Universidad de Cartagena
Fundada en 1827

UNIVERSIDAD DE CARTAGENA
FACULTAD DE MEDICINA
TRABAJO DE GRADO DE LA ESPECIALIZACIÓN MÉDICO-QUIRUGICA EN PSIQUIATRÍA

CARTAGENA DE INDIAS D. T. H. Y C.
2021

Universidad de Cartagena
Fundada en 1827

CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS EN ESTUDIANTES DE PRIMER SEMESTRE EN UNA UNIVERSIDAD COLOMBIANA: PREVALENCIA Y FACTORES RELACIONADOS

NOMBRE DEL ESTUDIANTE
DANIEL FELIPE GUERRERO BRACHO

DIRECTORES DEL TRABAJO DE GRADO
FRANCISCO BARRIOS AYOLA
ZULEIMA COGOLLO MILANÉS

CARTAGENA DE INDIAS D. T. H. Y C.
2021

Universidad de Cartagena
Fundada en 1827

UNIVERSIDAD DE CARTAGENA
FACULTAD DE MEDICINA
TRABAJO DE GRADO DE LA ESPECIALIZACIÓN MÉDICO-QUIRUGICA EN PSIQUIATRÍA

JURADO

ALEX JACOBO GONZALEZ GRAU
MARIANO ESPINOSA CANO
MARIA CECÍLIA GARCÍA

COORDINADOR DEL PROGRAMA DE PSIQUIATRÍA

FRANCISCO BARRIOS AYOLA

	UNIVERSIDAD DE CARTAGENA Fundada en 1827	FECHA		
		DD	MM	AAAA
1827 ¡Siempre a la altura de los tiempos!	**CESIÓN DE DERECHOS DE AUTOR**	16	06	2021

1. Presentación del trabajo, (trabajo de grado, investigación o tesis).

Código	Documento de identidad		Apellidos	Nombres	Correo electrónico
	Tipo	Número			
	CC	1065612291	Guerrero Bracho	Daniel Felipe	daniel5700142@gmail.com
	CC	72263522	Barrios	Ayola Francisco	fbarriosayola@gmail.com
	CC	45474831	Cogollo Milanés	Zuleima	zcogollom@unicartagena.edu.co

Programa	Especialización en Psiquiatría
Facultad	Medicina
Título al que opta	Especialista en Psiquiatría
Asesor	Francisco Barrios Ayola – Zuleima Cogollo Milanés

Título de la Obra: Consumo de sustancias psicoactivas en estudiantes de primer semestre en una universidad colombiana: prevalencia y factores relacionados

Palabras Clave: Trastornos relacionados con sustancias, estudiantes, adolescente, suicidio, conducta sexual, Colombia

2. Autorización de publicación de versión electrónica del trabajo de grado, (trabajo de grado, investigación o tesis).

Con esta autorización hago entrega del trabajo de grado (investigación o tesis) y de sus anexos (si existen), de forma gratuita en forma digital o electrónica (CD-ROM, DVD) y doy plena autorización a la Universidad de Cartagena, de forma indefinida, para que en los términos establecidos en la ley 23 de 1982, la Ley 44 de 1993, leyes y jurisprudencia vigente al respecto, haga la publicación de éste, con fines educativos. Esta autorización, es válida sobre la obra en formato o soporte material, digital, electrónico o virtual, para usos en red, internet, intranet, biblioteca digital o cualquier formato conocido o por conocer.

EL AUTOR, expresa que el trabajo de grado (investigación o tesis) objeto de la presente autorización, es original y la elaboró sin quebrantar ni suplantar los derechos de autor de terceros, de tal forma que el Trabajo es de su exclusiva autoría y tiene la titularidad sobre éste. En caso de queja o acción por parte de un tercero referente a los derechos de autor sobre el trabajo de grado en cuestión EL AUTOR, asumirá la responsabilidad total, y saldrá en defensa de los derechos aquí autorizados; para todos los efectos, la Universidad de Cartagena actúa como un tercero de buena fe.

Toda persona que consulte ya sea la biblioteca o en medio electrónico podrá copiar apartes del texto citando siempre la fuentes, es decir el título del trabajo, autor y año.

Esta autorización no implica renunciar a la facultad que tengo de publicar total o parcialmente la obra. La autorización debe estar respaldada por las firmas de todos los autores del trabajo de grado.

Si autorizo

3. Firmas

Firma Autor 1 Daniel Felipe Guerrero Bracho	Firma Autor 2 FRANCISCO BARRIOS AYOLA Médico Psiquiatra R.G. N0. 002356 de Minsalud Francisco Barrios Ayola
Firma Autor 3 Zuleima Cogollo Milanés	

CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS EN ESTUDIANTES DE PRIMER SEMESTRE EN UNA UNIVERSIDAD COLOMBIANA: PREVALENCIA Y FACTORES RELACIONADOS

RESUMEN

INTRODUCCIÓN: En Colombia no han sido estudiados los factores asociados al consumo de sustancias psicoactivas (SPA) en estudiantes al inicio de su carrera. OBJETIVO: fue establecer la prevalencia de vida de consumo de SPA y los factores relacionados en estudiantes de primer semestre de una universidad pública del Caribe colombiano. MÉTODOS: Estudio observacional de corte transversal con muestreo no probabilístico. Se evaluaron variables sociodemográficas, de consumo de SPA, conducta suicida, aspectos de la vida sexual y factores psicosociales individuales y familiares. Se realizó un análisis descriptivo y bivariado de las variables de interés en búsqueda de asociaciones estadísticamente significativas. RESULTADOS: 860 estudiantes de primer semestre (91.1% del total) participaron en la encuesta. El 77.4% (n=693) había consumido al menos una sustancia psicoactiva al menos una vez en su vida. El consumo se encontró estadísticamente relacionado con las facultades de ingenierías, ciencias exactas y ciencias naturales en comparación con las demás (x^2=21.22, $p<0.05$), el sexo masculino (x^2=8.14, $p<0.05$), ideación, planeación o intento suicida en la vida (x^2=16.97, $p<0.05$), vida sexual activa (x^2=85.57, $p<0.05$), número de parejas sexuales ($Z=-2.68$, $p<0.05$), prácticas sexuales bajo el efecto del alcohol (x^2=13.01, $p<0.05$), menor grado de asertividad ($Z=-2.26$, $p=0.02$), mayor susceptibilidad a la persuasión ($Z=-5.87$, $p<0.05$) y mayor grado de disfunción familiar ($Z=-3.56$, $p=0.02$). DISCUSIÓN: Los patrones de consumo de SPA son similares a los reportados previamente en otros estudios en población colombiana. Es prioritario establecer programas eficaces con enfoque diferencial de mitigación del consumo, prevención del suicidio y ejercicio sano de la sexualidad en estudiantes al inicio de su carrera. PALABRAS CLAVE:

Trastornos relacionados con sustancias, estudiantes, adolescente, suicidio, conducta sexual, Colombia

ABSTRACT

INTRODUCTION: The factors associated with substance use in Colombian early career students have not been previously studied. AIM: To establish the lifetime prevalence of substance use and related factors in first-semester students from a public university in the Colombian Caribbean. METHODS: Observational cross-sectional study with non-probability sampling. Sociodemographic, substance use, suicidal behavior, sexual life and individual and family psychosocial variables were assessed. A descriptive and bivariate analysis was performed. RESULTS: 860 first-semester students (91.1% of the total) participated in the survey. 77.4% (n = 693) had consumed at least one substance at least once in their life. Consumption was statistically related to the engineering, exact sciences and natural sciences faculties compared to the others (x^2=21.22, $p<0.05$), male sex (x^2=8.14, $p<0.05$), lifetime suicidal ideation, planning or attempt (x^2=16.97, $p<0.05$), active sexual life (x^2=85.57, $p<0.05$), number of sexual partners ($Z=-2.68$, $p<0.05$), sexual practices under the influence of alcohol (x^2=13.01, $p<0.05$), lower degree of assertiveness ($Z=-2.26$, $p = 0.02$), greater susceptibility to persuasion ($Z=-5.87$, $p<0.05$) and greater degree of family dysfunction ($Z=-3.56$, $p = 0.02$). DISCUSSION: Substance use patterns are similar to those previously reported in other studies in the Colombian population. It is a priority to establish effective differentially approached programs in order to mitigate substance use, prevent suicide behavior and promote a healthy sexuality in early career students. KEYWORDS: Substance-Related Disorders, Students, Adolescent, Suicide, Sexual Behavior, Colombia

INTRODUCCIÓN

Según la Oficina de las Naciones Unidas Contra la Droga y el Delito (UNODC), en su Informe mundial del sobre las drogas del 2018, se calculó que unos 271 millones de personas, es decir, alrededor del 5,5% de la población mundial de edades comprendidas entre los 15 y los 64 años, consumieron SPA por lo menos una vez el año anterior (1). Si bien, los datos del informe del 2016 son parecidos, una perspectiva a más largo plazo revela que el número de personas que consumen drogas en la actualidad ha aumentado en un 30% con respecto a 2009, en donde 210 millones de personas había consumido SPA el año anterior (2).

La droga ilícita más consumida en el mundo es el cannabis, con una alta proporción de consumidores en el mundo, se estima que 180 millones de personas lo consumieron en el 2016 (3). América del Norte es la subregión con mayor prevalencia del consumo de opiáceos, anfetaminas y de cocaína, este último está en aumento en otras regiones del hemisferio y se ha constituido en un problema de salud pública en varios países de América del Sur como Argentina, Brasil, Chile y Uruguay (3). La droga legal más consumida en el mundo sigue siendo el alcohol, que, junto al tabaco, son la principal puerta de entrada para el consumo de drogas ilegales (4).

Es preocupante el incremento de la frecuencia del consumo en la adolescencia temprana (12 a 14 años) y tardía (15-17 años), y el aumento en las personas de 18 a 25 años (5). Esto incluye a los estudiantes universitarios, grupo poblacional especialmente vulnerable (6). Debido a lo anterior, en el mundo se han dirigido investigaciones para determinar la prevalencia y los factores asociados al consumo de SPA de personas que realizan estudios superiores (7). Por ejemplo, en Europa se encontró que el alcohol es la droga legal más consumida y la droga ilegal más consumida es la Marihuana (8,9), algunos de los factores asociados al consumo fueron el estrés percibido, cargas financieras altas y la no convivencia con los padres (9,10). En Latinoamérica un estudio de prevalencia de consumo de SPA en universitarios realizado en cuatro países incluyendo Colombia, muestra un alto

consumo de alcohol en el 70% de los estudiantes con signos de dependencia en el 12,1% y prevalencia de policonsumo en 18,1%, la droga ilícita más consumida también fue la marihuana (11). Otro estudio realizado en Brasil reveló que los principales factores de riesgo para el consumo fue la influencia de amigos y compañeros universitarios, fiestas universitarias y la curiosidad (12).

En Colombia diversos autores han encontrado factores asociados al consumo de drogas ilícitas en estudiantes universitarios tales como sentirse mejor, disminuir la tensión, ansiedad o estrés (13). Otros autores encontraron como factores de riesgo la convivencia con amigos, vivir solo y los problemas familiares (6). Dentro de los problemas derivados del consumo de drogas licitas o ilícitas se encuentra conflictos familiares, financieros, académicos, entre otros (14).

A pesar de lo anterior, no se evidencian estudios en universitarios que cursan primer semestre exclusivamente, población que se enfrenta a un nuevo estilo de estudio y que por su condición suelen ser fácilmente influenciables por los estímulos externos y la sociedad de consumo (6,15,16), por lo que se plantea la siguiente investigación que tiene como objetivo establecer la prevalencia de vida de consumo de SPA y los factores relacionados en estudiantes de primer semestre de una universidad pública del Caribe colombiano.

METODOLOGÍA

Este es un análisis post -hoc de los hallazgos del macroproyecto “Prevención del consumo de SPA en estudiantes de primer semestre de la Universidad de Cartagena, Construyendo Salud”, un estudio observacional de corte transversal ejecutado por la Vicerrectoría de Bienestar Universitario en alianza con la Facultad de Enfermería de la Universidad de Cartagena. Todos los estudiantes fueron invitados a participar en una encuesta auto-diligenciada en la que se evaluaron variables sociodemográficas, de consumo de SPA (especialmente alcohol, cigarrillo, cannabis, cocaína, inhalantes e inyectables, así como la edad de inicio de los tres primeros), conducta suicida y aspectos de la vida sexual; además, se midieron varios aspectos psicosociales en todos los sujetos.

PARTICIPANTES

La población estuvo conformada por todos los estudiantes de primer semestre de los programas en modalidad presencial y jornadas diurnas y vespertina en la Universidad de Cartagena, en las Sedes San Agustín, Piedra Bolívar y San Pablo durante el primer período de 2019. El muestreo empleado fue no probabilístico e incluyó a todos los estudiantes que decidieran participar y brindaran su consentimiento o asentimiento (además del consentimiento de sus padres o tutores legales). El comité de ética en investigación de la Universidad de Cartagena aprobó el estudio y todos los participantes firmaron el consentimiento informado. En el caso de menores de 18 años, se obtuvo tanto el consentimiento informado por escrito de sus padres o tutores legales como el asentimiento de los pacientes.

INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN

Las variables sociodemográficas exploradas fueron edad, sexo y estrato socioeconómico. Además, se evaluaron las siguientes características de las familias de los participantes: tamaño del núcleo familiar, religión de los padres, estado civil de los padres e ingresos familiares promedio. La facultad de estudios fue categorizada en tres grupos: a) Humanas, Económicas, Sociales, Derecho y Educación (correspondiente a los programas de Lenguas extranjeras, Licenciatura en Educación con énfasis en Ciencias Sociales y Ambientales, Historia, Filosofía, Lingüística y literatura, Trabajo Social, Contaduría Pública, Derecho, Administración Industrial, Comunicación Social y Economía); b) Ingenierías, Ciencias Exactas y Ciencias Naturales (compuesto por los programas de Matemáticas, Biología, Química, Metrología, Ingeniería de Sistemas, Ingeniería Civil, Ingeniería de alimentos e Ingeniería Química); y, c) Ciencias de la Salud (constituido por Medicina, Química Farmacéutica y Enfermería). El estado de salud y el rendimiento académico se evaluó en una escala tipo Likert de cuatro ítems (malo, regular, bueno, excelente) de acuerdo con la autopercepción de cada participante.

Se exploró historia de consumo y edad de inicio de consumo de alcohol, cigarrillo y cannabis. Además, se interrogó historia de consumo de pegante, cocaína o

inyectables. Asimismo, se exploró la historia de ideación, planeación o intento suicida al menos una vez en la vida. En aquellos participantes que hubieran iniciado vida sexual se preguntó edad de inicio, número de parejas sexuales, conductas de riesgo (uso de preservativo en todas las relaciones y en la última relación sexual, práctica de relaciones sexuales bajo el efecto del alcohol u otras SPA distintas al cigarrillo o práctica de relaciones sexuales con desconocidos) y sexo de las personas con quienes había tenido relaciones sexuales en la vida.

Se midieron varias variables relacionadas con la vida emocional individual, los rasgos de personalidad y la funcionalidad familiar en los participantes. En primer lugar, la autoeficacia, entendida como la competencia o habilidad personal para afrontar exitosamente situaciones molestas diarias y experimentar todo tipo de acontecimientos vitales estresantes, fue evaluada con la escala de autoeficacia general de Jerusalem y Schwarzer (17). Diseñada como un instrumento unidimensional en 1979, fue posteriormente revisada y adaptada a 26 idiomas, entre ellos el castellano (18), con buen desempeño psicométrico (alfa de Cronbach entre 0.76 y 0.90 alrededor del mundo) (19). La asertividad, por su parte, correspondiente a la capacidad para expresar lo que se cree, piensa y siente de manera directa y clara en un momento oportuno, fue medida con la escala de asertividad de Gambrill y Richey (20), previamente validada en castellano (21). Dado que el inventario completo mostró un comportamiento psicométrico deficiente en los análisis preliminares (alfa de Cronbach=0,64), en la presente investigación se empleó un constructo con diez reactivos [1-4, 6, 10, 11, 13-15].

La susceptibilidad a la persuasión se evaluó con una escala de cinco ítems con dos opciones de respuesta (Sí/No) ante diferentes actividades que los encuestados realizarían frente a las presiones de su grupo de amigos/as o de quien consideraran su mejor amigo/a a partir del constructo propuesto por Gómez-Fragüela para evaluar resistencia a la persuasión (22), que a su vez mostró un alfa de Cronbach de 0.6. Asimismo, se exploró la resistencia hacia el consumo con seis preguntas con cuatro opciones de respuesta en una escala tipo Likert (seguro que sí, probablemente sí, probablemente no, seguro que no) y el afrontamiento productivo

en solución de problemas con cinco preguntas con cinco opciones de respuesta en una escala tipo Likert (nunca lo hago, lo hago rara vez, algunas veces, a menudo, con mucha frecuencia).

El control de la ira se cuantificó con el Inventario Ira Estado-Rasgo de Spielberger en una versión de diez incisos, cada uno con tres opciones de respuesta: mucho, poco y nada. El instrumento utilizado ha mostrado alta consistencia interna en estudiantes españoles y en un estudio de la ciudad de Cartagena mostró una aceptable consistencia interna (alfa de Cronbach=0.73) (23). La severidad de síntomas ansiosos fue evaluada con la escala de Zung para ansiedad en su versión de diez puntos (24). Esta escala ha sido ampliamente utilizada en Colombia en otros estudios con buen desempeño psicométrico y en Cartagena este instrumento mostró aceptable consistencia interna (alfa de Cronbach=0.78) (25). La autoestima, concebida como una experiencia individual e íntima de la propia estimación de valía, fue medida con la escala de Rosenberg para autoestima positiva, un instrumento de diez ítems con un patrón de respuesta dicotómico (26). Se tomaron los cinco primeros puntos que muestran el mejor desempeño psicométrico en estudiantes de Cartagena (alfa de Cronbach=0.78) (27).

El grado de funcionalidad familiar fue medido con el cuestionario APGAR familiar, un instrumento ampliamente conocido que se compone de cinco incisos con opciones de respuesta tipo Likert, que a su vez evalúan la percepción del sujeto durante los últimos seis meses sobre cinco dimensiones del funcionamiento familiar (28). Esta escala ha mostrado previamente un buen comportamiento psicométrico en población cartagenera (alfa de Cronbach=0.77) (29).

ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Los datos fueron tabulados en hojas de cálculo de Excel, tablas que posteriormente fueron depuradas antes de su análisis. Los análisis estadísticos se realizaron en el paquete SPSS versión 25 para Windows. Las variables categóricas se describieron mediante frecuencias y porcentajes; todas las variables continuas siguieron una distribución no paramétrica según los resultados de la prueba de Shapiro-Wilk, por

lo que fueron expresadas en medianas y rangos intercuartílicos. Se utilizó el test de Chi-cuadrado para el análisis bivariado de variables categóricas, el coeficiente de correlación de Spearman para las variables continuas y la U de Mann-Whitney y la prueba de Kruskal-Wallis para variables categóricas y continuas. Se consideró estadísticamente significativa una $p<0,05$ para rechazar la hipótesis nula en todos los análisis estadísticos.

RESULTADOS

En el primer periodo académico del 2019 se encontraban matriculados 944 estudiantes en la Universidad de Cartagena en el primer semestre de los programas en modalidad presencial y jornadas diurnas y vespertina de las Sedes San Agustín, Piedra Bolívar y San Pablo. De todas las encuestas enviadas a los estudiantes, se diligenciaron 940 de ellas (tasa de respuesta: 99.58%). Tras tabular y depurar los datos, se excluyeron 45 por fallas en el diligenciamiento: los 895 restantes (95.2% de la población diana) correspondieron a la muestra estudiada. En la Tabla 1 se encuentran las características sociodemográficas de los participantes y la Tabla 2 muestra la prevalencia y edades de inicio de consumo de SPA. El 77.4% (n=693) de las personas había consumido al menos una sustancia psicoactiva al menos una vez en su vida.

La Tabla 3 muestra la prevalencia de conducta suicida, presente en el 21.3% de los participantes (n=191). El 18.5% (n=165) había presentado pensamientos suicidas al menos una vez a lo largo de la vida, el 10.9% (n=97) había desarrollado un plan autolítico y el 8.1% (n=72) había tenido al menos un intento de suicidio. Al evaluar la conducta sexual de los participantes (Tabla 4), el 40.6% (n=363) había iniciado su vida sexual a una edad mediana de 16 años (RIQ, rango intercuartílico=2 años) y hasta el momento de la evaluación habían tenido una mediana de dos parejas sexuales (RIQ=2). Al evaluar conductas de riesgo, la mayoría de los sujetos había usado preservativo en todas sus relaciones sexuales, así como en su última relación sexual (n=203, 56.4%; n=242, 67.2%, respectivamente), no habían tenido relaciones sexuales bajo el uso de alcohol u otras sustancias (n=362, 77.2%; n=429,

91.9%) o con desconocidos (n=249, 70.7%). La mayoría de los participantes había tenido relaciones sólo con personas del sexo opuesto (n=271, 81.1%). En la Tabla 5 se encuentran los puntajes medianos (y sus rangos intercuartílicos) de las escalas de evaluación clínica empleadas.

La historia de consumo de cualquier sustancia psicoactiva a lo largo de la vida se encontró estadísticamente relacionada con pertenecer a las facultades de ingenierías, ciencias exactas y ciencias naturales en comparación con las demás (x^2=21.22, p<0.05), el sexo masculino (x^2=8.14, p<0.05), cualquier tipo de conducta suicida en la vida (x^2=16.97, p<0.05), vida sexual activa (x^2=85.57, p<0.05), mayor número de parejas sexuales (Z=-2.68, p<0.05), la práctica de relaciones sexuales bajo el efecto del alcohol (x^2=13.01, p<0.05) o con personas del sexo opuesto (x^2=19.59, p<0.05). Asimismo, el consumo de SPA estuvo significativamente relacionado con un menor grado de asertividad (Z=-2.26, p=0.02), mayor susceptibilidad a la persuasión (Z=-5.87, p<0.05) y mayor grado de disfunción familiar (Z=-3.56, p=0.00).

La sustancia más consumida fue el alcohol (n=671, 75.2%). El consumo de alcohol en estudiantes de ingenierías, ciencias exactas y ciencias naturales fue significativamente mayor que en otras facultades (x^2=17.81, p<0.05). Asimismo, el sexo masculino estuvo significativamente relacionado con el consumo de alcohol (x^2=6.39, p=0.01). Por otra parte, el consumo de alcohol también estuvo significativamente relacionado con la historia de ideación, planificación o intento suicida a lo largo de la vida (x^2=6.49, p=0.01; x^2=7.46, p<0.05; x^2=6.26, p=0.01, respectivamente). Igualmente, el consumo de alcohol estuvo relacionado con una vida sexual activa (x^2=79.83, p<0.05), un mayor número de parejas sexuales (Z=-3.23, p<0.05), tener relaciones sexuales bajo el uso del alcohol (x^2=11.95, p<0.05) o tener relaciones con personas del sexo contrario (x^2=20.76, p<0.05). Por su parte, el consumo de alcohol se encontró relacionado con una mayor susceptibilidad a la persuasión (Z=-6.33, p<0.05) y un mayor grado de disfunción familiar medido con la escala de APGAR (Z=-3.64, p<0.05).

La edad mediana del primer consumo de alcohol fue a los 15 años (RIQ=2). Esta variable sólo mostró correlación con el sexo de los participantes ($Z=-3.73$, $p<0.05$), la edad de inicio de consumo de cigarrillo ($Rho=0.45$, $p<0.05$) y cannabis ($Rho=0.54$, $p<0.05$) y la edad al momento de la evaluación ($Rho=0.1$, $p<0.05$). Al compararlo con la historia de ideación, planificación o intento suicida a lo largo de la vida ($Z=-3.05$, $p<0.05$; $Z=-4.43$, $p<0.05$; $Z=-3.33$, $p<0.05$) se encontró asociación estadísticamente significativa con una menor edad de inicio del consumo. Además de estar relacionada con tener relaciones sexuales bajo el influjo del alcohol ($Z=-4.16$, $p<0.05$), una menor edad de inicio del consumo de alcohol también se encontró estadísticamente asociada con prácticas sexuales no seguras, tales como no usar preservativo en todas las relaciones sexuales o en la última relación sexual ($Z=-3.75$, $p<0.05$; $Z=-2.14$, $p=0.03$, respectivamente) o tener relaciones sexuales con desconocidos ($Z=-3.84$, $p<0.05$). La edad de inicio del consumo de alcohol se encontró directamente relacionada con la edad de inicio de la vida sexual ($Rho=0.43$, $p<0.05$) e inversamente relacionada con el número de parejas sexuales ($Rho=-0.24$, $p<0.05$). Por su parte, la edad de inicio del consumo de alcohol se encontró directamente correlacionada con la susceptibilidad a la persuasión ($Rho=0.19$, $p<0.05$) y el grado de funcionalidad familiar ($Rho=0.12$, $p<0.05$) e inversamente correlacionada con la severidad de la ansiedad ($Rho=-0.17$, $p<0.05$) y la autoestima ($Rho=-0.19$, $p<0.05$).

La segunda sustancia más consumida en esta muestra fue el cigarrillo ($n=213$, 23.8%). Los estudiantes de ciencias humanas, económicas, sociales, derecho o educación fuman significativamente más cigarrillo que los de otras facultades ($x^2=11$, $p<0.05$). Asimismo, el sexo masculino y una edad mayor estuvieron significativamente relacionados con el uso de cigarrillo ($x^2=39.26$, $p<0.05$, $Z=-4.97$, $p<0.05$, respectivamente). El hábito de fumar mostró correlación con un peor estado de salud y un peor rendimiento académico autopercibidos ($x^2=13.23$, $p<0.05$; $x^2=19.32$, $p<0.05$, respectivamente), así como una menor edad de inicio del consumo de alcohol ($Z=-6.53$, $p<0.05$). Por otra parte, el consumo de cigarrillo también estuvo significativamente relacionado con la historia de ideación, planificación o intento suicida a lo largo de la vida ($x^2=39.09$, $p<0.05$; $x^2=46.07$,

$p<0.05$; $x^2=26.5$, $p<0.05$). Igualmente, el uso de cigarrillo estuvo relacionado con una vida sexual activa ($x^2=104.11$, $p<0.05$), una menor edad de inicio de la vida sexual ($Z=-4.1$, $p<0.05$), un menor número de parejas sexuales ($Z=-5.79$, $p<0.05$) y conductas sexuales de riesgo como tener relaciones bajo el uso del alcohol ($x2=61.91$, $p<0.05$), otras SPA ($x^2=16.75$, $p<0.05$) y desconocidos ($x^2=14.85$,$p<0.05$). Por su parte, el consumo de cigarrillo se encontró relacionado con una menor susceptibilidad a la persuasión ($Z=-7.04$, $p<0.05$), mayor ira como rasgo caracterial o estado emocional ($Z=-2.37$, $p=0.01$), un afrontamiento menos productivo en la solución de problemas ($Z=-1.98$, $p=0.04$), mayor ansiedad ($Z=-2.32$, $p=0.02$) y un mayor grado de disfunción familiar medido con la escala de APGAR ($Z=-6.97$, $p<0.05$).

La edad mediana de la primera bocanada de cigarrillo fue a los 16 años (RIQ=3). Esta variable se encontró estadísticamente relacionada con la edad ($Rho=0.25$, $p<0.05$) y con un menor rendimiento académico autopercibido ($H=6.49$, $p=0.03$). La edad al iniciar el consumo de cigarrillo también se encontró directamente correlacionada con la edad al iniciar el consumo de cannabis ($Rho=0.61$, $p<0.05$). Al compararlo con la historia de planificación e intento suicida a lo largo de la vida se encontró asociación estadísticamente significativa ($Z=-2.58$, $p=0.01$; $Z=-2.01$, $p=0.04$), no así con ideación suicida aislada ($Z=-1.16$, $p=0.24$). La edad de inicio del consumo de cigarrillo sólo se encontró correlacionada con la edad de inicio de la vida sexual ($Rho=0.27$, $p<0.05$) y al compararla con las escalas de interés, la edad de inicio en el consumo de cigarrillo no mostró correlación estadísticamente significativa.

El cannabis se encontró en el tercer lugar de las SPA más empleadas (n=75, 8.4%). Una mayor edad estuvo significativamente relacionada con el uso de esta sustancia ($Z=-4.25$, $p<0.05$), pero su consumo se encontró estadísticamente relacionado con una menor edad de inicio en el consumo de alcohol ($Z=-4.67$, $p<0.05$). Al igual que con las otras SPA mayormente usadas, el consumo de cannabis estuvo significativamente relacionado con el sexo masculino ($x^2=14.87$, $p<0.05$) y la historia de ideación, planificación o intento suicida a lo largo de la vida ($x^2=43.29$, $p<0.05$;

x^2=48, p<0.05; x^2=23.6, p<0.05). Igualmente, el uso de cannabis estuvo relacionado con una vida sexual activa (x^2=58.38, p<0.05), una menor edad de inicio de la vida sexual (Z-3.87=, p<0.05), un mayor número de parejas sexuales (Z=-4.04, p<0.05) y conductas sexuales de riesgo como tener relaciones sin preservativo a lo largo de la vida (x^2=4.39, p=0.03) [aunque el uso de preservativo en la última relación sexual no mostró asociación (x^2=0.49, p=0.48)], bajo el uso del alcohol (x^2=56.25, p<0.05) u otras SPA (x^2=106.95, p<0.05) y con desconocidos (x^2=30.94,p<0.05). Por su parte, el consumo de cannabis se encontró relacionado con un menor grado de asertividad (Z=-3.13, p<0.05), una menor susceptibilidad a la persuasión (Z=-2.35, p=0.01), un afrontamiento menos productivo en solución de problemas (Z=-2.16, p=0.03), mayor ansiedad (Z=-2.44, p=0.01) y un mayor grado de disfunción familiar medido con la escala de APGAR (Z=-2.13, p=0.03).

La edad mediana del primer consumo de cannabis fue a los 16 años (RIQ=2), variable relacionada con la edad al momento de la evaluación (Rho=0.38, p<0.05). Una menor edad al iniciar el consumo de cannabis se encontró significativamente asociada a planificación suicida a lo largo de la vida (Z=-2.46, p=0.01), la práctica de relaciones sexuales bajo el efecto de SPA distintas al alcohol y el cigarrillo (Z=-2.22, p=0.02) o con desconocidos (Z=-2.09, p=0.03). Asimismo, se encontró directamente relacionada con la edad de inicio de la vida sexual (Rho=0.37, p<0.05) e inversamente relacionada con el número de parejas sexuales (Rho=-0.28, p=0.04). Una menor edad de inicio en el consumo de cannabis no mostró correlación estadísticamente significativa con ninguna de las escalas de interés, pero sí con el consumo conjunto de pegante, cocaína o inyectables (Z=-2.6, p<0.05).

Sólo una pequeña proporción de la muestra había consumido alguna vez pegante, cocaína o inyectables (n=51, 5.7%). Este antecedente no mostró relación estadísticamente significativa con ninguna variable sociodemográfica exceptuando el número de personas con quienes conviven los participantes (Z=-1.99, p=0.04). Por el contrario, estuvo significativamente relacionado con la historia de ideación, planificación o intento suicida a lo largo de la vida (x^2=12.7, p<0.05; x^2=23.55, p<0.05; x^2=6.72, p=0.01). Igual que con otras SPA, el uso de pegante, cocaína o

inyectables estuvo significativamente relacionado con una vida sexual activa (x^2=8.22, p<0.05), una menor edad de inicio del consumo de alcohol y de la vida sexual (Z=-3.70, p<0.05; Z=-2.72, p<0.05), la práctica de relaciones sexuales bajo el efecto del alcohol u otras SPA (x^2=8.62, p<0.05; x^2=27.45, p<0.05, respectivamente) o con desconocidos (x^2=8.2, p<0.05). Al compararla con las escalas de interés, el consumo de pegante, cocaína o inyectables sólo mostró correlación con un afrontamiento menos productivo en solución de problemas (Z=-3.11, p<0.05).

DISCUSIÓN

En este estudio se encontró una prevalencia de vida de consumo de SPA (incluidos alcohol y cigarrillo) del 77.4%. Al igual que lo reportado en estudios de mayor envergadura en Colombia como la Encuesta Nacional de Salud Mental de 2015, la sustancia más consumida en la muestra estudiada fue el alcohol, seguido del cigarrillo y el cannabis (5). Dicho estudio también encontró que la prevalencia de vida de consumo de SPA es mayor en hombres que en mujeres (5). Otros estudios en población universitaria y en adolescentes de bachillerato en Colombia también han encontrado que los hombres consumen más SPA que las mujeres (14,30,31). A nivel mundial está ampliamente demostrado para la mayoría de los grupos etarios que los hombres tienen tasas más altas de uso o dependencia de alcohol y drogas ilícitas y que también tienen mayores consultas a urgencias o muertes por sobredosis que las mujeres (32).

Es llamativo que la historia de ideación, planeación o intento de suicidio a lo largo de la vida mostró una relación estadísticamente significativa con la historia de consumo de cualquier sustancia psicoactiva en la muestra estudiada. Aunque ha sido ampliamente documentada, la relación causal directa entre consumo de SPA y conducta suicida no es del todo clara (33). Sin embargo, en los estudios basados en autopsias psicológicas se ha reportado que entre el 19% y el 63% de las personas que consuman suicidio sufrían trastornos por consumo de sustancias en vida, principalmente trastornos por consumo de alcohol en comorbilidad con

trastornos depresivos (34,35). La ideación o el intento suicida en pacientes consumidores está asociada a la presencia de otros trastornos mentales (especialmente personalidad limítrofe, depresión, ansiedad, trastornos psicóticos y déficit de atención e hiperactividad), historia de abuso (ya sea emocional, físico o sexual) y policonsumo (36). De hecho, un metaanálisis publicado en 2016 encontró una asociación significativa entre los trastornos por uso de sustancias e ideación o intento suicida o suicidio consumado (37) y un estudio en estudiantes de medicina en Bucaramanga encontró una relación estadísticamente significativa entre ideación suicida e historia de consumo de SPA ilícitas (38).

Por otra parte, tanto el consumo de sustancias como la actividad sexual tienden a surgir durante la adolescencia, pero la naturaleza de la relación entre ambas es inherentemente compleja (39). En nuestro estudio se encontró una relación estadísticamente significativa entre el consumo de SPA y una vida sexual activa. De cualquier forma, hay amplia evidencia que demuestra que el uso de sustancias está asociado a las conductas sexuales de alto riesgo (40). En esta muestra, por ejemplo, una menor edad de inicio de consumo de alcohol también estuvo relacionado con un inicio de vida sexual más temprano, un mayor número de parejas sexuales y la práctica de conductas sexuales de riesgo. Vale destacar que esto contrasta con lo reportado en Medellín, donde no encontraron asociación estadística significativa entre tener prácticas sexuales bajo efectos de alcohol o drogas y el uso o no uso de métodos de protección e incluso encontraron que los adolescentes no consideran que estar bajo efecto de alcohol o drogas sea razón para tener relaciones sexuales no seguras. (41).

Los estudiantes que consumen mostraron una asertividad significativamente menor que quienes no lo hacen. Esto concuerda con lo reportado por autores como Velásquez et al. que en población mexicana encontraron que los estudiantes de secundaria consumidores de SPA cuentan con estrategias de enfrentamiento a los problemas menos eficaces, perciben menor autoeficacia en su resolución, tienen menor control conductual, menor reconocimiento y aceptación de los demás, menos habilidades de expresión verbal y tienen un peor manejo de sus afectos (42).

Asimismo, la relación entre el consumo de sustancias y una mayor susceptibilidad a la persuasión encontrada en esta muestra podría explicarse por múltiples factores internos (como las luchas por la autonomía y la relación) y factores externos (como el estado social de los amigos) en los participantes, según han descrito otros autores (43,44). En esta línea, estudios en adolescentes de Cartagena han mostrado previamente que el sexo masculino y la disfunción familiar estarían relacionados con una mayor susceptibilidad al consumo de cigarrillo (45).

Los estudiantes que han consumido al menos una vez SPA se encontraron insertos en familias con mayor grado de disfunción. De hecho, se encontró que el número de personas con quienes conviven es menor en quienes consumen pegante, cocaína o inyectables que en quienes no lo hacen. Esta asociación también ha sido reportada en otros estudios en población universitaria colombiana (46,47). La relación entre el consumo de SPA y la disfunción familiar parece ser bidireccional: algunos estudios han mostrado cómo el consumo predice negativamente el funcionamiento familiar (48) y otros han sugerido que una relación padre-adolescente de pobre calidad está relacionado con niveles más altos de consumo de sustancias (49). La evidencia sugiere que mejorar las habilidades básicas de crianza y ofrecer apoyo social y recursos adicionales para ayudar a los padres a monitorear a los adolescentes, especialmente a quienes provienen de hogares monoparentales, puede ayudar a prevenir el uso de sustancias (50).

La autopercepción de un peor rendimiento académico que se encontró relacionada con el consumo de cigarrillo también ha sido reportada en otros ámbitos para cualquier sustancia psicoactiva (51). En esta muestra dicha relación podría estar mediada por otros factores como una mayor ira como rasgo caracterial o estado emocional y mayor ansiedad, que también estuvieron relacionados con el hábito de fumar. Igualmente, la autopercepción de un peor estado de salud entre quienes fuman es consistente con lo que se ha reportado previamente en la literatura (52,53).

La edad mediana de inicio de consumo de SPA en esta muestra fue menor a la reportada en estudiantes universitarios de otras zonas del país, como el eje cafetero (6). Nuestro estudio también encontró que los hombres inician el consumo de alcohol a una edad menor que las mujeres y que un inicio más temprano está parcialmente correlacionado con una menor edad del inicio del consumo de cigarrillo y cannabis. Por su parte, más que el consumo de cannabis o alcohol per se, una menor edad al iniciar el consumo de cualquiera de estas dos sustancias se encontró relacionado con el consumo de pegante, cocaína o inyectables. Investigaciones en estudiantes universitarios en la costa Caribe colombiana precisamente muestran cómo el consumo de sustancias legales como el alcohol o el cigarrillo pueden actuar como puerta de ingreso al uso de drogas ilícitas (23,47,54–56), sin embargo, la relación entre la edad de inicio de ambos grupos de sustancias no ha sido previamente descrita en esta población con excepción de lo descrito previamente por Zárate et al. (30).

Varias limitaciones deben ser tenidas en cuenta en este estudio. Por un lado, no se midió la presencia de síntomas depresivos en los participantes o las características de su personalidad, factores que podrían mediar otros aspectos como la presencia de conducta suicida. Igualmente, la compleja interrelación existente entre las variables objeto de estudio limitó la posibilidad de definir un modelo lineal/causal claro que permitiera un análisis multivariado. Asimismo, dada la naturaleza no probabilística del muestreo los hallazgos están sujetos a un sesgo de selección, que podría verse mitigado por la participación de prácticamente la totalidad de los estudiantes matriculados en primer semestre en la universidad. Igualmente, al preguntar sobre información sensible los estudiantes puede que no suministren información plenamente veraz por el temor de ser descubiertos, lo cual daría lugar a un sesgo de información que hubiera conllevado a subestimar las prevalencias del consumo de sustancias. Además, este estudio está expuesto a los problemas propios de los estudios transversales, haciendo necesaria la realización de investigaciones longitudinales que permitan resolver interrogantes en torno a la relación causal entre los factores relacionados. De cualquier forma, a juicio de los autores este es el primer estudio con población que recién ingresa a la universidad

en Colombia, lo cual brinda una fortaleza importante a su realización y se constituye en base para nuevos estudios en esta línea a futuro. Se hace necesario, entonces, establecer programas rápidos y eficaces que permitan abordar plenamente esta problemática en estudiantes universitarios incluso al inicio de su carrera, con un enfoque diferencial por género, características familiares, facultad de estudios y con intervenciones conjuntas en prevención del suicidio y ejercicio sano de la sexualidad.

CONCLUSIONES

En este estudio se encontró una prevalencia de vida de consumo de SPA (incluidos alcohol y cigarrillo) del 77.4%. Las sustancias más consumidas fueron el alcohol, el cigarrillo y el cannabis. La historia de consumo de cualquier sustancia psicoactiva a lo largo de la vida se encontró estadísticamente relacionada con pertenecer a las facultades de ingenierías, ciencias exactas y ciencias naturales, ser hombre, haber tenido ideación, planeación o intento suicida al menos una vez en la vida, mantener una vida sexual activa, tener un mayor número de parejas sexuales, practicar relaciones sexuales bajo el efecto del alcohol o con personas del sexo opuesto, tener un menor grado de asertividad, mayor susceptibilidad a la persuasión y mayor grado de disfunción familiar.

AGRADECIMIENTOS

A todos los estudiantes que participaron en este estudio. A la vicerrectoría de bienestar universitario.

CONFLICTOS DE INTERESES

Los autores no informan intereses económicos biomédicos ni posibles conflictos de intereses.

FINANCIACIÓN

La Vicerrectoría de bienestar universitario financia el macroproyecto “Prevención del consumo de SPA en estudiantes de primer semestre de la Universidad de Cartagena, Construyendo Salud.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. UNODC. Annual Report 2018 [Internet]. 2018 [citado 2021 Jun 1]. Disponible en: https://www.unodc.org/unodc/en/about-unodc/annual-report.html
2. UNODC. Informe Mundial sobre las drogas 2019: Conclusiones y consecuencias en materia de políticas. [Internet]. 2019 [citado 2021 Jun 1]. Disponible en: https://wdr.unodc.org/wdr2019/prelaunch/WDR2019_B1_S.pdf
3. Insulza JM. El problema de las drogas en las Américas [Internet]. 2016 [citado 2021 Jun 1]. Disponible en: https://biblio.flacsoandes.edu.ec/libros/digital/54489.pdf
4. Peacock A, Leung J, Larney S, Colledge S, Hickman M, Rehm J, et al. Global statistics on alcohol, tobacco and illicit drug use: 2017 status report. Addiction 2018;113(10):1905–26.
5. Gómez-Restrepo C. Encuesta Nacional de Salud Mental 2015 [Internet]. Bogota; 2015 [citado 2020 Apr 19]. Disponible en: http://www.odc.gov.co/Portals/1/publicaciones/pdf/consumo/estudios/nacionales/CO031102015-salud_mental_tomoI.pdf
6. Castaño-Castrillón JJ, García S, Luna J, Morán M, Ocampo D, Ortíz L. Estudio de factores asociados y prevalencia de consumo de sustancias psicoactivas ilegales en estudiantes de una universidad colombiana. Rev. Fac Med. 2017;65(1):23–30.
7. Das JK, Salam RA, Arshad A, Finkelstein Y, Bhutta ZA. Interventions for Adolescent Substance Abuse: An Overview of Systematic Reviews. J Adolesc Heal. 2016;59(2):S61–75.

8. Kračmarová L, Klusoňová H, Petrelli F, Grappasonni I. Tobacco, alcohol and illegal substances: Experiences and attitudes among Italian university students. Rev Assoc Med Bras. 2011;57(5):523–8.
9. Tavolacci MP, Ladner J, Grigioni S, Richard L, Villet H, Dechelotte P. Prevalence and association of perceived stress, substance use and behavioral addictions: A cross-sectional study among university students in France, 2009-2011. BMC Public Health. 2013;13(1).
10. El Ansari W, Vallentin-Holbech L, Stock C. Predictors of illicit drug/s use among university students in Northern Ireland, Wales and England. Glob J Health Sci. 2015;7(4):18–29.
11. Hölge K. III Estudio epidemiológico andino sobre consumo de drogas en la población universitaria, Informe Regional, 2016 [Internet]. Lima, Perú; 2017 [citado 2021 Jun 1]. Disponible en: https://www.unodc.org/documents/peruandecuador/Informes/Otros/Informe_Universitario_Regional.pdf
12. da Silva ML, dos Santos NMR, Barnabé V, Valenti VE. Risk factors that may signify a propensity to the use of drugs in students at a public university. J Hum Growth Dev. 2013;23(3):346–51.
13. Alarcón CD, Arévalo MTV, Torres ICS, Soto LFL, Cardona JAT. Motivaciones y recursos para el consumo de sustancias psicoactivas en universitarios. Rev Hacia la Promoción la Salud. 2012;17(1):92–104.
14. Esteban ANP, Aguilar SS, Parra MD, Mancilla D, Suarez E, Melgarejo P, et al. Prevalencia del consumo de sustancias psicoactivas en estudiantes universitarios de la salud y ciencias sociales. Rev Cuid. 2012;3(1):334–41.
15. Otálvaro AFT, Tirado JV, Gómez MÁ, Gómez LG, Ramírez C, García AV. Prevalencia y factores de riesgo para el consumo y dependencia de drogas en estudiantes de una universidad de Medellín, Colombia, 2009. Fac Nac Salud Pública. 2012;30(1):38–44.
16. Cáceres D, Salazar I, Varela M, Tovar J. Consumo de drogas en jóvenes universitarios y su relación de riesgo y protección con los factores psicosociales. Univ Psychol. 2006;501–10.

17. Jerusalem M, Schwarzer R. Self-efficacy as a resource factor in stress appraisal processes. Self-efficacy Thought Control action. 1992;195213.
18. Baessler J, Schwarzer R. Evaluación de la autoeficacia: Adaptación española de la escala de Autoeficacia General. Ansiedad y estrés. 1996;
19. Schwarzer R, Jerusalem M, Weinman J, Wright S, Johnston M. Measures in health psychology: A user's portfolio. Causal and control beliefs. Wind UK Nfer-Nelson. 1995;35–7.
20. Gambrill ED, Richey CA. An assertion inventory for use in assessment and research. Behav Ther. 1975;6(4):550–61.
21. Carrasco I, Clemente M, Llavona L. Análisis del inventario de aserción de Gambrill y Richey. Estud Psicol. 1989;10(37):63–74.
22. Fraguela JAG, Triñanes ER. Prevención del consumo de drogas en la escuela: cuatro años de seguimiento de un programa. Psicothema. 2002;685–92.
23. Cogollo-Milanés Z, Gómez-Bustamante EM. Association between anger management and cigarette consumption in adolescents. Rev la Fac Med. 2016;64(3):435–8.
24. Zung WW. A rating instrument for anxiety disorders. Psychosom J Consult Liaison Psychiatry. 1971;
25. De la Ossa S, Martinez Y, Herazo E, Campo A. Estudio de la consistencia interna y estructura factorial de tres versiones de la escala de Zung para ansiedad. Colomb Med. 2009;40(1):71–7.
26. Rosenberg M. Society and the adolescent self-image. Princeton university press; 2015.
27. Cogollo Z, Campo-Arias A, Herazo E. Escala de Rosenberg para autoestima: consistencia interna y dimensionalidad en estudiantes de Cartagena, Colombia. Psychologia. 2015;9(2):61–71.
28. Smilkstein G. The family APGAR: a proposal for a family function test and its use by physicians. J fam Pr. 1978;6(6):1231–9.
29. Ariza LMF, Durán MCA, Cubillos ZJD, Arias AC. Consistencia interna y análisis de factores de la escala APGAR para evaluar el funcionamiento

familiar en estudiantes de básica secundaria. Rev Colomb Psiquiatr. 2006;35(1):23–9.

30. Zárate AE, Prada DM, Padilla SL, Rueda GE. Prevalencia de consumo de sustancias en estudiantes de bachillerato de Pamplona, Colombia: una comparación por género . MedUNAB. 2009;12(1):7–13.
31. García-Baquero M, Tobon-Borrero L, Ramírez-Duarte M. Consumo de sustancias psicoactivas en estudiantes universitarios en Villavicencio 2009-2010. Rev Cuidarte. 2011;2(1):161–7.
32. National Institute on Drug Abuse (NIDA). Sex and Gender Differences in Substance Use [Internet]. 2021 Apr [citado 2021 Jun 8]. Disponible en: https://www.drugabuse.gov/publications/research-reports/substance-use-in-women/sex-gender-differences-in-substance-use
33. Vijayakumar L, Kumar MS, Vijayakumar V. Substance use and suicide. Curr Opin Psychiatry. 2011;24(3):197–202.
34. Schneider B. Substance use disorders and risk for completed suicide. Arch Suicide Res. 2009;13(4):303–16.
35. Esang M, Ahmed S. A Closer Look at Substance Use and Suicide. Am J Psychiatry Resid J. 2018;13(6):6–8.
36. Rodríguez-Cintas L, Daigre C, Braquehais MD, Palma-Alvarez RF, Grau-López L, Ros-Cucurull E, et al. Factors associated with lifetime suicidal ideation and suicide attempts in outpatients with substance use disorders. Psychiatry Res. 2018 Apr 1;262:440–5.
37. Poorolajal J, Haghtalab T, Farhadi M, Darvishi N. Substance use disorder and risk of suicidal ideation, suicide attempt and suicide death: A meta-analysis. J Public Heal (United Kingdom). 2016;38(3):e282–91.
38. Pinzón-Amado A, Guerrero S, Moreno K, Landínez C, Pinzón J. Ideación suicida en estudiantes de medicina: prevalencia y factores asociados. Rev Colomb Psiquiatr. 2013;1;43(SUPPL. 1):47–55.
39. Angus Clark D, Brent Donnellan M, Emily Durbin C, Nuttall AK, Hicks BM, Robins RW. Sex, drugs, and early emerging risk: Examining the association

between sexual debut and substance use across adolescence. PLoS One. 2020;15(2):e0228432.

40. Chawla N, Sarkar S. Defining “High-risk Sexual Behavior” in the Context of Substance Use. J Psychosexual Heal. 2019;1(1):26–31.
41. Castaño Pérez GA, Arango Tobón E, Morales Mesa S, Rodríguez Bustamante A, Montoya Montoya C. Consumo de drogas y prácticas sexuales de los adolescentes de la ciudad de Medellín (Colombia). Adicciones. 2012;24:347–54.
42. Altamirano MV, Hernández JLA, García ALM. Asertividad y consumo de drogas en estudiantes mexicanos. Acta Colomb Psicol. 2012;15(1):131–41.
43. Allen JP, Chango J, Szwedo D, Schad M, Marston E. Predictors of susceptibility to peer influence regarding substance use in adolescence. Child Dev;83(1):337–50.
44. Alejandro MH. Consumo dealcohol y drogas en adolescentes. Rev Médica Clínica Las Condes. 2011 Jan 1;22(1):98–109.
45. Cogollo-Milanés Z, De La Hoz-Restrepo F. Factors associated with susceptibility to cigarette consumption in 10 and 11 year old school students from cartagena, Colombia. Rev Salud Publica. 2018;20(1):17–22.
46. Cogollo-Milanés Z, Arrieta-Vergara KM, Blanco-Bayuelo S, Ramos-Martínez L, Zapata K, Rodríguez-Berrio Y. Public university students’ psychosocial factors associated with legal and illegal substance consumption. Rev Salud Pública. 2011;13(3):479.
47. Cogolló Milanés Z, Gómez-Bustamante E. Prevalencia y factores asociados al consumo de sustancias ilegales en adultos de Cartagena, Colombia. Rev Colomb Psiquiatr. 2011;40(4):723–33.
48. Russell BS, Simpson E, Flannery KM, Ohannessian CM. The Impact of Adolescent Substance Use on Family Functioning: The Mediating Role of Internalizing Symptoms. Youth Soc. 2019;51(4):504–28.
49. Hummel A, Shelton KH, Heron J, Moore L, van den Bree MBM. A systematic review of the relationships between family functioning, pubertal timing and adolescent substance use. Addiction. 2013;108(3):487–96.

50. Wagner KD, Ritt-Olson A, Chou CP, Pokhrel P, Duan L, Baezconde-Garbanati L, et al. Associations between family structure, family functioning, and substance use among hispanic/latino adolescents. Psychol Addict Behav. 2010;24(1):98–108.
51. Martínez-Lorca M, Alonso-Sanz C. Sensation seeking, self-concept, assertiveness and drug use. Is there a relation? Adicciones. 2003;15(2):145–57.
52. Rius C, Fernandez E, Schiaffino A, Borràs JM, Rodríguez-Artalejo F. Self perceived health and smoking in adolescents. J Epidemiol Community Health. 2004;58(8):698–9.
53. Holmen TL, Barrett-Connor E, Holmen J, Bjermer L. Health problems in teenage daily smokers versus nonsmokers, Norway, 1995-1997: The Nord-Trondelag health study. Am J Epidemiol. 2000;151(2):148–55.
54. Cogollo Z, Gómez-Bustamante EM. Asociación entre consumo de cigarrillo, alcohol y sustancias ilegales en adolescentes estudiantes en Cartagena, Colombia, 2012. Hacia la Promoción la Salud. 2013;18(1):110–7.
55. Cogollo Milanés Z, Gómez-Bustamente E. Lifetime prevalence of drugs use in adolescents from Cartagena, Colombia. Investig y Educ en Enfermería. 2012;30(2):224–30.
56. Campo-Arias A, Ceballos GA, Herazo E. Cigarette-smoking amongst students in a colombian city: Gender-associated factors. Rev Salud Publica. 2009;11(4):601–12.

Tabla 1. Características sociodemográficas de los participantes

			Consumo de alcohol alguna vez en la vida	*Consumo de alcohol: Edad de inicio*	*Consumo de cigarrillo alguna vez en la vida*	*Consumo de cigarrillo: Edad de inicio*	*Consumo de cannabis alguna vez en la vida*	*Consumo de cannabis: Edad de inicio*	*Consumo de pegante, cocaína o inyectables alguna vez en la vida*	*Consumo de cualquier SPA alguna vez en la vida*
Facultad de Estudios	*n*	*%*	*p*	*p*	*p*	*p*	*p*	*p*	*p*	*p*
Humanas, Económicas, Sociales, Derecho, Educación	333	37,2	0,00*	0,98	0,04*	0,61	0,05	0,32	0,46	0,00*
Ingenierías, Ciencias exactas y Naturales	342	38,2								
Ciencias de la Salud	220	24,6								
Edad	*Me*	*RIQ*	*p*	*p*	*p*	*p*	*p*	*p*	*p*	*p*
En años	18,19	2,0	0,11	0,00***	0,00**	0,00***	0,00**	0,00***	0,64	0,19
Sexo	*n*	*%*	*p*	*p*	*p*	*p*	*p*	*p*	*p*	*p*
Mujer	511	57,1	0,01*	0,00**	0,00*	0,79	0,00*	0,88	0,36	0,00*
Hombre	384	42,9								
Estrato Socioeconómico	*n*	*%*	*p*	*p*	*p*	*p*	*p*	*p*	*p*	*p*
1	392	44,7	0,59	0,06	0,82	0,08	0,07	0,21	0,65	0,69
2	287	32,7								
3	156	17,8								
≥4	42	4,8								
Número de personas con quienes convive	*Me*	*RIQ*	*p*	*p*	*p*	*p*	*p*	*p*	*p*	*p*
Total	4	2	0,81	0,95	0,06	0,70	0,65	0,99	0,04**	0,47
Religión de los padres	*n*	*%*	*p*	*p*	*p*	*p*	*p*	*p*	*p*	*p*
Ninguna/Ateísmo	21	2,4	0,09	0,79	0,22	0,17	0,53	0,67	0,77	0,11
Católica	560	63,2								

Cristiana No católica	293	33,1								
Otra	12	1,4								
Estado civil de los padres	*n*	*%*	*p*	*p*	*p*	*p*	*p*	*p*	*p*	*p*
Padre/Madre Soltero/a o viudo/a o padres separados	301	33,6	0,06	0,09	0,22	0,91	0,22	85,00	0,38	0,17
Casados o en Unión Libre	594	66,4								
Ingresos familiares promedio	*n*	*%*	*p*	*p*	*p*	*p*	*p*	*p*	*p*	*p*
Menos de un SMLV	196	23,2	0,87	0,29	0,77	0.09	0,48	0,47	0,87	0,81
Un SMLV	363	42,9								
Dos SMLV	169	20,0								
Tres o más SMLV	118	13,9								
Estado de Salud autopercibido	*n*	*%*	*p*	*p*	*p*	*p*	*p*	*p*	*p*	*p*
Excelente	260	29,1	0,67	0,06	0,00*	0,67	0,05	0,49	0,34	0,70
Bueno	504	56,3								
Regular o Malo	131	14,6								
Rendimiento académico autopercibido	*n*	*%*	*p*	*p*	*p*	*p*	*p*	*p*	*p*	*p*
Excelente	106	11,8	0,92	0,29	0,00*	0,03**	0,16	0,55	0,19	0,95
Bueno	601	67,2								
Regular o Malo	188	21,0								

*p<0.05, Test de Chi cuadrado; **p<0.05, U de Mann Witney; ***p<0.05, Correlación de Spearman

Me, mediana; RIQ, rango intercuartílico

Tabla 2. Consumo de SPA

Consumo de alcohol alguna vez en la vida	*n*	*%*
No	221	24,8
Sí	671	75,2
Consumo de alcohol:	*Me*	*RIQ*
Edad de inicio	*15,00*	*2,00*
Consumo de cigarrillo alguna vez en la vida	*n*	*%*
No	681	76,2
Sí	213	23,8
Consumo de cigarrillo:	*Me*	*RIQ*
Edad de inicio	*16,00*	*3,00*
Consumo de cannabis alguna vez en la vida	*n*	*%*
No	820	91,6
Sí	75	8,4
Consumo de cannabis:	*Me*	*RIQ*
Edad de inicio	*16,00*	*2,00*
Consumo de pegante, cocaína o inyectables alguna vez en la vida	*n*	*%*
No	844	94,3
Sí	51	5,7
Consumo de cualquier sustancia psicoactiva (incluidos alcohol y cigarrillo) alguna vez en la vida	*n*	*%*
No	202	22,6
Sí	693	77,4

Me, mediana; RIQ, rango intercuartílico

Tabla 3. Conducta suicida

			Consumo de alcohol alguna vez en la vida	*Consumo de alcohol: Edad de inicio*	*Consumo de cigarrillo alguna vez en la vida*	*Consumo de cigarrillo: Edad de inicio*	*Consumo de cannabis alguna vez en la vida*	*Consumo de cannabis: Edad de inicio*	*Consumo de pegante, cocaína o inyectables alguna vez en la vida*	*Consumo de cualquier SPA alguna vez en la vida*
Pensamiento suicida a lo largo de la vida	*n*	*%*	*p*	*p*	*p*	*p*	*p*	*p*	*p*	*p*
No	729	81,5	0,01*	0,00**	0,00*	0,24	0,00*	0,27	0,00*	0,00*
Sí	165	18,5								
Plan suicida a lo largo de la vida	*n*	*%*	*p*	*p*	*p*	*p*	*p*	*p*	*p*	*p*
No	797	89,1	0,00*	0,00**	0,00*	0,01**	0,00*	0,01**	0,00*	0,00*
Sí	97	10,9								
Intento suicida a lo largo de la vida	*n*	*%*	*p*	*p*	*p*	*p*	*p*	*p*	*p*	*p*
No	822	91,9	0,01*	0,00**	0,00*	0,04**	0,00*	0,20	0,01*	0,00*
Sí	72	8,1								
Conducta suicida a lo largo de la vida	*n*	*%*	*p*	*p*	*p*	*p*	*p*	*p*	*p*	*p*
No	704	78,7	0,00*	0,00**	0,00*	0,39	0,00*	0,14	0,00*	0,00*
Sí	191	21,3								

*p<0.05, Test de Chi cuadrado; **p<0.05, U de Mann Witney

Me, mediana; RIQ, rango intercuartílico

Tabla 4. Conducta sexual

			Consumo de alcohol alguna vez en la vida	*Consumo de alcohol: Edad de inicio*	*Consumo de cigarrillo alguna vez en la vida*	*Consumo de cigarrillo: Edad de inicio*	*Consumo de cannabis alguna vez en la vida*	*Consumo de cannabis: Edad de inicio*	*Consumo de pegante, cocaína o inyectables alguna vez en la vida*	*Consumo de cualquier SPA alguna vez en la vida*
Vida sexual activa	*n*	*%*	*p*	*p*	*p*	*p*	*p*	*p*	*p*	*p*
No	530	59,4	0,00*	0,14	0,00*	0,26	0,00*	0,90	0,00*	0,00*
Sí	363	40,6								
Vida sexual	*Me*	*RIQ*	*p*	*p*	*p*	*p*	*p*	*p*	*p*	*p*
Edad de inicio	16,00	2,00	0,23	0,00***	0,00**	0,00***	0,00**	0,00***	0,00**	0,72
Número de parejas sexuales	*Me*	*RIQ*	*p*	*p*	*p*	*p*	*p*	*p*	*p*	*p*
Total	2,00	2,00	0,00*	0,00***	0,00**	0,04	0,00**	0,80	0,45	0,00**
Uso de preservativo en todas las relaciones sexuales	*n*	*%*	*p*	*p*	*p*	*p*	*p*	*p*	*p*	*P*
No	157	43,6	0,96	0,00**	0,1	0,27	0,03*	0,80	0,57	0,49
Sí	203	56,4								
Uso de preservativo en la última relación sexual	*n*	*%*	*p*	*p*	*p*	*p*	*p*	*p*	*p*	*P*
No	118	32,8	0,62	0,03**	0,11	0,15	0,48	0,83	0,45	0,59
Sí	242	67,2								
Relaciones sexuales con el uso de alcohol	*n*	*%*	*p*	*p*	*p*	*p*	*p*	*p*	*p*	*P*
No	362	77,2	0,00*	0,00**	0,00*	0,60	0,00*	0,73	0,00*	0,00*
Sí	107	22,8								
Relaciones sexuales con el uso de SPA distintas al alcohol y el cigarrillo	*n*	*%*	*p*	*p*	*p*	*p*	*p*	*p*	*p*	*P*
No	429	91,9	0,40	0,11	0,00*	0,68	0,00*	0,02**	0,00*	0,19
Sí	38	8,1								

Relaciones sexuales con desconocidos	*n*	*%*	*p*	*p*	*p*	*p*	*p*	*p*	*p*	*P*
No	249	70,7	0,11	0,00**	0,00*	0,93	0,00*	0,03**	0,00*	0,1
Sí	103	29,3								
Personas con quienes ha tenido relaciones sexuales en la vida	*n*	*%*	*p*	*p*	*p*	*p*	*p*	*p*	*p*	*P*
Sexo opuesto	271	81,1	0,00*	~~	0,29	~~	0,70	~~	0,79	0,00*
Mismo sexo o ambos sexos	63	18,9								

*p<0.05, Test de Chi cuadrado; **p<0.05, U de Mann Witney; ***p<0.05, Correlación de Spearman

Me, mediana; RIQ, rango intercuartílico

Tabla 5. Características clínicas de la muestra estudiada

	Me	*RIQ*	*Consumo de alcohol alguna vez en la vida*	*Consumo de alcohol: Edad de inicio*	*Consumo de cigarrillo alguna vez en la vida*	*Consumo de cigarrillo: Edad de inicio*	*Consumo de cannabis alguna vez en la vida*	*Consumo de cannabis: Edad de inicio*	*Consumo de pegante, cocaína o inyectables alguna vez en la vida*	*Consumo de cualquier SPA alguna vez en la vida*
Escala de Autoeficacia de Sherer	32,0	4,0	0,57	0,92	0,10	0,47	0,99	0,83	0,9	0,47
Escala de Asertividad de Gambrill y Richey (10 ítems)	16,0	5,0	0,05	0,74	0,15	0,33	0,00**	0,11	0,19	0,02**
Susceptibilidad a la persuasión	10,0	1,0	0,00**	0,00***	0,00**	0,57	0,01**	0,26	0,39	0,00**
Inventario de Ira de Spielberger (10 ítems)	16,0	4,0	0,34	0,64	0,01**	0,17	0,56	0,09	0,73	0,46
Resistencia hacia el consumo	13,0	3,0	0,72	0,16	0,12	0,44	0,24	0,28	0,59	0,84
Afrontamiento productivo en solución de problemas	20,0	5,0	0,74	0,13	0,04**	0,31	0,03**	0,18	0,00**	0,89
Escala de Zung para Ansiedad	17,0	8,0	0,17	0,00***	0,02**	0,12	0,01**	0,15	0,37	0,12
Escala de APGAR Familiar	20,0	8,0	0,00**	0,00***	0,00**	0,22	0,03**	0,88	0,74	0,00**
Escala de autoestima de Rosemberg	6,0	2,0	0,35	0,00***	0,07	0,06	0,09	0,11	0,06	0,59

**p<0.05, U de Mann Witney; ***p<0.05, Correlación de Spearman