educación para los Objetivos de Desarrollo Sostenible [Internet]. París; 2017. 1-68 p. Disponible en: <https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000252423>
50. Trencher G, Nagao M, Chen C, Ichiki K, Sadayoshi T, Kinai M, et al. Implementing sustainability co-creation between universities and society: A typology-based understanding. Sustainability. 12 de abril de 2017;9(4).
51. Bolívar A. El lugar de la ética profesional en la formación universitaria. Ensayo temático. Revista Mexicana de Investigación Educativa. 2005; 10:93-123.
52. Gazzola L. El compromiso social como fundamento del concepto de universidad pública. Revista de la UNAN-Managua, Extensión Universitaria [Internet]. 2021;2 (6):41-6. Disponible en: <https://orcid.org/0000-0002-2708-9020>
53. Martínez Martín M. Formación para la ciudadanía y educación superior. Revista Iberoamericana de Educación. 2006; 42:85-102.
54. Ministerio de Educación. Estrategia universidad 2015. El camino para la modernización de la Universidad [Internet]. 2010 [citado 12 de febrero de 2025]. Disponible en: https://planipolis.iiep.unesco.org/sites/default/files/ressources/spain_estrategia_universidad_2015.pdf
55. González Alfaya ME. Intervención de la universidad en la promoción de la salud de sus estudiantes. Innovación educativa [Internet]. 2009 [citado 22 de febrero de 2025]; 19:247-60. Disponible en: <http://hdl.handle.net/10347/4991>

56. Organización Mundial de la Salud. Salud sexual [Internet]. 2025 [citado 25 de enero de 2025]. Disponible en: https://www.who.int/es/health-topics/sexual-health#tab=tab_1
57. Organización Mundial de la Salud. Defining sexual health. Report of a technical consultation on sexual health. 28–31 January 2002, Geneva [Internet]. Geneva; 2006 [citado 25 de enero de 2025]. Disponible en: https://www3.paho.org/hq/dmdocuments/2009/defining_sexual_health.pdf
58. Organización Mundial de la Salud. Género y salud [Internet]. 2018 [citado 25 de enero de 2025]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/gender>
59. ONUSIDA. Orientaciones terminológicas de ONUSIDA [Internet]. 2015 [citado 25 de enero de 2025]. Disponible en: https://www.unaids.org/es/resources/documents/2015/2015_terminology_guidelines
60. Naciones Unidas. Orientación sexual e identidad de género en el derecho internacional de los derechos humanos [Internet]. [citado 25 de enero de 2025]. Disponible en: <https://acnudh.org/wp-content/uploads/2013/11/orientaci%C3%B3n-sexual-e-identidad-de-g%C3%A9nero2.pdf>
61. United Nations Populations Fund, Promundo. Engaging men and boys in gender equality and health. A global toolkit for action [Internet]. New York; 2010 [citado 25 de enero de 2025]. Disponible en: <https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/Engaging%20Men%20and%20Boys%20in%20Gender%20Equality.pdf>
62. Centro de Investigaciones Sociológicas. Estudio nº 2780: Encuesta nacional de salud sexual [Internet]. 2008 [citado 26 de enero de 2025]. Disponible en: <https://www.cis.es/detalle-ficha-estudio?origen=estudio&idEstudio=9702>
63. Parliamentary Assembly. Council of Europe. PACE website [Internet]. 2010 [citado 25 de enero de 2025]. Disponible en: <https://assembly.coe.int/nw/xml/XRef/Xref-XML2HTML-en.asp?fileid=17853>

64. ONU Mujeres Guatemala. Profundicemos en términos de Género. Guía de terminología y uso del lenguaje no sexista para periodistas, comunicadoras y comunicadores. 2016.
65. Organización Mundial de la salud. La salud sexual y su relación con la salud reproductiva: un enfoque operativo. 2018 [citado 25 de enero de 2025]; Disponible en: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/274656/9789243512884-spa.pdf>
66. Organización Panamericana de la Salud, Asociación Mundial de Sexología. Promoción de salud sexual. Recomendaciones para la acción. [Internet]. Guatemala; 2000 may [citado 25 de enero de 2025]. Disponible en: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/51672/ReunionSaludSexual2000_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y
67. Espada JP, Morales A, Orgilés M. Sexual risk in adolescents depending on the age of sexual debut. Acta Colombiana de Psicología. 2014;17(1):53-60.
68. Ashenhurst JR, Wilhite ER, Harden KP, Fromme K. Number of Sexual Partners and Relationship Status Are Associated with Unprotected Sex Across Emerging Adulthood. Arch Sex Behav. 1 de febrero de 2017;46(2):419-32.
69. Cañar Romero AS, Vintimilla Espinoza MJ. Conductas sexuales de riesgo entre estudiantes universitarios. Salud, Ciencia y Tecnología. 1 de enero de 2023;3.
70. Copen CE. Condom Use During Sexual Intercourse Among Women and Men Aged 15-44 in the United States: 2011-2015 National Survey of Family Growth. Natl Health Stat Report. 10 de agosto de 2017;105.
71. Rosenberg MD, Gurvey JE, Adler N, Dunlop MBV, Ellen JM. Concurrent sex partners and risk for sexually transmitted diseases among adolescents. Sex Transm Dis [Internet]. 1999 [citado 25 de enero de 2025];26(4):208-12. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10225587/>
72. Ortiz Pantoja VL, Verdezoto García MI, Villacís Jácome JE, Baquero Adriano JL. Adolescentes: promiscuidad y relaciones sexuales una mirada

desde la psicología clínica. LATAM Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales y Humanidades. 13 de junio de 2023;4(2).

73. Pimiento C, Contreras M, Romero-Veloz Lenin. La promiscuidad adolescentes institución educación católica. Salud y Bienestar Colectivo. 2020;4(1):84-94.
74. Breyer BN, Smith JF, Eisenberg ML, Ando KA, Rowen TS, Shindel AW. The Impact of Sexual Orientation on Sexuality and Sexual Practices in North American Medical Students. J Sex Med [Internet]. 1 de julio de 2010 [citado 25 de enero de 2025];7(7):2391-400. Disponible en: <https://dx.doi.org/10.1111/j.1743-6109.2010.01794.x>
75. Revuelta JC, Grupo Previnfad. Prevención del embarazo no deseado y de las infecciones de transmisión Sexual en adolescentes [Internet]. Madrid; 2013 mar. Disponible en: <http://www.aepap.org/previnfad/endits.htm>
76. Instituto Nacional de Estadística. Encuesta de salud y hábitos sexuales. 2003 [Internet]. 2004 [citado 26 de enero de 2025]. Disponible en: https://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica_C&cid=1254736176785&menu=resultados&idp=1254735573175
77. Centro de Investigaciones Sociológicas. Estudio nº 2738: actitudes y prácticas sexuales [Internet]. 2018 [citado 26 de enero de 2025]. Disponible en: <https://www.cis.es/detalle-ficha-estudio?origen=estudio&idEstudio=9882>
78. Ministerio de Sanidad. Encuesta Europea online para hombres que tienen sexo con otros hombres EMIS 2017: resultados en España [Internet]. Madrid; 2020 [citado 26 de enero de 2025]. Disponible en: <https://www.sanidad.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/INFORMES/Encuesta Europea On-line para hombres que tienen sexo con otros hombres. Acces.pdf>
79. Moreno C, Ramos P, Rivera F, Sánchez-Queija I, Jiménez-Iglesias A, García-Moya I, et al. Resultados del estudio HBSC 2018 en España sobre Conducta Sexual. Análisis de tendencias 2002-2006-2010-2014-2018.

- Ministerio de Sanidad [Internet]. 2020 [citado 25 de enero de 2025]; Disponible en: <https://cpage.mpr.gob.es/>
80. CIMOP. Estudio cualitativo sobre salud sexual en jóvenes 2019 [Internet]. Madrid; 2019 may [citado 26 de enero de 2025]. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/areas/promocionPrevencion/promoSaludEquidad/saludJovenes/docs/SaludSexualJovenes_InformeDefinitivo_2019.pdf
81. Sociedad Española de Contracepción (SEC). Estudio sobre sexualidad y anticoncepción: jóvenes españoles [Internet]. 2019 jul [citado 22 de febrero de 2025]. Disponible en: https://hosting.sec.es/descargas/Encuesta2019_SEXUALIDAD_ANTICONCEPCION_JOVENES.pdf
82. Benedicto J, Echaves A, Jurado T, Ramos M, Tejerina B. Informe Juventud en España 2016. Capítulo 6: La construcción de la subjetividad juvenil. Experiencias y estilos de vida entre los jóvenes. Apartado 4: La producción de la intimidad y la vida sexual de los jóvenes [Internet]. Madrid; 2017 [citado 26 de enero de 2025]. Disponible en: www.injuve.es
83. Comas Arnau D, Aguinaga J, Orizo F, Ochaíta E. Jóvenes y estilos de vida valores y riesgos en jóvenes urbanos. Capítulo 3. Exposición a riesgos. Apartado 4. Los comportamientos sexuales y el uso de anticonceptivos y profilácticos [Internet]. Madrid; 2003 [citado 26 de enero de 2025]. Disponible en: https://www.injuve.es/sites/default/files/2017/26/publicaciones/jovenesyestilosdevida_con_portada.pdf
84. Faílde Garrido J, Lameiras Fernández M, Bimbela Pedrola J. Prácticas sexuales de chicos y chicas españoles de 14-24 años de edad. Gac Sanit. 2008;22(6):511-9.
85. Ochaíta Alderete E, Espinosa Bayal MÁ. Las prácticas sexuales de los adolescentes y jóvenes españoles. Estudios de Juventud nº 63/03 [Internet]. Madrid; 2003 [citado 8 de febrero de 2025]. Disponible en: <https://www.injuve.es/sites/default/files/07%20PRACTICAS%20SEXUALE%20S63.pdf>

86. Espada JP, Escribano S, Orgilés M, Morales A, Guillén-Riquelme A. Sexual risk behaviors increasing among adolescents over time: Comparison of two cohorts in Spain. *AIDS Care*. 3 de junio de 2015;27(6):783-8.
87. Calatrava M, López-Del Burgo C, De Irala J. Factores de riesgo relacionados con la salud sexual en los jóvenes europeos. *Med Clin (Barc)*. 5 de mayo de 2012;138(12):534-40.
88. Lao-López C, Garriga-Comas N, Goberna-Tricas J, Lao-López C, Garriga-Comas N, Goberna-Tricas J. Factores asociados al aumento de infecciones de transmisión sexual en hombres: una revisión integradora. *Enfermería Global* [Internet]. 2 de abril de 2024 [citado 9 de marzo de 2025];23(2):534-62. Disponible en: <https://revistas.um.es/eglobal/article/view/568951>
89. Centro de Investigaciones Sociológicas. Encuesta sobre relaciones sociales y afectivas pospandemia III. Estudio 3400. Centro de Investigaciones Sociológicas (CIS) [Internet]. 2023 [citado 22 de enero de 2025]. Disponible en: <https://www.cis.es/detalle-ficha-estudio?origen=estudio&idEstudio=14702>
90. Federación Estatal de lesbianas gais, trans, bisexuales, intersexuales y más. Estado socioeconómico LGTBI+: Estado LGTBI+ 2023 [Internet]. Madrid; 2023 [citado 22 de enero de 2025]. Disponible en: https://felgtbi.org/wp-content/uploads/2023/11/I-Informe-Estado-socioeconomico_felgtbi.pdf
91. Instituto de la Juventud. Juventud en Cifras. Salud [Internet]. 2010 dic [citado 4 de febrero de 2025]. Disponible en: <https://www.injuve.es/sites/default/files/JCifras-%20Salud-Dic2010.pdf>
92. Teva I, Bermúdez MP, Buéla-Casal G. Variables sociodemográficas y conductas de riesgo en la infección por el VIH y las enfermedades de transmisión sexual en adolescentes. España, 2007. *Rev Esp Salud Pública*. 2009; 83:309-20.
93. Sanz-Martos S, López-Medina IM, Álvarez-García C, Ortega-Donaire L, Álvarez-Nieto C. Predictor variables of contraceptive method use in young people: A systematic review. *Aten Primaria*. 1 de abril de 2024;56(4).

94. Wasie B, Belyhun Y, Moges B, Amare B. Effect of emergency oral contraceptive use on condom utilization and sexual risk taking behaviours among university students, Northwest Ethiopia: a cross-sectional study. BMC Res Notes [Internet]. 2012; 5:501. Disponible en: <http://www.biomedcentral.com/1756-0500/5/501>
95. Martínez-Torres J, Parada-Capacho LY, Castro-Duarte ZK. Prevalencia de uso de condón en todas las relaciones sexuales con penetración durante los últimos doce meses y factores asociados en estudiantes universitarios entre 18 y 26 años. Univ Salud [Internet]. octubre de 2014 [citado 5 de febrero de 2025];16(2):198-206. Disponible en: https://revistas.udenar.edu.co/index.php/usalud/article/view/2386/pdf_59
96. Valencia CP, Canaval GE. Factores que predisponen, facilitan uso preservativo en jóvenes universitarios de Cali, Colombia. Rev salud pública [Internet]. 2012 [citado 5 de febrero de 2025];14(5):810-21. Disponible en: <https://www.scielosp.org/pdf/rsap/2012.v14n5/810-821>
97. American College Health Association. American College Health Association-National College Health Assessment II: Reference Group Executive Summary Spring 2017 [Internet]. Hanover; 2017 [citado 5 de febrero de 2025]. Disponible en: www.acha-ncha.org.
98. Leon-Larios F, Macías-Seda J. Factors related to healthy sexual and contraceptive behaviors in undergraduate students at university of Seville: A cross- sectional study. Reprod Health [Internet]. 29 de diciembre de 2017 [citado 22 de febrero de 2025];14(1):1-9. Disponible en: <https://reproductive-health-journal.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12978-017-0444-9>
99. Gil-García E, Martini JG, Porcel-Gálvez AM. Consumo de alcohol y prácticas sexuales de riesgo: el patrón de los estudiantes de Enfermería de una universidad española. Rev Latino-Am Enfermagem [Internet]. septiembre de 2013;21 (4):1-7. Disponible en: www.eerp.usp.br/rlae
100. Spindola T, Soares De Barros De Araújo A, De E, Brochado J, Fernanda D, Marinho S, et al. Prácticas sexuales y comportamiento de jóvenes universitarios frente a la prevención de infecciones de transmisión sexual.

- Enfermería Global [Internet]. abril de 2020 [citado 23 de febrero de 2025]; 58:109-19. Disponible en: <https://doi.org/10.6018/eglobal.382061>
101. Andrus EC, Brouwer AF, Meza R, Eisenberg MC. Latent Class Analysis of Sexual Partnerships and Substance Use Across Generations. Arch Sex Behav [Internet]. 1 de octubre de 2024 [citado 6 de marzo de 2025];53(9):3537-55. Disponible en: <https://link.springer.com/article/10.1007/s10508-024-02960-z>
 102. Edwards S, Carne C. Oral sex and the transmission of non-viral STIs. Sex Transm Inf [Internet]. 1998 [citado 5 de febrero de 2025]; 74:95-100. Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC1758102/pdf/v074p00095.pdf>
 103. Occhionero M, Paniccia L, Pedersen D, Rossi G, Mazzucchini H, Entrocassi A, et al. Prevalencia de la infección por Chlamydia trachomatis y factores de riesgo de infecciones transmisibles sexualmente en estudiantes universitarios. Rev Argent Microbiol [Internet]. 1 de enero de 2015 [citado 17 de marzo de 2025];47(1):9-16. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-argentina-microbiologia-372-articulo-prevalencia-infeccion-por-chlamydia-trachomatis-S0325754114000054>
 104. Ministerio de Sanidad y Consumo. Real Decreto 2210/1995, de 28 de diciembre, por el que se crea la red nacional de vigilancia epidemiológica. Boletín Oficial del Estado (BOE), 21 Spain: <https://www.boe.es/eli/es/rd/1995/12/28/2210>; ene 24, 1996 p. 2153-8.
 105. Centro Nacional de Epidemiología. Instituto de Salud Carlos III. Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica. Protocolos de la Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica (RENAVE) [Internet]. Madrid; 2013 may [citado 5 de febrero de 2025]. Disponible en: <http://publicaciones.isciii.es>
 106. Ministerio de sanidad AS e I. Orden SSI/445/2015, de 9 de marzo, por la que se modifican los anexos I, II y III del Real Decreto 2210/1995, de 28 de diciembre, por el que se crea la Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica, relativos a la lista de enfermedades de declaración obligatoria, modalidades de declaración y enfermedades endémicas de ámbito regional [Internet].

- Bolentín Oficial del Estado (BOE), 65 España; mar 17, 2015 p. 24012-5. Disponible en: <https://www.boe.es/boe/dias/2015/03/17/pdfs/BOE-A-2015-2837.pdf>
107. Unidad de vigilancia de VIH I y hepatitis B y C. Vigilancia epidemiológica de las infecciones de transmisión sexual, 2019 [Internet]. Madrid; 2021 [citado 5 de febrero de 2025]. Disponible en: <https://www.sanidad.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/vigilancia/docs/Vigilancia ITS 1995 2019.pdf>
 108. Operario D, Gamarel KE, Grin BM, Lee JH, Kahler CW, Marshall BDL, et al. Sexual minority health disparities in adult men and women in the United States: National health and nutrition examination survey, 2001-2010. Am J Public Health. 1 de octubre de 2015;105(10): e27-34.
 109. Friedman MR, Wei C, Klem M Lou, Silvestre AJ, Markovic N, Stall R. HIV infection and sexual risk among men who have sex with men and women (MSMW): A systematic review and meta-analysis. Vol. 9, PLoS ONE. Public Library of Science; 2014.
 110. Organización Mundial de la Salud. Embarazo en la adolescencia [Internet]. 2024 [citado 30 de enero de 2025]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-pregnancy>
 111. Martínez-Guisasola Campa J, Guerrero Ibáñez M. Embarazo y maternidad en adolescentes | Pediatría integral. Pediatría Integral [Internet]. 2022 [citado 30 de enero de 2025]; 5:289-99. Disponible en: <https://www.pediatriaintegral.es/publicacion-2022-07/embarazo-y-maternidad-en-adolescentes/>
 112. Hernández Cordero AL, Gentile A, Tanase EL. Perfil socio-demográfico de madres adolescentes en España. Acciones e Investigaciones Sociales. 16 de enero de 2020;(40):109-33.
 113. Álvarez Nieto C, Grande ML, Linares-Abad M, Ojeda AC. Análisis del embarazo adolescente: miradas cualitativas a los casos de Bucaramanga y Jaén. Matronas Prof [Internet]. 2017;18(2):51-9. Disponible en: <https://www.researchgate.net/publication/325868830>

114. Yago Simón T, Tomás Aznar C. Variables Sociodemográficas relacionadas con los embarazos no planificados en jóvenes de 13 a 24 años. Rev Esp Salud Pública. 2014; 88:395-406.
115. Ministerio de Sanidad. Interrupción Voluntaria del Embarazo 2018 [Internet]. 2020. Disponible en: <http://cpage.mpr.gob.es>
116. Organización Mundial de la Salud. Glosario de Términos de alcohol y drogas [Internet]. 1994 [citado 30 de enero de 2025]. Disponible en: <https://iris.who.int/handle/10665/44000>
117. European Union Drugs Agency. Glossary of drug-related terms [Internet]. 2024 [citado 30 de enero de 2025]. Disponible en: https://profiles.euda.europa.eu/activities/iate-glossary_en#tool
118. Alonso Sanz C, Salvador Llivina T, Suelves Joanxich JM, Jiménez García-Pascual R, Martínez Higuera I. Glosario sobre el abuso de drogas. Madrid; 2004.
119. Organización Mundial de la Salud. Clasificación Internacional de Enfermedades para Estadísticas de Mortalidad y Morbilidad CIE-11 Guía de Referencia. 2019 nov.
120. Ministerio de sanidad. Límites de Consumo de Bajo Riesgo de Alcohol. Actualización del riesgo relacionado con los niveles de consumo de alcohol, el patrón de consumo y el tipo de bebida. Parte 1 [Internet]. Madrid; 2020 [citado 30 de enero de 2025]. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/areas/promocionPrevencion/alcohol/documentosTecnicos/docs/Limites_Consumo_Bajo_Riesgo_Alcohol_Actualizacion.pdf
121. Ministerio de Sanidad. Límites de Consumo de Bajo Riesgo de Alcohol. Actualización del riesgo relacionado con los niveles de consumo de alcohol, el patrón de consumo y el tipo de bebida [Internet]. Madrid; 2022 [citado 8 de febrero de 2025]. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/areas/promocionPrevencion/alcohol/documentosTecnicos/docs/Limites_Consumo_Bajo_Riesgo_Alcohol_Revision_evidencia_cientifica.pdf

122. Scoccianti C, Cecchini M, Anderson AS, Berrino F, Boutron-Ruault MC, Espina C, et al. European Code against Cancer 4th Edition: Alcohol drinking and cancer. *Cancer Epidemiol.* 1 de diciembre de 2016; 45:181-8.
123. Guillem FC, Córdoba García R, Gil SJ, Manent IR, Benito LR, Portaencasa RC. PAPPS-semFYC Autores. 2022 [citado 8 de marzo de 2025]; Disponible en: www.semfy.es
124. Saunders JB, Aasland OG, Babor TF, de la Fuente JR, Grant M. Development of the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT): WHO Collaborative Project on Early Detection of Persons with Harmful Alcohol Consumption--II. *Addiction* [Internet]. 1993 [citado 30 de enero de 2025];88(6):791-804. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/8329970/>
125. Babor T, Higgins-Biddle J, Saunders J, Monteiro M. Cuestionario de Identificación de los Trastornos debidos al Consumo de Alcohol Pautas para su utilización en Atención Primaria. 2001.
126. Rial Boubeta A, Golpe Ferreiro S, Braña Tobío T, Varela Mallou J. Validación del AUDIT en población adolescente española. *Psicol Conductual* [Internet]. 2017 [citado 30 de enero de 2025];25 (2):371-86. Disponible en: https://www.behavioralpsycho.com/wp-content/uploads/2018/10/07.Rial_25-2.pdf
127. Rubio Valladolid G BVJCSSMSDCJ. Validación de la prueba para la identificación de trastornos por uso de alcohol (AUDIT) en Atención Primaria [Validation of the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) in primary care]. *Rev Clin Esp.* 1998;198(1):11-4.
128. Pérula de Torres LA, Márquez Rebollo E, Ruiz-Moral R, Fernández-García JA, Arias Vega R, Muriel Palomino M. Diagnostic usefulness of the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) questionnaire for the detection of hazardous drinking and dependence on alcohol among Spanish patients. *European Journal of General Practice.* 2009;15(1):15-21.

129. Contel Guillamón M, Gual Solé A, Colom Farran J. Test para la identificación de trastornos por uso de alcohol (AUDIT): Traducción y validación del AUDIT al catalán y castellano. *Adicciones*. 1999;11 (4):337-47.
130. Observatorio Español de las Drogas las Adicciones. Encuesta sobre alcohol y drogas en España (EDADES) 1995 – 2024. Madrid; 1995.
131. Pérula De Torres LA, Fernández-García JA, Arias-Vega R, Muriel-Palomino M, Márquez-Rebollo E, Ruiz-Moral R. Validación del cuestionario AUDIT para la identificación del consumo de riesgo y de los trastornos por el uso de alcohol en mujeres. *Aten Primaria*. 30 de noviembre de 2005;36(9):499-506.
132. García Carretero MÁ, Novalbos Ruiz JP, Martínez Delgado JM, O'Ferrall González C. Validación del test en población universitaria AUDIT y AUDITC. *Adicciones* [Internet]. 2016 [citado 30 de enero de 2025];28(4):194-204. Disponible en: <https://www.adicciones.es/index.php/adicciones/article/view/775/730>
133. Kokotailo PK, Egan J, Gangnon R, Brown D, Mundt M, Fleming M. Validity of the Alcohol Use Disorders Identification Test in College Students. *Alcoholism Clinical Experimental Research* [Internet]. junio de 2004 [citado 1 de febrero de 2025];28(6):914-20. Disponible en: <https://rgangnon.org/publication/kokotailo-2004/kokotailo-2004.pdf>
134. Ballester L, Alayo I, Vilagut G, Almenara J, Cebrià AI, Echeburúa E, et al. Validation of an Online Version of the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) for Alcohol Screening in Spanish University Students. *Int J Environ Res Public Health*. 2021; 18:5213.
135. Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones. Informe 2020 Alcohol, tabaco y drogas ilegales en España. Encuesta sobre uso de drogas en Enseñanzas Secundarias en España (ESTUDES), 1994-2018/2019 [Internet]. Madrid; 2020. Disponible en: <https://pnsd.sanidad.gob.es/>
136. Observatorio Español de las Drogas las Adicciones. Informe 2021 Alcohol, tabaco y drogas ilegales en España. Encuesta sobre alcohol y otras drogas

- en España (EDADES) 1995-2019/2020 [Internet]. Madrid; 2021 [citado 22 de enero de 2025]. Disponible en: <https://pnsd.sanidad.gob.es/>
137. Parada M, Corral M, Caamaño-Isorna F, Mota N, Crego A, Rodríguez Holguín S, et al. Definición del concepto de consumo intensivo de alcohol adolescente (binge drinking). Adicciones [Internet]. 2011 [citado 5 de febrero de 2025];23(1):53-63. Disponible en: <https://www.adicciones.es/index.php/adicciones/article/view/167/167>
 138. Valencia Martín JL, Galán I, Segura García L, Camarelles Guillem F, Suárez Cardona M, Brime Beteta B, et al. Episodios de consumo de intensivo de alcohol «Binge drinking»: Retos en su definición e impacto en salud. Rev Esp Salud Pública [Internet]. 13 de noviembre de 2020; 94: e1-17. Disponible en: www.mscbs.es/resp
 139. Jennison KM. The Short-Term Effects and Unintended Long-Term Consequences of Binge Drinking in College: A 10-Year Follow-Up Study. Am J Drug Alcohol Abuse [Internet]. 2004 [citado 5 de febrero de 2025];30(3):659-84. Disponible en: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1081/ADA-200032331>
 140. Courtney KE, Polich J. Binge Drinking in Young Adults: Data, Definitions, and Determinants. Psychol Bull [Internet]. enero de 2009 [citado 5 de febrero de 2025];135(1):142-56. Disponible en: <https://europepmc.org/backend/ptpmcrender.fcgi?accid=PMC2748736&blobtype=pdf>
 141. Becoña Iglesias E. Bases científicas de la prevención de las drogodependencias. Madrid; 2002.
 142. Stone AL, Becker LG, Huber AM, Catalano RF. Review of risk and protective factors of substance use and problem use in emerging adulthood. Vol. 37, Addictive Behaviors. 2012. p. 747-75.
 143. United Nations Office on Drugs and Crime. Guidelines on drug prevention and treatment for girls and women. Vienna; 2016 abr.

144. World Health Organization. Europe. Evidence for gender responsive actions to prevent and manage injuries and substance abuse [Internet]. Copenhagen; 2011. Disponible en: http://www.euteach.com/euteach_home/
145. Office of National Drug Control Policy. A New Analysis: Recent Trends, Risk Factors and Consequences. Girls and drugs [Internet]. Washintong DC.; 2006 [citado 5 de febrero de 2025]. Disponible en: <https://www.govinfo.gov/content/pkg/GOVPUB-PREX26-PURL-LPS78401/pdf/GOVPUB-PREX26-PURL-LPS78401.pdf>
146. Liquori O'neil A, Lucas J. Promoting a Gender Responsive Approach to Addiction [Internet]. Turin; 2015 jun [citado 5 de febrero de 2025]. Disponible en: www.unicri.it
147. Pozo R, Orte C, Vives M. Programas, Intervenciones y Prácticas Efectivas en Prevención de Drogodependencias con Mujeres Jóvenes. Multidisciplinary Journal of Gender Studies [Internet]. 2016;5(1):859-86. Disponible en: <http://generos.hipatiapress.comhttp://dx.doi.org/10.17583/generos.2016.1776>
148. Fernández Rodríguez MA. Una mirada desde el género a la prevención de las drogodependencias. Revista Asociación Proyecto Hombre [Internet]. 8 de mayo de 2024 [citado 5 de febrero de 2025]; 114:1-3. Disponible en: <https://proyectohombre.es/wp-content/uploads/2024/05/ARTICULO-MARIAARANZAZU-REVISTA114.pdf>
149. López Larrosa S, Rodríguez-Arias Palomo JL. López Factores de riesgo y de protección en el consumo de drogas. Psicothema [Internet]. 2010 [citado 5 de febrero de 2025];22(4):568-73. Disponible en: <https://www.mendeley.com/reference-manager/reader/4e45cab1-197b-3207-9da8-32ae4e5c5008/596d7370-0b5c-38c1-3580-7ee1e3ddcc23>
150. Ellickson PL, Tucker JS, Klein DJ, Saner H. Antecedents and outcomes of marijuana use initiation during adolescence. Prev Med (Baltim). noviembre de 2004;39(5):976-84.

151. Caamaño-Isorna F, Corral M, Parada M, Psy M, Cadaveira F. Factors Associated With Risky Consumption and Heavy Episodic Drinking Among Spanish University Students. *J Stud Alcohol Drugs*. marzo de 2008;308-12.
152. Ehlers CL, Criado JR. Adolescent ethanol exposure: Does it produce long-lasting electrophysiological effects? Vol. 44, *Alcohol*. 2010. p. 27-37.
153. Spear L, Swartzwelder H. Adolescent alcohol exposure and persistence of adolescent-typical phenotypes into adulthood: A mini-review. Vol. 45, *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*. Elsevier Ltd; 2014. p. 1-8.
154. Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías (OEDT). Respuestas sanitarias y sociales a los problemas relacionados con las drogas. Una Guía Europea [Internet]. Luxemburgo; 2017. Disponible en: www.emcdda.europa.eu
155. Miller AP, A Baranger DA, Paul SE, Garavan H, Mackey S, Tapert SF, et al. Neuroanatomical Variability and Substance Use Initiation in Late Childhood and Early Adolescence Key Points. *JAMA Netw Open* [Internet]. 2024 [citado 10 de febrero de 2025];7(12):2452027. Disponible en: [https://jamanetwork.com/journals/jamanetworkopen/fullarticle/2828520?utm_source=For The Media&utm_medium=referral&utm_campaign=ftm links&utm_term=123024](https://jamanetwork.com/journals/jamanetworkopen/fullarticle/2828520?utm_source=For%20The%20Media&utm_medium=referral&utm_campaign=ftm_links&utm_term=123024)
156. Grevenstein D, Nagy E, Kroeninger-Jungaberle H. Development of Risk Perception and Substance Use of Tobacco, Alcohol and Cannabis Among Adolescents and Emerging Adults: Evidence of Directional Influences. *Subst Use Misuse* [Internet]. 23 de febrero de 2015 [citado 13 de febrero de 2025];50(3):376-86. Disponible en: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.3109/10826084.2014.984847>
157. Mader J, Smith JM, Afzal AR, Szeto ACH, Winters KC. Correlates of lifetime cannabis use and cannabis use severity in a Canadian university sample. *Addictive Behaviors* [Internet]. 1 de noviembre de 2019 [citado 13 de febrero de 2025]; 98:106015. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0306460318315119>

158. Parker MA, Anthony JC. A prospective study of newly incident cannabis use and cannabis risk perceptions: Results from the United States Monitoring the Future study, 1976–2013. *Drug Alcohol Depend.* 1 de junio de 2018; 187:351-7.
159. Sussman S, Arnett JJ. Emerging Adulthood. *Evaluation & the Health Professions* [Internet]. 2014 [citado 13 de febrero de 2025];37(2):147-55. Disponible en: https://www.academia.edu/12519216/Emerging_adulthood_developmental_period_facilitative_of_the_addictions
160. Galán I, González MJ, Valencia-Martín JL. Patrones de consumo de alcohol en España: un país en transición. *Rev Esp Salud Pública* [Internet]. 2014 [citado 30 de enero de 2025]; 88:529-40. Disponible en: https://scielo.isciii.es/pdf/resp/v88n4/07_original1.pdf
161. Ahumada-Cortez JG, Gámez-Medina ME, Valdez-Montero C. El consumo del consumo de alcohol como problema de salud pública. *Ra Ximhai.* 2017;13 (2):13-24.
162. Llamosas-Falcón L, Manthey J, Rehm J, Llamosas LS. Cambios en el consumo de alcohol en España de 1990 a 2019. *Adicciones* [Internet]. 2022 [citado 30 de enero de 2025];34(1):61-72. Disponible en: <https://www.adicciones.es/index.php/adicciones/article/view/1400/1311>
163. Pons J, Buelga S. Factores Asociados al Consumo Juvenil de Alcohol: Una Revisión desde una Perspectiva Psicosocial y Ecológica. *Psychosocial Intervention.* 2011;20(1):75-94.
164. Ministerio de Sanidad. Consumo de alcohol: Proteger la salud como prioridad. Prevención y reducción de los daños. Información para decisores políticos. ¿Qué pueden hacer las administraciones públicas? [Internet]. Madrid; 2021 jun. Disponible en: <https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/>
165. Isorna Folgar M, Villanueva-Blasco VJ. Visibilizarían de las estrategias de rebranding y captura corporativa de la salud pública por la industria del cannabis. *Revista Espanola de Drogodependencias.* 2022;47(4):17-36.

166. Rehm J, Gmel GE, Gmel G, Hasan OSM, Imtiaz S, Popova S, et al. The relationship between different dimensions of alcohol use and the burden of disease—an update. Vol. 112, *Addiction*. Blackwell Publishing Ltd; 2017. p. 968-1001.
167. Organización Panamericana de la Salud. Informe sobre la situación mundial del alcohol y la salud 2018. Resumen [Internet]. Washington, D.C.; 2019 [citado 30 de enero de 2025]. Disponible en: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/51352/OPSNMH19012_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y
168. Bonet Linares E. Ingesta de alcohol, motivos de consumo y estrategias de regulación emocional en una muestra de estudiantes universitarios. Trabajo Fin de Master. [Internet]. [Palma de Mallorca]: Universidad de las Islas Baleares; 2020 [citado 30 de enero de 2025]. Disponible en: https://dspace.uib.es/xmlui/bitstream/handle/11201/155753/tfm_2019-20_MPGS_ebl835_2909.pdf?sequence=1#:~:text=Utilizamos%20el%20AUDIT%2C%20el%20ERQ,puntuaciones%20totales%20en%20el%20AUDIT
169. Antonio Gómez-Fraguela J. ¿Por qué beben los jóvenes universitarios españoles? Análisis de la estructura del Drinking Motives Questionnaire Revised (DMQ-R). *Revista Española de Drogodependencias*. 2012;37(2):147-63.
170. Martínez Córdor D, Martínez González F, Velázquez Miranda A. Consumo de alcohol y tabaco en estudiantes de primero de Medicina de la Universidad del País Vasco. *Revista Española de Drogodependencias*. 2018;43(1):2018.
171. Mezquita L, Stewart SH, Kuntsche E, Grant V V. Estudio transcultural del modelo de cinco factores de motivos de consumo de alcohol en universitarios españoles y canadienses. *Adicciones* [Internet]. 2016 [citado 5 de febrero de 2025];28 (4):215-20. Disponible en: <https://www.adicciones.es/index.php/adicciones/article/view/822/774>
172. Méndez Garrido JM, Azaustre Lorenzo M del C. El consumo de alcohol en universitarios. Estudio de las relaciones entre las causas y los efectos

- negativos. Revista Complutense de Educacion. 1 de julio de 2017;28(3):689-704.
173. Sánchez-Aragón A, Valls-Fonayet F, Pastor-Gosálbez I, Anleu-Hernández CM, Belzunegui-Eraso A. Motivations for alcohol consumption in schooled adolescents: analysis of discussion groups. Aten Primaria. 1 de agosto de 2024;56(8).
 174. Gomà-i-Freixanet M, Ferrero-Rincón G, Granero R. Assessing Alcohol Expectations in University Students: the APNE Scale. Int J Ment Health Addict. 1 de diciembre de 2023;21(6):4259-74.
 175. Cooper ML. Alcohol Use and Risky Sexual Behavior among College Students and Youth: Evaluating the Evidence. J Stud Alcohol. 2002; 14:101-1017.
 176. Casajuana Kögel C, López-Pelayo H, Oliveras C, Colom J, Gual A, Mercedes Balcells-Oliveró M, et al. Relación entre las motivaciones para consumir y el consumo problemático de cannabis. Adicciones [Internet]. 2021 [citado 9 de febrero de 2025];33 (1):31-42. Disponible en: <https://adicciones.es/index.php/adicciones/article/download/1221/1049>
 177. Sánchez Llamas C. Motivaciones para el consumo de tabaco, alcohol y cannabis [Internet]. [Barcelona]: Universidad Ramón Llull. Facultad de psicología, ciencias de la educación y de los deportes; 2021 [citado 9 de febrero de 2025]. Disponible en: <https://dau.url.edu/bitstream/handle/20.500.14342/1530/S%c3%81NCHEZ.%20LLAMAS%2c%20CRISTINA.pdf?sequence=4&isAllowed=y>
 178. Rey-Brandariz J, Teijeiro A, Pérez-Ríos M, Candal-Pedreira C, Vila Fariñas A, Mourino N, et al. Percepción del consumo de cannabis en población adolescente: metasíntesis de estudios cualitativos. Gac Sanit [Internet]. 1 de enero de 2024 [citado 9 de febrero de 2025];38. Disponible en: <https://www.gacetasanitaria.org/es-percepcion-del-consumo-cannabis-poblacion-articulo-S0213911124000621>
 179. International Agency for Research on cancer. IARC monographs on the evaluation of carcinogenic risks to humans. Alcohol drinking [Internet].

- World Health Organization, International Agency for Research on Cancer, editores. Vol. 44. Lyon: World Health Organization & International Agency for Research on Cancer; 1989 [citado 9 de febrero de 2025]. 416 p. Disponible en: <https://publications.iarc.fr/Book-And-Report-Series/Iarc-Monographs-On-The-Identification-Of-Carcinogenic-Hazards-To-Humans/Alcohol-Drinking-1988>
180. IARC Working Group on the Evaluation of Carcinogenic Risks to Humans. Monographs on the Evaluation of Carcinogenic Risks to Humans: Alcohol Consumption and Ethyl Carbamate. Agency for Research on Cancer (IARC). World Health Organization, editor. Vol. 26. Lyon; 2007. 1-1383 p.
 181. Rumgay H, Shield K, Charvat H, Ferrari P, Sornpaisarn B, Obot I, et al. Global burden of cancer in 2020 attributable to alcohol consumption: a population-based study. *Lancet Oncol*. 1 de agosto de 2021;22(8):1071-80.
 182. Wild CP., Weiderpass Elisabete, Stewart BW. World cancer report: cancer research for cancer prevention. International Agency for Research on Cancer. World Health Organization; 2020. 611 p.
 183. World Health Organization. Global status report on alcohol and health and treatment of substance use disorders [Internet]. Geneve; 2024 [citado 8 de febrero de 2025]. Disponible en: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/377960/9789240096745-eng.pdf?sequence=1>
 184. Instituto para la Medición y Evaluación de la Salud (IHME). La Carga Mundial de Morbilidad 2021 Hallazgos del Estudio GBD 2021 [Internet]. Seattle; 2024 [citado 8 de marzo de 2025]. Disponible en: https://www.healthdata.org/sites/default/files/2024-06/GBD_2021_Booklet_ES_FINAL_2024.06.17.pdf
 185. Hommer DW. Male and Female Sensitivity to Alcohol-Induced Brain Damage. *Alcohol Research & Health*. 2003;27 (2):181-5.
 186. Erol A, Karpyak VM. Sex and gender-related differences in alcohol use and its consequences: Contemporary knowledge and future research considerations. *Drug Alcohol Depend* [Internet]. 1 de noviembre de 2015

- [citado 9 de febrero de 2025]; 156:1-13. Disponible en:
<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0376871615016166?via%3Dihub>
187. Aragón C, Miquel M, Sanchis-Segura C. Alcohol y metabolismo humano. Adicciones [Internet]. 2002 [citado 9 de febrero de 2025];14 (1):23-42. Disponible en:
<https://adicciones.es/index.php/adicciones/article/download/541/533/1043>
188. Seo S, Beck A, Matthis C, Genauck A, Banaschewski T, Bokde ALW, et al. Risk profiles for heavy drinking in adolescence: differential effects of gender. Addiction biology [Internet]. 1 de julio de 2019 [citado 9 de febrero de 2025];24(4):787-801. Disponible en:
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29847018/>
189. Dali G, Logge W, Riordan B, Conner TS, Manning V, Millan EZ, et al. The role of impulsivity in the relationship between affect and alcohol consumption in young adults. Alcohol, clinical & experimental research [Internet]. 1 de noviembre de 2023 [citado 9 de febrero de 2025];47(11):2161-8. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/38226746>
190. Slutske WS. Alcohol use disorders among US college students and their non-college-attending peers. Arch Gen Psychiatry [Internet]. marzo de 2005 [citado 9 de febrero de 2025];62(3):321-7. Disponible en:
<https://jamanetwork.com/journals/jamapsychiatry/fullarticle/208365>
191. Castilla J, Barrio G, Belza MJ, De La Fuente L. Drug and alcohol consumption and sexual risk behaviour among young adults: results from a national survey. Drug Alcohol Depend [Internet]. 2 de agosto de 1999 [citado 9 de febrero de 2025];56(1):47-53. Disponible en:
<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0376871699000083?via%3Dihub>
192. Room R, Babor T, Rehm J. Alcohol and public health. The Lancet [Internet]. 2005 [citado 9 de febrero de 2025]; 365:519-30. Disponible en:
<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0140673605178702>

193. Messman-Moore TL, Coates AA, Gaffey KJ, Johnson CF. Sexuality, substance use, and susceptibility to victimization: Risk for rape and sexual coercion in a prospective study of college women. *J Interpers Violence*. diciembre de 2008;23(12):1730-46.
194. Antón Ruiz F, Espada J. Consumo de sustancias y conductas sexuales de riesgo para la transmisión del VIH en una muestra de estudiantes universitarios. *anales de psicología*. 2009;25 (2):344-50.
195. Becoña Iglesias E, López-Durán A, Fernández del Río E, Martínez Pradedá U, Osorio López J, Fraga Ares J, et al. Borracheras, conducción de vehículos y relaciones sexuales en jóvenes consumidores de cocaína y éxtasis. *Adicciones* [Internet]. 2011 [citado 9 de febrero de 2025];23 (3):205-2018. Disponible en: <https://www.adicciones.es/index.php/adicciones/article/view/145/145>
196. Orchowski LM, Barnett NP. Alcohol-related sexual consequences during the transition from high school to college. *Addictive Behaviors*. marzo de 2012;37(3):256-63.
197. Wray TB, Simons JS, Maisto SA. Effects of alcohol intoxication and autonomic arousal on delay discounting and risky sex in young adult heterosexual men. *Addictive Behaviors*. 1 de marzo de 2015; 42:9-13.
198. Hingson R, Zha W, Simons-Morton B, White A. Alcohol-induced blackouts as predictors of other drinking related harms among emerging young adults. *Alcohol Clin Exp Res* [Internet]. abril de 2016 [citado 9 de febrero de 2025];40 (4):776-84. Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC4820355/pdf/nihms-753127.pdf>
199. Berry MS, Johnson MW. Does being drunk or high cause HIV sexual risk behavior? A systematic review of drug administration studies. Vol. 164, *Pharmacology Biochemistry and Behavior*. Elsevier Inc.; 2018. p. 125-38.
200. Antón Ruiz FA, Espada JP. Consumo de sustancias y conductas sexuales de riesgo para la transmisión del VIH en una muestra de estudiantes universitarios. *Anales de psicología* [Internet]. octubre de 2009 [citado 23 de

- enero de 2025];25 (2):344-50. Disponible en: https://www.um.es/analesps/v25/v25_2/17-25_2.pdf
201. Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC). Informe Mundial sobre las drogas 2024 [Internet]. Nueva York; 2024 [citado 5 de febrero de 2025]. Disponible en: <https://www.unodc.org/unodc/en/data-and-analysis/world-drug-report-2024.html>
 202. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. The European Drug Report 2024: Trends and Developments [Internet]. Lisbon; 2024 jun. Disponible en: <https://emcdda.europa.eu/publications/european-drug-report/2024>
 203. Isorna M, Pascual F, Aso E, Arias F. Impacto de la legalización del consumo recreativo de cannabis. Adicciones [Internet]. 2023 [citado 9 de febrero de 2025];35 (3):349-76. Disponible en: <https://www.adicciones.es/index.php/adicciones/article/download/1694/1317/5564>
 204. López Sánchez LM, León Muñoz LM, Brime Beteta B, Llorens Aleixandre N, Domínguez Lázaro AM. El cannabis y los adolescentes en España: consumo y consecuencias: Estado de situación. Revista española de salud pública, ISSN 1135-5727, ISSN-e 2173-9110, N° 99, 2025 [Internet]. 2025 [citado 23 de marzo de 2025];(99):4. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=10013118&info=resumen&idioma=ENG>
 205. Aldington S, Williams M, Nowitz M, Weatherall M, Pritchard A, McNaughton A, et al. Effects of cannabis on pulmonary structure, function and symptoms. Thorax [Internet]. diciembre de 2007 [citado 20 de febrero de 2025];62(12):1058. Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC2094297/>
 206. Vozoris NT, Zhu J, Ryan CM, Chow CW, To T. Cannabis use and risks of respiratory and all-cause morbidity and mortality: a population-based, data-linkage, cohort study. BMJ Open Res [Internet]. 2022 [citado 9 de febrero de 2025]; 9:1216. Disponible en: <https://bmjopenrespres.bmj.com>

207. Laumon B, Gadegbeku B, Martin JL, Biecheler MB. Cannabis intoxication and fatal road crashes in France: population based case-control study. BMJ [Internet]. 10 de diciembre de 2005 [citado 20 de febrero de 2025];331(7529):1371-4. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16321993/>
208. Sociedad Española de Investigación sobre Cannabinoides (SEIC). Aspectos psiquiátricos del consumo de cannabis: casos clínicos [Internet]. Madrid: Universidad Complutense de Madrid; 2008 [citado 11 de febrero de 2025]. 1-194 p. Disponible en: <https://www.seic.es/wp-content/uploads/2013/10/aspectos-psiquiatricos-consumo-cannabis-casos-clinicos.pdf>
209. European Union Drugs Agency (EUDA). Cannabis: respuestas sanitarias y sociales [Internet]. Lisboa; 2024 [citado 24 de febrero de 2025]. Disponible en: https://www.euda.europa.eu/publications/mini-guides/cannabis-health-and-social-responses_es
210. Jiménez-Mejías E, Medina-García MÁ, Martínez-Ruiz V, Pulido-Manzanero J, Fernández-Villa T. Consumo de drogas e implicación en estilos de conducción de riesgo en una muestra de estudiantes universitarios. Proyecto uniHcos. Gac Sanit. 1 de septiembre de 2015; 29:4-9.
211. Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones. Monografía Cannabis 2022. Consumo y consecuencias [Internet]. 2022 [citado 9 de febrero de 2025]. Disponible en: <https://cpage.mpr.gob.es/>
212. Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías, Centro canadiense sobre el consumo de sustancias y adicciones. Cannabis al volante. Preguntas y respuestas para la elaboración de políticas [Internet]. Luxemburgo; 2018. Disponible en: www.emcdda.europa.eu
213. Farmer CM, Monfort SS, Woods AN. Changes in Traffic Crash Rates After Legalization of Marijuana: Results by Crash Severity. J Stud Alcohol Drugs [Internet]. 1 de julio de 2022 [citado 23 de marzo de 2025];83(4):494. Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC9318699/>

214. Macleod J, Oakes R, Copello A, Crome PI, Egger PM, Hickman M, et al. Psychological and social sequelae of cannabis and other illicit drug use by young people: a systematic review of longitudinal, general population studies. *The Lancet* [Internet]. 15 de mayo de 2004 [citado 20 de febrero de 2025];363(9421):1579-88. Disponible en: <http://www.thelancet.com/article/S0140673604162004/fulltext>
215. Gorey C, Kuhns L, Smaragdi E, Kroon · Emese, Cousijn J. Age-related differences in the impact of cannabis use on the brain and cognition: a systematic review. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* [Internet]. 2019 [citado 11 de febrero de 2025]; 269:37-58. Disponible en: <https://doi.org/10.1007/s00406-019-00981-7>
216. Lisdahl KM, Wright NE, Kirchner-Medina C, Maple KE, Shollenbarger S. Considering Cannabis: The Effects of Regular Cannabis Use on Neurocognition in Adolescents and Young Adults. *Curr Addict Rep*. 2014; 1:144-56.
217. Comisión Clínica de la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional Sobre Drogas. Cannabis II [Internet]. Madrid; 2009 [citado 11 de febrero de 2025]. Disponible en: www.pnsd.msps.es
218. Broyd SJ, Van Hell HH, Beale C, Yücel M, Solowij N. Review Acute and Chronic Effects of Cannabinoids on Human Cognition-A Systematic Review. 2016 [citado 11 de febrero de 2025]; Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.biopsycho.2015.12.002>
219. Gowin JL, Ellingson JM, Karoly HC, Manza P, Ross JM, Sloan ME, et al. Brain Function Outcomes of Recent and Lifetime Cannabis Use. *JAMA Netw Open* [Internet]. 2 de enero de 2025;8(1): e2457069. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/39874032>
220. Venero Hidalgo L, Vázquez Martínez A, Aliño M, Cano-López I, Villanueva Blasco VJ. Efectos del consumo de cannabis en la atención y la memoria en población adolescente: una revisión sistemática. *Revista española de salud pública*, ISSN 1135-5727, ISSN-e 2173-9110, Nº 96, 2022 [Internet]. 2022 [citado 23 de marzo de 2025];(96):78. Disponible en:

<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8655917&info=resumen&idioma=ENG>

221. Zammit S, Moore THM, Lingford-Hughes A, Barnes TRE, Jones PB, Burke M, et al. Effects of cannabis use on outcomes of psychotic disorders: systematic review. The British Journal of Psychiatry [Internet]. noviembre de 2008 [citado 20 de febrero de 2025];193(5):357-63. Disponible en: <https://www.cambridge.org/core/journals/the-british-journal-of-psychiatry/article/effects-of-cannabis-use-on-outcomes-of-psychotic-disorders-systematic-review/4A057E55EB64ABE5A1A904DCDB715DBC>
222. Moore TH, Zammit S, Lingford-Hughes A, Barnes TR, Jones PB, Burke M, et al. Cannabis use and risk of psychotic or affective mental health outcomes: a systematic review. Lancet [Internet]. 29 de julio de 2007 [citado 20 de febrero de 2025];370(9584):319-28. Disponible en: <http://www.thelancet.com/article/S0140673607611623/fulltext>
223. Shapiro GK, Buckley-Hunter L. What every adolescent needs to know: Cannabis can cause psychosis. J Psychosom Res [Internet]. 1 de diciembre de 2010 [citado 11 de febrero de 2025];69(6):533-9. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0022399910001637?via%3Dihub>
224. Meier MH, Hall W, Caspi A, Belsky DW, Cerdá M, Harrington HL, et al. Which adolescents develop persistent substance dependence in adulthood? Using population-representative longitudinal data to inform universal risk assessment. Psychol Med [Internet]. 1 de marzo de 2015 [citado 11 de febrero de 2025];46(4):877. Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC4752874/>
225. Jepsen OH, Erlangsen A, Nordentoft M, Hjorthøj C. Cannabis Use Disorder and Subsequent Risk of Psychotic and Nonpsychotic Unipolar Depression and Bipolar Disorder. JAMA Psychiatry [Internet]. 1 de agosto de 2023 [citado 20 de febrero de 2025];80(8):803-10. Disponible en: <https://jamanetwork.com/journals/jamapsychiatry/fullarticle/2804862>

226. Patton GC, Coffey C, Carlin JB, Degenhardt L, Lynskey M, Hall W. Cannabis use and mental health in young people: cohort study. *BMJ* [Internet]. 23 de noviembre de 2002 [citado 11 de febrero de 2025]; 325:1195-1198. Disponible en: <https://www.bmj.com/>
227. Rubino T, Zamberletti E, Parolaro D. Adolescent exposure to cannabis as a risk factor for psychiatric disorders. *J Psychopharmacol* [Internet]. enero de 2012 [citado 11 de febrero de 2025];26(1):177-88. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21768160/>
228. Castaño GA, Becoña E, Restrepo SM, Scoppetta O. Toward the Design and Validation of a Scale to Assess Amotivational Syndrome in Chronic Marijuana Users (ESATHC). *Int J Ment Health Addict* [Internet]. 1 de abril de 2020 [citado 12 de febrero de 2025];18(2):305-13. Disponible en: <https://link.springer.com/article/10.1007/s11469-019-00132-y>
229. Legleye S, Piontek D, Kraus L, Morand E, Falissard B. A validation of the Cannabis Abuse Screening Test (CAST) using a latent class analysis of the DSM-IV among adolescents. *Int J Methods Psychiatr Res* [Internet]. marzo de 2013 [citado 20 de febrero de 2025];22(1):16. Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC6878590/>
230. Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones y la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Informe 2020. Indicador admisiones a tratamiento por consumo de sustancias psicoactivas, 1987-2018 [Internet]. Madrid; 2020 [citado 9 de marzo de 2025]. Disponible en: <https://pnsd.sanidad.gob.es/>
231. Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC). Panorama mundial de la demanda y la oferta de drogas. Informe Mundial sobre las drogas 2022 [Internet]. Viena; 2022 [citado 24 de febrero de 2025]. Disponible en: www.unodc.org/unodc/en/data-and-analysis/world-drug-report-2022.html
232. Observatorio Español de las Drogas las Adicciones. Informe 2021 Indicador de admisiones a tratamiento por sustancias psicoactivas 1987-2019

- [Internet]. Madrid; 2021 [citado 9 de marzo de 2025]. Disponible en: <https://pnsd.sanidad.gob.es/>
233. Comisión Clínica del Plan Nacional sobre Drogas. Informe comisión clínica: cocaína [Internet]. Madrid; 2008 [citado 25 de febrero de 2025]. Disponible en: <https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/publicaciones/catalogo/catalogo PNSD/publicaciones/pdf/Informecocaina.pdf>
234. Bellis MA, Hughes K, Calafat A, Juan M, Ramon A, Rodriguez JA, et al. Sexual uses of alcohol and drugs and the associated health risks: A cross sectional study of young people in nine European cities. BMC Public Health [Internet]. 9 de mayo de 2008 [citado 7 de marzo de 2025];8(1):1-11. Disponible en: <https://bmcpublichealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2458-8-155>
235. Redondo Domínguez D, Picazo L, Docavo Barrenechea-Moxo ML, González del Castillo J. Vista de Chemsex: ¿estamos preparados? Adicciones [Internet]. 2018 [citado 23 de enero de 2025];30 (2):158-9. Disponible en: <https://www.adicciones.es/index.php/adicciones/article/view/1062/927>
236. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Nuevas sustancias psicoactivas asociadas a prácticas sexuales de riesgo: GHB. 2024.
237. Leyva-Moral JM, Aguayo-González M, Mora R, Villegas L, Gómez-Ibáñez R, Mestres-Soler O, et al. Chemsex en Barcelona: Estudio cualitativo sobre factores asociados a la práctica, percepción del impacto en salud y necesidades de prevención. Adicciones [Internet]. 2024 [citado 22 de marzo de 2025];36(2):189-98. Disponible en: <https://adicciones.es/index.php/adicciones/article/view/1790>
238. Frankis J, Clutterbuck D. What does the latest research evidence mean for practitioners who work with gay and bisexual men engaging in chemsex?

- Sex Transm Infect [Internet]. 1 de mayo de 2017 [citado 9 de marzo de 2025];93(3):153-4. Disponible en: <https://sti.bmj.com/content/93/3/153>
239. Grupo de Trabajo de chemsex del Plan Nacional sobre el sida. Informe sobre chemsex en España [Internet]. Madrid; 2019 sep [citado 23 de enero de 2025]. Disponible en: <https://www.sanidad.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/docs/informeCHEMSEX.pdf>
240. Guerras JM, Hoyos J, Agustí C, Casabona J, Sordo L, Pullido J, et al. Vista de Consumo sexualizado de drogas entre hombres que tienen sexo con hombres residentes en España. Adicciones [Internet]. 2022 [citado 23 de enero de 2025];34(1):37-49. Disponible en: <https://www.adicciones.es/index.php/adicciones/article/view/1371/1307>
241. Glynn RW, Byrne N, O'Dea S, Shanley A, Codd M, Keenan E, et al. Chemsex, risk behaviours and sexually transmitted infections among men who have sex with men in Dublin, Ireland. International Journal of Drug Policy. 1 de febrero de 2018; 52:9-15.
242. González-Baeza A, Dolengevich-Segal H, Pérez-Valero I, Cabello A, Téllez MJ, Sanz J, et al. Sexualized Drug Use (Chemsex) Is Associated with High-Risk Sexual Behaviors and Sexually Transmitted Infections in HIV-Positive Men Who Have Sex with Men: Data from the U-SEX GESIDA 9416 Study. AIDS Patient Care STDS [Internet]. 1 de marzo de 2018 [citado 23 de enero de 2025];32(3):112-8. Disponible en: www.liebertpub.com
243. Carvalho Gomes I, Gámez-Medina ME, Valdez-Montero C. Chemsex y conductas sexuales de riesgo en hombres que tienen sexo con hombres: una revisión sistemática. Vol. 20, Health and Addictions. 2020.
244. Folch C, Fernández-Dávila P, Ferrer L, Soriano R, Díez M, Casabona J. High prevalence of drug consumption and sexual risk behaviors in men who have sex with men. Medicina Clínica (English Edition). 7 de agosto de 2015;145(3):102-7.
245. Losilla-Rodríguez B, López-Zúñiga MA, Espadafor-López B, López-Ruz MÁ. Study of ChemSex in HIV positive and negative homosexual patients. Actual

- Medica [Internet]. 30 de abril de 2019 [citado 23 de enero de 2025];104(806):24-30. Disponible en: <https://www.actualidadmedica.es/archivo/2019/806/or04.html>
246. Curto J, Dolengevich H, Soriano R, Belza MJ. Abordaje de la salud mental del usuario con prácticas de Chemsex. Un material de apoyo para la formación de los profesionales de la salud mental. Madrid; 2020 oct.
 247. Gavín P, Arbelo N, Monràs M, Nuño L, Bruguera P, de la Mora L, et al. El uso metaanfetamina en el contexto Chemsex y sus consecuencias en salud mental: un estudio descriptivo. Rev Esp Salud Pública [Internet]. 31 de agosto de 2021 [citado 23 de enero de 2025]; e1-10. Disponible en: <https://ojs.sanidad.gob.es/index.php/resp/article/view/615/895>
 248. Calafat A, Fernández Gómez C, Juan M. Risk and Control in the recreational drug culture. Sonar Projet [Internet]. 2001. Disponible en: <https://www.researchgate.net/publication/287215695>
 249. Espada Sánchez JP, Morales A, Grupo de Investigación AITANA. La salud afectivo-sexual de la juventud en España. Comportamientos sexuales en nuestros jóvenes: de la salud al riesgo. Instituto de la Juventud, editor. Revista de estudios de Juventud [Internet]. 1ª. marzo de 2019 [citado 23 de enero de 2025]; 123:31-46. Disponible en: https://www.injuve.es/sites/default/files/adjuntos/2020/01/revista_injuve_123.pdf
 250. Seth P, Wingood GM, DiClemente RJ, Robinson LSS. Alcohol Use as a Marker for Risky Sexual Behaviors and Biologically Confirmed Sexually Transmitted Infections Among Young Adult African-American Women. Women's Health Issues. marzo de 2011;21(2):130-5.
 251. Dadras O, El Saaidi C. Risk-stratified analysis of sex risk behaviors and correlates among school-going adolescents in Argentina: insights from a national survey. Int J Adolesc Med Health [Internet]. 1 de junio de 2024 [citado 9 de marzo de 2025];36(3):291-8. Disponible en: <https://www.degruyter.com/document/doi/10.1515/ijamh-2024-0007/html>

252. Fernández Villa T, Alguacil Ojeda J, Ayán Pérez C, Bueno Cavanillas A, Cancela Carral JM, Capelo Álvarez R, et al. Proyecto uniHcos. Cohorte dinámica de estudiantes universitario para el estudio del consumo de drogas y otras adicciones. Rev Esp Salud Pública [Internet]. 2013 [citado 10 de febrero de 2025];87 (6)(2):575-85. Disponible en: https://scielo.isciii.es/pdf/resp/v87n6/03_colaboracion2.pdf
253. Sánchez Pardo L. Guía informativa género y drogas [Internet]. Alicante; 2012 [citado 22 de marzo de 2025]. Disponible en: https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/publicaciones/catalogo/bibliotecaDigital/publicaciones/pdf/GuiaGenero_Drogas.pdf
254. Pacheco Arellano SE, Rementeria Rocés O. Protocolo inclusión de la perspectiva de género en programas de prevención de adicciones. Guía y herramienta práctica [Internet]. Madrid; 2021 [citado 22 de marzo de 2025]. Disponible en: https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/publicaciones/catalogo/bibliotecaDigital/publicaciones/pdf/2021/2021_Protocolo_Inclusion_Genero_Prevention_Adicciones.pdf
255. Larrañaga E, Yubero S, Yubero M. Influencia del género y del sexo en las actitudes sexuales de estudiantes universitarios españoles Influence of the sex and gender in the sexual attitudes in Spanish university students. 2012; 9:5-13.
256. Junta de Castilla y León. Boletín Oficial de Castilla y León I. Comunidad de Castilla y León. [Internet]. Boletín Oficial de Castilla y León España; may 21, 2013 p. 32127-34. Disponible en: <http://bocyl.jcyl.es>
257. Fan W, Yan Z. Factors affecting response rates of the web survey: A systematic review. Comput Human Behav [Internet]. 1 de marzo de 2010 [citado 22 de febrero de 2025];26(2):132-9. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0747563209001708>
258. Subdirección General de Ordenación S y G de las EU de la SG de U. Datos y cifras del Sistema Universitario Español. Publicación 2018-2019 [Internet]. Madrid; 2019 [citado 22 de febrero de 2025]. Disponible en:

https://www.universidades.gob.es/wp-content/uploads/2022/10/Datos_y_Cifras_2018-2019.pdf?utm_source=chatgpt.com

259. Castro Á. Sexual behavior and sexual risks among spanish university students: A descriptive study of gender and sexual orientation. *Sexuality Research and Social Policy*. 1 de marzo de 2016;13(1):84-94.
260. Wesche R, Lefkowitz ES, Maggs JL. Short-Term Consequences of Sex: Contextual Predictors and Change Across College. *Arch Sex Behav* [Internet]. 1 de mayo de 2021 [citado 22 de febrero de 2025];50(4):1613-26. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33907943/>
261. Folch C, Álvarez JL, Casabona J, Brotons M, Castellsagué X. Determinantes de las conductas sexuales de riesgo en jóvenes de Cataluña. *Rev Esp Salud Publica* [Internet]. 1 de septiembre de 2015 [citado 27 de febrero de 2025];89(5):471-85. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272015000500005&lng=es&nrm=iso&tlng=es
262. Breyer BN, Smith JF, Eisenberg ML, Ando KA, Rowen TS, Shindel AW. The Impact of Sexual Orientation on Sexuality and Sexual Practices in North American Medical Students. *J Sex Med* [Internet]. 1 de julio de 2010 [citado 27 de febrero de 2025];7(7):2391-400. Disponible en: <https://dx.doi.org/10.1111/j.1743-6109.2010.01794.x>
263. Ramírez Dueñas JM. Devolviendo la visibilidad a los invisibles. Preguntando la orientación sexual en las encuestas de opinión pública en España. *Estudios LGBTIQ+, Comunicación y Cultura*. 13 de junio de 2022;2(1):117-28.
264. Pinta P, Vázquez S. La sexualidad de las mujeres jóvenes en el contexto español. Percepciones subjetivas e impacto de la formación [Internet]. Madrid; 2022 [citado 23 de febrero de 2025]. Disponible en: https://www.inmujeres.gob.es/areasTematicas/AreaEstudiosInvestigacion/docs/Estudios/sexualidad_mujeres_jovenes.pdf

265. Hansen BT, Kjær SK, Arnheim-Dahlström L, Liaw KL, Juul KE, Thomsen LT, et al. Age at first intercourse, number of partners and sexually transmitted infection prevalence among Danish, Norwegian and Swedish women: estimates and trends from nationally representative cross-sectional surveys of more than 100 000 women. *Acta Obstet Gynecol Scand* [Internet]. 1 de febrero de 2020 [citado 19 de marzo de 2025];99(2):175-85. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/aogs.13732>
266. Aguirre Rivera JC, Restrepo Soto JA. Conducta sexual en jóvenes universitarios: estudio de revisión: Sexual behavior in Ibero-American youth: review study. *Psicogente* [Internet]. 31 de agosto de 2022 [citado 23 de febrero de 2025];25(48):1-25. Disponible en: <https://revistas.unisimon.edu.co/index.php/psicogente/article/view/5500>
267. Gräf DD, Mesenburg MA, Fassa AG. Risky sexual behavior and associated factors in undergraduate students in a city in Southern Brazil. *Rev Saude Publica* [Internet]. 17 de abril de 2020 [citado 6 de marzo de 2025]; 54:41. Disponible en: <https://www.scielo.br/j/rsp/a/WkRVZRqRqy438XxmvTcrznx/abstract/?lang=en>
268. Træen B, Samuelsen SO, Roen K. Sexual Debut Ages in Heterosexual, Lesbian, Gay, and Bisexual Young Adults in Norway. *Sex Cult* [Internet]. 1 de septiembre de 2016 [citado 19 de marzo de 2025];20(3):699-716. Disponible en: <https://link.springer.com/article/10.1007/s12119-016-9353-2>
269. Brewster KL, Tillman KH, Holway GV. Timing of First Sexual Experience with a Same-Sex Partner: A Life Course Approach. *Arch Sex Behav* [Internet]. 1 de noviembre de 2021 [citado 19 de marzo de 2025];50(8):3587-99. Disponible en: <https://link.springer.com/article/10.1007/s10508-021-02043-3>
270. Incera-Fernández D, Román FJ, Gámez-Guadix M. Risky Sexual Practices, Sexually Transmitted Infections, Motivations, and Mental Health among Heterosexual Women and Men Who Practice Sexualized Drug Use in Spain. *Int J Environ Res Public Health*. 1 de junio de 2022;19(11).

271. López A, Tomo B, Moreno A, De E, De S, Juventud LA, et al. Informe juventud en España 2008. Estado de salud de la juventud. [Internet]. 2008 [citado 6 de marzo de 2025]. Disponible en: www.injuve.migualdad.es
272. Crochard A, Luyts D, Di Nicola S, Gonçalves MAG. Self-reported sexual debut and behavior in young adults aged 18-24 years in seven European countries: Implications for HPV vaccination programs. Gynecol Oncol [Internet]. 1 de diciembre de 2009 [citado 22 de marzo de 2025];115(3 SUPPL.): S7. Disponible en: <https://www.gynecologiconcology-online.net/action/showFullText?pii=S0090825809004235>
273. Gil-Llario MD, Morell-Mengual V, García-Barba M, Nebot-García JE, Ballester-Arnal R. HIV and STI Prevention Among Spanish Women Who have Sex with Women: Factors Associated with Dental Dam and Condom Use. AIDS Behav [Internet]. 1 de enero de 2023 [citado 7 de marzo de 2025];27(1):161-70. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35788924/>
274. Gabini S, Castro L, Coldeira MF, Cuenya L. Percepción de riesgo, prevención de infecciones de transmisión sexual y métodos de barrera entre personas con vulva. Población y Sociedad [Internet]. 29 de noviembre de 2024 [citado 6 de marzo de 2025];31(2):1-26. Disponible en: <https://cerac.unlpam.edu.ar/index.php/pys/article/view/8121/9694>
275. Deleon de Melo L, Passos Sordé C, Spindola T, Costa Martins ER, Nepomuceno de Oliveira André NL, Vieira da Motta CV. Prevention of sexually transmitted infections among young people and the importance of health education. Enfermería Global [Internet]. 1 de enero de 2022 [citado 9 de marzo de 2025];21(1):74-115. Disponible en: <https://revistas.um.es/eglobal/article/view/481541>
276. Badillo-Viloria M, Sánchez XM, Vásquez MB, Díaz-Pérez A, Badillo-Viloria M, Sánchez XM, et al. Comportamientos sexuales riesgosos y factores asociados entre estudiantes universitarios en Barranquilla, Colombia, 2019. Enfermería Global [Internet]. 2020 [citado 16 de marzo de 2025];19(59):422-49. Disponible en:

https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412020000300422&lng=es&nrm=iso&tlng=es

277. Carter AC, Brandon KO, Goldman MS. The college and noncollege experience: a review of the factors that influence drinking behavior in young adulthood. *J Stud Alcohol Drugs* [Internet]. 2010 [citado 10 de marzo de 2025];71(5):742-50. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20731981/>
278. Molina AJ, Varela V, Fernández Tania, Martín V, Ayán C, Cancela JM. Vista de Hábitos no saludables y práctica de actividad física en estudiantes universitarios españoles: papel del género, perfil académico y convivencia. *Adicciones* [Internet]. 2012 [citado 10 de marzo de 2025];24 (4):319-28. Disponible en: <https://www.adicciones.es/index.php/adicciones/article/view/82/81>
279. Rabanales Sotos J. Prevalencia de bebedores de riesgo en estudiantes de Enfermería. Autoevaluación del consumo de alcohol como estrategia de educación para la salud [Internet]. *Nature*. [Albacete]: Universidad de Castilla-La Mancha; 2014 [citado 9 de marzo de 2025]. Disponible en: <https://hdl.handle.net/10578/6613>
280. Guerrero-Agenjo CM, López-Tendero J, López-González Á, Guisado-Requena IM, Laredo-Aguilera JA, Carmona-Torres JM, et al. Alcohol Consumption in Nursing Students after the COVID-19 Lockdown. *Healthcare* 2023, Vol 11, Page 1185 [Internet]. 20 de abril de 2023 [citado 10 de marzo de 2025];11(8):1185. Disponible en: <https://www.mdpi.com/2227-9032/11/8/1185/htm>
281. Krebs CP, Lindquist CH, Warner TD, Fisher BS, Martin SL. The Differential Risk Factors of Physically Forced and Alcohol- or Other Drug-Enabled Sexual Assault Among University Women. *Violence Vict* [Internet]. 1 de junio de 2009 [citado 12 de marzo de 2025];24(3):302-21. Disponible en: <https://connect.springerpub.com/content/sgrvv/24/3/302>
282. Anderson BJ, Stein MD. A behavioral decision model testing the association of marijuana use and sexual risk in young adult women. *AIDS Behav*

- [Internet]. 1 de mayo de 2011 [citado 23 de marzo de 2025];15(4):875-84. Disponible en: <https://link.springer.com/article/10.1007/s10461-010-9694-z>
283. Walsh JL, Fielder RL, Carey KB, Carey MP. Do Alcohol and Marijuana Use Decrease the Probability of Condom Use for College Women? *J Sex Res* [Internet]. 1 de febrero de 2013 [citado 23 de marzo de 2025];51(2):145. Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC3946721/>
 284. Li J, McDaid LM. Alcohol and drug use during unprotected anal intercourse among gay and bisexual men in Scotland: what are the implications for HIV prevention? *Sex Transm Infect* [Internet]. 2014 [citado 23 de marzo de 2025];90(2):125-32. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24345556/>
 285. Schuster RM, Mermelstein R, Wakschlag L. Gender-specific relationships between depressive symptoms, marijuana use, parental communication and risky sexual behavior in adolescence. *J Youth Adolesc* [Internet]. agosto de 2013 [citado 23 de marzo de 2025];42(8):1194-209. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22927009/>
 286. Martinez O, Muñoz-Laboy M, Levine EC, Starks T, Dolezal C, Dodge B, et al. Relationship Factors Associated with Sexual Risk Behavior and High-Risk Alcohol Consumption among Latino MSM: Challenges and Opportunities to Intervene on HIV Risk. *Arch Sex Behav* [Internet]. 1 de mayo de 2017 [citado 23 de marzo de 2025];46(4):987. Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC5352550/>
 287. Redondo-Martín S, Amezcua-Prieto C, Morales Suarez-Varela; María, Ayán C. Experiencias declaradas de conductas sexuales de riesgo en relación con el consumo de alcohol en el primer año de universidad. *Rev Esp Salud Pública* [Internet]. 5 de mayo de 2021;95(6): e1-16. Disponible en: www.mscbs.es/resp
 288. Duarte de Sales JK, Duarte de Sales JK, de Araujo Alves D, Pereira Coelho H, Pereira de Oliveira O, Leyliane dos Santos R. Fatores de risco associados ao comportamento sexual de adolescentes. *Revista Eletrônica Acervo Saúde* [Internet]. 18 de junio de 2020 [citado 9 de marzo de 2025];(49):

e3382-e3382.

Disponible

en:

<https://acervomais.com.br/index.php/saude/article/view/3382>

289. Gutierrez D, Tan A, Strome A, Pomeranz MK. Dental dams in dermatology: An underutilized barrier method of protection. *Int J Womens Dermatol* [Internet]. 1 de marzo de 2022 [citado 9 de marzo de 2025];8(1). Disponible en:
https://journals.lww.com/ijwd/fulltext/2022/03000/dental_dams_in_dermatology_an_underutilized.6.aspx
290. García C, Calvo F, Carbonell X, Giralt C. Consumo intensivo de alcohol y conductas sexuales de riesgo en población universitaria. *Health and Addictions*. 2017;17(1):63-71.
291. Jiménez-Muro Franco A, Beamonte San Agustín A, Marqueta Baile A, Gargallo Valero P, Nerín de la Puerta I. Consumo de drogas en estudiantes universitarios de primer curso. *Adicciones* [Internet]. 1 de marzo de 2009 [citado 9 de marzo de 2025];21(1):21-8. Disponible en:
<https://www.adicciones.es/index.php/adicciones/article/view/248>
292. Salas-Gomez D, Fernandez-Gorgojo M, Pozueta A, Diaz-Ceballos I, Lamarain M, Perez C, et al. Binge Drinking in Young University Students Is Associated with Alterations in Executive Functions Related to Their Starting Age. 2016;
293. Herrero-Montes M, Alonso-Blanco C, Paz-Zulueta M, Sarabia-Cobo C, Ruiz-Azcona L, Parás-Bravo P. Binge Drinking in Spanish University Students: Associated Factors and Repercussions: A Preliminary Study. *International Journal of Environmental Research and Public Health* Article [Internet]. 2019 [citado 9 de marzo de 2025]; Disponible en: www.mdpi.com/journal/ijerph
294. Cortaza-Ramirez L, Calixto-Olalde G, Hernandez-Lopez L, Torres-Balderas D. Prevalencia de consumo de alcohol en estudiantes universitarios de enfermería. *Medwave* [Internet]. 1 de marzo de 2022 [citado 9 de marzo de 2025];22(02). Disponible en:
[/link.cgi/Medwave/Estudios/Investigacion/8712.act](http://link.cgi/Medwave/Estudios/Investigacion/8712.act)

295. Pérez-Albéniz A, Lacas-Molina B, Díez-Gómez A, Pérez-Sáenz J, Fonseca-Pedrero E. Desmontando estereotipos: Orientación sexual y riesgo para el consumo de sustancias en la adolescencia. *Adicciones* [Internet]. 2023 [citado 10 de marzo de 2025]; Avance online. Disponible en: <https://adicciones.es/index.php/adicciones/article/view/1986/1428>
296. Restrepo Molina L, Agudelo Martínez A, Giraldo Torres MT, Sánchez Diosa L. Factores de contexto asociados al consumo de alcohol en estudiantes universitarios. *CES Salud Pública* [Internet]. 20 de diciembre de 2011 [citado 10 de marzo de 2025];2 (2):136-47. Disponible en: https://revistas.ces.edu.co/index.php/ces_salud_publica/article/view/1994
297. Londoño Pérez C. Resistencia de la presión de grupo, creencias acerca del consumo y consumo de alcohol en universitarios. *Anales de Psicología* [Internet]. 2010 [citado 12 de febrero de 2025]; 26 (1):27-33. Disponible en: <https://revistas.um.es/analesps/article/view/91931>
298. Salcedo Monsalve A, Palacios Espinosa X, Fernanda Espinosa Á. Consumo de alcohol en jóvenes universitarios. *Avances en Psicología Latinoamericana* [Internet]. junio de 2011 [citado 10 de marzo de 2025];29(1):97. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/799/79920065007.pdf>
299. Miramontes AB, Moure-Rodríguez L, Díaz-Geada A, Rodríguez-Holguín S, Corral M, Cadaveira F, et al. Heavy Drinking and Non-Medical Use of Prescription Drugs among University Students: A 9-Year Follow-Up. *Int J Environ Res Public Health* [Internet]. 2019 [citado 9 de marzo de 2025]; 16:29-39. Disponible en: www.mdpi.com/journal/ijerph
300. Mora-Ríos J, Natera G. Expectativas, consumo de alcohol y problemas asociados en estudiantes universitarios de la ciudad de México. *Salud Publica Mex* [Internet]. 1998 [citado 9 de marzo de 2025];43(2):89-96. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342001000200002&lng=es&nrm=iso&tlng=es

301. Mota N, Álvarez-Gil R, Corral M, Rodríguez Holguín S, Parada M, Crego A, et al. Risky alcohol use and heavy episodic drinking among Spanish University students: a two-year follow-up. *Gac Sanit.* 1 de septiembre de 2010;24(5):372-7.
302. Carbia C, Cadaveira F, Caamaño-Isorna F, Rodríguez-Holguín S, Corral M. Binge drinking during adolescence and young adulthood is associated with deficits in verbal episodic memory. *PLoS ONE.* 2017;12(2): e0171393
303. Arbesu JA, Armenteros del Olmo L, Casquero R, Gonçalves F, Guardia Serecigni J, López Santiago A, et al. Manual de consenso sobre el alcohol en atención primaria. Barcelona; 2016 jun.
304. Mota N, Parada M, Crego A, Doallo S, Caamaño-Isorna F, Rodríguez Holguín S, et al. Binge drinking trajectory and neuropsychological functioning among university students: A longitudinal study. *Drug Alcohol Depend.* 1 de noviembre de 2013;133(1):108-14.
305. Albarracín Ordoñez M, Muñoz Ortega L. Factores asociados al consumo de alcohol en estudiantes de los dos primeros años de carrera universitaria. *Linerabit [Internet].* 2008 [citado 9 de marzo de 2025]; 14:49-61. Disponible en: <http://www.scielo.org.pe/pdf/liber/v14n14/a07v14n14.pdf>
306. Patró-Hernández RM, Nieto Robles Y, Limiñana-Gras RM. Relación entre las normas de género y el consumo de alcohol: una revisión sistemática. *Adicciones [Internet].* 2020 [citado 22 de marzo de 2025];32 (2):145-58. Disponible en: <https://www.adicciones.es/index.php/adicciones/article/view/1195/1043>
307. Fernández Rodríguez MA, Dema Moreno S, Fontanil Gómez Y. La influencia de los roles de género en el consumo de alcohol: estudio cualitativo en adolescentes y jóvenes en Asturias. *Adicciones.* 2019;31(4):260-73.
308. Rabanales Sotos J, Lopez Gonzalez AL, Arraga Martinez IP, Campos Rosa M, Rabanales Sotos Associate Professor JR, Lopez Gonzalez RN Professor AL, et al. Prevalence of hazardous drinking among nursing students. *J Adv Nurs [Internet].* 1 de marzo de 2015 [citado 10 de marzo de 2025];71(3):581-90. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/jan.12548>

309. Hultgren BA, Turrisi R, Cleveland MJ, Mallett KA, Reavy R, Larimer ME, et al. Transitions in drinking behaviors across the college years: A latent transition analysis. *Addictive behaviors* [Internet]. 1 de mayo de 2018 [citado 22 de marzo de 2025]; 92:108. Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC6499686/>
310. Romero-Rodríguez E, Amezcua-Prieto C, Suárez-Varela MM, Ayán-Pérez C, Mateos-Campos R, Martín-Sánchez V, et al. Patterns of Alcohol Consumption and Use of Health Services in Spanish University Students: UniHcos Project. *Int J Environ Res Public Health*. 1 de mayo de 2022;19(10).
311. Talley AE, Gilbert PA, Mitchell J, Goldbach J, L Marshall BD, Kaysen D, et al. Addressing gaps on risk and resilience factors for alcohol use outcomes in sexual and gender minority populations HHS Public Access. *Drug Alcohol Rev*. 2016;35(4):484-93.
312. Woodford MR, Krentzman AR, Gattis MN, Woodford M. Substance Abuse and Rehabilitation Alcohol and drug use among sexual minority college students and their heterosexual counterparts: the effects of experiencing and witnessing incivility and hostility on campus. 2012 [citado 10 de marzo de 2025]; Disponible en: <http://dx.doi.org/10.2147/SAR.S26347>
313. Schipani-McLaughlin AM, Nielsen KE, Mosley EA, Leone RM, Oesterle DW, Orchowski LM, et al. Alcohol Use and Alcohol-related Consequences Based on Gender and Sexual Orientation among College Students. *Am J Addict* [Internet]. 1 de mayo de 2022 [citado 22 de febrero de 2025];31(3):189. Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC9117501/>
314. Mereish EH. Substance use and misuse among sexual and gender minority youth. *Curr Opin Psychol*. 1 de diciembre de 2019; 30:123-7.
315. Pesola F, Shelton KH, Van den Bree MBM. Sexual orientation and alcohol problem use among UK adolescents: an indirect link through depressed mood. *Addiction* [Internet]. 1 de julio de 2014 [citado 11 de marzo de 2025];109(7):1072-80. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/add.12528>

316. Ford JA, Jasinski JL. Sexual orientation and substance use among college students. *Addictive Behaviors*. 1 de marzo de 2006;31(3):404-13.
317. Corliss HL, Rosario M, Wypij D, Wylie SA, Frazier AL, Austin SB. Sexual orientation and drug use in a longitudinal cohort study of U.S. adolescents. *Addictive Behaviors*. 1 de mayo de 2010;35(5):517-21.
318. Boyle SC, Kettering V, Young SH, LaBrie JW. Lesbians' Use of Popular Social Media Sites is Associated with Perceived Drinking Norms & Interest in Receiving Personalized Normative Feedback on Alcohol Use. *Alcohol Treat Q* [Internet]. 1 de octubre de 2020 [citado 11 de marzo de 2025];38(4):415-29. Disponible en: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/07347324.2020.1723459>
319. Green KE, Feinstein BA. Substance use in lesbian, gay, and bisexual populations: An update on empirical research and implications for treatment. *Psychology of Addictive Behaviors*. junio de 2012;26(2):265-78.
320. Tubman JG, Moore C, Lee J, Shapiro AJ. Multivariate patterns of substance use, minority stress and environmental violence associated with sexual revictimization of lesbian and bisexual emerging adult women. *J Lesbian Stud* [Internet]. 2023 [citado 11 de marzo de 2025]; Disponible en: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/10894160.2023.2240552>
321. Marshal MP, Burton CM, Chisolm DJ, Sucato GS, Friedman MS. Cross-Sectional Evidence for a Stress-Negative Affect Pathway to Substance Use among Sexual Minority Girls. *Clin Transl Sci* [Internet]. agosto de 2013 [citado 23 de marzo de 2025];6(4):321. Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC3740447/>
322. Burton CM, Marshal MP, Chisolm DJ, Sucato GS, Friedman MS. Sexual Minority-Related Victimization as a Mediator of Mental Health Disparities in Sexual Minority Youth: A Longitudinal Analysis. *J Youth Adolesc*. 2013;42(3):394-402.
323. Crue Universidades Españolas. Las Universidades como Centros Promotores de Salud y Sostenibilidad en la Gestión de Fiestas:

Dispensación de Alcohol, Prevención de la Violencia Sexual y Gestión de Residuos. 2022.

324. Teixidó-Compañó E, Sureda X, Bosque-Prous M, Villalbí JR, Puigcorbé S, Colillas-Malet E, et al. Influencia del entorno en el consumo de alcohol en jóvenes: Un estudio utilizando concept mapping con estudiantes universitarios. Adicciones [Internet]. 2023 [citado 22 de marzo de 2025];35(4):469-82. Disponible en: <https://adicciones.es/index.php/adicciones/article/view/1705>
325. Font-Mayolas S, Gras ME, Planes M. Análisis del patrón de consumo de cannabis en estudiantes universitarios. Adicciones. 2006;18(4):337-44.
326. Ahuja M, Awasthi M, Gim S, Records K, Cimilluca J, Al-Ksir K, et al. Early Age of Cannabis Initiation and Its Association With Suicidal Behaviors. Subst Abuse [Internet]. 2022 [citado 11 de marzo de 2025]; 16:11782218221116732. Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC9373116/>
327. Nieves Martín Y. Hábitos de ocio y consumo en población universitaria menor de 30 años. Madrid; 2010 jun.
328. Cazenave A, Saavedra W, Huerta P, Mendoza C, Aguirre C. Consumo de marihuana en jóvenes universitarios: percepción de los pares. Ciencia y Enfermería XXIII. 2017; 1:15-24.
329. Molina-Fernández A, Chapinal PM, Sanz PC. Consecuencias psicosociales de la regulación del cannabis: un estudio cualitativo. Health and Addictions/Salud y Drogas [Internet]. 29 de julio de 2022 [citado 23 de marzo de 2025];22(2):10-21. Disponible en: [https://www.haaj.org/?journal=haaj&page=article&op=view&path\[\]=621](https://www.haaj.org/?journal=haaj&page=article&op=view&path[]=621)
330. Merchán Clavellino A, Ribeiro Do Couto BR, Alameda Bailén JR. Hábitos de consumo de drogas y percepción sobre los efectos en salud y rendimiento académico en estudiantes de Psicología en la Universidad de Huelva. Revista Española de Drogodependencias [Internet]. 2014 [citado 12 de marzo de 2025];39(2):2014. Disponible en: <https://rabida.uhu.es/dspace/handle/10272/10294>

331. Lozano Polo A, Herrera-Gutiérrez E, Martínez-Moreno F, Gutiérrez García J, Brocal-Pérez D, Árense Gonzalo JJ, et al. Estudio de factores relacionados con la salud en el alumnado universitario. Murcia; 2013.
332. Suerken CK, Reboussin BA, Egan KL, Sutfin EL, Wagoner KG, Spangler J, et al. Marijuana use trajectories and academic outcomes among college students. *Drug Alcohol Depend*. 1 de mayo de 2016; 162:137-45.
333. Arria AM, Caldeira KM, Bugbee BA, Vincent KB, O'Grady KE. The academic consequences of marijuana use during college. *Psychology of Addictive Behaviors*. 1 de septiembre de 2015;29(3):564-75.
334. Volkow ND, Baler RD, Compton WM, Weiss SRB. Adverse Health Effects of Marijuana Use. *New England Journal of Medicine* [Internet]. 5 de junio de 2014 [citado 11 de marzo de 2025];370(23):2219-27. Disponible en: <https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMra1402309>
335. Campeny E, López-Pelayo H, Nutt D, Blithikioti C, Oliveras C, Nuño L, et al. The blind men and the elephant: Systematic review of systematic reviews of cannabis use related health harms. *European Neuropsychopharmacology*. 1 de abril de 2020; 33:1-35.
336. Patiño-Masó J, Gras-Pérez E, Font-Mayolas S, Baltasar-Bagué A. Consumo de cocaína y policonsumo de sustancias psicoactivas en jóvenes universitarios. *Enferm Clin*. 1 de marzo de 2013;23(2):62-7.
337. Díaz-Castela M del M, Anguiano-Garrido B, Muela-Martínez JA, Díaz-Castela M del M, Anguiano-Garrido B, Muela-Martínez JA. El Consumo de Drogas en el Alumnado de la Universidad de Jaén [The drug use in students from the University of Jaen]. *Acción Psicológica* [Internet]. 19 de octubre de 2016 [citado 29 de marzo de 2025];13(1):53. Disponible en: <http://revistas.uned.es/index.php/accionpsicologica/article/view/16723>
338. Kasperski SJ, Vincent KB, Caldeira KM, Garnier-Dykstra LM, O'Grady KE, Arria AM. College students' use of cocaine: Results from a longitudinal study. *Addictive behaviors* [Internet]. abril de 2010 [citado 29 de marzo de 2025];36(4):408. Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC3075599/>

339. Taggart TC, Rodriguez-Seijas C, Dyar C, Elliott JC, Thompson RG, Hasin DS, et al. Sexual Orientation and Sex-Related Substance Use: The Unexplored Role of Bisexuality. *Behaviour research and therapy* [Internet]. 1 de abril de 2018 [citado 30 de marzo de 2025]; 115:55. Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC6409130/>
340. Secretaría del Plan Nacional sobre el Sida. Abordaje del fenómeno del chemsex Informes, estudios de investigación 2020. Madrid; 2020.
341. Cáceres D, Salazar I, Varela M, Tovar YJ. Universitarios y su relación de riesgo y protección con los factores psicosociales. *Univ Psychol Bogotá (Colombia)*. 2006;5(3):521-34.
342. Isorna Folgar M, Fariña Rivera F, Sierra JC, Vallejo-Medina P. Binge drinking: conductas sexuales de riesgo y drogas facilitadoras del asalto sexual en jóvenes españoles. *Suma Psicológica* [Internet]. 1 de enero de 2015 [citado 30 de marzo de 2025];22(1):1-8. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-suma-psicologica-207-articulo-binge-drinking-conductas-sexuales-riesgo-S0121438115000028>
343. Cortés Tomás MT, Giménez Costa JA, Motos Sellés P, Cadaveira Mahía F. Importancia de las expectativas en la relación entre impulsividad y consumo intensivo de alcohol en universitarios. *Adicciones*. 2014;20 (2):134-45.
344. Hagemann CT, Helland A, Spigset O, Espnes KA, Ormstad K, Schei B. Ethanol and drug findings in women consulting a Sexual Assault Center e Associations with clinical characteristics and suspicions of drug-facilitated sexual assault. *J Forensic Leg Med* [Internet]. 2013 [citado 30 de marzo de 2025]; 20:777-84. Disponible en: <https://pdf.sciencedirectassets.com>
345. Prego-Meleiro P, Montalvo G, García-Ruiz C, Ortega-Ojeda F, Ruiz-Pérez I, Sordo L. Diferencias de género en percepciones sobre violencia sexual, igualdad y agresiones sexuales facilitadas por drogas en ocio nocturno. *Adicciones* [Internet]. 2022 [citado 22 de marzo de 2025];34(4):285-98. Disponible en: <https://adicciones.es/index.php/adicciones/article/view/1561>

346. Anderson LJ, Flynn A, Pilgrim JL. A global epidemiological perspective on the toxicology of drug-facilitated sexual assault: A systematic review. *J Forensic Leg Med*. 1 de abril de 2017; 47:46-54.
347. Xifró-Collsamata A, Pujol-Robinat A, Barbería-Marcain E, Arroyo-Fernández A, Bertomeu-Ruiz A, Montero-Núñez F, et al. A prospective study of drug-facilitated sexual assault in Barcelona. *Medicina Clínica (English Edition)*. 8 de mayo de 2015;144(9):403-9.
348. Becerra-García JA. Epidemiología de la sumisión química con fines sexuales. *Med Clin (Barc)*. 8 de mayo de 2015;144(9):401-2.
349. Metrik J, Caswell AJ, Magill M, Monti PM, Kahler CW. Sexual Risk Behavior and Heavy Drinking Among Weekly Marijuana Users. *J Stud Alcohol Drugs* [Internet]. 1 de enero de 2016 [citado 12 de marzo de 2025];77(1):104-12. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26751360/>
350. Prego-Meleiro P, Montalvo G, García-Ruiz C, Ortega-Ojeda F, Ruiz-Pérez I, Sordo L, et al. Diferencias de género en percepciones sobre violencia sexual, igualdad y agresiones sexuales facilitadas por drogas en ocio nocturno. *Adicciones*. 2022;34 (4):285-97.
351. Yugueros García AJ. La violencia contra las mujeres: conceptos y causas. *Revista Castellano-Manchega de Ciencias Sociales*. 2014; 18:147-59.
352. Blackburn AM, Katz BW, Oesterle DW, Orchowski LM. Preventing sexual violence in sexual orientation and gender diverse communities: A call to action. *Eur J Psychotraumatol* [Internet]. 2024 [citado 30 de marzo de 2025];15(1):2297544. Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10783832/>
353. Calvet X, Cantera LM. Prevalence and Characteristics of Sexual Victimization among Gay and Bisexual Men: A Preliminary Study in Spain. *Healthcare* [Internet]. 1 de septiembre de 2023 [citado 30 de marzo de 2025];11(18):2496. Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10530702/>

354. Ybarra ML, Goodman KL, Saewyc E, Scheer JR, Stroem IF. Youth Characteristics Associated With Sexual Violence Perpetration Among Transgender Boys and Girls, Cisgender Boys and Girls, and Nonbinary Youth. JAMA Netw Open [Internet]. 1 de junio de 2022 [citado 30 de marzo de 2025];5(6): e2215863-e2215863. Disponible en: <https://jamanetwork.com/journals/jamanetworkopen/fullarticle/2792857>
355. Griner SB, Vamos CA, Thompson EL, Logan R, Vázquez-Otero C, Daley EM. The Intersection of Gender Identity and Violence: Victimization Experienced by Transgender College Students. J Interpers Violence [Internet]. 1 de noviembre de 2020 [citado 30 de marzo de 2025];35(23-24):5704-25. Disponible en: <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/0886260517723743>
356. Saltz RF, Paschall MJ, McGaffigan RP, Nygaard PMO. Alcohol risk management in college settings: The safer California universities randomized trial. Am J Prev Med [Internet]. 1 de diciembre de 2010 [citado 22 de febrero de 2025];39(6):491-9. Disponible en: <http://www.ajpmonline.org/article/S0749379710005295/fulltext>
357. Villalbí JR, Bosque-Prous M, Gili-Miner M, Espelt A, Brugal MT. Políticas para prevenir los daños causados por el alcohol. Rev Esp Salud Publica [Internet]. agosto de 2014 [citado 10 de febrero de 2025];88(4):515-28. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272014000400006&lng=en&nrm=iso&tlng=en
358. Preinfalk-Fernández ML. Educación sexual de la población joven universitaria: Algunos determinantes y desafíos. Revista Electrónica Educare. 1 de septiembre de 2015;19(3).
359. United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC). Normas Internacionales para la Prevención del Uso de Drogas [Internet]. Viena; 2018 [citado 10 de febrero de 2025]. Disponible en: https://www.unodc.org/documents/drug-prevention-and-treatment/int_standards_document_ESPAGNOL.pdf

360. Tristán Antona C, Zuza Santacilia I, Justo Gil S, Pola Ferrández E, Campos Esteban P, Estirado Gómez A, et al. Prevención del consumo de alcohol: límites del consumo de bajo riesgo y otras actuaciones. Rev Esp Salud Pública [Internet]. 2020 [citado 10 de febrero de 2025]; 94:7-8. Disponible en: www.mscbs.es/resp
361. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Estrategia Nacional sobre Adicciones. 2017;
362. Picot J, Shepherd J, Kavanagh J, Cooper K, Harden A, Barnett-Page E, et al. Behavioural interventions for the prevention of sexually transmitted infections in young people aged 13–19 years: a systematic review. Health Educ Res [Internet]. 1 de junio de 2012 [citado 16 de marzo de 2025];27(3):495-512. Disponible en: <https://dx.doi.org/10.1093/her/cys014>
363. Espada JP, Morales A, Orgilés M, Jemmott JB, Jemmott LS. Short-term evaluation of a skill-development sexual education program for spanish adolescents compared with a well-established program. Journal of Adolescent Health [Internet]. 1 de enero de 2015 [citado 16 de marzo de 2025];56(1):30-7. Disponible en: <https://www.jahonline.org/action/showFullText?pii=S1054139X14003504>
364. Contreras L, Zuzulich María Soledad, Martínez Daniel, Vío D. Una Mirada Relacional a La Prevención En Población Universitaria. En: Contreras L, Zuzulich MS, Martínez D, Cantillano V, Gysling K, Pedrals N, editores. Hasta Cuándo Hablamos de Drogas: Estrategias Preventivas de Contextos Universitarios. 2010. p. 103-24.
365. Rocha C, Becoña E. Programa Riscos & Desafios: eficácia na prevenção do consumo de álcool em estudantes do Ensino Superior. Revista da Associação Portuguesa de Adictologia [Internet]. diciembre de 2017 [citado 13 de febrero de 2025]; 4:16-31. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/322357184_Revista_da_Associao_Portuguesa_de_Adictologia#fullTextFileContent
366. PDS, Redondo Martín S, Calvo Martínez C. Taller Drogas ¿Qué? | Familia, mujer, adicciones | Junta de Castilla y León [Internet]. 2013 [citado 13 de

febrero de 2025]. Disponible en: <https://familia.jcyl.es/web/es/drogas/taller-drogas.html>

367. Oliver Pece J, Fábregas Galán I, Lerín Bonilla; M^a Carmen, Nieves Martín N. PIUMAD: un Programa para la prevención en universidades de Madrid. Instituto de Adicciones, Madrid Salud, Madrid [Internet]. Fundación Atenea, editor. Pagina Inicio: 1 Pagina Fin: 180. Madrid; 2012 [citado 13 de febrero de 2025]. 1-180 p. Disponible en: <https://repositorio.comillas.edu/xmlui/handle/11531/42679>
368. Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías. Currículum de prevención europeo. Un manual para quienes toman decisiones, crean opinión y elaboran políticas sobre la prevención del uso de sustancias basada en la evidencia [Internet]. Ministerio de Sanidad. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, editor. Madrid; 2020 [citado 8 de marzo de 2025]. Disponible en: <https://cpage.mpr.gob.es/>
369. Organización Mundial de la Salud. Estrategias mundiales del sector de la salud contra el VIH, las hepatitis víricas y las infecciones de transmisión sexual para el periodo 2022-2030. Ginebra; 2022.
370. Ministerio de Sanidad PS e I. Estrategia Salud Sexual y reproductiva [Internet]. Arganda del Rey (Madrid); 2011 [citado 22 de febrero de 2025]. Disponible en: www.mspsi.gob.es
371. Ministerio de Sanidad. Plan Estratégico para la Prevención y Control de la Infección por el VIH y las ITS en España. 2021-2030. Madrid; 2021.
372. Kypri K, Vater T, Bowe SJ, Saunders JB, Cunningham JA, Horton NJ, et al. Web-Based Alcohol Screening and Brief Intervention for University Students A Randomized Trial. JAMA. 2014;311(12):1218-24.
373. Salazar Garza ML, Vacio Muro MD los A, González Esqueda A. Ensayo clínico aleatorizado con dos intervenciones breves para disminuir el consumo de alcohol en estudiantes universitarios: Comparación de dos intervenciones breves en estudiantes universitarios que consumen alcohol. Health and Addictions/Salud y Drogas [Internet]. 22 de febrero de 2024

- [citado 13 de febrero de 2025];24(1):93-110. Disponible en: [https://haaj.org/?journal=haaj&page=article&op=view&path\[\]=783](https://haaj.org/?journal=haaj&page=article&op=view&path[]=783)
374. Robertson-Boersma D, Butt P, Dell CA. Reflections on How a University Binge Drinking Prevention Initiative Supports Alcohol Screening, Brief Intervention, and Referral for Student Alcohol Use. 2015;
375. Dermen KH, Thomas SN. Randomized Controlled Trial of Brief Interventions to Reduce College Students' Drinking and Risky Sex. *Psychology of Addictive Behaviors*. diciembre de 2011;25(4):583-94.
376. Organización Mundial de la Salud. Estrategia mundial para reducir el uso nocivo del alcohol [Internet]. Ginebra; 2010 [citado 8 de marzo de 2025]. Disponible en: https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/44486/9789243599939_spa.pdf?sequence=1
377. Sánchez F, Pérez Conchillo M, Borrás Vallsc JJ, Gómez Llorensd O, Aznar Vicente J, Caballero Martín de las Mulas A. 2004 Sánchez Diseño y validación del cuestionario de Función Sexual de la Mujer (FSM). *Aten Primaria* [Internet]. 2004 [citado 16 de febrero de 2025];34(6):286-94. Disponible en: <https://www.elsevier.es/en-revista-atencion-primaria-27-articulo-diseno-validacion-del-cuestionario-funcion-13067028>
378. Wright KB. Researching internet-based populations: Advantages and disadvantages of online survey research, online questionnaire authoring software packages, and web survey services. *Journal of Computer-Mediated Communication* [Internet]. 1 de abril de 2005 [citado 24 de febrero de 2025];10(3). Disponible en: <https://dx.doi.org/10.1111/j.1083-6101.2005.tb00259.x>
379. Rocco L, Cita NO, Oliari N. La encuesta mediante internet como alternativa metodológica. 2007 [citado 24 de febrero de 2025]; Disponible en: <https://www.aacademica.org>

10. RENDIMIENTO CIENTÍFICO

Artículo publicado revista científica (Anexo 4):

Redondo Martín, Susana; Amezcua Prieto, Carmen; Morales Suarez-Varela, María Manuela; Ayán Pérez, Carlos; Mateos Campos, Ramona; Martín Sánchez, Vicente; Ortiz Moncada, Rocío; Almaraz Gómez, Ana; Rodríguez Reinado, Carmen; Delgado Rodríguez, Miguel; Blázquez Abellán, Gema; Alonso Molero, Jessica; Llopis Morales, Agustín; Cancela Carral, José María; Valero Juan, Luis Félix; Martínez Ruiz, Virginia; Fernández Villa, Tania. [Experiencias declaradas de conductas sexuales de riesgo en relación con el consumo de alcohol en el primer año de universidad](#). Revista Española de Salud Pública 2021; 0(95)

Capítulo de un libro:

Redondo Martín, Susana; Higuero Acevedo, David; Almaraz Gómez, Ana; Amezcua Prieto, Carmen; Morales Suarez-Varela, María Manuela; Ayan Pérez, Carlos; Mateos Campos, Ramona; Fernández Villa, Tania; Ortiz Moncada, Rocío; Blázquez Abellán, Gemma. [Lugar de residencia, consumo de cannabis en universitarios y problemas asociados](#). En: Nuevas aportaciones sobre el consumo de cannabis desde las ciencias sociales y de la salud. Coord. por Antonio Rial Boubeta, Patricia Gómez Salgado, Manuel Isorna Andavira Concello de Catoira 2020. ISBN 978-84-122887-5-9. p. 147-154

Comunicación a congreso con distinción 2º premio comunicación oral (Anexo 5):

Redondo-Martín, S; Amezcua-Prieto, C; Morales Suarez-Varela, M.; Ayán, C.; Mateos-Campo, R.; Martín, V.; Ortiz-Moncada, R.; Almaraz-Gómez, A.; Rodríguez Reinado, C.; Delgado-Rodríguez, M.; Blázquez-Abellán, G.; Alonso-Molero, J.; Agustín Llopis M.; Cancela Carral, J.M.; Valero- Juan, L.F.; Martínez-Ruiz, V.; Fernández-Villa, T. [Orientación sexual y consumo de cannabis, en universitarios de primer año \(proyecto UNIHCOS\)](#). III Congreso Internacional sobre Prevención, tratamiento y control del consumo de cannabis y sus derivados. Santiago de Compostela. 18-21 de noviembre de 2021.

11. ANEXOS

Anexo 1: Consentimiento Informado para el alumnado

14/2/2018

CONSENTIMIENTO



COHORTE DE ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS Y HÁBITOS DE VIDA

unihcos

CONSENTIMIENTO INFORMADO

La información obtenida en el estudio será totalmente confidencial y anónima y almacenada en un fichero de datos automatizados, de acuerdo a lo que establece la Ley Orgánica 15/99 de Protección de datos de Carácter Personal (LOPD). En ningún caso se utilizarán sus datos personales, limitándonos a analizar los datos sobre hábitos y salud suministrados en los cuestionarios.

Agradecemos tu colaboración de antemano, ya que sin su ayuda este proyecto no sería posible.

Para cualquier duda o pregunta sobre el particular no dude en ponerse en contacto con el Investigador Principal Vicente Martín Sánchez, en el 987293110, en el correo unihcos@unihcos.com o a través de la página web y de las redes sociales Facebook, Tuenti y Twitter.

Comprendo que mi participación es voluntaria y puedo retirarme del estudio cuando quiera y si lo solicito se eliminará de la base de datos la información suministrada sin que ello tenga ninguna repercusión en mi persona.

☐ Estoy de acuerdo

☐ No estoy de acuerdo

Presto libremente mi conformidad para participar en el estudio.

☐ Estoy de acuerdo

☐ No estoy de acuerdo

He leído la información que se me ha entregado, he podido hacer preguntas sobre el estudio y he recibido suficiente información sobre el mismo.

☐ Estoy de acuerdo

☐ No estoy de acuerdo



Nos encontrarás en <http://www.unihcos.com> y en las redes sociales



DATOS DE CONTACTO

Nombre

Primer Apellido

Segundo Apellido

TELÉFONOS

TELÉFONO 1

TELÉFONO 2

TELÉFONO 3

CORREO ELECTRÓNICO

E-mail 1

E-mail 2

DOMICILIO 1

TIPO DE VIA

- | | | | | |
|---------------------------------|--------------------------------|---------------------------------|------------------------------|-------------------------------------|
| ☐ Alameda | ☐ Barrio | ☐ Carrer | ☐ Paseo | ☐ Ronda, Sector |
| ☐ Autopista | ☐ Bulevar | ☐ Camino | ☐ Plaza | ☐ Travesía |
| ☐ Autovía | ☐ Calle | ☐ Carretera | ☐ Pasaje | |
| ☐ Avenida | ☐ Callejón | ☐ Glorieta | ☐ Rambla | |

NOMBRE DE LA VIA

PORTAL PISO LETRA

----------------------	----------------------	----------------------

LOCALIDAD

PROVINCIA

CODIGO POSTAL

FECHA DE LA ENCUESTA

A continuación será dirigido a un cuestionario sobre su estado de salud y sus hábitos de vida.

Los datos de dicho cuestionario se almacenan de manera separada a los datos que ha aportado hasta ahora para mantener la confidencialidad y el anonimato de los mismos.

Anexo 2: Cuestionario del Proyecto UniHcos. Variables utilizadas en el estudio



COHORTE DE
ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS
Y Hábitos de Vida

CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS

Sexo

☐ Hombre

☐ Mujer

Edad

Fecha de Nacimiento (DD/MM/AAAA)

Estado Civil

¿Cuál es tu situación actual en cuanto a estudios y trabajo?

¿Dónde vives durante el curso?

¿Con quién vives durante el curso? (Marca todas las que consideres oportunas)

☐ Solo/a

☐ Con mis padres

☐ Con mi pareja

☐ Con mis hijos

☐ Compañeros de piso/
amigos

Respecto al lugar de estudio, tu domicilio familiar está:

☐ En la misma localidad

☐ En la misma comunidad autónoma

☐ En otro país

☐ En la misma provincia

☐ En otra comunidad autónoma

CARACTERÍSTICAS ACADÉMICAS

Universidad

Titulación Cantabria

Titulación Granada

Titulación Jaén

Titulación León

Titulación Vigo

Titulación Huelva

Titulación Salamanca

Titulación Alicante

Titulación Valladolid

Titulación Valencia

Titulación Castilla-La Mancha

Campus Cantabria☐ Comillas☐ Santander☐ Torrelavega

Campus Granada☐ Ceuta☐ Granada☐ Melilla

Campus Jaén☐ Jaén☐ Linares☐ Úbeda

Campus León☐ León☐ Ponferrada

Campus Vigo☐ Orense☐ Pontevedra☐ Vigo

Campus Salamanca☐ Ávila☐ Béjar☐ Salamanca☐ Zamora

Campus Valladolid☐ Palencia☐ Segovia☐ Soria☐ Valladolid☐ Valladolid (EU Fray Luis de León)

Campus Valencia☐ Blasco Ibañez☐ Burjassot☐ Tarongers

Campus Castilla-La Mancha☐ Albacete☐ Ciudad Real☐ Talavera☐ Almadén☐ Cuenca☐ Toledo

FUNCIÓN FAMILIAR

A continuación se realizarán preguntas sobre tu situación familiar, es decir, sobre tus relaciones con las personas de tu familia con las que tienes un contacto más frecuente.

Por favor, marca la respuesta que mejor se ajuste a tu situación personal y piensa en las mismas personas para responder a todas las preguntas

	Casi nunca	A veces	Casi siempre
¿Estás satisfecho/a con la ayuda que recibes de tu familia cuando tienes un problema?	☐	☐	☐
¿Conversáis entre vosotros los problemas que tenéis en casa?	☐	☐	☐
¿Las decisiones importantes se toman en conjunto en casa?	☐	☐	☐
¿Estás satisfecho/a con el tiempo que tú y tu familia pasáis juntos?	☐	☐	☐
¿Sientes que tu familia te quiere?	☐	☐	☐

HÁBITOS SEXUALES

Las preguntas que se presentan a continuación están relacionadas con tu vida sexual, información muy importante por la relación existente con Enfermedades de Transmisión Sexual (ETS). Esta encuesta es totalmente anónima, así que, por favor, responde con la máxima sinceridad.

En cuanto a tu orientación sexual, te consideras:

- ☐ Heterosexual ☐ Homosexual ☐ Bisexual ☐ Otro

Considerando "relaciones sexuales" sólo aquellas en las que haya habido penetración vaginal, anal u oral del órgano masculino, con o sin orgasmo.

¿Has tenido relaciones sexuales alguna vez en tu vida?

- ☐ Sí ☐ No

Indica si a lo largo de tu vida, has tenido relaciones sexuales:

¿A qué edad tuviste relaciones sexuales por primera vez?

¿Podrías decir con cuántas personas has tenido relaciones sexuales a lo largo de tu vida?

¿Podrías decir con cuántas personas has tenido relaciones sexuales en los últimos 12 meses?

Considerando "relaciones sexuales" aquellas en las que haya habido penetración vaginal, anal u oral del órgano masculino, con o sin orgasmo y "prácticas sexuales" aquellas en las que no habiendo penetración vaginal, anal u oral del órgano masculino, ha habido contacto genital u oro-genital.

¿Has tenido relaciones sexuales alguna vez en tu vida?

- ☐ Sí ☐ No

¿Has tenido prácticas sexuales alguna vez en tu vida?

- ☐ Sí ☐ No

¿Utilizas o has utilizado alguno de los siguientes métodos anticonceptivos en los últimos 12 meses?

- ☐ Píldora o parche ☐ Preservativo femenino ☐ Otros
☐ Diafragma ☐ Píldora del día siguiente

¿En alguna ocasión en los últimos 12 meses, has tenido que utilizar la píldora del día siguiente?

- ☐ Sí, varias veces ☐ Sí, una vez ☐ No

¿Has tenido o tienes alguna de las siguientes enfermedades de transmisión sexual?

- | | | | |
|---|--|--|--|
| ☐ Infección por clamidia | ☐ Tricomonas | ☐ Micosis u hongos | ☐ Ladillas o pediculosis genital |
| ☐ Gonorrea | ☐ Herpes genital | ☐ Hepatitis B | ☐ VIH |
| ☐ Sífilis | ☐ Úlceras genitales o condiloma | ☐ Uretritis no específica | ☐ Otra enfermedad de transmisión sexual |

¿Cuánto tiempo hace que tuviste la última enfermedad de transmisión sexual?

- ☐ En los últimos 12 meses ☐ Hace más de un 1 años pero menos de 5 ☐ Hace 5 años o más

Indica si a lo largo de tu vida, has tenido relaciones o prácticas sexuales:

¿A qué edad tuviste relaciones o prácticas sexuales por primera vez?

¿Podrías decir con cuántas personas has tenido relaciones o prácticas sexuales a lo largo de tu vida?

¿Podrías decir con cuántas personas has tenido relaciones o prácticas sexuales en los últimos 12 meses?

¿Con qué frecuencia has tenido relaciones o prácticas sexuales en los últimos 12 meses?

¿Con qué frecuencia utilizas preservativo en tus relaciones sexuales

	No procede, no se me ha planteado esa situación	Nunca	Alguna vez	Casi Siempre	Siempre
con una pareja estable?	☐	☐	☐	☐	☐
con una pareja esporádica?	☐	☐	☐	☐	☐

¿En alguna ocasión en los últimos 12 meses, ha tenido que utilizar tu pareja (estable o esporádica) la pildora del día siguiente?

- ☐ Sí, varias veces ☐ Sí, una vez ☐ No

CONSUMO DE ALCOHOL

¿Has tomado, alguna vez, aunque fuera sólo una vez, cualquier clase de bebida alcohólica?

- ☐ Sí, alguna vez he tomado una bebida alcohólica ☐ Nunca he tomado una bebida alcohólica
-

¿Qué edad tenías la primera vez que tomaste cualquier clase de bebida alcohólica? (No incluyas sorbos de la bebida de otra persona. Si no puedes recordar la edad exacta puedes poner una edad aproximada en Años)

Ahora piensa en los últimos 12 meses ¿Cuántos días has tomado una o más bebidas alcohólicas?

Durante los últimos 12 meses ¿Cuántos días te has emborrachado?

Centrándote en los últimos 30 días, ¿cuántos días has tomado una o más bebidas alcohólicas?

Durante los últimos 30 días, en los días que has tomado alcohol, ¿cuántas bebidas te tomabas de costumbre? (Cuenta como una bebida: una lata o botella de cerveza, o un vaso de vino, champán, jerez, o una copa de licor o un combinado).

Durante los últimos 30 días, ¿Cuántos días has tomado en la misma ocasión 5 o más bebidas alcohólicas? (Se entiende por "ocasión" cuando se toman varias bebidas seguidas o en el plazo de un par de horas. No excluyas las bebidas tomadas durante las comidas). Número de días:

Durante los últimos 30 días, ¿Cuántos días has tomado en la misma ocasión 4 o más bebidas alcohólicas? (Se entiende por "ocasión" cuando se toman varias bebidas seguidas o en el plazo de un par de horas. No excluyas las bebidas tomadas durante las comidas). Número de días:

¿En qué lugar/es consumes habitualmente alcohol? (Marca todas las que consideres oportunas)

- | | | |
|--|---|--|
| ☐ En fiestas Universitarias | ☐ Residencia Universitaria | ☐ Bar/Restaurante |
| ☐ Fiestas privadas | ☐ En la calle (Botellón) | ☐ Otros |
-

¿Con qué frecuencia consumes bebidas alcohólicas?

- ☐ Nunca ☐ 2 a 4 veces al mes ☐ 4 o más veces a la semana
☐ 1 o menos veces al mes ☐ 2 o 3 veces a la semana

¿Cuántas bebidas alcohólicas consumes normalmente cuando bebes?

- ☐ 1 o 2 ☐ 5 o 6 ☐ 10 o más
☐ 3 o 4 ☐ 7 a 9

¿Con qué frecuencia te tomas 6 o más bebidas alcohólicas en un solo día?

- ☐ Nunca ☐ Mensualmente ☐ A diario o casi a diario
☐ Menos de una vez al mes ☐ Semanalmente

¿Con qué frecuencia en el curso del último año...

	Nunca	Menos de una vez al mes	Mensualmente	Semanalmente	A diario o casi a diario
has sido incapaz de parar de beber una vez que habías empezado?	☐	☐	☐	☐	☐
no has podido atender tus obligaciones porque habías bebido?	☐	☐	☐	☐	☐
has necesitado beber en ayunas para recuperarte después de haber bebido mucho el día anterior?	☐	☐	☐	☐	☐
has tenido remordimientos o sentimientos de culpa después de haber bebido?	☐	☐	☐	☐	☐
no has podido recordar lo que sucedió la noche anterior porque habías estado bebiendo?	☐	☐	☐	☐	☐

Tú, o alguna otra persona ¿ha resultado herida porque tú habías bebido?

- ☐ No ☐ Sí, en el último año ☐ Sí, pero no en el curso del último año

¿Algún familiar, amigo/a, médico/a o profesional sanitario ha mostrado preocupación por tu consumo de alcohol, o te ha sugerido que dejes de beber?

- ☐ No ☐ Sí, en el último año ☐ Sí, pero no en el curso del último año

USO DE SUSTANCIAS

Contesta por favor ahora a algunas preguntas sobre otros tipos de drogas:

- Cannabis o Marihuana [hachís, aceite de hachís, chocolate, porro, costo, hierba]
- Cocaína en forma de Base [base, cocaína cocinada, basuco, boliches, crack, roca]
- Cocaína en Polvo [Cocaína, perico, farlopa, clorhidrato de cocaína]
- GHB o Éxtasis Líquido [Gammahidroxibutirato, X-liquido, gamma-OH]
- Éxtasis o Drogas de Diseño
- Speed o Anfetaminas [metanfetamina, anfetás, ice, cristal]
- Alucinógenos [LSD, ácido, tripi, setas mágicas, ketamina, special-K, ketolar, imalgene]
- Heroína [Caballo, jaco]
- Inhalables volátiles [Cola, pegamento, disolvente, poppers, nitritos, gasolina]

¿Has consumido, aunque sólo fuera una vez en tu vida alguna de las siguientes drogas? (Señala cuales).

- ☐ Cannabis - marihuana
 ☐ Éxtasis o drogas de diseño
 ☐ Alucinógenos
 ☐ Tranquilizantes, sedantes o somníferos sin receta
- ☐ Cocaína en forma de base
 ☐ GHB o éxtasis líquido
 ☐ Heroína
- ☐ Cocaína en polvo
 ☐ Speed o anfetaminas
 ☐ Inhalables volátiles

¿Qué edad tenías la primera vez que consumiste ? (Si no estás seguro/a, anota la edad aproximada).

Cannabis - Marihuana	
Cocaína en forma de base	
Cocaína en polvo	
Éxtasis o drogas de diseño	
GHB o éxtasis líquido	
Speed o anfetaminas	
Alucinógenos	
Heroína	
Inhalables volátiles	
Tranquilizantes, sedantes o somníferos	

¿Cuántos días has consumido en los últimos 12 meses?

	Entre 1 - 3 días	Entre 4 - 9 días	Entre 10 - 19 días	Entre 20 -29 días	Entre 30- 150 días	Más de 150 días	No he consumid o durante los últimos 12 meses	Nunca he consumid o
Cannabis - marihuana	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Cocaína en forma de base	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Cocaína en polvo	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Éxtasis o drogas de diseño	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
GHB o éxtasis líquido	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Speed o anfetaminas	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Alucinógenos	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Heroína	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Inhalables volátiles	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Tranquilizantes, sedantes o somníferos	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

¿Cuántos días has consumido en los últimos 30 días?

	Entre 1 - 3 días	Entre 4 - 9 días	Entre 10 - 19 días	Entre 20 - 29 días	30 días	No he consumido durante los últimos 30 días	Nunca he consumido
Cannabis - marihuana	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Cocaína en forma de base	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Cocaína en polvo	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Éxtasis o drogas de diseño	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
GHB o éxtasis líquido	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Speed o anfetaminas	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Alucinógenos	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Heroína	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Inhalables volátiles	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Tranquilizantes, sedantes o somníferos	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

¿Dónde has consumido...? (Marca todas las que correspondan)

	Nunca lo he consumido	En fiestas universitarias	Residencia Universitaria	Bar/Restaurante	Donde vivo	En el coche	Fiestas privadas	Otros.
Cannabis - Marihuana	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Cocaína en forma de base	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Cocaína en polvo	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Extasis o drogas de diseño	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
GHB o éxtasis líquido	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Speed o anfetaminas	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Alucinógenos	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Heroína	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Inhalables volátiles	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Tranquilizantes, sedantes o somníferos sin receta	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Por favor, indica cuántas veces has experimentado lo siguiente al beber o consumir una droga en el último año.

	Nunca	1 vez	2 veces	3-5 veces	6-9 veces	Más de 10 veces.
Tener resaca	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Realizar un mal examen o tarea académica importante.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Tener problemas con la policía, en la residencia universitaria o con otras autoridades.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Ocasionar daños materiales, hacer saltar alarma de incendios.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Meterte en líos o peleas	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Tener náuseas o vómitos	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Conducir bajo la influencia del alcohol o las drogas	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Perder clase	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Ser criticado/a por alguien que conoces	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Pensar que puedes tener problemas con el alcohol / drogas	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Tener pérdidas de memoria	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Hacer algo que después lamentaste	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Ser arrestado/a por conducir borracho/a o bajo los efectos de las drogas	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Mantener relaciones sexuales de riesgo sin protección	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Haber sufrido abuso sexual.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Aprovecharse de alguien sexualmente.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Intento fallido de dejar de consumir	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Pensar seriamente en el suicidio	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Intento real de suicidio	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Terminar herido/a o lesionado/a	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Anexo 3: Test AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test)*

El AUDIT fue desarrollado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como un método simple de *screening* del consumo excesivo de alcohol y como un apoyo en la evaluación breve. Puede ayudar en la identificación del consumo excesivo de alcohol como causa de la enfermedad presente. También proporciona un marco de trabajo en la intervención para ayudar a los bebedores con consumo perjudicial o de riesgo a reducir o cesar el consumo de alcohol y con ello puedan evitar las consecuencias perjudiciales de su consumo.

Una puntuación de **8 o más en sujetos del sexo masculino y de 7 en sujetos del sexo femenino**, indica una fuerte probabilidad de daños debido al consumo de alcohol. Niveles de corte utilizados en la encuesta EDADES del Plan Nacional sobre Drogas.

Una puntuación de **20 o más sugiere una dependencia del alcohol**, si bien algunos autores mencionan un puntaje de más de 13 en el caso de las mujeres y de 15 en los hombres como indicativos de una probable dependencia.

*Thomas F. Babor, John C. Higgins-Biddle, John B. Saunders y Maristela G. Monteiro. *AUDIT: The Alcohol Use Disorders Identification Test. Guidelines for Use in Primary Care* [AUDIT: The Alcohol Use Disorders Identification Test: Lineamientos generales para su uso en la atención primaria. 2ª Ed. 2001. Disponible: https://web.archive.org/web/20040423200607/http://whqlibdoc.who.int/hq/2001/WHO_MSD_MSB_01.6a.pdf.

1. ¿Con qué frecuencia consume alguna bebida alcohólica?

- (0) Nunca
- (1) Una o menos veces al mes
- (2) De 2 a 4 veces al mes
- (3) De 2 a 3 veces a la semana
- (4) 4 o más veces a la semana

2. ¿Cuántas consumiciones de bebidas alcohólicas suele realizar en un día de consumo normal?

- (0) 1 o 2
- (1) 3 o 4
- (2) 5 o 6
- (3) 7, 8, o 9
- (3) 10 o más

3. ¿Con qué frecuencia toma 6 o más bebidas alcohólicas en un solo día?

- (0) Nunca
- (1) Menos de una vez al mes
- (2) Mensualmente
- (3) Semanalmente
- (4) A diario o casi a diario

4. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año ha sido incapaz de parar de beber una vez había empezado?

- (0) Nunca
- (1) Menos de una vez al mes
- (2) Mensualmente
- (3) Semanalmente
- (4) A diario o casi a diario

5. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año no pudo hacer lo que se esperaba de usted porque había bebido?

- (0) Nunca
- (1) Menos de una vez al mes
- (2) Mensualmente
- (3) Semanalmente
- (4) A diario o casi a diario

6. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año ha necesitado beber en ayunas para recuperarse después de haber bebido mucho el día anterior?

- (0) Nunca
- (1) Menos de una vez al mes
- (2) Mensualmente
- (3) Semanalmente
- (4) A diario o casi a diario

7. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año ha tenido remordimientos o sentimientos de culpa después de haber bebido?

- (0) Nunca
- (1) Menos de una vez al mes
- (2) Mensualmente
- (3) Semanalmente
- (4) A diario o casi a diario

8. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año no ha podido recordar lo que sucedió la noche anterior porque había estado bebiendo?

- (0) Nunca
- (1) Menos de una vez al mes
- (2) Mensualmente
- (3) Semanalmente
- (4) A diario o casi a diario

9. ¿Usted o alguna otra persona ha resultado herido porque usted había bebido?

- (0) No
- (2) Sí, pero no en el curso del último año
- (4) Sí, el último año

10. ¿Algún familiar, amigo, médico o profesional sanitario ha mostrado preocupación por su consumo de bebidas alcohólicas o le han sugerido que deje de beber?

- (0) No
- (2) Sí, pero no en el curso del último año
- (4) Sí, el último año.

ORIGINAL

Recibido: 13 de enero de 2021
Aceptado: 24 de febrero de 2021
Publicado: 5 de mayo de 2021

EXPERIENCIAS DECLARADAS DE CONDUCTAS SEXUALES DE RIESGO EN RELACIÓN CON EL CONSUMO DE ALCOHOL EN EL PRIMER AÑO DE UNIVERSIDAD(*)

Susana Redondo-Martín (1,2), Carmen Amezcua-Prieto (3,4), María Morales Suarez-Varela (4,5), Carlos Ayán (6), Ramona Mateos-Campos (7), Vicente Martín (4,8), Rocio Ortiz-Moncada (9), Ana Almaraz-Gómez (2), Carmen Rodríguez-Reinado (10), Miguel Delgado-Rodríguez (4,11), Gema Blázquez-Abellán (12), Jessica Alonso-Molero (4,13), Agustín Llopis Morales (4), Jose María Canela Carral (6), Luis Felix Valero-Juan (7), Virginia Martínez-Ruiz (3,4) y Tania Fernández-Villa (4)

- (1) Comisionado Regional para la Droga Junta de Castilla y León. España.
- (2) Departamento de Anatomía patológica, microbiología, medicina preventiva y salud pública, medicina legal y forense. Facultad de Medicina. Universidad de Valladolid. Valladolid. España.
- (3) Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública. Facultad de Medicina Universidad de Granada. Granada. España.
- (4) Centro de Investigación Biomédica en Red de Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP). Instituto de Salud Carlos III. Madrid. España.
- (5) Unidad de salud pública, higiene y salud ambiental. Departamento de medicina preventiva y salud pública, ciencias de los alimentos, toxicología y medicina legal. Facultad de farmacia. Universidad de Valencia. Valencia. España.
- (6) Facultad de Ciencias de la Educación y el Deporte. Universidad de Vigo. Pontevedra. España.
- (7) Área de Medicina Preventiva y Salud Pública. Universidad de Salamanca. Salamanca. España.
- (8) Área de Medicina Preventiva y Salud Pública. Facultad Universitaria de Ciencias de la Salud. Universidad de León. León. España. Grupo de Investigación en Interacciones Gen-Ambiente y Salud (GIIGAS) / Instituto de Biomedicina (IBIOMED). Universidad de León. León. España.
- (9) Área de Medicina Preventiva y Salud pública. Grupo de investigación alimentación y nutrición. Universidad de Alicante. Alicante. España.
- (10) RENISMA (Centro de Investigación en recursos naturales, salud y medio ambiente). Universidad de Huelva. Huelva. España.
- (11) Área de Medicina Preventiva y Ciencias de la Salud. Universidad de Jaén. Jaén. España.
- (12) Facultad de Farmacia. Departamento de Ciencias Médicas. Área de Medicina Preventiva y Salud Pública. Universidad de Castilla-La Mancha. Albacete. España.
- (13) Universidad de Cantabria-IDIVAL. Santander. España.

Los autores declaran que no existe ningún conflicto de interés.

(*) Financiación: El estudio ha sido financiado por el Plan Nacional Sobre Drogas del Ministerio de Salud, Servicios Sociales e Igualdad. Convocatoria de 2010 y de 2013. (Códigos: 2010/145 and 2013/034) y por el Instituto de Salud Carlos III a través de la convocatoria del FIS (Fondo de Investigación Sanitaria) de 2016 (PI16/01947).

RESUMEN

Fundamentos: En universitarios, el consumo de alcohol de mayor riesgo (borracheras y *binge drinking* (BD)), tiene consecuencias negativas sobre su desarrollo y probablemente facilita conductas sexuales de riesgo. El objetivo de este trabajo fue estudiar si las conductas sexuales de riesgo al consumir alcohol (CSRA) se asocian a los consumos de mayor riesgo.

Métodos: Estudio multicéntrico transversal con datos del Proyecto *uniHcos*, de universitarios de 1º año de 11 universidades españolas, entre los cursos 2011-2012 y 2017-2018. Datos recogidos mediante cuestionario autoadministrado. Se realizó un análisis uni y bivariable, evaluando la significación estadística de las diferencias de prevalencia con chi-cuadrado. Se utilizó media y desviación típica para variables cuantitativas y como estadístico de contraste t de Student.

Resultados: 9.862 participantes (72,2% mujeres). El 90,3% consumió alcohol y el 60,9% tuvo borracheras en último año; el 49% tuvo BD en el último mes. El consumo en el último mes y las borracheras fueron mayores en hombres y < 21 años. Las CSRA fueron superiores entre los que se emborracharon (15,7% sexo sin protección, 1,9% abuso sexual y 0,7% aprovecharse sexualmente) y consumieron en BD (17,1%, 1,9% y 0,7%). Las mujeres con ambos consumos de riesgo presentaron más abusos sexuales (2,2%), y los hombres fueron quienes más se aprovecharon sexualmente de otros (borracheras: 1,2%; BD: 1,3%).

Conclusiones: El consumo de alcohol está por encima de grupos similares. El BD tiene un patrón similar por género y edad. Las CSRA se asocian a los consumos de mayor riesgo, no detectándose en este grupo diferencias por género en sexo sin protección, si en otras CSRA.

Palabras clave: Intoxicación etílica, Binge drinking, Universitarios, Conductas sexuales de riesgo, Agresiones sexuales, Prevención.

ABSTRACT

Declared experiences of risky sexual behaviors in relation to alcohol consumption in the first year of college.

Background: In college students, higher risk alcohol consumption (drunkenness and binge drinking-BD) has negative consequences on their development and and probably facilitates risk sexual behaviors. The objective was to study if risky sexual behaviors when consuming alcohol (RSBA) are associated with higher risk consumption.

Methods: Cross-sectional multicenter study with *uniHcos* Project, 1st year university students from 11 universities in Spain, academic years 2011-2012 to 2017-2018 data. This data were collected by self-administered questionnaire. A uni and bivariate analysis was performed, evaluated the statistical significance of the differences in prevalence with chi-square. Mean and standard deviation were used for quantitative variables and Student's t test statistic was used.

Results: 9,862 subjects (72.2% women). 90.3% reported having consumed alcohol and 60.9% had drunk the last year, 49% BD in last month. It was detected in men, significantly higher consumption in the last month and drunkenness. Last month consumption and drunkenness were significantly higher in men and in <21 years. The RSBA were significantly higher among who were drunk (15.7% unprotected sex, 1.9% sexual abuse and 0.7% taking sexual advantage) and had BD (17.1%, 1.9% and 0.7%). Women with both risk consumptions had more sexual abuse (2.2%), and men had greater behaviors of taking sexual advantage of someone (drunk: 1.2%; BD: 1.3%).

Conclusions: Alcohol consumption was above similar groups. BD consumption was similar by gender and age. Risk sexual behaviors appear mainly in problematic consumption. Gender differences are not detected in alcohol consumers in unprotected sex but detected in the rest.

Key words: Alcoholic Intoxication, Binge drinking, University students, Sexual behaviour, Sexual harassment, Drug prevention, Sexual prevention.

Cita sugerida: Redondo-Martín S, Amezcua-Prieto C, Morales Suarez-Varela M, Ayán C, Mateos-Campos R, Martín V, Ortiz-Moncada R, Almaraz-Gómez A, Rodríguez-Reinado C, Delgado-Rodríguez M, Blázquez-Abellán G, Alonso-Molero J, Llopis Morales A, Canela Carral JM, Valero-Juan LF, Martínez-Ruiz V, Fernández-Villa T. Experiencias declaradas de conductas sexuales de riesgo en relación con el consumo de alcohol en el primer año de universidad. Rev Esp Salud Pública. 2021; 95: 5 de mayo e202105063.

INTRODUCCIÓN

El consumo de alcohol tiene un impacto muy relevante sobre la salud de la población, ya que existe evidencia de su relación con múltiples problemas y lesiones (enfermedades cardiovasculares, hepáticas, neuropsiquiátricas, cánceres y enfermedades transmisibles, entre otras)^(1,2,3,4,5). Entre estos problemas, es importante la capacidad adictiva del alcohol que puede ocasionar dependencia, siendo mayor esta posibilidad cuanto antes se inicia el consumo⁽⁶⁾. Todo ello determina la importancia del estudio de los consumos y sus consecuencias, especialmente en la adolescencia y juventud.

El Observatorio Español sobre Drogas y Adicciones (OEDA), en su informe de la encuesta EDADES 2017⁽⁷⁾, indica que el alcohol es la droga más consumida entre la población española de 15 a 24 años: el 76% (79,1% en hombres y 72,8% en mujeres) refiere haberlo consumido en el último año y el 59,7% (64,4% en hombres y 54,8% en mujeres) en el último mes. Los datos identifican que este grupo de población tiene consumos de alcohol elevados en forma de atracón o *binge-drinking*-BD (consumo de 5 o más unidades de bebida alcohólica estándar en hombres o 4 o más en mujeres, en un intervalo de dos o menos horas)⁽⁷⁾, en los últimos 30 días (30% en hombres y 16,2% en mujeres), así como consumos que provocan borrachera (estado de embriaguez en el que las capacidades físicas y mentales están alteradas, por lo que el término se podría equiparar al de "Intoxicación Aguda por alcohol" F10.0 de la CIE-10), en los últimos 12 meses con una prevalencia del 36% (41,9% en hombres y 29,8% en mujeres) y en el último mes del 18,4% (15,3% en hombres y 12,1% en mujeres)⁽⁷⁾. Es importante señalar que el consumo en BD se considera consumo de riesgo y se ha relacionado con consecuencias negativas sociales y sanitarias, tanto para la persona que consume, como para otras^(8,9,10), y puede ser un

factor de riesgo para el desarrollo posterior de abuso o dependencia de alcohol⁽¹¹⁾. Así mismo, las borracheras están asociadas a conductas de riesgo (accidentes de tráfico, violencia, conductas sexuales de riesgo, etc.)^(12,13). Por otro lado, la edad media de inicio del consumo de alcohol, tal y como muestra la encuesta ESTUDES 2018⁽¹⁴⁾, está estabilizada en torno a los 14 años, pero es una edad temprana teniendo en cuenta que diversos estudios establecen que el inicio del consumo antes de los 15 años está relacionado con mayores riesgos sobre el desarrollo y la salud^(6,15,16,17).

La adolescencia y el paso a la juventud son periodos importantes de cambios tanto físicos, como psicológicos y sociales que, afrontados de un modo adecuado, permiten el desarrollo adecuado de la personalidad. En esta etapa, el cerebro se encuentra aún en proceso de maduración, principalmente las zonas de las funciones cognitivas más complejas y la regulación de las emocionales, lo que determina un aumento de la vulnerabilidad para el inicio del consumo de drogas⁽¹⁸⁾. Así mismo, el inicio de la formación universitaria se vincula a una época de transición vital⁽¹⁹⁾ en la que hay una mayor independencia familiar, debido a la edad, en muchas ocasiones a la residencia fuera de casa⁽²⁰⁾, a la mayor disponibilidad económica, a la aparición de nuevos grupos de iguales, con la consiguiente importancia de la presión social⁽²¹⁾, pero también aparecen nuevas situaciones de estrés, que pueden provocar cuadros de ansiedad, depresión etc⁽²²⁾. Todos estos factores pueden influir en la aparición o consolidación de conductas como el consumo de alcohol y las conductas sexuales de riesgo y la asociación de ambas^(15,23,24,25).

El objetivo del presente estudio fue valorar la extensión de las conductas de consumo de alcohol, en particular las de mayor riesgo (borracheras y consumo en *binge drinking*) y de las conductas sexuales de riesgo al consumir

alcohol (CSRA) en la población universitaria de primer año del *Proyecto UniHcos*, así como la asociación entre ambas conductas.

SUJETOS Y MÉTODOS

Se realizó un estudio multicéntrico descriptivo y transversal basado en el *Proyecto uniHcos* (universitarios, Hábitos de Vida, cohorte de seguimiento)⁽²⁶⁾ de una cohorte dinámica prospectiva multipropósito. La población diana fueron los universitarios de primer año de grado y primera matrícula de cualquier titulación impartida en las universidades públicas de Alicante, Cantabria, Castilla-La Mancha, Granada, Huelva, Jaén, León, Salamanca, Valencia, Valladolid y Vigo, de los cursos académicos de 2011-2012 a 2017-2018.

Los datos se recogieron mediante un cuestionario *ad hoc* autoadministrado, que hasta 2016 tuvo 381 ítems y en los años posteriores 401⁽²⁷⁾. El cuestionario se creó a través de la plataforma SphinxOnline®, que garantiza el anonimato de los participantes al separar los datos identificativos de las respuestas. Las preguntas se estructuraron en 19 secciones sobre características sociodemográficas y hábitos de vida. Los ítems sobre drogas se basan en las encuestas EDADES y ESTUDES⁽²⁸⁾. El cuestionario se envió por correo electrónico a toda la población diana, el mensaje incluyó los objetivos del estudio y un consentimiento informado para participar. El tiempo estimado de respuesta se situó entre 30 y 45 minutos. El *proyecto uniHcos* cuenta con la aprobación de los Comités de Ética de las universidades colaboradoras y su fichero según la Ley Orgánica de Protección de Datos de Carácter Personal⁽²⁹⁾.

Los datos se volcaron y analizaron en el programa IBM SPSS Statistics 24. No se incluyeron en el análisis los valores extremos y no válidos en función de las variables, recodificándose estos como desconocidos.

Las variables utilizadas se indican en la **tabla 1**. Se definió “Relaciones Sexuales” (RS) como aquellas con penetración vaginal, anal u oral del órgano masculino, con o sin orgasmo. Una de las principales variables dependientes de interés fueron las CSRA que se exploraron en el período de referencia de los últimos 12 meses.

Se realizó un análisis descriptivo, obteniendo la distribución de frecuencias para las variables cualitativas y la media y la desviación típica para las cuantitativas. Se calcularon las prevalencias de consumo de alcohol en último año y último mes, y de las conductas de consumo de alcohol de mayor riesgo (borracheras en último año y consumo en BD en último mes. Igualmente, se calcularon las prevalencias de las CSRA analizadas (sexo sin protección, sufrir abuso sexual y aprovecharse sexualmente de alguien) en los consumidores de alcohol en los últimos 12 meses, ya que la pregunta hace también referencia a ese periodo de tiempo. La asociación entre CSRA y consumo de alcohol de mayor riesgo se examinó comparando las diferencias de las prevalencias de CSRA entre quienes habían tenido o no estos consumos. La significación estadística de las diferencias se evaluó con la prueba de chi-cuadrado (variables cualitativas) y t de Student (variables cuantitativas), rechazando la hipótesis nula con un nivel de significación del 95% ($p < 0,05$).

RESULTADOS

Datos sociodemográfico y académicos. Participaron en el proyecto un total de 9.862 sujetos, lo que supuso una tasa de participación que osciló en los diferentes años entre un 3% y un 4% de la población diana⁽²⁶⁾. La distribución de la muestra por universidades y por curso académico se describe en las **figuras 1 y 2**.

Las características demográficas y académicas se presentan en la **tabla 2**. La edad media

Tabla 1
Variables del cuestionario utilizadas en el presente estudio y su recodificación.

Tipo	Descripción de las variables
Variables sociodemográficas	- Sexo: hombre / mujer - Edad: <21 / ≥21 - Estado Civil - Situación laboral: Sólo estudian; Estudian y buscan trabajo; Estudian y trabajan - Domicilio familiar respecto al lugar de estudio: Misma localidad, misma provincia, Misma comunidad Autónoma; Otra Comunidad Autónoma u otro país
Variables académicas	- Universidad: Alicante; Cantabria; Castilla La Mancha; Granada; Huelva; Jaén; León; Salamanca; Valencia; Valladolid; Vigo - Titulación: Ciencias de la salud y otras (Artes y humanidades; Ciencias; Ciencias sociales y jurídicas; Ingenierías; Arquitectura) - Lugar de residencia durante el curso: Domicilio familiar; Colegio mayor/residencia universitaria; Piso de alquiler; Domicilio propio/Otros
Variables consumo Alcohol	- Edad de inicio de consumo (no se incluye sólo unos sorbos) - Consumo en los últimos 12 meses: Sí/No - Consumo en los últimos 30 días: Sí/No - Borracheras en los últimos 12 meses: Sí/No - Consumo en atracón o binge-drinking durante los últimos 30 días: 5 o más bebidas alcohólicas en la misma ocasión (2 horas o menos) para hombres y 4 o más bebidas alcohólicas para mujeres. No se excluyeron las bebidas tomadas durante las comidas. - Lugar donde consumes de forma habitual el alcohol
Variables sobre conductas sexuales	- Frecuencia de relaciones sexuales en los últimos 12 meses: al menos alguna (Sí) / (No) - Experimentación de las siguientes conductas al beber o consumir una droga en los últimos 12 meses: • Mantener relaciones sexuales sin protección: Sí/No • Haber sufrido un abuso sexual: Sí/No • Aprovecharse de alguien sexualmente: Sí/No

Figura 1
Participación de las diferentes universidades en la muestra de estudiantes.

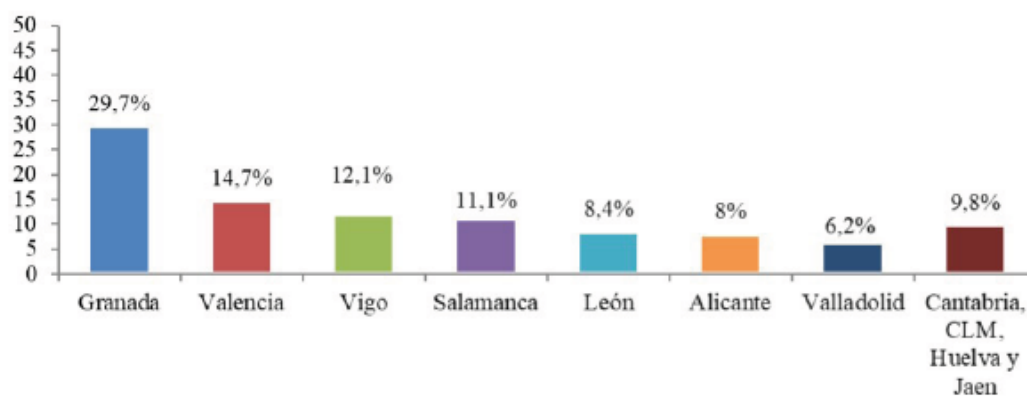


Figura 2
Distribución de la muestra por cursos académicos.

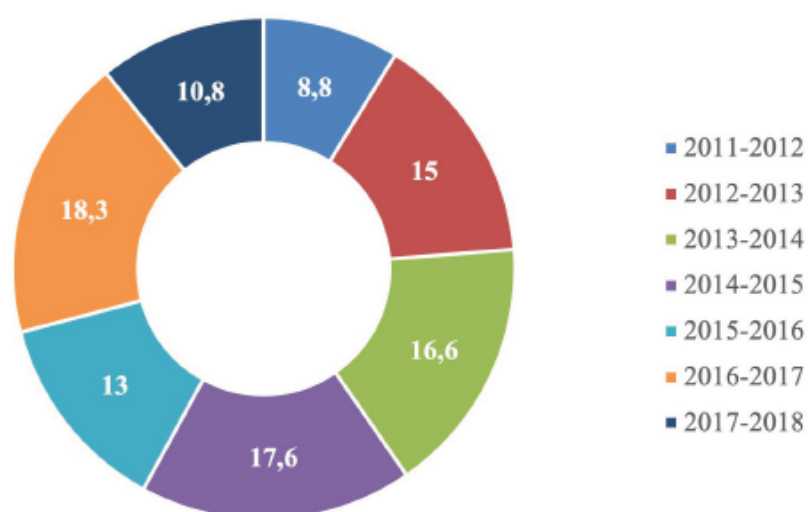


Tabla 2
Características sociodemográficas y académicas de la muestra.

Variable	Categoría	n	%
Total		9.882	100,0
Edad	<21 años	7.572	76,8
	≥21 años	2.290	23,2
Sexo	Mujer	7.125	72,2
	Varón	2.737	27,8
Situation laboral	Solo estudian	6.540	66,3
	Estudian y buscan trabajo	2.531	25,7
	Estudian y trabajan	791	8,0
Domicilio familiar respecto lugar de estudio	Misma localidad	2.663	27,0
	Misma provincia	3.383	34,3
	Comunidad autónoma	2.219	22,5
	Otra comunidad autónoma u otro país	1.597	16,2
Titulación	CC de la Salud	3.205	32,5
	Otras titulaciones	6.657	67,5
Alojamiento en tres categorías	Domicilio familiar	4.484	45,4
	Colegio Mayor/ Residencia universitaria	1.101	11,2
	Piso de alquiler/ Domicilio propio/otros	4.277	43,4

global fue de 20,11 años (DS=4,5), para los hombres 20,50 años (DS=5,1) y 19,96 años (DS=4,3) para las mujeres, presentando diferencias significativas entre ellas. Las mujeres representaron el 72,2% de la muestra y el 54,6% vivía fuera del domicilio familiar.

Consumo de alcohol. La edad media de inicio del consumo de alcohol fue de 15,3 años, los que lo iniciaron antes de los 15 fueron el 31,5%, no existiendo diferencias significativas por sexo, los valores perdidos representaron el 6,3%.

El 90,3% de los universitarios (n=8.902) consumió alcohol en los “últimos 12 meses” y el 78,2% (n=7.716) en el “último mes”. El porcentaje que refirió haberse “emborrachado en los últimos 12 meses” fue del 60,9% (n=6.003) y el que consumió alcohol en “BD en el último mes” fue del 49% (n=4.828). Sólo se detectaron diferencias significativas por género en el consumo en el último mes y las borracheras en los últimos 12 meses, en ambos casos el consumo fue superior entre hombres (tabla 3). Los <21 años consumieron más en el último mes y tuvieron más borracheras. Los lugares más frecuentes de consumo fueron bares (63,1%) y fiestas privadas (45,8%). En los hombres fue significativamente superior el consumo en bares, en la calle (botellón), en fiestas privadas y en otros sitios, y en ≥21 años el consumo en bares y en otros sitios, mientras que en <21 años lo fue en el resto de los lugares (tabla 3).

Relaciones Sexuales (RS). Se analiza la variable de RS en los últimos 12 meses ya que la pregunta sobre CSR se refiere a ese periodo de tiempo. La tasa de no respuesta a la pregunta

sobre relaciones sexuales fue del 2,9% entre los hombres y del 2,4% en las mujeres y su prevalencia fue significativamente superior entre las mujeres, 72,8% (n=5.192) que entre los hombres 69,7% (n=1.909). No se detectaron diferencias significativas en la prevalencia de RS en el último año entre los dos grupos de edad.

Consumo de alcohol últimos 12 meses y conductas sexuales de riesgo relacionadas. El análisis de los 8.941 casos que habían consumido alcohol u otra droga en los últimos 12 meses, y que podían contestar a la pregunta sobre CSR relacionadas, indicó que sólo quedaron fuera del estudio un 0,4% que no había consumido alcohol. En los consumidores del último año, el 11,5% refirió sexo sin protección, el 1,4% abusos sexuales y el 0,5% aprovecharse sexualmente de alguien. En la tabla 4 se muestran las CSR en los consumidores de alcohol del último año, según presencia o ausencia de los consumos de mayor riesgo (borrachera y BD). Todas las CSR entre consumidores con borracheras y BD fueron significativamente superiores, con prevalencias entre el 15-17% en el “sexo sin protección”, del 1,9% en “sufrir abuso sexual” y 0,7% en “aprovecharse sexualmente de alguien”. En el análisis por género y edad (tabla 5), no se detectaron diferencias significativas en el “sexo sin protección” por género, los de ≥21 años y los menores de esa edad. Sin embargo, la categoría “sufrir abuso sexual” fue significativamente superior entre las mujeres en ambos grupos y en los <21 años; y la categoría “aprovecharse sexualmente de alguien” entre los hombres. Al analizar las CSR en los grupos sin consumos con borracheras o en BD, no se detectaron diferencias significativas, ni por género, ni por edad.

Tabla 3
Prevalencia de consumo de alcohol, por género y edad.

Conductas de consumo de alcohol	Total (n=9.862)	Hombres (n=2.737)	Mujeres (n=7.125)	p valor ^(*)	<21 años (n=7.572)	≥21 años (n=2.290)	p valor ^(*)
Consumo de alcohol en los últimos 12 meses	90,3%	90,2%	90,3%	>0,05	90,5%	89,5%	>0,05
Consumo de alcohol en el último mes	78,2%	80,6%	77,3%	<0,05	78,8%	76,5%	<0,05
Borracheras en los últimos 12 meses	60,9%	64,8%	59,4%	<0,05	62,1%	56,9%	<0,05
Consumo de alcohol <i>Binge drinking</i> -BD último mes (≥4 UBE en mujeres; ≥5 UBE hombres)	49,0%	47,8%	49,4%	>0,05	49,3%	47,8%	>0,05
Consumo habitual alcohol bares ⁽¹⁾	63,1%	65,4%	62,2%	<0,05	60,5%	71,7%	<0,05
Consumo habitual alcohol fiestas universitarias ⁽¹⁾	43,8%	43,7%	43,9%	>0,05	49%	26,8%	<0,05
Consumo habitual alcohol calle botellón ⁽¹⁾	42,1%	44,1%	41,3%	<0,05	47,3%	25%	<0,05
Consumo habitual alcohol fiestas privadas ⁽¹⁾	45,8%	48,3%	44,8%	<0,05	46,4%	43,7%	<0,05
Consumo habitual alcohol residencia universitaria ⁽¹⁾	5,3%	5,8%	5,1%	>0,05	6,4%	1,7%	<0,05
Consumo habitual alcohol otros ⁽¹⁾	20,6%	22,4%	19,9%	<0,05	19,5%	24,2%	<0,05

(*) Valores de p para la prueba de Chi cuadrado: se considera que la diferencia de prevalencia de cada conducta entre hombres y mujeres es estadísticamente significativa si el valor es menor de 0,05; (1) Se les pregunta por el lugar más habitual de consumo, sin indicar el periodo de tiempo exacto.

Tabla 4
Prevalencia de experimentación de conductas sexuales de riesgo en consumidores de alcohol en el último año en presencia o ausencia de consumos de mayor riesgo (%).

Conductas sexuales de riesgo en los últimos 12 meses	Consumo de alcohol en los últimos 12 meses		
	SÍ (n=8.902)	NO (n=960)	p valor(*)
Sexo sin protección	11,5	2,1	<0,05
Sufrir abuso sexual	1,4	0,5	<0,05
Aprovecharse sexualmente de alguien	0,5	0,6	>0,05
Conductas sexuales de riesgo al consumir en los últimos 12 meses	Borrachera en los últimos 12 meses		
	SÍ (n=6.003)	NO (n=2.899)	p valor(*)
Sexo sin protección	15,7	2,8	<0,05
Sufrir abuso sexual	1,9	0,4	<0,05
Aprovecharse sexualmente de alguien	0,7	0,1	<0,05
Conductas sexuales de riesgo al consumir en los últimos 12 meses	Binge drinking (BD) en el último mes		
	SÍ (n=4.828)	NO (n=4.078)	p valor(*)
Sexo sin protección	17,1	5,0	<0,05
Sufrir abuso sexual	1,9	0,9	<0,05
Aprovecharse sexualmente de alguien	0,7	0,3	<0,05

(*) Valores de p para la prueba de Chi cuadrado: se considera que la diferencia de prevalencia de cada conducta entre hombres y mujeres es estadísticamente significativa si el valor es menor de 0,05.

Tabla 5
Experimentación de conductas sexuales de riesgo en consumidores de alcohol en el último año con consumos de mayor riesgo, según género y edad (%).

Conductas sexuales de riesgo al consumir en los últimos 12 meses	Consumidores con borracheras en los últimos 12 meses		
	Hombres (n=1.773)	Mujeres (n=4.230)	p valor ^(*)
Sexo sin protección	14,6	16,2	>0,05
Sufrir abuso sexual	1,1	2,2	<0,05
Aprovecharse sexualmente de alguien	1,2	0,5	<0,05
Conductas sexuales de riesgo al consumir en los últimos 12 meses	Consumidores <i>binge drinking</i> -BD en el último mes		
	Hombres (n=1.309)	Mujeres (n=3.519)	p valor ^(*)
Sexo sin protección	17,0	17,1	>0,05
Sufrir abuso sexual	1,1	2,2	<0,05
Aprovecharse sexualmente de alguien	1,3	0,5	<0,05
Conductas sexuales de riesgo al consumir en los últimos 12 meses	Consumidores con borracheras en los últimos 12 meses		
	<21 años (n=4.696)	≥ 21 años (n=1.303)	p valor ^(*)
Sexo sin protección	14,5	20,1	<0,05
Sufrir abuso sexual	2,2	1	<0,05
Aprovecharse sexualmente de alguien	0,7	0,7	>0,05
Conductas sexuales de riesgo al consumir en los últimos 12 meses	Consumidores <i>binge drinking</i> -BD en el último mes		
	<21 años (n=3.732)	≥ 21 años (n=1.092)	p valor ^(*)
Sexo sin protección	15,8	21,5	<0,05
Sufrir abuso sexual	2,1	1,1	<0,05
Aprovecharse sexualmente de alguien	0,7	0,6	>0,05

(*) Valores de p para la prueba de Chi cuadrado: se considera que la diferencia de prevalencia de cada conducta entre hombres y mujeres es estadísticamente significativa si el valor es menor de 0,05.

DISCUSIÓN

La edad de inicio del consumo de alcohol en la muestra es superior a la establecida por ESTUDES⁽¹⁴⁾, lo que indica que los universitarios presentan un inicio más tardío⁽³⁰⁾. Sin embargo, el porcentaje de quienes lo inician antes de los 15 años es importante (31,5%), teniendo en cuenta los potenciales riesgos del inicio precoz^(6,15,16,17). Las prevalencias de consumo de alcohol en las modalidades analizadas son superiores en más de 14 puntos porcentuales a los obtenidos para el rango de 15-24 años en la última encuesta EDADES⁽⁷⁾. En relación con otros estudios en población universitaria, las prevalencias de consumo obtenidas también son superiores; los valores del consumo actual (que puede equivaler al consumo en el último mes) oscilan entre un 67,9% y un 75,7%^(31,32,33), y el consumo en atracón entre un 8,7% y un 38,1%^(34,35,36). Aunque también se ha encontrado algún estudio con consumos en último mes más elevados, con valores de un 80%⁽³⁷⁾ y el consumo en atracón con un 54,4%⁽³⁸⁾ y 67,2%⁽³⁷⁾.

Los datos de borracheras son difíciles de comparar ya que en la mayoría de los estudios se valoran en el último mes y no en el último año. El consumo en BD es clave en esta época de formación, ya que puede disminuir el rendimiento académico^(39,40), e incluso aumentar el abandono de los estudios⁽⁴¹⁾.

El consumo en el último mes y las borracheras son más frecuentes entre los chicos^(30,33) lo que concuerda con el patrón de consumo tradicional de género que, tras la ruptura en la etapa preadolescente y el inicio de adolescencia, vuelve a aparecer en los años previos a la universidad⁽⁴²⁾. Además, estos consumos son superiores entre los de menor edad. Sin embargo, el consumo en *binge drinking* se mantiene fuera de ese patrón, asentándose como un consumo generalizado, independiente también de la edad.

Las CSR relacionadas con el consumo de alcohol son superiores a los datos indicados en EDADES⁽⁷⁾ en la población de entre 15 y 34 años (relaciones sexuales sin preservativo entre consumidores en atracón 4,2%), pero inferiores a las encontradas en otros estudios que estiman una prevalencia de conductas sexuales relacionadas con el consumo de alcohol (no utilización del preservativo, tener experiencias no deseadas, ser presionados para tener sexo y forzar o presionar a alguien para tener sexo) mayor del 19%^(43,44). Los resultados concuerdan con otros estudios en la existencia de una mayor presión para tener relaciones sexuales entre las chicas⁽⁴³⁾. Diferentes estudios plantean como el consumo de alcohol y las conductas sexuales en general y de riesgo en particular se asocian entre sí. Por un lado, la ingesta de alcohol puede dificultar la toma de decisiones (utilización o no del preservativo, tener una relación sexual deseada o no, etc.)^(44,45) y por otro lado, existen expectativas diferentes en función de género: en hombres el consumo se vincula a facilitar contactos sexuales^(34,45,46,47), mientras que en mujeres para mejorar la capacidad sexual⁽⁴⁶⁾. Además, se identifican mayores prevalencias de relaciones sexuales bajo la influencia del alcohol entre ellos⁽⁴⁸⁾. Por último, no hay que olvidar que la violencia estructural de los hombres hacia las mujeres puede ser un factor de confusión que influya en los ítems en que se detectan diferencias significativas por género como “sufrir abuso sexual” o “aprovecharse sexualmente de alguien”.

Entre las limitaciones destacar, el hecho de que no se trate de una muestra probabilística debido al objetivo del *proyecto uniHcos*, puede afectar a la inferencia a la población universitaria, pero puede ser considerada válida para el objetivo descriptivo que se plantea.

Por otro lado, el diseño transversal no permite establecer la dirección de las relaciones de causalidad entre el consumo de alcohol de

mayor riesgo y las CRSAs, aunque parece poco probable que sean las CRSAs las que causen un consumo de alcohol de mayor riesgo. En cualquier caso, la respuesta de la experiencia de CRSAs está autorreferida al consumo en los últimos 12 meses y los datos son coherentes con otros estudios. Respecto al uso de autoinformes para valorar el consumo de alcohol diferentes estudios los consideran válidos y fiables^(49,50), sin embargo la falta de homogeneidad para medir los consumos genera dificultades en las comparaciones. Además, podría haber una infradeclaración de las CRSAs con mayor impacto sobre las personas (“sufrir abuso sexual” y “aprovecharse sexualmente de alguien”) debido al rechazo social de las mismas.

Los resultados plantean la necesidad de realizar intervenciones de promoción de la salud interdisciplinares e intersectoriales en este periodo vital, tal y como plantean organismos nacionales e internacionales^(51,52,53,54). Estas actuaciones abordarían los diferentes factores de protección y de riesgo para evitar consumos problemáticos de alcohol; mediante intervenciones sobre el contexto que dificulten su accesibilidad, detección del consumo de riesgo de alcohol de forma precoz e intervención mediante consejo individual^(55,56). También es importante el impulso de programas que trabajen las falsas expectativas en relación al consumo de alcohol y las relaciones sexuales, y potencien las habilidades para afrontar la presión de los iguales^(51,57). Este tipo de actuaciones podrían estar apoyadas e impulsadas por la REUPS (Red Española de Universidades Promotoras de Salud)⁽⁵⁸⁾.

AGRADECIMIENTOS

A Gregorio Barrio Anta, científico del Instituto Salud Carlos III, por su apoyo en la revisión final del artículo.

BIBLIOGRAFÍA

1. Global status report on alcohol and health 2018. [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2018 [citado 2020 ago 29]. Available from: <https://iogi.org/wp-content/uploads/2018/09/WHO-GSR-Alcohol-2018.pdf>
2. International Agency for Research on Cancer. World Health Organization. Alcohol Drinking. IARC Monographs on the Evaluation of Carcinogenic Risks to Humans Volume 44 [Internet]. 1988 [citado 2020 ago 29]. Available from: <https://publications.iarc.fr/Book-And-Report-Series/Iarc-Monographs-On-The-Identification-Of-Carcinogenic-Hazards-To-Humans/Alcohol-Drinking-1988>
3. International Agency for Research on Cancer. World Health Organization. Alcohol Consumption and Ethyl Carbamate. IARC Monographs on the Evaluation of Carcinogenic Risks to Humans Volume 96 [Internet]. 2010 [citado 2020 ago 29]. Available from: <https://publications.iarc.fr/Book-And-Report-Series/Iarc-Monographs-On-The-Identification-Of-Carcinogenic-Hazards-To-Humans/Alcohol-Consumption-And-Ethyl-Carbamate-2010>
4. Consumption of alcoholic beverages [Internet]. International Agency for Research on Cancer. World Health Organization; [citado 2020 ago 29]. Available from: <https://monographs.iarc.fr/wp-content/uploads/2018/06/mono100E-11.pdf>
5. International Agency for Research on Cancer. World Health Organization. World Cancer Report: Cancer Research for Cancer Prevention – IARC [Internet]. Wild CP, Weiderpass E, Stewart BW. 2020 [citado 2020 ago 29]. Available from: <http://publications.iarc.fr/586>
6. Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías. Respuestas sanitarias y sociales a los problemas relacionados con las drogas: una guía europea [Internet]. Oficina de Publicaciones de la Unión Europea, Luxemburgo. 2017 [citado 2020 ago 29]. Available from: https://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/6343/20174796_TD0117699ESN_PDF.pdf

7. Encuesta sobre alcohol y drogas en España (EDADES), 1995-2017 [Internet]. Madrid: Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. 2018. [citado 2020 ago 29]. Available from: http://www.pnsd.mscbs.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/sistemaInformacion/encuestas_EDADES.htm
8. Room R, Babor T, Rehm J. Alcohol and public health. *Lancet*. 2005; 365:519-530.
9. Parada M, Corral M, Caamaño-Isorna F, Mota N, Crego A, Rodríguez S et al. Definición del concepto de consumo intensivo de alcohol adolescente (binge drinking). *Adicciones* 2011;23(1):53-63.
10. Valencia Martín JL, Galán I, Segura García L, Camaralles Guillem F, Suárez Cardona M, Brime Beteta B. Episodios de consumo intensivo de alcohol "Binge drinking": retos en su definición e impacto en salud. *Rev Esp Salud Pública*. 2020; 94 (1): e1-e17. [citado 2021 feb 05]. Available from: https://www.mscbs.gob.es/biblioPublic/publicaciones/recursos_propios/resp/revista_cdrom/VOL94/C_ESPECIALES/RS94C_202011170.pdf
11. Jennison K. The short-term effects and unintended long-term consequences of binge drinking in college: a 10-year follow-up study. *Am J Drug Alcohol Abuse* 2004; 30:659-684.
12. Becoña Iglesias E, López-Durán A, Fernández del Río E, Martínez Pradeda U et al. Borracheras, conducción de vehículos y relaciones sexuales en jóvenes consumidores de cocaína y éxtasis. *Adicciones*. 2011; 23(3): 205-218. [citado 2021 feb 30]. Available from: <https://www.adicciones.es/index.php/adicciones/article/view/145>
13. Castilla J, Barrio G, Belza MJ, de la Fuente L. Drug and alcohol consumption and sexual risk behaviour among young adults: results from a national survey. *Drug and Alcohol Dependence*. 1999; 56(1): 47-53. [citado 2021 feb 30]. Available from: [https://doi.org/10.1016/S0376-8716\(99\)00008-3](https://doi.org/10.1016/S0376-8716(99)00008-3)
14. Encuesta sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias en España (ESTUDES) 1994-2018. [Internet]. Madrid: Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones, OEDA. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. Madrid, 2019. [citado 2020 ago 31]. Available from: http://www.pnsd.mscbs.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/sistemaInformacion/pdf/ESTUDES_2018-19_Informe.pdf
15. Caamaño-Isorna F, Corral M, Parada M, Cadaveira F. Factors associated with risky consumption and heavy episodic drinking among Spanish university students. *J. Stud. Alcohol Drugs* 2008; 69(2), 308-312.
16. Ehlers CL, Criado JR. Adolescent ethanol exposure: does it produce long lasting electrophysiological effects? *Alcohol* 2010; 44(1), 27.
17. Spear LP, Swartzwelder HS. Adolescent alcohol exposure and persistence of adolescent-typical phenotypes into adulthood: a mini-review. *Neurosci. Biobehav. Rev* 2014; 45:1-8.
18. World Drug Report 2020 [Internet]. United Nations publication, Sales No. E.20.XL. [citado 2020 ago 29]. Available from: https://wdr.unodc.org/wdr2020/field/WDR20_Booklet_5.pdf
19. Robertson E, David S, Rao S. Cómo prevenir el uso de drogas en los niños y los adolescentes. Una guía con base científica para padres, educadores y líderes de la comunidad. 2nd ed. Instituto Nacional Sobre el Abuso de Drogas NIDA. [Internet]. Departamento de Salud u Servicios Humanos de los Estados Unidos: Maryland, 2004. [citado 2020 ago 29]. Available from: https://www.drugabuse.gov/sites/default/files/redbook_spanish.pdf
20. Arias-De la Torre J, Fernández-Villa T, Molina AJ, Amezcua-Prieto C, Mateos R, Cancela JM et al. Drug use, family support and related factors in university students. A cross-sectional study based on the uniHcos Project data. *Gac Sanit* [Internet]. 2019, 33(2), 141-147. [citado 2020 ago 30]. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2017.10.019>

21. McDonough MH, Jose PE, Stuart J. Bi-directional effects of peer relationships and adolescent substance use: A longitudinal study. *J Youth and adolesc* 2016;45(8): 1652-1663.
22. Agudelo D, Casadiegos C, Sánchez D. Características de ansiedad y depresión en estudiantes universitarios. *Intern J Psychol Res* 2011;1(1):34-39.
23. Fromme K, Corbin WR, Kruse, MI. Behavioral risks during the transition from high school to college. *Dev Psychol* 2008; 44(5), 1497-1504. [citado 2020 ago 30]. Available from: <https://doi.org/10.1037/a0012614>
24. Van Damme J, Hublet A, De-Clercq B, McAlaney J, Van Hal G, Rosiers J et al. Context matters: Student-perceived binge drinking norms at faculty-level relate to binge drinking behavior in higher education. *Addic Behav* 2016; 59: 89-94.
25. Espinosa-Herrera G, Castellanos-Obregón JM, Osorio-García D. Condición juvenil y drogas en universitarios: El caso de una universidad regional. *Rev Latinoam. Cienc. Soc. Niñez Juv* 2016; 14(2): 1451-1468. [citado 2020 ago 30] Available from: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1692-715X2016000200039&lng=en
26. Fernández T, Ojeda J, Ayán C, Bueno-Cavanillas A, Cancela Carral J, Álvarez R et al. Proyecto UNIHOS. Cohorte dinámica de estudiantes universitarios para el estudio del consumo de drogas y otras adicciones. *Rev Esp Salud Pública* 2013;87 (6): 575-585. [citado 2020 ago 30] Available from: <http://dx.doi.org/10.4321/S1135-57272013000600003>
27. Proyecto UniHcos. uniHcos.blogspot, cuestionario uniHcos. [Internet]. León: unihcos.com; 2011 [citado 2021 mar 27]. Available From: <https://drive.google.com/file/d/1ZTpHmE61DR-FINxhMF-zkeCSdnJEc7pS/view>
28. Plan Nacional sobre Drogas. pnsd.sanidad.gob.es. Encuestas. [Internet]. Madrid. pnsd.sanidad.gob.es [citado 2021 mar 27]. Available From: <https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/sistemaInformacion/encuestas.htm>
29. Boletín Oficial de Castilla y León. Resolución de 8 de mayo de 2013, de la Universidad de León, por la que se crea el fichero automatizados de datos de carácter personal denominados estudio "Cohorte dinámica de estudiantes universitarios para el estudio del consumo de drogas y otras adicciones" de la Universidad de León (Estudio uniHcos)". BOCYL núm95/2013, de 21/05/2013. [citado 2020 ago 30] Available from: <http://bocyl.jcy.es/boletin.do?fechaBoletin=21/05/2013>
30. Jiménez-Muro Franco A., Beamonte San Agustín A., Marqueta A., Gargallo Valero P, Nerín de la Puerta I. Consumo de drogas en estudiantes universitarios de primer curso. *Adicciones* 2009; 21(1):21-28.
31. Londoño Perez C, Valencia Lara SC Resistencia de la presión de grupo, creencias acerca del consumo y consumo de alcohol en universitarios. *Anales psicología* [Internet]. 2010; 26(1):27-33 [citado 2020 ago 30] Available from: http://www.um.es/analesps/v26/v26_1/04-26_1.pdf
32. Cáceres D, Salazar I, Varela M, Tovatt, J. Consumo de drogas en jóvenes universitarios y su relación de riesgo y protección con los factores psicosociales. *Univ Psychol Bogotá* 2006; 5(3): 521-534
33. Intra, MV, Roales-Nieto JG, Moreno San Pedro E. Cambio en las conductas de riesgo y salud en estudiantes universitarios argentinos a lo largo del periodo educativo. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy* 2011; 11(1):139-147. [citado 2020 ago 30] Available from: <https://www.ijpsy.com/volumen11/num1/289/cambio-en-las-conductas-de-riesgo-y-salud-ES.pdf>
34. Mora Ríos J, Natera G. Expectativas, consumo de alcohol y problemas asociados en estudiantes universitarios de la ciudad de México. *Salud Publica Mex* 2001; 43:89-96. [citado 2020 ago 30] Available from: <http://www.insp.mx/salud/index.html>
35. Mota N, Álvarez-Gil R, Corral M, Rodríguez Holguín S, Parada M, Crego A et al. Risky alcohol use and heavy episodic drinking among Spanish University students: a two-year follow-up. *Gac Sanit* 2010; 24 (5): 372-377. [citado 2020 ago 30] Available from: <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2010.02.013>

36. Busto Miramontes A, Moure-Rodríguez L, Díaz-Geada A, Rodríguez-Holguín S, Corral M, Cadaveira F et al. Heavy Drinking and Non-Medical Use of Prescription Drugs among University Students: A 9-Year Follow-Up. *Int J Environ Res Public Health* 2019; 16, 2939. [citado 2020 ago 30] Available from: <https://doi.org/10.3390/ijerph16162939>
37. Martínez-Condor D, Martínez González F, Velázquez Miranda A. Consumo de tabaco y alcohol en estudiantes de primero de medicina de la universidad del País Vasco. *Rev Esp Drogodependencias* 2018; 43 (1): 12-28.
38. Herrero-Montes M, Alonso-Blanco C, Paz-Zulueta M, Sarabia-Cobo C, Ruiz-Azcona L, Parás-Bravo P. Binge Drinking in Spanish University Students: Associated Factors and Repercussions: A Preliminary Study. *Int J Environ Res Public Health* 2019; 16(23): 4822. [citado 2020 ago 30] Available from: [doi: 10.3390/ijerph16234822](https://doi.org/10.3390/ijerph16234822)
39. Pascual F, Guardia J, Pereiro C. Alcoholismo. Guía de intervención en el trastorno por consumo de alcohol. 2013 3ª ed. Gobiernos de Canarias y Socidrogalcohol. [citado 2020 ago 30] Available from: <https://www3.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/content/c1bc4278-935d-11e5-b64d-0d5fb244a8f1/MonografiasAlcohol.pdf>
40. Mota N, Parada M, Crego A, Doallo S, Caamaño-Isorna F, Rodríguez Holguín S et al. Binge drinking trajectory and neuropsychological functioning among university students: A longitudinal study. *Drug and Alcohol Dependence* 2013; 133 (1):108-114. [citado 2020 ago 30] Available from: <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2013.05.024>
41. Albarracín M, Muñoz L. Factores asociados al consumo de alcohol en estudiantes de los dos primeros años de carrera universitaria. *Liberabit* 2008; 14(14):49-61.
42. Fernández Rodríguez MA, Dema Moreno S., Fontanil Gómez Y. La influencia de los roles de género en el consumo de alcohol: estudio cualitativo en adolescentes y jóvenes en Asturias. *Adicciones* 2018; 31(4): 260-273. [citado 2020 ago 30] Available from: [doi: http://dx.doi.org/10.20882/adicciones.1003](https://doi.org/10.20882/adicciones.1003)
43. Orchowski LM, Barnett NP. Alcohol-related sexual consequences during the transition from high school to college. *Addictive Behaviours* 2012; 37:256-263. [citado 2020 sep 10] Available from: <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2011.10.010>
44. Cooper ML. Alcohol use and risky sexual behaviour among college students and youth: Evaluating the Evidence. *J Stud Alcohol Suppl* 2002; 14:101-117. [citado 2020 sep 10] Available from: <https://doi.org/10.15288/jsas.2002.s14.101>
45. Antón Ruiz FA, Espada JP. Consumo de sustancias y conductas sexuales de riesgo para la transmisión del VIH en una muestra de estudiantes universitarios. *Anales de Psicología*. 2009; 25: 344-50.
46. Cortés Tomás MT, Giménez Costa JA, Motos Sellés P, Cadaveira Mahia F. Importancia de las expectativas en la relación entre impulsividad y consumo intensivo de alcohol en universitarios. *Adicciones* 2014; 26(2): 134-145. [citado 2020 sep 10] Available from: <http://dx.doi.org/10.20882/adicciones.15>
47. Bellis MA, Hughes K, Calafat A, Juan M, Ramon A, Rodríguez JA et al. Sexual uses of alcohol and drugs and the associated health risks: A cross sectional study of young people in nine European cities. *BMC Public Health* 2008; 8: 155. [citado 2020 sep 10] Available from: <https://doi.org/10.1186/1471-2458-8-155>
48. Moure-Rodríguez L, Doallo S, Juan Salvadores P, Corral M et al. (2016) Consumo intensivo de alcohol y cannabis, y prácticas sexuales de riesgo en estudiantes universitarios. *Gac Sanit* 2016; 26 (2): 134-145. [citado 2020 sep 10] Available from: [Doi: 10.1016/j.gaceta.2016.03.007](https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2016.03.007)
49. Degenhardt L, O'Loughlin C, Swif W, Romaniuk JC, Coffey C, Hall W, Patton, G. The persistence of adolescent binge drinking into adulthood: findings from a 15-year prospective cohort study. *BMJ Open* 2013;3: 1-11. [citado 2020 sep 10] Available from: [doi: 10.1136/bmjopen-2013-003015](https://doi.org/10.1136/bmjopen-2013-003015)
50. Knight JR, Sherritt L, Harris SK, Gates EC, Chang G. Validity of brief alcohol screening tests among adolescents:

- a comparison of the AUDIT, POSIT, CAGE, and CRAFFT. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research* 2003; 27: 67–73. [citado 2020 sep 10] Available from: doi: 10.1111/j.1530-0277.2003.tb02723.x
51. Organización Mundial de la Salud (1986). Carta de Ottawa para la promoción de la salud. Ottawa: Asociación Canadiense de Salud Pública. [citado 2020 sep 10] Available from: <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2013/Carta-de-ottawa-para-la-apromocion-de-la-salud-1986-SP.pdf>
52. Estrategia Nacional sobre Adicciones 2017-2014 [Internet]. Madrid: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social; 2017 [citado 2020 sep 19]. Available from: https://pnsd.sanidad.gob.es/pnsd/estrategiaNacional/docs/180209_ESTRATEGIA_N_ADICCIONES_2017-2024__aprobada_CM.pdf
53. Estrategia mundial para reducir el uso nocivo del alcohol [Internet]. Organización Mundial de la Salud; 2010 [citado 2020 ago 29]. Available from: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44486/9789243599939_spa.pdf?sequence=1
54. United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC) and World Health Organization (WHO). International Standards on Drug Use Prevention Second Updated Edition edition, 2018 [citado 2020 sep 19]. Available from: https://www.unodc.org/documents/prevention/UNODC-WHO_2018_prevention_standards_E.pdf
55. Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías (OEDT). Respuestas sanitarias y sociales a los problemas relacionados con las drogas: una guía europea, Oficina de Publicaciones de la Unión Europea, Luxemburgo, 2017. [citado 2020 sep 19]. Available from: https://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/6343/20174796_TD0117699ESN_PDF.pdf
56. Villalbi Joan R, Bosque-Prous M, Gili-Miner M, Espelt A, Brugal MT. Políticas para prevenir los daños causados por el alcohol. *Rev. Esp. Salud Pública* [Internet]. 2014; 88(4): 515-528. [citado 2020 Sep 19] Available from: https://www.mscbs.gob.es/biblioPublic/publicaciones/recursos_propios/resp/revista_cdrom/vol88/vol88_4/RS884C_JRV.pdf
57. Tristán Antona C, Zuza Santacilia I, Justo Gil S, Pola Ferrández E, Campos Esteban P, Alicia Estirado Gómez A, López Franco MA. Prevención del consumo de alcohol: límites de consumo de bajo riesgo y otras actuaciones. *Rev Esp Salud Pública* [Internet]. 2020; 94: 7 de julio e202007081.
58. Red Española de Universidades Saludables (REUS). Principios Objetivos y estructura de la Red, 2016. [citado 2020 Sep 19] Available from: <https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/promocion/UniversidadesSaludables/docs/AnexoI.pdf>

Anexo 5: Comunicación al III Congreso Internacional sobre prevención, tratamiento y control del consumo de cannabis y sus derivados. Online. Santiago de Compostela. 18-20 de noviembre de 2021



III CONGRESO INTERNACIONAL SOBRE PREVENCIÓN, TRATAMIENTO Y CONTROL DEL CONSUMO DE CANNABIS Y SUS DERIVADOS

CERTIFICA QUE

Redondo-Martín, S.; Amezcua-Prieto, C.; Morales Suarez-Varela, M.; Ayán, C.; Mateos-Campo, R.; Martín, V.; Ortiz-Moncada, R.; Almaraz-Gómez A.; Rodríguez Reinado, C.; Delgado-Rodríguez, M.; Blázquez-Abellán, G.; Alonso-Molero, J.; Llopis Morales, A.; Cancela Carral, J.M.; Valero-Juan, L.F.; Martínez-Ruiz, V.; Fernández-Villa, T.

Han presentado la comunicación oral titulada:

Orientación sexual y consumo de cannabis, en universitarios de primer año (Proyecto uniHcos)

en el III Congreso Internacional sobre Prevención, Tratamiento y Control del Consumo de Cannabis y sus derivados, celebrado en modalidad online, en Santiago de Compostela, del 18 al 20 de noviembre de 2021

Dicha comunicación ha sido distinguida con el 2º premio en la categoría de comunicación oral, y dotada con 200 €



III CONGRESO INTERNACIONAL SOBRE PREVENCIÓN, TRATAMIENTO Y CONTROL DEL CONSUMO DE CANNABIS Y SUS DERIVADOS

ABORDAJE EN LA ADOLESCENCIA Y
DESDE LA PERSPECTIVA DE GÉNERO

LIBRO DE ABSTRACS

Katia Rolán
Francisca Fariña
Francisco Pascual

(Coords.)

ORIENTACIÓN SEXUAL Y CONSUMO DE CANNABIS, EN UNIVERSITARIOS DE PRIMER AÑO (PROYECTO UNIHCS)

Redondo-Martín, S.^{1,2}; Amezcua-Prieto, C.^{3,4}; Morales Suarez-Varela, M.^{4,5}; Ayán, C.⁶; Mateos-Campo, R.⁷; Martín, V.^{4,8}; Ortiz-Moncada, R.⁹; Almaraz-Gómez, A.²; Rodríguez Reinado, C.¹⁰; Delgado-Rodríguez, M.¹¹; Blázquez-Abellán, G.¹²; Alonso-Molero, J.¹³; Agustin Llopis M.⁴; Cancela Carral, J.M.⁶; Valero- Juan, L.F.⁷; Martínez-Ruiz, V.^{3,4}; Fernández-Villa, T.^{4,8}

[1] Comisionado Regional para la Droga Junta de Castilla y León. [2] Departamento de Anatomía patológica, microbiología, medicina preventiva y salud pública, medicina legal y forense, Facultad de Medicina, Universidad de Valladolid. España. [3] Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública, Facultad de Medicina Universidad de Granada. [4] Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP), Instituto de Salud Carlos III, Madrid. [5] Unidad de salud pública, higiene y salud ambiental. Departamento de medicina preventiva y salud pública, ciencias de los alimentos, toxicología y medicina legal. Facultad de farmacia. Universidad de Valencia. [6] Facultad de Ciencias de la Educación y el Deporte. Universidad de Vigo. [7] Área de Medicina Preventiva y Salud Pública. Universidad de Salamanca. [8] Área de Medicina Preventiva y Salud Pública. Universidad de León. Grupo de Investigación en Interacciones Gen-Ambiente y Salud (GIIGAS)/Instituto de Biomedicina (IBIOMED). Universidad de León. León. [9] Departamento de enfermería comunitaria, medicina preventiva y Salud Pública e historia de la ciencia. Universidad de Alicante. [10] RENSMA (Centro de Investigación en recursos naturales, salud y medio ambiente). Universidad de Huelva [11] Área de Medicina Preventiva y Ciencias de la Salud. Universidad de Jaén. [12] Facultad de Farmacia. Departamento de Ciencias Médicas. Área de Medicina Preventiva y Salud Pública. Universidad de Castilla-La Mancha. [13] Universidad de Cantabria – IDIVAL, Santander.

Introducción: El consumo de cannabis en jóvenes puede generar problemas de salud y académicos. El inicio de la universidad supone un momento de transición y cambios (mayor libertad, mayoría de edad, vivir sin la familia), que suponen mayor exposición conductas de riesgo como el consumo de cannabis. Algunos estudios plantean que la orientación sexual no heteronormativa, puede estar vinculada a mayores consumos,

debido a los factores estresantes que supone; aunque son pocos los datos sobre el consumo de drogas en función de esta variable.

Objetivos: Valorar el consumo de cannabis, los lugares en los que se consume, teniendo en cuenta la orientación sexual.

Material y método: Estudio epidemiológico observacional, descriptivo y transversal basado en el Proyecto uniHcos (cohorte dinámica de estudiantes de primer curso de 11 universidades españolas). Se recogen variables con cuestionario ad-hoc autoadministrado. Población cursos 2011-2012 hasta 2017-2018.

Análisis uni y bivariable con chi-cuadrado. Media y desviación típica para variables cuantitativas y como estadístico de contraste t de Student. Análisis con SPSS.

Resultados: 9862 participantes (72.2% mujeres), tasa de participación osciló entre 3% - 4% de población diana. La edad media 20,1 años (DS=4.5), hombres 20.5 años (DS=5.1) y 19.96 mujeres (DS=4,3), $p<0.05$. El 45.5% vivían en domicilio familiar, 43.4% en piso de alquiler y 43.4% domicilio propio/otros.

807 se declaran bisexuales, significativamente más en mujeres (9% frente a 6.1%); 8504 heterosexuales, más en mujeres (87.3% frente a 83.5%); 401 homosexuales, más en hombres (9% frente a 2.2%) y 24 categoría otro, sin diferencias significativas por sexo; desconocidos 0.3%, más en varones (0.6% frente al 0.3%).

Discusión y conclusiones: El cannabis es la droga ilegal más consumida entre universitarios, especialmente entre chicos. El consumo en el último mes del grupo heterosexual (14.7%) es similar al de EDADES 2019 (15-34 años 14.6%) e inferior a ESTUDES 2018 (19.3%). Los grupos con mayor consumo en el último mes son bisexuales (23.9%), otra (21,6%); seguidos de homosexuales (19.2%), y desconocidos 8,2%. $p<0.05$ entre bisexuales y heterosexuales.

Los consumos en el último año, salvo para los desconocidos (20.6%) son superiores a EDADES (18.3%) y ESTUDES (27.5%). El consumo de cannabis en el último año en bisexuales fue de 45.6%; en los de otra tendencia 40.5%, en homosexuales 19.2% y en heterosexuales 32.9%. $p<0.05$ entre bisexuales con heterosexuales, homosexuales y sin categoría. Los patrones sexuales no heteronormativos presentan consumos superiores, siendo el grupo bisexual el de mayor prevalencia.

Trabajar la prevención con universitarios es importante, en especial con aquellos que realizan la transición fuera del hogar familiar, incluyendo la perspectiva de género en las intervenciones.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Villanueva, V. J., Herrera-Gutiérrez, E., Redondo-Martín, S., Isorna, M., & Lozano-Polo, A. (2021). Proyecto piloto de promoción de la salud en consumo dual de cannabis y tabaco en universitarios: ÉVICT-Universidad. *Global health promotion*, 17579759211007454. Advance online publication. <https://doi.org/10.1177/17579759211007454>
- Nicholas C. Heck, N. C., Livingston N. C., Flentje A., Oost K., Stewart B. T., Cochran B. N. (2014). Reducing risk for illicit drug use and prescription drug misuse: High school gay-straight alliances and lesbian, gay, bisexual, and transgender youth. *Addictive Behaviors*; 39 (4): 824-828.

Palabras clave: cannabis, universitarios, heterosexual, homosexual, bisexual.



III CONGRESO INTERNACIONAL SOBRE PREVENCIÓN, TRATAMIENTO Y CONTROL DEL CONSUMO DE CANNABIS Y SUS DERIVADOS

CERTIFICA QUE

Redondo-Martín, S.; Amezcua-Prieto, C.; Morales Suarez-Varela, M.; Ayán, C.;
Mateos-Campo, R.; Martín, V.; Ortiz-Moncada, R.; Almaraz-Gómez A.; Rodrí-
guez Reinado, C.; Delgado-Rodríguez, M.; Blázquez-Abellán, G.; Alonso-Molero,
J.; Llopis Morales, A.; Cancela Carral, J.M.; Valero-Juan, L.F.; Martínez-Ruiz, V.;
Fernández-Villa, T.

Han presentado la comunicación oral titulada:

Orientación sexual y consumo de cannabis, en universitarios de primer año (Proyecto uniHcos)

en el III Congreso Internacional sobre Prevención, Tratamiento y Con-
trol del Consumo de Cannabis y sus derivados, celebrado en
modalidad online, en Santiago de Compostela, del 18 al 20 de
noviembre de 2021

Dicha comunicación ha sido distinguida con el 2º premio en la categoría
de comunicación oral, y dotada con 200 €



