

PROGRAMA DE DOCTORADO EN BIOMEDICINA

**Equipo de Investigación Multidisciplinar en Atención Primaria y
Comunitaria, y en Cuidados Integrales**



UNIVERSIDAD DE CÓRDOBA

TESIS DOCTORAL CON MENCIÓN INTERNACIONAL

**CONSUMO DE ALCOHOL Y TABACO Y SU RELACIÓN CON
HÁBITOS ALIMENTICIOS, ACTIVIDAD FÍSICA Y
COMPORTAMIENTO SEXUAL DE ESTUDIANTES DE LAS
UNIVERSIDADES DE CÓRDOBA Y CASTILLA LA MANCHA**

**CONSUMPTION OF ALCOHOL AND TOBACCO AND ITS
RELATIONSHIP WITH FOOD HABITS, PHYSICAL ACTIVITY AND
SEXUAL BEHAVIOR OF STUDENTS FROM THE UNIVERSITIES OF
CÓRDOBA AND CASTILLA LA MANCHA**

PEDRO MANUEL RODRÍGUEZ MUÑOZ

2019

TITULO: CONSUMO DE ALCOHOL Y TABACO Y SU RELACIÓN CON
HABITOS ALIMENTICIOS, ACTIVIDAD FISICA Y
COMPORTAMIENTO SEXUAL DE ESTUDIANTES DE LAS
UNIVERSIDADES DE CORDOBA Y CASTILLA LA MANCHA

AUTOR: *Pedro Manuel Rodríguez Muñoz*

© Edita: UCOPress. 2019
Campus de Rabanales
Ctra. Nacional IV, Km. 396 A
14071 Córdoba

<https://www.uco.es/ucopress/index.php/es/>
ucopress@uco.es

PROGRAMA DE DOCTORADO: BIOMEDICINA

**LÍNEA DE INVESTIGACIÓN: EQUIPO DE INVESTIGACIÓN
MULTIDISCIPLINAR EN ATENCIÓN PRIMARIA Y COMUNITARIA, Y
EN CUIDADOS INTEGRALES**



UNIVERSIDAD DE CÓRDOBA

TESIS DOCTORAL CON MENCIÓN INTERNACIONAL

**CONSUMO DE ALCOHOL Y TABACO Y SU RELACIÓN CON
HÁBITOS ALIMENTICIOS, ACTIVIDAD FÍSICA Y
COMPORTAMIENTO SEXUAL DE ESTUDIANTES DE LAS
UNIVERSIDADES DE CÓRDOBA Y CASTILLA LA MANCHA**

**CONSUMPTION OF ALCOHOL AND TOBACCO AND ITS
RELATIONSHIP WITH THE FOOD HABITS, PHYSICAL ACTIVITY
AND SEXUAL BEHAVIOR OF STUDENTS FROM THE
UNIVERSITIES OF CÓRDOBA AND CASTILLA LA MANCHA**

PEDRO MANUEL RODRÍGUEZ MUÑOZ

2019

CONSUMO DE ALCOHOL Y TABACO Y SU RELACIÓN CON
HÁBITOS ALIMENTICIOS, ACTIVIDAD FÍSICA Y
COMPORTAMIENTO SEXUAL DE ESTUDIANTES DE LAS
UNIVERSIDADES DE CÓRDOBA Y CASTILLA LA MANCHA

CONSUMPTION OF ALCOHOL AND TOBACCO AND ITS
RELATIONSHIP WITH FOOD HABITS, PHYSICAL ACTIVITY AND
SEXUAL BEHAVIOR OF STUDENTS FROM THE UNIVERSITIES OF
CÓRDOBA AND CASTILLA LA MANCHA

Tesis Doctoral presentada en la Universidad de Córdoba
para la obtención del título de Doctor

Directores:

Dra. M^a Aurora Rodríguez Borrego (jubilada 26.6.2019)

Dr. Juan Manuel Carmona Torres

Dr. Pablo Jesús López Soto

Córdoba, España, 2019



TÍTULO DE LA TESIS: Consumo de alcohol y tabaco y su relación con hábitos alimenticios, actividad física y comportamiento sexual de estudiantes de las universidades de Córdoba y Castilla La Mancha.

DOCTORANDO: Pedro Manuel Rodríguez Muñoz

INFORME RAZONADO DEL/DE LOS DIRECTOR/ES DE LA TESIS

En el presente trabajo el Metaparadigma enfermero (Persona, Cuidado, Salud y Entorno) toma un especial sentido.

Los sujetos de estudio son estudiantes universitarios, entre ellos destacan los estudiantes de Enfermería, futuros cuidadores, enfrentados a su realidad en hábitos alimenticios, actividad física y comportamiento sexual.

El doctorando con su trabajo de tesis doctoral pone en evidencia conductas aportando información que permita afrontar los desajustes; en aras del propio autocuidado de los estudiantes en general y en el caso de los de Ciencias de la Salud, de su actividad profesional futura como cuidadores.

Información que ha dado como fruto la tesis que se presenta. Si bien, en este fructífero periodo de formación se han obtenido también otros frutos. Todo ello se relaciona a continuación:

A) RELACIONADO CON LA TEMÁTICA DE LA TESIS

Comunicaciones a congresos:

- “Consumption of alcoholic beverages in nursing students at the university of Córdoba”, presentado en las VIII IMIBIC Young Investigators Meeting, celebradas en Córdoba el 30 y 31 de Mayo de 2017. Comunicación oral
- “Estudiante de enfermería, ¿factor protector frente al consumo de alcohol y tabaco?”, presentado en la XXXV Reunión Científica de la Sociedad Española de Epidemiología (SEE) y XII Congresso da Associação Portuguesa de Epidemiologia (APE), celebrado en Barcelona del 6 al 8 de Septiembre de 2017. Póster
- “Alcohol, tabaco, hábitos alimenticios y práctica deportiva en estudiantes universitarios”, presentado en la XXXV Reunión Científica de la Sociedad Española de Epidemiología (SEE) y XII Congresso da Associação Portuguesa de Epidemiologia (APE), celebrado en Barcelona del 6 al 8 de Septiembre de 2017. Póster
- “Physical activity in nursing students at the University of Córdoba”, presentado en las IX IMIBIC Young Investigators Meeting, celebradas en Córdoba el 30 y 31 de Mayo de 2018. Póster
- “*Binge drinking* en jóvenes españoles entre los años 2011-2014”, presentado em la XXXVI Reunión Científica de la Sociedad Española de Epidemiología (SEE) y XIII Congresso da Associação Portuguesa de Epidemiologia (APE), celebrado en Lisboa (Portugal) del 11 al 14 de Septiembre de 2018. Póster
- “Dieta mediterránea en estudiantes universitarios”, presentada en el XXII Encuentro Internacional de Investigación en Cuidados, celebrado en Córdoba del 14 al 16 de Noviembre de 2018. Comunicación oral
- “Comparison of adherence to the mediterranean diet among UCLM and UCO students”, presentado en las X IMIBIC Young Investigators Meeting, celebradas en Córdoba el 16 y 17 de Mayo de 2019. Póster

Publicaciones en revistas indexadas en JCR:

- Rodríguez Muñoz, P.M., Carmona Torres, J.M., Hidalgo Lopezosa, P., Cobo Cuenca, A.I., Rodríguez Borrego, M.A. Evolution of alcohol and tobacco consumption in young people in Spain, after the law 42/2010 against smoking: 2011-2014. *Adicciones*. 2019. Doi:10.20882/adicciones.1035.
Factor de Impacto JCR 2018: 3.167 (1^{er} cuartil) (Q1).
- Rodríguez Muñoz, PM; Carmona Torres, JM; Rodríguez Borrego, MA. Influence of tobacco, alcohol consumption, eating habits and physical activity in nursing students. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. 2019. (En revisión)
Factor de Impacto JCR 2018: 0,979 (3^{er} cuartil) (Q3).

Becas y ayudas:

- Beca de 3300 euros en Convocatoria Pública de Ayudas de Movilidad Internacional para el Fomento de Tesis con Mención Internacional de la Universidad de Córdoba. Publicada en el BOUCO con fecha 09/03/2019; N° de Anuncio: 2019/00213.

Estancias:

- Estancia Internacional en la Università Degli Studi Di Ferrara, Dipartimento di Scienze Mediche, en Ferrara (Italia) del 31 de Mayo de 2019 al 31 de Agosto de 2019.

B) PARTICIPACIÓN EN OTROS PROYECTOS REALIZADOS DURANTE EL PERIODO DE ELABORACIÓN DE LA TESIS;

Comunicaciones a congresos:

- “Contribución de la simulación clínica en estudiantes de ciencias de la salud”, presentada en las V Jornadas de Enfermería I+D+I. Innovaciones en Entornos de Simulación Clínica y Seguridad del Paciente, celebrado en Sevilla el 18 de Mayo de 2017. Comunicación oral
- “Evolución de la realización de mamografías para diagnóstico de detección de cáncer de mama en España”, presentado en la XXXV Reunión Científica de la Sociedad Española de Epidemiología (SEE) y XII Congresso da Associação Portuguesa de Epidemiologia (APE), celebrado en Barcelona del 6 al 8 de Septiembre de 2017. Póster
- “Presencia de soledad social en cuidadores informales de personas con enfermedad de alzheimer. Factores que la determinan”, presentada en la XXXV Reunión Científica de la Sociedad Española de Epidemiología (SEE) y XII Congresso da Associação Portuguesa de Epidemiologia (APE), celebrado en Barcelona del 6 al 8 de Septiembre de 2017. Comunicación oral
- “Prevalencia de abuso a personas mayores en países latinos”, presentada en la XXXV Reunión Científica de la Sociedad Española de Epidemiología (SEE) y XII Congresso da Associação Portuguesa de Epidemiologia (APE), celebrado en Barcelona del 6 al 8 de Septiembre de 2017. Comunicación oral
- “Mortalidad fetal tardía en España: factores relacionados”, presentado en la XXVI Reunión Anual de la Sociedad Española de Epidemiología (SEE) y XIII Congresso da Associação Portuguesa de Epidemiologia (APE), celebrado en Lisboa (Portugal) del 11 al 14 de Septiembre de 2018. Póster
- “Realización de citologías cervicales y variables asociadas en España (Encuesta Europea de Salud 2014)”, presentado en la XXVI Reunión Anual de la Sociedad Española de Epidemiología (SEE) y XIII Congresso da Associação Portuguesa de Epidemiologia (APE), celebrado en Lisboa (Portugal) del 11 al 14 de Septiembre de 2018. Póster
- “Influencia de la edad materna en el riesgo de muerte fetal tardía”, presentado en el XXII Encuentro Internacional de Investigación en Cuidados, celebrado en Córdoba del 14 al 16 de Noviembre de 2018. Póster

Publicaciones en revistas indexadas en JCR:

- Cobo-Cuenca AI, Rodríguez-Borrego MA, Hidalgo-Lopezosa P, Rodríguez-Muñoz PM, Martins M, Carmona-Torres JM. Prevalence and determinants in cytology testing for cervical cancer screening in Spain (2006-14). *European Journal of Public Health*. 2018; 1;28(3):410-415. Doi: 10.1093/eurpub/cky015. Factor de Impacto JCR 2018: 2,234 (2º cuartil) (Q2).
- Hidalgo-Lopezosa P, Cobo-Cuenca AI, Carmona-Torres JM, Luque-Carrillo P, Rodríguez-Muñoz PM, Rodríguez-Borrego MA. Factors associated with late fetal mortality. *Archives of Gynecology and Obstetrics*. 2018; 297(6):1415-1420. Doi: 10.1007/s00404-018-4726-4. Factor de Impacto JCR 2018: 2,199 (2º cuartil) (Q2).

Por todo lo expuesto los directores de la tesis refrendan que la misma cumple los requisitos formales de calidad y originalidad, mantiene el rigor científico y académico exigible, y viene respaldada por comunicaciones científicas en congresos y publicaciones, por lo que se autoriza la presentación de la tesis doctoral.

Córdoba, 1 de septiembre de 2019.

Fdo: Juan Manuel Carmona Torres.

Fdo: Pablo Jesús López Soto.

A mi familia y directores

AGRADECIMIENTOS

La ejecución de este trabajo de tesis doctoral ha sido posible gracias a todas las personas que me han acompañado en esta etapa desde el comienzo. Por todo ello, quisiera mencionar y agradecer:

A mis padres, Pedro Luis y Pilar, y a mi hermano Álvaro; por su apoyo incondicional, continuo estímulo, sabios consejos, y por el acompañamiento y comprensión en todo momento.

A toda mi familia, por el ánimo constante.

A Cristina, por su continuo apoyo y ayuda, por saber entender mejor que nadie los momentos buenos y no tan buenos de esta etapa académica que compartimos, y por ser mi compañera de vida.

A M^a Aurora Rodríguez Borrego, quien ha confiado en mí para comenzar esta etapa, me ha guiado y enseñado. Gracias por aconsejarme profesional y personalmente de forma tan sincera y cercana. Por el apoyo, por el ánimo y la disponibilidad en todo momento, y por la paciencia y dedicación constante.

A Juan Manuel Carmona Torres, por el ánimo y los consejos tanto profesionales como personales. Gracias por participar tan activamente en la elaboración de esta tesis, por la disponibilidad total, y por toda la ayuda y paciencia en publicaciones y análisis estadístico.

A Pablo Jesús López Soto, por el apoyo en la elaboración de este trabajo, y la colaboración y ayuda en todo momento en la estancia internacional realizada en Italia.

A mis amigos, compañeros de trabajo y enfermeros/as, por el apoyo y el ánimo.

A mis compañeros del grupo de investigación Cuidados enfermeros Integrales, Perspectiva Multidisciplinar, por la ayuda y colaboración.

Al Instituto Maimónides de Investigación Biomédica de Córdoba (IMIBIC) y al Programa de Doctorado en Biomedicina de la Universidad de Córdoba, por el apoyo y gestión.

A todos los alumnos y profesores de la Universidad de Córdoba y la Universidad de Castilla La Mancha, por la participación y el interés mostrado en colaborar en el estudio.

A la Università degli Studi di Ferrara, Italia, en especial a Fabio Fabbian y Roberto Manfredini, por permitirme aprender y formarme en un ámbito internacional y enriquecer con sus conocimientos este proyecto.

A la Universidad de Córdoba, por haberme permitido formarme a nivel de posgrado.

A la Universidad Pontificia de Salamanca, por formarme en el grado y poder comenzar mi etapa en la docencia.

A todos, MUCHAS GRACIAS.

ÍNDICE

Abreviaturas.....	23
Índice de tablas	27
Índice de figuras	29
Presentación de la tesis	31
Resumen	33
Abstract.....	37
1. MARCO CONCEPTUAL.....	41
1.1. Salud	43
1.2. Drogas	43
1.3. Alcohol.....	43
1.3.1. Metabolismo del alcohol	44
1.3.1.1. Absorción	45
1.3.1.2. Transformación.....	45
1.3.1.3. Eliminación.....	46
1.3.2. Alcoholismo	46
1.3.3. Clasificación del consumo de alcohol	47
1.4. Tabaco.....	48
1.4.1. Niveles de consumo	49
1.5. Alimentación.....	49
1.5.1. Alimentación saludable	50
1.5.2. Dieta mediterránea	50
1.6. Actividad física y deportiva	52
1.6.1. Niveles de actividad física.....	52
1.7. Comportamiento sexual	53
1.8. Cronobiología y cronotipo	53
2. ANTECEDENTES. ESTADO ACTUAL DEL TEMA	55
2.1. Alcohol.....	57
2.1.1. Alcohol en jóvenes	58
2.1.2. Alcohol en estudiantes universitarios.....	59
2.1.3. Consecuencias del consumo de alcohol	61
2.1.4. Diferencias según sexo de los efectos del alcohol	61

2.2. Tabaco.....	62
2.2.1. Tabaco en universitarios.....	63
2.2.2. Factores del consumo de tabaco.....	63
2.2.3. Consecuencias del consumo de tabaco.....	64
2.3. Alimentación.....	65
2.3.1. Alimentación en jóvenes y universitarios	65
2.4. Actividad física y deportiva.....	66
2.4.1. Inactividad física	66
2.4.2. Niveles recomendados de actividad física para la salud	67
2.4.3. Actividad física y deportiva en estudiantes universitarios	67
2.4.4. Beneficios de la actividad física y deportiva.....	68
2.4.4.1. Beneficios Fisiológicos	68
2.4.4.2. Beneficios Psicológicos.....	68
2.4.4.3. Beneficios Sociales.....	69
2.5. Comportamiento sexual	70
2.6. Cronotipo	71
2.6.1. Cronotipo en jóvenes.....	71
2.6.2. Cronotipo en universitarios	72
2.7. Justificación del estudio.....	72
2.8. Pregunta de investigación	73
3. OBJETIVOS	75
3.1. Objetivos generales.....	77
3.2. Objetivos específicos	77
4. MATERIAL Y MÉTODOS.....	79
4.1. Diseño del estudio.....	81
4.2. Sujetos y ámbito de estudio	81
4.3. Muestra	81
4.4. Variables del estudio.....	81
4.5. Instrumentos de recogida de datos.....	82
4.6. Periodo de recogida de datos	86
4.7. Procedimiento	86
4.8. Análisis de datos	87
4.9. Consideraciones éticas	88

4.10. Cronograma	89
5. RESULTADOS	91
5.1. Variables sociodemográficas del total de la muestra (N: 457)	93
5.2. Variables sociodemográficas de los estudiantes de la Universidad de Córdoba (UCO) (n: 167).....	100
5.3. Variables sociodemográficas de los estudiantes de la Universidad de Castilla-La Mancha (UCLM) (n:290).....	104
5.4. Consumo de alcohol (N:457)	105
5.4.1. Consumo intensivo de alcohol (CIA), “ <i>binge drinking</i> ”.....	107
5.4.2. Características sociodemográficas en relación al consumo de alcohol (N: 457)	107
5.4.3. Asociación multivariante consumo de alcohol.....	114
5.5. Consumo de tabaco. dependencia a la nicotina (n:126).....	115
5.5.1. Características sociodemográficas en relación a la dependencia a la nicotina (n:126).....	116
5.5.2. Asociación multivariante de dependencia a la nicotina	121
5.6. Consumo de tabaco. motivación para dejar de fumar (n:126)	122
5.6.1. Características sociodemográficas en relación a la motivación para dejar de fumar (n:126).....	123
5.6.2. Asociación multivariante motivación para dejar de fumar	128
5.7. Actividad física (AF) (N:457).....	128
5.7.1. Características sociodemográficas en relación a la actividad física realizada (N: 457)	129
5.7.2. Asociación multivariante de actividad física	133
5.8. Dieta mediterránea (DM).....	134
5.8.1. Características sociodemográficas en relación a la dieta mediterránea (N: 457)	135
5.8.2. Asociación multivariante dieta mediterránea	140
5.9. Comportamiento sexual (N: 457)	140
5.10. Cronotipo: matutinidad y vespertinidad (N: 457).....	141
5.10.1. Características sociodemográficas en relación al cronotipo (N: 457).....	141
5.10.2. Asociación multivariante del cronotipo	149
5.11. Análisis relacional (N: 457)	149
5.11.1. Consumo de alcohol y dependencia a la nicotina	149

5.11.2. Consumo de alcohol y actividad física.....	150
5.11.3. Consumo de alcohol y <i>binge drinking</i>	151
5.11.4. Cronotipo y consumo de alcohol.....	152
5.11.5. Cronotipo y <i>binge drinking</i>	152
5.11.6. Cronotipo y dieta mediterránea (DM).....	153
5.11.7. Cronotipo y motivación para dejar de fumar	154
5.11.8. Comportamiento sexual y motivación para dejar de fumar	155
5.11.9. Comportamiento sexual y <i>binge drinking</i>	155
5.11.10. Comportamiento sexual y consumo de alcohol.....	156
5.11.11. Comportamiento sexual y dependencia a la nicotina.....	156
6. DISCUSIÓN.....	157
7. CONCLUSIONES	169
7.1. Implicaciones para la práctica y recomendaciones.....	172
8. CONCLUSIONS.....	173
8.1. Implications for practice and recommendations.....	176
9. BIBLIOGRAFÍA	177
10. ANEXOS	201
ANEXO I. Características sociodemográficas.....	203
ANEXO II. <i>Alcohol Use Disorders Identification Test</i> (AUDIT) Saunders et al. (1993). Versión traducida y validada al castellano por Guillaumon et al. (1999).....	205
ANEXO III. Test de Dependencia a la Nicotina de Fagerstrom (1978). Versión de Becoña et al. (1992).....	208
ANEXO IV. Test de Richmond (1993). Versión de Córdoba et al. (2000).....	210
ANEXO V. <i>International Physical Activity Questionnaire</i> (IPAQ-SF) Craig et al. (2003), versión en español disponible en: http://www.ipaq.ki.se (231)	211
ANEXO VI. <i>Mediterranean Diet Quality Index</i> (Kidmed) Serra-Majem et al. (2004)	213
ANEXO VII. Encuesta Revisada de Opinión Sexual (EROS) de del Río Olvera et al. (2013).....	214
ANEXO VIII. <i>Morningness-Eveningness Questionnaire</i> (MEQ) de Adan y Almirall (1990).....	216
ANEXO IX. Documento de Información sobre estudio de Investigación.....	218
ANEXO X. Documento de Consentimiento Informado	219

ANEXO XI. Autorización y conformidad de la Fundación para la Investigación Biomédica de Córdoba (FIBICO).....	220
ANEXO XII. Autorización Universidad de Córdoba (UCO).....	221
ANEXO XIII. Autorización Universidad de Castilla - La Mancha (UCLM).....	222
ANEXO XIV. Informe favorable del Comité de Ética de Investigación de Córdoba	223

Abreviaturas

°: grado

%: porcentaje

>: Mayor que

<: Menor que

=: Igual que

ADH: Alcohol deshidrogenasa

ADLH: Aldehído deshidrogenasa hepática

AF: Actividad Física

a.m.: *Ante meridiem* (antes de mediodía).

ant.: antecedentes

AUDIT: *Alcohol Use Disorders Identification Test*

AVENA: Alimentación y valoración del estado nutricional en adolescentes

BAC: *Blood Alcohol Content*

BD: *Binge drinking*

BOUCO: Boletín Oficial de la Universidad de Córdoba

CAS: Concentración de alcohol en sangre

cc: centímetros cúbicos

CIA: Consumo intensivo de alcohol

cm: centímetros

DA: Dependencia Alcohólica

DE: Desviación Estándar

dl: Decilitros

Div: Divorciado/a

DM: Dieta Mediterránea

EDADES: Encuesta sobre alcohol y otras drogas en España

EROS: Encuesta Revisada de Opinión Sexual

ESTUDES: Encuesta sobre uso de drogas en Enseñanzas Secundarias en España

et al.: Y otros

etc.: Etcétera

FIBICO: Fundación para la Investigación Biomédica de Córdoba

h: Hora

IBM: *International Business Machines Corporation*

IC: Intervalo de confianza

IPAQ-SF: *The International Physical Activity Questionnaire-(short form)*

ITS: Infección de Transmisión Sexual

JCR: *Journal Citation Reports*

Kcal: kilocalorías

kg: kilogramos

LSD: *Lyserg Säure-Diäthylamid 25*

M: Media

MEOS: *Microsomal etanol-oxidizing system*

MEQ: *Morningness-Eveningness Questionnaire*

MET: *Metabolic Equivalent Task*

mg: miligramos

ml: mililitros

N: muestra total

n: muestra específica

NAD: Nicotinamida-Adenina-Dinucleótido

NY: *New York*

Nº: Número

OMS: Organización Mundial de la Salud

O.R.: Odds Ratio

PIB: Producto interior bruto

p.m.: *post meridiem* (después del mediodía)

RAE: Real Academia Española de la Lengua

Ref: Referencia

RL: Regresión Logística

Sep: Separado/a

Sig: Significancia

SPSS: *Statistical Package for the Social Science*

Trp: Triptófano

UBE: Unidad de Bebida Estándar

UCLM: Universidad de Castilla La Mancha

UCO: Universidad de Córdoba

UNESCO: *United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization*

USA: *United States of America*

VIIH: Virus de inmunodeficiencia humana

Viu: Viudo/a

VPH: Virus del papiloma humano

Índice de tablas

Tabla 1. Cálculo del número de UBE consumidas	47
Tabla 2. Variables sociodemográficas cualitativas (N: 457)	96
Tabla 3. Variables sociodemográficas cuantitativas (N: 457).....	99
Tabla 4. Variables sociodemográficas cualitativas comparativo UCO/UCLM	101
Tabla 5. Variables sociodemográficas cuantitativas de los estudiantes de la Universidad de Córdoba (UCO) (n: 167).....	104
Tabla 6. Variables sociodemográficas cuantitativas de los estudiantes de la Universidad de Castilla-La Mancha (UCLM) (n: 290).....	104
Tabla 7. Consumo de alcohol (N:457).....	106
Tabla 8. Características sociodemográficas en relación al consumo de alcohol (N:457)	110
Tabla 9. Asociación multivariante consumo de alcohol.....	114
Tabla 10. Dependencia a la nicotina (n:126).....	115
Tabla 11. Características sociodemográficas y dependencia a la nicotina (n:126)	117
Tabla 12. Variables independientes asociadas a la dependencia a la nicotina (n: 126)	121
Tabla 13. Motivación para dejar de fumar (n:126).....	122
Tabla 14. Características sociodemográficas y motivación para dejar de fumar (n:126)	124
Tabla 15. Nivel de actividad física en estudiantes universitarios (N:457)	128
Tabla 16. Características sociodemográficas y práctica de actividad física (AF) (N:457)	130
Tabla 17. Adherencia a la dieta mediterránea (N: 457).....	134
Tabla 18. Variables sociodemográficas y adherencia a la DM (N: 457)	136
Tabla 19. Cronotipo de los estudiantes universitarios (N: 457)	141
Tabla 20. Variables sociodemográficas y cronotipo (N: 457)	143
Tabla 21. Análisis comparativo consumo de alcohol y dependencia a la nicotina	149

Tabla 22. Análisis comparativo consumo de alcohol y actividad física.....	150
Tabla 23. Análisis comparativo consumo de alcohol y <i>binge drinking</i>	151
Tabla 24. Análisis comparativo cronotipo y consumo de alcohol.....	152
Tabla 25. Análisis comparativo cronotipo y <i>binge drinking</i>	152
Tabla 26. Análisis comparativo cronotipo y dieta mediterránea	153
Tabla 27. Análisis comparativo cronotipo y motivación para dejar de fumar	154
Tabla 28. Comportamiento sexual y dependencia a la nicotina	156

Índice de figuras

Figura 1. Pirámide de la Dieta Mediterránea.....	51
Figura 2. Sexo de los universitarios (N: 457).....	93
Figura 3. Universidad a la que pertenecen los participantes (N: 457).....	94
Figura 4. Tipo de carrera universitaria (N: 457).....	94
Figura 5. Peso (media) en kg según sexo (N: 457).....	99
Figura 6. Consumo de alcohol (N: 457)	106
Figura 7. Frecuencia de Consumo Intensivo de Alcohol (CIA), " <i>binge drinking</i> " (N: 457)	107
Figura 8. Consumo de alcohol según sexo (N: 457).....	108
Figura 9. Dependencia a la nicotina (n:126).....	115
Figura 10. Nivel de actividad física practicada por los estudiantes (N: 457).....	129
Figura 11. Adherencia a la DM	134
Figura 12. Comportamiento sexual en relación al sexo de los estudiantes (N: 457)....	140
Figura 13. Cronotipo por universidad: UCO/UCLM	142
Figura 14. Relación del consumo de alcohol de riesgo y consumo tipo <i>binge drinking</i>	151
Figura 15. Motivación para dejar de fumar relacionado con el grado de erotofilia/erotofobia	155
Figura 16. Comportamiento sexual (erotofobia-erotofilia) relacionado con el <i>binge drinking</i> (BD)	156

Presentación de la tesis

El consumo de alcohol y tabaco está presente en la etapa de la universidad, siendo las drogas que más se consumen entre los jóvenes en España. Es en el rango de edad entre 15-24 años donde se encuentra mayor consumo de alcohol y tabaco, y mayor consumo de riesgo, coincidiendo con el rango de edad mayoritario en universitarios. La universidad es una etapa en la que muchos estudiantes tienen su primer contacto con estas drogas legales.

El alcohol y tabaco son drogas que están arraigadas en la sociedad española, puesto que forman parte de acontecimientos y celebraciones, al igual que ocurre en la universidad, donde estas están presentes a la hora de socializar y reunirse con otros universitarios, reuniones en las que el consumo de alcohol se da de una forma intensiva, de tipo *binge drinking*, los fines de semana.

Por otro lado, en esta etapa se adquieren o se fortalecen ciertos hábitos que con el paso del tiempo son complicados de modificar. Por lo que es fundamental adquirir unos hábitos saludables, tanto en alimentación, como actividad física y/o comportamiento sexual, para que así perduren en las demás etapas de la vida. Por otra parte, los hábitos saludables se pueden considerar como una protección frente a la adquisición de hábitos nocivos, en este estudio el consumo de alcohol y tabaco.

Todo lo expuesto llevó a preguntarse ¿Cómo es el consumo de alcohol y tabaco en universitarios?, ¿Qué hábitos en relación a la alimentación, actividad física y comportamiento sexual tienen los estudiantes?, ¿Existe una relación entre estos hábitos saludables y hábitos nocivos? Así mismo, dados los horarios que frecuentan los universitarios también surgen las preguntas ¿Qué cronotipo tienen los estudiantes?, y ¿En qué influye en sus hábitos?

Los capítulos que conforman esta tesis son los siguientes:

1. MARCO CONCEPTUAL

En este apartado se describen las drogas tratadas en el estudio, clasificación de consumo y niveles de consumo. La alimentación saludable, dieta mediterránea,

actividad física y deportiva con sus niveles, comportamiento sexual y cronobiología y cronotipo.

2. ANTECEDENTES. ESTADO ACTUAL DEL TEMA

En esta parte del trabajo se refleja el estado actual de consumo de alcohol y tabaco en jóvenes en general y en universitarios, de las consecuencias y factores de consumo y las diferencias según sexo. Así mismo, se refiere el estado actual de estudios sobre alimentación, actividad física, comportamiento sexual, y cronotipo en jóvenes y universitarios.

3. OBJETIVOS

En este apartado se describen tanto los objetivos generales como los objetivos específicos.

4. MATERIAL Y MÉTODOS

En esta parte se describe la metodología del estudio, las herramientas utilizadas y los cálculos estadísticos que se han realizado. Igualmente se describe el procedimiento llevado a cabo en el desarrollo del estudio.

5. RESULTADOS

En este capítulo se muestran los resultados de forma estructurada de las variables estudiadas además de compararlas.

6. DISCUSIÓN

En este apartado se muestra la discusión de los resultados obtenidos, comparándolos con otros estudios y explicando sus limitaciones.

7. CONCLUSIONES

Se describen las principales conclusiones generales del estudio, así como las referentes a los objetivos específicos. Además, se incluye un apartado sobre las implicaciones de este estudio para la práctica clínica.

8. CONCLUSIONS

En este apartado se muestran las conclusiones del estudio descritas en el apartado anterior (apartado 7) en el idioma inglés.

9. BIBLIOGRAFÍA

Se ha utilizado el estilo Vancouver para las referencias bibliográficas.

10. ANEXOS

Se adjuntos los anexos del estudio.

Resumen

Objetivo:

- Conocer el consumo de alcohol y tabaco, práctica de actividad física, hábitos alimenticios, comportamiento sexual y cronotipo en estudiantes de las Universidades de Córdoba y Castilla La Mancha en España.

Metodología:

Diseño: Estudio de tipo descriptivo observacional comparativo.

Sujetos y ámbito de estudio: Estudiantes universitarios de las Universidades de Córdoba y Castilla La Mancha (España). El estudio se planteó para abarcar la totalidad de estudiantes de ambas universidades. Criterios de inclusión: alumnos matriculados en las Universidades de Córdoba y Castilla La Mancha en estudios de Grado, Máster y Doctorado. Participaron un total de 464 estudiantes, de los cuales se excluyeron 7 por cuestionarios incompletos. Reclutando finalmente una muestra de 457 alumnos.

Variables del estudio: variables sociodemográficas, consumo de alcohol, consumo de tabaco, actividad física y deportiva, hábitos alimenticios, comportamiento sexual y cronotipo.

Instrumentos: Se utilizó un cuestionario que recogía datos sociodemográficos, así como los cuestionarios específicos de las variables a estudio: el cuestionario *Alcohol Use Disorders Identification Test* (AUDIT) de Saunders et al. (1993) versión en español por Guillamón et al. (1999); el Test de Dependencia a la Nicotina de Fagerstrom (1978) versión de Becoña et al. (1992), Test de Richmond (1993) versión de Córdoba et al (2000), *International Physical Activity Questionnaire* (IPAQ-SF) Craig et al (2003), *Mediterranean Diet Quality Index (Kidmed)* Serra-Majem et al. (2004), la Encuesta Revisada de Opinión Sexual (EROS) de del Río Olvera et al. (2013), y *Morningness-Eveningness Questionnaire* de Adan y Almirall (1990).

Análisis de datos: el análisis estadístico se realizó con el programa IBM SPSS Statistics versión 23. El análisis estadístico consistió en un análisis descriptivo mediante el cálculo de recuentos (n) y proporciones (%) para las variables cualitativas y mediante el cálculo de media (m) y desviación estándar (DE) para variables cuantitativas. También se realizó una comparación de proporciones de las variables categóricas mediante pruebas ji-cuadrado para tablas de contingencia. Además, se realizó una regresión logística múltiple para identificar las variables asociadas al consumo de alcohol, tabaco, ejercicio físico, adherencia a la dieta mediterránea, comportamiento sexual y cronotipo.

Consideraciones éticas: El proyecto se presentó al Comité de Ética de la investigación de la provincia de Córdoba (Acta N° 269, ref. 3640), Cumplimiento de la ley orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de datos, de carácter personal, del Estado Español. Normativa vigente en el periodo de estudio. El link de acceso al cuestionario presentaba al inicio el informe del Comité de Ética y la Hoja de Información y Consentimiento Informado.

Resultados:

Los universitarios, estudiantes tanto de la Universidad de Córdoba (UCO) como de la Universidad de Castilla La Mancha (UCLM) tienen un consumo de alcohol de riesgo el 29,5%, dándose con mayor frecuencia en mujeres y en la UCLM. El 27,6% consume tabaco, teniendo baja dependencia el 78,6%, y la mitad de los estudiantes presentan motivación para dejar de fumar.

El 52,5% de estudiantes practica actividad física de nivel alto, destacando este nivel en el género masculino.

Con respecto a la dieta mediterránea, el 37% presenta adherencia alta, en relación al comportamiento sexual se muestra una tendencia hacia la erotofilia. Sobre el cronotipo en universitarios, tras el cronotipo intermedio, la predisposición de los universitarios es de tipo vespertino (20,7%), destacando el sexo masculino en la vespertinidad.

Comparando las variables estudiadas, los consumidores de alcohol de riesgo tienen mayor dependencia a la nicotina, consumo de tipo *binge drinking*, se decantan por el cronotipo vespertino, mayor grado de erotofilia y practican actividad física de nivel

alto. La dependencia a la nicotina y el consumo de tipo *binge drinking* se relaciona con la erotofilia. El cronotipo matutino se vincula con mayor adherencia alta a la dieta mediterránea.

Conclusión:

Los datos obtenidos parecen indicar que los universitarios de la Universidad de Córdoba y Castilla La Mancha tienen un alto consumo de riesgo, con un consumo de tipo *binge drinking*, baja dependencia a la nicotina y alta motivación para dejar de fumar. La práctica de actividad física es de nivel alto y tienen alta adherencia a la DM. Opinión y actitud sexual de erotofilia, y cronotipo vespertino en su mayoría. Por otra parte, se relaciona el consumo de riesgo con mayor dependencia a la nicotina, consumo *binge drinking*, y vespertinidad. El consumo intensivo de alcohol y la dependencia a la nicotina se relacionan con mayor erotofilia, y la matutinidad se relaciona con alta adherencia a la dieta mediterránea.

Abstract

Objective:

- To know the consumption of alcohol and tobacco, practice of physical activity, eating habits, sexual behavior and chronotype in students of the Universities of Córdoba and Castilla La Mancha in Spain.

Methodology:

Design: Comparative observational descriptive study.

Subjects and field of study: Subjects and field of study: University students of the Universities of Córdoba and Castilla La Mancha (Spain). The study was designed to cover all students from both universities. Inclusion criteria: students enrolled in the Universities of Córdoba and Castilla La Mancha in undergraduate, master and doctoral studies. A total of 464 students participated, of which 7 were excluded due to incomplete questionnaires. Finally recruiting a sample of 457 students.

Study variables: sociodemographic variables, alcohol consumption, tobacco consumption, physical and sports activity, eating habits, sexual behavior and chronotype.

Instruments: A questionnaire was used that collected sociodemographic data, as well as the specific questionnaires of the variables under study: the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) questionnaire by Saunders et al. (1993) Spanish version by Guillamón et al. (1999); Fagerstrom's Nicotine Dependence Test (1978) version of Becoña et al. (1992), Richmond Test (1993) version of Córdoba et al (2000), International Physical Activity Questionnaire (IPAQ-SF) Craig et al (2003), Mediterranean Diet Quality Index (Kidmed) by Serra-Majem et al. (2004), the Revised Survey of Sexual Opinion (EROS) of Del Río Olvera et al. (2013), and Morningness-Eveningness Questionnaire by Adan and Almirall (1990).

Data analysis: the statistical analysis was performed with the IBM SPSS Statistics version 23 program. The statistical analysis consisted of a descriptive analysis by

calculating counts (n) and proportions (%) for qualitative variables and by calculating mean (m) and standard deviation (SD) for quantitative variables. A comparison of proportions of the categorical variables was also made using chi-square tests for contingency tables. In addition, a multiple logistic regression was performed to identify the variables associated with the consumption of alcohol, tobacco, physical exercise, adherence to the Mediterranean diet, sexual behavior and chronotype.

Ethical considerations: The project was submitted to the Research Ethics Committee of the province of Córdoba (Act No. 269, ref. 3640), Compliance with Organic Law 15/1999, of December 13, on Data Protection, of a character personal, of the Spanish State. Regulations in force during the study period. The link to access the questionnaire presented at the beginning the report of the Ethics Committee and the Information and Informed Consent Sheet.

Results:

The university students, students of both the University of Córdoba (UCO) and the University of Castilla La Mancha (UCLM) have a risk alcohol consumption of 29.5%, occurring more frequently in women and in the UCLM. 27.6% consume tobacco, 78.6% having low dependence, and half of the students are motivated to quit smoking.

52.5% of students practice high level physical activity, highlighting this level in the male gender.

With respect to the Mediterranean diet, 37% have high adherence, in relation to sexual behavior there is a tendency towards erotophilia. Regarding the chronotype in university students, after the chronotype of any kind, the predisposition of university students is of the evening type (20.7%), highlighting the male sex in the evening.

Comparing the variables studied, consumers of risk alcohol have a greater dependence on nicotine, binge drinking, opt for the evening chronotype, greater degree of erotophilia and practice high-level physical activity. Nicotine dependence and binge drinking is related to erotophilia. The morning chronotype is associated with greater high adherence to the Mediterranean diet.

Conclusion:

The data obtained seem to indicate that the university students of the University of Córdoba and Castilla La Mancha have a high risk consumption, with a binge drinking type, low nicotine dependence and high motivation to quit smoking. The practice of physical activity is high level and have high adherence to DM. Opinion and sexual attitude of erotofilia, and mostly evening chronotype. On the other hand, risk consumption is associated with greater dependence on nicotine, binge drinking, and evening. Intensive alcohol consumption and nicotine dependence are associated with increased erotophilia, and maturity is associated with high adherence to the Mediterranean diet

1. MARCO CONCEPTUAL

1.1. SALUD

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) (1948) (1), la salud se puede definir como “estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”. Esta definición, que fue elaborada en el Preámbulo de Constitución de la Organización de la Salud, no se ha modificado desde 1948.

Por otro lado, la Real Academia Española de la lengua (RAE) define la Salud como “conjunto de las condiciones físicas en que se encuentra un organismo en un momento determinado”, y a la Salud Pública como “conjunto de condiciones mínimas de salubridad de una población determinada, que los poderes públicos tienen la obligación de garantizar y proteger” (2).

1.2. DROGAS

El término droga genera dificultades a la hora de poder encontrar una definición consensuada.

Según la RAE (2), droga es: “sustancia o preparado medicamentoso de efecto estimulante, deprimente, narcótico o alucinógeno”. Engloba tanto a los fármacos de prescripción médica como a las sustancias psicoactivas que no son utilizadas con fin terapéutico, como son el alcohol o el tabaco, que se describen a continuación.

1.3. ALCOHOL

El alcohol etílico o etanol, es lo que comúnmente se llama alcohol, y es el principal componente de las bebidas alcohólicas. Según la RAE (2) es un “líquido incoloro, inflamable y soluble en agua, que se obtiene de la fermentación de productos naturales

ricos en hidratos de carbono, es componente fundamental de las bebidas alcohólicas y tiene, además, múltiples aplicaciones en la industria”.

La definición que da la OMS (3) (2018) es de “sustancia psicoactiva con propiedades causantes de dependencia, utilizado ampliamente en muchas culturas durante siglos”.

1.3.1. Metabolismo del alcohol

Los niveles de etanol normalmente se miden en el torrente sanguíneo. La prueba se denomina niveles de etanol en sangre (BAC), por las siglas en inglés *Blood Alcohol Content*. Con estos niveles y con carácter de estimación, se permite predecir el grado de alteración cognitivo y conductual de la persona (4).

Según la clasificación de Bogen (1935) (5), que se mantiene en la actualidad, se considera qué:

- Con concentraciones entre 10 y 30 mg/dl de etanol en sangre no existen apenas alteraciones funcionales.
- Entre 30 y 60 mg/dl se produce sensación de euforia y aumento de interacción social.
- Entre 60 y 100 mg/dl se produce desinhibición y alteración del autocontrol.
- Entre 100 y 150 mg/dl se ve alterada la articulación del habla y una importante disminución de la ejecución psicomotora.
- Entre 150 y 200 mg/dl aparece confusión mental importante y dificultad para mantener el equilibrio.

El metabolismo del alcohol se compone de tres fases: absorción, transformación y eliminación (4, 6).

1.3.1.1. Absorción

La absorción del etanol en el consumo oral se realiza en el tracto digestivo, fundamentalmente en el intestino delgado por la gran presencia de microvellosidades. Estos procesos de absorción se ven afectados por una serie de factores entre los que destacan (4):

- Las diferencias genéticas en las enzimas que metabolizan el etanol producen variaciones. Destaca el polimorfismo del enzima alcohol deshidrogenasa (ADH), donde el nivel más bajo de expresión de esta enzima produce, en mujeres, una mayor concentración de etanol. También existen diferencias de raza, donde se encuentra que los orientales tienen menos actividad de la ADH en la mucosa gástrica que los caucásicos.
- El nivel de concentración de las bebidas alcohólicas genera grandes diferencias en la velocidad de absorción. El nivel más alto de absorción se produce cuando la concentración de etanol alcanza alrededor del 40%.
- Consumir tabaco con alcohol parece disminuir la concentración máxima de etanol, debiéndose posiblemente a que hace más lento el paso de etanol desde el estómago hasta el intestino (4, 7).

1.3.1.2. Transformación

El etanol se metaboliza en su mayoría por oxidación, transformándose en acetaldehído. En el consumo oral, que es el más habitual, el proceso se produce sobre todo en el hígado, y es mediado por la enzima alcohol deshidrogenasa (ADH). Esta enzima cataliza la conversión de los alcoholes a aldehídos y cetonas utilizando NAD (Nicotinamida-Adenina-Dinucleótido) como cofactor (4, 6).

Existen dos sistemas enzimáticos hepáticos más, que hacen la misma reacción y tienen gran importancia ante niveles muy altos de alcohol, que son el sistema microsomal oxidativo del etanol (MEOS) y el Compuesto I mediado por el complejo catalasa-peróxido. Tras este proceso el acetaldehído producido es metabolizado a acetato por el aldehído deshidrogenasa hepática (ALDH) (4, 6).

1.3.1.3. Eliminación

La eliminación del etanol se produce, en su mayoría, en el proceso de transformación, y un pequeño porcentaje (1%) se elimina mediante la orina, sudor, heces y aire exhalado.

La velocidad de eliminación del etanol depende de la asiduidad del consumo de bebidas alcohólicas, pues con mayor asiduidad aumenta la capacidad metabólica y de eliminación (4).

Hay otros factores que pueden alterar la eliminación del alcohol, como son (4, 6):

- Tomar azúcares; la fructosa aumenta la velocidad de eliminación del etanol.
- Utilizar anticonceptivos orales reduce la eliminación del etanol aproximadamente en un 20%.
- Fumadores superiores a 20-25 cigarrillos por día eliminan de forma más rápida el etanol.

1.3.2. Alcoholismo

La OMS en 1977 (8) trató la patología del alcoholismo utilizando el síndrome de dependencia alcohólica y lo definió como: “un estado psíquico y habitualmente también físico resultado del consumo de alcohol, caracterizado por una conducta y otras respuestas que siempre incluyen compulsión para ingerir alcohol de manera continuada o periódica, con objeto de experimentar efectos psíquicos o para evitar las molestias producidas por su ausencia” (9). La definición de alcoholismo conlleva el trastorno por la dependencia del alcohol y el trastorno por abuso de alcohol. La OMS en 1994 (10) actualizó este concepto y lo definió como “término de significado variable y usado durante mucho tiempo que se emplea generalmente para referirse al consumo crónico y continuado o al consumo periódico de alcohol que se caracteriza por un deterioro del control sobre la bebida, episodios frecuentes de intoxicación y obsesión por el alcohol y su consumo a pesar de sus consecuencias adversas”.

1.3.3. Clasificación del consumo de alcohol

Para saber la cantidad de alcohol que ingiere una persona se debe conocer qué tipo de bebida alcohólica consume, porque la proporción de etanol puro, que es como se gradúan las bebidas, varía de una a otra (11).

Debido a la dificultad para saber la graduación alcohólica y el volumen exacto ingerido de las bebidas, la OMS en 2001 (12) propuso unos valores para agrupar las bebidas alcohólicas según la media aproximada del contenido de alcohol (12), indicando que 330 ml de cerveza tiene un 5%, 140 ml de vino o champán un 12%, chupitos y licores (70 ml) un 25% y las bebidas destiladas un 40% (13).

Por su parte, para medir el consumo de alcohol en las personas se utiliza actualmente la Unidad de Bebida Estándar (UBE) (14). Con esta medida se facilita la estimación de la proporción de alcohol consumido. Es importante indicar que cantidad de alcohol se considera UBE. En cada país tiene variaciones, así en Estados Unidos equivale a 14 g de etanol y en España a 10 g (15). En la tabla I se muestra el número de UBE en España de las bebidas.

Tabla 1. Cálculo del número de UBE consumidas

Bebida	Volumen	Equivalencia en UBE
Cerveza (3°-5°)	Un quinto o una caña (200cc)	1 UBE
	1 litro	5 UBE
Vino, cava (12°-14°)	Un vaso (100cc)	1 UBE
	1 litro	10 UBE
Destilados (40°-50°)	Una copa (50cc)	2 UBE

Fuente: Silla M, Rosón B (2009) (16)

1.4. TABACO

La RAE (2) define el tabaco como: “planta de la familia de las solanáceas, originaria de América, de raíz fibrosa, tallo de 50 a 120 cm de altura, vellosa y con médula blanca, hojas alternas, grandes, lanceoladas y glutinosas, flores en racimo, con el cáliz tubular y la corola de color rojo púrpúreo o amarillo pálido, y fruto en cápsula cónica con muchas semillas menudas. Toda la planta tiene olor fuerte y es narcótica”.

La OMS (2006) (17) define los productos del tabaco como: “los que están hechos total o parcialmente con tabaco, sean para fumar, chupar, masticar o esnifar. Todos contienen nicotina, un ingrediente psicoactivo muy adictivo”.

Estos productos del tabaco son lo que comúnmente se denominan cigarrillos o cigarrillos, que la RAE (2) los define como: “rollo de hojas de tabaco o papel, que se enciende por un extremo y se chupa o fuma por el opuesto”.

En la elaboración de los cigarrillos o cigarrillos se utiliza la hoja *Nicotianatabacum*. La nicotina, según la RAE (2) es un “alcaloide tóxico del tabaco, que provoca hipertensión arterial, taquicardia y estimula el sistema nervioso central, induciendo adicción o tabaquismo”.

La nicotina es la responsable principal de la adicción al consumo de tabaco. El fumador se ve en la necesidad de realizar inhalaciones profundas y así absorber la nicotina a nivel pulmonar, ya que es donde más se absorbe. Con estas inhalaciones también absorbe todas las sustancias tóxicas contenidas en el humo (18).

Los efectos que va a provocar la nicotina son la activación de las glándulas adrenales y descarga de adrenalina, provocando acción corporal y descarga repentina de glucosa, elevación de la presión arterial, respiración y ritmo cardiaco. El potencial adictivo que presenta esta sustancia se debe a que produce liberación de dopamina en ciertas partes del cerebro que moderan la sensación de placer y bienestar. Esta sustancia crea tolerancia (18).

El tabaco se mezcla con varias sustancias aromatizantes, y se seca con aire o calor artificial. A la hoja que se obtiene se le añaden aditivos que mejoran el sabor, y después

se trocea. El resultado se pasa dentro de un cilindro de papel al cual se le coloca en el extremo un filtro de celulosa, que puede tener distintos grados de porosidad (18).

1.4.1. Niveles de consumo

Según la OMS (2006) (17), el tipo de consumo se asocia con la cantidad de cigarrillos consumidos al día. Por lo tanto, para evaluar el nivel de consumo se tiene en cuenta la frecuencia diaria de cigarrillos; clasificando a los fumadores en leves, moderados y severos (19):

- Fumador leve: Menos de 5 cigarrillos al día.
- Fumador moderado: Entre 6 y 15 cigarrillos por día.
- Fumador severo: De 16 cigarrillos en adelante, al día en promedio.

Destaca otro tipo de fumadores denominados *Chipping*, *Chippers*, fumadores *light* o fumadores sociales. Estos fumadores, según Presson et al. (2006) (20), están “protegidos” contra la adicción por diferentes motivos, entre ellos destaca que tienen en una alta valoración al éxito académico, un buen soporte social y existe un bajo consumo de cigarrillos en los familiares y amigos.

1.5. ALIMENTACIÓN

La Real Academia de la Lengua Española (RAE) (2), define alimentación como “acción y efecto de alimentar o alimentarse” y “conjunto de las cosas que se toman o se proporcionan como alimento”. Alimento lo define como “conjunto de sustancias que los seres vivos comen o beben para subsistir” y “cada una de las sustancias que un ser vivo toma o recibe para su nutrición”. Por su parte nutrición es, según la OMS (21), “la ingesta de alimentos en relación con las necesidades dietéticas del organismo. Una buena nutrición (una dieta suficiente y equilibrada combinada con el ejercicio físico regular) es un elemento fundamental de la buena salud”.

1.5.1. Alimentación saludable

Según Calañas-Continente et al. (2012) (22) se puede definir como alimentación saludable aquella que permite el crecimiento y desarrollo en el niño, mantener la salud y la actividad en el adulto y la supervivencia y bienestar en la etapa de anciano.

La promoción de una dieta saludable se basa normalmente en disminuir las grasas saturadas y la ingesta calórica y aumentar la ingesta de verduras, frutas y fibra.

Para hablar de las características de la alimentación saludable se mencionan las cualidades que esta debe tener, que son variedad, equilibrio y adecuación.

La alimentación saludable debe ser variada ya que no hay ningún alimento que contenga todos los nutrientes esenciales. La diversidad dietética se asocia con un mejor estado nutricional.

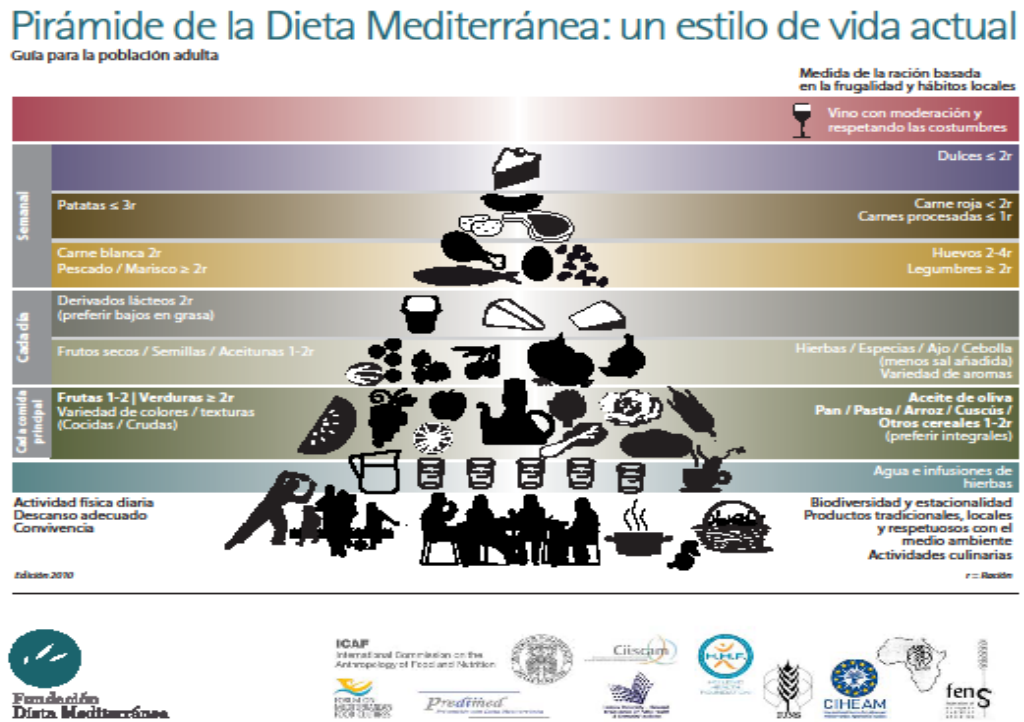
A su vez debe ser equilibrada y adecuada, la proporción de los alimentos que se ingieren debe ser seleccionada según las necesidades nutricionales de la persona, sus características y sus circunstancias.

1.5.2. Dieta mediterránea

En España se da una dieta típicamente mediterránea, reconocida como saludable (23).

Las características de esta dieta son: un alto consumo de frutas y verduras, así como legumbres y cereales, uso de aceite de oliva como lípido principal, consumo regular de pescado, y la utilización de las técnicas de hervir el agua y freír solo con aceite de oliva para cocinar los alimentos. Esta dieta conlleva un escaso aporte cárnico, predominando aves de corral, y una ingesta moderada-baja, pero regular, de lácteos, limitada de hidratos de carbono simples, y baja o nula de alimentos procesados industrialmente (23).

Figura 1. Pirámide de la Dieta Mediterránea



Fuente: Fundación Dieta Mediterránea (2010) (24)

1.6. ACTIVIDAD FÍSICA Y DEPORTIVA

El ejercicio físico se define como la realización de actividad física planificada, estructurada y repetitiva, la cual se realiza con el objetivo final e intermedio de mantener o mejorar la forma física. De esta forma, se consigue incrementar la capacidad funcional del organismo (25).

El ejercicio físico no debe confundirse con la actividad física, que se refiere a cualquier movimiento corporal que se ha producido por los músculos esqueléticos y que conlleva un gasto energético. Por lo tanto cuando se hace referencia a la actividad física no se refiere solo a actividades deportivas, sino que también entran en la definición las actividades laborales, de ocio, formas de transporte activas, tareas de casa, etc... (25).

1.6.1. Niveles de actividad física

La intensidad de la actividad física se mide a partir del Equivalente Metabólico (MET). En este aspecto que se define como “valor de medición del gasto de energía equivalente a 1,2 kcal/kg/h”. El gasto de energía en estado de reposo se considera igual a 1 MET. Por lo tanto, una actividad física de moderada a vigorosa (3 MET), requiere un gasto de energía igual a tres veces el gasto en estado de reposo (26). En este aspecto se destacan dos niveles (27):

- Actividad Física de Moderada a Vigorosa: actividad física que se realiza con un nivel de intensidad igual o superior a 3 MET, que equivale a andar a paso ligero aproximadamente.
- Actividad Física Vigorosa: esta se realiza a un nivel de intensidad de 6 MET o superior, aproximadamente equivalente al *footing* (27).

Por su parte el deporte es, según la RAE (2): “Actividad física, ejercida como juego o competición, cuya práctica supone entrenamiento y sujeción a normas”.

1.7. COMPORTAMIENTO SEXUAL

Según la Real Academia de la Lengua Española (RAE) (2), sexo es “actividad sexual”. Sexualidad se define como “Conjunto de condiciones anatómicas y fisiológicas que caracterizan a cada sexo” y apetito sexual, “propensión al placer carnal” (2).

Según la OMS (2006) (28), la salud sexual es “un estado de bienestar físico, mental y social en relación con la sexualidad. 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”

Por su parte, conducta sexual es (29) “conjunto de actitudes tendentes a estimular el erotismo personal y de la pareja” y conducta sexual de riesgo es la “exposición del individuo a una situación que puede ocasionar daños a su salud o a la salud de otra persona, especialmente a través de la posibilidad de contaminación por enfermedades de transmisión sexual, o generar una situación de embarazo no deseado” (29).

Las infecciones de transmisión sexual (ITS) están causadas por bacterias, virus y parásitos que se propagan mayoritariamente por contacto sexual (30). Son más de 30 parásitos, bacterias y virus que se sabe que se transmiten por contacto sexual, de los cuales ocho tienen la máxima incidencia de enfermedades de índole sexual, siendo cuatro actualmente curables (sífilis, gonorrea, clamidiasis y tricomoniasis). Las otras cuatro (herpes, hepatitis B, virus del papiloma humano (VPH) y virus de inmunodeficiencia humana (VIH)) son infecciones virales incurables, que se pueden tratar. Muchas se pueden transmitir de madre a hijo (30).

1.8. CRONOBIOLOGÍA Y CRNOTIPO

La Cronobiología es una palabra que deriva del griego: kronos (tiempo), bios (vida), y logo (estudio). Es una disciplina científica que se basa en el estudio de los ritmos biológicos, producidos en los organismos vivos en sus diferentes niveles de organización (31).

Uno de los ritmos biológicos más importantes en la Cronobiología son los ritmos circadianos. La palabra ritmo circadiano proviene del latín: circa (alrededor de), y diano (alrededor del día). Los ritmos circadianos son ritmos biológicos con una duración de alrededor de 24 horas (20 a 28 horas). Estos ritmos circadianos regulan los cambios que se pueden dar en las características físicas y psíquicas a lo largo del día (31, 32).

A su vez, las diferencias de cada individuo con respecto a las preferencias para el momento del sueño y vigilia, el denominado Cronotipo, son uno de los factores que influyen significativamente en el funcionamiento del organismo y del comportamiento tanto de adolescentes como adultos jóvenes (33, 34). Hay personas con preferencias matutinas que se duermen temprano, se levantan temprano y rinden más en las primeras horas del día. En el otro extremo están las personas con preferencias vespertinas, que eligen tanto la hora de dormir como la de despertarse más tarde, y rinden más en la tarde o la noche (34).

El reloj circadiano humano está determinado, en parte, por la genética. A parte de la genética, también modifican el reloj circadiano las variables fisiológicas, como la temperatura corporal y los niveles hormonales, destacando la melatonina y el cortisol. Estos factores se pueden utilizar para evaluar el Cronotipo (35).

La melatonina regula procesos fisiológicos, incluido el ciclo de sueño-vigilia. Los niveles más elevados de melatonina aparecen antes en las personas matutinas (unas horas antes de la mañana), que en las personas vespertinas (35). El despertar se relaciona con el cortisol, que a su vez se relaciona con una serie de factores psicológicos. Durante la noche, los niveles de cortisol son bajos, y aumentan en las primeras horas antes de despertar. Con respecto a la temperatura, las personas matutinas tienen su temperatura corporal más baja durante la primera parte de la noche, mientras que las personas más vespertinas tienen su temperatura más baja durante la madrugada (36).

Además de los factores previamente mencionados, la edad y el sexo influyen en el cronotipo. Las personas de más avanzada edad y las mujeres tienen más predisposición a ser matutinas, en comparación con los hombres y las personas jóvenes (32).

2. ANTECEDENTES. ESTADO ACTUAL DEL TEMA

El aspecto de las drogas sobre el que se trata en el presente trabajo es el que las considera como sustancias psicoactivas que no son utilizadas con fines terapéuticos y que producen efectos en la percepción, el estado de ánimo, la conciencia y el comportamiento (37, 38). Las drogas con mayor prevalencia de consumo en la población, coinciden con las de mayor consumo en jóvenes de entre 14 y 18 años (39). Según el Observatorio Español de la Droga y las Toxicomanías (39), en 2013 las drogas más consumidas fueron las denominadas legales, alcohol y tabaco, (78% y 41% respectivamente), seguidas del cannabis (9%) (39).

2.1. ALCOHOL

A causa del consumo nocivo de alcohol, cada año se producen 3,3 millones de muertes en el mundo, es decir el 5,9% del total de defunciones en el mundo (40).

Tanto las Encuestas sobre alcohol y otras drogas en España (EDADES) (39), como las Encuestas Estatales sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias (ESTUDES) (39) señalan que las bebidas alcohólicas son las sustancias psicoactivas más consumidas en la población de 15 a 64 años. El 93,1% de esta población ha tomado bebidas alcohólicas en alguna ocasión en su vida (39).

En España (41), el consumo de alcohol es una importante carga de mortalidad y enfermedad. El 10% de la mortalidad en 2011 (41) se puede atribuir al alcohol, y la mayor parte se debe a un consumo excesivo regular.

En lo que respecta a muertes por accidente de tráfico, aproximadamente un 30% de los fallecimientos se relacionan con el consumo de alcohol (41). El número de fallecidos que superan una cierta concentración de alcohol en sangre (CAS) ha aumentado considerablemente (41). En 1991 el porcentaje sobre el total era de 6,9%, que aumentó en 2001 al 32,1% y ha seguido incrementándose hasta llegar a un 52,9% en 2012 (41).

2.1.1. Alcohol en jóvenes

Con respecto a la tendencia en el consumo de alcohol en los más jóvenes; esta aumenta especialmente en edades comprendidas entre 14 y 18 años. El 84% de los jóvenes han consumido alcohol alguna vez, el 82% en el último año, el 74% en el último mes y el 61% admite haberse emborrachado alguna vez. En este rango de edad, el 63% de los jóvenes de 14 a 18 años afirma haber realizado “botellón” en el último año (39).

Cabe destacar que, según *The American Journal on Addictions* (42), la primera vez que los jóvenes consumen alcohol, prácticamente nunca se debe a una decisión por propia voluntad, sino que suele ser respuesta a una incitación o presión de la sociedad (amigos o familiares). Esta experiencia normalmente es positiva para el joven, ya que se siente parte del grupo y se libera de la presión de la sociedad.

El problema que puede ocasionar este resultado positivo es la ingesta frecuente de esta sustancia, especialmente si se practica habitualmente en el grupo puede llegar a consolidarse como un estilo de vida o hábito (42). La familia es una influencia muy importante en los jóvenes, según el estilo de vida que se practique en la misma puede favorecer o no el estilo de vida futuro de la persona (43).

Uno de los problemas por los que ocurren las situaciones anteriormente mencionadas es porque en la población española el alcohol está muy introducido y normalizado. Forma parte de celebraciones y reuniones sociales, normalizando el consumo y teniendo una actitud permisiva en muchas ocasiones en jóvenes, por parte de los adultos (44).

La decisión de los jóvenes de consumir alcohol, según indica González-Iglesias et al. (2014) (45), está determinada por un balance de factores negativos en los que destacan el no sentirse dentro del grupo o no caer bien a los demás, y beneficios como son sentirse más seguro y confiado y ser más sociable. A su vez esta decisión de los jóvenes está condicionada por la experiencia anterior que hayan tenido a la hora de asumir riesgos que les hayan surgido en su vida (45).

A sí mismo, en los jóvenes, el consumo de bebidas alcohólicas puede provocar cambios en el comportamiento, memoria y capacidad de aprendizaje. Se reduce la hormona del crecimiento, desciende la testosterona en hombres y aumenta en mujeres. También se detectan alteraciones en la densidad ósea (44).

En varones jóvenes de 18 a 30 años, según un estudio reciente de 2016 en Castilla y León en distintos servicios de urgencias (44), es en quienes se observan mayores casos por intoxicación etílica, siendo además más graves que en menores de 18 años. Por otro lado, en menores de edad aumentaron las urgencias por esta misma causa en mujeres (44).

2.1.2. Alcohol en estudiantes universitarios

A continuación, se presentan datos de diferentes universidades nacionales y extranjeras sobre el consumo de alcohol en universidades. En un estudio de la Universidad Católica San Antonio de Murcia (España) (2009) (46) se vio que el 86,4% de los universitarios beben alcohol, de ese porcentaje el 83,9% consumen menos de 4 días en semana y el 2,5% más de 4 días en semana. El 81,6% del primer curso beben alcohol durante los fines de semana, frente al 81,1% de los del último curso. En relación al curso académico no hay diferencia de tendencias en el consumo de alcohol.

En el estudio de la Universidad de Huelva (España) (2009) (47) el 79,6% de los estudiantes consume alcohol frente al 20,3% que no consume. En la Universidad Complutense de Madrid (España) (2001), en un estudio en universitarios de la Facultad de Derecho y de Medicina (48) el 85,1% consumen alcohol, 72,4% son bebedores ocasionales y el 12,7% habituales.

En la Universidad Pública de Murcia (España) (2011) (49) se vio que la prevalencia del consumo de alcohol en universitarios era del 58%.

En la Escuela Universitaria de Enfermería de San Sebastián (España) (2007) (50) el porcentaje de universitarios consumidores de alcohol a lo largo de los 3 años de diplomatura fue de (70´4%, 69´7% y 69´6%) respectivamente. Se mantuvo estable el porcentaje.

En Canadá (2006) (51) se observa que el alcohol es la droga más consumida por estudiantes universitarios con un 77% en los 30 últimos días. En un estudio en Brasil (2011) (52) el porcentaje es del 71,3% durante el último año. Los estudiantes universitarios de Colombia (2015) (53) presentan el 52,1% un consumo de bajo riesgo, 38,1% de alto riesgo y un 3,9 % posibilidad de dependencia al alcohol. En Inglaterra, Gales e Irlanda del Norte (2013) (54) la mayoría de estudiantes (65% mujeres, 76%

hombres) tienen un consumo episódico de alcohol al menos una vez en los últimos 15 días, siendo frecuente problemas con la bebida en el 20% de las mujeres y el 29% de los hombres. En otro proyecto llevado a cabo en Colombia (2014) (55) el 82,3% del total de estudiantes había consumido alcohol en algún momento de su vida y el 17,7% nunca lo había consumido. De los que bebían el 66% aparentemente no tenía problemas derivados del consumo; el 21,6% tenía un consumo perjudicial y el 12,5% ya tenía dependencia. En un proyecto en la Universidad de Almería (España) (2011) (56) se observa como el alcohol es la sustancia favorita, de mayor consumo, y con la que se llega a tener con más frecuencia estados de embriaguez. El 86,2% de los universitarios ha consumido alcohol.

Centrándose en los estudiantes de Ciencias de la Salud, hay que hacer hincapié en que la mayoría se encuentran en la etapa de la juventud y que serán futuros profesionales de la salud. Factores que se relacionan tanto con la protección como con el riesgo en cuanto al consumo de alcohol (57).

Los alumnos de Ciencias de la Salud, en su periodo de formación realizan prácticas en el entorno del área de la salud y pueden llegar a tomar contacto con situaciones de desgaste físico y emocional importante como: carga horaria excesiva, convivir con riesgos de tipo psicosocial y responsabilidad en el entorno profesional. Estos factores pueden aumentar la probabilidad de comenzar a consumir ciertas drogas como el alcohol para, en teoría, mitigar las situaciones de estrés (58).

Pese a todos estos factores, en el estudio de Telumbre-Terrero (2015) (59) sobre el consumo de alcohol en estudiantes de Enfermería, se observó que el consumo en estos en general es moderado, pareciendo que su formación como futuros profesionales de la salud puede ser un factor protector ante el uso de esta sustancia (59).

Analizado el problema del consumo de alcohol en estudiantes de la rama de la Salud (60), los niveles de signos de dependencia son semejantes al de las demás carreras.

En general (60), los estudiantes de Ciencias de la Salud tienen más información sobre factores de riesgo relacionados con la Salud que cualquier otro estudiante universitario de otras áreas de conocimiento. Situación que a priori podría conducir a pensar que tienen un consumo de esta sustancia más sensato que el resto.

2.1.3. Consecuencias del consumo de alcohol

El consumo de bebidas alcohólicas afecta de diferente forma a quien consume dependiendo de distintos factores como son: el género, la genética, el estilo de vida, la alimentación y la comorbilidad (61). Otros factores que afectan al ser humano y a la sociedad son la cantidad de alcohol y los hábitos de consumo, el entorno que rodea a la persona y, en algunas ocasiones, aunque no destaca, la calidad del alcohol (3).

El consumo excesivo de alcohol se relaciona con agresiones, caídas, violaciones, lesiones y accidentes de coche, que se deben al pobre funcionamiento neuropsicológico de quien consume en exceso esta droga (62).

En España se ha observado que tener un consumo excesivo de alcohol se relaciona con hábitos alimenticios menos saludables (63).

En el ámbito sexual, el consumo de alcohol se asocia con una práctica sexual insegura y no manifestada, asociada a un menor uso del preservativo, dando lugar a mayor riesgo de contraer enfermedades de transmisión sexual o embarazos no deseados (64).

Otra de las repercusiones del consumo de alcohol, con respecto a la economía, son los costes sociales totales que conlleva. En España se sitúan alrededor del 1% del PIB, esto supone más de 10.000 millones de euros (41).

2.1.4. Diferencias según sexo de los efectos del alcohol

En general, cuando se consume la misma cantidad de alcohol, las mujeres son más susceptibles que los hombres al daño orgánico que se produce por el alcohol (65).

Cuando se habla de consumos excesivos las mujeres sufren un aumento en el grado de disfunción ventricular mayor que los hombres (65).

En el ámbito neurológico (65), en las mujeres es más frecuente el deterioro cognitivo y la atrofia cortical en consumos iguales que los hombres. También el nervio periférico y el músculo esquelético se ven afectados de forma más sensible en las mujeres.

Con respecto a la patología hepática a causa del consumo de alcohol, las mujeres son más susceptibles de desarrollar hepatitis alcohólica, fibrosis y cirrosis hepática incluso con menores dosis que los hombres (65).

El etanol se disuelve mejor en el agua que en los lípidos. Por lo que debido a las diferencias genéticas existentes entre hombres y mujeres en la proporción de grasa, y la tendencia media de un menor peso corporal en las mujeres, los niveles de etanol en sangre son mayores que en los hombres realizando un consumo igual de alcohol (4, 6).

2.2. TABACO

El Observatorio Español de la Droga y las Toxicomanías (39), en su Informe de alcohol, tabaco y drogas ilegales en España (2015), señala que en la encuesta EDADES en población de 15 a 64 años, se observa que el 73% de las personas encuestadas ha consumido alguna vez tabaco; el 41% en el último año, el 38% en el último mes y diariamente un 31%.

La edad media de inicio del consumo de tabaco es de 16 años, y la edad media de inicio de fumar diariamente es de 18 años. Entre el primer consumo de tabaco y el hábito de fumar diariamente suelen transcurrir de media dos años y medio (39).

Por término medio, los fumadores fuman 12 cigarrillos al día, y los hombres fuman en mayor medida (13,4 cigarrillos) que las mujeres. Con el incremento de edad se incrementa el consumo de cigarrillos (39).

Con respecto a la encuesta ESTUDES (39), que recoge a la población joven de riesgo entre 14 y 18 años, se observa que el 44% de esta población ha fumado tabaco alguna vez en su vida, el 35% en el último año y diariamente en el último mes, un 12,5%.

Se observa que ha habido un descenso en el consumo de tabaco en el rango de población de 14 y 18 años respecto a 2004 (39). En 2004, el 21,5% de los estudiantes fumaba diariamente, en 2010 un 12,3%, en 2012 un 12,5%, y en 2014 un 8,9%. Esto puede deberse a la aplicación de la Ley 28/2005 de medidas sanitarias contra el tabaquismo (66), que regulaba la venta, consumo y publicidad del tabaco (39).

2.2.1. Tabaco en universitarios

En el estudio realizado en la Universidad Católica de Murcia (España) (2009) (46) se obtiene que en estudiantes del último curso, son fumadores el 39,2%, frente al 36,4% del primer curso.

Mientras que en otro estudio en la Universidad Pública de Murcia (España) (2011) (49) la prevalencia del tabaquismo en universitarios fue del 33%.

En la Universidad de Valencia (España) (2011) (67) el 24,83% de los universitarios fuman.

En un estudio en una Universidad de Lima (Perú) (2006) (68) se observó que el 17% de los estudiantes de Enfermería fuman frente al 38,7% de universitarios de Ciencias de la Salud.

En la Escuela Universitaria de Enfermería de San Sebastián (España) (2007) (50) el porcentaje de fumadores habituales a lo largo de los 3 años de diplomatura en Enfermería era de 25%, 26,7% y 26,9% respectivamente. Se mantuvo estable durante los 3 años de estudios.

2.2.2. Factores del consumo de tabaco

La familia, al igual que pasa con el alcohol, es un factor fundamental en el comienzo del consumo de tabaco por parte de los jóvenes. La familia puede jugar como factor de riesgo o de protección en esta adicción. Conformar el espacio de socialización, forma al joven en actitudes, habilidades y valores (69).

En el estudio de Martínez - Hernández et al. en 2012 (70) se llegó a la conclusión de que el nivel de comunicación con los padres señala una relación opuesta con el consumo de cigarrillos diarios.

En el mismo estudio se señala que los estudiantes universitarios tienen un elevado índice de consumo de tabaco, y que el consumo muchas veces empieza en la adolescencia y se fortalece en la universidad (70).

Además de la familia existen otros factores de riesgo importantes en el consumo de tabaco (69) como: baja autoestima, poca práctica de actividad deportiva, asistencia a fiestas y discotecas, tener amigos fumadores y familiares fumadores que viven con ellos.

Los factores protectores (69) serían participar en deportes o realizar actividad física, tener una buena autoestima, relacionarse con amigos que no fumen, que los familiares no fumen y tener una buena y correcta educación para la salud, en la que se indicarían conocimientos relacionados con los problemas que ocasiona el tabaco en la salud.

Destacan los estudios realizados en España y en México (2006) (71) donde se da el dato de que un 100% de los adultos que fuman autorizan a sus hijos a que estos fumen, en edades comprendidas entre 15 y 18 años.

2.2.3. Consecuencias del consumo de tabaco

Los efectos del consumo de tabaco dependen del número de cigarrillos consumidos al día, de la cantidad de inhalaciones y la profundidad, del tipo de cigarrillo, y de la antigüedad del hábito tabáquico de la persona (18).

Entre los efectos más importantes se encuentra el cáncer. Existe una gran relación con el cáncer de pulmón en fumadores (72).

Hay relación entre el hábito de fumar y el estado nutricional, ya que fumar altera el sentido del gusto y del olfato. Se atenúa la sensación de hambre, los componentes del humo interaccionan con algunas vitaminas como el ácido fólico y la vitamina A y C; en el estómago y en el hígado se impide la absorción del complejo vitamínico B; la nicotina aumenta un 10% el gasto de energía y el humo del tabaco produce radicales libres, por lo cual es importante aportar antioxidantes en la dieta (73).

2.3. ALIMENTACIÓN

2.3.1. Alimentación en jóvenes y universitarios

Los estudiantes universitarios son un grupo bastante vulnerable con respecto a la nutrición. El periodo de la universidad es el momento donde la mayoría de estudiantes asume por primera vez la responsabilidad de llevar una dieta. Estos, a menudo, suprimen o se saltan algunas comidas, tienden a preferir consumir comida rápida, picar entre horas y consumir alcohol frecuentemente. La dieta que suelen llevar suele ser de contenido elevado en grasas y bajo en fibra dietética. En general la universidad es una etapa de educación importante para el desarrollo de los hábitos alimenticios y de la futura salud (74).

Los hábitos de alimentación están determinados por el conocimiento en nutrición y alimentación, cuanto mayor es la información, mayores serán los hábitos alimenticios saludables. Sin embargo, los factores sociales, culturales y económicos, y las preferencias de alimentos influyen en la alimentación (74).

Las salidas nocturnas de fin de semana, pueden ser causa de descontrol en los horarios de ingesta de alimentos, como tomar un desayuno completo o saltarse alguna comida. Sumándose a estos factores están las largas jornadas de clase que influyen tanto en la alimentación como en el rendimiento académico (74).

Hay una asociación entre la alimentación y el consumo de sustancias psicoactivas (75). El alcohol inhibe la ingesta de alimentos y el cannabis estimula la ingesta. El consumo de psicoactivos genera deficiencias de calcio y magnesio causando síntomas fisiológicos y psicológicos (75).

El impacto en el estado nutricional con respecto al consumo de alcohol, se puede reflejar en malnutrición primaria, en la que el alcohol sustituye a otros nutrientes de la dieta, y malnutrición secundaria cuando se toman los nutrientes en cantidad y calidad adecuados pero el alcohol interfiere en la absorción de los mismos en el intestino delgado (75).

En el estudio de la Facultad de Enfermería de Albacete (España) (2013) (76) el 91,25% de los estudiantes estaban en una situación de “necesidad de cambios en la dieta”, el resto tenía una alimentación “inadecuada”.

En el estudio de Norte Navarro et al. (2011) (77), en el rango de edad de 16-24 años, el 6,2% tiene una dieta saludable, el 78,2% necesita cambios en su dieta y el 15,8% llevan una dieta poco saludable.

En el estudio de Rodríguez-Felices et al. (2010) sobre hábitos saludables en jóvenes universitarios españoles (23) se menciona que un 14% presenta sobrepeso, con respecto al 73,4% de la población que presenta un índice de masa corporal ideal. Ello puede ser consecuencia de los hábitos alimentarios de este grupo de jóvenes. Predomina el consumo de carnes de ave frente a otros tipos, el consumo de pescado azul, rico en ácidos grasos poliinsaturados omega 3, frecuencia de consumo a la semana de fruta y verdura y la utilización como lípido principal del aceite de oliva (23). En el estudio de López et al. (2014) (78) en universitarios de Madrid, un 9,3% presentan sobrepeso.

2.4. ACTIVIDAD FÍSICA Y DEPORTIVA

2.4.1. Inactividad física

Dados los beneficios de la actividad física a la hora de prevenir multitud de enfermedades y para conseguir un estado saludable, se considera que ser inactivo sería como tener una profesión sedentaria, moverse con vehículos a motor y no realizar actividad física en el tiempo libre (27).

La Organización Mundial de la Salud (2010) (79) sitúa como cuarto factor de riesgo con respecto a la mortalidad en el mundo a la inactividad física, con un 6% de las muertes registradas. Sólo la superan la hipertensión (13%), consumo de tabaco (9%) y la diabetes (6%). Se estima que la falta de actividad física es la causa principal de alrededor de un 21-25% de los cánceres de mama y colon, de diabetes el 27% de casos, y sobre un 30% de la carga de cardiopatía isquémica (79).

2.4.2. Niveles recomendados de actividad física para la salud

Se recomienda la realización de práctica deportiva en niños de entre 5 y 17 años, de un mínimo de 60 minutos diarios de actividad física, en su mayoría aeróbica, de intensidad moderada o vigorosa (79). Tanto para niños como jóvenes en este grupo, la actividad física se basa en juegos, actividades lúdicas, educación física, deportes, desplazamientos o ejercicios con la familia, la escuela y las actividades comunitarias (79). En el caso de los niños y jóvenes inactivos, se aconseja elevar de manera progresiva la actividad, comenzando con pequeñas dosis de actividad física e ir aumentando el tiempo, frecuencia e intensidad (79, 80).

Las personas adultas de entre 18 y 64 años deberían realizar como mínimo 150 minutos semanales de actividad física aeróbica moderada, o bien 75 minutos a la semana de actividad física aeróbica vigorosa (o la combinación equivalente de ambas). Si se llegara a 300 minutos de actividad física moderada o 150 minutos de actividad vigorosa se conseguirían unos mayores beneficios sobre la salud (79, 80).

En adultos mayores de 65 años sería recomendable añadir a las anteriores recomendaciones en adultos, actividades para mejorar el equilibrio y prevenir caídas (79, 80).

2.4.3. Actividad física y deportiva en estudiantes universitarios

En el estudio realizado en la Universidad Católica de Murcia (España) (2009) (46) se observa que el 39% de los universitarios no realiza ejercicio físico y un 61% realiza algún tipo de ejercicio. Analizando por curso, el 37% de estudiantes de primer curso no realiza ejercicio físico frente al 41,2% que sí lo realiza, de los del último curso.

En el estudio de Mantilla Toloza et al., (2011) (81) se muestra que el 80% de los estudiantes se clasificaron como regularmente activos, de los que el 52% tenía un nivel alto de actividad física. Las titulaciones de Fisioterapia y Enfermería fueron las que registraron mejores valores (81). En el estudio de López et al., (2014) (78) el 12,1 % de estudiantes universitarios en Madrid presentan una alta actividad física, un 26,5% moderada y un 61,4% ligera actividad física.

2.4.4. Beneficios de la actividad física y deportiva

Uno de los medios ideales para obtener beneficios bio-psico-sociales, sobre todo en la salud de los jóvenes, es la práctica de actividad físico-deportiva (82).

2.4.4.1. Beneficios Fisiológicos

Las personas que sustentan unos niveles razonables de actividad física, principalmente en la edad adulta y la vejez, tienen menos probabilidad de tener enfermedades crónicas o una muerte prematura (83). Una de estas enfermedades crónicas, la hipertensión arterial, reduce su incidencia con la práctica de actividad física.

Con respecto a la obesidad y sobrepeso, se observa que más de un 70% de la población en los países desarrollados no hace la suficiente actividad física como para tener una buena salud y llevar un control del peso corporal. En España, según las últimas Encuestas Nacionales de Salud, el dato está en un 80% de la población (83). Según la *American College of Sports Medicine* (84) la realización de ejercicio físico, además de contribuir a la pérdida de peso, mejora los porcentajes de masa grasa y masa muscular, aumenta el gasto energético y contribuye a combatir la obesidad y el sobrepeso.

Se considera un pilar básico en el tratamiento de pacientes con diabetes mellitus tipo II la práctica de ejercicio físico (85). Algunos estudios han demostrado mejorías significativas en el control glucémico tras programas de ejercicio físico estructurado y mantenido en el tiempo (86, 87); así como mejoría de la calidad de vida, control metabólico y peso (88, 89).

Otro de los beneficios fisiológicos de la actividad física, según la *Revista Española de Cardiología* (90), es la mejora de la capacidad funcional y el menor riesgo de sufrir enfermedades cardiovasculares.

2.4.4.2. Beneficios Psicológicos

La actividad física aumenta el estado de ánimo, mejora la autoestima, disminuye el riesgo de tener estrés, ansiedad y depresión, y eleva el bienestar psicológico (91).

Según el estudio de Contreras et al. (2010) publicado en la *Revista de Psicología del Deporte* (92), la práctica deportiva se relaciona positivamente con las percepciones

físicas de los adolescentes, así pues, las personas que practican deporte tienen un autoconcepto físico y autoconcepto general superior a los que no practican ejercicio físico.

2.4.4.3. Beneficios Sociales

La práctica deportiva y el ejercicio físico son instrumentos que ayudan a la adquisición de habilidades sociales (93). A través de la utilización del deporte como elemento formativo, se pueden observar numerosos aspectos positivos, como la mejoría de todos los ámbitos de la persona: cognitivo, afectivo, social y motriz (94).

Las personas que practican deporte, tienen una mejor salud y un mayor bienestar. Se considera que el deporte es el tipo de actividad física que mejor contribuye en la mejora de esa percepción y que, junto con la edad, la situación laboral y de convivencia, el deporte es una de las cuatro variables que más influyen sobre la percepción de la calidad de vida de la población española joven, adulta y mayor (95).

El ejercicio físico se relaciona con conductas que mejoran la salud, y no practicar ejercicio físico se relaciona con el consumo de tabaco, alcohol y otras drogas. También se relaciona con una percepción de sí mismos más positiva al ser activos en la práctica de actividad física (96).

Además, aquellos jóvenes que habitualmente llevan a cabo algún tipo de actividad física se inician más tarde y tienen menor consumo de tabaco que aquellos que no lo practican, como señala en su artículo Rodríguez-Felices et al. (2010) (23) donde de un 83,1% de jóvenes que realizaban actividad física, un 52,1% no fumaba. Ocupar el tiempo de ocio en actividades físico deportivas cuyo motivo sea lúdico o por placer, se convierte en una herramienta de ayuda y protección para que los jóvenes dejen o disminuyan el consumo de alcohol, tabaco y otras drogas (96).

Con respecto a los motivos por los que se practica ejercicio físico, según el estudio AVENA (82) sobre los motivos de práctica de actividad físico-deportiva en adolescentes españoles, la diversión, la realización de ejercicio físico, estar con los amigos y el gusto hacia la práctica de deporte son, en ese orden, los principales motivos para realizar actividad físico-deportiva durante el tiempo libre. Las diferencias por género sobre los

motivos de la práctica deportiva destacan por la importancia de cuidar la estética corporal en chicas y la importancia por la competición y estar con los amigos en chicos.

2.5. COMPORTAMIENTO SEXUAL

Son una preocupación para la salud pública las prácticas sexuales de riesgo en los jóvenes (97-99). Estas aumentan el riesgo de contraer enfermedades de transmisión sexual y embarazos no deseados. También se asocia con el consumo de sustancias como las bebidas alcohólicas y otras drogas (97). Los estudiantes universitarios son más propensos a tener un comportamiento sexual de riesgo y tener un mayor consumo de alcohol que los jóvenes no universitarios (100).

La edad con la que la mayoría de los jóvenes españoles tiene relaciones sexuales por primera vez es entre los 16 y 20 años (101).

Con respecto a la tendencia sexual, en la última década se duplicó el número de jóvenes con experiencias sexuales en edades de 15 y 17 años, tanto en chicos como chicas (102). El aumento de relaciones sexuales se debe a los importantes cambios sociales, culturales y políticos que se han dado en las sociedades occidentales (102). Este aumento de vida sexual en jóvenes se relaciona con algunos problemas de salud pública como son las prácticas sexuales de riesgo (102).

Muchos jóvenes valoran las sustancias, en especial el alcohol, aunque también cannabis, cocaína y éxtasis, por los efectos que pueden tener para facilitar el sexo, desde la relajación hasta la desinhibición (102, 103).

El abuso de drogas está relacionado con el sexo de riesgo, que conduce más a enfermedades de transmisión sexual que el sexo seguro (104).

Los jóvenes utilizan el alcohol para facilitar la práctica de relaciones sexuales (97).

Las zonas de ocio nocturno y contexto de fines de semana donde se utilizan drogas se relacionan con posibilidad de comenzar un encuentro sexual (105).

Los jóvenes que no tienen problemas con el alcohol hacen un mayor uso del preservativo (106).

El 45% de jóvenes que consumen drogas ilegales y el 30% que sólo consumen drogas consideradas legales consideran que una razón importante para salir por la noche de fiesta es buscar encuentros sexuales (107).

El alcohol es la droga que más interviene en la sexualidad y la más valorada por los jóvenes en relación al sexo para iniciar las relaciones y primeros contactos (102). Tanto mujeres como hombres valoran su efecto desinhibidor, en mayor medida en las mujeres, sobre todo para facilitar el inicio. Con respecto a la prolongación en la relación sexual se valora más la cocaína (102).

Según algunos estudios consumir moderadamente alcohol facilita el encuentro sexual (105). Consumir varias drogas recreativas o mucha cantidad está relacionado con despreocupación y pérdida de control que deriva en riesgos sexuales (105).

Las drogas están cada vez más vinculadas a la violencia sexual e incluso el propio sexo se puede utilizar para obtener drogas (108, 109). Quienes consumen alcohol y drogas son sexualmente más activos, practican más sexo poco seguro y debido a esto tienen mayor riesgo de enfermedades de transmisión sexual y embarazos no deseados (109).

Consumir cantidades pequeñas de alcohol puede elevar la confianza, pero tomar cantidades elevadas suele hacer vulnerable al sujeto y conducirlo a tener relaciones sexuales no deseadas e inseguras (109, 110).

2.6. CRNOTIPO

2.6.1. Cronotipo en jóvenes

Los jóvenes se caracterizan por tener un cronotipo más vespertino, una duración más corta del sueño en los días entre semana y dormir más tarde y con sueño más prolongado los fines de semana (34). También tienen más somnolencia por el día y presentan más problemas relacionados con el sueño comparado con otros cronotipos (34,

111). Además, los jóvenes con cronotipo vespertino parecen tener mayor riesgo de estado de ánimo depresivo, ideas suicidas, y menor autoestima (34, 112, 113).

2.6.2. Cronotipo en universitarios

Se ha observado la influencia del cronotipo en la actividad de las universidades (114). Los universitarios con cronotipo matutino tienen mejores calificaciones que los universitarios con cronotipo vespertino (114). Esto, se justifica por hecho de que los estudiantes con cronotipo vespertino normalmente tienen más falta de sueño que los cronotipos matutinos, ya que los horarios de clase suelen ser por la mañana a primera hora (114). Muchos estudiantes con cronotipo vespertino refieren sensación de somnolencia durante el día (34). La falta de sueño, la mala calidad del sueño y los horarios irregulares a la hora de acostarse justifican, en gran medida esa sensación de somnolencia.

Por otra parte, el cronotipo vespertino se relaciona con un mayor uso de sustancias tales como la cafeína, alcohol, tabaco y marihuana (34), y menor rendimiento académico (33).

2.7. JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO

La amplia fotografía nacional e internacional que se ha presentado sobre los consumos de alcohol y tabaco; los hábitos relacionados: actividad física, alimentación, y sexualidad; así como la influencia de los ritmos biológicos en las conductas; impele a conocer nuestro entorno más inmediato, como son las Universidades de Córdoba y Castilla La Mancha, con la meta final de que de la información obtenida se puedan implementar actividades para mejorar la situación si se requiere o potenciar la promoción de hábitos saludables si predominan. De especial interés es identificar diferencias entre los dos entornos mencionados que puedan actuar como factor protector o de riesgo.

2.8. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Qué características describen el consumo de alcohol y tabaco, hábitos alimenticios, el nivel de práctica de actividad física y comportamiento sexual en los estudiantes universitarios de Córdoba y Castilla La Mancha en España? Así como ¿Qué tipo de influencia tiene el cronotipo en sus hábitos?

3. OBJETIVOS

3.1. OBJETIVOS GENERALES

- Conocer el consumo de alcohol y tabaco, práctica de actividad física, hábitos alimenticios, comportamiento sexual y cronotipo en estudiantes de las Universidades de Córdoba y Castilla La Mancha en España.

3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Determinar las características sociodemográficas relacionadas con el consumo de alcohol y tabaco, la dieta mediterránea, actividad física, comportamiento sexual y cronotipo.
- Conocer la frecuencia de consumo de alcohol y su grado de riesgo y dependencia.
- Evaluar el consumo intensivo de alcohol y su frecuencia.
- Identificar el consumo de tabaco, dependencia a la nicotina y la motivación para dejar de fumar.
- Conocer la frecuencia y el tipo de actividad física que realizan.
- Analizar la adherencia a la dieta mediterránea.
- Evaluar el comportamiento sexual y su relación con los métodos de protección al mantener relaciones sexuales.
- Analizar el cronotipo.
- Indagar la relación entre el consumo de alcohol y la dependencia a la nicotina, actividad física, comportamiento sexual y cronotipo.
- Identificar la relación del cronotipo con el *binge drinking*, la adherencia a la dieta mediterránea, y la motivación para dejar de fumar.
- Observar la relación del comportamiento sexual con la motivación para dejar de fumar, la dependencia a la nicotina y el *binge drinking*.
- Conocer factores relacionados positiva o negativamente con las variables estudiadas: consumo de alcohol y tabaco, hábitos alimenticios, actividad física, conducta sexual y cronotipo.
- Comparar los dos entornos estudiados y determinar diferencias como factores de riesgo o protectores.

4. MATERIAL Y MÉTODOS

4.1. DISEÑO DEL ESTUDIO

Estudio de tipo descriptivo observacional comparativo.

4.2. SUJETOS Y ÁMBITO DE ESTUDIO

Estudiantes universitarios de las Universidades de Córdoba (UCO) y Castilla La Mancha (UCLM) en España.

4.3. MUESTRA

El estudio se planteó para abarcar a la totalidad de estudiantes de ambas universidades.

Criterios de inclusión: Alumnos matriculados en las Universidades de Córdoba y Castilla La Mancha en estudios de Grado, Máster y Doctorado.

4.4. VARIABLES DEL ESTUDIO

- Variables sociodemográficas:
 - Sexo
 - Edad
 - Universidad donde estudia
 - ¿Qué estudios está cursando?
 - Carrera Universitaria
 - Curso académico
 - Peso (kg)
 - Talla (cm)

- Lugar de residencia
 - Estado civil
 - Antecedentes consumo de alcohol padre o madre
 - Antecedentes consumo de tabaco padre o madre
 - Práctica de ejercicio físico padre o madre
 - Antecedentes enfermedad relacionada con consumo de tabaco/alcohol en padres
 - ¿Utiliza algún método de protección cuando mantiene relaciones sexuales?
¿Cuál?
- Consumo de alcohol.
 - Consumo de tabaco.
 - Actividad física y deportiva.
 - Hábitos alimenticios.
 - Comportamiento sexual.
 - Cronotipo.

En el apartado “instrumentos de recogida de datos” se explica cómo se van a medir las variables referidas.

4.5. INSTRUMENTOS DE RECOGIDA DE DATOS

- Cuestionario de datos sociodemográficos elaborado al efecto (ANEXO I)
- *Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT)* de Saunders et al. (1993) (115). Versión traducida y validada al castellano por Guillamón et al. (1999) (116) (ANEXO II)

El cuestionario AUDIT surge de la revisión, en primer lugar, de Babor et al. (117) y posteriormente de Saunders et al. (115), de los cuestionarios más utilizados en la temática del alcohol. Estos autores plantearon la necesidad de diseñar instrumentos de cribaje sencillos, de detección precoz de consumos problemáticos de alcohol e intervención eficaz. Posterior a la revisión, la Organización Mundial de la Salud (OMS) (1993) (115) encarga a un grupo de investigadores el desarrollo de un

instrumento de medida. El resultado del estudio fue el test AUDIT (115). Este cuestionario está validado para detectar el consumo de riesgo y consumo nocivo de alcohol (12, 115, 117). A su vez ha demostrado ser preciso para detectar la dependencia de alcohol en estudiantes universitarios (118). Esta validado en castellano (116).

El test AUDIT es un cuestionario compuesto por 10 ítems, cuya puntuación oscila entre 0 y 40 puntos. Cada ítem tiene 5 opciones de respuesta, con una puntuación entre 0 y 4, exceptuando los ítems 9 y 10, los cuales sólo tienen tres posibilidades que puntúan 0, 2, 4. Las tres primeras preguntas se refieren al consumo de riesgo de alcohol, de la pregunta 4 a la 6 se miden los síntomas de dependencia, y las cuatro últimas preguntas miden el consumo perjudicial de alcohol (119).

Para estudiantes universitarios (120), puntuaciones entre 8 y 12 para hombres, y 6 y 12 para mujeres, refieren un consumo de riesgo. Puntuaciones a partir de 13 puntos para ambos sexos denotan dependencia alcohólica.

En relación al consumo intensivo de alcohol, el denominado *binge drinking*, se midió con la tercera pregunta del test AUDIT. Se categorizaron las respuestas como: nunca, menos de una vez al mes, y mensualmente o más (incluyendo mensualmente, semanalmente y a diario o casi a diario) (97, 121).

- Test de Dependencia a la Nicotina de Fagerstrom (1978) (122). Versión de Becoña et al. (1992) (123) (ANEXO III)

Este cuestionario trata de una escala de 6 ítems donde se valora la dependencia a la nicotina. Esta escala tiene los puntos de corte en 4 y 7. Menos de 4 puntos es una dependencia baja, entre 4 y 7 es una dependencia moderada, y más de 7 tiene dependencia alta.

- Test de Richmond (1993) (124). Versión de Córdoba et al. (2000) (125) (ANEXO IV)

El test de Richmond (124) es un cuestionario que consta de 4 ítems con los que poder valorar el grado de motivación para dejar de fumar. Las puntuaciones del test oscilan entre 0 y 10 puntos, puntuando el ítem 1 de 0 a 1 y los demás de 0 a 3. Las puntuaciones detectadas para asociar el nivel de motivación y el cese del consumo de tabáquico son de 0 a 3: nulo o bajo, entre 4 y 5: dudoso, de 6 a 7: moderado (con necesidad de ayuda), y de 8 a 10: alto.

- *International Physical Activity Questionnaire (IPAQ-SF) Craig et al. (2003) (126), versión en español disponible en: <http://www.ipaq.ki.se> (127) (ANEXO V)*

Este cuestionario se desarrolló para tener un cuestionario estandarizado para estudios poblacionales a nivel mundial. Fue diseñado para ser usado en adultos entre 18 y 65 años. La versión corta, que es la que se utiliza en el presente estudio, está validada en varios países, entre ellos España (126) y universitarios españoles (128). El IPAQ mide tres características de la actividad física: intensidad (leve, moderada o vigorosa), frecuencia (se mide en días por semana) y duración (tiempo por día).

La actividad de intensidad moderada produce un aumento moderado de la respiración, frecuencia cardíaca y sudoración, al menos durante 10 minutos. La actividad de intensidad vigorosa es la que provoca un mayor aumento de estas variables, durante 10 minutos o más.

La actividad física semanal se mide con un registro en MET/minutos/semana. Los valores de referencia son:

Caminar: 3,3 MET; actividad física moderada: 4 MET; actividad física vigorosa: 8 MET.

Después de calcular el índice de actividad física, que se calcula por la intensidad (en MET), por la frecuencia y por la duración, se clasifican los sujetos en 3 categorías:

Categoría baja:

Nivel de actividad física inferior al nivel medio y alto.

Categoría media:

- 3 o más días de actividad física vigorosa por lo menos 20 minutos por día
- 5 o más días de actividad física moderada y/o caminata al menos 30 minutos por día.
- 5 o más días de cualquiera de las combinaciones de caminata, actividad física moderada o vigorosa logrando como mínimo un total de 600 MET.

Categoría alta:

- Actividad Física Vigorosa por lo menos 3 días por semana logrando un total de al menos 1500 MET
- 7 días de cualquier combinación de caminata, con actividad física moderada y/o actividad física vigorosa, logrando un total de al menos 3000 MET.

- Mediterranean Diet Quality Index (Kidmed) Serra-Majem et al. (2004) (129) (ANEXO VI)

El presente test está formado por 16 preguntas que se responden dicotómicamente (sí/no). Hay 12 preguntas que representan un aspecto positivo en relación a la dieta mediterránea y 4 que representan un aspecto negativo. Las respuestas afirmativas en las preguntas que tienen un aspecto positivo suman 1 punto, y las respuestas afirmativas en las preguntas con connotación negativa restan un punto. Con la puntuación total se da lugar a una clasificación en tres categorías:

- Dieta mediterránea óptima (adherencia alta): Puntuación de 8 a 12 puntos.
- Necesidad de mejora del patrón alimentario para adecuarlo a la dieta mediterránea (adherencia media): Puntuación de 4 a 7 puntos.
- Dieta mediterránea de muy baja calidad (adherencia baja): Puntuación de 0 a 3 puntos.

- Encuesta Revisada de Opinión Sexual (EROS) de del Río Olvera et al. (2013) (130). ANEXO VII)

El cuestionario EROS es una adaptación del cuestionario Sexual Opinion Survey, validado en España. El cuestionario Sexual Opinion Survey, presenta un sesgo en relación a que no distingue las distintas orientaciones sexuales, aspecto que ha sido modificado en la Encuesta Revisada de Opinión Sexual.

Este cuestionario mide la dimensión erotofobia-erotofilia, que se define como la disposición aprendida a responder ante estímulos sexuales, extendidos desde un punto negativo, erotofobia, hasta un punto positivo, erotofilia.

El cuestionario consta de 20 ítems. Se contesta en una escala tipo Likert, de 1 a 7, donde 1 es totalmente desacuerdo, y 7 totalmente de acuerdo. Cuenta con ítems directos e inversos. Para la corrección se suman los ítems directos y, al resultado, se le restan los ítems inversos, y se le suma 52. El total de puntuación oscilará entre 0, siendo el mayor nivel de erotofobia, y 120 la máxima erotofilia.

- *Morningness-Eveningness Questionnaire* (MEQ) de Adan y Almirall (1990) (131) (ANEXO VIII)

Este cuestionario es una versión reducida del cuestionario de matutinidad-vespertinidad de Horne y Ostberg (132) en español. La escala está estandarizada para población española y estudiantes concretamente. Con esta escala reducida se solventan problemas que tenía el cuestionario de Horne y Ostberg, ya que algunos de sus ítems recogían información de otras dimensiones y no sólo la de matutinidad y vespertinidad (131).

El cuestionario consta de 5 ítems, dónde excepto los ítems 2 y 5, que tienen 4 opciones de respuesta, los demás tienen 5 opciones. La puntuación va desde los 4 puntos hasta los 25. Distinguiendo las puntuaciones de 4-7 como claramente vespertino, de 8 a 11 puntos moderadamente vespertino, de 12-17 puntos ningún tipo (cronotipo intermedio), de 18 a 21 puntos moderadamente matutino, y de 22 a 25 puntos claramente matutino (2).

4.6. PERIODO DE RECOGIDA DE DATOS

Del 8 de Diciembre de 2017 al 31 de Enero de 2018

4.7. PROCEDIMIENTO

Con el conjunto de instrumentos descritos se elaboró un cuestionario online que aseguraba la confidencialidad de los usuarios y que incluía la Hoja de Información (ANEXO IX) y Consentimiento Informado (ANEXO X). Mediante correo electrónico a enlaces responsables en las dos Universidades, se realizó la difusión del estudio y enlace del cuestionario a los alumnos.

El estudio contó con la autorización de la Fundación para la Investigación Biomédica de Córdoba (FIBICO) (ANEXO XI), y de las Universidades de Córdoba (ANEXO XII) y Castilla La Mancha (ANEXO XIII). Con informe favorable del Comité de Ética de la Investigación de la Provincia de Córdoba (Acta nº 269, ref. 3640) (ANEXO XIV).

4.8. ANÁLISIS DE DATOS

El análisis estadístico de los datos se realizó con el programa IBM SPSS Statistics versión 23 (IBM Corp, Armonk, NY, USA), consistiendo en un análisis descriptivo mediante el cálculo de recuentos (n) y proporciones (%) para las variables cualitativas y mediante el cálculo de media (m) y desviación estándar (DE) para variables cuantitativas. También se realizó una comparación de proporciones de las variables categóricas mediante pruebas ji-cuadrado para tablas de contingencia. Además, se realizó una regresión logística (RL) para identificar las variables asociadas al consumo de alcohol, tabaco, ejercicio físico, dieta mediterránea, comportamiento sexual y cronotipo.

Para la regresión logística se recodificaron las variables:

- **Consumo de alcohol:**
 - Bebedor de riesgo (incluye bebedor de riesgo y dependencia alcohólica).
 - No bebedor de riesgo.
- **Dependencia a la nicotina:**
 - Baja dependencia a la nicotina.
 - Dependencia moderada/alta a la nicotina.
- **Estado civil:**
 - Soltero/a.
 - Casado/a.
 - Separado/a, viudo/a, divorciado/a.
- **Motivación para dejar de fumar:**
 - Sí motivación para dejar de fumar (incluye motivación nula o baja, y motivación dudosa).
 - No motivación para dejar de fumar (incluye motivación moderada y alta).
- **Cronotipo:**
 - Cronotipo intermedio.
 - Vespertino (incluye claramente vespertino y moderadamente vespertino).
 - Matutino (incluye claramente matutino y moderadamente matutino).

Para comparar los valores promedios de las variables cuantitativas entre dos grupos se utilizó la t de Student para muestras independientes. En todas las pruebas estadísticas se consideraron valores “significativos” aquellos cuyo nivel de confianza fue del 95% ($p < 0,05$).

Para el análisis relacional de las variables se utilizaron las variables recodificadas descritas anteriormente en la regresión logística.

4.9. CONSIDERACIONES ÉTICAS

La investigación realizada respeta los principios fundamentales de la declaración de Helsinki, del Consejo de Europa relativo a los Derechos Humanos y a la Biomedicina, de la declaración Universal de la UNESCO, sobre el genoma humano y los derechos humanos y el Consejo de Oviedo relativo a los Derechos Humanos y a la Biomedicina.

El proyecto cuenta con la aprobación del Comité de Ética de la Investigación de la Provincia de Córdoba (Acta nº 269, ref. 3640) (ANEXO X).

Se obtuvo permiso de las Universidades de Córdoba (ANEXO XII) y Castilla La Mancha (ANEXO XIII) para la realización del estudio.

Todos los datos de carácter personal obtenidos en el estudio se han tratado confidencialmente conforme a la ley Orgánica de Protección de datos de carácter personal 15/1999. Normativa vigente en el periodo de desarrollo del mismo.

4.10. CRONOGRAMA

TAREAS	CURSO ACADÉMICO											
	2016	2017				2018				2019		
	Nov- Dic	Ene- Mar	Abr- Jun	Jul - Sept	Oct - Dic	Ene - Mar	Abr - Jun	Jul - Sept	Oct - Dic	Ene - Mar	Abr - Jun	Jul - Sept
Revisión bibliográfica												
Elección instrumentos												
Diseño del proyecto de investigación												
Redacción del marco teórico												
Diseño de la base de datos												
Administración de los instrumentos												
Corrección de cuestionarios												
Análisis de los datos												
Resultados												
Discusión y conclusiones												
Redacción del trabajo y entrega												

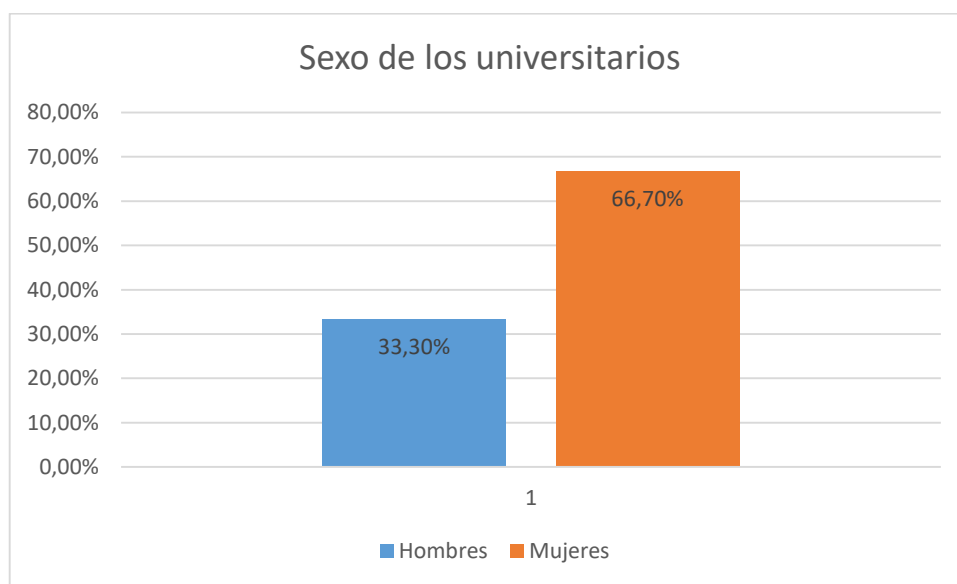
5. RESULTADOS

Un total de 464 estudiantes participaron en el estudio, de los cuales se excluyeron 7 por cuestionarios incompletos. Reclutando finalmente una muestra de 457 alumnos.

5.1. VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS DEL TOTAL DE LA MUESTRA (N: 457)

Con respecto a la filiación de los universitarios un 33,3% fueron hombres y un 66,7% mujeres.

Figura 2. Sexo de los universitarios (N: 457)



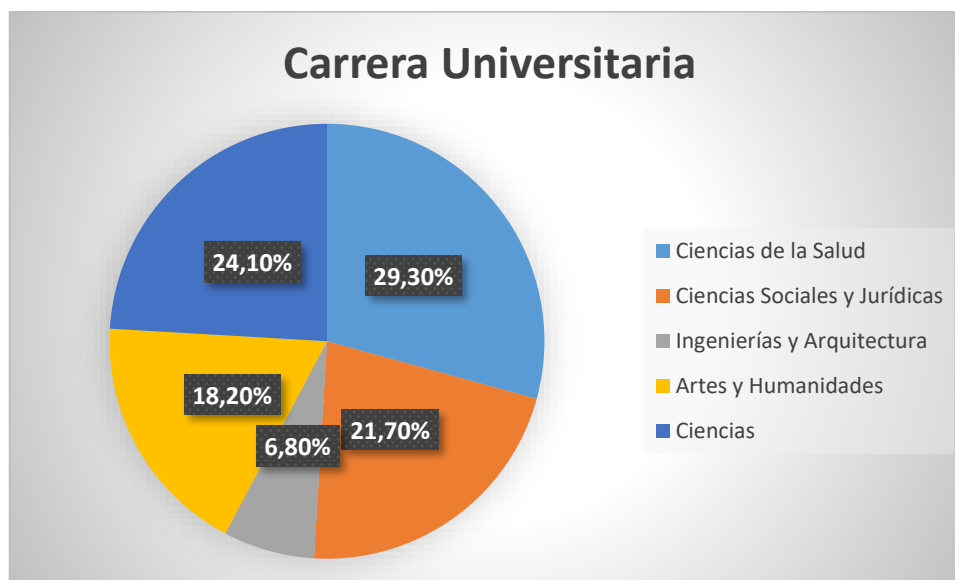
La edad media de los universitarios fue 20,93 años [Desviación Estándar (DE) 3,283], siendo la mediana 20 años y la moda 19. El 36,5% de alumnos estudian en la Universidad de Córdoba (UCO) y el 63,5% en la Universidad de Castilla-La Mancha (UCLM).

Figura 3. Universidad a la que pertenecen los participantes (N: 457)



El 93,4% cursan estudios de Grado, el 4,8% estudios de Máster y el 1,8% estudios de Doctorado. En relación a la carrera universitaria, un 29,3% cursan estudios de la rama de Ciencias de la Salud, un 21,7% estudios de Ciencias Sociales y Jurídicas, un 6,8% Ingenierías y Arquitectura, un 18,2% Artes y Humanidades, y el 24,1% estudios de Ciencias (Figura 4).

Figura 4. Tipo de carrera universitaria (N: 457)



En relación al curso académico el 26,7% están en el primer curso; el 29,5% en segundo curso; el 15,3% en tercero; el 24,3% en cuarto; el 2,6% quinto, y el 1,5% en sexto curso.

En relación al lugar de residencia, el 9% vive en un Colegio Mayor o Residencia Universitaria; el 44,6% en la vivienda de los padres/tutores, el 43,1% vive en piso de alquiler con compañeros, un 0,4% vive en piso de alquiler con pareja, un 0,9% en piso de alquiler solo, un 1,5% en vivienda propia y el 0,4% en vivienda con pareja. El estado civil más frecuente es soltero/a (96,1%), seguido de casado/a (3,7%), y viudo/a (0,2%). En relación al peso, según sexo, en estudiantes hombres la media fue de 76,25 kg [DE 13,909], siendo la moda y mediana 75 kg. En mujeres estudiantes, la media fue de 59,63 kg [DE 10,498], siendo la mediana 58 kg y la moda 55 kg. La altura media de los universitarios fue de 167,47 cm [DE 11,707], siendo la mediana 168 cm y la moda 160 cm.

En relación a los antecedentes de consumo de alcohol por parte de padre o madre, el 28% tiene antecedentes de consumo de alcohol, y el 72% no. El 65,6% tiene antecedentes de consumo de tabaco por parte de padre o madre, el 34,4% no. En relación a la práctica de ejercicio físico el 44% de padres o madres lo practica. El 7,2% de universitarios tiene antecedentes de enfermedad relacionada con consumo de alcohol/tabaco en padres o madres.

Con respecto al uso de medio de protección al mantener relaciones sexuales el 91,9% de universitarios afirma utilizarlo. Siendo el más utilizado el preservativo (70,9%), seguido de la píldora anticonceptiva (17,9%), y el 11,2% otros (Tabla 2 y 3).

Tabla 2. Variables sociodemográficas cualitativas (N: 457) (1/3)

Variables sociodemográficas	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
Sexo		
Hombre	152	33,3
Mujer	305	66,7
Universidad		
UCLM	290	63,5
UCO	167	36,5
Estudios que está cursando		
Grado	427	93,4
Máster	22	4,8
Doctorado	8	1,8
Carrera Universitaria		
Ciencias de la Salud	134	29,3
Ciencias Sociales y Jurídicas	99	21,7
Ingenierías y Arquitectura	31	6,8
Artes y Humanidades	83	18,2
Ciencias	110	24,1

Tabla 2. Variables sociodemográficas cualitativas (N: 457) (2/3)

Variables sociodemográficas	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
Curso Académico		
Primero	122	26,7
Segundo	135	29,5
Tercero	70	15,3
Cuarto	111	24,3
Quinto	12	2,6
Sexto	7	1,5
Lugar de residencia		
Residencia universitaria/Colegio Mayor	41	9
Vivienda de los padres/tutores	204	44,6
Piso de alquiler con compañeros	197	43,1
Piso en alquiler con pareja	2	0,4
Piso en alquiler solo	4	0,9
Vivienda propia	7	1,5
Vivienda con pareja	2	0,4
Estado civil		
Soltero/a	439	96,1
Casado/a	17	3,7
Viudo/a	1	0,2

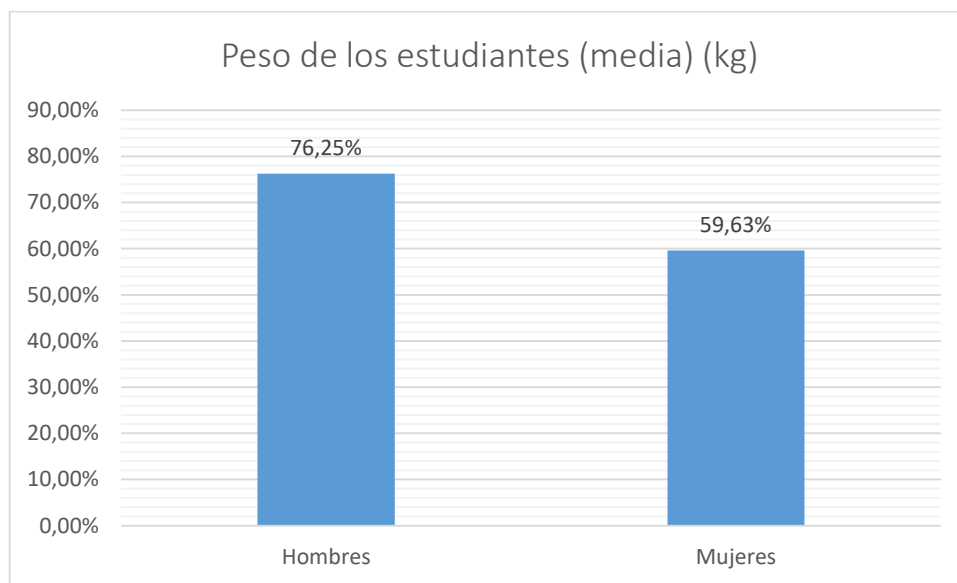
Tabla 2. Variables sociodemográficas cualitativas (N: 457) (3/3)

Variables sociodemográficas	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
Antecedentes consumo de alcohol padre o madre		
Si	128	28
No	329	72
Antecedentes consumo de tabaco padre o madre		
Si	300	65,6
No	157	34,4
Práctica de ejercicio físico padre o madre		
Si	201	44
No	256	56
Antecedentes enfermedad relacionada con consumo de tabaco/alcohol en padres		
Si	33	7,2
No	424	92,8
¿Utiliza algún medio de protección cuando mantiene relaciones sexuales?		
Si	420	91,9
No	37	8,1
¿Cuál?		
Preservativo	324	70,9
Píldora anticonceptiva	82	17,9
Otro	51	11,2

Tabla 3. Variables sociodemográficas cuantitativas (N: 457)

	N	Media	DE	Mediana	Moda	Mínimo	Máximo
Edad	457	20,93	3,283	20	19	17	48
Peso	457	65,16	14,107	63	55	29	122
Hombres	152	76,25	13,909	75	75	52	122
Mujeres	305	59,63	10,498	58	55	29	110
Altura	457	167,47	11,707	168	160	120	196

Figura 5. Peso (media) en kg según sexo (N: 457)



5.2. VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS DE LOS ESTUDIANTES DE LA UNIVERSIDAD DE CÓRDOBA (UCO) (n: 167)

Con respecto a la filiación de los estudiantes de la UCO que participaron en el estudio un 38,9% fueron hombres y un 61,1% mujeres. La edad media de los universitarios fue 20,62 años [DE 2,743], siendo la mediana 20 años y la moda 19. El 88% cursan estudios de Grado, el 10,8% estudios de Máster, y el 1,2% de Doctorado. En relación a la carrera universitaria, la rama de estudios mayoritaria es Artes y Humanidades (26,9%), seguida de Ciencias (26,3%), Ciencias Sociales y Jurídicas (25,7%), Ciencias de la Salud (19,2%), e Ingeniería y Arquitectura (1,8%). En relación al curso académico el 38,3% están en el primer curso, segundo curso (31,7%), tercer curso (9%), cuarto curso (19,8%), quinto curso (0,6%), y sexto curso (0,6%). El 9% de estudiantes de la UCO vive en Residencia Universitaria/Colegio Mayor, el 53,3% en la vivienda de los padres/tutores, piso de alquiler con compañeros (35,9%), piso de alquiler con pareja (0,6%), vivienda propia (1,2%), y ningún estudiante vive en piso de alquiler solo ni en vivienda propia con pareja. El estado civil más frecuente es soltero/a (97%), seguido de casado/a (3%). En relación al peso la media fue de 66,79 kg [DE 15,401], siendo la mediana y la moda 65 kg. La altura media de los universitarios fue de 168,4 cm [DE 12,816], siendo la mediana 169 cm y la moda 160 cm.

En relación a los antecedentes de consumo de alcohol por parte de padre o madre, el 26,9% tiene antecedentes de consumo de alcohol, y el 73,1% no. El 61,1% tiene antecedentes de consumo de tabaco por parte de padre o madre, el 38,9% no. En relación a la práctica de ejercicio físico el 44,3% de padres o madres lo practica. El 7,2% de los participantes cordobeses tiene antecedentes de enfermedad relacionada con consumo de alcohol/tabaco en padres o madres.

Con respecto al uso de medio de protección al mantener relaciones sexuales, el 93,4% afirma utilizarlo. Siendo el más utilizado el preservativo (68,9%), seguido de la píldora anticonceptiva (18%), y el 13,2% utiliza otro.

Tabla 4. Variables sociodemográficas cualitativas comparativo UCO/UCLM (1/3)

Variables sociodemográficas	UCO		UCLM	
	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
Sexo				
Hombre	65	38,9	87	30
Mujer	102	61,1	203	70
Estudios que está cursando				
Grado	147	88	280	96,6
Máster	18	10,8	4	1,4
Doctorado	2	1,2	6	2,1
Carrera Universitaria				
Ciencias de la Salud	32	19,2	102	35,2
Ciencias Sociales y Jurídicas	43	25,7	56	19,3
Ingenierías y Arquitectura	3	1,8	28	9,7
Artes y Humanidades	45	26,9	38	13,1
Ciencias	44	26,3	66	22,8
Curso Académico				
Primero	64	38,3	58	20
Segundo	53	31,7	82	28,3
Tercero	15	9	55	19
Cuarto	33	19,8	78	26,9
Quinto	1	0,6	11	3,8
Sexto	1	0,6	6	2,1

Tabla 4. Variables sociodemográficas cualitativas comparativo UCO/UCLM (2/3)

Variables sociodemográficas	UCO		UCLM	
	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
Lugar de residencia				
Residencia universitaria/Colegio Mayor	15	9	26	9
Vivienda de los padres/tutores	89	53,3	115	39,7
Piso de alquiler con compañeros	60	35,9	137	47,2
Piso en alquiler con pareja	1	0,6	1	0,3
Piso en alquiler solo	-	-	4	1,4
Vivienda propia	2	1,2	5	1,7
Vivienda con pareja	-	-	2	0,7
Estado civil				
Soltero/a	162	97	277	95,5
Casado/a	5	3	12	4,1
Viudo/a	-	-	1	0,3
Antecedentes consumo de alcohol padre o madre				
Si	45	26,9	83	28,6
No	122	73,1	207	71,4

Tabla 4. Variables sociodemográficas cualitativas comparativo UCO/UCLM (3/3)

Variables sociodemográficas	UCO		UCLM	
	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
Antecedentes consumo de tabaco padre o madre				
Si	102	61,1	198	68,3
No	65	38,9	92	31,7
Práctica de ejercicio físico padre o madre				
Si	74	44,3	127	43,8
No	93	55,7	163	56,2
Antecedentes enfermedad relacionada con consumo de tabaco/alcohol en padres				
Si	12	7,2	21	7,2
No	155	92,8	269	92,8
¿Utiliza algún medio de protección cuando mantiene relaciones sexuales?				
Si	156	93,4	264	91
No	11	6,6	26	9
¿Cuál?				
Preservativo	115	68,9	209	72,1
Píldora anticonceptiva	30	18	52	
Otro	22	13,2	29	10

Tabla 5. Variables sociodemográficas cuantitativas de los estudiantes de la Universidad de Córdoba (UCO) (n: 167)

	n	Media	DE	Mediana	Moda	Mínimo	Máximo
Edad	167	20,62	2,743	20	19	17	35
Peso	167	66,79	15,401	65	65	29	115
Altura	167	168,40	12,816	169	160	120	196

Tabla 6. Variables sociodemográficas cuantitativas de los estudiantes de la Universidad de Castilla-La Mancha (UCLM) (n: 290)

	n	Media	DE	Mediana	Moda	Mínimo	Máximo
Edad	290	21,10	3,549	20	19	17	48
Peso	290	64,21	13,241	62	55	40	122
Altura	290	166,94	11,006	167	160	132	195

5.3. VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS DE LOS ESTUDIANTES DE LA UNIVERSIDAD DE CASTILLA-LA MANCHA (UCLM) (n:290)

Con respecto a la filiación de los estudiantes de la UCLM un 30% fueron hombres y un 70% mujeres. La edad media de los universitarios fue 21,1 años [Desviación Estándar (DE) 3,549], siendo la mediana 20 años y la moda 19. El 96,6% cursan estudios de Grado, el 1,4% estudios de Máster, y el 2,1% de Doctorado. En relación a la carrera universitaria, la rama de estudios mayoritaria es Ciencias de la Salud (35,2%), seguida de Ciencias (22,8%), Ciencias Sociales y Jurídicas (19,3%), Artes y Humanidades (13,1%), e Ingenierías y Arquitectura (9,7%). En relación al curso académico el 20% están en el primer curso, segundo (28,3%), tercero (19%), cuarto (26,9%), quinto (3,8%), y sexto curso (2,1%). El 9% de estudiantes de la UCLM vive en Residencia Universitaria/Colegio

Mayor, el 39,7% en la vivienda de los padres/tutores, piso de alquiler con compañeros (47,2%), piso de alquiler con pareja (0,3%), piso en alquiler solo (1,4%), vivienda propia (1,7%), y ningún estudiante vive en vivienda propia con pareja. El estado civil más frecuente es soltero/a (95,5%), seguido de casado/a (4,1%), y viudo/a (0,3%). En relación al peso la media fue de 64,21 kg [DE 13,241], siendo la mediana 62 kg y la moda 55 kg. La altura media de los universitarios fue de 166,94 cm [DE 11,006], siendo la mediana 167 cm y la moda 160 cm.

En relación a los antecedentes de consumo de alcohol por parte de padre o madre, el 28,6% tiene antecedentes, y el 71,4% no. El 68,3% tiene antecedentes de consumo de tabaco por parte de padre o madre, el 31,7% no. En relación a la práctica de ejercicio físico el 43,8% de padres o madres lo practica. El 7,2% de universitarios tiene antecedentes de enfermedad relacionada con consumo de alcohol/tabaco en padres o madres.

Con respecto al uso de medio de protección al mantener relaciones sexuales el 91% afirma utilizarlo. Siendo el más utilizado el preservativo (72,1%), seguido de la píldora anticonceptiva (17,9%), y el 10% utiliza otro método de protección.

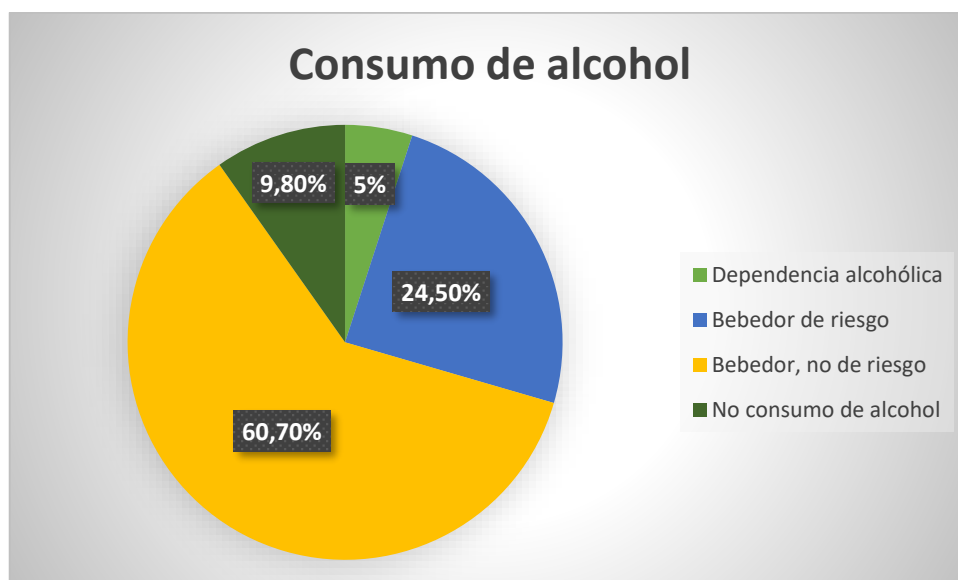
5.4. CONSUMO DE ALCOHOL (N:457)

En relación al consumo de alcohol el 90,2% de los participantes consume alcohol. Siendo bebedores de riesgo el 24,5%, y el 5% tiene dependencia al consumo de alcohol (Tabla 7) (Figura 6).

Tabla 7. Consumo de alcohol (N:457)

Variables	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
Consumo de alcohol		
Si	415	90,2
No	42	9,8
Bebedores de riesgo		
Si	112	24,5
No	277	60,6
Dependencia al alcohol		
Si	23	5
No	389	95

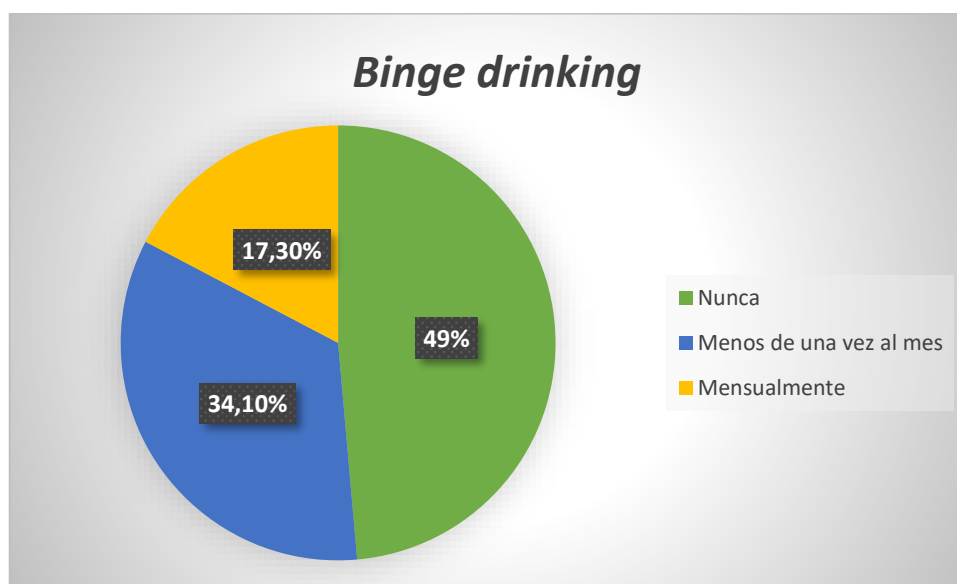
Figura 6. Consumo de alcohol (N: 457)



5.4.1. Consumo intensivo de alcohol (CIA), “*binge drinking*”.

Con respecto al consumo intensivo de alcohol (CIA), el denominado “*binge drinking*”. El 51,4% de estudiantes lo practica. El 34,1% lo ha realizado menos de una vez al mes, y mensualmente o más lo han practicado el 17,3% de los participantes en el estudio.

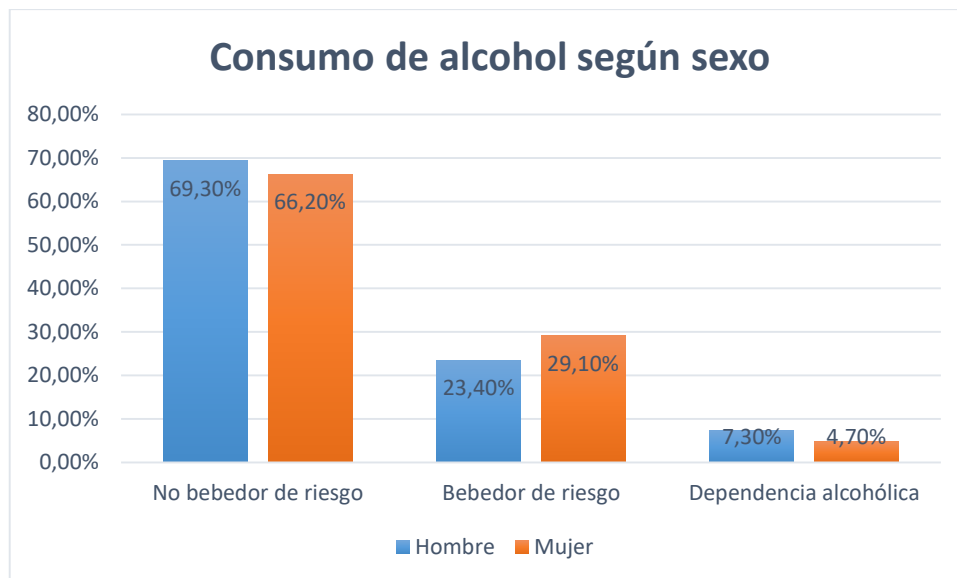
Figura 7. Frecuencia de Consumo Intensivo de Alcohol (CIA), “*binge drinking*” (N: 457)



5.4.2. Características sociodemográficas en relación al consumo de alcohol (N: 457)

En relación sexo, el porcentaje de bebedores de riesgo es mayor en mujeres, siendo el 29,1% de mujeres quienes son bebedores de riesgo. En hombres el porcentaje baja al 23,4%. En relación a la dependencia alcohólica (DA), hay mayor porcentaje de hombres (7,3%) con DA que mujeres (4,7%) (Figura 8).

Figura 8. Consumo de alcohol según sexo (N: 457)



Con respecto a la universidad existen diferencias significativas ($p=0,027$), en la UCLM existen más bebedores de riesgo (29,8%) y más bebedores con dependencia alcohólica (7,2%) comparando los datos con la UCO que presenta 22,4 y 2,7% respectivamente.

Se puede observar que, según el lugar de residencia, los estudiantes que viven en casa de sus padres o en su vivienda propia, son los que menos porcentaje de bebedores de riesgo y dependencia alcohólica presentan (Tabla 8).

Según el estado civil también se observan diferencias significativas ($p<0,001$), siendo el 68,2% de solteros no bebedores de riesgo. En casados el porcentaje baja al 46,7%.

Existe mayor número de bebedores de riesgo (38,7%) y bebedores con dependencia alcohólica (8%) en estudiantes con antecedentes de consumo de alcohol en padre o madre. Al igual ocurre con los estudiantes con antecedentes de consumo de tabaco en padres.

Además, se han detectado diferencias significativas ($p=0,015$) entre los estudiantes que mantienen relaciones sexuales de riesgo, presentando estos un mayor consumo de alcohol de riesgo (34,4%) y dependencia alcohólica (15,6%).

Tabla 8. Características sociodemográficas en relación al consumo de alcohol (N:457)
(1/4)

Variables sociodemográficas	No bebedor de riesgo n (%)	Bebedor de riesgo n (%)	Dependencia alcohólica n (%)	P
Sexo				
Hombre	95 (69,3)	32 (23,4)	10 (7,3)	0,313
Mujer	182 (66,2)	80(29,1)	13 (4,7)	
Universidad				
UCO	110 (74,8)	33 (22,4)	4 (2,7)	0,027
UCLM	167 (63)	79 (29,8)	19 (7,2)	
Estudios que está cursando				
Grado	259 (66,6)	107 (27,5)	23 (5,9)	0,722
Máster	14 (77,8)	4 (22,2)	-	
Doctorado	4 (80)	1 (20)	-	
Carrera Universitaria				
Ciencias de la Salud	82 (66,7)	30 (24,4)	11 (8,9)	0,217
Ciencias Sociales y Jurídicas	60 (63,8)	26 (27,7)	8 (8,5)	
Ingenierías y Arquitectura	20 (76,9)	6 (23,1)	-	
Artes y Humanidades	51 (66,2)	25 (32,5)	1 (1,3)	
Ciencias	64 (69,6)	25 (27,2)	3 (3,3)	

Tabla 8. Características sociodemográficas en relación al consumo de alcohol (N:457)
(2/4)

Variables sociodemográficas	No bebedor de riesgo n (%)	Bebedor de riesgo n (%)	Dependencia alcohólica n (%)	P
Curso Académico				
Primero	79 (71,8)	29 (26,4)	2 (1,8)	0,608
Segundo	77 (63,6)	34 (28,1)	10 (8,3)	
Tercero	40 (69)	14 (24,1)	4 (6,9)	
Cuarto	70 (66,7)	28 (26,7)	7 (6,7)	
Quinto	8 (66,7)	4 (33,3)	-	
Sexto	3 (50)	3 (50)	-	
Lugar de residencia				
Residencia universitaria/Colegio Mayor	24 (66,7)	11 (30,6)	1 (2,8)	0,457
Vivienda de los padres/tutores	131 (71,2)	47 (25,5)	6 (3,3)	
Piso de alquiler con compañeros	113 (62,8)	51 (28,3)	16 (8,9)	
Piso en alquiler con pareja	2 (100)	-	-	
Piso en alquiler solo	1 (33,3)	2 (66,7)	-	
Vivienda propia	5 (83,3)	1 (16,7)	-	
Vivienda con pareja	1 (100)	-	-	

Tabla 8. Características sociodemográficas en relación al consumo de alcohol (N:457)
(3/4)

Variables sociodemográficas	No bebedor de riesgo n (%)	Bebedor de riesgo n (%)	Dependencia alcohólica n (%)	P
Estado civil				
Soltero/a	270 (68,2)	105 (26,5)	21 (5,3)	
Casado/a	7 (46,7)	7 (46,7)	1 (6,7)	< 0,001
Viudo/a	-	-	1 (100)	
Antecedentes consumo de alcohol padre o madre				
Si	67 (59,3)	37 (32,7)	9 (8)	0,09
No	210 (70,2)	75 (25,1)	14 (4,7)	
Antecedentes consumo de tabaco padre o madre				
Si	176 (65,4)	76 (28,3)	17 (6,3)	0,483
No	101 (70,6)	36 (25,2)	6 (4,2)	
Práctica de ejercicio físico padre o madre				
Si	120 (65,9)	53 (29,1)	9 (4,9)	0,681
No	157 (68,3)	59 (25,7)	14 (6,1)	
Antecedentes enfermedad relacionada con consumo de tabaco/alcohol en padres				
Si	18 (62,1)	7 (24,1)	4 (13,8)	0,136
No	259 (67,6)	105 (27,4)	19 (5)	

Tabla 8. Características sociodemográficas en relación al consumo de alcohol (N:457)
(4/4)

Variables sociodemográficas	No bebedor de riesgo n (%)	Bebedor de riesgo n (%)	Dependencia alcohólica n (%)	P
¿Utiliza algún medio de protección cuando mantiene relaciones sexuales?				
Si	261 (68,7)	101 (26,6)	18 (4,7)	0,015
No	16 (50)	11 (34,4)	5 (15,6)	
¿Cuál?				
Preservativo	200 (67,6)	81 (27,4)	15 (5,1)	0,135
Píldora anticonceptiva	51 (69,9)	20 (27,9)	2 (2,7)	
Otro	26 (60,5)	11 (25,6)	6 (14)	

5.4.3. Asociación multivariante consumo de alcohol

Para la regresión logística se recodificaron las variables:

- Consumo de alcohol:
 - Bebedor de riesgo (incluye bebedor de riesgo y dependencia alcohólica).
 - No bebedor de riesgo.

Tabla 9. Asociación multivariante consumo de alcohol

	Sig.	O.R.	I.C. 95%	
			Inferior	Superior
UCO			<i>Referencia</i>	
UCLM	0,019	1,717	1,095	2,695
Sí utiliza medio de protección			<i>Referencia</i>	
No utiliza medio de protección	0,044	2,123	1,022	4,413

Variables introducidas en el modelo: Universidad donde estudia, utilización de algún medio de protección cuando mantiene relaciones sexuales. R^2 Nagelkere: 0,034

UCLM: Universidad de Castilla La Mancha; Sig: Significancia; O.R.: Odd Ratio; I.C.: Intervalo de Confianza

Se puede decir que:

- Estudiar en la UCLM tiene 1,717 veces más de probabilidad de ser bebedor de riesgo, que estudiar en la UCO (IC del 95%: 1,095-2,695).
- No utilizar ningún medio de protección cuando se mantienen relaciones sexuales tiene 2,123 veces más de probabilidad de ser bebedor de riesgo, que utilizar métodos de protección (IC del 95%: 1,022-4,413).

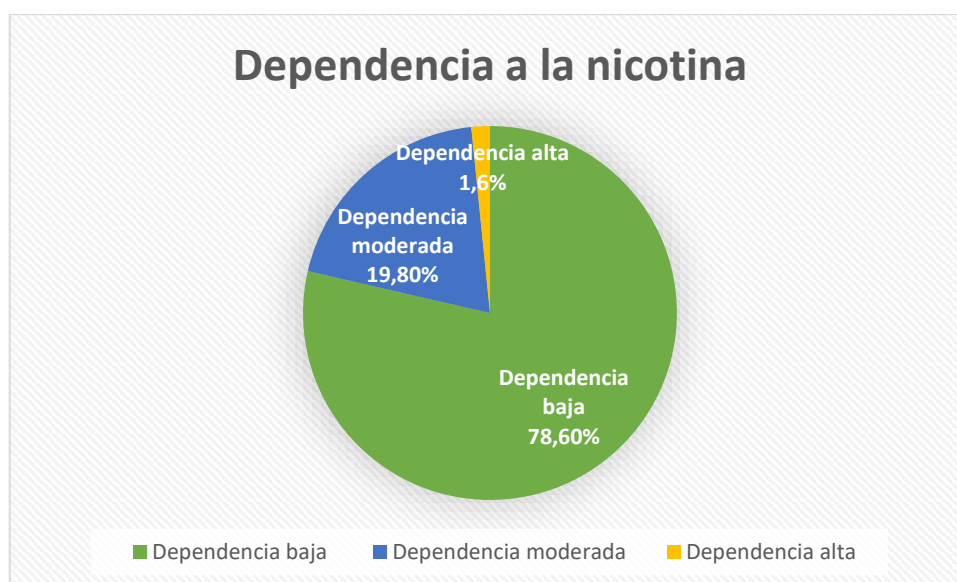
5.5. CONSUMO DE TABACO. DEPENDENCIA A LA NICOTINA (n:126)

El 27,6% de universitarios consume tabaco. De los universitarios que consumen tabaco, el 78,6% tiene una dependencia baja, un 19,8% tiene una dependencia media y el 1,6% tiene una dependencia alta.

Tabla 10. Dependencia a la nicotina (n:126)

	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
Dependencia baja	99	78,6
Dependencia moderada	25	19,8
Dependencia alta	2	1,6

Figura 9. Dependencia a la nicotina (n:126)



5.5.1. Características sociodemográficas en relación a la dependencia a la nicotina (n:126)

En relación al sexo la mayoría de hombres tiene una dependencia baja (77,3%), al igual que ocurre con las mujeres (79,3%). Ningún hombre tiene una dependencia alta, en cambio el 2,4% de mujeres sí.

Distinguiendo la dependencia a la nicotina por universidad, la mayoría de fumadores de la UCO tienen una dependencia baja (86,8%). Al igual ocurre en la UCLM, 72,6% dependencia baja, y el 24,7% tiene una dependencia moderada. En relación a la vivienda, cabe destacar los estudiantes que viven en piso de alquiler, los cuales el 24,1% tienen una dependencia moderada, y el 3,7% una alta dependencia. Con respecto al estado civil se observan diferencias significativas ($p < 0,01$), el 83,1% de solteros tiene una dependencia baja, en cambio en casados es del 14,3%.

Respecto al curso académico, los alumnos de cuarto y quinto curso son los que más dependencia moderada tienen 22,2% y 100% respectivamente. Los cursos que mayor dependencia baja presentan son sexto curso, 100%, y tercero, 88,9%.

El 94,4% con antecedentes de consumo de alcohol en padres tienen una dependencia baja a la nicotina ($p < 0,01$). Sólo el 2,8% tiene dependencia moderada, y el 2,8% dependencia alta. Los estudiantes con antecedentes de consumo de alcohol en padres, tienen menor dependencia moderada (2,8%) que los que universitarios que no tienen antecedentes (26,2%).

Existen más estudiantes con antecedentes de consumo de tabaco en padres que tienen dependencia baja a la nicotina (80,9%), que los que no tienen antecedentes (71,9%). En relación a la dependencia moderada, los universitarios que no tienen antecedentes (28,1%), tienen mayor dependencia moderada que los que sí (17%).

Tabla 11. Características sociodemográficas y dependencia a la nicotina (n:126) (1/4)

Variables sociodemográficas	Dependencia baja n (%)	Dependencia moderada n (%)	Dependencia alta n (%)	P
Sexo				
Hombre	34 (77,3)	10 (22,7)	-	0,504
Mujer	65 (79,3)	15 (18,3)	2 (2,4)	
Universidad				
UCO	46 (86,8)	7 (13,2)	-	0,118
UCLM	53 (72,6)	18 (24,7)	2 (1,6)	
Estudios que está cursando				
Grado	97 (78,9)	24 (19,5)	2 (1,6)	0,838
Máster	1 (50)	1 (50)	-	
Doctorado	1 (100)	-	-	
Carrera Universitaria				
Ciencias de la Salud	19 (76)	5 (20)	1 (4)	0,465
Ciencias Sociales y Jurídicas	28 (70)	12 (30)	-	
Ingenierías y Arquitectura	4 (100)	-	-	
Artes y Humanidades	24 (80)	5 (16,7)	1 (3,3)	
Ciencias	24 (88,9)	3 (11,1)	-	

Tabla 11. Características sociodemográficas y dependencia a la nicotina (n:126) (2/4)

Variables sociodemográficas	Dependencia baja n (%)	Dependencia moderada n (%)	Dependencia alta n (%)	P
Curso Académico				
Primero	24 (82,8)	5 (17,2)	-	0,077
Segundo	37 (78,7)	8 (17)	2 (4,3)	
Tercero	8 (88,9)	1 (11,1)	-	
Cuarto	28 (77,8)	8 (22,2)	-	
Quinto	-	3 (100)	-	
Sexto	2 (100)	-	-	
Lugar de residencia				
Residencia				
Residencia universitaria/Colegio Mayor	7 (87,5)	1 (12,5)	-	0,768
Vivienda de los padres/tutores	49 (81,7)	11 (18,3)	-	
Piso de alquiler con compañeros	39 (72,2)	13 (24,1)	2 (3,7)	
Piso en alquiler con pareja	-	-	-	
Piso en alquiler solo	2 (100)	-	-	
Vivienda propia	2 (100)	-	-	
Vivienda con pareja	-	-	-	

Tabla 11. Características sociodemográficas y dependencia a la nicotina (n:126) (3/4)

Variables sociodemográficas	Dependencia baja n (%)	Dependencia moderada n (%)	Dependencia alta n (%)	P
Estado civil				
Soltero/a	98 (83,1)	19 (16,1)	1 (0,8)	
Casado/a	1 (14,3)	6 (85,7)	-	< 0,001
Viudo/a	-	-	1 (100)	
Antecedentes consumo de alcohol padre o madre				
Si	34 (94,4)	1 (2,8)	1 (2,8)	0,009
No	65 (72,2)	24 (26,2)	1 (1,1)	
Antecedentes consumo de tabaco padre o madre				
Si	76 (80,9)	16 (17)	2 (2,1)	0,300
No	23 (71,9)	9 (28,1)	-	
Práctica de ejercicio físico padre o madre				
Si	48 (81,4)	11 (18,6)	-	0,377
No	51 (76,1)	14 (20,9)	2 (3)	

Tabla 11. Características sociodemográficas y dependencia a la nicotina (n: 126) (4/4)

Variables sociodemográficas	Dependencia baja n (%)	Dependencia moderada n (%)	Dependencia alta n (%)	P
Antecedentes enfermedad relacionada con consumo de tabaco/alcohol en padres				
Si	7 (70)	1 (10)	2 (20)	<0,001
No	92 (79,3)	24 (20,7)	-	
¿Utiliza algún medio de protección cuando mantiene relaciones sexuales?				
Si	87 (79,1)	23 (20,9)	-	0,001
No	12 (75)	2 (12,5)	2 (12,5)	
¿Cuál?				
Preservativo	65 (79,3)	17 (20,7)	-	0,012
Píldora anticonceptiva	20 (76,9)	6 (23,1)	-	
Otro	14 (77,8)	2 (11,1)	2 (11,1)	

5.5.2. Asociación multivariante de dependencia a la nicotina

Para la regresión logística se recodificaron variables agrupando categorías, quedando de la siguiente forma:

- Dependencia a la nicotina:
 - Baja dependencia a la nicotina.
 - Dependencia moderada/alta a la nicotina.
- Sexo (Hombre/mujer).
- Antecedentes consumo de alcohol en padres (Si/no).
- Estado civil:
 - Soltero/a.
 - Casado/a.
 - Separado/a, viudo/a, divorciado/a.

Tabla 12. Variables independientes asociadas a la dependencia a la nicotina (n: 126)

	Sig.	O.R.	I.C. 95%	
			Inferior	Superior
UCO		<i>Referencia</i>		
UCLM	0,052	2,985	0,992	8,984
No ant. consumo alcohol padres		<i>Referencia</i>		
Sí ant. consumo alcohol padres	0,025	10,508	1,335	82,732
Soltero/a		<i>Referencia</i>		
Casado/a	0,005	24,489	2,581	232,384
Sep/Viu/Div	1,000	3,903E+ 10	0	

Variables introducidas en el modelo: Universidad donde estudia, antecedentes consumo de alcohol padres, estado civil. R² Nagelkere: 0,338

UCLM: Universidad de Castilla La Mancha; UCO: Universidad de Córdoba; Sig: Significancia; O.R.: Odd Ratio; I.C.: Intervalo de Confianza; Sep: Separado; Viu: Viudo; Div: Divorciado; ant: antecedentes.

Se puede decir que:

- Los estudiantes de la UCLM tienen 2,985 veces más probabilidad de tener alta dependencia a la nicotina, que los estudiantes de la UCO (IC del 95%: 0,992-8,984).
- No tener antecedentes de consumo de alcohol en padres tiene 10,508 veces más de probabilidad de tener alta dependencia a la nicotina, que los que no tienen antecedentes (IC del 95%: 1,335-82,732).
- Estar casado/a tiene 24,489 veces más de probabilidad de tener alta dependencia a la nicotina que los solteros/as (IC del 95%: 2,581-232,384).

5.6. CONSUMO DE TABACO. MOTIVACIÓN PARA DEJAR DE FUMAR (n:126)

En relación a la motivación para dejar de fumar que tienen los estudiantes universitarios, el 15,9% tiene una motivación alta, un 11,1% tiene una motivación moderada (con necesidad de ayuda), el 22,2% tiene una motivación dudosa, y el 50,8% tiene una motivación nula o baja.

Tabla13. Motivación para dejar de fumar (n:126)

	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
Motivación nula o baja	64	50,8
Motivación dudosa	28	22,2
Motivación moderada (con necesidad de ayuda)	14	11,1
Motivación alta	20	15,9

5.6.1. Características sociodemográficas en relación a la motivación para dejar de fumar (n:126)

Con respecto al sexo, la mayoría de hombres tienen una motivación baja o nula (47,7%), como ocurre con las mujeres (52,4%).

En relación a la universidad, las dos universidades (UCO y UCLM) tienen datos parecidos en la motivación para dejar de fumar, destacando ligeramente en motivación alta la UCO, 17%, con respecto a la UCLM, 15,1%.

Los estudiantes de Ciencias de la Salud son los que más motivación alta tienen para dejar de fumar (28%), seguidos de Artes y Humanidades (20%), y Ciencias (14,8%). Los estudios que presentan más universitarios con motivación nula o baja serían Ciencias (59,3%), seguidos de Ciencias Sociales y Jurídicas (52,5%).

En relación al estado civil se encontraron diferencias significativas ($p < 0,001$), el 50,8% de solteros tiene una motivación baja o nula, seguidos de motivación dudosa (23,7%), y motivación alta (16,9%). Los casados, un 57,1% tiene una motivación moderada y el 42,9% motivación baja o nula.

Los universitarios que no tienen antecedentes de consumo de tabaco por parte de sus padres tienen más motivación alta (25%) que los que sí tienen antecedentes (12,8%).

Los estudiantes que utilizan preservativo, tienen menos motivación alta o moderada para dejar de fumar, que los que utilizan como medio de protección la píldora (46,2%) ($p = 0,014$).

Tabla 14. Características sociodemográficas y motivación para dejar de fumar (n:126)
(1/4)

Variables sociodemográficas	Motivación nula o baja n (%)	Motivación dudosa n (%)	Motivación moderada n (%)	Motivación alta n (%)	P
Sexo					
Hombre	21 (47,7)	14 (31,8)	2 (4,5)	7 (15,9)	0,136
Mujer	43 (52,4)	14 (17,1)	12 (14,6)	13 (15,9)	
Universidad					
UCO	27 (50,9)	12 (22,6)	5 (9,4)	9 (17)	0,958
UCLM	37 (50,7)	16 (21,9)	9 (12,3)	11 (15,1)	
Estudios que está cursando					
Grado	64 (52)	26 (21,1)	14 (11,4)	19 (15,4)	0,319
Máster	-	1 (50)	-	1 (50)	
Doctorado	-	1 (100)	-	-	
Carrera Universitaria					
Ciencias de la Salud	11 (44)	3 (12)	4 (16)	7 (28)	0,578
Ciencias Sociales y Jurídicas	21 (52,5)	12 (30)	4 (10)	3 (7,5)	
Ingenierías y Arquitectura	3 (75)	1 (25)	-	-	
Artes y Humanidades	13 (43,3)	7 (23,3)	4 (13,3)	6 (20)	
Ciencias	16 (59,3)	5 (18,5)	2 (7,4)	4 (14,8)	

Tabla 14. Características sociodemográficas y motivación para dejar de fumar (n: 126)
(2/4)

Variables sociodemográficas	Motivación nula o baja n (%)	Motivación dudosa n (%)	Motivación moderada n (%)	Motivación alta n (%)	P
Curso Académico					
Primero	13 (44,8)	7 (23,3)	2 (6,9)	7 (24,1)	0,647
Segundo	24 (51,1)	11 (23,4)	5 (10,6)	7 (14,9)	
Tercero	2 (22,2)	2 (22,2)	2 (22,2)	3 (33,3)	
Cuarto	21 (58,3)	7 (19,4)	5 (13,9)	3 (8,3)	
Quinto	3 (100)	-	-	-	
Sexto	1 (50)	1 (50)	-	-	
Lugar de residencia					
Residencia universitaria/Colegio Mayor	4 (50)	1 (12,5)	-	3 (37,5)	0,161
Vivienda de los padres/tutores	35 (58,3)	13 (21,7)	7 (11,7)	5 (8,3)	
Piso de alquiler con compañeros	24 (44,4)	11 (20,4)	7 (13)	12 (22,2)	
Piso en alquiler con pareja	-	-	-	-	
Piso en alquiler solo	-	2 (100)	-	-	
Vivienda propia	1 (50)	1 (50)	-	-	
Vivienda con pareja	-	-	-	-	

Tabla 14. Características sociodemográficas y motivación para dejar de fumar (n:126)
(3/4)

Variables sociodemográficas	Motivación nula o baja n (%)	Motivación dudosa n (%)	Motivación moderada n (%)	Motivación alta n (%)	P
Estado civil					
Soltero/a	60 (50,8)	28 (23,7)	10 (8,5)	20 (16,9)	
Casado/a	3 (42,9)	-	4 (57,1)	-	0,006
Viudo/a	1 (100)	-	-	-	
Antecedentes consumo de alcohol padre o madre					
Si	16 (44,4)	8 (22,2)	4 (11,1)	8 (22,2)	0,641
No	48 (53,3)	20 (22,2)	10 (11,1)	12 (13,3)	
Antecedentes consumo de tabaco padre o madre					
Si	51 (54,3)	21 (22,3)	10 (10,6)	12 (12,8)	0,362
No	13 (40,6)	7 (21,9)	4 (12,5)	8 (25)	
Práctica de ejercicio físico padre o madre					
Si	27 (45,8)	16 (27,1)	6 (10,2)	10 (16,9)	0,589
No	37 (55,2)	12 (17,9)	8 (11,9)	10 (14,9)	

Tabla 14. Características sociodemográficas y motivación para dejar de fumar (n:126)
(4/4)

Variables sociodemográficas	Motivación nula o baja n (%)	Motivación dudosa n (%)	Motivación moderada n (%)	Motivación alta n (%)	P
Antecedentes enfermedad relacionada con consumo de tabaco/alcohol en padres					
Si	7 (70)	-	2 (20)	1 (10)	0,240
No	57 (49,1)	28 (24,1)	12 (10,3)	19 (16,4)	
¿Utiliza algún medio de protección cuando mantiene relaciones sexuales?					
Si	56 (50,9)	23 (20,9)	14 (12,7)	17 (15,5)	0,422
No	8 (50)	5 (31,3)	-	3 (18,8)	
¿Cuál?					
Preservativo	41 (50)	22 (26,8)	6 (7,3)	13 (15,9)	
Píldora anticonceptiva	12 (46,2)	2 (7,7)	8 (30,8)	4 (15,4)	0,014
Otro	11 (61,1)	4 (22,2)	-	3 (16,7)	

5.6.2. Asociación multivariante motivación para dejar de fumar

Para la regresión logística se recodificaron variables agrupando categorías, quedando de la siguiente forma:

- Motivación para dejar de fumar:
 - Sí motivación para dejar de fumar (incluye motivación nula o baja, y motivación dudosa).
 - No motivación para dejar de fumar (incluye motivación moderada y alta).

El modelo reducido de sujetos con motivación para dejar de fumar imposibilitó la realización de un análisis de regresión múltiple significativo. Esto es debido al bajo número de casos con motivación para dejar de fumar, 34.

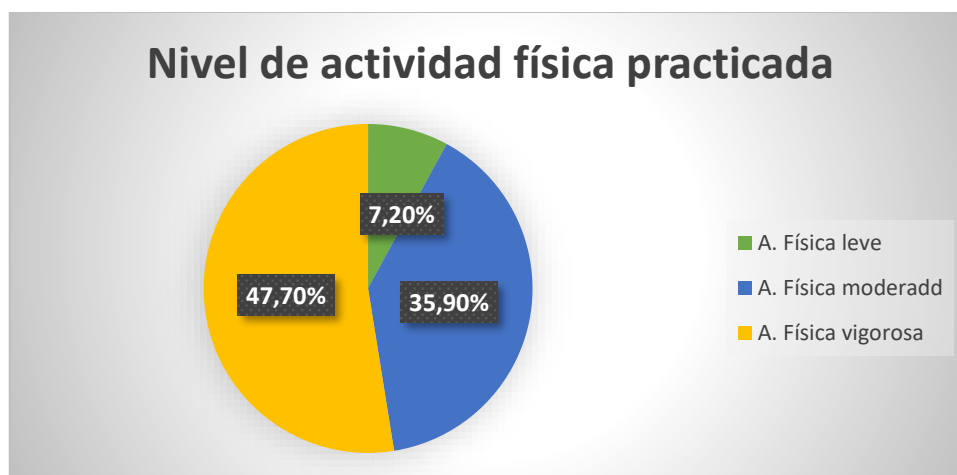
5.7. ACTIVIDAD FÍSICA (AF) (N:457)

El 90,8% de universitarios practica actividad física. El 52,5% tiene un nivel de actividad física alto, seguido de nivel medio (35,9%), y bajo nivel de actividad física (7,2%).

Tabla 15. Nivel de actividad física en estudiantes universitarios (N:457)

	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
Actividad física categoría baja	33	7,2
Actividad física categoría media	164	35,9
Actividad física categoría alta	218	47,7

Figura 10. Nivel de actividad física practicada por los estudiantes (N: 457)



A: actividad.

5.7.1. Características sociodemográficas en relación a la actividad física realizada (N: 457)

Tanto hombres como mujeres el nivel de actividad física que más practican es el nivel alto (60,1 y 48,7%, respectivamente). El 10,5% de mujeres practican un nivel bajo de actividad física, y en hombres, el 2,9% ($p < 0,01$).

En relación al tipo de estudios, los que más practican un nivel alto de actividad física son los estudiantes de Ciencias (50,5%), y los que menos practican nivel alto Artes y Humanidades (42,9%). Los que más practican actividad física moderada son Ingeniería y Arquitectura (55,2%), y los que menos Ciencias Sociales y Jurídicas (32,6%). Los que más practican un nivel bajo de actividad física son los estudiantes de Artes y Humanidades (15,6%), y los que menos Ingeniería y Arquitectura.

Con respecto al curso académico, a mayor curso, va aumentando el porcentaje de alumnos que practican un nivel bajo de actividad física.

Los estudiantes cuyos padres practican ejercicio físico, realizan más actividad física de nivel alto (56,4%), que los que no (49,6%). Los estudiantes que tienen antecedentes de enfermedad relacionada con consumo de tabaco o alcohol en padres, practican menos actividad física de nivel bajo (6,7%) y menos actividad física de nivel alto (33,3%) que los que no tienen antecedentes.

Tabla 16. Características sociodemográficas y práctica de actividad física (AF) (N:457)
(1/4)

Variables sociodemográficas	AF nivel bajo n (%)	AF nivel moderado n (%)	AF nivel alto n (%)	P
Sexo				
Hombre	4 (2,9)	51 (37)	83 (60,1)	0,010
Mujer	29 (10,5)	113 (40,8)	135 (48,7)	
Universidad				
UCO	9 (6)	56 (37,3)	85 (56,7)	0,337
UCLM	24 (9,1)	108 (40,8)	133 (50,2)	
Estudios que está cursando				
Grado	32 (8,2)	155 (39,8)	202 (51,9)	0,840
Máster	1 (5,6)	6 (33,3)	11 (61,1)	
Doctorado	-	3 (37,5)	5 (62,5)	
Carrera Universitaria				
Ciencias de la Salud	7 (5,8)	44 (36,7)	69 (57,5)	0,047
Ciencias Sociales y Jurídicas	8 (8,7)	30 (32,6)	54 (58,7)	
Ingenierías y Arquitectura	-	16 (55,2)	13 (44,8)	
Artes y Humanidades	12 (15,6)	32 (41,6)	33 (42,9)	
Ciencias	6 (6,2)	42 (43,3)	49 (50,5)	

Tabla 16. Características sociodemográficas y práctica de actividad física (AF) (N: 457)
(2/4)

Variables sociodemográficas	AF nivel bajo n (%)	AF nivel moderado n (%)	AF nivel alto n (%)	P	
Curso Académico					
Primero	5 (4,7)	44 (41,1)	58 (54,2)	0,650	
Segundo	8 (6,5)	52 (41,9)	64 (51,6)		
Tercero	7 (11,3)	22 (35,5)	33 (53,2)		
Cuarto	12 (11,4)	39 (37,1)	54 (51,4)		
Quinto	-	6 (50)	6 (50)		
Sexto	1 (20)	1 (20)	3 (60)		
Lugar de residencia					
Residencia					
universitaria/Colegio	3 (7,9)	18 (47,4)	17 (44,7)	0,056	
Mayor					
Vivienda de los padres/tutores	20 (10,7)	71 (38)	96 (51,3)		
Piso de alquiler con compañeros	8 (4,5)	73 (41,5)	95 (54)		
Piso en alquiler con pareja	-	-	2 (100)		
Piso en alquiler solo	2 (50)	-	2 (50)		
Vivienda propia	-	2 (33,3)	4 (66,7)		
Vivienda con pareja	-	-	2 (100)		

Tabla 16. Características sociodemográficas y práctica de actividad física (AF) (N: 457) (3/4)

Variables sociodemográficas	AF nivel bajo n (%)	AF nivel moderado n (%)	AF nivel alto n (%)	P
Estado civil				
Soltero/a	32 (8)	159 (39,9)	207 (52)	
Casado/a	1 (6,3)	4 (25)	11 (68,8)	0,511
Viudo/a	-	1 (100)	-	
Antecedentes consumo de alcohol padre o madre				
Si	9 (7,8)	47 (40,9)	59 (51,3)	0,941
No	24 (8)	117 (39)	159 (53)	
Antecedentes consumo de tabaco padre o madre				
Si	24 (8,9)	102 (37,9)	143 (53,2)	0,482
No	9 (6,2)	62 (42,5)	75 (51,4)	
Práctica de ejercicio físico padre o madre				
Si	11 (6,1)	67 (37,4)	101 (56,4)	0,280
No	22 (9,3)	97 (41,1)	117 (49,6)	

Tabla 16. Características sociodemográficas y práctica de actividad física (AF) (N: 457)
(4/4)

Variables sociodemográficas	AF nivel bajo n (%)	AF nivel moderado n (%)	AF nivel alto n (%)	P
Antecedentes enfermedad relacionada con consumo de tabaco/alcohol en padres				
Si	2 (6,7)	18 (60)	10 (33,3)	0,056
No	31 (8,1)	146 (37,9)	208 (54)	
¿Utiliza algún medio de protección cuando mantiene relaciones sexuales?				
Si	30 (7,9)	150 (39,5)	200 (52,6)	0,985
No	3 (8,6)	14 (40)	18 (51,4)	
¿Cuál?				
Preservativo	23 (7,9)	122 (41,9)	146 (50,2)	0,553
Píldora anticonceptiva	7 (9,3)	24 (32)	44 (58,7)	
Otro	3 (6,1)	18 (36,7)	28 (57,1)	

5.7.2. Asociación multivariante de actividad física

El modelo reducido de sujetos con práctica de actividad física leve imposibilitaba la realización de un análisis de regresión múltiple significativo. Esto es debido al bajo número de casos, 33.

5.8. DIETA MEDITERRÁNEA (DM)

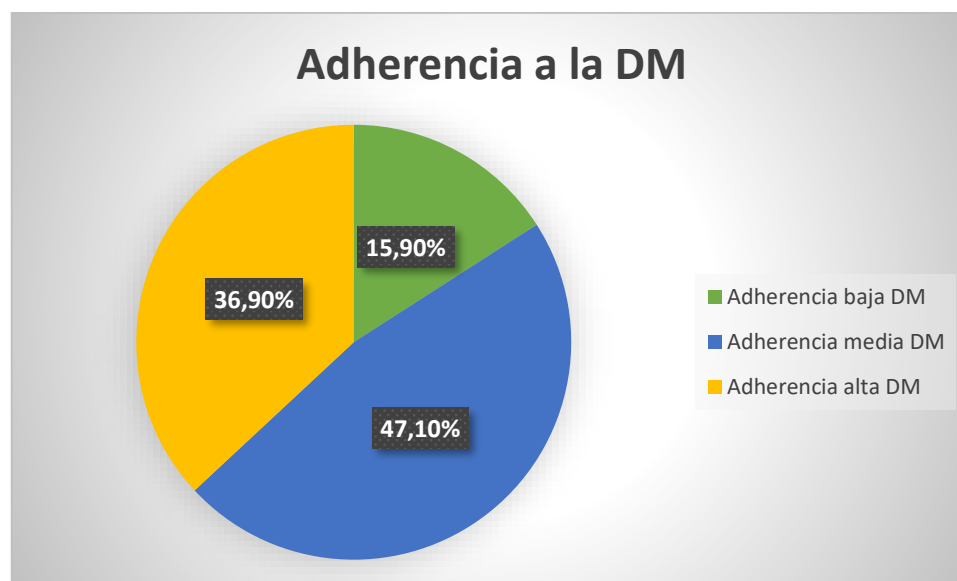
En relación a la adherencia a la dieta mediterránea de los universitarios, el 15,9% de estudiantes llevan una dieta de muy baja calidad (adherencia baja), el 47,1% necesita una mejora en el patrón alimentario para adecuarlo al modelo mediterráneo (adherencia media), y el 36,9% de universitarios lleva una dieta mediterránea óptima (adherencia alta).

Tabla 17. Adherencia a la dieta mediterránea (N: 457)

Adherencia DM	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
Dieta de muy baja calidad (adherencia baja)	72	15,9
Necesidad de mejora en el patrón alimentario para adecuarlo al modelo mediterráneo (adherencia media)	213	47,1
Dieta mediterránea óptima (adherencia alta)	167	36,9

DM: dieta mediterránea.

Figura 11. Adherencia a la DM



DM: dieta mediterránea.

5.8.1. Características sociodemográficas en relación a la dieta mediterránea (N: 457)

En relación al sexo, tanto hombres como mujeres, destacan por adherencia media (47 y 47,2% respectivamente). Según el curso académico, segundo es el curso que más adherencia alta tiene (20,1%), cuarto, el curso que más adherencia media tiene (50,9%), y los cursos superiores, quinto (66,7%) y sexto (71,4%), los que mayor adherencia baja tienen.

Tabla 18. Variables sociodemográficas y adherencia a la DM (N: 457) (1/4)

Variables sociodemográficas	Adherencia alta n (%)	Adherencia media n (%)	Adherencia baja n (%)	P
Sexo				
Hombre	25 (16,6)	71 (47)	55 (36,4)	0,964
Mujer	47 (15,6)	142 (47,2)	112 (37,2)	
Universidad				
UCO	23 (14,1)	82 (50,3)	58 (35,6)	0,547
UCLM	49 (17)	131 (45,3)	109 (37,7)	
Estudios que está cursando				
Grado	69 (16,3)	202 (47,8)	152 (35,9)	0,394
Máster	3 (14,3)	7 (33,3)	11 (52,4)	
Doctorado	-	4 (50)	4 (50)	
Carrera Universitaria				
Ciencias de la Salud	21 (15,8)	61 (45,9)	51 (38,3)	0,441
Ciencias Sociales y Jurídicas	22 (22,4)	43 (43,9)	33 (33,7)	
Ingenierías y Arquitectura	4 (12,9)	16 (51,6)	11 (35,5)	
Artes y Humanidades	13 (15,9)	34 (41,5)	35 (42,7)	
Ciencias	12 (11,1)	59 (54,6)	37 (34,3)	

Tabla 18. Variables sociodemográficas y adherencia a la DM (N: 457) (2/4)

Variables sociodemográficas	Adherencia alta n (%)	Adherencia media n (%)	Adherencia baja n (%)	P
Curso Académico				
Primero	17 (14,3)	60 (50,4)	42 (35,3)	0,287
Segundo	27 (20,1)	59 (44)	48 (35,8)	
Tercero	9 (12,9)	34 (48,6)	27 (38,6)	
Cuarto	17 (15,5)	56 (50,9)	37 (33,6)	
Quinto	1 (8,3)	3 (25)	8 (66,7)	
Sexto	1 (14,3)	1 (14,3)	5 (71,4)	
Lugar de residencia				
Residencia universitaria/Colegio Mayor	4 (9,8)	22 (53,7)	15 (36,6)	0,092
Vivienda de los padres/tutores	25 (12,4)	105 (52,2)	71 (35,3)	
Piso de alquiler con compañeros	42 (21,5)	81 (41,5)	72 (36,9)	
Piso en alquiler con pareja	-	-	2 (100)	
Piso en alquiler solo	-	3 (75)	1 (25)	
Vivienda propia	1 (14,3)	2 (28,6)	4 (57,1)	
Vivienda con pareja	-	-	2 (100)	

Tabla 18. Variables sociodemográficas y adherencia a la DM (N: 457) (3/4)

Variables sociodemográficas	Adherencia alta n (%)	Adherencia media n (%)	Adherencia baja n (%)	P
Estado civil				
Soltero/a	66 (15,2)	205 (47,2)	163 (37,6)	
Casado/a	5 (29,4)	8 (47,1)	4 (23,5)	0,083
Viudo/a	1 (100)	-	-	
Antecedentes consumo de alcohol padre o madre				
Si	20 (15,6)	61 (47,7)	47 (36,7)	0,988
No	52 (16)	152 (46,9)	120 (37)	
Antecedentes consumo de tabaco padre o madre				
Si	45 (15,1)	143 (48)	110 (36,9)	0,773
No	27 (17,5)	70 (45,5)	57 (37)	
Práctica de ejercicio físico padre o madre				
Si	21 (10,6)	101 (50,8)	77 (38,7)	0,021
No	51 (20,2)	112 (44,3)	90 (35,6)	

Tabla 18. Variables sociodemográficas y adherencia a la DM (4/4)

Variables sociodemográficas	Adherencia alta n (%)	Adherencia media n (%)	Adherencia baja n (%)	P
Antecedentes enfermedad relacionada con consumo de tabaco/alcohol en padres				
Si	5 (15,2)	18 (54,5)	10 (30,3)	0,652
No	67 (16)	195 (46,5)	157 (37,5)	
¿Utiliza algún medio de protección cuando mantiene relaciones sexuales?				
Si	66 (15,8)	200 (48)	151 (36,2)	0,443
No	6 (17,1)	13 (37,1)	16 (45,7)	
¿Cuál?				
Preservativo	51 (15,8)	149 (46,1)	123 (38,1)	0,736
Píldora anticonceptiva	15 (18,5)	41 (50,6)	25 (30,9)	
Otro	6 (12,5)	23 (47,9)	19 (39,6)	

5.8.2. Asociación multivariante dieta mediterránea

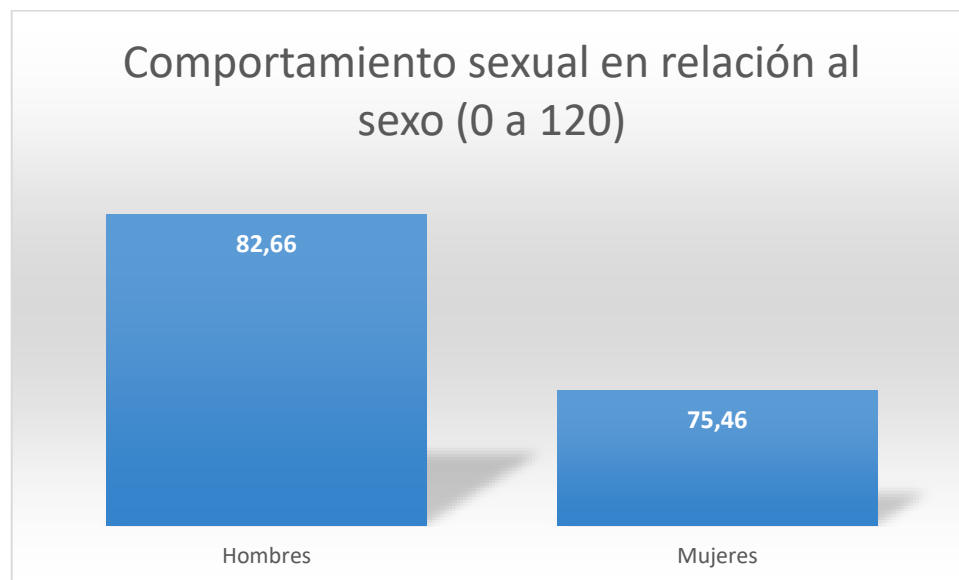
El modelo reducido de sujetos con baja adherencia a la dieta mediterránea imposibilitaba la realización de un análisis de regresión múltiple significativo. Esto es debido al bajo número de casos, 72.

5.9. Comportamiento sexual (N: 457)

En relación con el comportamiento sexual, donde la puntuación oscila entre 0 (máxima erotofobia) y 120 (máxima erotofilia), los estudiantes tienen una puntuación media de 77,93 [DE 19,927].

Con respecto al sexo de los participantes, los hombres muestran mayor media de erotofilia (82,66) [DE 18,300] que las mujeres (75,46) [DE 20,323].

Figura 12. Comportamiento sexual en relación al sexo de los estudiantes (N: 457)



En relación con la universidad, la media de puntuación de la Universidad de Córdoba es 78,11 [DE 19,066], y la de la Universidad de Castilla La Mancha 77,82 [DE 20,460].

En relación con la utilización de algún método de protección cuando los estudiantes mantienen relaciones sexuales, los estudiantes que sí utilizan métodos de protección tienen mayor puntuación media de erotofilia (78) [DE 19,697] que los que no utilizan (77,15) [DE 22,668].

5.10. CRONOTIPO: MATUTINIDAD Y VESPERTINIDAD (N: 457)

Con respecto al cronotipo que tienen los universitarios, es decir, la actitud circadiana que presentan (matutinos o vespertinos), el 3,9% son claramente vespertinos, el 16,8% moderadamente vespertinos, se identifican con cronotipo intermedio el 62,6%, moderadamente matutinos el 15,5% y el 1,1% claramente matutinos.

Tabla 19. Cronotipo de los estudiantes universitarios (N: 457)

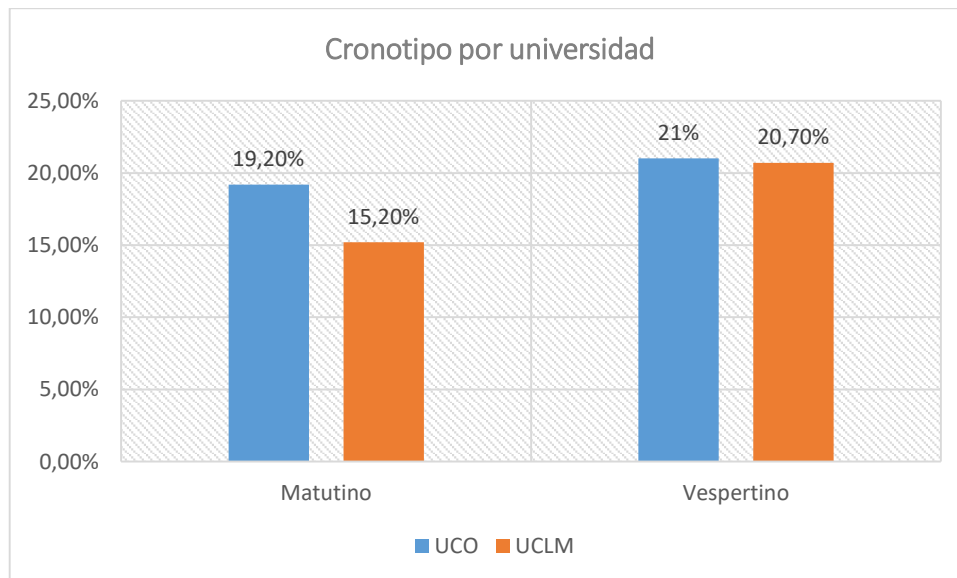
	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
Claramente vespertino	18	3,9
Moderadamente vespertino	77	16,8
Cronotipo intermedio	286	62,6
Moderadamente matutino	71	15,5
Claramente matutino	5	1,1

5.10.1. Características sociodemográficas en relación al cronotipo (N: 457)

En relación al sexo, la mayoría, tanto de hombres como mujeres se identifican con cronotipo intermedio. Tras esta circunstancia, destaca en ambos sexos el cronotipo vespertino, hombres (24,3%) y mujeres (19%).

Con respecto a la universidad, tanto en la UCO como en la UCLM la mayoría de estudiantes se identifican con un cronotipo intermedio. En la UCO el 21% son vespertinos y el 19,2% matutinos. En la UCLM el 20,7% son vespertinos, y el 15,2% matutinos.

Figura 13. Cronotipo por universidad: UCO/UCLM



UCO: Universidad de Córdoba; UCLM: Universidad de Castilla La Mancha

En relación al estado civil, en la mayoría de los participantes y en ambos sexos se identificaron con un cronotipo intermedio. Del resto, en cuanto al estado civil se encontraron diferencias significativas ($p < 0,001$), los casados (41,2%) son más vespertinos que los solteros (20,1%), y los solteros más matutinos (17%) que los casados (5,9%). Destaca que ningún casado del presente estudio se identifica con un cronotipo claramente matutino.

Los universitarios que viven en Residencia Universitaria o Colegio Mayor son más vespertinos (31,7%) ($p < 0,001$).

Los estudiantes que utilizan medios de protección al practicar relaciones sexuales son más vespertinos (21,4%) que los que no utilizan (13,5%).

Tabla 20. Variables sociodemográficas y cronotipo (N: 457) (1/6)

Variables sociodemográficas	Claramente vespertino	Moderadamente vespertino	Cronotipo intermedio	Moderadamente matutino	Claramente matutino	P
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	
Sexo						
Hombre	7 (4,6)	30 (19,7)	86 (56,6)	27 (17,8)	2 (1,3)	0,474
Mujer	11 (3,6)	47 (15,4)	200 (65,6)	44 (14,4)	3 (1)	
Universidad						
UCCO	6 (3,6)	29 (17,4)	100 (59,9)	29 (17,4)	3 (1,8)	0,702
UCLM	12 (4,1)	48 (16,6)	186 (64,1)	42 (14,5)	2 (0,7)	

Tabla 20. Variables sociodemográficas y cronotipo (N: 457) (2/6)

Estudios que está cursando	Claramente vespertino		Moderadamente vespertino		Cronotipo intermedio	Moderadamente matutino		Claramente matutino	p
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)					
Grado	17 (4)	76 (17,8)	268 (62,8)	63 (14,8)	3 (0,7)				
Máster	1 (4,5)	1 (4,5)	12 (54,5)	6 (27,3)	2 (9,1)				0,009
Doctorado	-	-	6 (75)	2 (25)	-				
Carrera Universitaria									
Ciencias de la Salud	4 (3)	17 (12,7)	94 (70,1)	18 (13,4)	1 (0,7)				
Ciencias Sociales y Jurídicas	7 (7,1)	14 (14,1)	61 (61,6)	14 (14,1)	3 (3)				
Ingenierías y Arquitectura	1 (3,2)	6 (19,4)	19 (61,3)	5 (16,1)	-				0,515
Artes y Humanidades	3 (3,6)	17 (20,5)	50 (60,2)	13 (15,7)	-				
Ciencias	3 (2,7)	23 (20,9)	62 (56,4)	21 (19,1)	1 (0,9)				

Tabla 20. Variables sociodemográficas y cronotipo (N: 457) (3/6)

Curso Académico	Claramente vespertino		Moderadamente vespertino		Cronotipo intermedio		Moderadamente matutino		Claramente matutino		P
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)		
Primero	5 (4,1)	16 (13,1)	77 (63,1)	22 (18)	2 (1,6)						
Segundo	6 (4,4)	29 (21,5)	80 (59,3)	19 (14,1)	1 (0,7)						
Tercero	1 (1,4)	11 (15,7)	47 (67,1)	9 (12,9)	2 (2,9)						0,920
Cuarto	5 (4,5)	19 (17,1)	68 (61,3)	19 (17,1)	-						
Quinto	1 (8,3)	1 (8,3)	9 (75)	1 (8,3)	-						
Sexto	-	1 (14,3)	5 (71,4)	1 (14,3)	-						

Tabla 20. Variables sociodemográficas y cronotipo (N: 457) (4/6)

Variables sociodemográficas	Claramente vespertino n (%)	Moderadamente vespertino n (%)	Cronotipo intermedio n (%)	Moderadamente matutino n (%)	Claramente matutino n (%)	P
Lugar de residencia						
Residencia universitaria/Colegio Mayor	-	13 (31,7)	22 (53,7)	6 (14,6)	-	
Vivienda de los padres/tutores	10 (4,9)	36 (17,6)	120 (58,8)	36 (17,6)	2 (1)	
Piso de alquiler con compañeros	8 (4,1)	26 (13,2)	136 (69)	25 (12,7)	2 (1)	<0,001
Piso en alquiler con pareja	-	-	1 (50)	-	1 (50)	
Piso en alquiler solo	-	1 (25)	1 (25)	2 (50)	-	
Vivienda propia	-	-	5 (71,4)	2 (28,6)	-	
Vivienda con pareja	-	1 (50)	1 (50)	-	-	
Estado civil						
Soltero/a	13 (3)	75 (17,1)	276 (62,9)	70 (15,9)	5 (1,1)	
Casado/a	5 (29,4)	2 (11,8)	9 (52,9)	1 (5,9)	-	<0,001
Viuudo/a	-	-	1 (100)	-	-	

Tabla 20. Variables sociodemográficas y cronotipo (N: 457) (5/6)

Variables sociodemográficas	Claramente vespertino n (%)	Moderadamente vespertino n (%)	Cronotipo intermedio n (%)	Moderadamente matutino n (%)	Claramente matutino n (%)	P
Antecedentes consumo de alcohol padre o madre						
Si	3 (2,3)	31 (24,2)	73 (57)	20 (28,2)	1 (0,8)	0,095
No	15 (4,6)	46 (14)	213 (64,7)	51 (15,5)	4 (1,2)	
Antecedentes consumo de tabaco padre o madre						
Si	13 (4,3)	53 (17,7)	187 (62,3)	45 (15)	2 (0,7)	0,677
No	5 (3,2)	24 (15,3)	99 (63,1)	26 (16,6)	3 (1,9)	
Práctica de ejercicio físico padre o madre						
Si	7 (3,5)	34 (16,9)	126 (62,7)	32 (15,9)	2 (1)	0,992
No	11 (4,3)	43 (16,8)	160 (62,5)	39 (15,2)	3 (1,2)	

Tabla 20. Variables sociodemográficas y cronotipo (N: 457) (6/6)

Variables sociodemográficas	Claramente vespertino n (%)	Moderadamente vespertino n (%)	Cronotipo intermedio n (%)	Moderadamente matutino n (%)	Claramente matutino n (%)	P
Antecedentes enfermedad relacionada con consumo de tabaco/alcohol en padres						
Si	-	4 (12,1)	24 (72,7)	5 (15,2)	-	
No	18 (4,2)	73 (17,2)	262 (61,8)	66 (15,6)	5 (1,2)	0,583
¿Utiliza algún medio de protección cuando mantiene relaciones sexuales?						
Si	17 (4)	73 (17,4)	262 (62,4)	64 (15,2)	4 (1)	
No	1 (2,7)	4 (10,8)	24 (64,9)	7 (18,9)	1 (2,7)	0,679
¿Cuál?						
Preservativo	11 (3,4)	50 (15,4)	212 (65,4)	49 (15,1)	2 (0,6)	
Píldora anticonceptiva	6 (7,3)	19 (23,2)	44 (53,7)	11 (13,4)	2 (2,4)	0,206
Otro	1 (2)	8 (15,4)	30 (58,8)	11 (21,6)	1 (2)	

5.10.2. Asociación multivariante del cronotipo

El modelo reducido de sujetos con vespertinidad (95) y matutinidad (76) imposibilitó la realización de un análisis de regresión múltiple significativo, debido al bajo número de casos.

5.11. ANÁLISIS RELACIONAL (N: 457)

En este apartado se va a proceder a exponer las interrelaciones entre las diferentes variables del total de la población (N: 457). Las variables son: consumo de alcohol y *binge drinking*; tabaco, dependencia a la nicotina y motivación para dejar de fumar; actividad física; adherencia a la dieta mediterránea; comportamiento sexual; y cronotipo.

5.11.1. Consumo de alcohol y dependencia a la nicotina

Los estudiantes que son bebedores de riesgo tienen mayor dependencia moderada/alta (28,6%), que los que no son bebedores de riesgo (13,8%).

Tabla 21. Análisis comparativo consumo de alcohol y dependencia a la nicotina

Consumo de alcohol	Dependencia a la nicotina		P
	Baja dependencia	Dependencia moderada/alta	
	n (%)	n (%)	
No bebedor de riesgo	50 (86,2)	8 (13,8)	0,048
Bebedor de riesgo	45 (71,4)	18 (28,6)	

5.11.2. Consumo de alcohol y actividad física

Los estudiantes con perfil de bebedores de riesgo, el nivel de actividad física que más practican es alto (55,4%), en cambio este porcentaje baja para los estudiantes no bebedores de riesgo (52,1%).

Tabla 22. Análisis comparativo consumo de alcohol y actividad física

Consumo de alcohol	Actividad física			P
	Actividad física baja	Actividad física moderada	Actividad física alta	
	n (%)	n (%)	n (%)	
No bebedor de riesgo	12 (4,7)	111 (43,2)	134 (52,1)	0,019
Bebedor de riesgo	14 (11,6)	40 (33,1)	67 (55,4)	

5.11.3. Consumo de alcohol y *binge drinking*

En relación al consumo de alcohol, el 90,4% de bebedores de riesgo practica el *binge drinking*. El 43,7% lo practica menos de una vez al mes, y el 46,7% mensualmente o más. En cambio, quienes no son bebedores de riesgo, sólo el 39,7% practica el *binge drinking*, haciéndolo la mayoría menos de una vez al mes (33,9%).

Tabla 23. Análisis comparativo consumo de alcohol y *binge drinking*

Consumo de alcohol	<i>Binge drinking</i>			P
	Nunca	Menos de 1 vez/mes	Mensualmente o más	
	n (%)	n (%)	n (%)	
No bebedor de riesgo	167 (60,3)	94 (33,9)	16 (5,8)	< 0,001
Bebedor de riesgo	13 (9,6)	59 (43,7)	63 (46,7)	

Figura 14. Relación del consumo de alcohol de riesgo y consumo tipo *binge drinking*



5.11.4. Cronotipo y consumo de alcohol

De los estudiantes bebedores de riesgo, el 28,1% tiene un cronotipo vespertino. En cambio, en los no bebedores de riesgo, el cronotipo vespertino baja en 12 puntos (16,2%), y aumentan los universitarios con cronotipo matutino.

Tabla 24. Análisis comparativo cronotipo y consumo de alcohol

Consumo de alcohol	Cronotipo			P
	Intermedio	Vespertino	Matutino	
	n (%)	n (%)	n (%)	
No bebedor de riesgo	183 (66,1)	45 (16,2)	49 (17,7)	0,014
Bebedor de riesgo	80 (59,3)	38 (28,1)	17 (12,6)	

5.11.5. Cronotipo y *binge drinking*

Según el cronotipo, los estudiantes más vespertinos son los que más practican *binge drinking* (58,9%), y los que más lo realizan mensualmente o más (26,3%). Los que menos practican *binge drinking* son los estudiantes con un cronotipo más matutino (40,8%).

Tabla 25. Análisis comparativo cronotipo y *binge drinking*

Cronotipo	<i>Binge drinking</i>			P
	Nunca	Menos de 1 vez/mes	Mensualmente o más	
	n (%)	n (%)	n (%)	
Intermedio	138 (48,3)	102 (35,7)	46 (16,1)	0,037
Vespertino	39 (41,1)	31 (32,6)	25 (26,3)	
Matutino	45 (59,2)	23 (30,3)	8 (10,5)	

5.11.6. Cronotipo y dieta mediterránea (DM)

Los estudiantes matutinos son los que más adherencia alta a la DM tienen (48,7%), y los que menos adherencia alta tienen son los más vespertinos (18,5%). En relación a la adherencia baja, los que más adherencia baja tienen son los vespertinos (26,1%), y los que menos adherencia baja tienen los matutinos (6,6%). Por lo que existen diferencias significativas entre el cronotipo y la dieta mediterránea ($p < 0,001$), caracterizando el cronotipo matutino con alta adherencia a la DM y el cronotipo vespertino con baja adherencia a la DM.

Tabla 26. Análisis comparativo cronotipo y dieta mediterránea

Cronotipo	Adherencia a la Dieta Mediterránea			P
	Adherencia baja	Adherencia media	Adherencia alta	
	n (%)	n (%)	n (%)	
Intermedio	43 (15,1)	128 (45,1)	113 (39,8)	<0,001
Vespertino	24 (26,1)	51 (55,4)	17 (18,5)	
Matutino	5 (6,6)	34 (44,7)	37 (48,7)	

5.11.7. Cronotipo y motivación para dejar de fumar

Los estudiantes vespertinos son los que mayor motivación tienen para dejar de fumar (37,5%). Los matutinos el 26,7%.

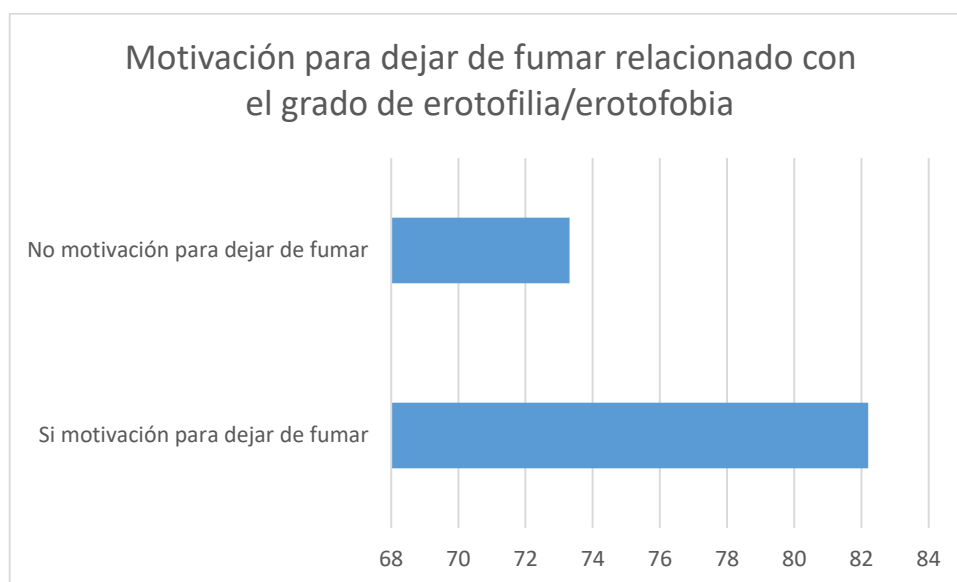
Tabla 27. Análisis comparativo cronotipo y motivación para dejar de fumar

Cronotipo	Motivación para dejar de fumar		P
	No motivación para dejar de fumar	Sí motivación para dejar de fumar	
	n (%)	n (%)	
Intermedio	56 (78,9)	15 (21,1)	0,175
Vespertino	25 (62,5)	15 (37,5)	
Matutino	11 (73,3)	4 (26,7)	

5.11.8. Comportamiento sexual y motivación para dejar de fumar

Los universitarios que sí tienen motivación para dejar de fumar presentan mayor erotofilia (82,20) [DE 21,355], que los estudiantes que no tienen motivación para dejar de fumar (73,31) [DE 21,886].

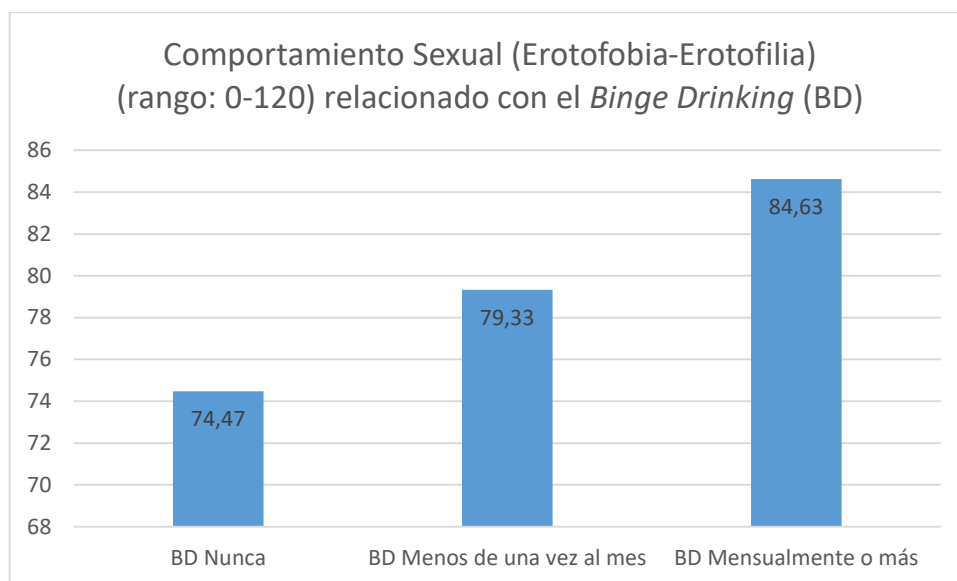
Figura 15. Motivación para dejar de fumar relacionado con el grado de erotofilia/erotofobia



5.11.9. Comportamiento sexual y *binge drinking*

En relación al *binge drinking*, cuantas más veces se practica este tipo de consumo de bebidas alcohólicas, mayor aumento de erotofilia con respecto al comportamiento sexual.

Figura 16. Comportamiento sexual (erotofobia-erotofilia) relacionado con el *binge drinking* (BD)



5.11.10. Comportamiento sexual y consumo de alcohol

Los universitarios que son bebedores de riesgo tienen mayor puntuación de erotofilia (80,28) [DE 18,879], que los universitarios que no son bebedores de riesgo (77,10) [DE 19,571].

5.11.11. Comportamiento sexual y dependencia a la nicotina

En relación a la dependencia a la nicotina de los estudiantes y su comportamiento sexual, a mayor dependencia a la nicotina mayor puntuación de erotofilia (Tabla 28).

Tabla 28. Comportamiento sexual y dependencia a la nicotina

	Baja dependencia a la nicotina	Moderada/alta Dependencia a la nicotina
Comportamiento sexual (erotofobia-erotofilia) (Rango de 0 a 120)	78,39 [(DE) 22,024]	86,95 [(DE) 19,392]

6. DISCUSIÓN

Los objetivos del presente proyecto fueron: conocer el consumo de alcohol y tabaco, hábitos alimenticios, actividad física, comportamiento sexual y cronotipo en los universitarios del estudio; determinar las características sociodemográficas relacionadas con las variables; y analizar la relación de las variables entre sí.

En este apartado se va a proceder a contrastar los resultados obtenidos en el estudio con la literatura existente al respecto.

La información obtenida se ha agrupado en los siguientes apartados: consumo de alcohol y *binge drinking*; tabaco, dependencia a la nicotina y motivación para dejar de fumar; actividad física; adherencia a la dieta mediterránea; comportamiento sexual; cronotipo.

CONSUMO DE ALCOHOL Y *BINGE DRINKING*

Los resultados muestran que el 90,2% de los universitarios consume alcohol, siendo bebedores de riesgo el 29,5%, donde el 5% tiene dependencia a este consumo. Este consumo de riesgo es similar a estudios realizados en universitarios en España, en Barcelona (2016) (133) y Santiago de Compostela (2008) (134), y estudios en Latinoamérica, Brasil (2017) (135), Colombia (2010) (136) y Ecuador (2016) (137). Sin embargo, en Europa, Davoren et al. (2015) (138) en Irlanda, Beenstock et al. (2011) (139), y Heather et al. (2011) (140) en Inglaterra muestran datos más elevados, entre un 60% y un 82%. En el reciente estudio de Cooke et al. (2019) (141) en varios países de Europa, aunque reflejan datos similares a nuestro estudio, la tendencia indica que parece haber más bebedores en el norte de Europa (Inglaterra y Dinamarca), y donde menos en el sur, España y Portugal, coincidiendo con los estudios anteriores (138-140).

En estudiantes universitarios de Australia (2011) (142) y África (2013) (143) el consumo es de 20-21%, ligeramente inferior a los datos de este estudio. En universitarios de Estados Unidos (2017) (144) y Nueva Zelanda (2009) (145) el consumo es superior.

El consumo de tipo *binge drinking*, tipo de consumo mayoritario en jóvenes adultos, se da en el 51,4% de universitarios, datos muy similares al estudio de Bebendo et al. (2017) (135) en universitarios brasileños. Por otro lado, universitarios en Barcelona (2016) (133) y Estados Unidos (2017) muestran datos inferiores a nuestro estudio, donde entre el 34% y 40% de universitarios llevan un patrón de consumo de tipo *binge drinking*.

En relación al sexo, hay más mujeres con comportamiento de bebedor de riesgo que hombres. Este dato solo coincide con el estudio de Davoren et al. (2015) (138), puesto que los demás estudios muestran mayor consumo de riesgo y mayor frecuencia en hombres (137, 139, 140, 142, 144, 146-148). Varios estudios relacionan el ser hombre como un factor de riesgo de consumo de alcohol (149-151), llegando los hombres a vincular el papel del alcohol a la vida universitaria y normalizando su consumo (152).

Pese a los distintos puntos de corte utilizados en los estudios para ver el tipo de consumo de alcohol, Wicki et al. (2010) (147), en su artículo sobre población universitaria europea, señala que esta diferencia de género sigue constante, aunque la evolución de este consumo está aumentando en mujeres con respecto a años anteriores, existiendo cada vez menos diferencia con los hombres (138, 153). Hay que dar cierta importancia a este consumo igualitario, debido a las diferencias de metabolización del alcohol por género, afectando más los efectos nocivos a las mujeres, como se explicó en el apartado 2.1.4. del presente documento.

Por universidades, parece haber más bebedores de riesgo, y más bebedores con dependencia alcohólica entre estudiantes de la UCLM que de la UCO, y estudiar en la UCLM presenta relación con más probabilidad de ser bebedor de riesgo que en la UCO. Estos datos pueden deberse al alto número de mujeres que hay en la muestra de la UCLM, siendo estas quienes más consumo de riesgo muestran en los resultados del estudio que estamos presentando.

También se puede observar en la Encuesta sobre alcohol y otras drogas en España (EDADES) (2017) (154) como por comunidades autónomas, en Castilla La Mancha hay mayor prevalencia de consumo de alcohol, y mayor práctica de *binge drinking* que en Andalucía. El estudio sobre población universitaria andaluza ante las drogas del año 2014 (155) refleja datos similares a nuestro estudio con relación al consumo de alcohol en la UCO, aunque no se pueden comparar con la UCLM, ya que parece no haber estudios recientes en población universitaria.

En relación al uso de métodos de protección al mantener relaciones sexuales, los estudiantes que practican relaciones sexuales sin protección son aquellos con mayor consumo de alcohol de riesgo y dependencia alcohólica. Además, no utilizar métodos de protección cuando se mantienen relaciones sexuales tiene más probabilidad de ser bebedor de riesgo, que si se utilizan métodos de protección. Numerosos estudios reflejan estos datos (156-159), relacionando el consumo de alcohol con mayor conexión sexual, mantener relaciones sexuales de riesgo y distintas parejas. Estas relaciones sexuales bajo los efectos del alcohol se relacionan con sexo sin protección, con el riesgo de contraer enfermedades de transmisión sexual o embarazos no deseados (97, 160).

TABACO, DEPENDENCIA A LA NICOTINA Y MOTIVACIÓN PARA DEJAR DE FUMAR

El 27,6% de los universitarios estudiados del presente estudio consume tabaco, cifras similares a otros estudios en universitarios (67, 161-166).

Más de tres cuartas partes de la población de este estudio, el 78,6%, presenta dependencia baja. Esta baja dependencia a la nicotina puede deberse al comienzo a fumar en la universidad, pues es en esta etapa donde aumenta el número de fumadores, como señalan otros estudios (167-169). Sería interesante realizar intervenciones de promoción de la salud en esta población, ya que los resultados podrían ser más satisfactorios al no tener una alta dependencia a la nicotina.

Por universidad, los estudiantes de la UCLM tienen más probabilidad de tener una alta dependencia a la nicotina, que los estudiantes de la UCO. Al igual que ocurre en esta población universitaria, ocurre en población general, comparando las dos regiones del estudio (154). En la última Encuesta sobre el alcohol y drogas en España (EDADES) (2017) (154), Castilla La Mancha presentaba mayor número de consumo de tabaco alguna vez en la vida (68%), respecto a Andalucía (58%). Al igual ocurre con el consumo habitual de tabaco, siendo Castilla La Mancha la quinta región española con este hábito (154).

Los universitarios con antecedentes de consumo de alcohol en padres tienen mayor dependencia baja a la nicotina (94,4%), que los que no tienen antecedentes (72,2%). Por otro lado, el no tener antecedentes de consumo de alcohol en padres tiene más probabilidad de tener alta dependencia a la nicotina. No se encontró asociación entre los antecedentes de padres con consumo de tabaco y mayor dependencia a la nicotina, pese a la relación social-familiar y genética que existe entre padres e hijos y dependencia a la nicotina, como afirman otros estudios (170-172).

La mayoría de solteros tiene una dependencia baja (83,1%), este dato baja en casados hasta el 14,3%, teniendo la mayoría dependencia moderada. Estar casado tiene más probabilidad de tener alta dependencia a la nicotina que ser soltero. Esta relación del estado civil con el consumo de tabaco también se puede observar en otros estudios (173-176). Por el contrario, otros estudios relacionan los solteros con el hábito de fumar (177, 178). Agrawal et al. (2006) (179) en su estudio en mujeres señala que quienes tenían dependencia a la nicotina, tenían más probabilidad de casarse con una pareja con comportamientos similares.

Con respecto a la motivación para dejar de fumar en universitarios, la mitad de la población del estudio presenta motivación para dejar de fumar, ya sea alta, moderada o dudosa, y la otra mitad tiene una motivación baja o nula. Estos datos de motivación refuerzan las intervenciones que se podrían llevar a cabo en universitarios relacionadas con promoción de la salud. Estas podrían incluir factores protectores frente al consumo de tabaco y dependencia a la nicotina, en entornos familiares en universitarios; así mismo y como afirma Thomas et al. (2019) (171), regular la compra, venta y consumo en universidad y alrededores (180) y reforzar conocimientos de los problemas del tabaquismo en la salud (181).

Distinguiendo por rama de estudios, los universitarios de Ciencias de la Salud son los que más motivación alta tienen para dejar de fumar (28%). Estos datos pueden deberse a los conocimientos sobre hábitos saludables que, durante la carrera universitaria, van adquiriendo. Así, Bowen et al. (2012) (181) señala como uno de los motivos mayoritarios de los universitarios para dejar de fumar fueron aspectos de salud, por encima de las relaciones personales, recursos económicos e impacto ambiental (181).

ACTIVIDAD FÍSICA (AF)

Los universitarios del estudio practican actividad física en el 90,8%, practicando más de la mitad actividad de nivel alto (52,5%), dato que coincide con el estudio de Rubio et al. (2016) (182), pero es superior a otros estudios en universitarios (81, 183-185), donde la práctica de nivel alto de AF se sitúa entre el 22-31%.

Las mujeres practican menos actividad de nivel alto, al igual que se observa en otros estudios en universitarios (182, 183, 185, 186). Dada la importancia de la actividad física, es importante dirigir intervenciones centradas en las motivaciones para practicar actividad física según sexo. Se ha observado en numerosos estudios como las motivaciones son distintas en función del género. Los hombres tienen motivaciones de desafío y competición, y las mujeres están más motivadas por el estado físico (187, 188).

Observando el curso académico, a mayor curso aumenta el porcentaje de alumnos que practican actividad de nivel bajo. Este hecho puede deberse a la etapa de los años universitarios, donde aumenta el comportamiento sedentario (189), al igual que ocurre con la edad, donde desde la adolescencia a la edad adulta se incrementa el sedentarismo (189-191).

La actividad física de alto nivel en universitarios se relaciona con la práctica de actividad física de los padres, al igual que señalan otros estudios (192, 193). Este dato es importante puesto que otros estudios, como el de Molanorouzi et al. (2015) señalan la importancia de la motivación para practicar actividad física (188).

DIETA MEDITERRÁNEA (DM)

La dieta mediterránea se basa en el consumo de alimentos cultivados en torno al mar mediterráneo, caracterizada por alto consumo de aceite de oliva, cereales, frutas, verduras y legumbres. En este estudio, el 15,9% de la población tiene una adherencia baja a la dieta mediterránea (DM), el 47,1% adherencia media, y el 36,9% adherencia alta. Comparando con otros estudios se puede observar como los universitarios del presente

estudio tienen más alta adherencia a la DM que otras investigaciones en universitarios de Castilla La Mancha (76, 194), donde la adherencia alta a la DM se sitúa entre el 5%-9%, por debajo de los datos del presente estudio. También muestran menor adherencia universitarios de Navarra (195), al igual que estudios de otros países, como Chipre (196), Turquía (197), y Túnez (198). Por otro lado se muestran datos parecidos en universidades de Madrid (199) y de Murcia (200). Por su parte Zurita-Ortega et al. (2018) (201) señala datos superiores de alta adherencia a la DM en universitarios de Granada, Ceuta y Melilla, con un 78% de alta adherencia.

A pesar de los datos de baja adherencia a la DM en los dos estudios realizados en la UCLM (76, 194), no se observan diferencias significativas entre estudiantes de la UCO y de la UCLM del presente estudio.

COMPORTAMIENTO SEXUAL

La puntuación media del comportamiento sexual es de 77,93 de un rango de 0 a 120 (DE 19,927). Siendo los hombres quienes mayor grado de erotofilia muestran, al igual que confirman otros estudios (202-205), pese a que la puntuación entre hombres y mujeres se va igualando (205).

Los estudiantes que mantienen relaciones sexuales con protección tienen mayor grado de erotofilia que los que practican relaciones sexuales de riesgo. Este dato lo afirma también Harkabus et al. (2013) (206), donde señala la erotofilia con mayor accesibilidad al uso de preservativo. Dato que a su vez relaciona también la erotofobia con el no uso de protección sexual, pudiéndose deber a no tener un comportamiento sexual tan activo y así, no tener el mismo acceso y disponibilidad a preservativos que los universitarios con conducta erotofílica (206, 207).

CRONOTIPO

El cronotipo es la predisposición natural de cada persona a tener y experimentar momentos de mayor energía y momentos de descanso, según la hora del día. En este estudio la mayoría de universitarios se identifican con un cronotipo intermedio (62,6%). Entre los que se identifican con un cronotipo de otro tipo, la predisposición de los universitarios es de cronotipo vespertino (20,7%). Siendo de cronotipo matutino el 16,6%, destacando que sólo el 1,1% son claramente matutinos.

Por sexo, los hombres son más vespertinos que las mujeres, 24,3% y 19% respectivamente, como confirman otros estudios en universitarios en Estados Unidos (2011) (208), España (2012) (209) y población general en Brasil (2014) (210). Destacan las preferencias de los hombres por la vespertinidad y las mujeres por la matutinidad. Por otra parte, existen estudios donde relacionan la vespertinidad con problemas relacionados con el sueño especialmente en mujeres, donde se ve afectada la calidad del sueño, presentando insomnio y pesadillas (211, 212).

Los estudiantes con estado civil casado, son más vespertinos que los solteros, 41,2% y 20,1% respectivamente. Siendo solamente, el 5,9% matutinos (moderadamente matutinos). Esta relación del estado civil casado y el cronotipo vespertino se puede deber al dormir con una pareja (213). Dada la juventud de los universitarios, estos pueden estar en el comienzo de dormir junto a su pareja. En este comienzo, pueden producirse problemas de sueño y distintos horarios de irse a dormir, ya que cada individuo tiene sus propios hábitos de sueño, y estos, al comienzo de la relación, pueden ocasionar conflictos y modificaciones en el cronotipo (213-215).

ANÁLISIS RELACIONAL

Los universitarios que tienen un patrón de consumo de bebedor de riesgo tienen mayor dependencia moderada/alta a la nicotina (28,6%), que los que no son bebedores de riesgo (13,8%). Esta relación de consumo de riesgo de alcohol y fumar la sustentan otros

estudios (138, 147, 216, 217), al igual que el intentar dejar de fumar y reducir el consumo de alcohol en universitarios (218). Tal vez uno de los motivos de esta relación sea el policonsumo, que destaca sobre todo en jóvenes y universitarios, dándose con mayor frecuencia el policonsumo de alcohol y tabaco (219). Con lo cual, al alterar el consumo de una sustancia, la otra también se ve afectada proporcionalmente.

También, el consumo intensivo de alcohol, denominado *binge drinking*, es un patrón de consumo que se da en la mayoría de los bebedores de riesgo (90,4%), al contrario que los no bebedores de riesgo, donde el porcentaje de consumidores de *binge drinking* baja hasta el 39,7%, practicándolo la mayoría (33,9%) con una frecuencia de menos de una vez al mes. Esta relación del *binge drinking* y el consumo de riesgo se puede observar en otros estudios en universitarios (135, 220-222).

Los universitarios bebedores de riesgo tienen un cronotipo más vespertino (28,1%) que los no bebedores de riesgo (16,2%). Esta relación consumo de alcohol y vespertinidad del presente estudio coincide con otros estudios en universitarios de Japón (2009) (223), Estados Unidos (2011) (208) o India (2018) (224). Relación que puede deberse a que los universitarios consumen más alcohol y lo hacen en reuniones sociales, las cuales normalmente tienen un horario nocturno. Así mismo, esta población, generalmente, tiene más libertad de horarios, relacionado con no vivir con sus padres o tener menos controles horarios (208, 223).

Los estudiantes con un cronotipo matutino son los que más adherencia alta tienen a la DM (48,7%), y los que menos adherencia baja presentan (6,6%). En su contra, el cronotipo vespertino muestra la mayor adherencia baja y la menor adherencia alta a la DM. Por lo que existe una relación entre cronotipo matutino y alta adherencia a la DM, Y cronotipo vespertino con baja adherencia a la DM.

A nuestro conocimiento, no hay estudios que comparen el cronotipo con la adherencia a la DM. Se han encontrado estudios con respecto a adherencia a dieta mediterránea, calidad y duración del sueño e insomnio en adultos mayores (225-228). Estos señalan la mejora de la calidad del sueño, duración y menos insomnio con alta adherencia a la dieta mediterránea. Únicamente, Gianfredi et al. (2018) (229) comparó la calidad del sueño con la adherencia a la dieta mediterránea en estudiantes universitarios de Italia, con resultados parecidos a los estudios anteriormente mencionados. La relación con la calidad del sueño puede deberse a los alimentos incluidos en la dieta mediterránea.

Estos alimentos son frutas y verduras, legumbres, frutos secos, pescado y carne blanca, alimentos ricos en triptófano (Trp), un aminoácido esencial solo proporcionado por la dieta, que tiene efectos positivos en la inducción y el mantenimiento del sueño (229, 230). Además, la DM se caracteriza por la importancia dada al desayuno, comida que los estudiantes con cronotipo vespertino, dependiendo de la hora a la que se levanten, muchas veces la suprimen.

Sería interesante realizar estudios relacionando la adherencia a la DM y el cronotipo en otras universidades, tanto en España como en otros países, para así poder comparar los datos de este estudio. Además, realizarlo en población en general, con el fin de ver las diferencias por edad y por nivel de estudios.

A mayor frecuencia de consumo intensivo de alcohol, *binge drinking*, hay un aumento del nivel de erotofilia, incrementándose en 10 puntos. Este aumento de erotofilia también se puede observar con el consumo de riesgo. Además, se puede ver este aumento de erotofilia con el grado de dependencia a la nicotina, aumentando cuanto mayor es el grado de dependencia. Parece ser en la literatura revisada que no hay estudios actuales que midan el grado de erotofobia/erotofilia con el consumo de alcohol ni dependencia a la nicotina. Anteriormente se han mencionado estudios que miden este consumo de sustancias con comportamientos sexuales de riesgo (134, 138, 156-159, 231). Estos comportamientos sexuales se han relacionado con el grado de erotofobia y erotofilia, por lo que sería interesante poder realizar más estudios con consumo de sustancias y la relación no solo con comportamiento sexual de riesgo, si no con la opinión y las actitudes sexuales de cada persona.

LIMITACIONES DEL ESTUDIO

Entre las limitaciones se encuentra el tamaño de la muestra, la tasa de no respuesta, la dificultad de que se completara el cuestionario en esta población, y el período de vacaciones y exámenes en los que se recogieron los datos. Todo ello hace que, aunque la muestra sea representativa, pueda parecer corta. Por ello, se deberían considerar estos datos como un primer acercamiento al problema, y realizar futuros estudios con una muestra más amplia y que englobe más regiones de España.

Además, otra limitación sería la baja tasa de participación en el estudio del género masculino, siendo solo del 33%, si bien puede ir en la línea de la mayor presencia de la mujer en las aulas universitarias (232).

Al igual que con el género, ocurre con la universidad, con una presencia de la UCO del 36%, mientras que la UCLM representa el 64%. Por lo que la representación en el estudio de ambas Universidades no ha sido homogénea de cara al análisis comparativo.

En la realización de este trabajo también interfirió la dificultad de discutir con otros estudios el consumo de alcohol de tipo *binge drinking*, ya que por países varía el número de bebidas que se consideran consumo tipo *binge drinking*. Lo mismo ocurre con el cuestionario para medirlo, en este estudio se ha medido con la tercera pregunta del cuestionario AUDIT, como realizaron otros estudios en universitarios (97, 121). La falta de un cuestionario validado que mida específicamente el consumo de tipo *binge drinking*, puede ocasionar alteraciones en los resultados al compararlos con otros estudios.

Otro aspecto limitante para comparar este trabajo con otros estudios fueron los criterios de puntuación para medir el test AUDIT de Saunders et al. (1993) (115), ya que por países y por tipo de población estudiada, estos criterios de puntuación cambian. En el presente trabajo se utilizaron los criterios de puntuación del reciente estudio en universitarios de García-Carretero et al. (2016) (120), donde mencionaba que había que disminuir esta puntuación. Sería conveniente unificar los criterios de puntuación, para que todos los estudios en universitarios siguieran los mismos, lo que facilitaría la comparación.

Otra de las limitaciones fue la falta de estudios recientes sobre alcohol y tabaco en universitarios en la UCLM. En Andalucía se encuentra un estudio que mide hábitos de consumo de alcohol y tabaco en varias universidades (155). Sería interesante realizar más estudios en estas universidades, y así poder comparar los datos del presente estudio en favor de realizar intervenciones específicas por área geográfica.

En relación al cronotipo y la adherencia a la DM, donde en este estudio se han encontrado relaciones y diferencias significativas, una limitación para comparar los datos del estudio realizado es la falta de estudios que comparen estas dos variables, ni en universitarios ni en población general.

7. CONCLUSIONES

Según los datos obtenidos en relación al **consumo de alcohol**, el 30% de los universitarios del estudio son bebedores de riesgo, de los cuales el 5% presentan dependencia alcohólica. Por género, las mujeres tienen mayor comportamiento de bebedor de riesgo; y por universidad, los estudiantes de la UCLM presentan mayor consumo de riesgo, teniendo más probabilidad de ser bebedor de riesgo estudiar en la UCLM. Se relaciona el consumo de riesgo con mantener relaciones sexuales sin protección.

Ser bebedor de riesgo está relacionado con mayor dependencia a la nicotina, consumo de tipo *binge drinking*, tener un cronotipo vespertino, y un aumento en el nivel de erotofilia.

El 28% de universitarios consume **tabaco**, teniendo la mayoría una baja dependencia a la nicotina (79%), y motivación para dejar de fumar. Estudiar en la UCLM, estar casado, y no tener antecedentes de consumo de alcohol en padres tiene más probabilidad de tener dependencia a la nicotina. En relación a la rama de estudios, los estudiantes de Ciencias de la Salud son los que más motivación tienen para dejar de fumar.

La dependencia a la nicotina se relaciona con mayor nivel de erotofilia.

En cuanto a la **actividad física**, más de la mitad de los universitarios practican actividad física de nivel alto (53%), siendo las mujeres quienes menos practican este nivel. Con respecto al curso académico, a medida que avanzan de curso, disminuye la práctica de nivel alto de actividad física. Esta práctica se relaciona con la práctica de actividad física en padres.

Con respecto a la **adherencia a la dieta mediterránea**, los universitarios del presente estudio tienen alta adherencia a la DM (37%).

En relación a la **opinión y actitud sexual**, los universitarios muestran un grado de conducta de erotofilia, siendo los hombres quienes mayor grado tienen. Este grado de erotofilia se relaciona con el uso de protección al mantener relaciones sexuales.

A cerca del **cronotipo** se puede observar cómo, tras destacar que más de la mitad de los participantes presentan un cronotipo intermedio, la predisposición es al cronotipo

vespertino, con un 21%. Por género, los hombres, y por estado civil los casados, son más vespertinos que las mujeres y los solteros.

Los estudiantes con cronotipo matutino son los que más alta adherencia a la DM tienen.

7.1. IMPLICACIONES PARA LA PRÁCTICA Y RECOMENDACIONES

Los resultados obtenidos evidencian como el consumo de alcohol y tabaco está presente en la etapa de la universidad, siendo para algunos estudiantes el primer contacto con estas drogas consideradas legales.

Al igual que ocurre con el consumo de estas drogas en la etapa de la universidad, también esta es una etapa donde se mantienen o se fortalecen los hábitos que adquieren los universitarios para el resto de su vida adulta, ya sean hábitos nocivos o hábitos saludables, sean estos alimenticios, sexuales y/o de actividad física, etc.

El abordaje ha de ser en todo caso Antropológico: “el ser humano” en interacción con su entorno y Multidisciplinar. Siendo como es la Universidad un lugar de producción de conocimiento el abordaje de promoción de la salud debía de proceder de ella misma con la participación de las diversas áreas de conocimiento, aun así, sin olvidar la sociedad, la familia, el entorno relacional y sobre todo emocional.

Dados los problemas que presentan en la salud el consumo de drogas, y como se ha podido ver en el estudio, este consumo todavía no está fortalecido en sus vidas, se demuestra la necesidad de una investigación sobre que intervenciones a instaurar para disminuir el consumo y los problemas que conlleva. Con la importancia de favorecer los hábitos saludables para que estos se mantengan y, además, como se ha podido ver en el presente estudio, sirvan como factor protector de ciertos hábitos para la salud.

Una línea de investigación interesante a abrir sería aquella que busque relación entre el cronotipo y la adherencia a la dieta mediterránea.

8. CONCLUSIONS

According to the data obtained in relation to alcohol consumption, 30% of the university students in the study are risk drinkers, of which 5% have alcohol dependence. By gender, women have a higher risk drinking behavior; and by university, UCLM students have a higher risk consumption, being more likely to be a risk drinker to study at UCLM. Risk consumption is related to having unprotected sex.

Being a risky drinker is related to increased nicotine dependence, binge drinking, having an evening chronotype, and an increase in the level of erotophilia.

28% of university students consume tobacco, with the majority having a low dependence on nicotine (79%), and motivation to quit smoking. Studying at the UCLM, being married, and having no history of alcohol consumption in parents are more likely to have nicotine dependence. In relation to the branch of studies, the students of Health Sciences are the ones who have more motivation to quit smoking.

Nicotine dependence is related to a higher level of erotophilia.

As for physical activity, more than half of university students practice high-level physical activity (53%), with women who least practice this level. With respect to the academic year, as they progress, the practice of high level of physical activity decreases. This practice is related to the practice of physical activity in parents.

With regard to adherence to the Mediterranean diet, the university students in this study have high adherence to DM (37%).

In relation to sexual opinion and attitude, university students show a degree of erotophilia behavior, with men being the highest degree. This degree of erotophilia is related to the use of protection when having sex.

About the chronotype you can see how, after highlighting that more than half of the participants have an intermediate chronotype, the predisposition is to the evening chronotype, with 21%. By gender, men, and by married marital status, are more evening than women and single people.

Students with morning chronotype are those with the highest adherence to DM.

10.1. IMPLICATIONS FOR PRACTICE AND RECOMMENDATIONS

The results obtained show how the consumption of alcohol and tobacco is present at the university stage, being for some students the first contact with these drugs considered legal.

As with the use of these drugs at the university stage, this is also a stage where the habits acquired by university students are maintained or strengthened for the rest of their adult life, be they harmful habits or healthy habits, be these nutritional, sexual and / or physical activity, etc.

The approach must be in any case Anthropological: "the human being" in interaction with its environment and Multidisciplinary. Since the University is a place of knowledge production, the health promotion approach should proceed from itself with the participation of the various areas of knowledge, even so, without forgetting society, family, the relational environment and all emotional.

Given the problems that drug consumption presents in health, and as it has been seen in the study, this consumption is not yet strengthened in their lives, the need for research on what interventions to establish to reduce consumption and the problems that entails. With the importance of favoring healthy habits so that they are maintained and, in addition, as we have seen in this study, they serve as a protective factor for certain health habits.

An interesting line of research to open would be one that seeks a relationship between the chronotype and adherence to the Mediterranean diet.

9. BIBLIOGRAFÍA

1. Organización Mundial de la Salud. Constitución de la Organización Mundial de la Salud. Nueva York: Conferencia Sanitaria Internacional; 1948.
2. Real Academia Española. Diccionario de la lengua española. 23ª edición. Madrid: Espasa; 2014.
3. World Health Organization. Global status report on alcohol and health 2018. Geneva: WHO; 2018.
4. Aragón C, Miquel M, Correa M, Sanchís-Segura C. Alcohol y metabolismo humano. Adicciones. 2006;14(5):23-42.
5. Bogen E. The human toxicology of alcohol. Alcohol and Man. 1932:126-52.
6. Moreno Otero R, Cortés JR. Nutrición y alcoholismo crónico. Nutricion hospitalaria. 2008;23:3-7.
7. Johnson RD, Horowitz M, Maddox AF, Wishart JM, Shearman D. Cigarette smoking and rate of gastric emptying: effect on alcohol absorption. BMJ. 1991;302(6767):20-3.
8. Edwards G, Gross MM, Keller M, Moser J, Room R, Organization World Health. Alcohol-related disabilities. 1977.
9. Guardia Serecigni J, Jiménez-Arriero M, Pacual P, Flórez G, Contel M. Alcoholismo: Guías clínicas basadas en la evidencia científica. Socidroalcohol; 2007.
10. Organización Mundial de la Salud. Glosario de términos de alcohol y drogas. Ginebra :OMS; 1994.
11. Valencia Martín JL, González M, Galán I. Aspectos metodológicos en la medición del consumo de alcohol: la importancia de los patrones de consumo. Revista Española de Salud Pública. 2014;88(4):433-46.
12. Babor TF, Higgins-Biddle JC, Saunders JB, Monteiro MG. Cuestionario de Identificación de los Transtornos debidos al Consumo de Alcohol. Ginebra: OMS; 2001.
13. Anderson P, Gual A, Colón J. Alcohol y Atención Primaria de la salud: Informaciones clínicas básicas para la identificación y manejo de riesgos y problemas. Organizacion Panamericana de la salud. 2008.

14. Llácer JL, Solé AG, Dauer AR-M. Registro del consumo de bebidas alcohólicas mediante la unidad de bebida estándar. Diferencias geográficas. *Adicciones*. 2006;12(1):11-9.
15. Rodríguez-Martos Dauer A, Gual Solé A, Llopis Llácer JJ. La unidad de bebida estándar como registro simplificado del consumo de bebidas alcohólicas y su determinación en España. *Medicina clínica*. 1999;112(12):446-50.
16. Silla Stoel M, Rosón Hernández B. Evaluación del consumo de alcohol y diagnóstico de patrón de consumo. *Trastornos Adictivos*. 2009;11(03):191-9.
17. Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la salud en el mundo 2006 - Colaboremos por la salud. Ginebra: OMS; 2006.
18. Ruiz AM, Gómez IR, Rubio C, Revert C, Hardisson A. Efectos tóxicos del tabaco. *Revista de Toxicología*. 2006;21(2-3):64-71.
19. Londoño Pérez C, Rodríguez Rodríguez I, Gantiva Díaz CA. Cuestionario para la clasificación de consumidores de cigarrillo (C4) para jóvenes. *Diversitas: Perspectivas en Psicología*. 2011;7(2):281-91.
20. Presson CC, Chassin L, Sherman SJ. Psychosocial antecedents of tobacco chipping. *Health Psychology*. 2006;21(4):384.
21. Organización Mundial de la Salud. Estrategia mundial sobre régimen alimentario, actividad física y salud. Ginebra: OMS; 2004.
22. Calañas-Continente A. Bases científicas de una alimentación saludable: Dietoterapia, nutrición clínica y metabolismo. Ediciones Díaz de Santos; 2012.
23. Rodríguez-Felices Y, Gallardo-Escudero A, Mata-Soto C, Fernández-García M, Muñoz Alférez MJ, López-Aliaga I, et al. Metabolismo lipídico y hábitos saludables en un grupo de jóvenes universitarios de la población de Granada. *Ars Pharmaceutica*. 2010;51. Suplemento 3:407-419.
24. Fundación Dieta Mediterránea. [Internet]. Barcelona: Fundación Dieta Mediterránea; 2010. Pirámide de la Dieta Mediterránea: un estilo de vida actual. Disponible en: https://dietamediterranea.com/piramidedm/piramide_CASTELLANO.pdf
25. Abellán Alemán J, Sainz de Baranda Andujar P, Ortín Ortín E, Saucedo Rodrigo P, Gómez Jara P, Leal Hernández M. Guía para la Prescripción de Ejercicio Físico en Pacientes con Riesgo Cardiovascular. Asociación de la Sociedad Española de

Hipertensión Liga Española para la Lucha contra la Hipertensión Arterial (SHE-LELHA) 2ªEd; 161. 2014;163.

26. Paredes AH, Torres DM, Harrison SA. Tratamiento de la enfermedad por hígado graso no alcohólico: Papel de las modificaciones dietéticas y el ejercicio. *Clinical Liver Disease*. 2013;2(S4).

27. Casajús JA, Vicente-Rodriguez G. Ejercicio físico y salud en poblaciones especiales. Exernet. Colección ICD http://www.naos.aesan.msssi.gob.es/naos/ficheros/investigacion/Ejercicio_y_salud_en_poblaciones_especiales.pdf. 2011.

28. World Health Organization. Defining sexual health: report of a technical consultation on sexual health, 28-31 January 2002, Geneva: WHO; 2006.

29. Vega EG, Robledo EM, García PF, Izquierdo MC. Sexualidad, anticoncepción y conducta sexual de riesgo en adolescentes. *International journal of psychological research*. 2012;5(1):79-87.

30. Organización Mundial de la Salud. Estrategia mundial del sector de la salud contra las Infecciones de Transmisión Sexual 2016–2021. Hacia el fin de las ITS. Ginebra: OMS; 2016.

31. Potter GD, Skene DJ, Arendt J, Cade JE, Grant PJ, Hardie LJ. Circadian Rhythm and Sleep Disruption: Causes, Metabolic Consequences, and Countermeasures. *Endocrine reviews*. 2016 Dec;37(6):584-608.

32. Vitale JA, Weydahl A. Chronotype, Physical Activity, and Sport Performance: A Systematic Review. *Sports medicine (Auckland, NZ)*. 2017 Sep;47(9):1859-68.

33. Taylor DJ, Clay KC, Bramoweth AD, Sethi K, Roane BM. Circadian Phase Preference in College Students: Relationships With Psychological Functioning and Academics. *Chronobiology International*. 2011;28(6):541-7.

34. Bakotic M, Radosevic-Vidacek B, Koscec Bjelajac A. Morningness-eveningness and daytime functioning in university students: the mediating role of sleep characteristics. *Journal of sleep research*. 2017 Apr;26(2):210-8.

35. Beşoluk Ş, Önder İ, Deveci İ. Morningness-Eveningness Preferences and Academic Achievement of University Students. *Chronobiology International*. 2011/03/01;28(2):118-25.

36. Randler C, Schaal S. Morningness-eveningness, habitual sleep-wake variables and cortisol level. *Biological psychology*. 2010 Sep;85(1):14-8.

37. Cuadevilla F. Drogas: Conceptos generales epidemiología y valoración del consumo. *Intervención en Drogas semFYC*. 2006;2-22.
38. Patiño NM. *Farmacología médica / Medical Pharmacology*: Editorial Médica Panamericana. 2008.
39. Observatorio Español de la Droga y las Toxicomanías. Informe 2015. Alcohol, tabaco y drogas ilegales en España. Madrid: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas; 2016.
40. World Health Organization. *Global status report on alcohol and health 2014*. Geneva: WHO; 2014.
41. Pulido J, Indave-Ruiz BI, Colell-Ortega E, Ruiz-García M, Bartroli M, Barrio G. Estudios poblacionales en España sobre daños relacionados con el consumo de alcohol. *Revista Española de Salud Pública*. 2014;88(4):493-513.
42. Brook JS, Balka EB, Crossman AM, Dermatis H, Galanter M, Brook DW. The relationship between parental alcohol use, early and late adolescent alcohol use, and young adult psychological symptoms: A longitudinal study. *The American Journal on Addictions*. 2010;19(6):534-42.
43. Armendáriz García NA, Alonso Castillo MM, Alonso Castillo BA, López Cisneros MA, Rodríguez Puente LA, Méndez Ruiz MD. La familia y el consumo de alcohol en estudiantes universitarios. *Ciencia y enfermería*. 2014;20(3):109-18.
44. Sánchez Sánchez A, Redondo Martín S, García Vicario M, Velázquez Miranda A. Episodios de urgencia hospitalaria relacionados con el consumo de alcohol en personas de entre 10 y 30 años de edad en Castilla y León durante el período 2003-2010. *Revista Española de Salud Pública*. 2012;86(4):409-17.
45. González-Iglesias B, Gómez-Fraguela J-A, Gras M-E, Planes M. Búsqueda de sensaciones y consumo de alcohol: El papel mediador de la percepción de riesgos y beneficios. *Anales de psicología*. 2014;30(3):1061-8.
46. Pastor A, Galindo S, Hernandez M, Navarro A, Bernal C, Aleman J. Association between the consumption of tobacco and alcohol and physical exercise while at university. *Atención primaria/Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria*. 2009;41(10):558-63.
47. Tirado Morueta R, Aguaded Gómez JI, Marín Gutiérrez I. Factores de protección y de riesgo del consumo de alcohol en alumnos de la universidad de Huelva. *Health and Addictions*. 2009;9 (2):165-184.

48. Rábago MG, Navarro RG. Valoración del consumo de alcohol en estudiantes de derecho y de medicina de la Universidad Complutense de Madrid. *SEMERGEN-Medicina de Familia*. 2001;27(7):339-47.
49. Mantilla-Tolosa SC, Gómez-Conesa A, Hidalgo-Montesinos MD. Actividad física, tabaquismo y consumo de alcohol, en un grupo de estudiantes universitarios. *Revista de Salud Pública*. 2011;13(5):748-58.
50. Alberdi-Erice MJ, Huizi-Egilegor X, Barandiarán-Lasa M, Zupiria-Gorostidi X, Uranga-Iturrioz MJ. Evolución de los hábitos de consumo de tabaco y alcohol en estudiantes de enfermería. *Enfermería Clínica*. 2007;17(2):63-70.
51. Hingson RW, Heeren T, Winter MR. Age at drinking onset and alcohol dependence: age at onset, duration, and severity. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 2006 Jul;160(7):739-46.
52. Brandão YST, Correia DS, de Farias M, Antunes TMT, da Silva Lí A. The prevalence of alcohol consumption among the students newly enrolled at a public university. *J Pharm Bioallied Sci*. 2011 Jul-Sep;3(3):345-9.
53. Montañó MR, Guarín AM, Millán MAG, Maldonado AV, Díaz CAG. Consumo de alcohol en estudiantes universitarios. *Psicogente*. 2015;14(25):27-35.
54. El Ansari W, Sebena R, Stock C. Socio-demographic correlates of six indicators of alcohol consumption: survey findings of students across seven universities in England, Wales and Northern Ireland. *Arch Public Health*. 2013;71(1):29.
55. Castaño Pérez GA, García del Castillo JA, Marzo Campos JC. Consumo de alcohol y factores intervinientes en estudiantes universitarios. *Revista Cubana de Salud Pública*. 2014;40:47-54.
56. Basurto FZ, Ríos FL, Montes JMG, Moreno AM. Consumo autoinformado de alcohol y otras drogas en población universitaria española. *Electronic Journal of Research in Educational Psychology*. 2011;9(23):113-32.
57. Paredes NP, Míasso AI, Tirapelli CR. Consumption of benzodiazepines without prescription among first-year nursing students at the University of Guayaquil, school of nursing, Ecuador. *Revista latino-americana de enfermagem*. 2008;16(SPE):634-9.
58. Martins ERC, Zeitoune RCG, Francisco MTR, Spindola T, Marta CB. Concepções do trabalhador de enfermagem sobre drogas: a visibilidade dos riscos. *Rev enferm UERJ*. 2009;17(3):368-72.

59. Telumbre-Terrero JY, Esparza-Almanza SE, Alonso-Castillo BA, de Jesús Alonso-Castillo MT. Consumo de alcohol y tabaco en estudiantes de enfermería. *Enfermería actual de Costa Rica*. 2015 (30):1-16.
60. Segura LS, Cáliz NE. Illicit and licit drug consumption by UDCA's college students. *Revista UDCA Actualidad & Divulgación Científica*. 2015;18(2):311-9.
61. Rusyn I, Bataller R. Alcohol and toxicity. *Journal of hepatology*. 2013;59(2):387-8.
62. Courtney KE, Polich J. Binge drinking in young adults: Data, definitions, and determinants. *Psychological bulletin*. 2009;135(1):142.
63. Valencia-Martín JL, Galán I, Rodríguez-Artalejo F. The association between alcohol consumption patterns and adherence to food consumption guidelines. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*. 2011;35(11):2075-81.
64. Espada JP, Morales A, Orgilés M, Piqueras JA, Carballo JL. Sexual behaviour under the influence of alcohol among Spanish adolescents. *Adicciones*. 2012;25(1):55-62.
65. Fernández-Solà J. Diferentes efectos del alcohol según el sexo. *Jano*. 2007;1636:27-32.
66. Villalbí JR. Valoración de la Ley 28/2005 de medidas sanitarias frente al tabaquismo. *Revista española de salud pública*. 2009;83:805-20.
67. Chelet-Martí M, Escriche-Saura A, García-Hernández J, Moreno-Bas P. Consumo de tabaco en población universitaria de Valencia. *Trastornos adictivos*. 2011;13(1):5-10.
68. Zárate M, Zavaleta A, Danjoy D, Chanamé E, Prochazka R, Salas M, et al. Prácticas de consumo de tabaco y otras drogas en estudiantes de ciencias de la salud de una universidad privada de Lima, Perú. *Investigación y educación en enfermería*. 2006;24(2):72-81.
69. León DD, Silva CC, Oblitas YM. Consumo de tabaco y relaciones familiares y amicales en estudiantes de sexo femenino de la carrera de farmacia. *Revista Enfermeria Herediana*. 2016;8(2):52.
70. Martínez-Hernández Á, Marí-Klose M, Julià A, Escapa S, Marí-Klose P, DiGiacomo S. Consumo diario de tabaco en la adolescencia, estados de ánimo negativos y rol de la comunicación familiar. *Gaceta sanitaria*. 2012;26(5):421-8.

71. Valdés-Salgado R, Micher JM, Hernández L, Hernández M, Hernández-Avila M. Tendencias del consumo de tabaco entre alumnos de nuevo ingreso a la Universidad Nacional Autónoma de México, 1989 a 1998. *Salud Pública de México*. 2006;44:s44-s53.
72. Hernández-García I, Sáenz-González M, González-Celador R. Mortalidad atribuible al consumo de tabaco en España en el año 2006. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*. 2010;33(1): 23-33.
73. Robles M, Obando J, González M, Bueno J. Asociación entre dieta, actividad física y consumo de tabaco en adolescentes. *SEMERGEN-Medicina de Familia*. 2011;37(5):238-45.
74. Durán Agüero S, Bazaez Díaz G, Figueroa Velásquez K, Berlanga Zuñiga MR, Encina Vega C, Rodríguez Noel MP. Comparación en calidad de vida y estado nutricional entre alumnos de nutrición y dietética y de otras carreras universitarias de la Universidad Santo Tomás de Chile. *Nutricion Hospitalaria*. 2012;27(3):739-46.
75. Ascacibar S. Relación de adiciones con trastornos alimentarios y deficiencias nutricionales. Trabajo Final de Graduación de Licenciatura en Nutrición. Argentina: Universidad FASTA; 2014.
76. Cervera Burriel F, Serrano Urrea R, Vico Garcia C, Milla Tobarra M, Garcia Meseguer MJ. Food habits and nutritional assessment in a university population. *Nutricion Hospitalaria*. 2013 Mar-Apr;28(2):438-46.
77. Norte Navarro A, Ortiz Moncada R. Calidad de la dieta española según el índice de alimentación saludable. *Nutricion Hospitalaria*. 2011;26(2):330-6.
78. López MTI, Santa Teresa EC, Crespo AS. Estudio comparativo de hábitos entre estudiantes universitarios y preuniversitarios de la zona noroeste de Madrid. *Nutricion Hospitalaria*. 2014;31(n02):966-74.
79. Organización Mundial de la Salud. Recomendaciones mundiales sobre actividad física para la salud. Ginebra: OMS; 2010.
80. Escalante Y. Actividad física, ejercicio físico y condición física en el ámbito de la salud pública. *Revista Española de Salud Pública*. 2011;85(4):325-8.
81. Mantilla-Tolosa SC, Gomez-Conesa A, Hidalgo-Montesinos MD. Physical activity and tobacco and alcohol use in a group of university students. *Rev Salud Publica (Bogota)*. 2011 Oct;13(5):748-58.

82. Baena ACM, Zapatera B, Fernández M. Motivos de práctica de actividad físico-deportiva en adolescentes españoles: estudio AVENA. Profesorado: Revista de Currículum y Formación de Profesorado. 2012;16(1):391-398.
83. Márquez Rosa S, Rodríguez Ordax J, Abajo Olea S. Sedentarismo y salud: efectos beneficiosos de la actividad física. Apunts. 2006;83:12-24.
84. Donnelly JE, Blair SN, Jakicic JM, Manore MM, Rankin JW, Smith BK. American College of Sports Medicine Position Stand. Appropriate physical activity intervention strategies for weight loss and prevention of weight regain for adults. Medicine and science in sports and exercise. 2009;41(2):459-71.
85. Copado CA, Palomar VG, Urena AM, Mengual FA, Martínez MS, Serralta JRL. Mejora en el control de los diabéticos tipo 2 tras una intervención conjunta: educación diabetológica y ejercicio físico. Atención Primaria. 2011;43(8):398-406.
86. Boulé N, Kenny G, Haddad E, Wells G, Sigal R. Meta-analysis of the effect of structured exercise training on cardiorespiratory fitness in Type 2 diabetes mellitus. Diabetologia. 2006;46(8):1071-81.
87. Boulé NG, Haddad E, Kenny GP, Wells GA, Sigal RJ. Effects of exercise on glycemic control and body mass in type 2 diabetes mellitus: a meta-analysis of controlled clinical trials. Jama. 2007;286(10):1218-27.
88. Ferrer-García JC, López PS, Pablos-Abella C, Albalat-Galera R, Elvira-Macagno L, Sánchez-Juan C, et al. Beneficios de un programa ambulatorio de ejercicio físico en sujetos mayores con diabetes mellitus tipo 2. Endocrinología y nutrición. 2011;58(8):387-94.
89. Hernández Rodríguez J, Licea Puig ME. Papel del ejercicio físico en las personas con diabetes mellitus. Revista Cubana de Endocrinología. 2010;21(2):182-201.
90. Cordero A, Masiá MD, Galve E. Ejercicio físico y salud. Revista Española de Cardiología. 2014;67(9):748-53.
91. Reynaga-Estrada P, Arevalo Vazquez EI, Verdesoto Galeas AM, Jimenez Ortega IM, Preciado Serrano MDL, Morales Acosta JJ. Psychological benefits of physical activity in an educational center work. Retos-nuevas tendencias en educacion fisica deporte y recreacion. 2016 (30):203-6.
92. Contreras Jordán OR, Fernández Bustos JG, García López LM, Ponseti X, Palou Sampol P. El autoconcepto físico y su relación con la práctica deportiva en estudiantes adolescentes. Revista de Psicología del Deporte. 2010;19(1):0023-39.

93. Álamo J, Amador F, Pintor P. Función social del deporte escolar. El entrenador del deporte escolar. Lecturas: educación física y deportes. 2006.
94. López R. Competencias Básicas y Educación Física. Emassf Revista digital de Educación Física. 2009;1(1).
95. Martín Rodríguez M. Deporte, salud y calidad de vida. RICYDE Revista Internacional de Ciencias del Deporte. 2010;6(18):I-II.
96. Huéscar E, Cervelló E, Llamas L, Moreno-Murcia JA. Conductas de consumo de alcohol y tabaco y su relación con los hábitos saludables en adolescentes. Psicología Conductual. 2011;19(3):523.
97. 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. Gaceta sanitaria. 2016;30(6):438-43.
98. Lomba L, Apostolo J, Mendes F. Drugs and alcohol consumption and sexual behaviours in night recreational settings in Portugal. Adicciones. 2009;21(4):309-25.
99. Castaño Pérez G, Arango Tobón E, Morales Mesa S, Rodríguez Bustamante A, Montoya Montoya C. Riesgos y consecuencias de las prácticas sexuales en adolescentes bajo los efectos de alcohol y otras drogas. Revista Cubana de Pediatría. 2013;85:36-50.
100. Kypri K, Cronin M, Wright CS. Do university students drink more hazardously than their non-student peers? Addiction. 2005 May;100(5):713-4.
101. Salud y hábitos sexuales. Las conductas sexuales desde la perspectiva del SIDA. Boletín Informativo del Instituto Nacional de Estadística. 2004.
102. Calafat A, Juan M, Becoña E, Mantecón A. Qué drogas se prefieren para las relaciones sexuales en contextos recreativos. Adicciones. 2008;20(1):37-48.
103. Sumnall HR, Cole JC, Jerome L. The varieties of ecstatic experience: an exploration of the subjective experiences of ecstasy. Journal of Psychopharmacology. 2006;20(5):670-82.
104. Sutarso T, Tang TL, Anerin DR, McCartt IW, Gibson CB. Sexual temptation: substance abuse, no sex, safe sex, risky sex, and STDs. International journal of adolescent medicine and health. 2016;30(5):23.

105. Rodríguez García de Cortázar A, Hernán García M, Cabrera León A, García Calleja JM, Romo Avilés N. ¿Qué opinan adolescentes y jóvenes sobre el consumo de drogas recreativas y las conductas sexuales de riesgo?. *Adicciones*. 2007;19(2):153-168.
106. Friedman SR, Flom PL, Kottiri BJ, Neaigus A, Sandoval M, Curtis R, et al. Consistent condom use in the heterosexual relationships of young adults who live in a high-HIV-risk neighbourhood and do not use "hard drugs". *AIDS Care*. 2001 Jun;13(3):285-96.
107. Calafat A, Fernández Gómez C, Juan M, Becoña E. Gestión de la vida recreativa: ¿Un factor de riesgo determinante en el uso reciente de drogas?. *Adicciones*. 2005;17(4):337-347.
108. Collazo-Vargas EM, Dodge B, Herbenick D, Guerra-Reyes L, Mowatt R, Otero-Cruz IM, et al. Sexual Behaviors, Experiences of Sexual Violence, and Substance Use among Women Who inject Drugs: Accessing Health and Prevention Services in Puerto Rico. *Puerto Rico health sciences journal*. 2018 Jun;37(2):88-97.
109. Bellis MA, Hughes K. Pociones sexuales. Relación entre alcohol, drogas y sexo. *Adicciones*. 2004;16(4):249-258.
110. Johnson TJ, Stahl C. Sexual experiences associated with participation in drinking games. *J Gen Psychol*. 2004 Jul;131(3):304-20.
111. Kabrita CS, Hajjar-Muca TA, Duffy JF. Predictors of poor sleep quality among Lebanese university students: association between evening typology, lifestyle behaviors, and sleep habits. *Nature and science of sleep*. 2014;6:11-8.
112. Biss RK, Hasher L. Happy as a lark: morning-type younger and older adults are higher in positive affect. *Emotion*. 2012 Jun;12(3):437-41.
113. Randler C. Association between morningness-eveningness and mental and physical health in adolescents. *Psychology, health & medicine*. 2011 Jan;16(1):29-38.
114. Enright T, Refinetti R. Chronotype, class times, and academic achievement of university students. *Chronobiol Int*. 2017;34(4):445-50.
115. 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*. 1993 Jun;88(6):791-804.

116. Guillamón MC, Solé AG, Farran JC. 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.
117. Babor TF, Ritson EB, Hodgson RJ. Alcohol-related problems in the primary health care setting: a review of early intervention strategies. *Br J Addict*. 1986 Feb;81(1):23-46.
118. Fleming MF, Barry KL, Macdonald R. The alcohol use disorders identification test (AUDIT) in a college sample. *International Journal of the Addictions*. 1991;26(11):1173-85.
119. Babor TF, Higgins-Biddle JC, Saunders JB, Monteiro MG. Cuestionario de Identificación de los Trastornos debidos al Consumo de Alcohol. Pautas para su utilización en atención primaria Ginebra: Organización Mundial de la Salud. 2001.
120. García Carretero MÁ, Novalbos Ruiz JP, Martínez Delgado JM, Ferrall González C. Validación del test para la identificación de trastornos por uso de alcohol en población universitaria: AUDIT y AUDIT-C. 2016;28(4): 194-204.
121. Tuunanen M, Aalto M, Seppa K. Binge drinking and its detection among middle-aged men using AUDIT, AUDIT-C and AUDIT-3. *Drug and alcohol review*. 2007 May;26(3):295-9.
122. Fagerstrom KO. Measuring degree of physical dependence to tobacco smoking with reference to individualization of treatment. *Addict Behav*. 1978;3(3-4):235-41.
123. Becoña E, Alvarez-Soto E, Gómez-Durán B, García MP. Scores of Spanish Smokers on Fagerström's Tolerance Questionnaire. *Psychological Reports*. 1992;71(3_suppl):1227-33.
124. Richmond RL, Kehoe LA, Webster IW. Multivariate models for predicting abstinence following intervention to stop smoking by general practitioners. *Addiction*. 1993 Aug;88(8):1127-35.
125. Córdoba R, Martín C, Casas R, Barbera C, Botaya M, Hernández A, et al. Valor de los cuestionarios breves en la predicción del abandono del tabaco en Atención Primaria. *Atención Primaria*. 2000;25(1):32-6.
126. Craig CL, Marshall AL, Sjostrom M, Bauman AE, Booth ML, Ainsworth BE, et al. International physical activity questionnaire: 12-country reliability and validity. *Med Sci Sports Exerc*. 2003 Aug;35(8):1381-95. PubMed PMID: 12900694. Epub 2003/08/06. eng.

127. IPAQ Group. International Physical Activity Questionnaire short form (IPAQ-SF) [Internet]. 2010. Available from: <http://www.ipaq.ki.se>.
128. Rodríguez-Munoz S, Corella C, Abarca-Sos A, Zaragoza J. Validation of three short physical activity questionnaires with accelerometers among university students in Spain. *The Journal of sports medicine and physical fitness*. 2017 Dec;57(12):1660-8.
129. Serra-Majem L, Ribas L, Ngo J, Ortega RM, Garcia A, Perez-Rodrigo C, et al. Food, youth and the Mediterranean diet in Spain. Development of kidmed, Mediterranean Diet Quality Index in children and adolescents. *Public Health Nutrition*. 2004 Oct;7(7):931-5.
130. del Río Olvera FJ, Vega DJL, Santamaría FC. Adaptación del cuestionario Sexual Opinion Survey: Encuesta Revisada de Opinión Sexual. *Revista Internacional de Andrología*. 2013;11(1):9-16.
131. Adan A, Almirall H. Adaptation and standardization of a Spanish version of the morningness-eveningness questionnaire: Individual differences. *Personality and Individual Differences*. 1990;11(11):1123-30.
132. Horne JA, Ostberg O. A self-assessment questionnaire to determine morningness-eveningness in human circadian rhythms. *International journal of chronobiology*. 1976;4(2):97-110.
133. Miquel L, Rodamilans M, Gimenez R, Cambras T, Canudas AM, Gual A. Alcohol consumption in college students from the pharmacy faculty. *Adicciones*. 2016 Sep 15;27(3):190-7.
134. Caamano-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 Mar;69(2):308-12.
135. Bedendo A, Andrade ALM, Opaleye ES, Noto AR. Binge drinking: a pattern associated with a risk of problems of alcohol use among university students. *Revista latino-americana de enfermagem*. 2017;25:e2925.
136. Perez CL. Resistencia de la presión de grupo, creencias acerca del consumo y consumo de alcohol en universitarios. *Anales de Psicología*. 2010;26(1):27-33.
137. Ruisoto P, Cacho R, Lopez-Goni JJ, Vaca S, Jimenez M. Prevalence and profile of alcohol consumption among university students in Ecuador. *Gaceta sanitaria*. 2016 Sep-Oct;30(5):370-4.

138. Davoren MP, Shiely F, Byrne M, Perry IJ. Hazardous alcohol consumption among university students in Ireland: a cross-sectional study. *BMJ open*. 2015 Jan 29;5(1):e006045.
139. Beenstock J, Adams J, White M. The association between time perspective and alcohol consumption in university students: cross-sectional study. *European journal of public health*. 2011 Aug;21(4):438-43.
140. Heather N, Partington S, Partington E, Longstaff F, Allsop S, Jankowski M, et al. Alcohol use disorders and hazardous drinking among undergraduates at English universities. *Alcohol and alcoholism (Oxford, Oxfordshire)*. 2011 May-Jun;46(3):270-7.
141. Cooke R, Beccaria F, Demant J, Fernandes-Jesus M, Fleig L, Negreiros J, et al. Patterns of alcohol consumption and alcohol-related harm among European university students. *European journal of public health*. 2019 May 11:ckz067.
142. Reavley NJ, Jorm AF, McCann TV, Lubman DI. Alcohol consumption in tertiary education students. *BMC public health*. 2011 July 09;11(1):545.
143. Pengpid S, Peltzer K, van der Heever H, Skaal L. Screening and brief interventions for hazardous and harmful alcohol use among university students in South Africa: results from a randomized controlled trial. *International journal of environmental research and public health*. 2013 May 21;10(5):2043-57.
144. Nourse R, Adamshick P, Stoltzfus J. College Binge Drinking and Its Association with Depression and Anxiety: A Prospective Observational Study. *East Asian archives of psychiatry : official journal of the Hong Kong College of Psychiatrists*. 2017 Mar;27(1):18-25.
145. Kypri K, Paschall MJ, Langley J, Baxter J, Cashell-Smith M, Bourdeau B. Drinking and alcohol-related harm among New Zealand university students: findings from a national Web-based survey. *Alcohol Clin Exp*. 2009;33.
146. Demartini KS, Carey KB. Correlates of AUDIT risk status for male and female college students. *Journal of American college health*. 2009 Nov-Dec;58(3):233-9.
147. Wicki M, Kuntsche E, Gmel G. Drinking at European universities? A review of students' alcohol use. *Addict Behav*. 2010 Nov;35(11):913-24.
148. Tabernero C, Gutierrez-Domingo T, Luque B, Garcia-Vazquez O, Cuadrado E. Protective Behavioral Strategies and Alcohol Consumption: The Moderating Role of Drinking-Group Gender Composition. *International journal of environmental research and public health*. 2019 Mar 12;16(5):13.

149. Niedermeier M, Fruhauf A, Kopp-Wilfling P, Rumpold G, Kopp M. Alcohol Consumption and Physical Activity in Austrian College Students-A Cross-Sectional Study. *Substance use & misuse*. 2018 Aug 24;53(10):1581-90.
150. Caamaño-Isorna F, Corral M, Parada M, Cadaveira F. Factors Associated With Risky Consumption and Heavy Episodic Drinking Among Spanish University Students. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*. 2008;69(2):308-12.
151. El Ansari W, Stock C, Mills C. Is alcohol consumption associated with poor academic achievement in university students? *Int J Prev Med*. 2013;4(10):1175-88.
152. Bravo AJ, Pearson MR, Pilatti A, Read JP, Mezquita L, Ibanez MI, et al. Cross-cultural examination of college drinking culture in Spain, Argentina, and USA: Measurement invariance testing of the College Life Alcohol Salience Scale. *Drug and alcohol dependence*. 2017 Nov 1;180:349-55.
153. Kypri K, Paschall MJ, Langley J, Baxter J, Cashell-Smith M, Bourdeau B. Drinking and alcohol-related harm among New Zealand university students: findings from a national Web-based survey. *Alcohol Clin Exp Res*. 2009 Feb;33(2):307-14.
154. Plan Nacional sobre Drogas. Encuesta sobre alcohol y otras drogas en España (EDADES) 2017. Madrid, España: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2017.
155. Consejería para la Igualdad y Bienestar Social de la Junta de Andalucía. La población universitaria andaluza ante las drogas. Málaga, España: Universidad de Málaga; 2014.
156. Dvorak RD, Kuvaas NJ, Kilwein TM, Wray TB, Stevenson BL, Sargent EM. Are drinking motives associated with sexual "hookups" among college student drinkers? *Journal of American college health*. 2016;64(2):133-8.
157. Kilwein TM, Kern SM, Looby A. Interventions for alcohol-related risky sexual behaviors among college students: A systematic review. *Psychol Addict Behav*. 2017 Dec;31(8):944-50.
158. Brown JL, Gause NK, Northern N. The Association between Alcohol and Sexual Risk Behaviors among College Students: A Review. *Current addiction reports*. 2016 Dec;3(4):349-55.
159. Petruzelka B, Bartak M, Rogalewicz V, Rosina J, Popov P, Gavurova B, et al. Problematic and risky sexual behaviour under the influence of alcohol among university students. *Central European journal of public health*. 2018 Dec;26(4):289-97.

160. Hutton HE, McCaul ME, Chander G, Jenckes MW, Nollen C, Sharp VL, et al. Alcohol use, anal sex, and other risky sexual behaviors among HIV-infected women and men. *AIDS and behavior*. 2013 Jun;17(5):1694-704.
161. Martín-Montañez E, Barón-López FJ, Rubio Lamia LO, Pavía Molina J, Miranda Páez J, Santos Amaya IM. Consumo de alcohol, tabaco, cannabis y otras sustancias psicoactivas en estudiantes de la Universidad de Málaga. *Trastornos Adictivos*. 2011;13(4):160-6.
162. Latimer LA, Batanova M, Loukas A. Prevalence and Harm Perceptions of Various Tobacco Products Among College Students. *Nicotine & Tobacco Research*. 2013;16(5):519-26.
163. Martínez C, Méndez C, Sánchez M, Martínez-Sánchez JM. Attitudes of students of a health sciences university towards the extension of smoke-free policies at the university campuses of Barcelona (Spain). *Gaceta sanitaria*. 2017 Mar - Apr;31(2):132-8.
164. Jiménez-Muro Franco A, Beamonte San Agustín A, Marqueta A, Gargallo Valero P, Nerín de la Puerta I. Addictive substance use among first-year university students. *Adicciones*. 2009;21(1):21-8.
165. Walsh RA, Cholowski K, Tzelepis F, Stojanovski E. Smoking prevalence, attitudes, and confidence about tobacco roles among Australian nursing students. *J Addict Nurs*. 2012 Oct;23(3):181-90.
166. Ulus T, Yurtseven E, Donuk B. Prevalence of smoking and related risk factors among Physical Education and Sports School students at Istanbul University. *International journal of environmental research and public health*. 2012 Mar;9(3):674-84.
167. Intra MV. Cambio en las conductas de riesgo y salud en estudiantes universitarios argentinos a lo largo del periodo educativo. *Revista Internacional de Psicología y Terapia Psicológica*. 2011;11(1):139-47.
168. Morrell HE, Cohen LM, Bacchi D, West J. Predictors of smoking and smokeless tobacco use in college students: a preliminary study using web-based survey methodology. *Journal of American college health : J of ACH*. 2005 Sep-Oct;54(2):108-15.
169. Pastor AM, Galindo SB, Hernández ML, Navarro AM, Bernal CC, Alemán JA. Association between the consumption of tobacco and alcohol and physical exercise while at university. *Aten Primaria*. 2009 Oct;41(10):558-63.

170. Kandel DB, Griesler PC, Hu MC. Intergenerational Patterns of Smoking and Nicotine Dependence Among US Adolescents. *American journal of public health*. 2015 Nov;105(11):e63-72.
171. Thomas J, Kumar RV, Akhil S, Saji AM, Iype AK, Antony D. Prevalence of smoking among dental students and gauging their knowledge about tobacco cessation methods: An original study. *Journal of family medicine and primary care*. 2019 May;8(5):1562-6.
172. Lipkus IM, Schwartz-Bloom R, Kelley MJ, Pan W. A preliminary exploration of college smokers' reactions to nicotine dependence genetic susceptibility feedback. *Nicotine & tobacco research : official journal of the Society for Research on Nicotine and Tobacco*. 2015 Mar;17(3):337-43.
173. Rodríguez Muñoz PM, Carmona Torres JM, Hidalgo Lopezosa P, Cobo Cuenca AI, Rodríguez Borrego MA. Evolution of alcohol and tobacco consumption in young people in Spain, after the law 42/2010 against smoking: 2011-2014. *Adicciones*. 2019 Mar 28;0(0):1035.
174. Lakew Y, Haile D. Tobacco use and associated factors among adults in Ethiopia: further analysis of the 2011 Ethiopian Demographic and Health Survey. *BMC public health*. 2015;13(15):487.
175. Divinakumar KJ, Patra P, Prakash J, Daniel A. Prevalence and patterns of tobacco use and nicotine dependence among males industrial workers. *Industrial psychiatry journal*. 2017 Jan-Jun;26(1):19-23.
176. Wang Y, Sung H-Y, Yao T, Lightwood J, Max W. Infrequent and Frequent Nondaily Smokers and Daily Smokers: Their Characteristics and Other Tobacco Use Patterns. *Nicotine & tobacco research : official journal of the Society for Research on Nicotine and Tobacco*. 2018;20(6):741-8.
177. Ramsey MW, Jr., Chen-Sankey JC, Reese-Smith J, Choi K. Association between marital status and cigarette smoking: Variation by race and ethnicity. *Preventive medicine*. 2019 Feb;119:48-51.
178. Pennanen M, Broms U, Korhonen T, Haukkala A, Partonen T, Tuulio-Henriksson A, et al. Smoking, nicotine dependence and nicotine intake by socio-economic status and marital status. *Addict Behav*. 2014 Jul;39(7):1145-51.
179. Agrawal A, Grant JD, Waldron M, Duncan AE, Scherrer JF, Lynskey MT, et al. Risk for initiation of substance use as a function of age of onset of cigarette, alcohol and

cannabis use: findings in a Midwestern female twin cohort. *Preventive medicine*. 2006 Aug;43(2):125-8.

180. Wang TW, Tynan MA, Hallett C, Walpert L, Hopkins M, Konter D, et al. Smoke-Free and Tobacco-Free Policies in Colleges and Universities - United States and Territories, 2017. *MMWR Morbidity and mortality weekly report*. 2018 Jun 22;67(24):686-9.

181. Bowen S, Kurz AS. Smoking, nicotine dependence, and motives to quit in Asian American versus Caucasian college students. *Nicotine & tobacco research : official journal of the Society for Research on Nicotine and Tobacco*. 2012 Oct;14(10):1235-40.

182. Rubio Henao RF, Varela Arévalo MT. Perceived barriers in university students to physical activity practice. *Revista Cubana de Salud Pública*. 2016;42(1):61-9.

183. Pengpid S, Peltzer K. Vigorous physical activity, perceived stress, sleep and mental health among university students from 23 low- and middle-income countries. *International journal of adolescent medicine and health*. 2018 Jan 13.

184. Garcia Puello F, Herazo Beltran Y, Tuesca Molina R. Levels of physical activity among colombian university students. *Rev Med Chil*. 2015 Nov;143(11):1411-8.

185. Rangel Caballero LG, Rojas Sanchez LZ, Gamboa Delgado EM. Overweight and obesity in Colombian college students and its association with physical activity. *Nutricion Hospitalaria*. 2014 Nov 1;31(2):629-36.

186. Mantilla Toloza SC, Gómez Conesa A, Hidalgo Montesinos MD. Prevalencia de actividad física en estudiantes de Fisioterapia de la Universidad de Murcia. *Fisioterapia*. 2008;30(4):164-7.

187. Egli T, Bland HW, Melton BF, Czech DR. Influence of age, sex, and race on college students' exercise motivation of physical activity. *Journal of American college health*. 2011;59(5):399-406.

188. Molanorouzi K, Khoo S, Morris T. Motives for adult participation in physical activity: type of activity, age, and gender. *BMC public health*. 2015 Jan 31;15:66.

189. Calestine J, Bopp M, Bopp CM, Papalia Z. College Student Work Habits are Related to Physical Activity and Fitness. *International journal of exercise science*. 2017;10(7):1009-17.

190. Small M, Bailey-Davis L, Morgan N, Maggs J. Changes in eating and physical activity behaviors across seven semesters of college: living on or off campus matters.

Health education & behavior : the official publication of the Society for Public Health Education. 2013 Aug;40(4):435-41.

191. Centers for Disease Control and Prevention. Nutrition, physical activity and obesity: data, trends and maps. Atlanta, GA; 2015.

192. Kaseva K, Hintsala T, Lipsanen J, Pulkki-Raback L, Hintsanen M, Yang X, et al. Parental Physical Activity Associates With Offspring's Physical Activity Until Middle Age: A 30-Year Study. *Journal of physical activity & health*. 2017 Jul;14(7):520-31.

193. Christofaro DGD, Andersen LB, Andrade SMD, Barros MVGD, Saraiva BTC, Fernandes RA, et al. Adolescents' physical activity is associated with previous and current physical activity practice by their parents. *Jornal de Pediatria*. 2018;94(1):48-55.

194. García-Meseguer MJ, Burriel FC, García CV, Serrano-Urrea R. Adherence to Mediterranean diet in a Spanish university population. *Appetite*. 2014;78:156-64.

195. Dura Trave T, Castroviejo Gandarias A. [Adherence to a Mediterranean diet in a college population]. *Nutricion hospitalaria*. 2011 May-Jun;26(3):602-8.

196. Hadjimbei E, Botsaris G, Gekas V, Panayiotou AG. Adherence to the Mediterranean Diet and Lifestyle Characteristics of University Students in Cyprus: A Cross-Sectional Survey. *Journal of nutrition and metabolism*. 2016;2016:2742841.

197. Baydemir C, Ozgur EG, Balci S. Evaluation of adherence to Mediterranean diet in medical students at Kocaeli University, Turkey. *J Int Med Res*. 2018;46(4):1585-94.

198. Cervera FB, Serrano RU, Daouas T, Delicado AS, García MM. Food habits and nutritional assessment in a Tunisian university population. *Nutricion Hospitalaria*. 2014;30(6):1350-8.

199. Ojeda-Brito R, Brito-Ojeda M, Ruano C, Nissensohn M, Ruiz-Caballero J, Serramajem L. Drinking habits in a sample of university students. Relationship between the adherence to the Mediterranean Diet and BMI. *Nutricion hospitalaria*. 2015 Dec 1;32 Suppl 2:10326.

200. Navarro-Gonzalez I, Lopez-Nicolas R, Rodriguez-Tadeo A, Ros-Berruezo G, Martinez-Marin M, Domenech-Asensi G. Adherence to the Mediterranean diet by nursing students of Murcia (Spain). *Nutricion hospitalaria*. 2014 Jul 1;30(1):165-72.

201. Zurita Ortega F, San Roman Mata S, Chacón Cuberos R, Sánchez M, Muros J. Adherence to the Mediterranean Diet Is Associated with Physical Activity, Self-Concept and Sociodemographic Factors in University Student. *Nutrients*. 2018;10(8):966.

202. Garcia-Vega E, Rico R, Fernandez P. Sex, gender roles and sexual attitudes in university students. *Psicothema*. 2017 May;29(2):178-83.
203. Sprecher S, Treger S, Sakaluk JK. Premarital sexual standards and sociosexuality: gender, ethnicity, and cohort differences. *Archives of sexual behavior*. 2013 Nov;42(8):1395-405.
204. Boratav HB, Cavdar A. Sexual stereotypes and practices of university students in Turkey. *Archives of sexual behavior*. 2012 Feb;41(1):271-81.
205. del Río Olvera FJ, Santamaría FC, García MAC, Vega DJL. SOSPECHA (Sexual Opinion Survey en población española con historial de adicciones). *Revista Internacional de Andrología*. 2012;10(4):125-31.
206. Harkabus LC, Harman JJ, Puntteney JM. Condom accessibility: the moderating effects of alcohol use and erotophobia in the information-motivation-behavioral skills model. *Health promotion practice*. 2013 Sep;14(5):751-8.
207. Shim JW, Lee S, Paul B. Who responds to unsolicited sexually explicit materials on the internet?: the role of individual differences. *Cyberpsychology & behavior : the impact of the Internet, multimedia and virtual reality on behavior and society*. 2007 Feb;10(1):71-9.
208. Taylor DJ, Clay KC, Bramoweth AD, Sethi K, Roane BM. Circadian phase preference in college students: relationships with psychological functioning and academics. *Chronobiol Int*. 2011 Jul;28(6):541-7.
209. Adan A, Archer SN, Hidalgo MP, Di Milia L, Natale V, Randler C. Circadian Typology: A Comprehensive Review. *Chronobiology International*. 2012 2012/11/01;29(9):1153-75.
210. Duarte LL, Menna-Barreto L, Miguel MA, Louzada F, Araujo J, Alam M, et al. Chronotype ontogeny related to gender. *Brazilian journal of medical and biological research = Revista brasileira de pesquisas medicas e biologicas*. 2014 Apr;47(4):316-20.
211. Fabbian F, Zucchi B, De Giorgi A, Tiseo R, Boari B, Salmi R, et al. Chronotype, gender and general health. *Chronobiol Int*. 2016;33(7):863-82.
212. Lopez-Soto PJ, Fabbian F, Cappadona R, Zucchi B, Manfredini F, Garcia-Arcos A, et al. Chronotype, nursing activity, and gender: A systematic review. *Journal of advanced nursing*. 2019 Apr;75(4):734-48.

213. Richter K, Adam S, Geiss L, Peter L, Niklewski G. Two in a bed: The influence of couple sleeping and chronotypes on relationship and sleep. An overview. *Chronobiology international*. 2016;33(10):1464-72.
214. Meadows R, Arber S, Venn S, Hislop J. Engaging with sleep: male definitions, understandings and attitudes. *Sociology of health & illness*. 2008;30(5):696-710.
215. Randler C, Barrenstein S, Vollmer C, Díaz-Morales JF, Jankowski KS. Women would like their partners to be more synchronized with them in their sleep-wake rhythm. *The Spanish journal of psychology*. 2014;17.
216. Lajtha A, Sershen H. Nicotine: alcohol reward interactions. *Neurochem Res*. 2010 Aug;35(8):1248-58.
217. Higgins ST, Kurti AN, Redner R, White TJ, Gaalema DE, Roberts ME, et al. A literature review on prevalence of gender differences and intersections with other vulnerabilities to tobacco use in the United States, 2004-2014. *Preventive medicine*. 2015 Nov;80:89-100.
218. Brown J, West R, Beard E, Brennan A, Drummond C, Gillespie D, et al. Are recent attempts to quit smoking associated with reduced drinking in England? A cross-sectional population survey. *BMC public health*. 2016 July 22;16(1):535.
219. Hernandez-Serrano O, Font-Mayolas S, Gras ME. Polydrug use and its relationship with the familiar and social context amongst young college students. *Adicciones*. 2015 Sep 15;27(3):205-13.
220. Kuntsche E, Kuntsche S, Thrul J, Gmel G. Binge drinking: Health impact, prevalence, correlates and interventions. *Psychology & health*. 2017 Aug;32(8):976-1017.
221. Tavoracci MP, Berthon Q, Cerasuolo D, Dechelotte P, Ladner J, Baguet A. Does binge drinking between the age of 18 and 25 years predict alcohol dependence in adulthood? A retrospective case-control study in France. *BMJ open*. 2019 May 5;9(5):e026375.
222. Groefsema M, Kuntsche E. Acceleration of drinking pace throughout the evening among frequently drinking young adults in the Netherlands. *Addiction*. 2019 Jul;114(7):1295-302.
223. Nakade M, Takeuchi H, Kurotani M, Harada T. Effects of meal habits and alcohol/cigarette consumption on morningness-eveningness preference and sleep habits by Japanese female students aged 18-29. *Journal of physiological anthropology*. 2009 Mar;28(2):83-90.

224. Gangwar A, Tiwari S, Rawat A, Verma A, Singh K, Kant S, et al. Circadian Preference, Sleep Quality, and Health-impairing Lifestyles Among Undergraduates of Medical University. *Cureus*. 2018 Jun;10(6):e2856.
225. Godos J, Ferri R, Caraci F, Cosentino FII, Castellano S, Galvano F, et al. Adherence to the Mediterranean Diet is Associated with Better Sleep Quality in Italian Adults. *Nutrients*. 2019 Apr 28;11(5):976.
226. Campanini MZ, Guallar-Castillon P, Rodriguez-Artalejo F, Lopez-Garcia E. Mediterranean Diet and Changes in Sleep Duration and Indicators of Sleep Quality in Older Adults. *Sleep*. 2017 Mar 1;40(3):zsw083.
227. Jaussent I, Dauvilliers Y, Ancelin ML, Dartigues JF, Tavernier B, Touchon J, et al. Insomnia symptoms in older adults: associated factors and gender differences. *The American journal of geriatric psychiatry : official journal of the American Association for Geriatric Psychiatry*. 2011 Jan;19(1):88-97.
228. Mamalaki E, Anastasiou CA, Ntanasi E, Tsapanou A, Kosmidis MH, Dardiotis E, et al. Associations between the mediterranean diet and sleep in older adults: Results from the hellenic longitudinal investigation of aging and diet study. *Geriatrics & gerontology international*. 2018 Nov;18(11):1543-8.
229. Gianfredi V, Nucci D, Tonzani A, Amodeo R, Benvenuti AL, Villarini M, et al. Sleep disorder, Mediterranean Diet and learning performance among nursing students: inSOMNIA, a cross-sectional study. *Annali di igiene : medicina preventiva e di comunita*. 2018 Nov-Dec;30(6):470-81.
230. Yurcheshen M, Seehuus M, Pigeon W. Updates on Nutraceutical Sleep Therapeutics and Investigational Research. *Evidence-based complementary and alternative medicine : eCAM*. 2015;2015:105256.
231. Kypri K, Hallett J, Howat P, McManus A, Maycock B, Bowe S, et al. Randomized controlled trial of proactive web-based alcohol screening and brief intervention for university students. *Arch Intern Med*. 2009;169.
232. de la Cruz LL. La presencia de la mujer en la universidad española. *Revista Historia de la Educación Latinoamericana*. 2002 (4):291-9.

10. ANEXOS

ANEXO I. Características sociodemográficas

- **Sexo:**
 - Hombre
 - Mujer
- **Edad:**
- **Carrera universitaria:**
 - Ciencias de la Salud
 - Ciencias Sociales y Jurídicas
 - Ingenierías y Arquitectura
 - Artes y Humanidades
- **Curso académico:**
 - Primero
 - Segundo
 - Tercero
 - Cuarto
 - Quinto
 - Sexto
- **Peso (kg):**
- **Talla (cm):**
- **Lugar de residencia:**
 - Residencia universitaria/Colegio Mayor
 - Vivienda de los padres/tutores
 - Piso de alquiler con compañeros
 - Otros
- **Estado civil:**
 - Soltero/a
 - Casado/a
 - Divorciado/a
 - Separado/a legalmente
 - Viudo/a
- **Antecedentes consumo de alcohol padre o madre:**
 - SI
 - NO

- **Antecedentes consumo de tabaco padre o madre:**
 - SI
 - NO
- **Práctica de ejercicio físico padre o madre:**
 - SI
 - NO
- **Antecedentes enfermedad relacionada con consumo de tabaco/alcohol en padres:**
 - SI
 - NO
- **¿Utiliza algún medio de protección cuando mantiene relaciones sexuales?**
 - SI
 - NO
- **¿Cuál?**
 - Preservativo
 - Píldora anticonceptiva
 - Otro
- **¿Utiliza usted o su compañero/a preservativo cuando mantienen relaciones sexuales?**
 - SI
 - NO

ANEXO II. *Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT)* Saunders et al. (1993) (115). Versión traducida y validada al castellano por Guillamón et al. (1999) (116)

[1] ¿Con qué frecuencia toma alguna bebida alcohólica?

- Nunca
- Una o menos veces al mes
- 2 a 4 veces al mes
- 2 o 3 veces a la semana
- 4 o más veces a la semana

[2] ¿Cuántas consumiciones de bebidas alcohólicas suele realizar en un día de consumo normal?

- 1 o 2
- 3 o 4
- 5 o 6
- 7 a 9
- 10 o más

[3] ¿Con qué frecuencia toma 6 o más bebidas alcohólicas en un solo día?

- Nunca
- Menos de una vez al mes
- Mensualmente
- Semanalmente
- 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?

- Nunca
- Menos de una vez al mes
- Mensualmente
- Semanalmente
- 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?

- Nunca
- Menos de una vez al mes
- Mensualmente
- Semanalmente
- 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?

- Nunca
- Menos de una vez en el mes
- Mensualmente
- Semanalmente
- 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?

- Nunca
- Menos de una vez en el mes
- Mensualmente

- Semanalmente
- 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?

- Nunca
- Menos de una vez en el mes
- Mensualmente
- Semanalmente
- A diario o casi a diario

[9] ¿Usted o alguna otra persona han resultado heridos porque usted había bebido?

- No
- Sí, pero no en el curso del último año
- Sí, el último año

[10] ¿Algún familiar, amigo, médico o profesional sanitario han mostrado preocupación por su consumo de bebidas alcohólicas o le ha sugerido que deje de beber?

No

Sí, pero no en el curso del último año

Sí, el último año

ANEXO III. Test de Dependencia a la Nicotina de Fagerstrom (1978) (122). Versión de Becoña et al. (1992) (123)

1. ¿Cuánto tarda en fumar el primer cigarrillo después de despertarse?

- 5 minutos
- 6-30 minutos
- 31-60 minutos
- > 60 minutos

2. ¿Encuentra difícil abstenerse de fumar en sitios donde está prohibido?

- Sí
- No

3. ¿A qué cigarrillo odiaría más renunciar?

- El primero de la mañana
- Cualquier otro

4. ¿Cuántos cigarrillos fuma al día?

- Menos o igual a 10
- 11-20
- 21-30
- > 31

5. ¿Fuma más frecuentemente durante las primeras horas después de despertarse que durante el resto del día?

Sí

No

6. ¿Fuma cuando está tan enfermo que pasa en la cama la mayor parte del día?

Sí

No

ANEXO IV. Test de Richmond (1993) (124). Versión de Córdoba et al. (2000) (125)

1. ¿Quiere dejar de fumar?

No

Sí

2. ¿Con qué ganas quiere dejarlo?

Nada

Poca

Bastante

Mucha

3. ¿Intentará dejarlo en las próximas 2 semanas?

No

Dudoso

Probable

Sí

4. ¿Cree que dentro de 6 meses no fumará?

No

Dudoso

Probable

Sí

ANEXO V. *International Physical Activity Questionnaire (IPAQ-SF)* Craig et al. (2003) (126), versión en español disponible en: <http://www.ipaq.ki.se> (127)

Las preguntas se referirán al tiempo que usted destinó a estar físicamente activo en los últimos 7 días.

Por favor responda a cada pregunta aún si no se considera una persona activa. Por favor, piense acerca de las actividades que realiza en su trabajo, como parte de sus tareas en el hogar o en el jardín, moviéndose de un lugar a otro, o en su tiempo libre para la recreación, el ejercicio o el deporte.

Piense en todas las actividades intensas que usted realizó en los últimos 7 días. Las actividades físicas intensas se refieren a aquellas que implican un esfuerzo físico intenso y que lo hacen respirar mucho más intensamente que lo normal. Piense solo en aquellas actividades físicas que realizó durante por lo menos 10 minutos seguidos.

1. Durante los últimos 7 días, ¿en cuántos realizó actividades físicas intensas tales como levantar pesos pesados, cavar, hacer ejercicios aeróbicos o andar rápido en bicicleta?

_____ días por semana

Ninguna actividad física intensa (Vaya a la pregunta 3)

2. Habitualmente, ¿cuánto tiempo en total dedicó a una actividad física intensa en uno de esos días?

_____ horas por día

_____ minutos por día

No sabe/No está seguro

Piense en todas las actividades moderadas que usted realizó en los últimos 7 días. Las actividades moderadas son aquellas que requieren un esfuerzo físico moderado que lo hace respirar algo más intensamente que lo normal. Piense solo en aquellas actividades físicas que realizó durante por lo menos 10 minutos seguidos.

3. Durante los últimos 7 días, ¿en cuántos días hizo actividades físicas moderadas como transportar pesos livianos, andar en bicicleta a velocidad regular o jugar dobles de tenis? No incluya caminar.

_____ días por semana

Ninguna actividad física moderada (Vaya a la pregunta 5)

4. Habitualmente, ¿cuánto tiempo en total dedicó a una actividad física moderada en uno de esos días?

_____ horas por día

_____ minutos por día

No sabe/No está seguro

Piense en el tiempo que usted dedicó a caminar en los últimos 7 días. Esto incluye caminar en el trabajo o en la casa, para trasladarse de un lugar a otro, o cualquier otra caminata que usted podría hacer solamente para la recreación, el deporte, el ejercicio o el ocio.

5. Durante los últimos 7 días, ¿En cuántos caminó por lo menos 10 minutos seguidos?

_____ días por semana

Ninguna caminata (Vaya a la pregunta 7)

6. Habitualmente, ¿cuánto tiempo en total dedicó a caminar en uno de esos días?

_____ horas por día

_____ minutos por día

No sabe/No está seguro

La última pregunta es acerca del tiempo que pasó usted sentado durante los días hábiles de los últimos 7 días. Esto incluye el tiempo dedicado al trabajo, en la casa, en una clase, y durante el tiempo libre. Puede incluir el tiempo que pasó sentado ante un escritorio, visitando amigos, leyendo, viajando en ómnibus, o sentado o recostado mirando la televisión.

7. Durante los últimos 7 días ¿cuánto tiempo pasó sentado durante un día hábil?

_____ horas por día

_____ minutos por día

No sabe/No está seguro

ANEXO VI. Mediterranean Diet Quality Index (Kidmed) Serra-Majem et al. (2004) (129)

<i>Mediterranean Diet Quality Index (Kidmed)</i>	SI	NO
Toma una fruta o un zumo natural todos los días		
Toma una segunda pieza de fruta todos los días		
Toma verdura fresca (ensaladas) o cocinadas regularmente una vez al día		
Toma verduras frescas o cocinadas de forma regular más de una vez al día		
Consume pescado con regularidad (por lo menos 2-3 veces a la semana)		
Acude una vez o más a la semana a un centro de comida rápida (<i>fast food</i>) tipo hamburguesería.		
Le gustan las legumbres y las toma más de 1 vez a la semana		
Toma pasta o arroz casi a diario		
Desayuna un cereal o derivado (pan, etc.)		
Toma frutos secos con regularidad (al menos 2-3 veces a la semana)		
Se utiliza aceite de oliva en casa		
No desayuna		
Desayuna un lácteo (yogurt, leche, etc.)		
Desayuna bollería industrial, galletas o pastelitos		
Toma 2 yogures y/o 40g queso cada día		
Toma golosinas y/o caramelos varias veces al día		

ANEXO VII. Encuesta Revisada de Opinión Sexual (EROS) de del Río Olvera et al. (2013) (130)

Por favor, responda a cada una de las siguientes preguntas, con sinceridad. Marque con un círculo el número que mejor exprese su opinión o sentimiento, según su grado de acuerdo o desacuerdo.

1: Máximo desacuerdo. 7: Máximo acuerdo. No hay respuestas correctas o incorrectas.

EROS	Totalmente en desacuerdo				Totalmente de acuerdo		
	1	2	3	4	5	6	7
1. Pienso que ver una película o leer un libro con contenido erótico/sexual podría ser entretenido.	1	2	3	4	5	6	7
2. El material erótico (libros y/o películas) de contenido sexual es algo sucio y la gente no debería utilizarlo.	1	2	3	4	5	6	7
3. Bañarse desnudo/a con una persona del mismo u otro sexo podría ser una experiencia excitante.	1	2	3	4	5	6	7
4. La masturbación puede ser una experiencia excitante.	1	2	3	4	5	6	7
5. Sería agobiante para mí que la gente pensara que tengo interés por el sexo oral.	1	2	3	4	5	6	7
6. Me atrae la idea de participar en una experiencia sexual en grupo.	1	2	3	4	5	6	7
7. Me resulta excitante pensar en tener una relación sexual con penetración.	1	2	3	4	5	6	7
8. Me excitaría sexualmente viendo una película de contenido sexual.	1	2	3	4	5	6	7
9. Pensar que puedo tener tendencias sexuales distintas a la de mi propia orientación no me resultaría del todo embarazoso.	1	2	3	4	5	6	7
10. No me resulta incómodo la idea de sentir atracción física por personas de mi propio sexo.	1	2	3	4	5	6	7

11. Casi todo el material erótico me produce incomodidad.	1	2	3	4	5	6	7
12. Me sentiría emocionalmente mal viendo a alguien exhibirse públicamente.	1	2	3	4	5	6	7
13. No sería una experiencia muy excitante ver a una persona desnuda.	1	2	3	4	5	6	7
14. No me agradaría ver una película erótica.	1	2	3	4	5	6	7
15. Me incomoda pensar que puedo ver una película en la que aparezca masturbándose una persona.	1	2	3	4	5	6	7
16. Es muy excitante imaginar prácticas sexuales poco comunes.	1	2	3	4	5	6	7
17. Probablemente sería una experiencia excitante acariciar mis propios genitales.	1	2	3	4	5	6	7
18. No me agrada tener sueños sexuales.	1	2	3	4	5	6	7
19. No siento ninguna curiosidad por el material de contenido sexual (libros, revistas, películas, vídeos).	1	2	3	4	5	6	7
20. No me disgusta imaginar que tengo relaciones sexuales con más de una persona.	1	2	3	4	5	6	7

ANEXO VIII. *Morningness-Eveningness Questionnaire (MEQ)* de Adan y Almirall (1990) (131)

1. Considerando únicamente su propio ritmo ¿a qué hora se levantaría usted si fuera enteramente libre para planificar el día?

- Entre las 6:00 a.m. – 7:45 a.m.
- Entre las 7:45 a.m. – 9:00 a.m.
- Entre las 9:00 a.m. – 10:45 a.m.
- Entre las 10:45 a.m. – 11:45 a.m.
- Entre las 11:45 a.m. – 01:00 p.m.

2. Durante la primera media hora después de haberse despertado por la mañana se encuentra usted...

- Muy cansado.
- Bastante cansado.
- Bastante “fresco”.
- Muy “fresco”.

3. ¿A qué hora de la noche se encuentra usted cansado y siente la necesidad de dormir?

- Entre las 9:00 p.m. – 10:15 p.m.
- Entre las 10:45 p.m. – 11:15 p.m.
- Entre las 11:15 p.m. – 01:45 a.m.
- Entre las 01:45 a.m. – 02:45 a.m.
- Entre las 02:45 a.m. – 04:00 a.m.

4. ¿A qué hora del día cree que se encuentra mejor?

- Entre las 5:00 a.m. – 09:00 a.m.
- Entre las 9:00 a.m. – 11:00 a.m.
- Entre las 11:00 a.m. – 4:00 p.m.
- Entre las 4:00 p.m. – 9:00 p.m.
- Entre las 9:00 p.m. – 5:00 a.m.

5. Suele hablarse de personas de tipo “matutino” y “vespertino”. ¿De cuál de estos dos tipos se considera usted?

- Claramente “matutino”.
- Más “matutino” que “vespertino”.
- Más “vespertino” que “matutino”.
- Claramente “vespertino”.

ANEXO IX. Documento de Información sobre estudio de Investigación



DOCUMENTO DE INFORMACIÓN SOBRE ESTUDIO DE INVESTIGACIÓN

Antes de proceder a la firma de este consentimiento informado, lea atentamente la información que a continuación se le facilita y realice las preguntas que considere oportunas.

Naturaleza:

Con este documento se le informa del estudio que Pedro Manuel Rodríguez Muñoz, alumno del Programa de Doctorado en Biomedicina de la Universidad de Córdoba, pretende llevar a cabo con el título: "Consumo de alcohol y tabaco y su relación con hábitos alimenticios, actividad física y comportamiento sexual de estudiantes de las universidades de Córdoba y Castilla La Mancha".

El objetivo General del mismo es:

Conocer el consumo de alcohol y tabaco, hábitos alimenticios, actividad física y comportamiento sexual de estudiantes universitarios.

Justificación del estudio:

El alto consumo que hay, por parte de los jóvenes, de las consideradas drogas legales, conduce a preguntarse la relación que estas tienen con hábitos de vida como son la alimentación, actividad física y comportamiento sexual en universitarios.

Implicaciones:

- La participación es totalmente voluntaria.
- La recogida de la información se realiza de modo que se mantiene el TOTAL ANONIMATO, para que usted no pueda ser identificado nunca.
- Todos los datos de los participantes serán tratados confidencialmente de acuerdo a: La Ley Orgánica 15/1999, de 13 de Diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal y el Real Decreto 994/99 del Estado Español.
- La información obtenida se utilizará exclusivamente para los fines específicos de este estudio.

Riesgos de la investigación: Se trata de cumplimentar un cuestionario, sin ningún procedimiento técnico, por lo que no le producirá ningún efecto ni daño, sólo la disponibilidad del tiempo requerido.

Si requiere información adicional se puede poner en contacto con Pedro Manuel Rodríguez Muñoz en el correo electrónico:

ANEXO X. Documento de Consentimiento Informado



DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

TÍTULO: “Consumo de alcohol y tabaco y su relación con hábitos alimenticios, actividad física y comportamiento sexual de estudiantes de las universidades de Córdoba y Castilla La Mancha”.

- He leído el documento informativo que acompaña a este consentimiento
- He podido hacer preguntas sobre el estudio “Consumo de alcohol y tabaco y su relación con hábitos alimenticios, actividad física y comportamiento sexual de estudiantes de las universidades de Córdoba y Castilla La Mancha”.
- He recibido suficiente información sobre el estudio “Consumo de alcohol y tabaco y su relación con hábitos alimenticios, actividad física y comportamiento sexual de estudiantes de las universidades de Córdoba y Castilla La Mancha”.
- Comprendo que mi participación es voluntaria y soy libre de participar o no en el estudio.
- Se me ha informado que todos los datos obtenidos en este estudio serán confidenciales y se tratarán conforme establece la Ley Orgánica de Protección de Datos de Carácter Personal 15/1999, de 13 de Diciembre y el Real Decreto 994/99 del Estado Español.
- Se me ha informado de que la información obtenida sólo se utilizará para los fines específicos del estudio.

Comprendo que puedo retirarme del estudio:

- Cuando quiera
- Sin tener que dar explicaciones

Presto libremente mi conformidad para participar en el *proyecto titulado “Consumo de alcohol y tabaco y su relación con hábitos alimenticios, actividad física y comportamiento sexual de estudiantes de las universidades de Córdoba y Castilla La Mancha”.*

ANEXO XI. Autorización y conformidad de la Fundación para la Investigación Biomédica de Córdoba (FIBICO)

A disposición del tribunal calificador para su consulta.

ANEXO XII. Autorización Universidad de Córdoba (UCO)

A disposición del tribunal calificador para su consulta.

ANEXO XIII. Autorización Universidad de Castilla – La Mancha (UCLM)

A disposición del tribunal calificador para su consulta.

ANEXO XIV. Informe favorable del Comité de Ética de Investigación de Córdoba

A disposición del tribunal calificador para su consulta.