FACTORES ASOCIADOS PARA ABUSO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS EN JÓVENES ENTRE 15 Y 25 AÑOS, REVISIÓN SISTEMÁTICA CUALITATIVA

Investigadores principales:

CAMILA CRISTANCHO TORRES

Residente tercer año de psiquiatría

Universidad Militar Nueva Granada

DIANA MIRELLA ZAPATA MONTOYA

Residente tercer año de psiquiatría

Universidad Militar Nueva granada

Tutor temático:

MAURICIO GARZÓN

Jefe del servicio de psiquiatría UMNG/HMC

Universidad Militar Nueva Granada

Tutor metodológico:

JOSE DANIEL TOLEDO

Especialista en psiquiatría UMNG/HMC

Especialista en Epidemiología

Universidad Militar Nueva Granada

Departamento de psiquiatría

Hospital Militar Central

Código del proyecto: 2019001

Diciembre de 2019

Información de los autores

Nombres y Apellidos	**Diana Mirella Zapata Montoya**	
Documento de Identificación:	Cédula	N° 1113779510
Correo electrónico:	dimiza1@hotmail.com	
Tel/fax	3137782530	

Nombres y Apellidos	**Camila Cristancho Torres**	
Documento de Identificación:	Cédula	N°1061735768
Correo electrónico:	camila_ct18@hotmail.com	
Tel/fax	3166919454	

Tabla de contenido

1. Lista de tablas y figuras……..……5
2. Título……...7
3. Resumen estructurado ……..…7
4. Introducción ……9
5. Marco teórico 11
5.1 Definiciones 11
5.2 Situación de consumo a nivel mundial y nacional 14
5.3 Estrategias de prevención..... 16
5.4 Factores de riesgo 19
5.5 Factores Protectores..... 20
5.6 Concepto de “adultez emergente” como periodo de riesgo 21
5.7 Estado del arte 22
6. Identificación y formulación del problema..……
.25
6.1 Pregunta de investigación ……26
7. Justificación ……...27
8. Objetivos..... 29
8.1 Objetivo General 29
8.2 Objetivos Específicos..... 29
9. Metodología 30
9.1 Diseño del estudio..... 30
9.2 Criterios para la selección de los estudios. 30
9.3 Estrategia PICOT 30
9.4 Búsqueda y recolección de la información 31
9.4.1 Términos Mesh 31
9.4.2 Estrategias de Búsqueda 31
9.4.3 Bases de datos 32

9.4.4 Recolección de información 33
9.5 Control de sesgos 33
10. Plan de análisis 34
11. Aspectos éticos 35
12. Resultados 36
13. Discusión 46
14. Conclusiones 49
15. Referencias bibliográficas 50
16. Anexos 57
Anexo 1 57
Anexo 2. 58
Anexo 3. 60
Anexo 4 63

1. LISTAS DE TABLAS Y FIGURAS

Lista de tablas

Tabla 1 Artículos incluidos con su nivel de evidencia **38**

Tabla 2 Características sociodemográficas de la población de individuos en los estudios, relacionados como consumidores de SPA **40**

Tabla 3 Comorbilidad con TDAH y consumo de sustancias psicoactivas encontrado en los estudios **45**

Lista de figuras

Figura 1 Evolución de los patrones de consumo de sustancias psicoactivas **13**

Figura 2 Diagrama según declaración Prisma (colaboración Cochrane®) **37**

Lista de siglas

APA	Asociación Americana de Psiquiatría
CIE 10	Clasificación internacional de enfermedades (OMS)
COPOLAD	Cooperación entre América Latina y la Unión Europea en Políticas sobre Drogas)
CQC	Comunidades que se cuidan
DSM	Manual diagnósticos y estadístico de los trastornos mentales
LSD	Dietilamida de ácido lisérgico
ODC	Observatorio de Drogas de Colombia

OOS	Puntaje de optimización obstétrica
SPA	Sustancias psicoactivas
NLM	National Library of Medicine
TDAH	Trastorno por déficit de atención e hiperactividad

2. TÍTULO

Factores asociados para abuso de sustancias psicoactivas en jóvenes entre 15 y 25 años, revisión sistemática

3. RESUMEN ESTRUCTURADO

Introducción: El consumo de sustancias psicoactivas y los trastornos relacionados son una problemática frecuente en Colombia y a nivel internacional, trayendo consigo consecuencias muy dañinas para la salud, afecta los ámbitos social, familiar, laboral y económico. Se ha identificado que el periodo de vida correspondiente a la transición de la adolescencia a la adultez, es una etapa donde hay un aumento del riesgo de presentar consumo de sustancias psicoactivas, existen factores relacionados con el inicio de la vida universitaria que aumentan este riesgo

Objetivo: determinar los factores de riesgo para abuso de sustancias psicoactivas en jóvenes entre 15 y 25 años

Metodología: Revisión sistemática de estudios; que comparan los factores asociados para abuso de sustancias psicoactivas en adultos jóvenes entre 15 y 25 años. La búsqueda se hizo en Pubmed en los últimos diez años. Se tuvo en cuenta el cegamiento y la aleatorización de los sujetos participantes de los diferentes estudios.

Resultados: De un total de 3613 estudios, se extrajo la evidencia de 9 artículos seleccionados. En 5 de 9 estudios refieren que ser hombre presenta un mayor riesgo. Los datos acerca de la edad se presentan de forma contradictoria, empezar a consumir antes de los 18 años aumenta el riesgo progresivamente. El

estado civil soltero está más asociado al consumo de SPA, seguido de unión libre y en cuanto a la vivienda, el hecho de vivir solos. Se encontró en dos estudios una asociación significativa entre síntomas de TDAH y consumo de sustancias.

Conclusión: Se lograron identificar características sociodemográficas asociadas a consumo. Sin embargo la heterogeneidad de los estudios no permitió realizar comparaciones entre los mismos más allá de un análisis narrativo. Igualmente es importante resaltar el hallazgo de que la comorbilidad con enfermedades psiquiátricas aumenta el riesgo de consumo de sustancias psicoactivas. Es importante tener en cuenta estos factores en la consulta de psiquiatría y de atención primaria.

Palabras claves: Adulto joven, Factor de riesgo, Factor de protección, Uso / abuso de sustancias, trastornos relacionados con sustancias, estudiantes, Universidades, Relaciones familiares, Salud del adolescente, Consumo de alcohol por menores, Consumo de productos derivados del tabaco, Prevención, Dependencia, TDAH

4. INTRODUCCIÓN

El consumo de sustancias psicoactivas y los trastornos relacionados con ésta, son una problemática frecuente en Colombia y a nivel internacional, trayendo consigo consecuencias deletéreas para la salud y además afectando los ámbitos social, familiar, laboral y económico.(3–9)

Se ha identificado que el periodo de vida correspondiente a la transición de la adolescencia a la adultez, es una etapa donde hay un aumento del riesgo de presentar consumo de sustancias psicoactivas, y existen factores relacionados con el inicio de la vida universitaria que aumentan este riesgo (1,2). El diseño y aplicación de estrategias eficaces para prevenir el consumo de sustancias psicoactivas, debe realizarse de forma direccionada, y a la medida de cada población, de acuerdo a factores de riesgo y protectores específicos que se hayan identificado en esas poblaciones.

La aceptación social del consumo de sustancias, presente en muchos ambientes culturales, tanto a nivel familiar como del grupo de amigos, sumado al conocimiento de las SPA a través de los medios de comunicación, de la familia, los amigos, en escenarios laborales o académicos, entre otros, pueden producir en los adultos jóvenes actitudes favorables hacia el consumo y fomentar conductas para saciar la curiosidad y buscar nuevas sensaciones de felicidad (10).

El periodo entre los 15 a 25 años se ha denominado “adultez emergente”, y corresponde a una etapa del desarrollo marcada por el cambio, la experimentación y la exploración. Se caracteriza por una variedad de metas de desarrollo (por ejemplo, formación de una identidad y el establecimiento de relaciones interpersonales más maduras) que se deben enfrentar y dominar para hacer una transición exitosa a la edad adulta. El fallar en el dominio de estas tareas puede provocar frustración y estrés, lo que puede llevar a una variedad de

comportamientos poco saludables, incluido el aumento del uso de drogas (1,2,11–17)

5. MARCO TEÓRICO

5.1 Definiciones

Las sustancias psicoactivas son aquellas que actúan sobre el sistema nervioso central produciendo efectos neurofisiológicos y afectando los procesos mentales. Generan una activación directa general del sistema de recompensa cerebral, produciendo refuerzo comportamental. (18) Este término hace referencia tanto a sustancias legales como ilegales. En el DSM 5 se mencionan las siguientes 10 sustancias psicoactivas: el alcohol, la cafeína, el cannabis, los alucinógenos, los inhalantes, los opiáceos, los sedantes, hipnóticos y ansiolíticos, los estimulantes, el tabaco, y otras sustancias (o sustancias desconocidas). (18)

En el DSM 5, los trastornos relacionados con sustancias se dividen en dos grupos: los trastornos por consumo de sustancias (abuso, dependencia, adicción) y los trastornos inducidos por sustancias (intoxicación, abstinencia, trastornos mentales (psicosis, manía, depresión, ansiedad, etc), trastornos del sueño, disfunciones sexuales, delirium, trastornos neurocognitivos). Los primeros hacen referencia a la asociación de síntomas cognitivos, comporta mentales y fisiológicos que indican que una persona continúa consumiendo determinada sustancia a pesar de los problemas significativos relacionados ésta. Los segundos se refieren a efectos directos que produce cada sustancia. (18) Por otra parte, en el CIE-10 los “trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de sustancias psicoactivas” incluyen una amplia variedad de trastornos que son atribuibles al uso de una o más sustancias psicoactivas que pueden ser o no de prescripción médica. (19)

La intoxicación aguda se define en el CIE-10 (19) como el estado posterior a la administración de una sustancia psicoactiva, que produce alteraciones del nivel de conciencia, de la cognición, de la percepción, del estado afectivo, del comportamiento o de otras respuestas y funciones psicofisiológicas. Los efectos

se relacionan directamente con la acción farmacológica de cada sustancia, se auto limitan y hay recuperación completa.

El consumo perjudicial, hace referencia a una forma de consumo de alguna sustancia psicoactiva que causa daño a la salud física o mental del individuo. (20)

El síndrome de dependencia se define como el conjunto de fenómenos comportamentales, cognitivos y fisiológicos que se desarrollan tras el consumo reiterado de una sustancia, Incluye el deseo intenso de consumir la droga, dificultades para controlar el consumo, persistencia en el consumo a pesar de las consecuencias dañinas, mayor prioridad dada al consumo que a otras actividades y obligaciones, aumento de la tolerancia y, a veces, un cuadro de abstinencia física. Puede presentarse para una sustancia específica, para una clase de sustancias o para un amplio rango de sustancias psicoactivas farmacológicamente diferentes. (20)

El síndrome de abstinencia es un grupo de síntomas, variables en clasificación y gravedad, que se producen con el abandono completo o parcial de una sustancia psicoactiva tras un consumo persistente de la misma. Su inicio y curso es limitado en el tiempo y está relacionado con el tipo de sustancia y la dosis consumida inmediatamente antes del cese o reducción del consumo. Puede tener complicaciones potencialmente mortales. (21)

Los trastornos psicóticos inducidos por sustancias tratan de un grupo de síntomas psicóticos que se producen durante el consumo de una sustancia psicoactiva o inmediatamente después de él, pero no se explican por la intoxicación aguda y tampoco forman parte del síndrome de abstinencia. El trastorno se caracteriza por alucinaciones, distorsiones de la percepción, ideas delirantes, alteraciones psicomotoras y un estado emocional anormal que puede ir del miedo intenso al éxtasis. Suele haber claridad del sensorio, aunque puede haber un cierto grado de obnubilación de la conciencia, no hay una confusión importante. (6,22)

Figura 1. Patrones de consumo de sustancia psicoactivas

Fuente: Rodríguez A. Prevención del uso y abuso de drogas: conceptos básicos. *CEDRO. Estados Unidos*. 2010

La transición del consumo experimental o social (denominado por algunos "consumo funcional") a consumos de riesgo, perjudiciales o disfuncionales, está relacionada con determinantes sociales de la salud y con los entornos donde las personas que consumen sustancias psicoactivas se desarrollan. Estos tipos de consumos también pueden llevar a la generación de un síndrome de dependencia a las sustancias psicoactivas, el cual es el mayor grado de consumo disfuncional, y es una enfermedad que representa grandes costos para el sistema de salud, requiriendo una atención integral. (20)

Por otra parte, se define como factores de riesgo aquellos cuya presencia en la vida de un individuo propician o hacen más probable un comportamiento inclinado hacia conductas de riesgo tales como el consumo de drogas, mientras que su ausencia marca una menor probabilidad de aparición de ese tipo de conductas. En sentido inverso, aquellos factores cuya presencia previene la aparición o

desarrollo de dichas conductas de riesgo y su ausencia las favorece, son los denominados factores de protección. (22)

5.2 Situación de consumo a nivel mundial y nacional

Según el Informe Mundial de Drogas 2017 de la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC), cerca del 5% de la población adulta, entre los 15 y los 64 años, consumió drogas por lo menos en una ocasión en 2015. El cannabis es la droga más ampliamente usada, pero los opioides generaron gran impacto negativo en la salud. Los estimulantes de tipo anfetamínico se mantienen como la segunda droga más usada a nivel mundial, con un estimado de 35 millones de usuarios en el último año. Las estimaciones muestran que alrededor de 17,7 millones de personas han usado opiáceos (heroína y opio); 17 millones de personas consumieron cocaína en el último año alrededor del mundo; y 21,6 millones de personas utilizaron éxtasis en el último año. (6)

A través del trabajo del Observatorio de Drogas de Colombia (ODC), en el reporte de drogas de Colombia de 2017, se identificó que el consumo de drogas está aumentando en el país. La prevalencia de uso alguna vez en la vida pasó del 8,8% en 2008 al 12,2% en 2013, y la prevalencia en el último año pasó del 2,6% al 3,6% en los mismos años. El consumo de sustancias psicoactivas se presenta más ampliamente en hombres que en mujeres. De cada cinco personas que consumen, una es mujer y cuatro son hombres. El grupo de edad de mayor consumo es de 18 a 24 años, seguido del grupo de 12 a 17 años. Aunque las diferencias entre estratos socioeconómicos no son tan amplias para la generalidad de las sustancias, se encuentran mayores tasas de abuso y dependencia en los estratos bajos, mayor proporción de consumidores de cocaína y éxtasis en los estratos altos, y el consumo de bazuco se reporta principalmente en los estratos 1 al 3. (4)

Al igual que en el resto del mundo, en Colombia la marihuana es la sustancia ilícita de mayor consumo, seguida por la cocaína, el bazuco y el éxtasis. Del total de

consumidores de drogas ilícitas en el último año, el 87% consume marihuana. El Estudio Nacional de Consumo de Sustancias Psicoactivas en Colombia de 2013, destacó el aumento significativo en el uso de cualquier sustancia ilícita (marihuana, cocaína, bazuco, éxtasis o heroína), tanto en la prevalencia de uso alguna vez en la vida (del 8,8% en 2008 al 12,2% en 2013) como en uso durante el último año (del 2,6% al 3,6%). (5)

El tercer estudio epidemiológico andino sobre consumo de drogas en la población universitaria de Colombia del 2016, señala que, si bien la mayoría de los estudiantes no consumen drogas, el 38,7% de los estudiantes encuestados ha consumido drogas ilícitas alguna vez en la vida y el 22,4% en el último año. [8] El consumo de bebidas alcohólicas está generalizado y hay reducción en el uso de cigarrillo. Además de la marihuana, se reportó consumo de una gran variedad de drogas, donde sobresale el LSD. (5,6).

Las razones declaradas para el consumo de drogas ilegales más frecuentes son: curiosidad/por probar 57,6%, por diversión o placer 21,3%, por problemas familiares 8% y por problemas de la sociedad 5,3%. Las principales razones para el inicio del consumo de sustancias psicoactivas son la presión de pares, el ser aceptado por el grupo y curiosidad. (5,6,23).

El consumo de sustancias psicoactivas conlleva una serie de problemas de salud que se relacionan con la modalidad de consumo y aumentan con el uso crónico.[10] Adicional a esto, el uso de sustancias psicoactivas, tanto legales como ilegales, se ha asociado a un incremento significativo en el riesgo de sufrir accidentes, verse involucrado en riñas y conductas delictivas, y además acarrean una serie de problemas a nivel social, familiar y laboral.(7) Adicionalmente, en Colombia, la presencia de cultivos de drogas ilícitas representa un problema a nivel social, político, ambiental y económico, y está directamente relacionado con la situación de violencia y conflicto interno que se vive en el país. (4,5)

5.3 Estrategias de prevención

Un modelo muy difundido y actualizado por la administración de programas de salud, es el que hace énfasis en los momentos de la intervención preventiva. Desde esta perspectiva los momentos de la prevención son: (4,24–26)

a. La Prevención Primaria: se define como prevención al comienzo del proceso de adicción, para impedir el uso recreacional o el paso de este nivel al uso habitual.
b. La Prevención Secundaria: aquella que trata de impedir el paso del uso habitual al uso adictivo.
c. La Prevención Terciaría: aquella la cual se hace cargo del adicto para tratar de recuperarlo, rehabilitarlo y reintegrarlo a la sociedad.

A través del trabajo del Observatorio de Drogas de Colombia (ODC),(4) el país ha alcanzado progresos importantes en el desarrollo de estudios epidemiológicos periódicos, con metodologías estandarizadas internacionalmente y dirigidos a tres poblaciones clave: población general de 12 a 65 años, población escolar y población universitaria. [(14)] Estas investigaciones han sido lideradas por el Ministerio de Justicia y del Derecho, con el apoyo del Ministerio de Salud y Protección Social y del Ministerio de Educación Nacional. (4–6,20)

Con el fin de operativizar la política, en 2014 el Ministerio de Justicia y del Derecho y el Ministerio de Salud y Protección Social, lideraron la construcción del Plan Nacional para la Promoción de la Salud, Prevención y Atención del Consumo de Drogas a través de un proceso amplio de consultas en el que participaron sectores como el académico, expertos, autoridades de entes territoriales y sociedad en general. El plan propone cinco componentes estratégicos: fortalecimiento institucional; promoción de la convivencia y la salud mental; prevención; reducción de riesgos y daños; y tratamiento. (4,26)

Actualmente existen varios desarrollos sobre la ciencia de la prevención y la prevención basada en evidencia, así como estándares internacionales para orientar las acciones en este campo. En este marco, el programa COPOLAD (Cooperación entre América Latina y la Unión Europea en Políticas sobre Drogas) construyó el documento "Calidad y evidencia en reducción de la demanda de drogas", que establece criterios de calidad a partir de lo que la evidencia ha demostrado que funciona. Colombia, junto con otros países que hacen parte de dicho programa, participará en la primera fase de implementación de estos estándares. (27)

Igualmente, sobresale el esfuerzo por mejorar la cobertura y calidad de las intervenciones, posicionando la necesidad de la fundamentación en evidencia, el desarrollo de evaluaciones de algunos programas y la preparación para el proceso de revisión y mejoramiento del Programa Escolarizado de Prevención Escolar de la Policía Antinarcóticos. También se destaca la elaboración de los lineamientos de prevención del consumo de drogas por parte del Ministerio de Salud, los cuales proponen un abordaje sistémico en los diferentes ámbitos y momentos del curso de la vida, con recomendaciones y criterios basados en la evidencia. (20,28)

Por otra parte, la Corporación Nuevos Rumbos junto con el Gobierno Nacional, viene implementando hace más de dos años en ocho comunidades de Colombia, el sistema preventivo *Comunidades Que se Cuidan (CQC)*, adaptación de *Communities That Care (CTC)*, creado en la Universidad de Washington en Seattle, que ha sido desarrollado por más de 25 años en los Estados Unidos y en ocho países de América, Oceanía y Europa. El sistema busca que, a través del empoderamiento comunitario y empleando el enfoque de la Salud Pública y en la estrategia de desarrollo social, las comunidades tomen las mejores decisiones basadas en los datos de prevalencias de consumo y en la identificación de los factores protectores y de riesgo (basada en la utilización de la encuesta original validada en Colombia) y puedan escoger las estrategias de intervención probadas que más se ajusten a sus necesidades. (29,30)

En cuanto a los tipos de programas de prevención, se pueden clasificar de acuerdo al momento en que se empleen y los objetivos que busquen. La Prevención Primaria se define como prevención al comienzo del proceso de adicción, para impedir el uso recreacional o el paso de este nivel al uso habitual. La Prevención Secundaria es aquella que trata de impedir el paso del uso habitual al uso adictivo. La Prevención Terciaría es aquella la cual se hace cargo del adicto para tratar de recuperarlo, rehabilitarlo y reintegrarlo a la sociedad. (24,26,29,31)

Existen varios enfoques estratégicos para la prevención: (24,26,29,31)

a. El que pone énfasis en la represión, los argumentos éticos y el temor.

b. El que prioriza la información acerca de los efectos de las sustancias para que cada persona pueda tomar una decisión responsable en cada caso.

c. El que se centra en la educación integral, fortaleciendo las habilidades para la vida y la resistencia a las presiones sociales, promoviendo estilos de vida saludables y la ocupación creativa y positiva del tiempo libre.

d. El que recurre a la movilización de la comunidad y el recurso de las estructuras sociales de soporte.

Dentro de estos enfoques estratégicos para la prevención, la investigación y epidemiológica en los últimos 20 años, ha permitido identificar un conjunto de principios preventivos básicos, sistematizados por NIDA (1997), los cuales deberían ser aplicados, para que un programa de prevención de abuso de drogas pueda funcionar exitosamente y ser esencialmente usado en la población joven. (27–30,32–37). Estos principios son:

- Los programas preventivos deberían ser diseñados para fortalecer los factores protectores y al mismo tiempo reversar o reducir los factores de riesgo.
- Los programas preventivos deberían incluir, como meta, todas las formas de abuso de drogas incluyendo las denominadas drogas sociales como el tabaco y el alcohol.

- Los programas preventivos deberían incluir el entrenamiento en destrezas de rechazo al uso de drogas cuando estas son ofrecidas.
- Los programas preventivos deberían incluir "métodos activos de interacción", tales como, una serie de estrategias de dinámicas grupales, antes que técnicas basadas exclusivamente en exposiciones magistrales.
- Los programas de prevención deberían incluir a los padres y componentes familiares, de tal manera que puedan aprender sobre las consecuencias del uso de drogas; reducir los efectos del daño, y dar oportunidad a que la familia analice y discuta toda la problemática del uso legal e ilegal de drogas.
- Los programas preventivos, deberían ser a largo plazo, es decir, sobre la base de tempranas intervenciones, se deberían ejecutar intervenciones repetidas en los siguientes meses o años para reforzar las metas de la prevención original. Estableciendo acciones preventivas que se refuercen durante las transiciones de la vida.
- Los programas en la comunidad necesitan un fortalecimiento de las leyes o normas que regulan el uso de drogas en todos los escenarios preventivos.
- Cuando más alto sea el nivel de riesgo de una población, los esfuerzos de prevención deberían empezar más temprano y ser más intensivos para disminuir el nivel de riesgo de estas poblaciones.
- Los programas de prevención deben abordar el tipo de problema de abuso de drogas en la comunidad local, los factores de riesgo modificables específicos y los factores de protección identificados como puntos fuertes.
- Los programas de prevención deben adaptarse a los riesgos específicos de la población o las características de la audiencia, como la edad, el género y el origen étnico, para mejorar la eficacia del programa.

5.4 Factores de riesgo

Son características dentro del individuo o las condiciones en la familia, la escuela o la comunidad que aumentan las probabilidades de que alguien se involucre en una conducta poco saludable, como el uso de alcohol, tabaco y otras drogas. Son

"marcadores" de riesgo o predictores de riesgo que se manifestarán en conductas de consumo de sustancias dependiendo de la mayor o menor resiliencia de los individuos. (20,22,35). Algunos factores de riesgo que se han identificado para el desarrollo de conductas problemáticas, incluyendo el consumo de sustancias psicoactivas, son: (8,9,45–54,36,55–57,38–44)

- A nivel familiar: muerte por suicidio de miembro de la familia, problemas de manejo familiar, conflicto y violencia familiar, actitudes desfavorables de los padres y participación en comportamientos problemáticos, acceso doméstico a sustancias o armas.
- A nivel escolar: fracaso académico, falta de compromiso personal con su educación, amigos que se involucran en el comportamiento problemático.
- A nivel comunitario: disponibilidad de alcohol / otras drogas, normas y leyes de la comunidad con respecto al consumo, disponibilidad de armas de fuego, transiciones y movilidad, bajo apego al barrio y desorganización comunitaria, pobreza
- A nivel individual: abuso infantil físico, sexual u otro tipo de violencia familiar, iniciación temprana de conductas problemáticas, factores constitucionales, exposición infantil a la violencia y al alcohol, comportamiento antisocial precoz y persistente, actitudes favorables hacia el comportamiento problemático (bajo riesgo percibido de daño), participación de pandillas, apariencia física más antigua que sus compañeros, trabajo remunerado más de 20 hrs / semana, riesgo percibido de muerte prematura.

5.5 Factores Protectores

Son características dentro del individuo o las condiciones en la familia, la escuela o la comunidad que disminuyen el riesgo de que se presenten conductas problemáticas y ayudan a alguien a enfrentar con éxito los desafíos de la vida. Cuando las personas pueden negociar con éxito sus problemas y lidiar con factores de riesgo preexistentes, es menos probable que se involucren en

comportamientos poco saludables. Los factores protectores son elementos importantes en el desarrollo saludable; construyen resiliencia, habilidades y conexiones. (20,22,35). Estos son algunos de los factores protectores que se han identificado en diferentes estudios: (8,9,45–54,36,55–57,38–44)

- A nivel familiar: Conexión familiar (apego y vinculación), estilo de crianza positiva, vivir en una familia biparental, padres con alta escolaridad, altas expectativas de los padres sobre la educación.
- A nivel escolar: vinculación a la escuela, ambiente escolar solidario, participación de los estudiantes en actividades extracurriculares.
- A nivel comunitario: conexión positiva con otros adultos, barrio seguro y solidario, infraestructura comunitaria fuerte (servicios para aquellos en necesidad), políticas y prácticas locales y estatales que apoyan las normas y programas saludables para niños y jóvenes, rango de oportunidades en la comunidad, participación significativa de los jóvenes.
- A nivel individual: compromiso con actividades significativas, habilidades para la vida y competencia social (habilidades socioemocionales / empleabilidad), identidad y conexión cultural, cualidades personales positivas, autoconcepto positivo, modelos de roles positivos entre iguales, identidad religiosa, alto promedio de calificaciones.

5.6 Concepto de “adultez emergente” como periodos de riesgo

El periodo entre los 18 a 25 años se ha denominado “adultez emergente” (2), y corresponde a una etapa del desarrollo marcada por el cambio, la experimentación y la exploración. Se caracteriza por una variedad de metas de desarrollo (por ejemplo, formación de una identidad y el establecimiento de relaciones interpersonales más maduras) que se deben enfrentar y dominar para hacer una transición exitosa a la edad adulta. El fallar en el dominio de estas tareas puede provocar frustración y estrés, lo que puede llevar a una variedad de comportamientos poco saludables, incluido el aumento del uso de drogas. (1,2,11–17). Esto puede explicar por qué la mayor prevalencia del uso de sustancias, tanto a nivel mundial como nacional, ocurren en este periodo de la vida. A su vez, el uso

de sustancias psicoactivas en esta etapa a menudo impide el dominio exitoso de los objetivos y tareas que se deben alcanzar, y de esta forma puede exacerbar las fallas y aumentar el estrés y frustración, lo que genera un círculo vicioso de consumo. Los jóvenes que hacen la transición del bachillerato a la universidad enfrentan un conjunto adicional de desafíos que también pueden afectar sus comportamientos frente al uso de drogas, como lo son el poseer mayor independencia, tener más responsabilidades, adaptarse a una nueva ciudad, la carga académica, entre otros. (1,2, 11–17,19–28,3,50)

5.7 Estado del arte

En una revisión sistemática publicada en el 2012 en la revista “Addictive behaviours” (1) se evaluaron los marcadores fijos de riesgo de uso de sustancias en adultos jóvenes, dentro de los que se incluyeron: sexo, raza, factores biológicos, indicadores prenatales y posnatales, estrato socioeconómico. También se evaluaron factores relacionados con los padres como: escolaridad de los padres, estado civil, antecedentes familiares de abuso de sustancias y antecedente de psicopatología en los padres.

En cuanto al sexo, se encontró que los varones adultos jóvenes son más propensos a ser dependientes al alcohol durante la adultez emergente. Igualmente se encontró una asociación entre el sexo masculino y una mayor frecuencia de consumo de alcohol y marihuana, al igual que un mayor riesgo de desarrollar dependencia al alcohol y la nicotina. En uno de los estudios se observó que los hombres tenían un estado de uso de sustancias inicial más severo y una transición de la adolescencia a la adultez menos descendente en cuanto al consumo. (1)

Por otra parte, en la misma revisión, se encontró una asociación entre ser de raza blanca con tener más probabilidades de consumir alcohol, en comparación con los individuos no blancos. Igualmente los caucásicos tenían puntuaciones más altas de "consumo excesivo de alcohol" después de controlar otras variables. Asimismo, el uso de sustancias en la adolescencia es más predictivo de presentar trastornos

por consumo en la adultez para los caucásicos que para los afroamericanos. También se encontró que independientemente de la raza, hay mayor probabilidad de desarrollar trastornos por uso de sustancias si se pasaba de la abstinencia al uso regular en el periodo entre la adolescencia y la edad adulta(1)

En cuanto a variables biológicas, se incluyeron dos estudios que evaluaban los potenciales relacionados con eventos P300, como un marcador biológico relacionado con una historia de alcoholismo familiar, encontrando que el tener puntuaciones por debajo del promedio en el tiempo de reacción a la onda auditiva P300 durante la infancia, predice el desarrollo de trastornos por consumo de sustancias en la adultez temprana. También se evaluaron dentro de los factores biológicos, las variables genéticas. Se encontró que la dependencia al alcohol y las conductas antisociales pueden compartir vulnerabilidad genética. Igualmente se encontró que el consumo precoz de alcohol en exceso y el consumo regular moderan el papel del gen DAT_1 en el abuso de alcohol en adultos jóvenes. (1)

Al analizar factores prenatales y posnatales, se encontró que los adultos jóvenes cuyas madres fumaron durante el embarazo tenían más probabilidades de fumar regularmente. Por otra parte, la exposición al alcohol in útero de más de 3 vasos por día se asoció con el desarrollo de alcoholismo en la adultez temprana, al igual que el recibir lactancia por horario versus a demanda. La situación obstétrica perinatal (puntaje de optimización obstétrica (OOS) predijo el uso de sustancias en adultos jóvenes. (1)

En cuanto a factores socioeconómicos, los adultos jóvenes con mayores ingresos presentaban una mayor frecuencia (pero no cantidad) en el consumo de alcohol. Mientras que el tener un bajo estrato socioeconómico en la infancia se asoció con el desarrollo de trastornos por consumo de nicotina y marihuana en la adultez.
La baja educación de los padres se asoció con el consumo excesivo de alcohol entre los fumadores. (1)

En los factores relacionados con los padres, se encontró que aquellos individuos cuyas madres tenían educación superior tenían más probabilidades de usar alcohol y drogas. Por otra parte, el cambio en el estado civil materno entre los 5 y 14 años del hijo, predijo el consumo de cannabis a los 21 años. La asociación entre la separación de los padres y el consumo de alcohol en la adultez, es débil a los 23 años, pero significativa a los 33. El consumo materno de alcohol cuando el niño tiene 14 años, aumenta el riesgo de trastorno por alcoholismo hacia los 21 años. Igualmente, el tener un antecedente familiar de alcoholismo predijo el consumo pesado de alcohol y otras sustancias psicoactivas en la adultez, especialmente en mujeres cuyos padres fueran alcohólicos. De igual forma, adolescentes cuyas madres sufrieran de depresión tuvieron más riesgo de desarrollar alcoholismo y adicción a la nicotina en la adultez temprana. (1)

6. IDENTIFICACIÓN Y FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

El consumo de drogas en durante el periodo de la adultez emergente es un problema en crecimiento, que conlleva un sinfín de problemáticas, incluyendo problemas sociales, familiares, laborales y académicos como la deserción estudiantil, un bajo rendimiento académico, y deficiencias en la formación profesional de los estudiantes (10).

El consumo de drogas está asociado al deterioro familiar, duelos no resueltos, baja autoestima, desorientación vocacional; dificultades en hábitos de estudio, e infinidades de situaciones, que cada vez emergen, tanto en los espacios de psicoorientación, como en los formativos.(10) La complejidad del tema y su difícil tratamiento, en contraste con la variedad de enfoques, posiciones ideológicas y culturales circulantes dificultan su abordaje, cuyo desconocimiento puede acarrear diversos problemas.(69)

Esto puede explicar por qué en la encuesta realizada por el Centro de Estadísticas y Calidad de la Salud del Comportamiento en 2015 en Estados Unidos, y en el Reporte de Drogas de Colombia en 2017, se identificó este periodo de vida como aquel donde la prevalencia del uso de sustancias es mayor (4,6,70). A su vez, el uso de sustancias psicoactivas en esta etapa a menudo impide el dominio exitoso de los objetivos y tareas que se deben alcanzar, y de esta forma puede exacerbar las fallas y aumentar el estrés y frustración. Los jóvenes que hacen la transición del bachillerato a la universidad enfrentan un conjunto adicional de desafíos que también pueden afectar sus comportamientos frente al uso de drogas.(1,2,58,60–68,3,11–17).

Por otra parte, los registros y estadísticas mensuales de las valoraciones en urgencias del Hospital Militar Central, evidencian que la población que consulta por diagnósticos relacionados con el uso y abuso de sustancias psicoactivas

representa un porcentaje considerable de los pacientes valorados en este escenario. Por este motivo, también es importante conocer los factores de riesgo para consumo para lograr una adecuada evaluación de esta población y también para lograr identificar personas en riesgo de forma temprana y de esta manera poder intervenir de la forma más adecuada.

6.1 Pregunta de investigación

¿Cuáles son los factores asociados para abuso de sustancias psicoactivas en jóvenes entre 15 y 25 años?

7. JUSTIFICACIÓN

En Colombia se avanza gradualmente en el desarrollo del "Plan Nacional de Promoción de la Salud, Prevención y Atención del Consumo de Drogas 2014 – 2021", (26) el cual tiene como componentes estratégicos: la promoción de la salud, la prevención del consumo de drogas, la reducción de riesgos y daños, el tratamiento del consumo y el fortalecimiento institucional. Desde el punto de vista de salud pública, la prevención del consumo y la promoción de la salud son pilares del Plan Nacional. Bajo esta perspectiva, el identificar factores de riesgo y factores protectores para el consumo de sustancias psicoactivas es fundamental para el desarrollo de programas de promoción y prevención. Dentro de las intervenciones existentes, se encuentran programas de prevención universal, selectiva e indicada, dependiendo del nivel de riesgo al que están expuestos los grupos destinatarios. Así, la prevención universal está dirigida a la población general, la prevención selectiva está dirigida a poblaciones que se encuentran en riesgo y la prevención indicada llega a las personas que han iniciado uso de drogas, pero aún no tienen dependencia. (26)

Con el fin de llevar a cabo los programas de prevención de adicciones, es importante identificar los factores de riesgo y de protección, para el consumo de drogas, con el fin de formular propuestas, para su prevención, control y estrategias de intervención. (10)

Dentro de los principios para el desarrollo de programas de prevención basados en la evidencia, destacan que (34–36): 1) Los programas de prevención deben abordar el tipo de problema de abuso de drogas en la comunidad local, los factores de riesgo modificables específicos y los factores de protección identificados como puntos fuertes. 2) Los programas de prevención deben adaptarse a los riesgos específicos de la población o las características de la audiencia, como la edad, el género y el origen étnico, para mejorar la eficacia del programa. (34) Teniendo en cuenta lo anterior, se considera importante la

identificación de factores de riesgo específicos en el grupo de adultos jóvenes, para así poder diseñar programas de prevención a la medida de esta población.

Actualmente existen estudios que han valorado los factores de riesgo para el consumo en diferentes poblaciones, sin embargo, se considera importante que se cuente con una revisión sistemática que consolide la información de dichos estudios y que esté enfocada en el grupo etario correspondiente a la adultez emergente, el cual ya ha sido identificado como una población en riesgo.

8. OBJETIVOS

8.1 Objetivo General

Determinar los factores asociados para abuso de sustancias psicoactivas en jóvenes entre 15 y 25 años mediante una revisión sistemática de literatura

8.2 Objetivos Específicos

- Identificar evidencia de las características que se asocian al abuso de sustancia psicoactivas

9. METODOLOGÍA

9.1 Diseño del estudio

Revisión sistemática cualitativa de la literatura

9.2 Criterios para la selección de los estudios.

Criterios de inclusión

- Estudios de tipo analítico transversal y longitudinal
- Población de estudio entre los 15 y 25 años de edad
- Estudios realizados en los últimos 10 años
- Estudios publicados en inglés y español

Criterios de exclusión

- Estudios descriptivos
- Evaluación de variables genéticas como factores de riesgo
- Estudios que evalúan el consumo de sustancias como factor de riesgo para otras patologías
- Estudios cuyo objetivo de investigación sea diferente a identificar factores de riesgo para abuso de SPA

9.3 Estrategia PICOT

Participantes: individuos desde 15 años de edad y en etapa de adultez emergente (15-25 años)

Intervención o exposición: uso de sustancias psicoactivas

Comparación: individuos universitarios y escolares de la misma edad entre 15 y 25 años que había y no habían consumido SPA, aplicaron instrumentos de factores de riesgo y de protección validados, se realizaron encuestas autodiligenciadas a los estudiantes, algunos por dominios, y de forma anónima.

Desenlaces: evaluaron variables sociodemográficas, académicas, de salud y de consumo tales como sexo, edad, estrato socioeconómico, estado civil, ocupación y conformación del grupo familiar; rendimiento académico; diagnóstico médico de ansiedad, depresión y TDAH (trastorno por déficit de atención e hiperactividad) al igual que prevalencia de consumo al menos una vez en la vida, en el último año, el último mes, la última semana y el último día; edad de inicio de consumo, su duración en años, motivos y características del consumo. Tipo de colegio, religión, grado académico. Las sustancias psicoactivas lícitas consumidas por los estudiantes son: alcohol, cigarrillo energizantes, tranquilizantes y estimulantes. La sustancia psicoactiva ilícita consumida por los estudiantes con mayor porcentaje es el tabaco.

Tipo de estudios: transversales y analíticos

9.4 Búsqueda y recolección de la información

9.4.1 Términos Mesh

Se utilizaron los siguientes términos MESH para realizar la búsqueda: (("Risk Factors"[Mesh]) AND "Substance-Related Disorders"[Mesh]) AND "Young Adult"[Mesh] en la base de datos Pubmed.

9.4.2 Estrategias de Búsqueda

Se limitó la búsqueda a artículos de los últimos 10 años, y se filtraron aquellos estudios que evaluaban el consumo de sustancias psicoactivas como factor de riesgo para otras condiciones (como infección por VIH, enfermedades de transmisión sexual o suicidio). La estrategia de búsqueda utilizada fue la siguiente:

("substance-related disorders"[MeSH Terms] OR ("substance-related"[All Fields] AND "disorders"[All Fields]) OR "substance-related disorders"[All Fields] OR ("substance"[All Fields] AND "related"[All Fields] AND "disorders"[All Fields]) OR "substance related disorders"[All Fields]) AND ("young adult"[MeSH Terms] OR ("young"[All Fields] AND "adult"[All Fields]) OR "young adult"[All Fields] OR ("young"[All Fields] AND "adults"[All Fields]) OR "young adults"[All Fields]) AND ("risk factors"[MeSH Terms] OR ("risk"[All Fields] AND "factors"[All Fields]) OR "risk factors"[All Fields]) NOT ("hiv infections"[MeSH Terms] OR ("hiv"[All Fields] AND "infections"[All Fields]) OR "hiv infections"[All Fields] OR ("hiv"[All Fields] AND "infection"[All Fields]) OR "hiv infection"[All Fields]) NOT ("sexually transmitted diseases"[MeSH Terms] OR ("sexually"[All Fields] AND "transmitted"[All Fields] AND "diseases"[All Fields]) OR "sexually transmitted diseases"[All Fields] OR ("sexually"[All Fields] AND "transmitted"[All Fields] AND "infection"[All Fields]) OR "sexually transmitted infection"[All Fields]) NOT ("pregnancy"[MeSH Terms] OR "pregnancy"[All Fields]) NOT ("suicide"[MeSH Terms] OR "suicide"[All Fields]) AND ("loattrfull text"[sb] AND "2010/01/30"[PDat] : "2020/01/27"[PDat] AND "humans"[MeSH Terms])

9.4.3 Bases de datos

Se realizó la búsqueda en la base de datos PubMed, la cual es un sistema de búsqueda desarrollada por el *National Center for Biotechnology Information* (NCBI) de la *National Library of Medicine* (NLM) de Estados Unidos. Permite el acceso a bases de datos bibliográficas compiladas de la NLM (MEDLINE, PreMEDLINE, Genbak y Complete Genoma) que a su vez contienen subbases (IDS, Bioethics, Cancer, Complementary Medicine, Core Clinical Journals, Dental Journals, Nursing Journals, PubMed Central). De esta manera provee acceso a más de 12 millones de referencias bibliográficas de artículos de 4600 revistas biomédicas publicadas en Estados Unidos y 70 países desde el año 1966 hasta la actualidad. Disponible en: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed

9.4.4 Recolección de información

- Se realizó por parte de las investigadoras, la búsqueda en la base de datos PubMed utilizando los términos Mesh para trastornos por consumo, factores de riesgo y adultos jóvenes
- Ser realizó el filtro de fecha de publicación dentro de los últimos 10 años
- Se utilizaron los filtros descritos en la estrategia de búsqueda
- Posteriormente se seleccionaron los artículos por título
- Después se filtraron los artículos restantes de acuerdo al abstract, teniendo en cuenta los criterios de inclusión y exclusión ya descritos
- Se tuvo en cuenta que los estudios tuvieran un componente analítico (cálculo de p, cálculo de OR y de intervalos de confianza) y no solamente descriptivo.
- Se procedió a realizar el análisis de los datos
- Con los datos que lo permitieron, se extrajeron los datos para evaluar los factores de riesgo en la población en estudio.

9.5 Control de sesgos

Se tuvo en cuenta el cegamiento y aleatorización en los diferentes artículos.

9.6 Evaluación de homogeneidad

No fue posible realizar evaluación de la homogeneidad ya que los datos aportados por los artículos no permitieron realizar en cálculo estadístico de la Q de Cochran.

10. PLAN DE ANÁLISIS

Resumen cualitativo de los estudios y análisis narrativo, sintetizando la evidencia al respecto.

Análisis de heterogeneidad de los estudios mediante el estadístico de Q de Cochram e I^2 promocionando el acceso a las revisiones sistemáticas basadas en la evidencia. Al aportar una síntesis fiable de la evidencia disponible sobre un tema determinado y facilita las decisiones al tener en cuenta toda la evidencia del efecto de una intervención. Sin embargo debido a la heterogeneidad de los datos aportados por los estudios no fue posible realizar dichos cálculos.

11. ASPECTOS ÉTICOS

El estudio se realizará bajo los lineamientos expuestos en la Declaración de Helsinki promulgada por la Asociación Médica Mundial y la Resolución 8430 de 1993 (71) por medio de la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud en Colombia, con el fin de fundamentar el desarrollo bajo los principios éticos de investigación en seres humanos.

Por tratarse de una revisión sistemática de literatura no hay riesgo de afectación al ser humano. Debido a esto no requiere la elaboración de consentimientos informados. No existe un impacto ambiental por el estudio.

12. RESULTADOS

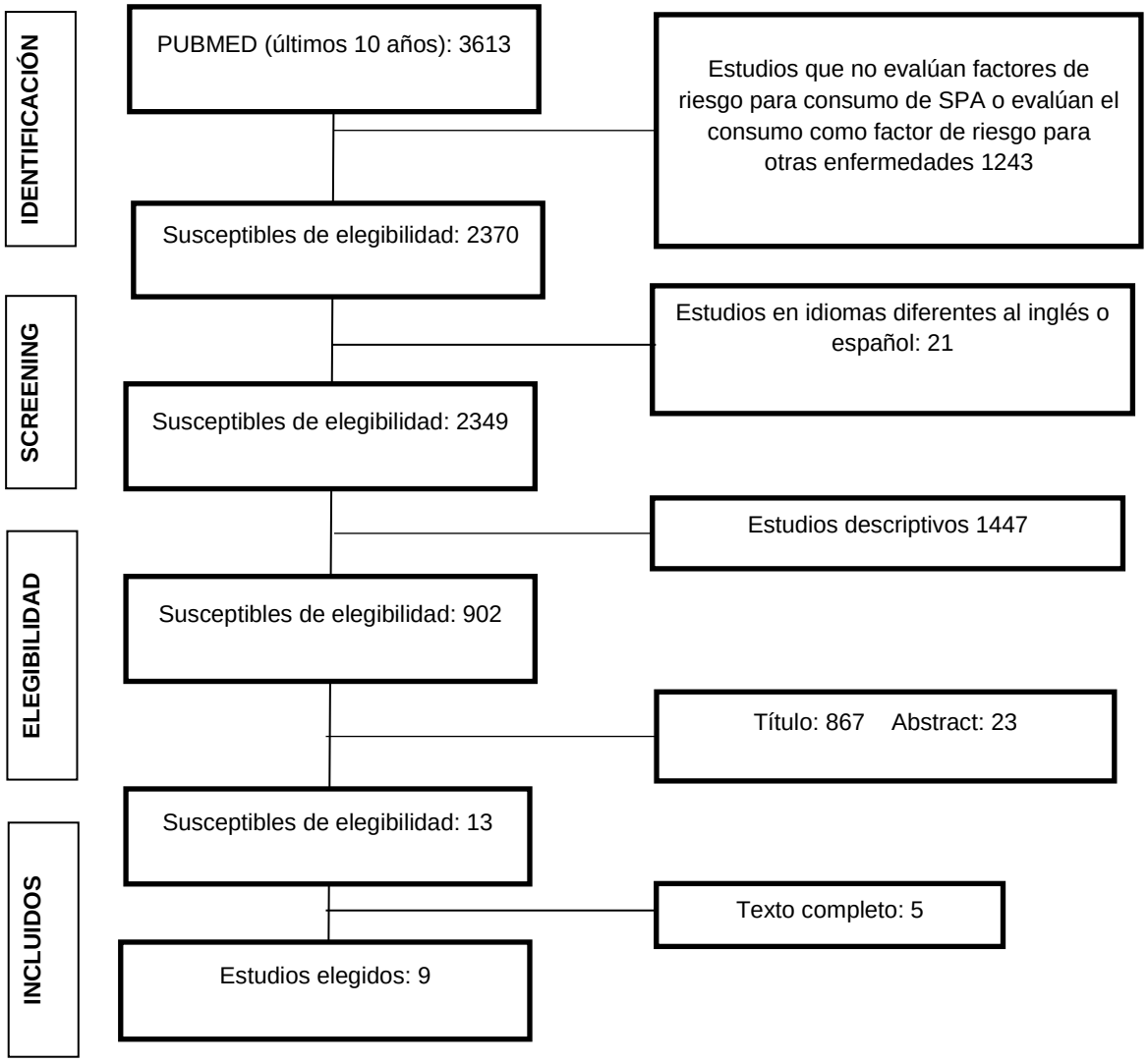
Tras realizar la búsqueda, se encontraron inicialmente 4016 artículos relacionados con el tema en cuestión, entre los cuales 403 fueron eliminados al aplicar el filtro del año de publicación (últimos diez años).

De 3613 restantes, 1243 no evaluaban características de los individuos relacionadas con el consumo de SPA, por lo que quedaron 2370 susceptibles de elegibilidad. Se excluyeron 21 por encontrarse en un idioma diferente al español o inglés, 1447 se excluyeron por tipo de estudio (descriptivos), 867 eliminados por pertinencia en el título y luego, 23 en el abstract. Se realizó la lectura completa de los trece artículos, entre los cuales 5 fueron excluidos. Se presenta la evidencia en 9 artículos que cumplen criterios para su selección. (Ver figura 2.)

Los años en que más publicaciones hubo al respecto fueron 2011, 2012 y 2018.

Para el control de la calidad de los estudios, los artículos fueron clasificados por nivel de evidencia, entre los cuales 8 tienen nivel de evidencia III por ser estudios de tipo transversal, mientras que sólo uno se trató de un estudio longitudinal. Se tuvo en cuenta el cegamiento y la aleatorización de los sujetos participantes de los diferentes estudios.

Figura 2. Diagrama según declaración Prisma (colaboración Cochrane®)(72).



Fuente: Realizada por las autoras

Tabla 1. *Artículos incluidos con su nivel de evidencia*

Título del articulo	Revista	Tema	Número de pacientes	Tipo de estudio y nivel de evidencia
Prevalencia y factores de riesgo para el consumo y dependencia de drogas en estudiantes de una universidad de Medellín, Colombia, 2009 (50)	Facultad Nacional de Salud Pública 2011	Determinar la prevalencia y factores de riesgo para el consumo y dependencia a drogas en estudiantes de una universidad de la ciudad de Medellín.	1264	Estudio de corte analítico Nivel de evidencia III
Factores de riesgo y de protección relacionados con el consumo de sustancias psicoactivas en estudiantes de enfermería (38)	Latino-Americana de Enfermagem 2011	Identificar la frecuencia de factores de riesgo y de protección relacionados con el consumo de drogas en estudiantes de enfermería.	390	Estudio de corte transversal Nivel evidencia III
Consumo de alcohol y factores de riesgo en estudiantes de dos universidades colombianas (56)	El Ágora USB 2012	Identificar factores de riesgo del consumo de alcohol en estudiantes universitarios colombianos.	396	Estudio de corte transversal Nivel evidencia III
The Prevalence of Substance use and Associated Risk Factors Among University Students in the City of Jahrom, Southern Iran (46)	Revista internacional de comportamientos y adicciones de alto riesgo 2015	Encuesta que intenta determinar la prevalencia del uso de sustancias y los factores de riesgo asociados entre los estudiantes.	1149	Estudio transversal

Factores familiares de riesgo de consumo de sustancias psicoactivas en estudiantes de una institución de educación media técnica de Colombia (73)	SciELO Colombia 2016	Determinar los factores de riesgo familiar que inciden en el consumo de sustancias psicoactivas (SPA), en estudiantes de la Institución Educativa Técnica San Luís Gonzaga del corregimiento de Chicoral.	209	cuantitativo, descriptivo y transversal
Factores de riesgo y de protección para el consumo de drogas en los estudiantes del Instituto de Filosofía de la Universidad de Antioquia, 2016 (10)	Revista Virtual de Ciencias Sociales y Humanas "PSICOESPACIOS" 2017	Indagar por los factores de riesgo y protección para el consumo de sustancias en los estudiantes de Instituto de Filosofía de la Universidad de Antioquia.	25	cuantitativo transversal Nivel evidencia III
Factores de riesgo y protección ante el consumo de drogas en jóvenes del municipio de La Paz (74)	Drugs Addict. Behav. | Vol. 3 | N°. 1 | pp. 52 – 74 2018	Identifica factores de riesgo y protección frente al consumo de drogas en jóvenes del Municipio de La Paz (Bolivia)	94	Transversal Nivel evidencia III
Prevalencia de vida y factores asociados al consumo de marihuana en estudiantes escolarizados de Pamplona-Colombia, durante el primer período de 2015: estudio Emtamplona (75)	Revista Médica de Chile 2018	Estimar la prevalencia de consumo de cigarrillo de tabaco entre adolescentes escolarizados, en el año 2015 en Pamplona, Colombia.	814	Estudio descriptivo transversal

Psychological Risk Factors for Alcohol, Cannabis, and Various Tobacco Use among Young Adults: A Longitudinal Analysis	Taylor & Francis 2019	Este estudio examinó el uso de alcohol, cannabis y varios productos de tabaco en relación con síntomas de (TDAH) versus síntomas de (depresión, ansiedad).	2397	Análisis longitudinal

Fuente: Realizada por las autoras

Se tomó el total de participantes dentro de los 9 estudios seleccionados para realizar un análisis de las características sociodemográficas, algunas variables no se especifican en todos los estudios, por lo que se aclara dentro de la tabla en cuántos individuos no es posible precisar dichas características.

La distribución de la población según las características mencionadas como factores de riesgo se encuentra a continuación:

Tabla 2. Características sociodemográficas de la población de individuos en los estudios, relacionados como consumidores de SPA (n=5203)

Características	n	%
Género		
Masculino	1861	35.77%
Femenino	3342	64.23%
Edad de inicio de consumo		
Entre 15 - 18 años	399	7.67%
Entre 18 – 21 años	319	6.13%
Entre 21-25 años	61	1.17%
Mayor de 25 años	102	1.96%
No especifica edad	4322	83.07%
Estado civil		
Soltero	2086	40.09%
Casado	38	0.73%
Unión libre	29	0.56%
Separado	8	0.15%
Viudo	0	0.0%
No reportan estado civil	3042	58.47%

Con quien vive		
Vive con padres	1008	19.37%
Vive con pareja o familia	128	2.46%
Vive solo/sola	43	0.83%
Vive con compañeros	14	0.27%
No reportan	4010	77.07%

Fuente: Realizada por las autoras

Se encontró que la mayoría de los participantes en los estudios fueron mujeres, lo cual contrasta con los resultados obtenidos en la mayoría de los estudios (explicados más adelante) en los que se identificó ser de sexo masculino como factor de riesgo para el consumo.

Por otra parte, en cuanto a los rangos de edad para el inicio del consumo, se encontró mayor prevalencia en el rango de 15 a 18 años, resaltando la importancia del desarrollo de intervenciones orientadas a los adolescentes. Sin embargo cabe mencionar que en algunos estudios esta variable no se especificó, correspondiendo a la gran mayoría de los participantes (83,07%) del total de estudios elegidos.

De igual forma, al evaluar el estado civil del total de participantes de los estudios, se encontró que la mayoría en quienes se evaluó esta variable, eran solteros (40,09%), lo cual es esperable dado el rango de edad de los evaluados. La misma lectura podría hacerse al interpretar los resultados obtenidos al evaluar con quien viven los participantes, donde se encontrando que un 19,37% aún viven con sus padres.

En cuanto a la prevalencia del consumo de sustancias psicoactivas se encontraron dos estudios realizados por Akbari que hablaron al respecto: la sustancia más consumida es el tabaco, seguida de alcohol y cannabis/marihuana (46), con los siguientes porcentajes (28.3%) para tabaco, (13.0%) para alcohol y (5.2%) para cannabis y marihuana.

En otro estudio efectuado por Martínez se reporta que hasta el 10% de los adolescentes ya han consumido alguna vez la marihuana antes de los 18 años (75).

Factores de riesgo sociodemográficos

Los factores de riesgo sociodemográficos descritos en los diferentes estudios, teniendo en cuenta la distribución de la población, fueron los siguientes:

En los estudios de Muñoz Preciado, Akbari, Tirado, Aguirre-Guiza y Martínez se encontró que ser hombre presenta un mayor riesgo (10,46,50,73,75) mientras que sólo en el estudio de Arias Zapata refirió el ser mujer como un factor de riesgo.(56)

Los datos acerca de la edad se presentan de forma contradictoria, debido a que algunos estudios como el de Muñoz Preciado hablan de inicio tardío para el inicio de consumo de SPA (24 años de edad) (10), otros como el de Tirado encontraron que el inicio de consumo es más común cuando tienen contacto con las sustancias entre los 18-21 años de edad (50) y en el estudio de Akbari se encontró adicionalmente una edad media de inicio entre 16 y 17 años (46). Finalmente el estudio realizado por Martínez reportó que empezar a consumir antes de los 18 años aumenta el riesgo progresivamente de OR 3.4 (iC95% 1.01-11.6) hasta OR 8.9 IC95% 1.9-40.9) (75).

En cuanto al estrato y estado civil, sólo es reportado como factor de riesgo en los estudios realizados por Muñoz-Preciado y Arias y concuerdan en que el ser de estrato bajo o medio se relaciona con un mayor riesgo de consumo SPA (10,56)

Por otro lado, en los mismos estudios, se encontró que el estado civil soltero (10,56) está más asociado al consumo de SPA, seguido por la unión libre (10); y en cuanto a la vivienda, el vivir solos constituye como factor asociado al consumo con diferencias estadísticamente significativas en el estudio realizado por Akbari (46).

No hay muchos datos con respecto al tipo de familia y su relación con el consumo de SPA. Solo el estudio de Aguirre-Guiza (73) reporta como factor asociado el tener una composición familiar monoparental (47,7%), mientras que en las familias biparentales, se encontró que los participantes en su gran mayoría tenían padres casados (61%), (73) sin embargo no hay suficientes datos para que estos elementos sean considerados como factores de riesgo.

En el estudio de Martínez-Torres (), se encontró que ser de una religión diferente a cristiana aumenta el riesgo con un75 OR de 2.8 e IC 95% 1.1-7.1

Cuando se evaluaron los conocimientos, actitudes y prácticas (CAP) de los participantes frente al consumo y la causa “externa” más frecuente, Argani y cols (74) encontraron como principal factor de riesgo las normas permisivas para venta de alcohol y tabaco en la ciudad, mientras que en el estudio de Morales y cols. encontraron la accesibilidad a SPA como riesgo para inicio de su consumo (38).

A nivel “interno”, refiriéndose a la familia, en los estudios de Tirado, Arias y Argani, se encontró como un factor de riesgo el ejemplo dado por los padres (55,61,74), en especial cuando hay un patrón de consumo definido en el tiempo(56) y la presencia de malas relaciones intrafamiliares (55,61,74). Por otra parte el tener amigo que consume también se encontró que aumenta el riesgo con un OR 9.0 IC95% 6-13.5) (50)

A nivel social, se describen la presión de grupo para el consumo (74), la permisibilidad social (38), la falta de habilidades sociales y autocontrol, (38) y el acceso a SPA, al igual que estar alejado de actividades culturales/sociales y/o

deportivas como factores asociados. Existe información de preconceptos y "permisividad social" sobre las sustancia psicoactivas, aumenta el riesgo (10)

Comorbilidad con trastornos psiquiátricos

En el estudio realizado por Tirado, se describe que las patologías psiquiátricas que se asocian más al consumo son: el tener un diagnóstico de trastorno por déficit de atención e hiperactividad (OR 2.3 IC95% 1.5-3.5), y/o tener diagnóstico de trastorno de ansiedad (OR 1.4 IC 1,1-1,9 (50).

Esto coincide con los hallazgos del estudio de Bierhoff (76), en el cual se encontró una asociación significativa entre los diagnósticos de TDAH, depresión y ansiedad y el consumo de sustancias psicoactivas tanto legales como ilegales. En los análisis bivariados realizados en dicho estudio, se pudo observar como el consumo de alcohol se asoció significativamente con niveles más altos de síntomas de TDAH (p = 0,021). El consumo de cannabis se asoció significativamente con niveles más bajos de depresión (p ¼ <.001) y síntomas de ansiedad. (p = .007), así como niveles más altos de síntomas de TDAH (p <.001). El uso de cigarrillo se asoció significativamente con niveles más altos de síntomas de TDAH (p =. 003), depresión (p <.001) y ansiedad (p <.001). El uso de cigarrillos electrónicos se asoció significativamente con niveles más altos de síntomas de TDAH (p = .005). Los resultados de este estudio reforzaron la literatura existente que indica que el consumo de alcohol y cannabis está fuertemente asociado con la sintomatología del TDAH, mientras que el consumo de tabaco, está más fuertemente asociado con síntomas de depresión y ansiedad.

Estos estudios reflejan que existe una asociación significativa en las personas que consumen sustancias psicoactivas y la comorbilidad con niveles más altos de sintomatología de hiperactividad, depresión y ansiedad. (Tabla 5)

Tabla 3. Comorbilidad con TDAH y consumo de sustancias psicoactivas encontrado en los estudios

ARTÍCULO	VARIABLE	N	OR	IC	P
Psychological Risk Factors for Alcohol, Cannabis, and Various Tobacco Use among Young Adults: A Longitudinal Analysis	Síntomas de TDH y consumo de alcohol	2397	1.07	1.00-1.14	0.042
	Síntomas de TDH y consumo de cannabis		1.11	1.02-1.22	0.019
	Síntomas de TDH y consumo de tabaco		1.04	0.94-1.15	0.428
Prevalencia y factores de riesgo para el consumo y dependencia de drogas en estudiantes de una universidad de Medellín, Colombia, 2009	Diagnóstico de hiperactividad asociado al consumo de SPA	63	2.3	1.5-3.5	<0.0001

Fuente: Realizada por las autoras

Factores protectores:

El estudio de Tirado y cols fue el único dentro de los seleccionados que evaluó la presencia de factores protectores, encontrando que el tener un proyecto de vida para los próximos cinco años protege contra el consumo de SPA con un OR 0.6 IC95% 05-08.

13. DISCUSIÓN

El consumo de sustancias psicoactivas y los trastornos relacionados con este son una problemática frecuente a nivel global, trayendo consigo consecuencias muy dañinas para la salud, afecta los ámbitos social, familiar, laboral y económico.
Se ha identificado que el periodo de vida correspondiente a la transición de la adolescencia a la adultez, es una etapa donde hay un aumento en el riesgo para presentar consumo de sustancias psicoactivas, existen factores relacionados con el inicio de la vida universitaria que aumentan este riesgo. El consumo de drogas durante el periodo de la adultez emergente es un problema en crecimiento, que conlleva un sinfín de problemáticas, incluyendo problemas sociales, familiares, laborales y académicos como la deserción estudiantil, un bajo rendimiento académico, y deficiencias en la formación profesional de los estudiantes (10) . Este trabajo tuvo como propósito identificar los factores asociados para abuso de sustancias psicoactivas en adultos jóvenes entre 15 y 25 años.

Se identificaron como factores de riesgo sociodemográficos, el hecho de ser hombre, empezar a consumir antes de los 18 años, pertenecer a un estrato socioeconómico bajo o medio, ser soltero, y vivir solos se constituye como factor asociado con diferencias estadísticamente significativa; refiriéndose a la familia, un factor de riesgo que se identificó fue el ejemplo dado por los padres, en especial cuando hay un patrón de consumo definido en el tiempo y la presencia de malas relaciones intrafamiliares, también se identificó que tener amigo que consume aumenta el riesgo. Por otra parte, en uno de los estudios se encontró que ser de una religión diferente a cristiana aumenta el riesgo. Es importante mencionar el hallazgo que, a nivel interno, el hecho de tener enfermedades afectivas y TDAH concomitantes aumenta el riesgo de consumo de sustancias psicoactivas.

A nivel social, se describen la presión de grupo para el consumo, permisibilidad social y el acceso a SPA, al igual que estar alejado de actividades culturales/sociales y/o deportivas son factores asociados.

Los resultados descritos son similares a los obtenidos en otras revisiones sistemáticas. En una revisión sistemática publicada en la revista “Addictive behaviours” (1), concluyeron que los varones en la adultez emergente son más propensos a ser dependientes del alcohol, y nicotina. Generalmente por beber en exceso. También se identificaron como factores de riesgo el ser estudiantes universitarios blancos de primer año, el uso de sustancias en desde los grados 8º a 9º.

No todos los jóvenes se adaptan al ambiente de la escuela, desarrollándose experiencias positivas o negativas, que lo determinan los logros académicos, la empatía con los pares, el reconocimiento de los padres y docentes. Cuando sucede lo contrario, hay bajo rendimiento escolar, insatisfacción con el medio, actitudes negativas con los profesores o con la academia; estas conductas están asociadas al consumo de sustancias psicoactivas (Marcos & Bahr, 1995). Ante esta situación negativa, muchos jóvenes tienen problemas para decir "NO" a la gente y asumen conductas inadecuadas (como el consumo) para poder ser socialmente aceptados. Esto debido a que en este periodo de la vida grupo es el foco de las grandes influencias, donde el joven encuentra sentido de pertenencia, comprensión y reconocimiento. El grupo se destaca por tener normas, que el adolescente debe acatar para no ser rechazado. Si el grupo se inclina a una actitud que favorece el consumo, el adolescente adoptara esa conducta inadecuada. El grupo de amigos puede ser un factor de riesgo influyendo en la toma de decisiones sobre el consumo de drogas. Aspectos como el poder adquisitivo, la dependencia del grupo, el ocio en las discotecas y las salidas nocturnas, pueden estar asociadas con el consumo de sustancias (Pons & Berjano, 1999; Segura & Cáliz, 2015). Otros factores de riesgo asociados son curiosidad, el antecedente de consumo de sustancias psicoactivas por miembros de la familia, la permisividad social, accesibilidad a las SPA, así como pobre o nula espiritualidad. Por el contrario, se ha documentado que en esta misma población existen factores protectores lo que disminuye el consumo de sustancias

psicoactivas, dentro de la presente revisión se identificó específicamente el hecho de tener un proyecto de vida claro para los próximos 5 años.

Es importante mencionar que dos de los estudios encontraron una relación estadísticamente significativa entre el consumo y trastornos afectivos como la depresión y la ansiedad, al igual que con el diagnóstico de TDAH. Lo cual se puede relacionar con la presencia de un pobre reconocimiento y regulación emocional en este grupo de edades, al igual que con la dificultad en el control de impulsos propia del TDAH. Esto resalta la importancia de una detección temprana de esta sintomatología en la población joven para prevenir que se desarrolle un trastorno por consumo.

Esta revisión aporta una síntesis de la evidencia disponible sobre un tema que es de gran importancia en la sociedad actual. El tener conocimiento de estos factores de riesgo busca facilitar la detección temprana de los mismos para identificar población de riesgo y elaborar intervenciones de manera temprana y oportuna para prevenir el consumo. Lo anterior es aplicable desde la consulta de atención primaria hasta la consulta por especialistas en psiquiatría y otras áreas. Igualmente, dado el grupo etario estudiado, cabe resaltar la importancia de las instituciones educativas en elaborar planes prevención de consumo que busquen intervenir sobre factores de riego y fortalecer factores protectores.

Dentro de las limitaciones de este estudio, se encuentra el hecho de no haber podido ampliar el número de artículos a analizar: de 3613 restantes, 1243 no evaluaban características de los individuos relacionadas con el consumo de SPA, por lo que quedaron 2370 susceptibles de elegibilidad. Igualmente, tras evaluar los artículos seleccionados, se evidenció gran heterogeneidad entre ellos ya que no existe suficiente información en los mismos o variables comparables entre ellos que permitan hacer un análisis estadístico aplicando la Q de Cochran. La heterogeneidad entre los estudios no permitió el realizar un análisis más allá de lo narrativo. Sin embargo, todas las variables halladas son altamente consideradas por la literatura especializada como factores de riesgo.

14. CONCLUSIONES

Se lograron identificar características sociodemográficas que se asocian al abuso de sustancias psicoactivas como son el hecho de ser hombre, inicio temprano del consumo, pertenecer a un estrato bajo o medio, estado civil soltero, vivir solo, ser de una religión diferente a la cristiana. El hecho de tener familiares o amigos con consumo activo de sustancias psicoactivas y vivir en un ambiente familiar conflictivo también se asocian con un mayor riesgo. Igualmente es importante resaltar el hallazgo de que la comorbilidad con enfermedades psiquiátricas aumenta el riesgo de consumo de sustancias psicoactivas. Basándose en esto, es recomendable que todos estos factores sean tenidos en cuenta al evaluar a los pacientes durante la consulta, no sólo por parte de la especialidad de psiquiatría, sino también en la atención primaria por parte de medicina general, y realizar una búsqueda activa de consumo de sustancias psicoactivas en quienes cumplan estas características, resaltando así la importancia de un enfoque biopsicosocial.

Asimismo, es importante mencionar que con la elaboración de esta revisión se hace evidente el hecho de que existe un déficit de estudios de tipo analítico que evalúen los factores de riesgo y de protección para consumo de sustancias psicoactivas y que cumplan con la rigurosidad metodológica pertinente, como la utilización de instrumentos validados y la comparación con grupos control. De esta manera se permitiría ampliar el conocimiento en este tema para poder aplicarlo en la realización de programas de prevención y detección temprana, que tengan como fin intervenir sobre los factores de riesgo y fortalecer los factores protectores, buscando evitar así las complicaciones a nivel social, económico, personal y familiar que se derivan del consumo nocivo de sustancias psicoactivas.

15. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. E SAbLhA. Review of risk and protective factors of substance use and problem se in emerging adulthood. Addict Behav. 2012;
2. JJ A. The developmental context of substance use in emerging adulthood. J Drug Issues. 2015;0022–0426:235–54.
3. Filipkowski K. B, Heron K. E SJM. Early adverse experiences and health: The transition to college. Am J Heal Behav. 2016;40(6):717–28.
4. Colombia O de D de. Reporte de Drogas de Colombia. In: Observatorio de Drogas de Colombia (ODC). 2017.
5. Ministerio de Salud y Protección Social M de J. Estudio Nacional de Consumo de Sustancias Psicoactivas en Colombia. In 2013.
6. UNODC. Estudio Epidemiológico Andino Sobre Consumo de Drogas en la Población Universitaria, Informe Regional. In: Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito. 2017.
7. Pratta E.M.M. D-SMA. Adolescencia y El Uso De Substancias Psicoactivas: El impacto Del Nivel Socioeconómico. Rev Latino-Am Enfermagem. 2007;15(SPE):806–11.
8. Cols C-MZ y. Factores psicosociales asociados al consumo de sustancias en estudiantes de una universidad pública. Rev salud pública. 2011;13(3):470–9.
9. Brook, D. W., Brook, J. S., Rosen, Z., De la Rosa, M., Montoya, I. D., & Whiteman M. Early risk factors for violence in Colombian adolescents. Am J Psychiatry,. 2003;160(8):1470–8.
10. Muñoz-Preciado C.E., Sandstede-Rivas M.J. KO, Carmen Elena Muñoz Preciado, María José Sandstede Rivas OK. Factores de riesgo y de protección para el consumo de drogas en los estudiantes del Instituto de Filosofía de la Universidad de Antioquia, 2016. Rev Virtual Ciencias Soc y Humanas “PSICOESPACIOS.” 2017;11(18):149.
11. Barrera-Herrera A. VE. Adultez Emergente y Características Culturales de la etapa en Universitarios Chilenos. Ter Psicológica. 2017;35(1):47–56.

12. Sánchez-Queija I., Parra A., Camacho C. AJ. Spanish Version of the Inventory of the Dimensions of Emerging Adulthood. Soc Study Emerg Adulthood SAGE Publ. 2018;(1–8).
13. Reifman, A., Arnett, J. J., & Colwell MJ. Emerging adulthood: Theory, assessment, and application. J Youth Dev. 2007;2:1.
14. Marzana D., Pérez-Acosta A., Marta E. GM. La transición a la edad adulta en Colombia: Una lectura racional. Av en Psicol Latinoam. 2010;28(1):99–112.
15. Al. S-MB et. The Effect of Residence, School Status, Work Status, and Social Influence on the Prevalence of Alcohol Use Among Emerging Adults. J Stud Alcohol Drugs. 2016;77(1):121–32.
16. Al. AJE. The Revised Inventory of the Dimensions of Emerging Adulthood (IDEA-R) and Substance Use Among College Students. Eval Heal Prof. 2017;40(4):401–8.
17. Al. WH et. Increases in Alcohol and Marijuana Use During the Transition Out of High School Into Emerging Adulthood: The Effects of Leaving Home, Going to College, and High School Protective Factors. J Stud Alcohol. 2006;67(6):810–22.
18. APA AA de P. Manual diagnóstico y estadístico de trastornos mentales, 5ta edición (DSM-5). 2013.
19. OMS OM de la S. Trastornos Mentales y del Comportamiento. In: Décima Revisión de la Clasificación Internacional de las Enfermedades (CIE-10) Descripciones Clínicas y pautas para el diagnóstico: 1992.
20. Ministerio de Salud y Protección Social M de J. Lineamiento de Prevención del Consumo de Alcohol y Sustancias Psicoactivas. In: Colombia. 2018.
21. Álvarez Y, Farré M. Farmacología de los opioides. Adicciones. 2005;17(2).
22. Health. AD of B. Factores de Riesgo y Protectores en Adolescentes para el Uso de Sustancias y otros Problemas Conductuales. In 2019.
23. Bagué, A. B., Pérez, M. E. G., Font-Mayolas, S., Vega, E. M. G., Masó, J. P., Torredà, M. R., & Olivas MC. Creencias de los adolescentes respecto al consumo de drogas. Cuad Med Psicosomática y Psiquiatr enlace. 2014;112(11–21):11–21.

24. MINSALUD Ministerio de Salud y Protección Social, Dirección de Promoción y Prevención R de C. Lineamientos para operar Programas Preventivos,. In 2015.
25. Ministerio de Salud y Protección Social R de C. La Prevención y Mitigación en Manos de los y las Jóvenes. Herramientas pedagógicas en prevención de consumo de sustancias psicoactivas y mitigación de su impacto, para líderes de organizaciones juveniles. In: 2013.
26. Ministerio de Salud y Protección Social R de C. Plan Nacional para la Promoción de la salud, la prevención y la atención del consumo de sustancias psicoactivas 2014-2021. In 2017.
27. (COPOLAD). CC entre AL y la UE en P sobre D. Calidad y Evidencia en Reducción de la Demanda de Drogas,. 2014.
28. MINSALUD Ministerio de Salud y Protección Social, Ministerio de Justicia R de C. Lineamiento de prevención del consumo de sustancias psicoactivas basada en la evidencia. In 2017.
29. MINSALUD Ministerio de Salud y Protección Social R de C. . Documento de fundamentación y estructura de la estrategia formativa a profesionales de la salud para la implementación de la estrategia de prevención indicada del consumo problemático de alcohol en estudiantes universitarios. 2013.
30. Pérez-Gómez A., Mejía-Trujillo J., Brown E. EN. Adaptation and Implementation of a Science-Based Prevention System in Colombia: Challenges and Achievements. J Community Psychol. 2016;44(4):538–45.
31. Social M de S y P. Herramientas pedagógicas en prevención de consumo de sustancias psicoactivas y mitigación de su impacto, para líderes de organizaciones juveniles. Segunda Edición. In: Colombia. 2013.
32. Nation M., Crusto C., Kumpfer K. et al. What Work In Prevention. Principles of effective prevention programs. Am Psychol. 2003;58(6):449–56.
33. Fishburne P., Abelson H. IH. National survey on drug abuse: Main findings. National Institute on Drug Abuse, Office of Medical and Professional Affairs,. 1980;
34. (NIDA). NI on DA. Preventing Drug Misuse and Addiction: The Best Strategy. 2018.

35. (NIDA). NI on DA. Understanding Drug Use and Addiction. 2018.
36. (NIDA). NI on DA. Principles of Substance Abuse Prevention for Early Childhood. Chapter 2: Risk and Protective Factors.
37. Fraguela, J. A. G., & Triñanes ER. Prevención del consumo de drogas en la escuela: cuatro años de seguimiento de un programa. Psicothema. 2002;14(4):685–92.
38. Blanca Nivia Morales, Merideidy Plazas, Rafael Sanchez CAAV. Factores de riesgo y de protección relacionados con el consumo de sustancias psicoactivas en estudiantes de enfermería. Latino-Americana Enferm. 2011;19:673–93.
39. Anicama G. Impacto de los factores de riesgo y factores protectores en el desarrollo de la conducta adictiva. In: Factores de riesgo y protección en el consumo de drogas en la juventud. 2001. p. 96–129.
40. Orcasita LT. Factores Psicosociales Asociados A Los Patrones De Consumo De Alcohol En Adolescentes Escolarizados. Psicol desde el Caribe. 2018;35(1).
41. Pérez-Fuentes M., Molero-Jurado M. M-M y cols. Factores que influyen en el inicio o mantenimiento de consumo de sustancias adictivas en Estudiantes de Secundaria. Rev Psicol y Educ. 2018;13(1):13–22.
42. Aarons G. et al. Substance Involvement Among Youths in Child Welfare: The Role of Common and Unique Risk Factors. Am J Orthopsychiatry. 2008;78(3):340–9.
43. Vargas-Navarro P. P-VMD. Estructura y tipología familiar en pacientes con dependencia o abuso de sustancias psicoactivas en un centro de rehabilitación de adicciones en el Municipio de Chía, Cundinamarca. Rev Colomb Psiquiat. 2015;44(3):166–76.
44. Tirado A., Álvarez M. y cols. Prevalencia y factores de riesgo para el consumo y dependencia de drogas en estudiantes de una universidad de Medellín,. Rev Fac Nac Salud Pública. 2012;30(1).
45. Hu M.C., Griesler P., Schaffran C. KD. Risk and Protective Factors for Nicotine Dependence in Adolescence. J Child Psychil Psychiatry. 2001;52(10):1063–72.

46. Al. HS et, Akbari STHSIYSNKAAAMMMM. The Prevalence of Substance use and Associated Risk Factors Among University Students in the City of Jahrom, Southern Iran. Int J High Risk Behav Addict. 2015;4(2):e22381.
47. Al. RM et. Factors for Addiction Potential among College Students. Int J Prev Med. 2018;9:17.
48. Skidmore C., Kaufman E. CS. Substance Use Among College Students. Child Adolesc Psychiatr Clin N Am. 2016;735–53.
49. Rigotti N., Lee JE. WH. US College students' use of tobacco products. Results of a National Survey. JAMA. 2000;248(6).
50. Tirado AF y cols,. 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.
51. Laespada M. T, Castillo I. I SEA. Factores de Riesgo y de Protección frente al Consumo de Drogas: Hacia un Modelo Explicativo del Consumo de Drogas en Jóvenes de la CAPV. IDD. 2004;
52. Cols. G-BM y. Consumo de sustancias psicoactivas en estudiantes universitarios en Villavicencio 2009- 2010.
53. Al. WE et. Factors associated with recreational drug use. J Psychopharmacol. 2004;18(2):238–48.
54. Weitzman E, Nelson T WH. Taking up binge drinking in college: The influences of person, social group, and environment. J Adolesc Heal. 2003;32(1):26–35.
55. Bucholz K, McCutcheon V, Agrawal A, Dick D, Hesselbrock V KJBL. . Comparison of parent, peer, psychiatric, and cannabis use influences across stages of offspring alcohol involvement: evidence from the COGA prospective study. Alcohol Clin Exp Res. 2017;41(2):359–68.
56. Francisco Javier Arias Zapata, Gustavo Adolfo Calderón Vallejo, Víctor Hugo Cano Bedoya GACP. Consumo de alcohol y factores de riesgo en estudiantes de dos universidades colombianas. El agora USB. 2012;12(1):127.
57. Katz E. C, Fromme K DEJ. Effects of outcome expectancies and personality on young adults' illicit drug use, heavy drinking, and risky sexual behavior.

Cogn Ther Res. 2000;24(1):1–22.

58. Riordan BC. CK. Wonderland and the rabbit hole: A commentary on university students' alcohol use during first year and the early transition to university. Drug Alcohol Rev. 2019;38:34–41.
59. Al HL et. Onset Of Opportunity To Use Cannabis And Progression From Opportunity To Dependence: Are Influences Consistent Across Transitions? Drug Alcohol Depend. 2016;1(160):57–64.
60. Al HA et. Pre-College Pregaming: Practices, Risk Factors, and Relationship to Other Indices of Problematic Drinking During the Transition From High School to College. Psychol Addict Behav. 2012;26(4):931–8.
61. Meisel MK BN. Protective and risky social network factors for drinking during the transition from high school to college. J Stud Alcohol Drugs. 2017;78:922.
62. Al. DKE. Rural and Urban Substance Use Differences: Effects of the Transition to College. Am J Drug Alcohol Abus. 2018;44(2):224–34.
63. McNeely C. FC. School Connectedness and the Transition Into and Out of Health-Risk Behavior Among Adolescents: A Comparison of Social Belonging and Teacher Support. J Sch Health. 2004;74(7).
64. Al WHE. Changes in substance use during the transition to adulthood: a comparison of college students and their noncollege age peers. J Drug Issues,. 2005;281–306.
65. Al CME. Transitions in First-Year College Student Drinking Behaviors: Does Pre-College Drinking Moderate the Effects of Parent- and Peer-Based Intervention Components? Psychol Addict Behav. 2012;26(3):440–50.
66. Schulenberg J. E MJ. A developmental perspective on alcohol use and heavy drinking during adolescence and the transition to young adulthood. J Stud Alcohol,. 2002;14(supplement):54–70.
67. Ross V DW. Alcohol and Other Drug Abuse among First-Year College Students. Infofacts/Resources High Educ Cent Alcohol Other Drug Abus Violence Prev. 2008;
68. G. LK. Flourishing, substance use, and engagement in students entering college: A preliminary study. J Am Coll Heal. 2011;59(6):555–61.

69. A MMAM. Consumo de sustancias psicoactivas en la Universidad Tecnológica De Pereira, Colombia. 2011;
70. Health: C for BHS and QNS on DU and. Substance Abuse and Mental Health Services Administration. In 2015.
71. MPS Ministerio de la Protección social. Resolucion 8430/1993 Por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación á. Bogotá. In 1993.
72. Welch V, Petticrew M, Tugwell P, Moher D, Neill JO, Waters E, et al. Extensión PRISMA-Equidad 2012 : guías para la escritura y la publicación de revisiones sistemáticas enfocadas en la equidad en salud *. Rev Panam Salud Pública. 2013;34(4):60–8.
73. Norma C. Aguirre-Guiza OBA-P y CPB-I. Factores familiares de riesgo de consumo de sustancias psicoactivas en estudiantes de una institución de educación media técnica de Colombia. Rev Salud Publica. 2017;19(1):21–30.
74. Argani C. Factores de riesgo y protección ante el consumo de drogas en jóvenes del municipio de La Paz. Drugs Addict Behav. 2018;3(1):52–74.
75. E M-TJr-NHr-C. Prevalencia de vida y factores asociados al consumo de marihuana en estudiantes escolarizados de Pamplona-Colombia, durante el primer período de 2015: estudio Emtamplona. Rev Med Chil. 2018;146(9):1023.
76. Bierhoff J, Haardörfer R, Windle M, Berg CJ. Psychological Risk Factors for Alcohol, Cannabis, and Various Tobacco Use among Young Adults: A Longitudinal Analysis. Subst Use Misuse [Internet]. 2019;54(8):1365–75.

16. ANEXOS

Anexo 1. Consideraciones administrativas – Cronograma

		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22
Fase 1. Concepción	Revisión de la literatura y																						
	Concepción de la idea preliminar																						
	Planteamiento de la pregunta y los objetivos																						
	Construcción del marco teórico																						
Fase 2. Planificación	Definición de la Hipótesis y las variables																						
	Selección del diseño																						
	Selección de la muestra																						
	Definición de las intervenciones y la medición																						
Fase 3. Implementación	Recolección de datos																						
Fase 4. Análisis	Análisis de los datos																						
	Interpretación de resultados																						
Comunicación	Determinación de los hallazgos																						

	Presentación de trabajo final

Anexo 2. PRESUPUESTO

Los costos del proyecto fueron asumidos por las investigadoras principales.

Rubro	Cantidad	Valor unidad	Valor total
Recurso Humano			
Coordinación del estudio	250 Horas	$40.000	$80.000
Subtotal			$80.000
Recurso Físico			
Papel carta	2 Resmas	$10.000	$20.000
Tinta para impresora	1 Cartucho	$45.000	$45.000
Fotocopias del formato	40	$100	$4.000
Subtotal			$69.000
Recurso Tecnológico			
Computador	1	$700.000	$700.000
Impresora	1	$80.000	$80.000
Subtotal			$780.000
Subtotal general			$929.000
Publicación			$150.000
Total			$1.079.000

Anexo 3. Relación de características de los estudios seleccionados

ESTUDIO	AUTORES	VARIABLES ANALIZADAS	ENCONTRADOS COMO FACTOR DE RIESGO
Prevalencia y factores de riesgo para el consumo y dependencia de drogas en estudiantes de una universidad de Medellín, Colombia, 2009	Andrés F. Tirado; Matilde Álvarez; Juan D. Velásquez; Lina Gómez ; Clara Ramírez; Alberto R. Vargas	Edad, sexo, estado civil, estrato socioeconómico, composición familiar, rendimiento académico (SE ANALIZARON SÓLO PREVALENCIAS) Diagnóstico de trastorno mental, consumo previo, tiempo de consumo, motivos para el consumo, presencia de consumo en un familiar, amigo o profesor, conflicto intrafamiliar (SE CALCULÓ OR)	Amigo que consume OR 9 (6-13,5) – Profesor que consume OR 6 (2,8-13,2) - Familiar que consume OR 2,3 (1,9-3,5) – Diagnóstico de hiperactividad OR 2,3 (1,5-3,5) – Diagnóstico de ansiedad OR 1,4 (1,1-1,9) – Peleas familiares OR 1,4 (1-1,9) -
Prevalencia de vida y factores asociados al consumo de marihuana en estudiantes escolarizados de Pamplona-Colombia, durante el primer período de 2015: estudio Emtamplona	Javier Martínez-Torres, Heriberto Rangel-Navia, Eliana Rivera-Capacho	Sexo, curso, edad, tipo de colegio, religión, estrato social, grado académico de los padres, consumo actual de cigarrillo (SE CALCULÓ OR EN TODAS)	Pertenecer a una religión diferente a la cristiana (OR 2,88 IC95% 1,16-7,13) - ser consumidor de tabaco (OR 6,20 IC95% 3,69-10,42) - Tener entre 14 y 15 años (OR 3,42 IC95% 1,01-11,64), 16 y 17 años (OR 7,68 IC95% 2,27-26,00), 18 y 19 años (OR 8,92 IC95% 1,95-40,93)

Factores de riesgo y protección ante el consumo de drogas en jóvenes del municipio de La Paz	Juana Isabel Callisaya Argani	Resistencia a la percepción de grupo, autoestima, patrones de consumo en familiar, violencia en la familia, mensajes de las instituciones sociales relacionados a las drogas (coherente o no), normas permisivas para el consumo, alternativas para el uso del tiempo libre	Accesibilidad a SPA - normas permisivas - escasa resistencia a la presión de grupo - violencia en la familia - historia de consumo en familiares – curiosidad - experiencia en consumo,
Consumo de alcohol y factores de riesgo en estudiantes de dos universidades colombianas	Francisco Javier Arias Zapata, Gustavo Adolfo Calderón Vallejo, Víctor Hugo Cano Bedoya, Guillermo Alonso Castaño Pérez	Sexo, edad, estrato social, estado civil, hijos, situación de vivienda.	Dificultad para decir No a la gente - Consumo de sustancias psicoactivas por miembros de la familia - Cambios en su estado de ánimo - Influencia de los medios de comunicación o publicidad en el consumo - Familiares con problemas de consumo de alcohol
Factores de riesgo y de protección relacionados con el consumo de sustancias psicoactivas en estudiantes de enfermería	Blanca Nivia Morales, Merideidy Plazas, Rafael Sanchez, Carla Aparecida Arena Ventura	Edad, sexo, estado civil, semestre, dependencia económica de los padres.	permisividad social y accesibilidad a las SPA - preconceptos y valoración de las SPA - Habilidades sociales y de autocontrol.
Factores de riesgo y de protección para el consumo de drogas en los estudiantes del Instituto de Filosofía de la Universidad de Antioquia, 2016	Carmen Elena Muñoz Preciado, María José Sandstede Rivas, Olena Klimenko	Sexo, edad, estado civil, estrato social, formación académica, semestre.	Preconceptos y valoración de SPA - permisividad social y accesibilidad a las SPA - Factor de riesgo emocional: (Dificultad para relajarse - Ponerse triste fácilmente, pensamientos repetitivos, problemas para dormir o despertar) - Habilidades sociales y de autocontrol
Factores familiares de riesgo de consumo de sustancias psicoactivas en estudiantes de una institución de educación media técnica de Colombia	Norma C. Aguirre-Guiza, Olga B. Aldana-Pinzón y Claudia P. Bonilla-Ibáñez	Edad, estado civil de los padres, composición familiar, sexo, condiciones socioeconómicas, consumo previo de SPA.	Familia monoparental - Existencia de conflictos familiares - Limitada participación en la formación de los hijos - baja cohesión o vinculación emocional entre la familia - búsqueda de placer y diversión - influencia del entorno de amigos

The Prevalence of Substance use and Associated Risk Factors Among University Students in the City of Jahrom, Southern Iran	Seyed Taghi Heydari; Somayeh Izedi; Yaser Sarikhani; Navid Kalani; Ali Akbary; Abolfazl Miri; Mojtaba Mahmoodi; Maryam Akbari	Sexo, estado civil, lugar de residencia, vive solo o acompañado, antecedente de consumo previo, motivación para el consumo	Sexo masculino - vivir solo - vivir en dormitorios estudiantiles,
Psychological Risk Factors for Alcohol, Cannabis, and Various Tobacco Use among Young Adults: A Longitudinal Analysis	Jennifer Bierhoff, Regine Haardörfer, Michael Windle, Carla J. Berg	Edad, sexo, orientación sexual, raza, etnia, educación de los padres y tipo de escuela. Síntomas del TDAH, síntomas depresivos, síntomas de ansiedad	Niveles altos de síntomas de TDAH son predictores para consumo de cannabis, alcohol y tabaco. Niveles altos de síntomas de ansiedad y depresión son predictores de consumo de tabaco. Para consumo de alcohol: Tener mayor edad – sexo femenino – no ser de raza negra. Para consumo de cannabis: No ser heterosexual,- se de raza negra. Para consumo de tabaco: ser hombre- asistir a escuela técnica

Anexo 4. Lista de chequeo de acuerdo a la declaración PRISMA

Section/topic	#	Checklist item	Reported on page #
TITLE			
Title	1	Identify the report as a systematic review, meta-analysis, or both.	7
ABSTRACT			
Structured summary	2	Provide a structured summary including, as applicable: background; objectives; data sources; study eligibility criteria, participants, and interventions; study appraisal and synthesis methods; results; limitations; conclusions and implications of key findings; systematic review registration number.	7
INTRODUCTION			
Rationale	3	Describe the rationale for the review in the context of what is already known.	27
Objectives	4	Provide an explicit statement of questions being addressed with reference to participants, interventions, comparisons, outcomes, and study design (PICOS).	29
METHODS			
Protocol and registration	5	Indicate if a review protocol exists, if and where it can be accessed (e.g., Web address), and, if available, provide registration information including registration number.	1
Eligibility criteria	6	Specify study characteristics (e.g., PICOS, length of follow-up) and report characteristics (e.g., years considered, language, publication status) used as criteria for eligibility, giving rationale.	30
Information sources	7	Describe all information sources (e.g., databases with dates of coverage, contact with study authors to identify additional studies) in the search and date last searched.	32
Search	8	Present full electronic search strategy for at least one database, including any limits used, such that it could be repeated.	31

Study selection	9	State the process for selecting studies (i.e., screening, eligibility, included in systematic review, and, if applicable, included in the meta-analysis).	33
Data collection process	10	Describe method of data extraction from reports (e.g., piloted forms, independently, in duplicate) and any processes for obtaining and confirming data from investigators.	33
Data items	11	List and define all variables for which data were sought (e.g., PICOS, funding sources) and any assumptions and simplifications made.	33
Risk of bias in individual studies	12	Describe methods used for assessing risk of bias of individual studies (including specification of whether this was done at the study or outcome level), and how this information is to be used in any data synthesis.	33
Summary measures	13	State the principal summary measures (e.g., risk ratio, difference in means).	33
Synthesis of results	14	Describe the methods of handling data and combining results of studies, if done, including measures of consistency (e.g., I^2) for each meta-analysis.	34
Risk of bias across studies	15	Specify any assessment of risk of bias that may affect the cumulative evidence (e.g., publication bias, selective reporting within studies).	33
Additional analyses	16	Describe methods of additional analyses (e.g., sensitivity or subgroup analyses, meta-regression), if done, indicating which were pre-specified.	NA
RESULTS			
Study selection	17	Give numbers of studies screened, assessed for eligibility, and included in the review, with reasons for exclusions at each stage, ideally with a flow diagram.	37
Study characteristics	18	For each study, present characteristics for which data were extracted (e.g., study size, PICOS, follow-up period) and provide the citations.	38 60
Risk of bias within studies	19	Present data on risk of bias of each study and, if available, any outcome level assessment (see item 12).	38
Results of individual studies	20	For all outcomes considered (benefits or harms), present, for each study: (a) simple summary data for each intervention group (b) effect estimates and confidence intervals, ideally with a forest plot.	39

Synthesis of results	21	Present results of each meta-analysis done, including confidence intervals and measures of consistency.	NA
Risk of bias across studies	22	Present results of any assessment of risk of bias across studies (see Item 15).	NA
Additional analysis	23	Give results of additional analyses, if done (e.g., sensitivity or subgroup analyses, meta-regression [see Item 16]).	NA
DISCUSSION			
Summary of evidence	24	Summarize the main findings including the strength of evidence for each main outcome; consider their relevance to key groups (e.g., healthcare providers, users, and policy makers).	46
Limitations	25	Discuss limitations at study and outcome level (e.g., risk of bias), and at review-level (e.g., incomplete retrieval of identified research, reporting bias).	48
Conclusions	26	Provide a general interpretation of the results in the context of other evidence, and implications for future research.	48
FUNDING			
Funding	27	Describe sources of funding for the systematic review and other support (e.g., supply of data); role of funders for the systematic review.	NA

Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, Altman DG, The PRISMA Group (2009). Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: The PRISMA Statement. PLoS Med 6(7): e1000097. doi:10.1371/journal.pmed1000097