

Laia Martos Moncosí

**RELACIÓ ENTRE LA IMPULSIVITAT, EL CONSUM
D'ALCOHOL I LA PERCEPCIÓ DEL RISC EN LES
CONDUCTES SEXUALS**

TREBALL DE FI DE GRAU

Dirigit per la Dra. Anna Huguet Rosselló

Grau de psicologia



**UNIVERSITAT
ROVIRA i VIRGILI**

Tarragona

2026

Resum

Les conductes sexuals de risc (CSR) fan referència a aquells comportaments que augmenten la probabilitat de patir conseqüències negatives per a la salut, com les infeccions de transmissió sexual o els embarassos no desitjats (OMS, 2006). Aquestes conductes són especialment prevalents en població jove i poden veure's influenciades per factors individuals i contextuals. En aquest sentit, la percepció del risc en les conductes sexuals (PRCS) es defineix com la valoració subjectiva que fan els individus sobre el perill associat a aquestes conductes (Robles et al., 2022), existint sovint una discrepància entre la percepció i el comportament real.

El principal objectiu d'aquest estudi és analitzar la relació entre la impulsivitat, el consum d'alcohol i la percepció del risc en conductes sexuals en una mostra de joves adults d'entre 18 i 30 anys. L'estudi es realitza mitjançant l'administració dels qüestionaris BIS-11, AUDIT i l'Escala de Percepció del Risc en Conductes Sexuals (EPRCS), amb una mostra de 102 participants (N = 102).

Els resultats mostren que la percepció del risc es manté en nivells elevats i no es relaciona de manera significativa amb la impulsivitat ni amb el consum d'alcohol. No obstant això, s'observen diferències significatives segons el gènere, amb una major percepció del risc en les dones, així com una relació negativa entre la impulsivitat no planificada i la percepció del risc.

Paraules clau: conductes sexuals de risc, percepció del risc en les conductes sexuals, impulsivitat, consum d'alcohol, població jove adulta

Abstract

Risky sexual behaviors (RSB) refer to behaviors that increase the likelihood of negative health outcomes, such as sexually transmitted infections and unintended pregnancies (OMS, 2006). These behaviors are particularly prevalent among young people and may be influenced by individual and contextual factors. In this context, risk perception in sexual behavior (RPSB) is understood as the subjective evaluation individuals make regarding the

level of risk associated with these behaviors (Robles et al., 2022), often showing discrepancies with actual behavior.

The main objective of this study is to examine the relationship between impulsivity, alcohol consumption and risk perception in sexual behaviors in a sample of young adults aged 18 to 30. The study was conducted using the Barratt Impulsiveness Scale (BIS-11), the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT), and the Risk Perception in Sexual Behavior Scale (EPRCS), with a total sample of 102 participants (N = 102).

The results show that risk perception is generally high and is not significantly related to either impulsivity or alcohol consumption. However, significant gender differences are observed, with higher levels of risk perception among women. Additionally, a negative relationship is found between non-planned impulsivity and risk perception.

Keywords: risky sexual behaviors, risk perception in sexual Behavior, impulsivity, alcohol consumption, young adults

ÍNDEX

1.	Introducció	6
1.1.	Conductes sexuals de risc (CSR)	6
1.1.1.	Què són les conductes sexuals de risc?.....	6
1.1.2.	Prevalença de les CSR entre els joves	6
1.1.3.	CSR més freqüents	8
1.1.4.	Conseqüències de les CSR.....	9
1.2.	La percepció del risc en les conductes sexuals (PRCS)	11
1.2.1.	Què és la PRCS?	11
1.2.2.	Com es relacionen les CSR i la PRCS	12
1.2.3.	Nivell de la PRCS de la població general.....	13
1.3.	Factors que actuen com a precursors de les CSR i la PRCS	14
1.3.1.	Impulsivitat	15
1.3.2.	Consum d'alcohol	15
2.	Objectius.....	17
2.1.	Objectiu principal	17
2.2.	Objectius secundaris	17
3.	Hipòtesis.....	18
4.	Metodologia	18
4.1.	Procediment	18
4.2.	Mostra	19
4.3.	Instruments	19
4.3.1.	Barratt Impulsiveness Scale (BIS-11)	19
4.3.2.	Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT)	20
4.3.3.	Escala de Percepció del Risc en Conductes Sexuals de Risc (EPRCS)	21
4.4.	Anàlisi de dades	22
5.	Resultats.....	25
5.1.	Característiques sociodemogràfiques de la mostra	25
5.2.	Anàlisi descriptiu de la impulsivitat i el consum d'alcohol.....	27
5.3.	Nivell de PRCS global i en funció del gènere.....	28
5.3.1.	Nivell de la PRCS global.....	28
5.3.2.	Nivell de la PRCS en funció del gènere	29
5.4.	Relació entre la impulsivitat, el consum d'alcohol i la PRCS.....	29

5.4.1.	Impulsivitat i PRCS	29
5.4.2.	Consum d'alcohol i PRCS	30
6.	Discussió.....	32
7.	Conclusions.....	36
8.	Bibliografia	37
9.	Annexos	43

1. Introducció

1.1. Conductes sexuals de risc (CSR)

1.1.1. Què són les conductes sexuals de risc?

Segons l'Organització Mundial de la Salut (OMS, 2006), la salut sexual implica la possibilitat de mantenir relacions sexuals segures i protegides, així com l'accés a informació i serveis adequats en aquest àmbit. Les conductes sexuals de risc (CSR) fan referència a la manca de protecció en les relacions sexuals que poden donar com a resultat conseqüències negatives per a la salut, com les infeccions de transmissió sexual (ITS), inclòs el Virus de la Immunodeficiència Humana (VIH) i els embarassos no desitjats, especialment en contextos amb accés limitat a recursos i educació sexual (OMS, 2006).

Keto et al. (2020) defineixen les CSR com aquelles activitats sexuals que augmenten la probabilitat de contraure ITS, inclòs el VIH i embarassos no desitjats. Tanmateix, Ritchwood et al. (2015) destaquen que aquests comportaments impliquen una major exposició a situacions de risc, especialment en relació amb el sexe sense protecció i la presència de múltiples parelles sexuals. Santelli et al. (2000) fan un pas més enllà i amplien aquesta conceptualització en població jove, incloent-hi conductes com inici precoç de les relacions, ús inconscient del preservatiu i la participació en relacions amb diverses parelles.

La literatura coincideix a assenyalar que les CSR constitueixen un conjunt de pràctiques que, per les seves característiques, incrementen la probabilitat de conseqüències adverses per a la salut sexual, especialment en contextos de baixa protecció o informació insuficient.

1.1.2. Prevalença de les CSR entre els joves

Les CSR presenten una prevalença significativa en la població jove, especialment durant l'etapa compresa entre l'adolescència i la joventut adulta. Aquesta etapa vital es caracteritza per una elevada variabilitat en les

conductes sexuals que estan influenciades per factors socials, culturals i educatius, la qual cosa contribueix a diferències en l'exposició davant del risc i l'ús de mesures de protecció (Wellings et al., 2006).

A escala internacional, les dades mostren que una proporció rellevant de joves duu a terme CSR, les quals poden perjudicar la salut (Centers for Disease Control and Prevention [CDC], 2024). Dades del sistema de vigilància de conductes de risc juvenil als Estats Units estimen que els joves d'entre 15 i 24 anys, l'any 2022, van representar aproximadament el 50% dels casos notificats d'ITS, com la clamídia, la gonorrea o la sífilis. A més, s'indica que el 33,7% dels joves han mantingut relacions sexuals i que el 21% es troba sexualment actiu els últims mesos i, d'aquests últims, el 48% no havia utilitzat preservatiu en la seva última relació sexual, fet que evidencia un ús insuficient de mesures de protecció.

D'altra banda, s'identifiquen indicadors rellevants de risc, com la presència de múltiples parelles sexuals en un 6% dels joves, i els baixos nivells de cribratge d'infeccions de transmissió sexual, ja que només entre el 6 i 7% dels joves s'havia sotmès alguna de les proves (Centers for Disease Control and Prevention [CDC], 2024). En conjunt, aquestes dades reflecteixen una exposició significativa a conseqüències adverses per a la salut.

En el context espanyol, la prevalença de CSR mostra patrons similars. Segons l'informe de Moreno et al. (2025) de l'estudi HBSC-2022 (Health Behaviour in School-aged Children) publicat a través del Ministeri de Sanitat i coordinat per l'OMS, el 34,8% dels adolescents havien mantingut relacions sexuals, amb un increment progressiu segons l'edat. L'ús del preservatiu se situava al voltant d'un 65,5%, fet que implica que aproximadament un terç dels joves no utilitza protecció adequada. Paral·lelament, es va observar l'ús de mètodes menys segurs, ja que un 14,9% utilitzava exclusivament la "marxa enrere", un procediment poc eficaç i sense protecció davant les ITS. Un altre indicador rellevant és l'inici precoç de les relacions sexuals, ja que el 13,2% dels joves sexualment actius va declarar haver iniciat les relacions abans dels 13 anys, fet que s'associa amb un major risc de conductes sexuals no segures. A més, el 32,3% havia utilitzat la píndola del dia després, evidenciant la falta de protecció o d'ús inadequat de mètodes anticonceptius.

A nivell europeu, la situació segueix una tendència similar, amb un augment sostingut de les ITS. Segons l'European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC, 2023), l'any 2023 es van registrar més de 230.000 casos de clamídia, aproximadament 100.000 casos de gonorrea i més de 41.000 casos de sífilis a la Unió Europea. Aquestes xifres reflecteixen una evolució creixent, destacant un increment del 31% en els casos de gonorrea respecte a l'any 2022 i un augment superior al 300% des del 2014.

A més, les taxes més elevades d'aquestes infeccions es concentren en població jove adulta, especialment en dones d'entre 20 i 24 anys i en homes d'entre 25 i 34 anys (ECDC, 2023), fet que reforça la idea que aquest grup constitueix un dels més vulnerables davant les conductes sexuals de risc.

Pel que fa al gènere, Puente et al. (2011) observen que les CSR són més freqüents en els nois que en les noies. Els homes presenten un major nombre de parelles sexuals i un ús menor del preservatiu, en canvi, les dones tendeixen a mostrar conductes més protectores. Altres estudis també han observat que els homes presenten major tendència a implicar-se en CSR en comparació a les dones (Singh et al., 2019).

1.1.3. CSR més freqüents

La literatura ha identificat diversos comportaments que es consideren especialment rellevants, especialment en la població jove, on les CSR es presenten amb major freqüència (Ritchwood et al., 2015; Santelli et al., 2000).

En primer lloc, l'ús inconscient o la manca d'ús del preservatiu constitueix una de les conductes de risc més destacades. Santelli et al. (2000) assenyalen que la utilització del preservatiu és un dels principals mecanismes de prevenció de les ITS i del VIH, de manera que el seu ús irregular o absent incrementa significativament la probabilitat de patir infeccions. A més, els autors destaquen que el risc no només es deriva de la manca d'ús, sinó també de la inconsistència en la seva utilització, especialment en relacions ocasionals o amb parelles inestables.

En segon lloc, la presència de múltiples parelles sexuals és un altre dels comportaments més rellevants en les CSR. Segons Santelli et al. (2000), l'augment del nombre de parelles sexuals incrementa directament la probabilitat d'exposició a ITS. En aquesta mateixa línia, Ritchwood et al. (2015) indiquen que aquestes conductes no només augmenten el risc de manera directe, sinó que també reflecteixen patrons de comportament associats a una menor percepció del risc i, en conseqüència, una menor utilització de les mesures preventives, especialment en contextos socials on les relacions no són estables.

En tercer lloc, un altre comportament rellevant és l'inici precoç de les relacions sexuals. Segons Kaestle et al. (2005) assenyalen que les persones que inicien la seva activitat sexual a edats primerenques presenta una major probabilitat de desenvolupar conductes de risc en etapes posteriors, incloent-hi un major nombre de parelles sexuals i un ús poc consistent de mètodes de protecció. Aquesta conducta suggereix que l'edat d'inici actua com a factor predictor de comportaments sexuals de risc en un futur.

Finalment, Ritchwood et al. (2015) coincideixen amb la literatura anterior en assenyalar que les tres pràctiques mencionades constitueixen els principals comportaments associats a les conductes de risc, especialment en població jove. Tanmateix, duen a terme una aportació rellevant: destaquen que aquestes conductes no sempre es produeixen de manera aïllada, sinó que sovint apareixen de forma combinada, incrementant així el nivell de risc. La combinació de múltiples parelles sexuals amb l'ús inconscient del preservatiu, pot augmentar significativament la probabilitat de patir conseqüències negatives per a la salut sexual.

1.1.4. Conseqüències de les CSR

Les CSR tenen conseqüències rellevants tant a nivell individual com social, afectant la salut física i psicològica. Aquestes conseqüències inclouen principalment les ITS, els embarassos no desitjats i diversos efectes emocionals i socials que poden ser de llarg termini (Wilkins et al., 2022).

Conseqüències a nivell individual

Una de les principals conseqüències associades a les CSR és la transmissió d'ITS. Aquestes infeccions poden tenir efectes significatius sobre la salut física i es caracteritzen per una elevada incidència en població jove, fet que incrementa la seva vulnerabilitat (Goodreau et al., 2020; Wilkins et al., 2022). Moltes ITS poden ser asimptomàtiques, la qual cosa dificulta la seva detecció precoç i afavoreix la transmissió. En cas de no ser tractades o diagnosticades adequadament, poden derivar en complicacions de salut a llarg termini (OMS, 2023).

Els embarassos no desitjats també esdevenen una conseqüència rellevant, especialment en població jove. Aquests representen una problemàtica de salut i desenvolupament en l'adolescència i joventut. L'embaràs en aquestes edats pot associar-se a una major vulnerabilitat social i a efectes sobre la salut mental (Lesinskiené et al., 2025). Així mateix, l'OMS (2023) assenyala que els embarassos no desitjats en edats joves poden interferir en l'educació i trajectòries vitals, en funció del context social i recursos de suport disponibles.

Pel que fa a l'impacte psicològic, les conseqüències de les CSR, especialment els embarassos no desitjats en població jove, poden generar efectes emocionals negatius. Tebb i Brindis (2022) assenyalen que aquestes experiències poden associar-se a emocions com ansietat, estrès i malestar emocional, afectant de manera directa el benestar emocional de l'individu. Aquestes reaccions poden intensificar-se en contextos de vulnerabilitat i estigmatització social, contribuint a l'agreujament de l'impacte psicosocial de les conseqüències derivades de les CSR (Gselamu et al., 2019).

En relació a les ITS, el VIH és una de les infeccions més estudiades pel que fa a la seva repercussió psicològica associada al diagnòstic i procés d'adaptació a la malaltia. Meza-Rodríguez et al. (2011) afirmen que el diagnòstic del VIH pot generar una resposta psicològica caracteritzada per la presència d'ansietat, estrès i malestar emocional. A més, Ballester (2005) assenyala que l'estigma social associat a la malaltia pot generar sentiments d'aïllament i dificultat d'adaptació social, afectant negativament el benestar emocional de la persona afectada.

Aquestes conseqüències poden tenir continuïtat més enllà de l'etapa immediata. Les conductes i experiències sexuals durant l'adolescència i la joventut poden estar relacionades amb la salut i el benestar en les etapes posteriors de la vida (Vasilenko, 2022).

Conseqüències a nivell social

Més enllà de l'àmbit individual, les CSR també tenen conseqüències rellevants a nivell social. Tal com s'ha esmentat, estan relacionades amb l'augment de les ITS i dels embarassos no desitjats en població jove, la qual cosa implica una problemàtica dins l'àmbit de la salut pública, i posa de manifest la necessitat de desenvolupar estratègies de prevenció i educació en la salut sexual dirigides a la població jove i adolescent (Wilkins et al., 2022).

Les desigualtats socials poden influir tant en l'exposició de CSR com en l'accés a informació i recursos preventius. En aquest sentit, el context socioeconòmic i educatiu poden condicionar les oportunitats de prevenció i protecció davant d'aquestes conductes (Gselamu et al., 2019).

Aquestes evidències mostren que les CSR constitueixen un fenomen multidimensional, que afecta tant l'individu com la societat, i que requereixen intervencions preventives adaptades a les necessitats de la població jove.

1.2. La percepció del risc en les conductes sexuals (PRCS)

1.2.1. Què és la PRCS?

La percepció del risc en les conductes sexuals (PRCS) es defineix com la capacitat de la persona per identificar, valorar i interpretar quines conductes relacionades amb la sexualitat poden suposar un risc o una protecció per a la seva salut (Robles et al., 2022). És a dir, fa referència a la valoració subjectiva que fan els individus sobre la probabilitat de patir conseqüències negatives associades a determinades conductes o a determinar certes conductes com a factors protectors.

Tanmateix, aquesta percepció es construeix a partir de les experiències i del context social en què es desenvolupen (Saura et al., 2019). Rock et al. (2003) defineixen la PRCS a partir de la manera en què les persones interpreten la seva realitat, de manera que les seves decisions no depenen únicament de la situació en si mateixa, sinó de com aquesta és percebuda.

Tot i que la literatura ha posat un especial èmfasi en l'estudi de les CSR i els factors que les expliquen, com la impulsivitat o el consum d'alcohol, l'anàlisi de la PRCS ha rebut una atenció menor. La major part dels estudis s'han centrat a identificar predictors del comportament, deixant en segon pla la manera en què els individus interpreten i valoren el risc associat a aquestes conductes.

Per tant, es detecta un buit en la literatura pel que fa a l'estudi específic de la PRCS, especialment en relació amb factors individuals com la impulsivitat i el consum d'alcohol. Cal destacar que la literatura revisada no ha aprofundit en les dimensions de la impulsivitat i el seu efecte en la PRCS.

1.2.2. Com es relacionen les CSR i la PRCS

És important assenyalar que les CSR i la PRCS són conceptes diferenciats: les conductes fan referència al comportament real de l'individu, mentre que la percepció es vincula amb la valoració subjectiva del perill associat a aquest comportament i no sempre coincideix amb el comportament real (Adefuye et al., 2009).

Precisament, alguns estudis han posat de manifest que aquestes dues variables no sempre coincideixen: Adefuye et al. (2009) descriuen que, malgrat la presència de CSR, la percepció del risc del VIH tendeix a ser baixa en població universitària, evidenciant així una discrepància entre el comportament real i la valoració subjectiva del perill. En la mateixa línia, Shiferaw et al. (2014) també descriuen aquesta manca de correspondència entre CSR i PRCS, assenyalant que la percepció del risc de VIH en població jove tendeix a ser baixa malgrat la participació en conductes potencialment perilloses, fet especialment rellevant en aquest grup d'edat. L'evidència indica

que els joves poden mantenir CSR tot i percebre-les com a poc perilloses, evidenciant una discrepància entre conducta i percepció.

La literatura apunta a certs factors que poden explicar aquesta baixa PRCS. Un concepte rellevant és la monogàmia serial, que fa referència a la successió de relacions exclusives al llarg del temps. Aquest fenomen pot contribuir a una reducció de la PRCS, ja que els individus tendeixen a confiar en la seva parella i, en conseqüència disminuir l'ús de mesures de protecció (Sanjaume et al., 2009). Aquesta confiança en la parella afavoreix la creença que no existeix risc d'infecció, la qual cosa pot portar a realitzar CSR, especialment en relacions amb persones properes. Aquesta percepció subjectiva del risc, sovint no correspon amb el risc objectiu real del problema, és a dir, els joves poden percebre una situació com a poc arriscada, quan en realitat el nivell de risc és elevat, fet que pot afavorir la realització de CSR (Sanjaume et al., 2009).

Tot i que els joves disposen d'informació sobre mètodes de protecció, aquesta no sempre es tradueix en conductes segures, evidenciant així una discrepància entre el coneixement i comportament, en la qual la PRCS juntament amb altres factors juguen un paper clau en les decisions (Sanjaume et al., 2009).

1.2.3. Nivell de la PRCS de la població general

Referent a la PRCS, s'observa que més de la meitat dels adolescents poden considerar que no tenen cap risc (57,6%) o percebre un risc baix (17,2%) de contraure ITS (Sychareun et al., 2013). De manera similar, en població universitària, s'ha descrit que fins al 85,8% dels participants perceben un baix risc d'adquisició d'ITS (Mokgatle et al., 2021). Aquests estudis posen de manifest que una proporció important dels joves presenta baixos nivells de PRCS.

Donades les diferències entre les CSR entre dones i homes, en relació a la PRCS, diversos estudis han posat de manifest que les dones tendeixen a percebre un major nivell de risc en comparació amb els homes, els quals mostren una menor PRCS i una major propensió a assumir CSR (Reniers et

al., 2016). A més, Saura et al. (2019) assenyalen que la PRCS es troba influenciada per factors de gènere i processos psicosocials, que condicionen la manera com els joves interpreten i gestionen el risc.

1.3. Factors que actuen com a precursors de les CSR i la PRCS

Hi ha diversos factors psicològics i conductuals que s'associen a una probabilitat més elevada de realitzar CSR en població jove.

Algunes investigacions (Leeman et al., 2019; Leonangeli et al., 2021) suggereixen que la impulsivitat i el consum d'alcohol mantenen una relació directa amb les CSR, especialment en població jove. A més, s'indica que aquests factors poden interactuar entre sí, incrementant la probabilitat d'implicació en CSR.

Tot i l'evidència existent, la relació entre aquests dos factors i les CSR no és completament estable en tots els estudis. Les associacions entre els factors poden variar segons el context i les característiques de les mostres (Leeman et al. 2019).

A més, una part important de la recerca s'ha centrat en població adolescent, mentre que la població jove adulta (18-30 anys) ha estat menys explorada.

En aquesta mateixa línia, Zimmer-Gembeck i Helfand (2008) assenyalen que els factors associats a la conducta sexual varien al llarg del desenvolupament, mostrant patrons diferents segons l'etapa evolutiva.

Cal destacar que la major part d'aquesta evidència s'ha centrat en la relació d'aquests factors amb les CSR, mentre que la seva influència sobre la PRCS ha estat considerablement menys explorada. Aquesta manca d'evidència és especialment rellevant, tenint en compte el possible paper d'aquests factors en la manera com els individus interpreten i valoren el risc associat a les seves conductes.

1.3.1. Impulsivitat

La impulsivitat es defineix com un tret de personalitat caracteritzat per la tendència a actuar de manera ràpida i no planificada davant estímuls interns o externs, sense tenir en compte les conseqüències negatives (Patton et al., 1995). Des d'aquesta perspectiva, la impulsivitat es considera un constructe multidimensional que inclou diferents components.

En primer lloc, la manca de planificació fa referència a la dificultat per anticipar conseqüències futures de la conducta. En segon lloc, la impulsivitat motora implica la tendència a actuar de manera ràpida sense pensar. Per últim, la impulsivitat cognitiva es relaciona amb una major rapidesa en la presa de decisions (Patton et al., 1995).

La impulsivitat s'ha identificat com un factor de vulnerabilitat associat a diferents comportaments de risc en població jove, incloses les CSR, ja que es relaciona amb dificultats en l'autoregulació i en la presa de decisions, fet que pot augmentar la probabilitat d'implicar-se en CSR, especialment quan hi ha una recompensa immediata (Winters et al., 2009). Dins del model de Barratt, s'ha observat que la manca de planificació es relaciona especialment amb CSR (Godiwala et al., 2016). Tanmateix, nivells elevats d'impulsivitat poden dificultar una adequada valoració de les conseqüències negatives de la conducta, afavorint així una menor PRCS associada a aquestes situacions (Megías-Robles et al., 2022).

1.3.2. Consum d'alcohol

El consum d'alcohol constitueix un dels principals factors de risc de mortalitat i discapacitat. L'OMS (2019) estima que el 5,3% de les morts i el 5,1% de morbiditat a nivell mundial són atribuïdes al consum d'alcohol. Segons l'OMS, l'alcohol és considerat una substància psicoactiva amb efectes sobre el sistema nerviós que pot alterar les funcions cognitives i conductuals.

En la literatura científica s'han identificat diferents patrons de consum, entre els quals destaquen el consum de risc i el consum intensiu d'alcohol, anomenat també *binge drinking*, caracteritzat per la ingesta elevada en un

curt període de temps (Romero-Rodríguez et al., 2022). Aquests patrons s'han associat amb conseqüències negatives per la salut i amb un increment de la probabilitat d'implicació en conductes de risc (OMS, 2019).

A Espanya, el consum d'alcohol constitueix la conducta de consum de substàncies més prevalent. Segons l'Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones (OEDA) en l'informe del 2025, l'any 2024 un 92,9% de la població va declarar haver-ne consumit alguna vegada a la vida. Així mateix, el 76,5% de la població havia consumit alcohol en l'últim any i el 63,5% en l'últim mes, fet que reflecteix una elevada presència d'aquest consum en la societat. A més, l'edat d'inici se situava al voltant dels 16,4 anys, indicant un consum precoç durant l'adolescència. D'altra banda, van destacar patrons de consum de risc, com les intoxicacions etíliques agudes que van afectar el 14,7% de la població, especialment en els més joves.

El projecte UniHcos realitzat per Fernández-Villa et al. (2013) mostren una elevada prevalença de consum d'alcohol en estudiants universitaris d'Espanya, un 94% dels participants van declarar haver consumit alcohol alguna vegada a la vida. També es destaca la presència del *binge drinking*, que van dur a terme aproximadament un 38% dels estudiants. El consum d'alcohol se situa dins d'un conjunt més ampli de conductes de risc pròpies de l'etapa universitària, entre les quals es troben també les CSR (Fernández-Villa et al., 2013).

El consum de substàncies, inclòs l'alcohol, s'ha associat amb una major probabilitat d'implicació en CSR, com el sexe sense protecció i el nombre de parelles sexuals (Ritchwood et al., 2015; Cho i Yang, 2023). Tanmateix, a mesura que augmenta la freqüència de consum d'alcohol, també augmenta la probabilitat d'implicació en CSR (CDC, 2024).

González-Iglesias et al. (2014) mostren que la PRCS està relacionada amb el consum d'alcohol, ja que les persones que perceben menys perill tendeixen a consumir més. No obstant això, els autors indiquen que aquesta relació no és directa, perquè la PRCS pot canviar amb l'experiència. En concret, quan els joves consumeixen alcohol i no experimenten conseqüències negatives, poden arribar a percebre aquesta conducta com menys arriscada, fet que afavoreix que la repeteixin.

En conjunt, la literatura evidencia que les CSR constitueixen un fenomen prevalent en població jove amb importants conseqüències per a la salut, mentre que la percepció del risc associada a aquestes conductes es configura com un procés complex i influït per múltiples factors individuals i contextuais. Tot i que la recerca ha avançat en la identificació de predictors de les conductes, la relació entre aquestes i la PRCS no és directa ni consistent, i els mecanismes que expliquen aquesta discrepància no han estat completament establerts. A més, factors com la impulsivitat o el consum d'alcohol han estat àmpliament estudiats en relació amb les CSR, però la seva influència sobre la PRCS ha rebut una atenció menor, especialment en població jove adulta, posant de manifest la necessitat d'aprofundir en aquest àmbit

2. Objectius

2.1. Objectiu principal

El principal objectiu d'aquest estudi és explorar si la impulsivitat i el consum d'alcohol estan relacionats amb la percepció del risc en conductes sexuals en una mostra de joves adults castellano-parlants d'entre 18 i 30 anys.

2.2. Objectius secundaris

Paral·lelament, es formulen els següents objectius secundaris:

- Explorar el nivell de percepció del risc en les conductes sexuals en una mostra de població jove adulta.
- Analitzar si existeixen diferències en la percepció de risc en funció del gènere, concretament si les dones presenten nivells més elevats de percepció de risc que els homes.

- Analitzar la relació entre les diferents dimensions de la impulsivitat (impulsivitat no planificada, motora i cognitiva) i la percepció del risc en conductes sexuals.

3. Hipòtesis

Donada la literatura revisada prèviament i els objectius a assolir a la investigació, es plantegen les següents hipòtesis:

H1: La impulsivitat i el consum d'alcohol es relacionaran amb una menor percepció del risc en conductes sexuals en joves adults.

H2: Les dones presentaran nivells més elevats de percepció del risc en les relacions sexuals que els homes.

H3: La relació entre la impulsivitat i la percepció del risc en conductes sexuals difereix en funció de les diferents dimensions de la impulsivitat.

4. Metodologia

4.1. Procediment

Es tracta d'un estudi de disseny descriptiu i correlacional de tipus transversal. Aquest es va dissenyar d'acord amb les directrius ètiques proporcionades pel comitè Ètic d'Investigació en Persones, Societat i Medi Ambient (CEIPSA) de la Universitat Rovira i Virgili, assegurant el compliment dels principis de participació voluntària i anonimat de les dades. La difusió del qüestionari es va realitzar mitjançant xarxes socials i contactes principals de la investigadora.

Prèviament, es va informar als participants sobre l'objectiu de la recerca així com els criteris de participació, la voluntarietat i l'anonimat de la participació.

El qüestionari es va administrar mitjançant la plataforma Microsoft Forms i tenia una duració aproximada de 10 a 15 minuts. Aquest constava de les parts següents:

En primer lloc, es van recollir les dades sociodemogràfiques bàsiques dels participants, incloent-hi l'edat, el gènere, el nivell d'estudis finalitzats i la situació laboral actual.

Posteriorment, es van administrar tres instruments psicomètrics per avaluar les variables principals de l'estudi: el Barratt Impulsiveness Scale (BIS-11), destinat a avaluar la impulsivitat i les seves tres dimensions (cognitiva, motora i no planificada), per avaluar el consum d'alcohol es va administrar l'Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) i, finalment, per mesurar la percepció del risc en les conductes sexuals es va utilitzar l'Escala de Percepció del Risc en Conductes Sexuals de Risc (EPRCS).

4.2. Mostra

Per a la selecció dels participants d'aquesta investigació es van establir els criteris d'inclusió següents: ser joves d'entre 18 i 30 anys, tenir una bona comprensió del castellà, amb l'objectiu de garantir la correcta interpretació dels instruments utilitzats i, per últim, proporcionar el consentiment informat.

La mostra final de l'estudi ha esdevingut de 102 participants. La informació descriptiva de la mostra es troba en l'apartat de resultats.

4.3. Instruments

4.3.1. Barratt Impulsiveness Scale (BIS-11)

Per a l'avaluació de la impulsivitat s'ha utilitzat el qüestionari Barratt Impulsiveness Scale (BIS-11), desenvolupat i validat inicialment per Patton et al. (1995).

El BIS-11 està format per 30 ítems que s'organitzen en tres dimensions de la impulsivitat; la impulsivitat cognitiva, motora i no planificada, definides en la introducció.

Els ítems es responen mitjançant una escala Likert de quatre punts (0 = rarament o mai; 1 = ocasionalment; 3 = sovint; 4 = gairebé sempre o sempre). Alguns ítems es troben formulats en sentit invers, de manera que una puntuació elevada no reflecteix directament una major impulsivitat. Per tal d'assegurar la coherència de les puntuacions i garantir que totes les respostes siguin interpretables en la mateixa direcció, aquests ítems han de ser prèviament recodificats. En concret, en l'escala utilitzada (0, 1, 3 i 4), la recodificació es realitza invertint els valors de resposta, de manera que el 0 passa a ser 4, l'1 passa a ser 3, el 3 passa a ser 1 i el 4 passa a ser 0.

La puntuació total oscil·la de 30 a 120 punts, on puntuacions més elevades indiquen un major nivell d'impulsivitat. Aquesta puntuació s'obté mitjançant la suma de tots els ítems del qüestionari (Patton et al., 1995).

En aquest estudi s'ha utilitzat la versió espanyola del Barratt Impulsiveness Scale (BIS-11). Pel que fa a les propietats psicomètriques, aquesta versió presenta una adequada consistència interna ($\alpha = 0,81$), indicant una bona fiabilitat de l'instrument. Així mateix, els resultats obtinguts són comparables als de la versió original, fet que aporta evidència de la seva validesa (Salinas et al., 2018.).

En el present estudi, la consistència interna de l'escala ha estat de $\alpha = 0,723$, calculada a partir de la mostra analitzada. Aquest valor indica una fiabilitat acceptable.

4.3.2. Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT)

Per a l'avaluació del consum d'alcohol s'ha emprat l'Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT), desenvolupat per l'Organització Mundial de la Salut (OMS, 2001). Aquest instrument consta de 10 ítems que avaluen la freqüència, la quantitat i les conseqüències del consum d'alcohol. La puntuació total oscil·la entre 0 i 40 punts i permet classificar el consum en diferents nivells de risc. Concretament, puntuacions entre 0 i 7 indiquen un

consum de baix risc, entre 8 i 15 un consum de risc moderat, entre 16 i 19 un consum de risc alt i, finalment, puntuacions iguals o superiors a 20 suggereixen la possible presència d'un trastorn per consum d'alcohol i la necessitat d'intervenció especialitzada.

En aquest estudi s'ha utilitzat la versió espanyola validada per Contel et al. (1999). En el procés de validació es va evidenciar una adequada consistència interna de 0,88. A més, presenta una bona validesa predictiva amb una sensibilitat del 90% i una especificitat del 81,46% fet que indica una elevada capacitat per identificar correctament els casos de consum de risc i aquells que no el presenten (Contel et al., 1999). Així mateix, els resultats confirmen que és un instrument fiable i vàlid per la detecció de patrons de consum d'alcohol problemàtic en població general.

En el present estudi, la consistència interna ha estat de $\alpha = 0,698$ per al total de l'escala, cosa que indica una fiabilitat acceptable.

4.3.3. Escala de Percepció del Risc en Conductes Sexuals de Risc (EPRCS)

Per últim, per a l'avaluació de la PRCS s'ha utilitzat l'Escala de Percepció del Risc en Conductes Sexuals de Risc (EPRCS), desenvolupada i validada per Robles et al. (2022) en població juvenil hispanoparlant. Aquest instrument està format per 27 ítems i s'estructura en quatre factors: percepció del risc en conductes sexuals, percepció sobre l'ús del preservatiu, coneixement dels antecedents sexuals de la parella i fonts d'informació sobre sexualitat.

Els ítems es responen mitjançant una escala Likert de cinc punts (1 = totalment en desacord; 5 = totalment d'acord). La puntuació total de l'escala oscil·la de 27-135 punts, els valors s'obtenen a partir de la suma dels ítems, de manera que puntuacions més elevades indiquen una major percepció del risc en conductes sexuals i una millor identificació de conductes protectores per a la salut sexual. Cal tenir en compte que en aquest cas també hi ha alguns ítems inversos, per tant, a l'hora de corregir s'han d'invertir les puntuacions.

Tot i que l'EPRCS ha estat validat en població juvenil hispanoparlant (Robles et al., 2022), no disposa d'una validació específica en població espanyola. En població hispanoparlant, concretament a l'Equador, es va observar una elevada consistència interna global, amb valors d'alfa de Cronbach al voltant de 0,91 i adequats en les diferents subescales (aproximadament entre 0,70 i 0,88). Aquestes propietats psicomètriques indiquen una bona fiabilitat de l'instrument per a l'avaluació de la percepció del risc en conductes sexuals (Robles et al., 2022).

En aquest estudi, la consistència interna de l'escala ha estat de $\alpha = 0,797$, calculada a partir de la mostra analitzada. Aquest valor indica una bona fiabilitat.

4.4. Anàlisi de dades

El procés d'anàlisi de dades s'ha dut a terme mitjançant els programes IBM SPSS statistics i Microsoft Excel. A continuació, s'especifiquen els càlculs duts a terme per a cada procés en concret:

- **Anàlisi descriptiu sociodemogràfic.**

Per a les variables categòriques de la mostra (gènere, nivell d'estudis finalitzats i l'ocupació principal), es va realitzar una anàlisi de freqüència, calculant els percentatges i les freqüències absolutes (n). Cal destacar que en la variable gènere es van incloure inicialment tres opcions de resposta; no obstant això, l'opció "altres" no va ser seleccionada per cap participant, motiu pel qual l'anàlisi es va realitzar únicament amb les categories home i dona.

D'altra banda, l'edat s'ha analitzat com una variable contínua. Per la seva descripció s'ha calculat la mitjana, la desviació estàndard i el valor mínim i màxim. Finalment, per poder observar la distribució d'aquesta variable i identificar els intervals d'edat amb major concentració de subjectes, s'ha generat un histograma.

- **Anàlisi descriptiu de impulsivitat i consum d'alcohol.**

Per fer l'anàlisi descriptiu de les variables independents, s'ha calculat la mitjana, desviació estàndard i el valor mínim i màxim de tota la mostra.

- **Nivell de PRCS global.**

Per examinar la variable PRCS s'han calculat els estadístics descriptius de la puntuació total de l'escala (mitjana, mediana i desviació estàndard). Addicionalment, per examinar la distribució de les puntuacions i observar la tendència, s'ha elaborat un histograma de freqüències.

- **Diferenciació segons gènere de la PRCS.**

Per veure si les dones tenen una PRCS major que els homes, s'ha dut a terme una prova T-Student per a mostres independents d'un factor. Tot i la falta de normalitat de la variable, l'aplicació de la prova es justifica per la mostra (N=102) d'acord amb el Teorema del Límit Central. Prèviament, es va verificar el supòsit d'homogeneïtat de variàncies mitjançant la prova de Levene ($p = 0,669$), resultant l'assumpció de variàncies iguals.

D'acord amb la literatura s'especifiquen les següents hipòtesis:

$$H0: \mu_{dones} \leq \mu_{homes}$$

$$H1: \mu_{dones} > \mu_{homes}$$

- **Relació entre impulsivitat i PRCS.**

Per estudiar l'existència d'una possible relació entre la impulsivitat i la PRCS s'ha utilitzat l'anàlisi de correlació. Per determinar el tipus de correlació pertinent, s'han estudiat els supòsits de normalitat de la distribució mitjançant la prova Shapiro-Wilk i la linealitat a través de gràfics de dispersió.

Els resultats indiquen que la impulsivitat total presenta una distribució que s'aproxima a la normalitat ($W = ,975$; $p = ,055$), tot i que de manera ajustada. No obstant això, la variable PRCS no compleix els supòsits de normalitat ($W = ,967$; $p = ,012$), i tampoc s'observa un patró clar de relació lineal entre ambdues variables. Per aquest motiu, s'ha optat per utilitzar el coeficient de correlació no paramètric de Spearman per analitzar aquestes dues variables.

- **Relació de les dimensions de la impulsivitat (no planificada, motora i cognitiva) i la PRCS.**

Per analitzar la relació entre les diferents dimensions de la impulsivitat i la PRCS, s'ha utilitzat el coeficient de correlació no paramètric de Spearman. Aquesta decisió s'ha pres atès que algunes de les variables no complien el supòsit de normalitat, d'acord amb els resultats de la prova de Shapiro-Wilk, ni el supòsit de linealitat. Concretament, els resultats mostren que la impulsivitat cognitiva ($W = ,982$; $p = ,175$) i la impulsivitat no planificada ($W = ,978$; $p = ,093$) segueixen una distribució aproximadament normal, mentre que la impulsivitat motora ($W = ,962$; $p = ,005$) no compleix aquest supòsit. A més, l'anàlisi de la linealitat mitjançant gràfics de dispersió indica una absència de relació lineal entre les variables.

Per aquest motiu, s'han calculat correlacions de Spearman entre les tres dimensions de la impulsivitat (impulsivitat no planificada, impulsivitat motora i impulsivitat cognitiva) i la puntuació total de PRCS.

- **Relació entre consum d'alcohol i PRCS.**

En primer lloc, s'ha utilitzat el coeficient de correlació de Spearman. Aquesta decisió es justifica perquè tant el consum d'alcohol ($W = ,931$; $p < ,001$) com la PRCS ($W = ,967$; $p = ,012$) no compleixen el supòsit de normalitat, i tampoc es detecta una relació lineal clara entre ambdues variables.

En segon lloc, per verificar si existeixen diferències en la PRCS en funció del nivell de consum d'alcohol, s'ha dividit la mostra en tres grups en funció de la puntuació obtinguda: consum baix (0-7 punts), consum moderat (8-15

punts) i consum alt (16-23 punts). Inicialment, es preveia establir quatre categories de consum, però el grup corresponent a consum molt elevat comptava únicament amb un participant, fet que impossibilitava la realització d'una anàlisi comparativa fiable. Per aquest motiu, s'ha optat per reagrupar les categories i treballar amb tres nivells de consum.

Pel que fa els supòsits estadístics dels tres grups de consum, es compleix el criteri de normalitat en els tres grups, amb valors de Shapiro-Wilk de $W = ,966$ ($p = ,060$) per al grup de consum baix, $W = ,974$ ($p = ,641$) per al grup de consum moderat i $W = ,827$ ($p = ,161$) per al grup de consum alt. No obstant això, el grup de consum alt presenta una mida de mostra molt reduïda ($n=4$), així com una distribució desigual dels participants entre els grups, fet que pot afectar en la fiabilitat de les proves paramètriques. Per aquest motiu, s'ha aplicat la prova no paramètrica de Kruskal-Wallis.

5. Resultats

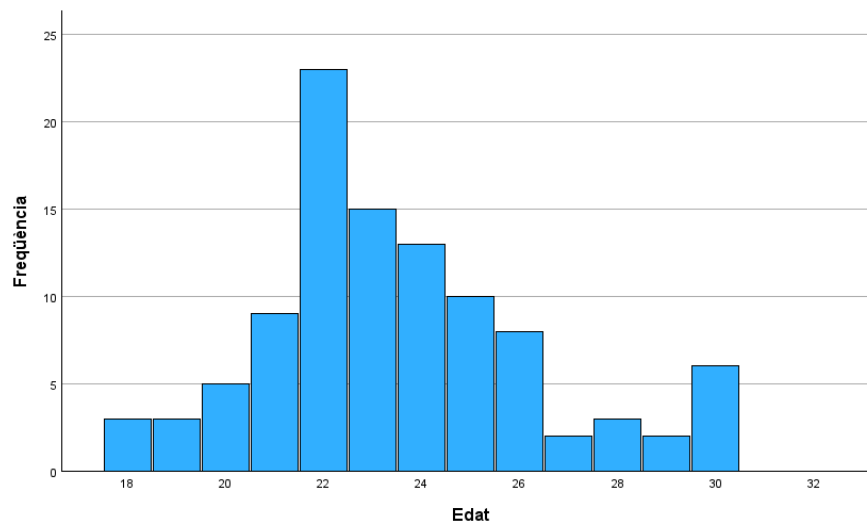
5.1. Característiques sociodemogràfiques de la mostra

La mostra de l'estudi està composta per un total de 102 participants ($N=102$), dels quals 42 eren homes (41,2%) i 60 dones (58,8%).

Pel que fa a l'edat, aquesta s'ha tractat com una variable contínua, per tant, els estadístics descriptius són els següents: mínim 18, màxim 30, mitjana 23,5 i desviació estàndard 2,814. En la **Figura 1** s'observa un histograma sobre la freqüència d'edat dels participants, el qual mostra que el rang d'edat amb més participació es de 22 a 25 anys.

Figura 1.

Histograma freqüències de l'edat



Respecte a al nivell d'estudis finalitzats, la mostra presenta una elevada heterogeneïtat, amb una distribució concentrada principalment en nivells educatius mitjans i superiors. Tal com es pot observar a la **Taula 1**, la major part dels participants disposa d'estudis universitaris o superiors, fet que indica un nivell educatiu globalment mitjà-alt.

Taula 1.

Distribució de la mostra segons estudis finalitzats

Nivell d'estudis		n	Percentatge
Educació secundària obligatòria (ESO)		6	5,9%
Batxillerat / Grau mitjà		24	23,5%
Grau superior		23	22,5%
Estudis universitaris		33	32,4%

Postgrau (màster o doctorat)	16	15,7%
------------------------------	----	-------

En relació amb l'ocupació principal, la majoria dels participants es troba en situació laboral activa, ja sigui treballant o combinant estudis i feina. Tal com es mostra a la **Taula 2**, aquest fet reflecteix una elevada participació en el mercat laboral dins la mostra.

Taula 2.

Distribució de la mostra segons situació laboral

Situació laboral	n	Percentatge
Treballadors	43	42,2%
Estudis i feina	34	33,3%
Estudiants	24	23,5%
Desocupació	1	1%

5.2. Anàlisi descriptiu de la impulsivitat i el consum d'alcohol

A la **Taula 3** s'observen els estadístics descriptius de les dues variables independents: impulsivitat i consum d'alcohol.

Pel que fa a la impulsivitat, la puntuació mitjana se situa en valors relativament baixos dins del rang del test BIS-11. Tot i això, hi ha força diferències entre els participants, ja que alguns tenen puntuacions més baixes i altres més elevades.

En relació amb el consum d'alcohol, la puntuació mitjana també se situa en valors baixos dins del rang del test AUDIT. A més, les puntuacions són més similars entre els participants en comparació amb la impulsivitat.

Taula 3.

Estadístics descriptius de la impulsivitat i el consum d'alcohol

	N	Mínim	Màxim	Mitjana	Desviació estàndard
Impulsivitat	102	20	80	43,19	11,676
Consum d'alcohol	102	0	23	6,36	4,682

5.3. Nivell de PRCS global i en funció del gènere

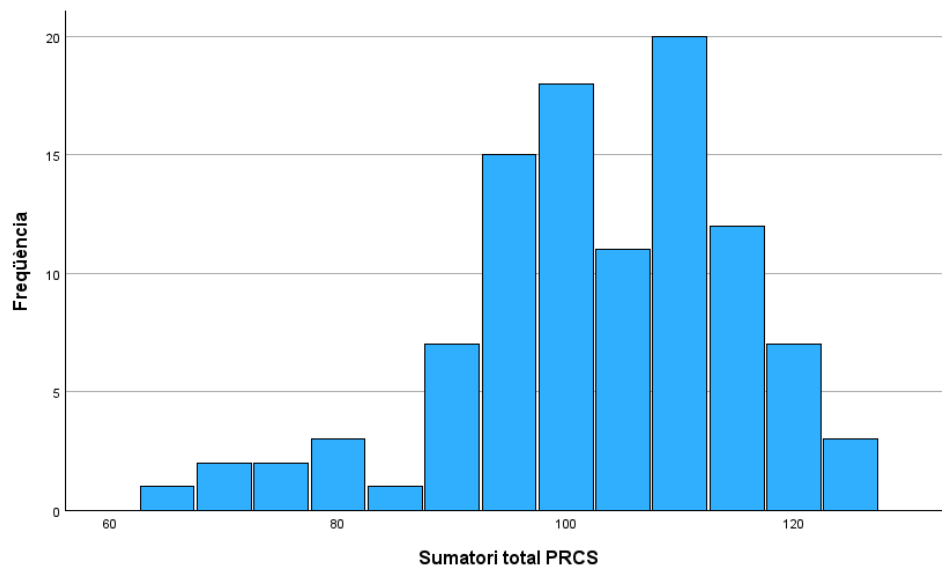
5.3.1. Nivell de la PRCS global

L'anàlisi descriptiva de la percepció del risc en les conductes sexuals indica que la mostra presenta valors relativament elevats en aquesta variable, amb una mitjana de 103,12 (DT = 12,42) i un rang de puntuacions que oscil·la entre 65 i 127.

Pel que fa a la distribució de la variable, tal i com s'observa en la **Figura 2**, es presenta una lleugera asimetria negativa. La major part de les puntuacions individuals estan concentrades en valors intermedis-alts amb només alguns valors baixos.

Figura 2.

Histograma de freqüències de la PRCS



5.3.2. Nivell de la PRCS en funció del gènere

Després d'assumir variàncies iguals ($p = ,669$), s'observen diferències de percepció de risc en funció del gènere ($p = ,008$ a un factor).

Les dones presenten una major PRCS ($M = 105,60$; $DT = 11,37$) que els homes ($M = 99,57$; $DT = 13,12$). La magnitud de l'efecte és moderat ($d = ,497$), fet que indica una diferència rellevant entre gèneres.

5.4. Relació entre la impulsivitat, el consum d'alcohol i la PRCS

5.4.1. Impulsivitat i PRCS

Per estudiar la relació entre la impulsivitat i la PRCS s'ha analitzat mitjançant la correlació de Spearman. En relació amb la impulsivitat total, no es va identificar una associació estadísticament significativa amb la percepció del risc ($p = ,025$; $p = ,804$).

Posteriorment, s'ha analitzat les diferents dimensions de la impulsivitat. En la **Taula 4** s'observa les correlacions entre les diferents dimensions de la impulsivitat i la percepció del risc en conductes sexuals.

Tal com es pot observar, per a un nivell de significació del 5% s'identifica una relació negativa i significativa entre la impulsivitat no planificada i la percepció del risc ($\rho = -,214$; $p = ,031$). En canvi, no es troben relacions significatives entre la PRCS i la impulsivitat cognitiva ni motora.

Taula 4.

Correlació de Spearman entre les dimensions de la impulsivitat

Variable	ρ amb PCRS	p
Impulsivitat no planificada	-,214	,031*
Impulsivitat cognitiva	,159	,110
Impulsivitat motora	,100	,318

Nota. ρ = coeficient de correlació de Spearman. * $p < ,05$.

5.4.2. Consum d'alcohol i PRCS

Per analitzar la relació entre el consum d'alcohol i la PRCS, s'aplica la correlació de Spearman. Els resultats mostren que no existeix una relació estadísticament significativa entre ambdues variables ($\rho = -,056$; $p = ,578$).

Pel que fa al nivell de consum d'alcohol, la major part de la mostra es concentra en el grup de consum baix (65,7%; $n = 67$), seguit del consum moderat (29,4%; $n = 30$), mentre que el consum alt presenta una proporció reduïda (4,9%; $n = 5$).

Posteriorment, s'analitzen les diferències en la PRCS en funció del nivell de consum d'alcohol. Tal com es mostra a la **Taula 5**, els grups de consum baix i moderat presenten valors similars, mentre que el grup amb consum alt mostra una tendència a puntuacions inferiors i una major variabilitat.

Taula 5.

Mitjanes i desviacions estàndard de la percepció del risc segons el nivell de consum d'alcohol

Nivell de consum d'alcohol	Mitjana	Desviació estàndard
Consum baix	103,21	11,87
Consum moderat	104,70	11,71
Consum alt	92,40	20,33

Finalment, per analitzar si existeixen diferències en la PRCS en funció del nivell de consum d'alcohol, s'aplica la prova no paramètrica de Kruskal-Wallis per a mostres independents. No s'identifiquen diferències significatives en la percepció del risc entre els diferents nivells de consum d'alcohol ($H = 1,655$; $gl = 2$; $p = ,437$).

6. Discussió

Els resultats de la investigació mostren que la PRCS es troba en nivells elevats. Aquest resultat es contradiu amb estudis previs que indiquen que una proporció rellevant de joves tendeixen a presentar una PRCS baixa (Mokgatle et al., 2021; Sychareun et al., 2013).

Aquesta discrepància podria estar relacionada amb factors contextuais i individuals que influeixen en la manera de com els joves interpreten el risc. En aquest sentit, Sanjaume et al. (2009) assenyalen que la PRCS no depèn únicament de la informació disponible, sinó també de l'experiència i del context. A més, en l'estudi de Rock et al. (2003) indiquen que el coneixement percebut sobre salut sexual no sempre es correspon amb una valoració ajustada del risc, la qual cosa podria contribuir a explicar les diferències observades entre estudis.

L'objectiu principal del present estudi és explorar la relació entre la impulsivitat, el consum d'alcohol i la PRCS en joves adults. Els resultats indiquen que no hi ha relacions significatives entre aquestes dues variables i la PRCS. Aquest fet és coherent amb el fet que la major part de la literatura ha analitzat la relació entre la impulsivitat el consum d'alcohol i CSR i no tant amb la PRCS. En aquest sentit, Leonangeli et al. (2021) i Leeman et al. (2019) assenyalen que la impulsivitat i consum d'alcohol s'associen amb una major probabilitat d'implicar-se en CSR. Tanmateix, la seva relació amb la PRCS és més complexa i no sempre es manifesta de manera directa, fet que resulta coherent amb la distinció teòrica entre conducta i percepció (Adefuye et al., 2009).

Els resultat obtingut podria explicar-se pel fet que la PRCS no depèn exclusivament de factors individuals, sinó també de variables educatives i socioculturals. Els programes d'educació sexual contribueixen a augmentar els coneixements sobre salut sexual i afavoreixen una major adopció de conductes preventives en població jove (Kirby, 2002). La UNESCO (2018) també destaca que l'educació sexual integral facilita que els joves desenvolupin habilitats per interpretar situacions de risc i prendre decisions més informades respecte a la seva salut sexual. Això podria contribuir a

mantenir nivells elevats de PRCS independentment de variables com el consum d'alcohol o alguns trets d'impulsivitat.

A més d'aquests factors educatius, també s'assenyala la importància de variables relacionals i contextuals en la percepció del risc. En aquest sentit, la monogàmia serial pot contribuir a una reducció de la PRCS, ja que la successió de relacions considerades exclusives pot generar una sensació de seguretat i confiança amb la parella, afavorint una menor utilització de mesures de protecció (Sanjaume et al., 2009). De manera similar, Fortenberry (2013) indica que la confiança en la parella i la percepció d'estabilitat en la relació poden disminuir la percepció de vulnerabilitat davant les ITS, incrementant així la probabilitat d'implicació en CSR.

Pel que fa el consum d'alcohol no s'han trobat diferències significatives en la PRCS en funció als nivells de consum. Aquest resultat s'interpreta considerant que la relació entre consum d'alcohol i PRCS no és directa, sinó que pot variar en funció de factors com l'experiència personal o la percepció subjectiva del perill González-Iglesias et al. (2014). Tanmateix, Cooper (2002) indica que tot i que el consum d'alcohol s'ha relacionat amb una major implicació en CSR, aquesta associació depèn del context i de factors individuals. L'autora destaca que l'efecte de l'alcohol es manifesta en situacions concretes on la desinhibició i la influència del context poden afavorir conductes més arriscades. Així mateix, el paper de les expectatives sobre els efectes de l'alcohol pot influir en la conducta independentment del consum real. En aquest sentit, els resultats del present estudi podrien interpretar-se considerant que la influència de l'alcohol es produeix principalment en situacions concretes de conducta, més que no pas en la valoració general del risc, fet que podria contribuir a explicar l'absència de relació significativa observada.

En relació amb l'objectiu secundari sobre la relació entre la PRCS i el gènere, els resultats mostren que les dones presenten nivells significativament més elevats de PRCS que els homes. Aquest resultat és coherent amb la literatura que indica que existeixen diferències en la PRCS segons el gènere, observant que les dones mostren una major percepció i una menor propensió en conductes arriscades (Reniers et al., 2016). Aquestes diferències no

s'expliquen pel gènere com a categoria en si mateixa, sinó pels processos socials i psicosocials associats al gènere. En aquest sentit, Saura et al. (2019) assenyalen que la socialització de gènere influeix en la manera com els joves interpreten i gestionen el risc, fet que podria contribuir a explicar les diferències observades.

Pel que fa l'objectiu secundari sobre la relació entre la PRCS i les dimensions de la impulsivitat, els resultats confirmen que la relació entre la impulsivitat i la PRCS varien en funció de les seves dimensions de constructe. En concret, només la impulsivitat no planificada es relaciona negativament amb la PRCS, mentre que la impulsivitat cognitiva i la motora no mostren relacions significatives. Aquest resultat és coherent amb la concepció multidimensional de la impulsivitat proposada per Patton et al. (1995), segons la qual les diferents dimensions tenen efectes diferenciats sobre el processament de la informació i la presa de decisions. La manca de planificació implica dificultats per anticipar les conseqüències futures de la conducta, fet que podria explicar la seva relació amb una menor PRCS. Aquesta interpretació és consistent amb estudis previs que assenyalen que la manca de planificació es relaciona especialment amb CSR (Godiwala et al., 2016).

En conjunt, els resultats del present estudi suggereixen que la PRCS constitueix un fenomen complex i multidimensional, on a banda de factors individuals com la impulsivitat o el consum d'alcohol, apareixen també variables cognitives, educatives, relacionals i socioculturals. Així mateix, els resultats reforcen la idea que la PRCS i les CSR són conceptes relacionats però diferenciats, ja que una major predisposició a conductes impulsives o associades al consum no implica necessàriament una menor valoració subjectiva del risc. En aquesta línia, es posa de manifest la importància d'analitzar la impulsivitat des d'una perspectiva multidimensional, atès que no totes les seves dimensions es relacionen de la mateixa manera amb la PRCS.

Finalment, aquests resultats contribueixen a ampliar la literatura existent sobre la PRCS, un àmbit que ha rebut menys atenció en comparació amb l'estudi de les CSR, i posen en manifest la necessitat de continuar investigant els factors que influeixen en la gestió i interpretació del risc entre els joves.

Limitacions i futures línies d'investigació

L'estudi presenta diverses limitacions que cal tenir en compte a l'hora d'interpretar els resultats. En primer lloc, el disseny transversal de l'estudi no permet establir relacions causals entre les variables, sinó únicament associacions. En aquest sentit, seria interessant desenvolupar estudis longitudinals que permetin analitzar l'evolució de la PRCS i dels factors associats.

En segon lloc, la utilització d'un qüestionari autoinformat pot haver introduït biaixos de resposta, com la desitjabilitat social, errors de record, especialment en relació amb els comportaments més sensibles o íntims com es el consum d'alcohol i la PRCS. Això podria haver influït en la precisió de les respostes i, en conseqüència, en els resultats obtinguts.

En tercer lloc, la mostra utilitzada pot limitar la generalització dels resultats a altres poblacions, ja que es tracta d'un grup específic de joves-adults. A més, la distribució desigual dels participants entre alguns grups d'anàlisi, especialment en el consum d'alcohol elevat, el qual era de N molt reduïda, pot haver condicionat els resultats.

Finalment, cal assenyalar que la literatura existent sobre PRCS és més limitada en comparació a les CSR, fet que ha dificultat la interpretació i contextualització dels resultats obtinguts.

Per les futures línies d'investigació seria necessari incorporar altres variables rellevants com l'educació i la salut sexual, les normes socials o les característiques de les relacions afectives. Aquestes ampliacions ajudarien a assolir una comprensió més completa dels factors que condicionen la PRCS.

7. Conclusions

A partir dels objectius plantejats en el present estudi, es pot concloure que la PRCS en població jove es manté en nivells elevats, tot i que aquesta no es relaciona de manera significativa amb la impulsivitat ni amb el consum d'alcohol. Aquests resultats posen en manifest que la PRCS i les CSR estan relacionats però diferenciats.

Pel que fa a les hipòtesis plantejades, no s'ha confirmat la relació negativa entre la impulsivitat i el consum d'alcohol amb la PRCS (H1), així com tampoc l'existència de diferències en la PRCS en funció dels nivells de consum d'alcohol. No obstant això, sí que s'ha observat que existeixen diferències significatives segons el gènere (H2), amb nivells de PRCS més elevats en les dones. I, per últim, s'ha confirmat la relació entre les dimensions de la impulsivitat i la PRCS difereix en funció de la dimensió considerada (H3). En concret, únicament la impulsivitat no planificada es relaciona amb una menor PRCS.

Aquests resultats posen de manifest la importància d'analitzar la impulsivitat des d'una perspectiva multidimensional, així com de diferenciar entre la valoració cognitiva del risc i la implicació en CSR. En aquest sentit, la manca de relació entre el consum d'alcohol i la PRCS suggereix que la influència d'aquest factor podria estar més relacionada amb situacions concretes de conducta que no pas amb la valoració general del risc.

8. Bibliografía

- Adefuye, A. S., Abiona, T. C., Balogun, J. A., & Lukobo-Durrell, M. (2009). HIV sexual risk behaviors and perception of risk among college students: Implications for planning interventions. *BMC Public Health*, 9, 281.
- Ballester, R. (2005). Aportaciones desde la Psicología al tratamiento de las personas con infección por VIH/SIDA. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 10(1), 53–69.
- Centers for Disease Control and Prevention. (2024a). Sexual risk behaviors and health outcomes among youth. <https://www.cdc.gov/youth-behavior/risk-behaviors/sexual-risk-behaviors.html>
- Centers for Disease Control and Prevention. (2024b). Youth risk behavior survey data summary & trends report: 2013–2023. U.S. Department of Health and Human Services.
- Cho, H. S., & Yang, Y. (2023). Relationship between alcohol consumption and risky sexual behaviors among adolescents and young adults: A meta-analysis. *International Journal of Public Health*, 68, 1605669. <https://doi.org/10.3389/ijph.2023.1605669>
- Contel Guillamón, M., Gual Solé, A., & Colom Farran, J. (1999). Test para la identificación de trastornos por consumo de alcohol (AUDIT): Traducción y validación en población española. *Atención Primaria*, 24(3), 124–130.
- Cooper, M. L. (2002). Alcohol use and risky sexual behavior among college students and youth: Evaluating the evidence. *Journal of Studies on Alcohol. Supplement*, 14, 101–117. <https://doi.org/10.15288/jsas.2002.s14.101>
- European Centre for Disease Prevention and Control. (2023). *Sexually transmitted infections in Europe: 2023 surveillance report*. <https://www.ecdc.europa.eu>
- Fernández Villa, T., Alguacil Ojeda, J., Ayán Pérez, C., Bueno Cavanillas, A., Cancela Carral, J. M., Capelo Álvarez, R., et al. (2013). Proyecto

UNIHCOs: Cohorte dinámica de estudiantes universitarios para el estudio del consumo de drogas y otras adicciones. *Revista Española de Salud Pública*, 87, 575–585.

Fortenberry, J. D. (2013). The evolving sexual health paradigm: Transformations in adolescent sexual behavior research. *The Journal of Sex Research*, 50(2), 105–113. <https://doi.org/10.1080/00224499.2013.763459>

Godiwala, P., Appelhans, B. M., Moore Simas, T. A., Xiao, R. S., Liziewski, K. E., Pagoto, S. L., & Waring, M. E. (2016). Pregnancy intentionality in relation to non-planning impulsivity. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 37(4), 130–136.

González-Iglesias, B., Gómez-Fraguela, J. A., Gras, M. E., & Planes, M. (2014). Búsqueda de sensaciones y consumo de alcohol: El papel mediador de la percepción de riesgos y beneficios. *Anales de Psicología*, 30(3), 1061–1068. <https://doi.org/10.6018/analesps.30.3.170831>

Goodreau, S. M., Pollock, E. D., Wang, L. Y., Barrios, L. C., Dunville, R. L., Aslam, M. V., et al. (2020). Predicting the impact of sexual behavior change on adolescent STI in the US and New York State: A case study of the teen-SPARC tool. *Annals of Epidemiology*, 47, 13–18.

Gselamu, L., Dagne, Y., & Gebreyohannes, M. (2019). Psychosocial effects of teenage pregnancy: A systematic analysis. *Psychology and Behavioral Sciences*, 8(5), 115–118.

Hahn, A. M., Simons, R. M., Simons, J. S., & Welker, L. E. (2020). A model of reinforcement sensitivity, impulsivity, alcohol use, and risky sexual behavior in a sample of young adult drinkers. *Experimental and Clinical Psychopharmacology*, 28(3), 328–336. <https://doi.org/10.1037/pha0000321>

Kaestle, C. E., Halpern, C. T., Miller, W. C., & Ford, C. A. (2005). Young age at first sexual intercourse and sexually transmitted infections in adolescents and young adults. *American Journal of Epidemiology*, 161(8), 774–780. <https://doi.org/10.1093/aje/kwi095>

- Keto, T., Tilahun, A., & Mamo, A. (2020). Knowledge, attitude and practice towards risky sexual behaviors among secondary and preparatory students of Metu town, southwestern Ethiopia. *BMC Public Health*, 20, 1394. <https://doi.org/10.1186/s12889-020-09371-4>
- Kirby, D. (2002). The impact of schools and school programs upon adolescent sexual behavior. *The Journal of Sex Research*, 39(1), 27–33. <https://doi.org/10.1080/00224490209552116>
- Leeman, R. F., Rowland, B. H. P., Gebru, N. M., & Potenza, M. N. (2019). Relationships among impulsive, addictive and sexual tendencies and behaviours: A systematic review of experimental and prospective studies in humans. *Philosophical Transactions of the Royal Society B*, 374(1766), 20180129. <https://doi.org/10.1098/rstb.2018.0129>
- Leonangeli, S., Rivarola Montejano, G., & Michelini, Y. (2021). Impulsivity, alcohol use and risky sexual behaviors in college students. *Revista de la Facultad de Ciencias Médicas*, 78(2), 153–157. <https://doi.org/10.31053/1853.0605.v78.n2.29287>
- Lesinskienė, S., Andruškevič, J., & Butvilaitė, A. (2025). Adolescent pregnancies and perinatal mental health—Needs and complex support options: A literature review. *Journal of Clinical Medicine*, 14(7), 2334. <https://doi.org/10.3390/jcm14072334>
- Megías-Robles, A., Cándido, A., Maldonado, A., Baltruschat, A., & Catena, A. (2022). Differences between risk perception and risk-taking are related to impulsivity levels. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 22(3), 100318. <https://doi.org/10.1016/j.ijchp.2022.100318>
- Meza-Rodríguez, M., Mancilla-Ramírez, J., Sánchez-Bravo, C., Figueroa-Damián, R., Contreras-Maldonado, L. E., & Carreño-Meléndez, J. (2011). Respuesta psicológica en la infección por virus de inmunodeficiencia humana. *Perinatología y Reproducción Humana*, 25(4), 236–240.

- Mokgatle, M. M., Madiba, S., & Williams, J. (2021). Risk perceptions of STIs and HIV among university students in South Africa. *African Journal of Reproductive Health*, 25(3), 45–56.
- Moreno, C., Rivera, F., Sánchez-Queija, I., et al. (2025). La adolescencia española analizada desde el Estudio HBSC-2022. Ministerio de Sanidad.
- Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones. (2025). *Informe 2025: Alcohol, tabaco y drogas ilegales en España*. Ministerio de Sanidad.
- Organización Mundial de la Salud. (2001). *AUDIT: Cuestionario de identificación de los trastornos debidos al consumo de alcohol*. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/67205>
- Organización Mundial de la Salud. (2006). *Defining sexual health: Report of a technical consultation on sexual health*. World Health Organization.
- Organización Mundial de la Salud. (2019). *Status report on alcohol consumption, harm and policy responses in 30 European countries*. https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0019/411418/Alcohol-consumption-harm-policy-responses-30-European-countries-2019.pdf
- Organización Mundial de la Salud. (2023). *Infecciones de transmisión sexual (ITS)*. [https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/sexually-transmitted-infections-\(stis\)](https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/sexually-transmitted-infections-(stis))
- Patton, J. H., Stanford, M. S., & Barratt, E. S. (1995). Factor structure of the Barratt Impulsiveness Scale. *Journal of Clinical Psychology*, 51(6), 768–774. [https://doi.org/10.1002/1097-4679\(199511\)51:6<768::AID-JCLP2270510607>3.0.CO;2-1](https://doi.org/10.1002/1097-4679(199511)51:6<768::AID-JCLP2270510607>3.0.CO;2-1)
- Puente, D., Zabaleta, E., Rodríguez-Blanco, T., et al. (2011). Gender differences in sexual risk behaviour among adolescents in Catalonia, Spain. *Gaceta Sanitaria*, 25(1), 13–19. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2010.07.012>

- Reniers, R. L. E. P., Murphy, L., Lin, A., Para Bartolomé, S., & Wood, S. J. (2016). Risk perception and risk-taking behaviour during adolescence: The influence of personality and gender. *PLoS ONE*, 11(4), e0153842. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0153842>
- Rock, E. M., Ireland, M., & Resnick, M. D. (2003). To know that we know what we know: Perceived knowledge and adolescent sexual risk behavior. *Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology*, 16(6), 369–376.
- Salinas, J. M., Aguilar-Luzón, M. C., & Fabregat, M. (2018). Propiedades psicométricas de la versión española de la Escala de Impulsividad de Barratt (BIS-11). Universidad de Granada.
- Sanjaume, S. S., De Sanmamed Santos, M. J. F., Vidal, L. V., Viu, N. P., Nogué, C. M., & Martínez, J. G. (2009). Percepción del riesgo de contraer una enfermedad de transmisión sexual en población joven. *Atención Primaria*, 42(3), 143–148. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2009.06.014>
- Santelli, J. S., Brener, N. D., Lowry, R., Bhatt, A., & Zabin, L. S. (2000a). The measurement and meaning of adolescent sexual behavior. *Journal of Adolescent Health*, 26(6), 421–431. [https://doi.org/10.1016/S1054-139X\(00\)00139-4](https://doi.org/10.1016/S1054-139X(00)00139-4)
- Santelli, J. S., Lindberg, L. D., Abma, J., McNeely, C. S., & Resnick, M. (2000b). Adolescent sexual behavior: Estimates and trends. *Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, 32(4), 156–165. <https://doi.org/10.2307/2648175>
- Shiferaw, Y., Alemu, A., Assefa, A., Tesfaye, B., & Gibermedhin, E. (2014). Perception of risk of HIV and sexual risk behaviors among university students. *BMC Research Notes*, 7, 162. <https://doi.org/10.1186/1756-0500-7-162>
- Singh, G., Sewak, A., Reddy, K. G., & Ram, S. (2019). Gender differences in HIV risk perception and sexual behaviour of young adults in metropolitan areas of Fiji. *Journal of Pacific Studies*, 39(1). [https://doi.org/10.33318/jpacs.2019.39\(1\)-05](https://doi.org/10.33318/jpacs.2019.39(1)-05)

- Sullivan, D., & Barkley-Levenson, E. E. (2021). Risky sexual behavior in young adults: The contribution of impulsivity. *Personality and Individual Differences, 180*, 110970. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2021.110970>
- Sychareun, V., Thomsen, S., Faxelid, E., & Phengsavan, A. (2013). Risk perceptions of STIs/HIV and sexual risk behaviours among youths in Vientiane, Lao PDR. *BMC Public Health, 13*, 123. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-13-123>
- Tebb, K. P., & Brindis, C. D. (2022). Understanding the psychological impacts of teenage pregnancy through a socio-ecological framework. *Seminars in Reproductive Medicine, 40*, 107–115.
- UNESCO. (2018). *International technical guidance on sexuality education: An evidence-informed approach*. UNESCO Publishing.
- Vasilenko, S. A. (2022). Sexual behavior and health from adolescence to adulthood: Illustrative examples of 25 years of research. *Journal of Adolescent Health, 71*, S24–S31.
- Wellings, K., Collumbien, M., Slaymaker, E., Singh, S., Hodges, Z., Patel, D., & Bajos, N. (2006). Sexual behaviour in context: A global perspective. *The Lancet, 368*(9548), 1706–1728. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(06\)69479-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(06)69479-8)
- Wilkins, N. J., Rasberry, C., Liddon, N., Szucs, L. E., Johns, M., Leonard, S., et al. (2022). Addressing HIV/STIs prevention through schools. *Journal of Adolescent Health, 70*(4), 540–549.
- Winters, K. C., Botzet, A. M., Fahnhorst, T., Baumel, L., & Lee, S. (2009). Impulsivity and its relationship to risky sexual behaviors and drug abuse. *Journal of Child & Adolescent Substance Abuse, 18*(1), 43–56.
- Zimmer-Gembeck, M. J., & Helfand, M. (2008). Ten years of longitudinal research on U.S. adolescent sexual behavior: Developmental correlates of sexual intercourse, and the importance of age, gender and ethnic background. *Developmental Review, 28*(2), 153–224.

9. Annexos

Annex 1.

Enquesta creada per analitzar la relació entre la impulsivitat, el consum d'alcohol i la percepció del risc en conductes sexuals en joves adults

¡Hola! Soy Laia Martos, estudiante de Psicología en la Universitat Rovira i Virgili (URV). Actualmente estoy realizando mi Trabajo de Fin de Grado. Si tienes entre 18 y 30 años, me ayudaría mucho contar con tu participación respondiendo este cuestionario.

El objetivo del estudio es analizar la relación entre la impulsividad, el consumo de alcohol y la percepción del riesgo en las conductas en jóvenes adultos. Para ello, se evaluarán estas variables mediante tres cuestionarios.

La participación es totalmente voluntaria y anónima; en cualquier momento puedes decidir no participar o retirar tu consentimiento. El cuestionario tiene una duración aproximada de 10-15 minutos.

Si tienes cualquier duda o necesitas más información, puedes ponerte en contacto conmigo a través del correo: laia.martos@estudiants.urv.cat

¡Gracias por tu participación!

Para conocer más detalles sobre esta investigación puedes acceder a la Hoja de información al participante mediante el siguiente enlace: <https://drive.google.com/file/d/1FTZxMnGtpZmwP1XCxmmIEI6FSsbjU7iT/view?usp=sharing>

Puedes acceder al documento de Consentimiento informado a través del siguiente enlace: <https://drive.google.com/file/d/1x5yNJb89ifvGhTesZH21zKyPTpVs375M/view?usp=sharing>

Confirmando que tengo entre 18 y 30 años y una buena comprensión del castellano

- Sí
- No

He leído y comprendido las condiciones de participación en este estudio, manifiesto que mi participación es voluntaria y anónima y doy mi consentimiento para participar.

- Sí
- No

Por favor, indica tu edad (variable continua)

¿Con qué género te identificas?

- Hombre
- Mujer
- Otros

Nivel de estudios finalizados

- Educación Primaria
- Educación Secundaria Obligatoria (ESO)
- Bachillerato / Grado Medio
- Grado Superior
- Estudios Universitarios
- Postgrado (máster, doctorado...)
- Sin estudios

Ocupación principal

- Estudiante
- Trabajador/a
- Estudiante y trabajador/a
- Desempleado/a

CUESTIONARIO DE IMPULSIVIDAD BIS-11

A continuación, encontrarás una serie de afirmaciones relacionadas con tu forma habitual de actuar y comportarte en la vida cotidiana. Lee cada afirmación con atención y marca la opción que mejor refleje cómo te comportas o cómo te sientes habitualmente.

No existen respuestas correctas o incorrectas; responde según tu comportamiento habitual.

Cada afirmación se responde mediante una escala tipo Likert de 4 opciones:

- 0 = Raramente o nunca
- 1 = Ocasionalmente
- 3 = A menudo
- 4 = Siempre o casi siempre

Ítems

1. Planifico mis tareas con cuidado.
2. Hago las cosas sin pensarlas.
3. Casi nunca me tomo las cosas a pecho (no me perturbo con facilidad).
4. Mis pensamientos pueden tener gran velocidad (tengo pensamientos que van muy rápido en mi mente).
5. Planifico mis viajes con antelación.
6. Soy una persona con autocontrol.
7. Me concentro con facilidad (se me hace fácil concentrarme).
8. Ahorro con regularidad.
9. Se me hace difícil estar quieto/a por largos períodos de tiempo.
10. Pienso las cosas cuidadosamente.

11. Planifico para tener un trabajo fijo (me esfuerzo por asegurar que tendré dinero para pagar mis gastos).
12. Digo las cosas sin pensarlas.
13. Me gusta pensar sobre problemas complicados (me gusta pensar sobre problemas complejos).
14. Cambio de trabajo frecuentemente (no me quedo en el mismo trabajo por largos períodos de tiempo).
15. Actúo impulsivamente.
16. Me aburro con facilidad tratando de resolver problemas en mi mente (me aburre pensar en algo por demasiado tiempo).
17. Visito al médico y al dentista con regularidad.
18. Hago las cosas en el momento que se me ocurren.
19. Soy una persona que piensa sin distraerse (puedo enfocar mi mente en una sola cosa por mucho tiempo).
20. Cambio de vivienda a menudo (me mudo con frecuencia o no me gusta vivir en el mismo sitio por mucho tiempo).
21. Compró cosas impulsivamente.
22. Yo termino lo que empiezo.
23. Camino y me muevo con rapidez.
24. Resuelvo los problemas experimentando (resuelvo los problemas tratando una posible solución y viendo si funciona).
25. Gasto efectivo o en crédito más de lo que gano (gasto más de lo que gano).
26. Hablo rápido.

27. Tengo pensamientos extraños cuando estoy pensando (a veces tengo pensamientos irrelevantes cuando pienso).

28. Me interesa más el presente que el futuro.

29. Me siento inquieto/a en clases o charlas (me siento inquieto/a si tengo que oír a alguien hablar por un largo período de tiempo).

30. Planifico para el futuro (me interesa más el futuro que el presente).

CUESTIONARIO AUDIT

A continuación, encontrarás una serie de preguntas relacionadas con tu consumo de alcohol.

Responde cada pregunta según tu experiencia habitual con el consumo de alcohol.

Cada pregunta tiene varias opciones de respuesta en escala tipo Likert, que pueden variar según la pregunta.

Selecciona la opción que mejor describa tu situación habitual.

No existen respuestas correctas o incorrectas; responde con la mayor sinceridad posible.

Ítems

1. ¿Con qué frecuencia consume bebidas que contienen alcohol?

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

2. ¿Cuántas bebidas alcohólicas toma en un día normal?

- 1 o 2
- 3 o 4
- 5 o 6

- De 7 a 9
- 10 o más

3. ¿Con qué frecuencia toma 5 o más consumiciones en una ocasión?

- Nunca
- Menos que mensualmente
- Mensualmente
- Semanalmente
- A diario o casi a diario

4. ¿Con qué frecuencia en el último año no fue capaz de dejar de beber una vez que había empezado?

- Nunca
- Menos que mensualmente
- Mensualmente
- Semanalmente
- A diario o casi a diario

5. ¿Con qué frecuencia en el último año no ha sido capaz de hacer lo que cabría esperar normalmente de usted como consecuencia de la bebida?

- Nunca
- Menos que mensualmente
- Mensualmente
- Semanalmente
- A diario o casi a diario

6. ¿Con qué frecuencia durante el último año ha necesitado un trago por la mañana para ponerse en marcha después de una noche de haber consumido abundante alcohol?

- Nunca
- Menos que mensualmente
- Mensualmente
- Semanalmente
- A diario o casi a diario

7. ¿Con qué frecuencia durante el último año se ha sentido culpable o arrepentido después de haber bebido?

- Nunca
- Menos que mensualmente
- Mensualmente
- Semanalmente
- A diario o casi a diario

8. ¿Con qué frecuencia durante el último año ha olvidado lo que ocurrió la noche anterior debido al alcohol?

- Nunca
- Menos que mensualmente
- Mensualmente
- Semanalmente
- A diario o casi a diario

9. ¿Usted o alguna otra persona ha resultado lesionado/a como consecuencia de su consumo de alcohol?

- No
- Sí, pero no en el último año
- Sí, durante el último año

10. ¿Ha estado preocupado algún familiar, amigo o profesional sanitario por su consumo de alcohol o le ha sugerido que reduzca su consumo?

- No
- Sí, pero no en el último año
- Sí, durante el último año

CUESTIONARIO EPRCS

A continuación, encontrarás una serie de afirmaciones relacionadas con la percepción del riesgo en conductas sexuales. Lee cada afirmación con atención y marca la opción que mejor refleje tu percepción personal y tus experiencias habituales.

Selecciona la opción que mejor refleje tu opinión en cada afirmación. No existen respuestas correctas o incorrectas.

Cada afirmación se responde utilizando una escala tipo Likert de 5 opciones:

- 1 = Nada de acuerdo
- 2 = Algo de acuerdo
- 3 = Medio de acuerdo
- 4 = Muy de acuerdo
- 5 = Totalmente de acuerdo

Ítems

1. Tener relaciones sexuales solamente por placer, con alguien poco conocido es una conducta de riesgo.
2. Tener la primera relación sexual estando bebido es un comportamiento de riesgo.
3. Tener relaciones sexuales con personas a las que se les debe pagar es una conducta de riesgo.
4. Tener relaciones sexuales con la persona más popular o líder del grupo es una conducta de riesgo.
5. Tener relaciones sexuales con una persona que acabas de conocer es una conducta de riesgo.
6. Tener relaciones sexuales con personas con una diferencia de edad de más de diez años es una conducta de riesgo.
7. No usar preservativo en las relaciones sexuales con personas conocidas es una conducta de riesgo.
8. Tener relaciones sexuales por presión del grupo (amigos/as) es una conducta de riesgo.
9. Tener relaciones sexuales cuando estás consumiendo alcohol es una conducta de riesgo.

- 10.Tener relaciones sexuales con varios contactos no constituye riesgo sexual.
- 11.Combinar el consumo de alcohol y las relaciones sexuales incrementa el nivel de excitación y, por lo tanto, es un factor de riesgo.
- 12.Utilizar el preservativo en todas las relaciones sexuales es una conducta de protección.
- 13.Usar correctamente el preservativo protege más del 90% de contraer una ITS.
- 14.Usar preservativo cuando se combina un acto sexual con el consumo de alcohol es una conducta de protección.
- 15.La mujer es la única responsable de solicitar el uso del preservativo en una relación sexual.
- 16.El hombre es el único responsable de solicitar el uso del preservativo en una relación sexual.
- 17.El uso correcto del preservativo protege menos del 90% de contraer una ITS.
- 18.El uso correcto y permanente de preservativo en las relaciones sexuales evitará un embarazo no planeado.
- 19.El uso de preservativo en las relaciones sexuales debe ser decisión de la pareja.
- 20.Conversar con tu pareja si alguna vez ha tenido relaciones sexuales en grupo es un factor de protección.
- 21.Preguntar a tu pareja si ha tenido infecciones de transmisión sexual es un factor de protección.
- 22.Preguntar a tu pareja si ha usado preservativo en todas sus relaciones sexuales es un factor de protección.
- 23.Preguntar a tu pareja si ha tenido contacto sexual con personas del mismo sexo es un factor de protección.

- 24. Conversar solo con los padres (papá/mamá) sobre temas de sexualidad pone en riesgo mi salud.
- 25. Conversar solo con los/las profesores/as sobre temas de sexualidad pone en riesgo mi salud.
- 26. Conversar solo con los/las amigos/as sobre temas de sexualidad pone en riesgo mi salud.
- 27. Utilizar Internet como única fuente de información sobre temas de sexualidad pone en riesgo mi salud.