

DISCRIMINACIÓN Y SU RELACIÓN CON LAS CONDUCTAS DE RIESGO Y LA SALUD PERCIBIDA EN ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS ESPAÑOLES: UN ESTUDIO TRANSVERSAL (*)

Héctor Sánchez-Herrero (1,2) [ORCID: 0000-0003-0734-1695], Carmen Amezcua-Prieto (3,4,5) [ORCID: 0000-0002-0957-4057], María Morales-Suárez-Varela (3,6) [ORCID: 0000-0003-0785-1492], Carlos Ayán-Pérez (7) [ORCID: 0000-0001-5403-4220], Ramona Mateos-Campos (8) [ORCID: 0000-0002-0154-5761], Antonio José Molina (9,10) [ORCID: 0000-0002-5948-6397], Rocío Ortiz-Moncada (11) [ORCID: 0000-0001-9179-2530], Ana Almaraz-Gómez (12) [ORCID: 0000-0002-9648-7065], Juan Alguacil (13) [ORCID: 0000-0003-2703-9725], Miguel Delgado-Rodríguez (3,14) [ORCID: 0000-0002-3838-2548], Gemma Blázquez Abellán (15) [ORCID: 0000-0003-0153-2079], Jessica Alonso-Molero (3,16) [ORCID: 0000-0002-1939-8798], Virginia Martínez-Ruiz (3,4,5) [ORCID: 0000-0001-6512-8935], Isabel Peraita-Costa (3,6) [ORCID: 0000-0002-4148-6161], José María Cancela-Carral (7,17) [ORCID: 0000-0003-2903-3829], Luis Félix Valero-Juan (8), Sandra Martín-Peláez (4,5) [ORCID: 0000-0002-2193-3913] y Tania Fernández-Villa (9,10) [ORCID: 0000-0002-9049-3026]

- (1) Unidad de Investigación en Cuidados. Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda. Madrid. España.
- (2) Grupo de Investigación en Enfermería y Cuidados de Salud. Instituto de Investigación Sanitaria Puerta de Hierro - Segovia de Arana. España.
- (3) Centro de Investigación Biomédica en Red de Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP). Instituto de Salud Carlos III. Madrid. España.
- (4) Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública. Universidad de Granada. Granada. España.
- (5) Instituto de Investigación Biosanitaria de Granada (ibs.GRANADA). Granada. España.
- (6) Área de Medicina Preventiva y Salud Pública. Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública, Ciencias de la Alimentación, Toxicología y Medicina Legal. Facultad de Farmacia. Universitat de Valencia. Valencia. España.
- (7) Departamento de Didácticas Especiales. Universidad de Vigo. Pontevedra. España.
- (8) Departamento de Ciencias Biomédicas y del Diagnóstico. Área de Medicina Preventiva y Salud Pública. Universidad de Salamanca. Salamanca. España.
- (9) Grupo de investigación en interacciones Gen - Ambiente y Salud (GIIGAS). Instituto de Biomedicina (IBIOMED). Universidad de León. León. España.
- (10) Departamento de Ciencias Biomédicas. Área de Medicina Preventiva y Salud Pública. Universidad de León. León. España.
- (11) Grupo de Investigación en Alimentación y Nutrición (ALINUT). Departamento Enfermería Comunitaria, Medicina Preventiva y Salud Pública e Historia de la Ciencia. Universidad de Alicante. Alicante. España.
- (12) Departamento de Anatomía Patología, Microbiología, Medicina Preventiva y Salud Pública, Medicina Legal y Forense. Universidad de Valladolid. Valladolid. España.
- (13) Centro de Investigación en Recursos Naturales, Salud y Medio Ambiente (RENSMA). Universidad de Huelva. Huelva. España.
- (14) Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública. Universidad de Jaén. Jaén. España.
- (15) Departamento de Ciencias Médicas. Facultad de Farmacia. Universidad de Castilla-La Mancha. Albacete. España.
- (16) Universidad de Cantabria-Instituto de Investigación Marqués de Valdecilla (IDIVAL). Santander. España.
- (17) Grupo de Investigación HealthyFit. Instituto de Investigación Sanitaria Galicia Sur (IIS Galicia Sur). España.

Los autores declaran que no existe ningún conflicto de intereses.

(*) Financiación: El presente trabajo recibió financiación del Plan Nacional sobre Drogas (2010/145-2013/034) y del Fondo de Investigación en Salud del Instituto de Salud Carlos III (PI16/01947).

Correspondencia:
Héctor Sánchez-Herrero
Unidad de Investigación en Cuidados
Hospital Universitario Puerta de Hierro-Majadahonda
C/ Joaquín Rodrigo, Nº 1
28222 Madrid, España
hector.s.herrero@gmail.com

Cita sugerida: Sánchez-Herrero H, Amezcua-Prieto C, Morales-Suárez-Varela M, Ayán-Pérez C, Mateos-Campos R, Molina AJ, Ortiz-Moncada R, Almaraz-Gómez A, Alguacil J, Delgado-Rodríguez M, Blázquez Abellán G, Alonso-Molero J, Martínez Ruiz V, Peraita-Costa I, Cancela-Carral JM, Valero-Juan LF, Martín-Peláez S, Fernández-Villa T. Discriminación y su relación con las conductas de riesgo y la salud percibida en estudiantes universitarios españoles: un estudio transversal. Rev Esp Salud Pública. 2021; 95: 15 de noviembre e202111156.

RESUMEN

Fundamentos: La discriminación durante los momentos vitales, como el periodo universitario, puede generar un alto impacto en la conducta y en el estado de salud de las personas. El estudio tuvo como objetivo analizar la posible asociación de la discriminación con la salud percibida y con distintas conductas de riesgo, así como describir las diferencias de género en estudiantes universitarios españoles.

Métodos: Se realizó un estudio transversal con datos de estudiantes universitarios de primera matrícula de primer curso de 11 universidades españolas (n=9.862). Se valoró la discriminación, la salud percibida, el consumo de alcohol, el hábito tabáquico, el consumo de sustancias ilegales, el tiempo de ocio conectado a internet, la práctica de relaciones sexuales de riesgo, la función familiar, el riesgo de problemas de salud mental y el riesgo de trastornos de la conducta alimentaria. Se obtuvieron las prevalencias con sus intervalos de confianza al 95% y para las variables cuantitativas la media y desviación estándar. Se calcularon las *Odds Ratio* con los intervalos de confianza al 95% para conocer la relación entre la discriminación y las otras variables.

Resultados: Se encontró asociación entre la discriminación y una regular o mala salud percibida (OR: 1,7; p=0,0001), el consumo de sustancias ilegales (OR: 1,3; p=0,002), el uso problemático de internet (OR: 1,3; p=0,004), la disfunción familiar (OR: 1,8; p=0,0001), el riesgo de problemas de salud mental (OR: 1,9; p=0,0001) y de trastornos de la conducta alimentaria (OR: 1,5; p=0,0001). En cuanto a las diferencias de género, se apreciaron mayores prevalencias de discriminación en hombres con estado de salud percibida como regular o peor (OR: 2,2; p=0,0001), disfunción familiar (OR: 1,8; p=0,0001), riesgo de problemas de salud mental (OR: 2,2; p=0,0001) y de trastornos de la conducta alimentaria (OR: 1,9; p=0,002). Las mujeres, además de las variables anteriores, mostraron asociación de la discriminación con el consumo de sustancias ilegales (OR: 1,3; p=0,005) y el uso problemático de internet (OR: 1,4; p=0,002).

Conclusiones: Los hallazgos del estudio subrayan que existe asociación entre la discriminación y las conductas de riesgo de los estudiantes universitarios españoles. A su vez, la discriminación se asoció con una mala o regular salud percibida, siendo esta relación similar tanto en hombres como en mujeres.

Palabras clave: Discriminación social, Conductas de riesgo para la salud, Salud, Estudiantes universitarios, Prevalencia, Encuestas de salud, Epidemiología social.

ABSTRACT

Discrimination and its relationship with risk behaviors and perceived health in spanish university students: a cross-sectional study

Background: Discrimination during vital moments, such as the university period, can generate a high impact on people's behavior and health. The aim of this study was to analyze the possible association of discrimination with perceived health and with different risk behaviors, as well as to describe gender differences in Spanish university students. Discrimination during vital moments, such as college, can have a high impact on people's behavior and health.

Methods: A cross-sectional study was carried out with data from first-year university students from 11 Spanish universities (n=9,862). Discrimination, perceived health, alcohol consumption, smoking, consumption of illegal substances, leisure time connected to the Internet, risky sexual relations, family function, risk of mental health problems and risk of eating disorders were assessed. Prevalences with their 95% confidence intervals were obtained and for quantitative variables the mean and standard deviation were calculated. Odds ratios with 95% confidence intervals were calculated to determine the relationship between discrimination and the other variables.

Results: An association was found between discrimination and fair or poor perceived health (OR: 1.7; p=0.0001), consumption of illegal substances (OR: 1.3; p=0.002), problematic internet use (OR: 1.3; p=0.004), family dysfunction (OR: 1.8; p=0.0001), risk of mental health problems (OR: 1.9; p=0.0001) and eating disorders (OR: 1.5; p=0.0001). Regarding gender differences, higher prevalence of discrimination was observed in men with health status perceived as fair or worse (OR: 2.2; p=0.0001), family dysfunction (OR: 1.8; p=0.0001), risk of mental health problems (OR: 2.2; p=0.0001) and eating disorders (OR: 1.9; p=0.002). Women, apart from the previous variables, presented association of discrimination with consumption of illegal substances (OR: 1.3; p=0.005) and problematic internet use (OR: 1.4; p=0.002).

Conclusions: The study findings underline that there is an association between discrimination and risk behaviors among Spanish university students. In turn, discrimination was associated with poor or fair perceived health, this relationship being similar in both men and women.

Key words: Social discrimination, Health risk Behaviors, Health, University students, Prevalence, Health survey, Social epidemiology.

INTRODUCCIÓN

La discriminación es un mecanismo social que precisa entender no solo el proceso de ser discriminado, sino también sus dimensiones y el impacto que genera tanto a nivel individual como grupal^(1,2). Es importante entender la discriminación como un proceso múltiple que consiste en el trato diferente y perjudicial que se da a una persona o colectivo por motivos de raza, sexo, ideas políticas, religión, etc^(3,4).

Dentro de las universidades la situación social ha cambiado en los últimos años. En España este cambio se ha caracterizado por la diversidad en la comunidad universitaria. Hoy en día, las mujeres suman el 54,8% del total de matriculados⁽⁵⁾, las personas LGBTI (lesbianas, gays, bisexuales, trans e intersexuales) son visibles en el entorno estudiantil, además de otros grupos como son los grupos religiosos, políticos o de representación de estudiantes. A pesar de ello, el entorno universitario no está exento de generar y/o sufrir discriminación entre las personas que estudian o trabajan en la universidad^(6,7,8,9).

Para abordar los problemas generados en este ámbito tan específico, es preciso que las universidades desarrollen redes de participación, sinergias y vinculación social con la comunidad en la que se encuentran⁽¹⁰⁾. También es crucial que se desarrollen procesos continuos como la salutogénesis y establecer como objetivo alcanzar un adecuado nivel de salud en las universidades españolas^(10,11,12). Las medidas de promoción y prevención deben enfocarse de forma transversal a los distintos determinantes de la salud, así como a los factores de riesgo y a los mecanismos sociales⁽¹³⁾. Es necesario que se incluyan en estas medidas a todas las personas que conforman el ámbito universitario, desde el nivel individual hasta el colectivo.

En España las universidades cuentan con el recurso de la Red Española de Universidades

Saludables cuyo objetivo es generar un entorno adecuado para proteger y potenciar la salud proporcionando espacios e instalaciones adecuadas para que se adquieran adecuados hábitos de vida y promover una socialización y ocio saludable^(10,11,12). Por lo tanto, abordar la diversidad de estos factores partiendo de una perspectiva integradora aportaría una mayor panorámica de la discriminación en el ámbito universitario, facilitando su entendimiento y asentando las bases para poder actuar, además de identificar las diferencias de género entre los estudiantes.

Por ello, se plantea como objetivo de este trabajo analizar la posible asociación de la discriminación con la salud percibida y con las conductas de riesgo como son el consumo de sustancias adictivas, las prácticas sexuales de riesgo, el consumo de alcohol, el uso problemático de internet, el hábito tabáquico, la función familiar o el riesgo de problemas de salud mental y de trastornos de la conducta alimentaria, así como describir las diferencias de género existentes en los estudiantes universitarios españoles.

SUJETOS Y MÉTODOS

Diseño y participantes: Se realizó un estudio transversal. El periodo temporal para la recogida de la información abarcó desde el año 2011 al 2018. La población diana incluyó a todo el alumnado de primer año y primera matrícula de grado de 11 universidades españolas colaboradoras en el proyecto uniHcos⁽¹⁴⁾. La muestra estuvo formada en un 8% por alumnos de la Universidad de Alicante, 0,9% de la Universidad de Cantabria, 1,6% de la Universidad de Castilla-La Mancha, 29,7% de la Universidad de Granada, 4,3% de la Universidad de Huelva, 2,9% de la Universidad de Jaén, 8,4% de la Universidad de León, 11,1% de la Universidad de Salamanca, 6,3% de la Universidad de Valladolid, 14,7%

de la Universidad de Valencia y 12,1% de la Universidad de Vigo.

Se reclutó a los estudiantes a partir de una invitación que se envió a los correos electrónicos institucionales, siendo voluntaria la participación y sin ningún tipo de compensación por cumplimentar la encuesta.

Instrumentos: Para la construcción del cuaderno de recogida de datos se utilizaron test validados para valorar las diferentes áreas propuestas en el estudio, así como preguntas procedentes de encuestas oficiales de salud y, finalmente, preguntas ad hoc para conocer el perfil de los sujetos del estudio⁽¹⁴⁾. El formato del cuaderno era *online* y autoadministrado, constaba de 373 ítems, donde se recogió información sobre las variables a estudio (edad, sexo, titulación, universidad dónde se cursaban los estudios, entre otras).

Para valorar la funcionalidad familiar se utilizó el APGAR familiar (*Adaptability, Partnership, Growth, Affection and Resolve*), test integrado por cinco ítems de tipo Likert con cinco alternativas y que permite categorizar la dinámica familiar en buena o moderada-grave⁽¹⁵⁾. También se integró el test GHQ-12 (*General Health Questionnaire*) para valorar el riesgo de presentar problemas de salud mental. Es un test con doce ítems, seis de orientación positiva y seis de orientación negativa, con una escala tipo Likert. Un resultado de tres o más puntos se corresponde con un mayor riesgo de problemas de salud mental⁽¹⁶⁾. Otro de los instrumentos utilizados fue el cuestionario SCOFF (*Sick, Control, Out weight, Fat and Food*) que permite conocer la probabilidad de desarrollar una conducta alimentaria de riesgo y consta de cinco preguntas dicotómicas, de modo que cada respuesta positiva vale un punto. Una puntuación de dos o más puntos determina mayor probabilidad de conducta alimentaria de riesgo⁽¹⁷⁾. Asimismo, se utilizó el test AUDIT (*Alcohol Use Disorders Identification Test*), formado por

10 ítems que se evalúan mediante una escala tipo Likert. Un valor igual a ocho o más puntos indica un consumo problemático de alcohol⁽¹⁸⁾. El último test que se utilizó fue el Cuestionario IAT (*Internet Addiction Test*) para analizar el grado en que el uso de Internet afecta a la vida cotidiana, la vida social, a la productividad, al sueño y a los sentimientos de la persona⁽¹⁹⁾. Este test cuenta con 20 ítems evaluados mediante una escala Likert.

El cuaderno de recogida de datos contaba con un ítem específico para valorar la discriminación referida por la persona a través de la pregunta “*En el último año, ¿has experimentado discriminación, no se te ha permitido hacer algo, se te ha molestado o hecho sentir inferior?*” con una respuesta dicotómica “*Si*” o “*No*”. De la misma forma se preguntó por la causa percibida de discriminación a través de la pregunta “*¿A qué lo atribuyes? (Marca las opciones que consideres oportunas)*”. Para responder a este ítem, el encuestado podía seleccionar entre una serie de causas numeradas, así como indicar “*Otra razón*” y podía introducir la respuesta de forma libre.

Procedimiento: Como se ha mencionado anteriormente, esta investigación se desarrolló dentro del Proyecto uniHcos que cuenta con un diseño multicéntrico de cohorte prospectiva⁽¹⁴⁾. Los estudiantes universitarios que cumplieron los criterios de inclusión (alumnos de primer año y primera matrícula de cada Universidad participante) fueron invitados a colaborar en el estudio a través de correo electrónico, haciéndose un seguimiento bienal. Se pidió un consentimiento informado *online* a todas las personas participantes. Una vez que éste era aceptado, conducía a los participantes al cuaderno de recogida de datos previamente referido, ubicado en la plataforma *SphinxOnline*[®]. Así, se aseguraba el anonimato de cada sujeto del estudio y permitía cumplir la normativa de la *Ley Orgánica de Protección de Datos de*

Carácter Personal⁽²⁰⁾. Además, se contó con la aprobación de los Comités de Ética de las universidades colaboradoras para poder acceder y hacer uso de los datos personales del alumnado.

Análisis de los datos: En cuanto al análisis estadístico, se utilizó como variable dependiente la categorización dicotómica de la discriminación. Las variables independientes también se presentaron como categóricas, siendo éstas la salud percibida, el consumo de alcohol, el hábito tabáquico, el consumo de sustancias ilegales (incluyendo cannabis – marihuana, cocaína, éxtasis, GHB y otras drogas), el tiempo de ocio conectado a internet, la práctica de relaciones sexuales de riesgo, la función familiar, el riesgo de problemas de salud mental y el riesgo de trastornos de la conducta alimentaria.

Para el análisis descriptivo de variables categóricas se obtuvieron las prevalencias con sus intervalos de confianza al 95% y para las variables cuantitativas se calculó la media y la desviación estándar. Para conocer si existía relación entre la discriminación y las otras variables se utilizaron modelos de regresión logística no condicional, obteniendo las *Odds Ratio* con los respectivos intervalos de confianza al 95%, ajustando por edad y sexo. Además, se realizó un análisis diferenciado por género para la salud percibida, las conductas de riesgo y la discriminación mediante regresión logística no condicional ajustando por edad. Para realizar los análisis se utilizó el paquete estadístico STATA 14.

RESULTADOS

Un total de 9.862 estudiantes fueron encuestados de los que un 72,2% eran mujeres, con una media de edad de 20,0 (\pm 4,3) años, y un 27,8% hombres cuya media de edad fue de 20,5 (\pm 5,1) años. El 30,5% de los estudiantes cursaban titulaciones en el campo de las ciencias de la salud y el 69,5% estudiaban otras titulaciones (tabla 1). La prevalencia de la discriminación en el último

año fue del 18,6%, siendo más frecuente en mujeres (20,3%) que en hombres (14,1%). El principal motivo reportado de discriminación fue por razón de género, que supuso un 40% del total, seguido de la discriminación por orientación sexual (15%), por clase social (13%) y por el nivel de estudios (13%) (figura 1).

En la tabla 2 se presenta el análisis global de la discriminación con la salud percibida y las conductas de riesgo. En ella la discriminación experimentada en el último año fue casi dos veces más prevalente en personas que referían un estado de salud regular o peor que las que percibían una salud buena o muy buena ($p=0,0001$). Además, tanto en el análisis crudo como en el ajustado, por edad y sexo, fue aproximadamente un 30% mayor la discriminación en personas que consumieron sustancias ilegales que aquellas que refirieron no haber consumido ($p=0,002$). Resultados similares se obtuvieron para el tiempo de ocio conectado a internet, donde se encontró una prevalencia de la discriminación del 30% en personas que pasan más de 5 horas diarias de su ocio conectadas a internet en comparación con las que se conectaban menos de 5 horas diarias ($p=0,004$). En cuanto a la dinámica familiar se encontró 1,8 veces más prevalente la discriminación entre aquellos alumnos con una relación familiar disfuncional ($p=0,0001$). Asimismo, se observó casi 2 veces más discriminación reportada en estudiantes con riesgo de presentar problemas de salud mental ($p=0,0001$) y también se comprobó una prevalencia del 50% en estudiantes con riesgo de trastornos de la conducta alimentaria ($p=0,0001$). No se apreciaron diferencias respecto a la prevalencia de la discriminación en los diferentes grupos de las prácticas sexuales de riesgo, respecto al consumo de alcohol o respecto al hábito tabáquico.

Diferencias de género: Se observaron diferencias de género en el análisis global con respecto a la forma de experimentar la discriminación

Tabla 1
Características sociodemográficas.

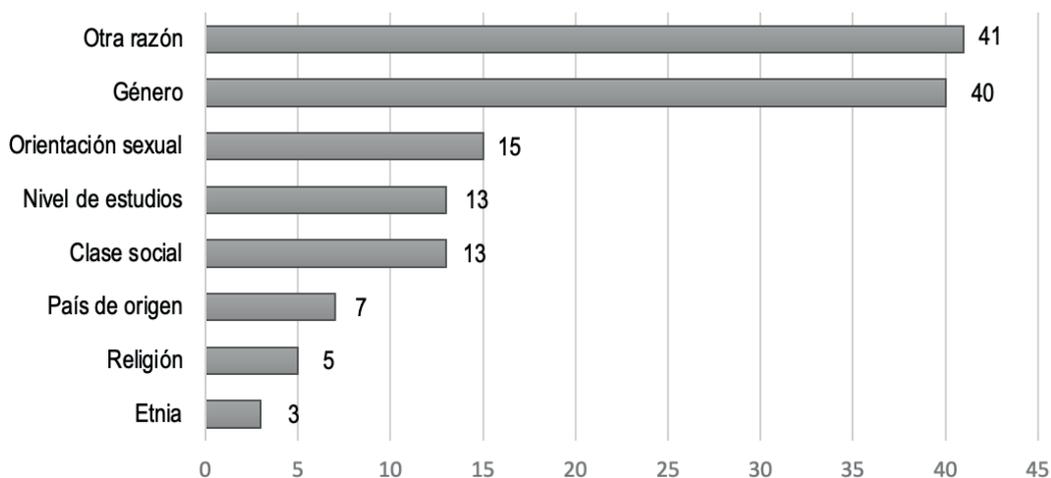
Variables		n (%)
Sexo	Mujer	7.125 (72,2)
	Hombre	2.737 (27,8)
Grupos de Edad	< de 25	9.028 (91,5)
	≥ de 25	834 (8,5)
Titulación	Ciencias de la Salud	3.005 (30,5)
	Otras titulaciones	6.857 (69,5)
Tipo de domicilio	Domicilio familiar	4.484 (45,5)
	Colegio mayor / Residencia	1.101 (11,1)
	Otros	4.277 (43,4)
Situación actual	Solo estudio y no busco trabajo	6.540 (66,3)
	Estudio y busco trabajo	2.281 (23,1)
	Estudio y trabajo	1.041 (10,6)
Variable	Media (DE)	Mediana (RIQ)
Edad (años)	20,1 (4,5)	18 (18-20)

Tabla 2
Relación de la discriminación con la salud percibida y conductas de riesgo para la salud en el ámbito universitario en los últimos 12 meses.

Variables		n	%	Análisis crudo			Análisis ajustado		
				ORc ⁽¹⁾	IC95%	p	ORa ⁽²⁾	IC95%	p
Salud percibida	Buena/Muy buena	1.172	15,4	1,0	1,5 - 2,1	0,0001	1,0	1,4 - 2,0	0,0001
	Regular o peor	662	29,6	1,7			1,7		
Prácticas sexuales de riesgo	No	673	19,9	1,0	0,8 - 1,2	0,971	1,0	0,8 - 1,2	0,934
	Sí	254	22,3	1,0			1,0		
Consumo de sustancias ilegales	No	831	15,9	1,0	1,1 - 1,5	0,003	1,0	1,1 - 1,5	0,002
	Sí	1.003	21,7	1,3			1,3		
Consumo de alcohol	No	219	19,0	1,0	0,8 - 1,7	0,393	1,0	0,8 - 1,7	0,340
	Sí	1.615	18,6	1,2			1,2		
Tiempo en internet por ocio	Menos de 5 horas/día	1.278	17,4	1,0	1,1 - 1,5	0,009	1,0	1,1 - 1,5	0,004
	Más de 5 horas/día	518	22,5	1,3			1,3		
Hábito tabáquico	No	1.647	18,3	1,0	0,8 - 1,3	0,737	1,0	0,8 - 1,2	0,852
	Sí	187	21,2	1,0			1,0		
Función familiar	Normal	1.033	14,6	1,0	1,5 - 2,1	0,0001	1,0	1,5 - 2,1	0,0001
	Disfuncional	801	28,8	1,8			1,8		
Riesgo de problemas de salud mental	No riesgo	519	11,5	1,0	1,6 - 2,3	0,0001	1,0	1,6 - 2,2	0,0001
	Riesgo	1.315	24,6	1,9			1,9		
Riesgo de trastornos de la conducta alimentaria	No riesgo	1.260	16,0	1,0	1,3 - 1,9	0,0001	1,0	1,3 - 1,8	0,0001
	Riesgo	574	28,8	1,6			1,5		

n: número de estudiantes que respondieron y refirieron haber sufrido discriminación; %: porcentaje de estudiantes que respondieron y que refirieron haber sufrido discriminación; (1) ORc=OR cruda; (2) ORa=OR ajustada por edad y sexo.

Figura 1
Principales tipos de discriminación en el ámbito universitario (%).



con las conductas de riesgo y la percepción de la salud (tabla 3). La discriminación fue 2 veces más frecuente en hombres ($p=0,0001$) y 1,6 veces más frecuente en mujeres ($p=0,0001$) que refirieron un estado de salud regular o peor que aquellos que manifestaron un buen o muy buen estado de salud. En cuanto al consumo de drogas ilegales, la discriminación fue aproximadamente un 30% más prevalente en mujeres que manifestaron dicho consumo ($p=0,005$), sin encontrarse diferencias entre los hombres. Asimismo, se apreció que la prevalencia de la discriminación fue un 40% más frecuente en mujeres respecto al uso de internet durante el tiempo de ocio ($p=0,002$), sin que se apreciaran diferencias entre los hombres universitarios.

Se observó que la discriminación fue casi 2 veces más prevalente en hombres y mujeres con una relación familiar disfuncional ($p=0,0001$). En lo que respecta al riesgo de problemas de salud mental, la discriminación fue 2 veces más frecuente en hombres ($p=0,0001$) y 1,8 veces más en las mujeres con riesgo de desarrollar problemas de salud mental ($p=0,0001$). En lo que respecta al riesgo de trastornos de la conducta alimentaria se comprobó que la discriminación en hombres universitarios era un 90% más prevalente en aquellos que presentaban riesgo de trastornos de la conducta alimentaria ($p=0,002$), mientras que la discriminación fue un 40% más frecuente en mujeres para dicho riesgo ($p=0,0001$).

Tabla 3
Diferencias de género en función de la discriminación con la salud percibida y las conductas de riesgo en el ámbito universitario.

Variables	Hombres (n=2.737)						Mujeres (n=7.125)											
	n	%	Análisis crudo			Análisis ajustado			n	%	Análisis crudo			Análisis ajustado				
			ORc ⁽¹⁾	IC95%	p	ORa ⁽²⁾	IC95%	p			ORc ⁽¹⁾	IC95%	p	ORa ⁽²⁾	IC95%	p		
	386	14,1	-			-			1.448	20,3	-			-				
Salud percibida	Buena/Muy buena	258	11,3	1,0	1,0	1,6 - 3,2	0,0001	1,0	1,6 - 3,2	0,0001	914	17,1	1,0	1,3 - 1,9	0,0001	1,0	1,3 - 1,9	0,0001
	Regular o peor	128	27,7	2,3	2,2			2,2			534	13,1	1,6			1,6		
Prácticas sexuales de riesgo	No	143	14,1	1,0	1,0	0,8 - 1,6	0,527	1,0	0,7 - 1,5	0,731	530	22,5	1,0	0,8 - 1,2	0,833	1,0	0,8 - 1,2	0,756
	Sí	63	16,9	1,1	1,1			1,1			191	24,9	1,0			1,0		
Consumo de sustancias ilegales	No	159	12,2	1,0	1,0	0,9 - 1,9	0,168	1,0	0,9 - 1,8	0,182	672	17,1	1,0	1,1 - 1,6	0,004	1,0	1,1 - 1,6	0,005
	Sí	227	15,9	1,3	1,3			1,3			776	24,3	1,3			1,3		
Consumo de alcohol	No	44	13,6	1,0	1,0	0,7 - 3,3	0,312	1,0	0,7 - 3,6	0,223	175	21,1	1,0	0,7 - 1,6	0,911	1,0	0,7 - 1,6	0,812
	Sí	342	14,2	1,5	1,6			1,6			1.273	20,2	1,0			1,1		
Tiempo en internet por ocio	Menos de 5 horas/día	274	13,5	1,0	1,0	0,7 - 1,5	0,964	1,0	0,7 - 1,5	0,773	1.004	19,2	1,0	1,1 - 1,6	0,005	1,0	1,1 - 1,7	0,002
	Más de 5 horas/día	104	17,0	1,0	1,1			1,1			414	24,5	1,3			1,4		
Hábito tabáquico	No	339	13,6	1,0	1,0	0,8 - 2,1	0,230	1,0	0,8 - 2,0	0,338	1.308	20,2	1,0	0,7 - 1,2	0,696	1,0	0,7 - 1,2	0,409
	Sí	47	19,4	1,3	1,3			1,3			140	21,8	1,0			0,9		
Función familiar	Normal	205	10,5	1,0	1,0	1,3 - 2,5	0,0001	1,0	1,3 - 2,5	0,0001	828	16,1	1,0	1,4 - 2,1	0,0001	1,0	1,4 - 2,1	0,0001
	Disfuncional	181	23,0	1,8	1,8			1,8			620	31,1	1,7			1,7		
Riesgo de problemas de salud mental	No riesgo	113	8,0	1,0	1,0	1,6 - 3,1	0,0001	1,0	1,6 - 3,1	0,0001	406	13,1	1,0	1,5 - 2,2	0,0001	1,0	1,5 - 2,2	0,0001
	Riesgo	273	20,7	2,2	2,2			2,2			1.042	25,9	1,8			1,8		
Riesgo de trastornos de la conducta alimentaria	No riesgo	296	12,2	1,0	1,0	1,2 - 2,8	0,003	1,0	1,3 - 2,8	0,002	964	17,7	1,0	1,2 - 1,7	0,0001	1,0	1,2 - 1,7	0,0001
	Riesgo	90	28,7	1,9	1,9			1,9			484	28,8	1,4			1,4		

n: número de estudiantes que respondieron y refirieron haber sufrido discriminación; %: porcentaje de estudiantes que respondieron y que refirieron haber sufrido discriminación; (1) ORc=OR cruda; (2) ORa=OR ajustada por edad.

DISCUSIÓN

En este estudio se valoró la relación entre la discriminación con otras variables como las conductas de riesgo para la salud (prácticas sexuales de riesgo, tabaquismo, consumo nocivo de alcohol, uso de internet, etc.), así como su relación con el estado de salud percibido. Distintos autores han relacionado tanto la percepción como la vivencia de la discriminación con la presencia de conductas sexuales de riesgo, el consumo de sustancias y múltiples problemas de salud⁽²¹⁾.

En el presente trabajo, la discriminación fue más prevalente en estudiantes que refirieron un peor estado de salud. Asimismo, otros autores han reflejado un peor estado de salud en personas que manifestaban haber sufrido discriminación y, además, un mayor uso de los servicios sanitarios⁽²²⁾.

De igual forma, se halló que la discriminación fue más prevalente entre estudiantes que declararon consumir drogas. Sin embargo, Chen *et al* no encontraron asociación entre la discriminación percibida y el consumo de sustancias⁽²³⁾.

Por otra parte, este estudio mostró una mayor prevalencia de discriminación en estudiantes con un uso problemático a internet, coincidiendo estos resultados con los reflejados por la literatura⁽²⁴⁾.

Además, se encontró una prevalencia significativamente mayor de discriminación en estudiantes que refirieron una peor función familiar, así como con el riesgo de problemas de salud mental y de trastornos de la conducta alimentaria. De igual forma, otros autores han mostrado datos en consonancia con los encontrados en este trabajo⁽²³⁾.

Los resultados mostraron que, del total de los encuestados, las mujeres presentaron

una mayor prevalencia de discriminación en un mayor número de factores de riesgo que los hombres. Para entender la razón de estos datos, hay que tener en cuenta la situación que viven las mujeres en una sociedad desigual y, asimismo, en el ámbito universitario⁽²⁵⁾.

Este trabajo presenta varias limitaciones. En primer lugar, al tratarse de un estudio transversal no se puede determinar la causalidad de las asociaciones detectadas. En segundo lugar, los sesgos de selección y de información como resultado de la participación voluntaria. Esto puede que haya podido influir sobre la estimación de la asociación entre la discriminación y las conductas de riesgo, ya que la voluntariedad del estudio puede asociarse a una tendencia de los estudiantes a minimizar las conductas de riesgo, dando lugar a una infraestimación de la magnitud entre las variables estudiadas. También, podría existir un posible sesgo de memoria, intrínseco a las encuestas de salud. Cabe señalar el uso de varios test para la construcción del cuaderno de recogida de datos final con el que se midieron las variables. Esto hace que la comparabilidad con otros estudios sea más difícil. Es necesario destacar que al ser un estudio transversal en el que la muestra no es representativa ni aleatorizada, los resultados solo pueden ser aplicados a la muestra no pudiendo generalizarse a toda la población universitaria española. Sin embargo, se consideró que el diseño planteado es adecuado para cumplir los objetivos propuestos.

Con estudios como este, las universidades disponen de la evidencia suficiente para hacer frente a los problemas que se presentan ante la comunidad universitaria de forma efectiva. Es primordial para el éxito de las políticas universitarias que todas las estrategias que se adopten estén basadas en la mayor evidencia disponible, bajo el paradigma de la colectividad y la salud, ofreciendo una atención comunitaria efectiva y real a los estudiantes universitarios^(26,27).

Para concluir, se comprobó que existe asociación significativa entre la discriminación y la salud percibida como regular o peor, también con el consumo de sustancias ilegales, el tiempo de ocio conectado a internet, la disfunción familiar, el riesgo de problemas de salud mental y de la conducta alimentaria. En cuanto a las diferencias de género, se encontraron mayores prevalencias de discriminación entre los hombres que manifestaron una salud percibida como regular o peor, disfunción familiar, un mayor riesgo de problemas de salud mental, así como de la conducta alimentaria. Sin embargo, las mujeres presentaron asociación entre la discriminación y peor estado de salud, consumo de sustancias ilegales, uso problemático de internet, disfunción familiar, un mayor riesgo de problemas de salud mental y de trastornos de la conducta alimentaria.

BIBLIOGRAFÍA

1. Naciones Unidas. Prejudice and discrimination: Barriers to social inclusion [Internet]. Nueva York: Naciones Unidas; 2018. Disponible en: <https://www.un.org/development/desa/dspd/2018/02/prejudice-and-discrimination/>
2. Giuliani C, Tagliabue S, Regalia C. Psychological Well-Being, Multiple Identities, and Discrimination Among First and Second Generation Immigrant Muslims. *Eur J Psychol*. 2018; 14(1): 66-87. <https://doi.org/10.5964/ejop.v14i1.1434>
3. Gu J, Ming X. Perceived Social Discrimination, Socioeconomic Status, and Alcohol Consumption among Chinese Adults: A Nationally Representative Study. *Int J Environ Res Public Health*. 2020; 17 (17): 6043. <https://doi.org/10.3390/ijerph17176043>
4. Bhugra D. Social discrimination and social justice. *Int Rev Psychiatry*. 2016; 28 (4): 336-341. <https://doi.org/10.1080/09540261.2016>
5. Ministerio de ciencia, innovación y universidades. Datos y cifras del Sistema Universitario Español. Publicación 2018-2019. Madrid: 2019. Disponible en: <http://www.educacionyfp.gob.es/servicios-al-ciudadano/estadisticas/universitaria/datos-cifras.html>
6. Sheehan BE, Derlega VJ, Maduro RS, Winstead BA. Prior Experiences With Racial Discrimination Predict Psychological Reactions to a Recent Incident of Race-Based Rejection Among African American University Students. *J Loss Trauma*. 2019; 24(2): 115-128. <https://doi.org/10.1080/15325024.2018.1560639>
7. Kaufman MR, Williams AM, Grilo G, Marea CX, Fentaye FW, Gebretsadik LA, Yedenekal SA. "We Are Responsible for the Violence, and Prevention Is Up to Us": A Qualitative Study of Perceived Risk Factors for Gender-Based Violence Among Ethiopian University Students. *BMC Womens Health*. 2019; 19(1): 131. <https://doi.org/10.1186/s12905-019-0824-0>
8. Tiotsia Tsapi A, Djeunang Dongho GB, Efeutmechhe Sangong R, Zogning Makemjio E, Jagni Semengue EN, Bell Pallawo I *et al*. Knowledge on STIs / HIV / AIDS, Stigma-Discrimination and sexual behaviors AMONG students of the University of Dschang, in Cameroon. *Ig Sanita Pubbl*. 2018; 74(5): 419-432
9. García-Díaz V, Fernández-Feito A, Bringas-Molleda C, Rodríguez-Díaz FJ, Lana A. Tolerance of Intimate Partner Violence and Sexist Attitudes Among Health Sciences Students From Three Spanish Universities. *Gac Sanit*. 2020; 34(2): 179-185. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2019.01.003>
10. Martínez-Riera JR, Gallardo Pino C, Aguiló Pons A, Granados Mendoza MC, López-Gómez J, Arroyo Acevedo HV. La universidad como comunidad: universidades promotoras de salud. Informe SESPAS 2018. *Gac Sanit*. 2018; 32 (1): 86-91. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2018.08.002>
11. Cabral Dorado R, Delgado Cepeda FJ. El programa de aval ciudadano: una aproximación universitaria hacia la formación ciudadana y comunitaria. *Revista Educación, Política y Sociedad*. 2017; 2(1): 92-105.
12. Ferreira FMPB, Brito IDS, Santos MR. Health promotion programs in higher education: integrative review of the literature. *Rev Bras Enferm*. 2018; 71(4): 1714-1723. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0693>

13. Suárez Álvarez Ó, Ruiz-Cantero MT, Casseti V, Cofiño R, Álvarez-Dardet C. Salutogenic interventions and health effects: a scoping review of the literature. *Gac Sanit*. 2020. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2019.12.002>
14. Fernández Villa T, Alguacil Ojeda J, Ayán Pérez C, Bueno Cavanillas A, Cancela Carral JM, Capelo Álvarez R, et al. Proyecto UNIHCOs: cohorte dinámica de estudiantes universitarios para el estudio del consumo de drogas y otras adicciones. *Rev Esp Salud Publica*. 2013; 87(6): 575–585. <https://doi.org/10.4321/S1135-57272013000600003>
15. Bellón J, Delgado A, Del Castillo J, Lardelli P. Validez y fiabilidad del cuestionario de función familiar Apgar-familiar. *Atención Primaria*. 1996; 18(6): 289-296.
16. Rocha K, Pérez K, Rodríguez M, Borrell C, Obiols J. (2011). Propiedades psicométricas y valores normativos del General Health Questionnaire (GQH-12) en la población general española. *Int J Clin Health Psychol* 2011; 11, 125-139.
17. García-Campayo J, Sanz-Carrillo C, Ibañez JA, Lou S, Solano V, Alda M. Validation of the Spanish version of the SCOFF questionnaire for the screening of eating disorders in primary care. *J Psychosom Res*. 2005; 59(2): 51-55. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2004.06.005>
18. 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. *Addiction*. 1993; 88: 791-804.
19. Fernández-Villa T, Molina AJ, García-Martín M, Llorca J, Delgado-Rodríguez M, Martín V. Validation and Psychometric Analysis of the Internet Addiction Test in Spanish Among College Students. *BMC Public Health*. 2015; 15: 953. <https://doi.org/10.1186/s12889-015-2281-5>
20. Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales. Boletín Oficial del Estado, núm. 294, de 6 de diciembre de 2018, pp. 119788 a 119857. Disponible en: <https://www.boe.es/eli/es/lo/2018/12/05/3>
21. Martin-Storey A, Benner A. Externalizing Behaviors Exacerbate the Link between Discrimination and Adolescent Health Risk Behaviors. *J Youth Adolesc*. 2019; 48(9): 1724-1735. <https://doi.org/10.1007/s10964-019-01020-3>
22. Williams DR, Lawrence JA, Davis BA, Vu C. Understanding how discrimination can affect health. *Health Serv Res*. 2019; 54(2):1374–1388. <https://doi.org/10.1007/s11136-017-1663-9>
23. Chen AC, Szalacha LA, Menon U. Perceived Discrimination and Its Associations With Mental Health and Substance Use Among Asian American and Pacific Islander Undergraduate and Graduate Students. *J Am Coll Health*. 2014; 62:6, 390-398. <https://doi.org/10.1080/07448481.2014.917648>
24. Li M, Mustillo S, Wang W. Perceived Discrimination, Screen Use, and BMI Among Rural-to-Urban Migrant Children in China: Evidence from a Nutrition Transition Context. *J Immigr Minor Health*. 2019; 21(4): 723-730. <https://doi.org/10.1007/s10903-018-0822-6>
25. Pastor Gosalbez I, Acosta Sarmiento A. La institucionalización de las políticas de igualdad de género en la Universidad española. *Avances y retos. Investigaciones Feministas*. 2016; 7(2): 247-271 <https://doi.org/10.5209/INFE.52966>
26. Spinelli H. Volver a pensar en salud: programas y territorios. *Salud Colectiva*. 2016; 12(2): 149-171. <https://doi.org/10.18294/sc.2016.976>
27. Martínez-Hernández A, Correa-Urquiza M. Un saber menos dado: nuevos posicionamientos en el campo de la salud mental colectiva. *Salud Colectiva*. 2017; 13(2): 267-278. <https://doi.org/10.18294/sc.2017.1168>