



RELACIÓN ENTRE CONSUMO DE MARIHUANA Y SALUD MENTAL EN  
JÓVENES UNIVERSITARIOS DE PRIMER SEMESTRE

Angie Vanessa Carreño Uribe

Leidy Jacqueline Leal Carrillo

Zila Gabriela Paguay Alpala

PONTIFICIA UNIVERSIDAD JAVERIANA CALI  
FACULTAD DE HUMANIDADES Y CIENCIAS SOCIALES  
CARRERA DE PSICOLOGÍA  
SANTIAGO DE CALI, ENERO 2021



Pontificia Universidad  
**JAVERIANA**  
Cali

RELACIÓN ENTRE CONSUMO DE MARIHUANA Y SALUD MENTAL EN  
JÓVENES UNIVERSITARIOS DE PRIMER SEMESTRE

Angie Vanessa Carreño Uribe

Leidy Jacqueline Leal Carrillo

Zila Gabriela Paguay Alpala

Trabajo de Grado

Directora Ana Marcela Uribe Figueroa

PONTIFICIA UNIVERSIDAD JAVERIANA CALI  
FACULTAD DE HUMANIDADES Y CIENCIAS SOCIALES  
CARRERA DE PSICOLOGÍA  
SANTIAGO DE CALI, ENERO 2021

ARTICULO 23 de la Resolución No. 13 del 6 de Julio de 1946, del Reglamento de la Pontificia Universidad Javeriana.

“La Universidad no se hace responsable por los conceptos emitidos por sus alumnos en sus trabajos de Tesis. Solo velará porque no se publique nada contrario al dogma y la moral católica y porque las Tesis no contengan ataques o polémicas puramente personales; antes bien, se vea en ellas el anhelo de buscar la Verdad y la Justicia”.

Nota de Aceptación

---

---

---

---

---

---

---

---

Ana Marcela Uribe Figueroa

DIRECTOR – TRABAJO DE GRADO

---

Fabián Ernesto Bravo

Jurado

---

Cristina Aristizábal Dorronsoro

Jurado

Santiago de Cali, 2021

## TABLA DE CONTENIDO

INTRODUCCIÓN	1
MÉTODO	25
Diseño	25
Participantes	26
Instrumentos	26
Procedimiento	27
Consideraciones éticas	29
RESULTADOS	30
DISCUSIÓN	42
REFERENCIAS	51

### ANEXOS

Anexo 1. Cuestionario DASS-21. Depresión, ansiedad y estrés

Anexo 2. Apartado de Uso de sustancias

## **LISTA DE TABLAS**

Tabla 1: Características sociodemográficas de la población

Tabla 2: Características sociodemográficas del consumo

Tabla 3: Consumo de marihuana en diferentes períodos de tiempo

Tabla 4: Relación entre el consumo de marihuana alguna vez en la vida y datos sociodemográficos

Tabla 5: Estimación del riesgo para la edad, estrato socioeconómico y el consumo de marihuana alguna vez en la vida

Tabla 6: Relación entre el consumo en el año y datos sociodemográficos

Tabla 7: Relación entre el consumo de marihuana durante el mes y datos sociodemográficos

Tabla 8: Sintomatología de estrés, ansiedad y depresión

Tabla 9: Relación entre el consumo de marihuana en diferentes períodos de tiempo y sintomatología depresiva

Tabla 10: Relación entre el consumo de marihuana en diferentes períodos de tiempo y sintomatología de ansiedad

Tabla 11: Relación entre el consumo de marihuana en diferentes períodos de tiempo y sintomatología de estrés

## **LISTA DE ANEXOS**

Anexo 1. Cuestionario DASS-21. Depresión, ansiedad y estrés

Anexo 2. Apartado de Uso de sustancias

## **RESUMEN**

El consumo de marihuana y la salud mental en jóvenes universitarios ha sido un tema de estudio que ha generado interés en distintos autores, por su gran impacto en la población joven. La presente investigación de enfoque cuantitativo y diseño transversal tuvo como objetivo establecer la relación entre el consumo de marihuana en diferentes períodos de tiempo, factores sociodemográficos y salud mental de estudiantes universitarios de primer semestre de una universidad privada de la ciudad de Cali, Colombia. Para esto, se realizó un análisis de datos secundarios de la información recogida por el proyecto VIDA 2020. Se analizaron los datos de 636 estudiantes universitarios, con una edad promedio de 18 años y se identificaron los datos sociodemográficos de la población, junto con la relación frente al consumo de marihuana. Igualmente, se relacionó el consumo en diferentes períodos de tiempo con la salud mental. De lo anterior, se encontró que, pese a que no se evidenció una relación significativa entre estas dos variables, se lograron identificar algunas relaciones de datos sociodemográficos con el consumo en los diferentes períodos de tiempo; como que los hombres tendían a presentar porcentajes más altos de consumo que las mujeres, y las personas de mayor edad y estratos altos presentaban un mayor nivel de consumo que los participantes de menor edad y estratos bajos. Lo anterior, podrá aportar teóricamente a futuras investigaciones, que se desarrollen en pro de la prevención del consumo y la promoción de la salud mental.

*Palabras clave:* salud mental, consumo de marihuana, jóvenes universitarios, factores sociodemográficos, sintomatología de estrés, ansiedad y depresión

## INTRODUCCIÓN

El consumo de marihuana es una problemática que afecta a muchos adolescentes y adultos jóvenes en la actualidad (UNODC, 2020). El rango de edad de 18 a 34 años se mantiene en el nivel más alto de consumo en la mayoría de los países de las Américas, en contraste con otros rangos de edad (OEA, 2019; ). Según Volkow y Morales (2015) el consumo desde la adolescencia genera que a largo plazo la producción de dopamina disminuya en el centro de gratificación del cerebro. Esto, convierte a la marihuana en la puerta de entrada al consumo de drogas más fuertes, para que estas generen de nuevo la misma producción de dopamina que se obtenía con anterioridad, afectando de esta forma la salud mental. Así, se considera de gran relevancia profundizar en esta problemática, y se presentan distintos datos relacionados con el consumo de marihuana y salud mental en jóvenes universitarios.

En la población universitaria a nivel internacional, el país con mayor consumo de marihuana es Uruguay con una tasa del 29,8%, seguido por Colombia con el 20,8%; siendo el segundo país de las Américas con mayor consumo de esta sustancia. En cuanto a la percepción de gran riesgo del consumo de marihuana de forma ocasional y frecuente en la población universitaria, se observó que los hombres perciben menor riesgo que las mujeres y, en lo que refiere a los países con mayor prevalencia de consumo de marihuana: en Colombia y Uruguay, se constató que la percepción del riesgo al utilizar esta droga, tanto de forma ocasional como frecuente, fue la más baja (OEA, 2019).

Con respecto a la accesibilidad del consumo de marihuana, entre el 50% y 60% de la población en Colombia, El salvador y Uruguay perciben tener fácil acceso a la marihuana. Con relación a la percepción del gran riesgo del consumo de marihuana de forma ocasional en la población en general, se observa que en países como Chile, Estados Unidos y Uruguay existe una menor percepción de riesgo frente al consumo, en contraste con Perú, Suriname, Colombia y

República Dominicana, donde un porcentaje de la población igual o mayor al 70% percibe que existe un gran riesgo en el uso ocasional de la marihuana (OEA, 2019).

Según el Estudio Nacional de Consumo de Sustancias Psicoactivas en Población Escolar Colombia (2016), el 11,7% de la población estudiantil (que abarca grados de séptimo a once con adolescentes de edades entre los 12 y los 18 años), ha consumido marihuana al menos una vez en la vida, en contraste con la población universitaria donde un 37,6% consumió al menos una vez en la vida marihuana. Asimismo, se puede evidenciar que a medida que aumenta la edad, también aumenta el nivel de consumo de marihuana, mostrando una tasa de prevalencia de 4,38% durante el último año, en adolescentes entre 12 y 14 años, una prevalencia de 13,49% en estudiantes entre los 17 y 18 años y una tasa del 21% en estudiantes universitarios. Por otra parte, en Colombia alrededor de 10 ciudades se encuentran con una tasa de prevalencia de consumo de marihuana mayor que la tasa del promedio nacional (8%). De estas, Caldas es el departamento con mayor prevalencia del país, alcanzando una tasa del 15%, en personas con edades entre los 12 y 18 años (Observatorio de Drogas de Colombia ODC, 2016; Oficina de las Naciones Unidas Contra la Droga y el Delito UNODC, 2017).

Otro aspecto para resaltar observado en el estudio anterior es la edad de inicio en la población estudiantil en Colombia, pues tanto para hombres como para mujeres está alrededor de los 14 años (ODC, 2016). Dicho dato es preocupante, ya que como lo mencionan Saavedra-Portales et al. (2016) el consumo de marihuana a temprana edad puede generar un bajo rendimiento académico y una mayor probabilidad de abandonar los estudios; debido a que en esta población se presenta una tendencia hacia la pérdida de interés en las distintas actividades de la vida cotidiana, por el consumo de marihuana.

Ahora bien, en la población entre los 12 y 18 años, se ha encontrado que quienes consumieron marihuana en el último año el 10,76% ha tenido alguna vez problemas escolares, ha estado involucrado en peleas o con la policía, por consumir marihuana. Igualmente, un 23,6% de los estudiantes se encuentran en el nivel de consumo de marihuana de alto riesgo, según la escala Cannabis Abuse Screening Test (CAST) demostrando, que existe afectación en la vida cotidiana de las personas que consumen (ODC, 2016). De la misma manera, se ha encontrado que la prevalencia de consumo de marihuana en estudiantes universitarios ha incrementado

significativamente, ya que en el 2009 se presentó una tasa del 4,9%, en 2012 una tasa del 8,1% y en el 2016 una tasa del 10,8% (UNODC, 2017).

En este mismo orden de ideas, según la Encuesta Nacional de Salud Mental (ENSM, 2015) las sustancias ilegales de mayor consumo en adolescentes y adultos son el cannabis, los opioides, la cocaína y los estimulantes como las anfetaminas. No obstante, la marihuana se registra como la sustancia ilegal más consumida en Colombia (ODS, 2016), encontrando que su uso está asociado a factores como el comportamiento antisocial, la baja percepción de riesgo frente al consumo, el acceso fácil y la cercanía a amigos que consumen. Del mismo modo, en el informe se encuentra que, los adolescentes y jóvenes que consumen marihuana presentan síntomas de trastornos como la ansiedad y el estrés al menos una vez al año.

A nivel regional, según la Secretaría Departamental de Salud del Valle del Cauca (2018), en el año 2016 se encontró que la prevalencia del consumo de marihuana en la población estudiantil, de 11 a 17 años, era de un 9,1% y en la población de 18 a 24 años fue del 10,9%, denotando un mayor consumo en este departamento, en relación al porcentaje a nivel nacional que fue del 8%. Asimismo, se encontró que la edad de inicio del consumo de marihuana en el Valle del Cauca se encuentra alrededor de los 17 años, tanto para hombres como mujeres (ODC, 2013). Igualmente, la Secretaría Departamental de Salud del Valle del Cauca (2019), en un informe acerca de la salud afirma que, en las consultas relacionadas con la morbilidad en la salud mental, un 8,35% corresponde a los trastornos mentales causados por el consumo sustancias psicoactivas.

Dicho lo anterior, cabe señalar los distintos estudios que se han realizado en torno a la relación entre el consumo de marihuana y la salud mental (ansiedad, depresión y estrés) en jóvenes universitarios. Saavedra-Portales et al., (2016) realizan una investigación con el fin de establecer la frecuencia de consumo de marihuana en 312 universitarios de Chile, de los cuales el 69,9%, eran hombres y el 30,1% eran mujeres. En este estudio se menciona que los jóvenes que consumen desde una temprana edad tienden a presentar dificultades escolares como deserción o niveles de desempeño bajos, afirmando que la marihuana influye en la motivación de los jóvenes para estudiar (Fergusson y Boden 2008). Del mismo modo, se ha evidenciado que compartir constantemente con pares que consumen, aumenta la probabilidad de que una persona consuma marihuana (Varela et al.; Vázquez y Becoña, como se cita en Hernández-Serrano et al., 2015).

Por otra parte, Saavedra-Portales et al. (2016), afirman que el 63,8% de los universitarios consumió marihuana alguna vez en la vida, de ellos un 43,6% lo hizo en los últimos doce meses y de ese porcentaje un 32,4% consumió en los últimos 30 días, demostrando que la problemática del consumo de marihuana aún se sigue presentando con frecuencia en los jóvenes universitarios (Jain et al., 2018; Hernández-Serrano, Font-Mayolas, Gras, 2015). Además, el 65,1% de los hombres consumieron en el último año y un porcentaje menor (60,65) se presentó en las mujeres, evidenciando una tendencia en los hombres a presentar más probabilidades de consumo que las mujeres (Cáceres, et al., 2006; Hernández-Serrano et al., 2015; Jain et al., 2018; Quimbayo-Díaz y Olivella-Fernández, 2012). Sin embargo, otra investigación, menciona que hay mayor consumo en las mujeres (Córdoba-Paz et al., 2017).

Adicional a lo anterior, en este estudio se observa que, la edad donde hay mayor prevalencia de consumo está entre los 16 y 17 años (Saavedra-Portales et al., 2016). Lo cual se podría generar debido a que en ese momento de la adolescencia empiezan a querer sentirse un poco más adultos y tener el control de todo. Sin embargo, en muchas ocasiones los adolescentes no tienen la capacidad de hacerlo adecuadamente, por lo que pueden llegar a presentar más problemas en todas las áreas de su vida, que en cualquier otro momento (Mansilla, 2000). Igualmente, algunos autores afirman que en estas edades (12 a 17 años), se da el inicio del consumo de marihuana (Cáceres, et al., 2006). Además, Quimbayo-Díaz y Olivella-Fernández (2012) afirman que la familia puede ser un factor de protección frente al consumo de marihuana y por lo tanto la ausencia de ella se considera un factor de riesgo (National Institute on Drug Abuse, 2020).

Danielsson et al. (2016) realizaron una investigación que buscaba reconocer y analizar las posibles relaciones entre el consumo de marihuana y la angustia psicológica, la cual se caracterizó como el conjunto de síntomas de estrés, ansiedad y depresión, que aumentan el nivel de gravedad con el transcurrir del tiempo. Para el desarrollo del estudio, aplicaron el Cuestionario de Salud General, GHQ-12 a una muestra de 18.969 mujeres y hombres en edades entre los 18 y los 84 años en Suecia y Estocolmo. Además, el estudio se realizó en un período de ocho años, durante los cuales, se tomaron dos mediciones: la primera, en el 2002 y luego, en el 2010.

De acuerdo con lo anterior, se obtuvieron resultados como los siguientes: se presentó mayor frecuencia de consumo en los jóvenes que se encontraban en edades entre los 18 y 34 años y que además se encontraban desempleados. Por otro lado, factores como el consumo de tabaco,

el riesgo de consumo de alcohol y el estrato socioeconómico, no presentaron influencia significativa al ser relacionados con el consumo de marihuana y la angustia psicológica. Además, no se identificó una asociación importante entre el consumo y la angustia psicológica en hombres, por el contrario, en mujeres si hubo relación significativa, siendo el consumo de marihuana un factor que aumentó la probabilidad de presentar angustia psicológica. Por último, los autores recomiendan tener en cuenta la edad de inicio y la frecuencia del consumo, dado que, en hallazgos de otras investigaciones, los autores encontraron que un inicio temprano y el consumo con frecuencia estaba relacionado con síntomas de trastornos del estado de ánimo (Hayatbakhsh et al., como se cita en Danielsson et al., 2016).

De igual forma, Van-Gastel et al. (2014), realizaron una investigación en Holanda con la intención de indagar acerca de la relación entre el consumo de cannabis y la salud mental en general. El estudio tuvo en cuenta a 1,929 adultos jóvenes de 18 a 30 años, quienes se evaluaron con el Symptom Check List 90 Revised (SCL-90-R), el cual busca estimar la medida de la limitación en la vida de la persona a causa de un problema de salud mental. Por medio de 90 preguntas con respuesta tipo Likert de 5 puntos, que se expresan desde “nada” hasta “extremadamente”, y el consumo de marihuana se evaluó con una pregunta sobre la frecuencia del mismo y con otra sobre la edad de inicio del consumo.

A partir del análisis de los resultados, se obtuvo que alrededor del 50% de los jóvenes inició a consumir entre los 15 y 17 y un 30% antes de los 15 años. Igualmente, se evidenció una asociación entre el consumo de marihuana y el deterioro de la salud mental sobre todo en mujeres, y en las que consumían semanalmente, se obtuvo una significancia de  $p=0,05$  en las correlaciones entre el consumo de marihuana y la presencia de ansiedad y depresión, con un nivel de confiabilidad del 95%. Además, la relación identificada anteriormente, no presentó alteración cuando se incluía otra variable, tal como la edad. Finalmente, los autores recomiendan trabajar este tema en estudios longitudinales, donde se tratan con mayor profundidad (Van-Gastel et al., 2014).

Continuando en el mismo tema, Vallejo et al. (2019) realizaron un estudio en México sobre los síntomas de la depresión y el consumo de sustancias en 4.543 estudiantes universitarios, encontrando que el 63% de la muestra presentó síntomas depresivos, de este porcentaje hubo mayor prevalencia en las mujeres con un 39%. Asimismo, Ramírez et al. (2012), al evaluar un

grupo de 152 estudiantes entre los 14 y 18 años de Medellín, encontraron que alrededor del 25% de la muestra estudiada presentó síntomas de depresión y ansiedad.

Ahora bien, en el estudio de Vallejo et al. (2019), evidenciaron que el 8% de la muestra consumía marihuana y, a pesar de ser un porcentaje pequeño, se encontró que, al relacionar la sintomatología depresiva con los niveles de consumo, siempre fueron mayores los porcentajes de consumo de marihuana cuando había presencia de síntomas depresivos, expresándose de la siguiente forma: en consumo de bajo riesgo se obtuvo un 31% con sintomatología depresiva versus un 25% sin sintomatología depresiva, en riesgo moderado se presentó un 14% con sintomatología depresiva y un 5% sin sintomatología depresiva y en riesgo alto hubo un 18% con sintomatología depresiva y un 5% sin ella. También se identificó que la edad de inicio de consumo estaba entre los 16 y 20 años aproximadamente tanto para hombres como para mujeres; lo cual concuerda con otra investigación, donde se encontró que la edad media del primer consumo es 16.43 +/- 2.02 (Phillips et al., 2017).

En relación a lo anterior, en cuanto a la edad de inicio de consumo, Hayatbakhsh et al. (2007) realizaron una investigación en Australia con el propósito de examinar si la edad del primer consumo o la frecuencia de consumo de marihuana se asocian con la ansiedad y la depresión en adultos jóvenes. Para ello, se realizó un seguimiento a una cohorte de 3.239 adultos jóvenes australianos desde el nacimiento hasta los 21 años de edad. En relación a los instrumentos, se tomó el Young Adult Self-Report (YASR) el cual evalúa potencialmente ocho síndromes clínicos entre estos la ansiedad y depresión. También, se usó el Youth Self-Report (YSR) el cual abarca preguntas sobre sentimientos en los últimos 6 meses y para el consumo de marihuana se realizaron dos preguntas acerca de la frecuencia en el último mes y la edad de inicio del consumo.

En cuanto a los resultados, se halló que la edad de inicio de consumo de marihuana estuvo entre 7 y 21 años con una desviación estándar de 1,9 años. El 24,3% afirmó haber iniciado el consumo antes de los 15 años y el 75,7% tuvieron un inicio tardío. Además, se encontró que un inicio temprano del consumo y una mayor frecuencia de consumo están asociados con un mayor riesgo de presentar ansiedad y depresión a los 21 años. Según los autores, el presente estudio, informa una posible asociación causal entre el consumo de marihuana, la ansiedad y depresión. No obstante, es importante realizar más investigaciones que confirmen o repliquen dichos

resultados y examinar qué otros factores biológicos o psicosociales podrían mediar los efectos de la marihuana en la ansiedad y depresión (Hayatbakhsh et al., 2007).

Igualmente, Degenhardt et al. (2012) llevaron a cabo un estudio en Australia para explorar si el consumo de marihuana durante la adolescencia podría desencadenar depresión o trastornos de ansiedad en la edad adulta alrededor de los 29 años. Para ello, se usó un análisis longitudinal que abarcó 15 años, donde se realizaron 6 evaluaciones de datos, incluyendo 1.943 adolescentes con edades entre los 15 y 17,4 años. Los participantes, fueron evaluados con el Programa revisado de entrevistas clínicas (CIS-R), también se tuvieron en cuenta, la CIE-10, el DSM-IV y la Entrevista Diagnóstica Internacional Compuesta (CIDI) y se analizó la información con operaciones como la regresión logística multivariable.

En los resultados, se encontró que a medida que aumentaba la edad se iba debilitando la relación entre el consumo de marihuana y los síntomas de ansiedad y depresión, lo cual se podría dar según los autores debido a que a mayor edad algunas personas dejaban de consumir. Sin embargo, identificaron una relación significativa entre el consumo de marihuana diario con el trastorno de ansiedad, siendo 2,3 veces mayor la probabilidad de que una persona que consuma diariamente desde la adolescencia presenta cuadros de ansiedad a los 29 años. No obstante, no se encontró relación suficiente entre el consumo de marihuana y la depresión (Degenhardt et al., 2012).

Por otro lado, Pedersen (2008) realizó un estudio que tuvo como objetivo investigar la relación entre el consumo de marihuana y la depresión posterior, la ideación suicida y los intentos de suicidio en una cohorte de jóvenes noruegos. Los datos para esta investigación se tomaron a partir de un estudio longitudinal de 2.033 jóvenes en Noruega durante un período de 13 años; desde la adolescencia hasta los 27 años de edad. En cuanto a los resultados, se encontró que el 36% de los participantes informaron un uso de marihuana constante a los 27 años. No obstante, fueron pocos adolescentes que consumieron marihuana antes de los 16 años y solo el 5% de los participantes consumieron a los 16 años esta sustancia. Sin embargo, a los 21 años, esta cifra aumentó al 15% siendo los hombres quienes más consumen en contraste, con las mujeres.

En relación a la salud mental y el consumo, se evidenció que en la adolescencia, al ser el consumo bajo no se encontró asociaciones ni a corto, ni a largo plazo con el deterioro de la salud

mental posterior. Por otra parte, se observó que alrededor de los 20 años, el consumo incrementó; pero no se encontró relación con la depresión. Por el contrario, todos los niveles de consumo de marihuana se asociaron a una ideación suicida posterior y el uso regular de marihuana se vinculó con un mayor riesgo de intento de suicidio; lo anterior resultó, después de realizar un control integral de otras variables tales como el estrato socioeconómico, el nivel de educación, el rendimiento escolar, entre otros. Finalmente, se debe señalar que los resultados anteriores, llaman la atención puesto que, muchos estudios informan que la depresión representa un factor de riesgo para el comportamiento suicida, según el autor, los resultados también podrían deberse a otras variables externas que pudieron haber influido en los resultados (Pedersen, 2008).

Por su parte, Rasic et al. (2013), realizaron una investigación similar a la anterior, con la diferencia que incluyeron otro tipo de drogas ilícitas. Para ello, los autores usaron los datos del Estudio de Salud del Adolescente, el cual se realiza en cuatro escuelas secundarias de Nueva Escocia, Canadá. Un total de 976 estudiantes fueron encuestados en dos momentos 2000-2003. En relación con los instrumentos, se utilizó la Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos de 20 ítems (CES-D). Para el pensamiento, planificación suicida y el intento de suicidio se tomaron preguntas de la encuesta del Sistema de Vigilancia del Comportamiento de Riesgo Juvenil de los Centros para el Control de y la Prevención de Enfermedades. Y, para el consumo se realizaron preguntas en torno a la frecuencia del consumo de marihuana y otras drogas ilícitas, las diferentes sustancias consumidas, el patrón del uso de drogas; es decir, el consumo exclusivo de alguna sustancia o el uso de varias.

En cuanto a los resultados, se encontró que los adolescentes que usaban marihuana y otras sustancias ilícitas presentaban una mayor probabilidad de estar en riesgo de depresión en contraste, con quienes no usaban drogas. Asimismo, se halló que quienes usaron drogas ilícitas distintas a la marihuana, o drogas ilícitas con marihuana presentaron mayor probabilidad de presentar ideas suicidas e intentos de suicidio, sin embargo, quienes usaron sólo marihuana no corrían un riesgo mayor. En general, los autores mencionan que el uso de drogas ilícitas, con y sin consumo de marihuana en los últimos 30 días se relaciona significativamente con altas probabilidades de depresión, ideación suicida e intento suicida. Además, el consumo en exceso de marihuana, aunque no se asoció con el comportamiento suicida, si se relaciona con la depresión durante un período de

dos años; por lo cual, se apoya la relación entre el consumo de marihuana y la depresión posterior (Rasic et al., 2013).

Otra investigación importante a considerar es la de Troup et al. (2016) quienes realizaron un estudio en Estados Unidos con el objetivo de examinar la relación entre el uso de marihuana y la presencia de ansiedad y depresión en una muestra de usuarios y no usuarios de marihuana de un campus universitario. Para ello, tomaron una muestra de 178 estudiantes de pregrado quienes se agruparon en tres grupos: personas que no consumen marihuana, personas que consumen ocasionalmente y personas con consumo crónico. Esta agrupación se realizó con el instrumento: Evaluación de Consumo de Cannabis Recreativo (R-CUE), el cual evalúa el consumo de marihuana. Cabe resaltar que se consideró como usuario crónico a quien utilizaba esta sustancia una o más veces a la semana, y menos de una vez a la semana se consideró como usuario ocasional. También, utilizaron la Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos (CES-D), para identificar síntomas pre-depresivos; el Inventario de Ansiedad por Rasgos Estables (STAI), para detectar síntomas de ansiedad previos; y la Escala del Afecto Positivo y Negativo (PANAS).

Posteriormente, al tomar las medidas con los cuestionarios mencionados con anterioridad se conformaron ocho grupos: personas que consumen marihuana y presentan depresión, personas que consumen marihuana y presentan ansiedad, personas que consumen y no presentan depresión, personas que consumen y no presentan ansiedad, personas que no consumen marihuana y presentan depresión, personas que no consumen marihuana y presentan ansiedad, y aquellos que no consumen y no presentan depresión o ansiedad. En relación a los resultados, al realizar el análisis con la prueba Least Significant Difference (LSD); se encontró que los consumidores casuales de marihuana obtuvieron puntajes significativamente mayores en afecto negativo que los consumidores crónicos de marihuana. Asimismo, las puntuaciones de CES-D se correlacionaron con las puntuaciones del afecto negativo en seis de los ocho grupos: usuarios deprimidos previamente, no usuarios deprimidos previamente, usuarios no deprimidos, no usuarios no deprimidos, usuarios pre-ansiosos y no usuarios pre-ansiosos. En cuanto a las puntuaciones de STAI, estas correlacionaron positivamente con las puntuaciones de afecto negativo en usuarios deprimidos previamente, no usuarios previamente deprimidos, no usuarios no deprimidos, usuarios pre-ansiosos y no usuarios no ansiosos (Troup et al., 2016).

En general, se halló que quienes usaron marihuana con menos frecuencia, obtuvieron correlaciones más fuertes con la puntuación total y el afecto negativo en el CES-D. Lo cual resulta de suma importancia, ya que, quienes presentan un uso casual de marihuana podrían presentar un mayor riesgo de desarrollar una sintomatología previa a la depresión en contraste, con los usuarios crónicos y los no usuarios. Sin embargo, se debe señalar que, debido a las limitaciones como el tamaño del grupo, otras variables, los autoinformes, etc., no se pueden establecer relaciones causales entre el consumo de cannabis y el estado de ánimo. No obstante, los datos encontrados proporcionan un punto de partida para investigar con mayor profundidad la relación entre el estado de ánimo y el consumo de cannabis (Troup et al., 2016).

Del mismo modo, Horwood et al. (2012) realizaron una investigación que tuvo como objetivo presentar un análisis de datos integradores de la asociación entre la frecuencia del consumo de marihuana y la gravedad de los síntomas depresivos utilizando datos de cuatro estudios de cohortes australianas. Para ello, tomaron en cuenta la frecuencia de consumo de marihuana y los síntomas depresivos; ya que, todos los estudios incluyeron alguna media de frecuencia de consumo de marihuana y utilizaron diferentes medidas para la evaluación de los síntomas depresivos. En cuanto al análisis estadístico, se estableció una escala común de medición para los síntomas depresivos; donde se ajustaron todas las puntuaciones de depresión a una media común de 100 y una desviación estándar de 10 dentro de las evaluaciones para cada estudio.

De acuerdo con lo anterior, cabe señalar que el cambio de escala elimina con efectividad cualquier variación a lo largo del tiempo. Por lo cual, no se pudo examinar las diferencias entre los estudios en los niveles absolutos de depresión o las variaciones en los niveles medios de síntomas a lo largo del tiempo. No obstante, al realizar una escala común; se incrementó la posibilidad de realizar comparaciones entre los estudios de la fuerza de la asociación entre la frecuencia del consumo de marihuana y los síntomas depresivos. Además, con el fin de controlar los efectos de confusión de factores fijos no observados, se utilizaron métodos de regresión de efectos fijos (Horwood et al., 2012).

Ahora bien, en relación a los resultados, en primer lugar, se encontró una relación lineal significativa entre la frecuencia del consumo de marihuana y los síntomas de la depresión, puesto que, el incremento del consumo de marihuana se asoció con tasas crecientes de síntomas depresivos. En segundo lugar, tras realizar el ajuste por factores de confusión no observados, la

fuerza de asociación disminuyó; sin embargo, continuó siendo estadísticamente significativa. Finalmente, se halló que la edad posiblemente podría asociarse con la fuerza de la asociación ajustada entre el consumo de marihuana y la depresión, de manera que en la adolescencia las asociaciones fueron más fuertes, en contraste con la edad adulta, donde los efectos fueron débiles. En consecuencia, los autores señalan que existe una pequeña y constante asociación entre el consumo de marihuana y los síntomas depresivos, sin embargo, aún no existe claridad sobre la asociación causal entre la depresión y el uso de cannabis (Horwood et al., 2012).

También, Van-Laar et al. (2007) realizaron un estudio para indagar si el consumo de marihuana conlleva al inicio de trastornos de ansiedad y del estado de ánimo, en adultos holandeses entre los 18 y 64 años. En este estudio participaron 4848 personas. Para ello, realizaron un estudio de análisis de datos secundarios, los cuales fueron tomados del Estudio de Incidencia y Encuesta de Salud Mental de los Países Bajos (NEMESIS). Esta investigación, tuvo una duración de tres años con tres mediciones y los datos se obtuvieron del instrumento de la entrevista de diagnóstico internacional compuesta (CIDI) computarizada.

De acuerdo con lo anterior, se encontró al asociar las variables de interés, que en la primera medición base, el consumo de marihuana mostraba una relación significativa con los trastornos del estado de ánimo. Allí se identificó que el consumo de marihuana semanal o de más frecuencia, aumentaba el riesgo a presentar síntomas de algún trastorno del estado de ánimo por primera vez. Sin embargo, al relacionar el consumo de marihuana con cada trastorno específico, el nivel de relevancia de la asociación disminuyó para alguno de ellos como la distimia. Aunque, la depresión mayor y el trastorno bipolar siguieron conservando su significancia, evidenciándose una mayor probabilidad de que aparezcan síntomas del trastorno depresivo mayor y el trastorno bipolar al consumir marihuana (Van-Laar et al., 2007).

Además, se encontró una relación significativa entre el consumo de marihuana y los trastornos de ansiedad. Sin embargo, al ajustar esta relación con algunas variables externas que podrían estar influyendo en los resultados, la asociación entre el consumo y los trastornos de ansiedad perdió su nivel de significancia. Finalmente, los autores recomiendan tener en cuenta poblaciones más jóvenes para estos estudios, ya que los trastornos mentales tienden a aparecer en la juventud (Van-Laar et al., 2007).

Ahora bien, Baader et al. (2014), investigaron sobre el diagnóstico de la prevalencia de trastornos de la salud mental en 804 universitarios de Chile y los factores de riesgo emocionales asociados. En relación con los resultados, se obtuvo que un 13,7% demuestran presencia de depresión mayor, un 26,9% presenta algún tipo de depresión, un 10,4% muestra tener trastorno bipolar y un 5,3% evidencia una probabilidad alta de suicidio, sobre todo en mujeres. Por otro lado, un 7,8% afirma haber consumido en el último mes marihuana; y aunque, no exista una relación significativa entre personas que presentan algún tipo de depresión y el consumo de marihuana, se observa que los participantes con síntomas de depresión son más propensos a consumir marihuana; convirtiéndose en una problemática que resulta importante de abordar de forma temprana, ya que se puede presentar el síndrome amotivacional el cual está asociado con el fracaso académico, entre otros.

A nivel nacional se encontró que Restrepo et al. (2018), realizó una investigación que tuvo como objetivo, reconocer la relación entre la depresión, estrés académico, la ideación suicida, el consumo de alcohol y marihuana en 477 jóvenes universitarios de Antioquia, con edades entre los 18 y 25 años. En relación con los resultados, se encontró que la depresión guarda una correlación positiva importante con el consumo de marihuana y alcohol, al igual que el estrés académico. Esta última, fue la asociación más alta que se evidenció; lo cual indica que en el contexto universitario, el estrés es uno de los principales factores que se relacionan con la depresión. A su vez, la presión social, un autoestima baja, relaciones familiares débiles y alta prevalencia de problemas sociales, se constituyen como unas de las principales causas del consumo de marihuana en estudiantes universitarios (Quimbayo-Díaz y Olivella-Fernández, 2012).

Igualmente, identifican que el consumo a edades tempranas en la adolescencia y la alta frecuencia del mismo se relacionan con la presencia de alteraciones psicológicas (Quimbayo-Díaz y Olivella-Fernández, 2012). También, se ha evidenciado mayor prevalencia de consumo de marihuana en hombres que en mujeres (Duarte et al., 2012). De la misma forma, se ha observado, una tendencia a presentarse mayor consumo de marihuana en los estratos 2 y 3 (Quimbayo-Díaz y Olivella-Fernández, 2012), en el que se halla ubicada una parte significativa de la población. Por ello, es fundamental profundizar sobre las problemáticas de la salud mental, como el estrés, ansiedad y depresión, para garantizar el bienestar psicológico en el entorno universitario. También, se deben analizar factores de riesgo como el consumo de marihuana, ya que, como se ha visto en

las investigaciones anteriores guarda una relación relevante con los problemas de salud mental, como la ansiedad, la depresión y el estrés.

Finalmente, con relación a las consecuencias en el cerebro causadas por el consumo de marihuana, se encontró un estudio en Londres, en el cual, se propuso indagar sobre los impactos mentales de los compuestos de la marihuana como lo son el cannabidiol (CBD) y el delta-9-tetrahidrocannabinol (THC). Esto con el fin de comprobar si la presencia de CBD en el cerebro disminuye los síntomas psicóticos y explorar las consecuencias del consumo de THC. Para el cumplimiento del objetivo se tomó una muestra de 66 personas que consumían diariamente marihuana y 54 personas que consumían marihuana recreativamente todas en edades entre los 16 y los 23 años, siendo la medida de 25 veces al mes para considerarse consumidor diario y al menos una vez al mes y menor que 25 veces al mes durante un año para ser considerado consumidor recreativo. Con relación a la recolección de los datos se usó el cabello como método para evaluar los niveles de CBD y el THC en los participantes, lo cual según los autores puede generar menos objetividad en los resultados (Morgan et al., 2012).

En cuanto a los resultados, se encontró que las personas que presentaban más cantidad de THC en su cabello, tenían mayores puntajes en las escalas de depresión y ansiedad. También, se obtuvo que las personas que mostraban mayores niveles de CBD tendían a presentar menores síntomas psicóticos, sin embargo, cuando se identificaban altos niveles de THC, se evidenció una mayor probabilidad de que se presentaran síntomas psicóticos. Igualmente, se evidenció mejor rendimiento del prefrontal y el hipocampo en las personas que tenían niveles más bajos de THC. Por último, no se logra establecer la causalidad entre el consumo de marihuana y la salud mental, ya que se identifican varias limitaciones en el estudio como la falta de información para afirmar con certeza la causa del consumo o la causa de los problemas de salud mental (Morgan, et. al., 2012).

Asimismo, se debe mencionar que, desde hace varios años, se han venido estudiando los problemas de salud mental y sus posibles causas o factores asociados, al igual que problemáticas como el consumo de marihuana. Ante esto, se encontraron investigaciones que buscan identificar la relación entre la salud mental y el consumo de marihuana o viceversa. Dichos estudios llegaron a conclusiones diferentes sobre el tema, como alguna direccionalidad entre consumo y la salud

mental, pero con un nivel bajo de certeza y confianza. Y como lo menciona Grunberg et al. (2015), no se logra tener una visión precisa y clara sobre cómo se pueden relacionar estas dos variables.

Por esto, en esta investigación se pretende abordar tres problemáticas específicas de la salud mental: sintomatología de depresión, ansiedad y estrés y su posible relación con el consumo de marihuana en diferentes períodos de tiempo, para así tener una visión más precisa de las relaciones entre dichas variables. Además, cabe resaltar que en Cali se encuentran pocos estudios realizados sobre el consumo de marihuana y la salud mental. Por ello, con el presente trabajo se busca dar una respuesta a los vacíos existentes en la investigación y dar paso a diferentes trabajos con el fin de ahondar en estos temas de suma importancia para la población universitaria.

En este orden de ideas, se plantea la siguiente pregunta para esta investigación: ¿Cuál es la relación entre el consumo de marihuana en diferentes períodos de tiempo, los factores sociodemográficos y la salud mental de estudiantes universitarios (de primer semestre) de una universidad privada de Bogotá y Cali, Colombia? Y para responder a ello, se propone el siguiente objetivo general: establecer la relación entre el consumo de marihuana en diferentes períodos de tiempo, los factores sociodemográficos y la salud mental de estudiantes universitarios (de primer semestre) de una universidad privada de Bogotá y Cali, Colombia. Y como objetivos específicos se tiene, primero, conocer las características sociodemográficas de los estudiantes de (primer semestre); segundo, identificar el consumo de marihuana en diferentes períodos de tiempo en estudiantes de primer semestre a partir de sus características sociodemográficas y, tercero, conocer la relación entre el consumo de marihuana en diferentes períodos de tiempo y los indicadores de depresión, ansiedad y estrés de los estudiantes de primer semestre.

Ahora bien, para el abordaje de la problemática anteriormente descrita se tendrá en cuenta el área de la Psicología de la Salud, la cual se define como el conjunto de contribuciones educacionales, científicas y profesionales de la Psicología para la prevención y tratamiento de la enfermedad. Además, esta área tiene en cuenta la identificación de correlatos etiológicos de la salud y diagnósticos de salud-enfermedad, de las disfunciones relacionadas, así como el análisis y mejoramiento del sistema de cuidado de la salud y las políticas de atención de la salud. Esta es una subdisciplina diferenciada de la Psicología Ortodoxa porque aparte de centrarse en la rehabilitación y tratamiento, también se orienta hacia la prevención y promoción de la salud (Amar et al., 2003).

Asimismo, Oblitas (2006) señala que la Psicología de la Salud es el campo que aplica a la evaluación, al diagnóstico, la prevención, la explicación, el tratamiento o la modificación de trastornos mentales y físicos u otro comportamiento que resulta importante en los procesos de la salud y enfermedad; las distintas técnicas, conocimientos científicos y principios desarrollados por este campo. La presente investigación se inscribe dentro del campo de la Psicología de la Salud, puesto que, se buscó establecer si existe una relación entre el consumo de marihuana en diferentes períodos de tiempo, los indicadores de salud mental y los factores sociodemográficos de la población de estudio. Esto con el fin de brindar información que permita a los profesionales generar estrategias de prevención que favorezcan el bienestar personal y la salud mental de los universitarios, observado desde el ámbito académico. Por esto, se tomó en cuenta lo que la psicología de la salud señala cuando se orienta hacia la prevención y promoción de la salud. Puesto que, a partir de la relación o no relación encontrada entre el consumo de marihuana en diferentes períodos de tiempo y la salud mental, se promoverán programas educativos frente al consumo de marihuana y la importancia de la salud mental.

Por otra parte, ya que se buscó obtener información para trabajar desde la prevención, se tienen en cuenta los síntomas de los trastornos ya mencionados para el análisis de este estudio. Esto, debido a que según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2019), el 16% de las enfermedades y lesiones hacen parte de los trastornos mentales en personas entre los 10 y 19 años de edad. Asimismo, es importante mencionar que a los 14 años o antes, se inician la mitad de los trastornos mentales; los cuales, en su mayoría, no se identifican de manera temprana por ende avanzan sin ser tratados adecuadamente. Además, la tercera causa de muerte en jóvenes entre los 15 y 19 años de edad es el suicidio. Por lo cual, se considera relevante iniciar detectando síntomas que pudiesen estar relacionados con alguno de estos trastornos mentales en los adolescentes y jóvenes, dado que, al no tratarlos a tiempo, se generan consecuencias que prevalecen hasta la adultez, impidiendo tener una vida plena.

Llegados a este punto, cabe resaltar que, el presente estudio tiene en cuenta población adolescente, por ende, resulta relevante tener en cuenta ciertos aspectos de esta población. Esto puesto que muchos de los estudiantes al ingresar a la universidad se encuentran en los últimos años del rango de edad que compete a la adolescencia (10-19 años). De hecho, Harrington (como se cita en Antúñez y Vinet, 2013) menciona que, generalmente, los jóvenes universitarios de pregrado

están en la fase de la adolescencia tardía, momento en el que se evidencia una tendencia hacia el aumento de afectaciones en la salud mental. Por ejemplo, el incremento de trastornos de ansiedad y del estado de ánimo. Por lo tanto, se deben tomar en cuenta las variables mencionadas con anterioridad para contribuir a la promoción de la salud mental y a la prevención primaria del trastorno mental según la Ley 1616 del 2013, con la cual se busca favorecer la calidad de vida e impactar los factores de riesgo relacionados con el desarrollo de trastornos mentales (Congreso de la República de Colombia, 2013).

Del mismo modo, se debe mencionar que la Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2013), afirma que uno de los grupos etarios más importantes son los adolescentes y jóvenes. Igualmente, indica que los hábitos perjudiciales para la salud, en su mayoría, se obtienen en la adolescencia y la juventud, los cuales posteriormente, se reflejan como problemas de salud en la edad adulta. Según la OMS (2014), las personas entre los 10 y 19 años son consideradas como adolescentes. No obstante, señala que gran parte de ellos se encuentran en la categoría de niños, ya que la Convención sobre los Derechos del Niño, refiere que un niño es todo aquel menor a los 18 años. Sin embargo, cabe resaltar que la edad es solo una característica que acompaña a este período de desarrollo, dado que es más adecuada para evaluar y comparar los cambios biológicos que las transiciones sociales, las cuales varían de acuerdo con el entorno sociocultural.

En relación con las implicaciones para la salud y el comportamiento de los adolescentes, se debe mencionar que la adolescencia genera cambios en la carga de las distintas enfermedades que se pueden presentar entre la infancia y la edad adulta. Esto ya que se presentan cambios a nivel físico, fisiológico, psicológico, social, etc. Los diferentes cambios presentados en el desarrollo neurológico de esta población afectan la manera en que perciben el riesgo y la forma como actúan frente a comportamientos riesgosos, cómo piensan sobre el presente y el futuro y aquello que influye sobre sus ideas y acciones. Además, la aparición de algunos problemas, tales como los trastornos por consumo de sustancias, los trastornos mentales o las lesiones, suelen ser el resultado tanto de los cambios biológicos como del contexto social en el que el joven se está desarrollando. Por ello, será fundamental trabajar con esta población, ya que muchos de los comportamientos relacionados con la salud que surgen durante la adolescencia, tienen serias implicaciones para la salud en el presente y el futuro de los adolescentes (OMS, 2014).

Dicho lo anterior, se debe mencionar que en el presente trabajo no solo se tomará en cuenta a los últimos años de la población adolescente, sino también a los jóvenes. Según la OMS (2014) en concordancia con lo definido por la Organización de las Naciones Unidas (ONU, s.f), los jóvenes son todas las personas entre los 15 y 24 años. No obstante, esta definición es flexible, ya que el ser joven varía en todo el mundo de acuerdo con los países o regiones y, con frecuencia, es una categoría muy cambiante. Además, la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO, 2019) señala que, para comprender y definir la juventud, se debe tomar en cuenta como guía fundamental el contexto particular de cada persona.

Ahora bien, por lo que se refiere a la situación actual de los estudiantes universitarios que se encuentran dentro del grupo etario de los jóvenes, la Oficina de las Naciones Unidas Contra la Droga y el Delito (UNODC, 2017) afirma que en Bolivia, Colombia, Ecuador y Perú, la droga de mayor consumo es la marihuana, ya sea de forma exclusiva o combinada. Además, se informa que este consumo ha incrementado aproximadamente desde el año 2009, tanto en hombres como en mujeres. De hecho, según el reporte de drogas en Colombia basados en las cifras del Observatorio de Drogas de Colombia (2017), se estima que cerca de tres millones de personas en el país han consumido alguna droga ilícita. Además, se evidencia que los países con mayor consumo de marihuana son Colombia y Ecuador, puesto que existe una alta disponibilidad de la droga y una baja percepción de riesgo; de ahí que las tasas de consumo aumenten.

Asimismo, la ansiedad y la depresión son problemas de salud mental muy comunes en los jóvenes y que aumentan su prevalencia durante un rango de edad similar, al rango en el cual se tiende a presentar mayor consumo. Puesto que, alrededor de la adolescencia tardía y los 24 años aproximadamente es cuando más se presentan problemas como la ansiedad y la depresión. A su vez, entre la adolescencia y los 20 años aproximadamente, se presentan los niveles de consumo más altos (Grunberg et al., 2015). Por ello, en la presente investigación se pretende trabajar desde la identificación de los síntomas de estos trastornos y a su vez su posible relación con el consumo de marihuana, para generar un aporte teórico hacia la prevención secundaria.

Por lo tanto, el presente trabajo es de suma importancia para promover la salud mental en jóvenes universitarios. Lo anterior dado que, según el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD, 2012), se hace un aporte a uno de los Objetivos de Desarrollo Sostenible, el cual es salud y bienestar, y tiene como propósito garantizar una vida sana, promoviendo el

bienestar para todos en todas las edades. Por esto, al establecer si existe o no una relación entre el consumo de marihuana en diferentes períodos de tiempo y la salud mental en estudiantes universitarios, se identifica la manera en cómo dicho consumo podría o no influir e impactar en la salud mental; para así, incentivar la búsqueda de estrategias que fomenten un estilo de vida saludable, la promoción de la salud mental y el bienestar en la población universitaria.

Con relación a los efectos causados por el consumo de marihuana, cabe resaltar que esta sustancia afecta el cerebro a corto y largo plazo. En cuanto a los principales efectos a corto plazo se encuentra la euforia o “high” que experimentan las personas. Asimismo, se produce la alteración de los sentidos, por ejemplo, se observan los colores más brillantes. Además, se presenta alteración de la percepción del tiempo, cambios en el estado de ánimo, tanto positivos como negativos, limitación en la movilidad corporal, dificultad para resolver problemas o pensar, alucinaciones, debilitamiento de la memoria, delirio y, en el peor de los casos, se presenta psicosis. Por otro lado, cuando el consumo de marihuana es regular las consecuencias pueden llegar a provocar problemas de salud mental, como la ansiedad, la depresión y el estrés (National Institute on Drug Abuse, 2019).

Por otra parte, en lo referente a los efectos a largo plazo del consumo, se observa que la marihuana afecta el desarrollo del cerebro. Si el consumo se produce desde la adolescencia, esta sustancia puede disminuir la capacidad de pensar, la memoria y las funciones cognitivas, es decir, las funciones de aprendizaje. Igualmente, puede perjudicar las conexiones entre las distintas áreas del cerebro, que son fundamentales para realizar las funciones anteriormente descritas. Además, otros efectos causados por el consumo de marihuana son los problemas respiratorios; el aumento en el ritmo cardíaco, que podría producir un infarto; náuseas, vómitos intensos; y enfermedades mentales, como alucinaciones temporarias, paranoia temporaria, depresión, ansiedad y pensamientos suicidas en los adolescentes (National institute on Drug Abuse, 2019).

Adicionalmente, se ha demostrado que el consumo de sustancias lleva a desencadenar otra serie de amenazas, entre las cuales está la afectación de la economía, la convivencia familiar, el desempeño en el trabajo y en la academia y, en muchos casos, limitaciones en la realización del proyecto de vida de la persona. Esto se relaciona con un nivel bajo de educación, un aumento de pobreza en la población y, en general, un obstáculo para el desarrollo del país. A partir de lo anterior, se puede decir que la problemática presentada es muy relevante y necesaria, ya que la

población juvenil es la que presenta un mayor riesgo hacia esta situación. Por esto, se necesita conocer cómo hacerle frente y protegerse mediante la motivación de estilos de vida saludables, dando a conocer medidas preventivas que protejan a los jóvenes con respecto a riesgos de la salud (Cogollo-Milanés, et. al., 2011).

Igualmente, el presente estudio se realiza en pro de lo propuesto por el Ministerio de Salud y Protección Social en Colombia (2019), que plantea la Política Integral para la Prevención y Atención del Consumo de Sustancias Psicoactivas. Esta dice que las enfermedades mentales derivadas del consumo de sustancias son consideradas como un factor que compete a la salud pública y requieren de la atención integral no solo por parte del Estado sino también de la sociedad, favoreciendo y participando de las prácticas preventivas frente al consumo. Igualmente, según lo establecido en la Ley N° 1122 de 2007 en el capítulo IV, creada por el Congreso de la República (2019), se considera relevante promover un estilo de vida saludable y potenciar los recursos y capacidades de las diferentes comunidades para prevenir los distintos factores de riesgos para la salud de las personas.

El presente estudio tuvo un aporte teórico, debido a que brinda información y conocimiento acerca de diferentes temas relacionados con la salud mental, como la sintomatología de depresión, ansiedad y estrés. Además, presenta datos sobre el consumo de marihuana en diferentes períodos de tiempo, en la población descrita con anterioridad y pretende indagar si existe una relación entre el consumo de marihuana y la salud mental (sintomatología de depresión, ansiedad y estrés). Lo anterior tiene un beneficio práctico en futuras investigaciones porque el conocimiento brindado puede guiar y promover la prevención del consumo y la promoción de la salud mental.

En relación con la metodología, es importante señalar que esta investigación es de tipo transversal. Sin embargo, se encuentra dentro del marco de un proyecto longitudinal en curso, que lleva aproximadamente dos años. En el presente estudio se realizó un análisis de datos secundarios de la información proporcionada por el proyecto. Y se plantean las siguientes hipótesis: primero, existe una relación entre el consumo de marihuana en diferentes períodos de tiempo y la salud mental de estudiantes universitarios. Segundo, a mayor nivel de consumo de marihuana, mayor presencia de síntomas de depresión, ansiedad y estrés. Y tercero, existe relación entre los datos sociodemográficos y el consumo de marihuana en diferentes períodos de tiempo.

Por lo que refiere al consumo de marihuana, cabe resaltar que el compuesto químico que produce los efectos psicoactivos es el delta-9-tetrahidrocannabinol (THC), el cual se encuentra contenido en la *Cannabis sativa*. Por lo general, los cannabinoides se inhalan fumándose y en algunas ocasiones, se ingieren. Estos compuestos, producen sus efectos farmacológicos sobre dos receptores: el receptor cannabinoide CB-1, que se encuentra en el sistema nervioso central y el receptor cannabinoide CB-2, localizado en los tejidos periféricos, en especial el sistema inmunológico (Devane et al.; Matsuda, Lolait et al.; y Munro et al., como se cita en la OMS, 2005). En cuanto al THC y sus análogos, se ha demostrado que presentan una buena correlación con estos receptores y sus efectos; por lo cual, estos receptores se convierten en un blanco frente a estos compuestos (OMS, 2005).

Además, frente a los distintos estudios que se han realizado; se evidencia que el delta-9-THC en la ruta mesolímbica, con proyección al área tegmental ventral y al núcleo accumbens, eleva la actividad dopaminérgica; lo cual resulta relevante, puesto que en muchos casos se desarrollaría la dependencia (OMS, 2005). Lo anterior, explica los distintos efectos que se producen sobre la conducta tales como la sensación de relajación, la percepción del tiempo más lenta, una conciencia sensorial más aguda, la disminución en la memoria a corto plazo y en la coordinación motora. En cuanto a los efectos de importancia clínica se presentan la acción antiemética, antiepiléptica y mayor apetito (O'Brien como se cita en OMS, 2005). Según Hasin et al. (2015) el consumo de marihuana también produce a largo plazo trastornos mentales, puesto que alrededor del 30% de consumidores de marihuana llegan a presentar algún trastorno por el consumo y como se ha mencionado anteriormente dentro de los trastornos que se producen por el consumo están la depresión y la ansiedad. Asimismo, en algunos casos el consumo genera dependencia, entre otras razones, por el síndrome de abstinencia, ya que, cuando la persona intenta dejar de consumir el malestar en la salud física, como ausencia del sueño, irritabilidad entre otros, y aumentan la probabilidad de recaer (National Institute on Drug Abuse, 2019).

En relación con la salud mental; la constitución de la OMS (2018), señala que la salud no solo se trata de no padecer alguna afección o enfermedad, sino que es un estado de completo bienestar físico, social y mental. Esto, evidencia que la salud mental es mucho más que el no presentar alguna discapacidad mental o trastorno. La salud mental es un estado de bienestar que le permite a las personas enfrentar el estrés normal de la vida y realizar así todas sus habilidades o

capacidades, ya sea trabajar productivamente y apoyar a su comunidad. Por ello, la salud mental es primordial para pensar no solo individualmente sino, también colectivamente, para interactuar con los demás, disfrutar de la vida y manifestar los sentimientos.

De esta manera, cabe resaltar que la salud mental de un individuo no sólo se determina por distintos factores sociales, psicológicos y biológicos, sino que también por factores de personalidad y psicológicos específicos, que al interactuar de una forma específica pueden favorecer la aparición de algún trastorno mental. Asimismo, los cambios sociales bruscos, las estresantes condiciones laborales, la discriminación de género, la exclusión social, los estilos de vida no saludables, el riesgo de violencia, los malos hábitos físicos y las violaciones a los derechos humanos; son aspectos que se deben evaluar, debido a que pueden conllevar a generar impactos negativos en la salud mental (OMS, 2018).

En relación con los distintos trastornos mentales, es importante mencionar que para el presente estudio se indaga sobre los síntomas relacionados con la depresión, ansiedad y estrés, y no sobre el diagnóstico del trastorno. Sin embargo, para tener una visión clara sobre los trastornos en los que se inscriben los síntomas ya mencionados, se toman en cuenta algunas definiciones de ellos. En este sentido, según la OPS (2018), en su informe La Carga de los Trastornos Mentales en la Región de las Américas, afirma que los trastornos mentales más comunes son los trastornos depresivos y de ansiedad. Según la OMS (2020), la depresión se caracteriza por la pérdida de placer o interés, tristeza, falta de autoestima, sentimientos de culpa, sensación de cansancio y disminución de la concentración; presentan una larga duración e intensidad que puede tornarse crónica o recurrente; generando sufrimiento y afectación en la vida cotidiana de la persona; dificultando así el cumplimiento de las actividades cotidianas y en su forma más grave, conducir al suicidio.

Asimismo, de acuerdo al Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM V), en los trastornos depresivos se incluyen: el trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo, el trastorno de depresión mayor, el trastorno depresivo persistente (distimia), el trastorno disfórico premenstrual, el trastorno depresivo inducido por una sustancia o medicamento, el trastorno depresivo debido a una afección médica, otro trastorno depresivo especificado y otro trastorno depresivo no especificado (DSM V, 2014). Los trastornos anteriores, se caracterizan comúnmente por la presencia de un ánimo triste, vacío o irritable, además, se suelen presentar

cambios somáticos y cognitivos, lo cual afecta la capacidad funcional de la persona, y la única diferencia entre estos, es la duración, la supuesta etiología y la presentación temporal.

En relación con el trastorno depresivo mayor, este ha sido considerado como el trastorno clásico de todos los mencionados con anterioridad, ya que se caracteriza por un estado de ánimo deprimido, una disminución importante del interés o el placer por todas o casi todas las actividades que se realizaban, insomnio o hipersomnia, pérdida o aumento de peso, disminución o aumento del apetito, agitación o retraso psicomotor, fatiga o pérdida de energía, sentimiento de inutilidad o culpabilidad excesiva, disminución en la capacidad de concentración, pensamientos de muerte, ideas suicidas, intento de suicidio, entre otras. En este punto, cabe resaltar que, los síntomas anteriores deben presentarse la mayor parte del día y casi todos los días durante dos semanas aproximadamente y generan cambios en el funcionamiento (DSM V, 2014).

Ahora bien, en los diferentes estudios realizados en relación con la población adulta joven y la depresión, se ha encontrado que variables tales como el ser mujer, los problemas de salud, presentar alguna discapacidad, el nivel socioeconómico y un bajo apoyo psicosocial; están asociadas al desarrollo de la depresión. Asimismo, aspectos como padecer algún tipo de discriminación a lo largo de la vida, el maltrato en la infancia, presentar antecedentes familiares de problemas psicológicos, los problemas para establecer y mantener relaciones cercanas, el aislamiento social, entre otras; constituyen factores de riesgo de depresión en jóvenes (Oliver-Quetglas et al., 2013). De igual forma, en cuanto a la comorbilidad del trastorno depresivo mayor se ha identificado que los trastornos relacionados con sustancias, el trastorno de pánico, el trastorno obsesivo-compulsivo, la anorexia y bulimia nerviosa y el trastorno límite de la personalidad se encuentran asociados a este (DSM V, 2014).

Por otra parte, en relación con la ansiedad esta hace referencia al conjunto de manifestaciones físicas y mentales; que se expresan en forma de crisis o como un estado que persiste en el tiempo y es difuso, en algunos casos puede conducir al pánico o presentarse como síntomas obsesivos o histéricos (Sierra et al., como se cita en Tijerina et al., 2018). Según el DSM V, los trastornos de ansiedad suelen compartir características de miedo, ansiedad excesiva y alteraciones en el comportamiento. Con respecto al miedo, este se presenta como una respuesta emocional a una amenaza real o imaginaria; se encuentra asociado a la activación autonómica que resulta útil para la defensa o fuga, pensamiento de peligro inminente y conductas de huida. En

contraste con la ansiedad, que se presenta como respuesta anticipatoria a una amenaza futura y está asociada con la tensión muscular, comportamientos cautelosos o evitativos y la vigilancia frente a un peligro futuro (DSM V, 2014).

En cuanto a los trastornos de ansiedad, estos se diferencian entre sí de acuerdo con el tipo de objeto o situación que producen el miedo, la ansiedad, las conductas evitativas y la cognición asociada. Por lo general, estos trastornos suelen ser altamente comórbidos entre sí mismos; no obstante, se pueden diferenciar por medio de un análisis al tipo de situaciones que se evitan o se temen y del contenido de los pensamientos o creencias que se presentan (DSM V, 2014). Ahora bien, en lo que respecta a la salud mental de los jóvenes universitarios, Arrieta et al. (2014) señalan que los trastornos de depresión y ansiedad poseen una mayor tasa en contraste con la población en general. Lo anterior, se debe a que el ámbito universitario exige nuevas responsabilidades, evaluaciones, trabajos, presiones familiares, económicas y sociales. Los cuales asociados con aspectos personales tales como el sexo, antecedentes familiares, entre otros; podrían generar un deterioro en la salud mental. Por lo cual, será relevante tomar en cuenta, los distintos riesgos que se generan sobre la salud mental en los universitarios tanto en el contexto universitario como en el personal.

Por otro lado, en lo que se refiere al estrés, este se ha definido como un estado permanente de activación fisiológica que se presenta al enfrentar las demandas del medio que nos rodea, y por consiguiente, la baja tolerancia a la frustración (Román et al., como se cita en Tijerina et al., 2018). Según el DSM V el trauma y los trastornos relacionados a factores de estrés se caracterizan por la exposición a un evento traumático o estresante. Además, esta caracterización se considera como un criterio diagnóstico. No obstante, los síntomas presentados tras esta exposición son muy variados, ya que algunos se pueden comprender dentro de un ámbito de miedo o ansiedad, y otros se presentan como síntomas de enfado, hostilidad, anhedónicos, disfóricos, o disociativos (DSM V, 2014).

Asimismo, Satchimo et al. (2013) mencionan que la respuesta de estrés es el resultado de la relación entre las demandas del medio y las características de la persona. Cuando una persona enfrenta una situación que le exige una demanda conductual difícil de realizar, se dice que se encuentran bajo una situación estresante. Fisher (como se cita en Satchimo et al., 2013) señala que la universidad es un contexto altamente generador de estrés, ya que, el ingresar a este nuevo ámbito

implica distintas situaciones potencialmente estresantes; las cuales podrían provocar una falta de control sobre ese nuevo ambiente y en últimos términos, conllevar al fracaso académico universitario. Ahora bien, cabe resaltar que a partir de las definiciones de cada trastorno, ya mencionadas, se tomarán en cuenta algunos síntomas para el desarrollo de la presente investigación.

Por lo anterior, se puede decir, que el contexto universitario según los estudios realizados es un generador potencial de alteraciones en la salud mental de los jóvenes, tanto en sintomatología depresiva, como de ansiedad y estrés. Por ello, será fundamental tomar en cuenta los distintos factores que pueden incidir en la salud mental y la forma como esto afecta el funcionamiento del individuo en su vida diaria. Pues, uno de estos factores, es el consumo de marihuana. Puesto que, se evidencia que las personas que consumen esta sustancia con frecuencia, expresan un nivel bajo de satisfacción con la vida, agotamiento mental y físico, mayor cantidad de problemas interpersonales, bajo desempeño académico y profesional. Demostrando una grave afectación en la vida cotidiana, por lo cual, es importante intervenir de forma temprana para favorecer la salud mental en los universitarios (National institute on Drug Abuse, 2019)

Finalmente, se debe resaltar que la temática mencionada anteriormente, se encuentra relacionada con el proyecto de Trayectorias de salud y del estilo de vida en estudiantes universitarios: VIDA 2020 que lleva a cabo el grupo de Salud y Calidad de Vida de la Pontificia Universidad Javeriana de Cali

## MÉTODO

El presente trabajo se realizó bajo los lineamientos del proyecto de Trayectorias de salud y del estilo de vida en estudiantes universitarios: VIDA 2020 (de ahora en adelante será llamado *proyecto VIDA 2020*). En este orden de ideas, cabe señalar el tipo de investigación y el enfoque que los investigadores principales le dieron al proyecto, y bajo el cual se acoge la presente investigación. En el año 2016, con el fin de identificar en universitarios de dos regiones de Colombia, los cambios en la salud percibida y estilos de vida durante los tres primeros años de educación universitaria, se diseñó un tipo de investigación cuantitativa observacional. Esta se realizó con un diseño de carácter longitudinal prospectivo a tres años de una cohorte de estudiantes de primer semestre, quienes iniciaron su vida universitaria en los años 2017 y 2018, en dos sedes de una universidad privada ubicadas en Bogotá y Cali, Colombia. Para esta investigación, se tuvo en cuenta la primera medición del proyecto 2020, tomada en el 2017-2 en la ciudad de Cali y 2018-1 en Bogotá.

### **Diseño**

La presente investigación es de carácter cuantitativo, puesto que se busca involucrar a muchos participantes, es decir que la muestra sea representativa, para así poder generalizar los datos recogidos. Además, estos son de carácter numérico y se recogen por medio de instrumentos validados. Asimismo, este estudio presenta un diseño transversal, ya que los datos se recogieron en un solo espacio y, así mismo, se analizan y describen en un tiempo específico corto (Hernández et al., 2010). Sin embargo, es importante mencionar que se llevó a cabo un análisis de datos secundarios, el cual es definido por García-Faroldi (2018), como el hacer uso de datos que ya se han recolectado con anterioridad para la investigación, beneficiando a los autores de la misma con

nuevas conclusiones. Por ello, se tomaron los resultados obtenidos de los participantes del proyecto 2020, y se analizaron, proporcionando diferentes aportes al mismo.

Esta investigación tiene un alcance descriptivo correlacional. Un alcance descriptivo, porque busca describir las características y la forma en que se da un fenómeno para medirlos de forma precisa (Hernández et al., 2010). Y correlacional, porque se plantea una hipótesis en la que se afirma la posible relación entre dos o más variables y, posteriormente, se llevan a cabo los procesos metodológicos y estadísticos propuestos para comprobar dicha relación (Cauas, 2015).

Además, la modalidad de este estudio es no experimental debido a que no se manipulan variables intencionalmente, sino que se observa y analiza el fenómeno de forma natural tal y como se presenta. Asimismo, en esta modalidad no se generan situaciones, por el contrario, se realiza una observación de las situaciones existentes; las cuales no son ocasionadas de manera intencional por las personas que realizan la investigación (Hernández et al., 2010).

## **Participantes**

Los participantes del presente estudio hacen parte del proyecto VIDA 2020. La muestra está constituida por 636 estudiantes de la ciudad de Cali (423 estudiantes) y Bogotá (213 estudiantes), con una edad promedio de 18 años, siendo 364 mujeres y 272 hombres. Esta es la cohorte inicial, por consiguiente, todos son estudiantes de primer semestre.

## **Instrumentos**

Esta investigación parte del proyecto VIDA 2020. La batería de instrumentos del proyecto Macro incluye test psicológicos estandarizados y una encuesta adaptada de estilos de vida y percepción de la salud en universitarios. De estos, para la presente investigación, se tomó en cuenta el Cuestionario DASS-21 (Lovibond y Lovibond, 1995). Y las cuatro preguntas de la encuesta adaptada correspondientes al consumo de marihuana.

La Escala de Depresión, Ansiedad y Estrés (con sus siglas en inglés Depression, Anxiety and Stress Scale - DASS) fue creada en 1995 por Lovibond y Lovibond. Inicialmente, esta escala constaba de 42 preguntas, las cuales agrupaban síntomas emocionales relacionados con la depresión, ansiedad y estrés. Los autores partieron del Inventario de Depresión de Beck (BDI) y el Inventario de Ansiedad de Beck (BAI). Posteriormente, esta escala fue modificada y se

seleccionaron siete de 14 ítems; los cuales representaron el mayor puntaje para depresión, ansiedad y estrés, de la escala original. De esta manera, se elaboró un autoinforme de 21 ítems, breve, de fácil respuesta, con propiedades psicométricas adecuadas para adultos en general, muestras clínicas, adolescentes y jóvenes universitarios. Esto con el fin de medir la salud mental en términos de depresión, ansiedad y estrés (Román et al., 2016; Antony et al., 1998).

Como se mencionó con anterioridad, el instrumento está compuesto por tres escalas; cada una constituida por siete ítems, los cuales tienen cuatro opciones de respuesta en un formato tipo Likert. Esta escala va desde 0 (No describe nada de lo que me pasó o sentí en la semana) hasta 3 (Sí, me pasó mucho o casi siempre). Cabe resaltar que se debe indicar la frecuencia con la cual sintió o le pasó, aquello que describe el ítem durante la última semana. Además, se debe mencionar que dicho instrumento en sus tres escalas (estrés, depresión y ansiedad) cuenta con una confiabilidad de 0.91; lo cual indica que es un instrumento confiable con una acertada consistencia interna y validez (Antúñez y Vinet, 2012) (Ver Anexo 1).

Por otro lado, para la recolección de datos relacionados al consumo de marihuana, se tomaron en cuenta cuatro preguntas del instrumento creado por el proyecto 2020; las cuales son: “¿Has consumido marihuana alguna vez en la vida?”, con opciones de respuesta “sí” y “no”. La segunda pregunta tomada en cuenta es: “¿Qué edad tenías cuando consumiste marihuana por primera vez?”, en el que se encuentra un espacio en blanco para indicar la edad. La tercera pregunta es: “¿Has consumido marihuana en los últimos 12 meses?” con opción de respuesta “sí” y “no”. Y, finalmente, la cuarta pregunta es: “Durante los últimos 30 días, ¿cuántos días has consumido marihuana?”, con siete opciones de respuesta: “0 días; 1 o 2 días; 3 a 5 días; 6 a 9 días; 10 a 19 días; 20 a 29 días; los 30 días” (Ver Anexo 2).

## **Procedimiento**

### *Fase de revisión teórica y empírica*

En primer lugar, se realizó una búsqueda de literatura científica relacionada con el tema de consumo de marihuana y salud mental. De esta manera, se revisaron distintas fuentes que proporcionaron datos y prevalencias relacionados con la temática mencionada. Luego, se procedió a la búsqueda de información en artículos, revistas y libros científicos acerca del consumo de marihuana y su relación con la sintomatología de estrés, ansiedad y depresión. Posteriormente, se

definió cada una de las variables en consideración (ansiedad, estrés, depresión, marihuana y efectos del consumo). Por último, se buscó información acerca de los instrumentos que se utilizarían principalmente para la investigación, en este caso, el DASS-21 y el cuestionario sobre estilos de vida en jóvenes universitarios. De este último, solo se tomaron en cuenta los ítems relacionados con el consumo de marihuana y se procedió con su correspondiente descripción.

#### *Fase de recolección de información*

En segundo lugar, se solicitó el consentimiento informado del investigador principal del proyecto 2020, para el uso y análisis de los datos obtenidos relacionados con la salud mental y el consumo de marihuana. Es importante resaltar que, con el fin de hacer un análisis de datos secundarios, se tuvo en cuenta la confidencialidad y la garantía de un buen manejo y uso de la información brindada por parte las personas que recolectaron dichos datos. Tal como se menciona en la Ley 1090 del 2006, numeral 6 del artículo 2 del Manual deontológico y bioético de Psicología (2019) en Colombia al mencionar el principio de no maleficencia. Este numeral expresa que como profesionales se debe velar por proteger los derechos de los participantes y no exponerlos a daños y riesgos innecesarios.

#### *Fase de sistematización y análisis*

En tercer lugar, los datos se analizaron en el programa Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) en su versión 25.0. Para establecer el cumplimiento de los supuestos de normalidad en la muestra, se procedió a realizar la prueba de Kolmogorov-Smirnov, dado que el número de participantes fue mayor de 50. Posteriormente, al identificar que los datos no eran paramétricos, se tuvo en cuenta la mediana para establecer el punto de corte para los distintos análisis. Ahora bien, para clasificar la sintomatología del DASS-21, se tomó como base a los autores Román et al. (2016), quienes llevaron a cabo un análisis exhaustivo, con el propósito de establecer con exactitud y certeza los puntos de corte para estrés, ansiedad y depresión. Finalmente, se estableció la frecuencia y porcentaje de las variables, se llevó a cabo operaciones de asociación con el estadístico de Chi-Cuadrado para conocer la relación entre el consumo de marihuana y la salud mental. Al final, como análisis adicional se determinó la estimación del riesgo, con el fin de identificar las variables que podrían generar mayor probabilidad de consumo de marihuana.

### *Fase de socialización*

Finalmente, se llevará a cabo la exposición de los resultados en la institución al investigador principal, co-investigadores del proyecto 2020, y a quienes se consideren necesarios en el plan de difusión del proyecto. La exposición se realizará fundamentalmente sobre la relación de salud mental con el consumo de marihuana en diferentes períodos de tiempo. Al igual que los aspectos relevantes que se deben tener en cuenta para futuras investigaciones e intervenciones que busquen el bienestar, la promoción de la salud y la calidad de vida en jóvenes universitarios.

### **Consideraciones éticas**

Este trabajo tuvo en cuenta el artículo 2, parágrafo 5 y 9, de la Ley 1090 de 2006, bajo los cuales se pretende velar por el bienestar de los participantes, manteniendo en confidencialidad la información proporcionada por estos, como se menciona también en el artículo 30 de la misma Ley. Asimismo, se tuvo presente los artículos 49, 50, 51, 55 y 56 de la ley 1090 de 2006, puesto que, se buscó respetar el bienestar y la dignidad de los participantes del proyecto y seguir los lineamientos para la investigación científica asumiendo con responsabilidad la metodología, recursos, usados en este estudio, y la interpretación de los resultados y conclusiones, procurando la objetividad e imparcialidad en estos apartados. Igualmente, estuvo fundamentada en los principios éticos mencionados por Amaya et al. (2007), tomando en cuenta principalmente los principios de beneficencia y no maleficencia, el primero se refiere a buscar proteger a las personas y buscar su bienestar, y el segundo se refiere al momento del análisis de los datos se debe tratar de minimizar los daños que se puedan causar, considerando con anterioridad los riesgos que se pueden generar.

También, se tomó en consideración la Resolución N° 8430 del Ministerio de Salud de la República de Colombia (1993), específicamente los artículos 5, 6, 8, buscando la mayor protección y beneficio de los involucrados con nuestra investigación, de igual manera, como se menciona en el artículo 11, parágrafo a, el presente estudio se encuentra dentro de la investigación sin riesgo, ya que no se llevará a cabo ninguna intervención o cambio de forma consciente de aspectos, sociales, psicológicos, biológicos o fisiológicos de las personas que participaron en la investigación.

## RESULTADOS

A continuación, se presentarán los resultados obtenidos después de relacionar las diferentes variables, propuestas en el presente estudio.

### Datos sociodemográficos

En el presente estudio se tuvo en cuenta como primer objetivo; conocer las características sociodemográficas de estudiantes de primer semestre. Para esto, se analizaron los resultados de 636 estudiantes de primer semestre de las dos sedes de una universidad privada.

**Tabla 1**

*Características sociodemográficas de la población*

<b>Variable</b>	<b>N (%)</b>
<b>Ciudad</b>	
Cali	423(66,5)
Bogotá	213(33,5)
<b>Sexo</b>	
Hombre	272(42,8)
Mujer	364(57,2)
<b>Edad</b>	
Menores de 19 años	447(70,3)
Mayores o iguales a 19 años	189(29,7)
<b>Estrato</b>	
Bajos	155(24,4%)
Medios	203(31,9%)
Altos	264(41,5%)
<b>Con quién vive</b>	
Sólo	68(10,7%)
Acompañado	563(88,5%)

*Nota.* La tabla muestra los datos sociodemográficos de los participantes. Para la variable edad se tomó la mediana como punto de corte, al distribuirse de forma asimétrica y para estrato se tomó como fuente la clasificación del DANE (s.f.). Fuente: propia.

En cuanto a las características sociodemográficas, se identificó que hubo una mayor participación de estudiantes de la ciudad de Cali (66,5%), en comparación con los estudiantes de Bogotá (33,5%). Asimismo, se presentó una edad promedio de 18 años en la muestra, con una desviación estándar de 1,3. Según las clasificaciones de estrato socioeconómico (Mencionadas en el DANE, s.f.), se evidenció que el mayor porcentaje (41%) se encuentra en los estudiantes que pertenecen a los estratos altos. Además, se observó que un 88,5% viven acompañados, ya sea por sus padres, amigos o pareja.

Como segundo objetivo, se planteó identificar el consumo de marihuana en diferentes periodos de tiempo de los estudiantes de primer semestre, a partir de sus características sociodemográficas. Para el cumplimiento de lo anterior, no se tuvieron en cuenta las respuestas de los participantes que afirmaron no haber consumido alguna vez en su vida en las preguntas posteriores (consumo en el año y consumo en el mes), así identificar los diferentes períodos de tiempo en que los estudiantes habían consumido.

**Tabla 2**

*Edad del primer consumo de marihuana*

Variable	N (%)
<b>Edad del primer consumo de marihuana</b>	
Menores (12 – 17 años)	145(71,1%)
Mayores (18 – 22 años)	59(28,9%)

*Nota.* La tabla muestra los rangos de edades, en los cuales se presenta el primer consumo de marihuana. Fuente: propia.

Para establecer los rangos de las edades en la tabla 2, se tomó como punto de corte la mediana al ser un dato no paramétrico. Como se puede observar hay una gran diferencia en la muestra, con respecto a las edades, ya que la mayoría (71.1%) inició el consumo entre los 12 y 17 años frente al grupo que inició su consumo entre los 18 y 22 años (28,9%). En relación a la edad promedio del primer consumo fue de 16,6.

**Tabla 3***Consumo de marihuana en diferentes periodos de tiempo*

Variable	N (%)
<b>Consumo alguna vez en la vida</b>	
Sí	205 (33,4%)
No	409 (66,6%)
<b>Consumo alguna vez en el año</b>	
Sí	144 (70,2%)
No	61 (29,8%)
<b>Consumo algún día en el mes</b>	
Sí	62 (43,1%)
No	82 (56,9%)

*Nota.* Para el análisis del consumo alguna vez en el año se excluyeron los participantes que contestaron que no habían consumido alguna vez en la vida. Igualmente, en el siguiente procedimiento, acerca del consumo alguna vez en el mes, solo se tuvo en cuenta a los estudiantes que respondieron haber consumido alguna vez en el año. Fuente: propia.

De acuerdo a lo anterior, con relación a los diferentes períodos de tiempo de consumo de marihuana se encontró que, el 33,4% de estudiantes han consumido marihuana alguna vez en su vida, de este porcentaje un 70,2% ha consumido alguna vez al año; del cual un 43,1% consumió en el mes.

Para identificar el consumo de marihuana en diferentes períodos de tiempo a partir de las características sociodemográficas, se agrupó la edad y el estrato socioeconómico en dos grupos, tomando la mediana como punto de corte, al ser una distribución no paramétrica. La variable con quién vive, se clasificó según criterio teórico.

**Tabla 4***Relación entre el consumo de marihuana alguna vez en la vida y datos sociodemográficos*

Variable	Periodo de tiempo	N	Sí	No	P
<b>Ciudad</b>					
Cali	Consumo de marihuana alguna vez en la vida	423(100%)	136(32,2%)	287(67,8%)	0.334
Bogotá		191(100%)	69(36,1%)	122(63,9%)	
<b>Sexo</b>					
Hombre	Consumo de marihuana alguna vez en la vida	262(100%)	97(37%)	165(63%)	0.099
Mujer		352(100%)	108(30,7%)	244(69,3%)	
<b>Edad</b>					
Menores de 19 años	Consumo de marihuana alguna vez en la vida	437(100%)	123(28,1%)	314(71,9%)	<0.001
Mayores o iguales a 19 años		177(100%)	82(46,3%)	95(53,7%)	
<b>Estrato</b>					
Bajos y medios	Consumo de marihuana alguna vez en la vida	344(100%)	97(28,2%)	247(71,8%)	0.001
Altos		256(100%)	104(40,6%)	152(59,4%)	
<b>Con quién vive</b>					
Solo	Consumo de marihuana alguna vez en la vida	64(100%)	25(39,1%)	39(60,9%)	0.304
Acompañado		545(100%)	178(32,7%)	367(67,3%)	

*Nota.* La tabla muestra la relación entre el consumo de marihuana alguna vez en la vida y las características sociodemográficas de los participantes que indicaron consumir marihuana.

Fuente: Propia.

En relación al consumo de marihuana alguna vez en la vida y datos sociodemográficos. En la edad, se encontró un porcentaje significativamente mayor de presencia de consumo en el grupo de estudiantes mayores o iguales de 19 años, en el que un 46,3% informó haber consumido marihuana, en comparación con los menores de 19 años, de los cuales un 28,1% manifestó haber consumido marihuana alguna vez en la vida; observándose así una diferencia significativa

( $p < 0.001$ ). Asimismo, en cuanto al estrato se evidencia una diferencia significativa ( $p < 0.001$ ), puesto que el 28,2% de los participantes que pertenecen a los estratos bajos y medios mencionaron que han consumido marihuana alguna vez en la vida, contrario al estrato alto, donde un porcentaje significativamente mayor (40,6%) consumió alguna vez en su vida marihuana.

A partir de la obtención de los resultados según el objetivo propuesto, se tuvo en cuenta la estimación del riesgo como un análisis adicional para ahondar en la relación del consumo y los datos sociodemográficos. Para esto, se incluyeron, sólo las variables que obtuvieron un valor que representaba riesgo o protección. Esto, se llevó a cabo a través del estadístico Riesgo, al realizar una tabla cruzada.

**Tabla 5**

*Estimación del riesgo para la edad, estrato socioeconómico y el consumo de marihuana alguna vez en la vida*

	Valor	Intervalo de confianza de 95 %	
		Inferior	Superior
Estimación de riesgo para Edad y consumo alguna vez en la vida	,454	,316	,652
Estimación de riesgo para Estrato y consumo alguna vez en la vida	,574	,407	,808

*Nota.* La tabla muestra los valores de la estimación del riesgo para estrato y edad con relación al consumo de marihuana alguna vez en la vida. Fuente: propia

En la estimación del riesgo para la edad, estrato socioeconómico y el consumo de marihuana alguna vez en la vida. Para la variable edad se tomó como factor de riesgo al grupo de estudiantes menores (entre los 15 y 18 años), con base a la literatura encontrada acerca del tema. Por ende, al encontrar que tanto en el límite inferior como en el superior se obtuvo un valor por debajo de uno, se toma la edad de los estudiantes menores, como un factor protector frente al consumo de marihuana alguna vez en la vida. Para el estrato se tuvo en cuenta como factor de riesgo, los estratos bajos y medios, de acuerdo con la literatura consultada. Así, se obtiene que

estos estratos son un factor protector, (al presentar límites menores a 1) frente al consumo alguna vez en la vida.

**Tabla 6**

*Relación entre el consumo en el año y datos sociodemográficos*

Variable	Periodo de tiempo	N	Sí	No	P
<b>Ciudad</b>					
Cali	Consumo en el año	136(100%)	92(67,6%)	44(32,4%)	0.254
Bogotá		69(100%)	52(75,4%)	17(24,6%)	
<b>Sexo</b>					
Hombre	Consumo en el año	97(100%)	69(71,1%)	28(28,9%)	0.792
Mujer		108(100%)	75(69,4%)	33(30,6%)	
<b>Edad</b>					
Menores de 19 años	Consumo en el año	123(100%)	89(72,4%)	34(27,6%)	0.417
Mayores o iguales a 19 años		82(100%)	55(67,1%)	27(32,9%)	
<b>Estrato</b>					
Bajos y medios	Consumo en el año	97(100%)	73(75,3%)	24(24,7%)	0.126
Altos		104(100%)	68(65,4%)	36(34,6%)	
<b>Con quién vive</b>					
Solo	Consumo en el año	25(100%)	20(80%)	5(20%)	0.242
Acompañado		178(100%)	122(68,5%)	56(31,5%)	

*Nota.* La tabla muestra la relación entre el consumo de marihuana en el año y las características sociodemográficas de los participantes que indicaron consumir marihuana. Fuente: Propia.

En cuanto a la relación entre el consumo en el año y los datos sociodemográficos, no se encontró diferencias significativas. Sin embargo, contrario a los resultados de la tabla anterior, en relación al estrato socioeconómico, en este caso se presentó un porcentaje mayor (75,3%) de consumo en los estratos bajos y medios; en comparación, con los estratos altos, donde hubo un 65,4% de estudiantes que consumieron en los últimos 12 meses.

**Tabla 7***Relación entre el consumo de marihuana durante el mes y datos sociodemográficos*

Variable	Frecuencia	N	Sí	No	P
<b>Ciudad</b>					
Cali	Consumo en el mes	92(100%)	36(39,1%)	56(60,9%)	0.206
Bogotá		52(100%)	26(50%)	26(50%)	
<b>Sexo</b>					
Hombre	Consumo en el mes	69(100%)	35(50,7%)	34(49,3%)	0.075
Mujer		75(100%)	27(36%)	48(64%)	
<b>Edad</b>					
Menores de 19 años	Consumo en el mes	89(100%)	34(38,2%)	55(61,8%)	0.135
Mayores o iguales a 19 años		55(100%)	28(50,9%)	27(49,1%)	
<b>Estrato</b>					
Bajos y medios	Consumo en el mes	73(100%)	35(47,9%)	38(52,1%)	0.245
Altos		68(100%)	26(38,2%)	42(61,8%)	
<b>Con quién vive</b>					
Solo	Consumo en el mes	20(100%)	10(50%)	10(50%)	0.538
Acompañado		122(100%)	52(42,6%)	70(57,4%)	

*Nota.* La tabla muestra la relación entre el consumo de marihuana en el mes y las características sociodemográficas de los participantes que indicaron consumir marihuana. Fuente: Propia.

Para la relación entre el consumo de marihuana durante el mes y datos sociodemográficos, no se encontró relación significativa entre las variables sociodemográficas y el consumo en el mes. No obstante, en cuanto al sexo se evidenció que un porcentaje mayor en hombres (50,7%), manifiestan haber consumido en el mes; en contraste con el 36% de las mujeres. En cuanto a edad, se observó que en los estudiantes mayores o iguales a 19 años, hubo un mayor porcentaje (50,9%) de estudiantes que señalaron consumir en el mes. En contraste con el grupo de estudiantes menores de 19 años, en el que un 38,2% afirmaron haber consumido en el mes.

Ahora bien, como tercer objetivo se propuso conocer la relación entre el consumo de marihuana en diferentes períodos de tiempo y los síntomas de depresión, ansiedad y estrés de los

estudiantes de primer semestre. Como se mencionó con anterioridad en el método, se tuvo en cuenta tres áreas de la salud mental: estrés, ansiedad y depresión.

**Tabla 8**

*Sintomatología de estrés, ansiedad y depresión*

Sintomatología	Sin síntomas	Con síntomas	Total	Sin respuesta
<b>Estrés</b>	321 (50,5%)	295 (46,4%)	616 (96,9%)	20 (3,1%)
<b>Ansiedad</b>	424 (66,7%)	206 (32,4%)	630 (99,1%)	6 (0,9%)
<b>Depresión</b>	490 (77%)	143 (22,5%)	633 (99,5%)	3 (0,5%)

*Nota.* La tabla muestra la presencia y ausencia de síntomas de depresión, ansiedad y estrés con el porcentaje correspondiente. Fuente: Propia.

Con respecto a la sintomatología de estrés, ansiedad y depresión, se observó que, un 46,4% presentó síntomas de estrés, un 32,4% presentó síntomas de ansiedad y un 22,5% síntomas de depresión.

**Tabla 9**

*Relación entre el consumo de marihuana en diferentes períodos de tiempo y sintomatología depresiva*

Variable	N	Sintomatología depresiva		P
		Con síntomas	Sin síntomas	
<b>Consumo alguna vez en la vida</b>				
Sí	205(100%)	47(22,9%)	158(77,1%)	0.754
No	408(100%)	89(21,8%)	319(78,2%)	
<b>Consumo alguna vez al año</b>				
Sí	144(100%)	34(23,6%)	110(76,4%)	0.720
No	61(100%)	13(21,3%)	48(78,7%)	
<b>Consumo en el mes</b>				
Consumo de 10 a 30 días.	14(100%)	4(28,6%)	10(71,4%)	0.646
Consumo de 0 a 9 días.	130(100%)	30(23,1%)	100(76,9%)	

*Nota.* La tabla muestra las relaciones entre la presencia o ausencia de síntomas de depresión y los diferentes períodos de tiempo del consumo de marihuana. Fuente: propia.

En la tabla anterior sobre el consumo de marihuana en diferentes períodos de tiempo y sintomatología depresiva. Se observa que del 22,9% de los participantes que habían consumido marihuana alguna vez en la vida, tenían sintomatología depresiva. Igualmente, un 23,6% de los participantes afirmó haber consumido en el año, y también presentar síntomas de depresión. Finalmente, un 28,6% de los participantes aseguraron haber consumido marihuana entre 10 a 30 días al mes, siendo un porcentaje ligeramente mayor a los participantes que informaron consumir entre 0 y 9 días, en el que un 23,1% señalaron hacerlo y, a su vez, presentar sintomatología depresiva. Cabe resaltar que ninguna de las relaciones fue significativa.

**Tabla 10**

*Relación entre el consumo de marihuana en diferentes períodos de tiempo y sintomatología de ansiedad*

Variable	N	Sintomatología de ansiedad		P
		Con síntomas	Sin síntomas	
<b>Consumo alguna vez en la vida</b>				
Sí	201(100%)	65(32,3%)	136(67,7%)	0.933
No	407(100%)	133(32,7%)	274(67,3%)	
<b>Consumo alguna vez al año</b>				
Sí	142(100%)	47(33,1%)	95(66,9%)	0.721
No	59(100%)	18(30,5%)	41(69,5%)	
<b>Consumo en el mes</b>				
Consumo de 10 a 30 días.	14(100%)	2(14,3%)	12(85,7%)	0.115
Consumo de 0 a 9 días.	128(100%)	45(35,2%)	83(64,8%)	

*Nota.* La tabla muestra las relaciones entre la presencia o ausencia de síntomas de ansiedad y los diferentes períodos de tiempo del consumo de marihuana. Fuente: propia.

En cuanto a los períodos de tiempo de consumo de marihuana y la sintomatología de ansiedad, se halló que 32,3% de los participantes que habían consumido marihuana alguna vez en la vida, tenían sintomatología de ansiedad. Del mismo modo, un 33,1% de los participantes

registraron que tenían sintomatología de ansiedad y habían consumido marihuana en el año. Igualmente, un 14,3% de las personas encuestadas que consumían entre 10 a 30 días al mes presentaron síntomas de ansiedad; siendo un porcentaje menor al presentado en los participantes que consumieron entre 0 y 9 días, en el que un 35,2% informaron hacerlo y presentar sintomatología de ansiedad. Cabe mencionar que ninguna de las relaciones fue significativa. Asimismo, también se relacionó esta sintomatología con la edad de inicio y se le adicionó la estimación del riesgo y finalmente, ninguna de las relaciones fue significativa.

**Tabla 11**

*Relación entre el consumo de marihuana en diferentes períodos de tiempo y sintomatología de estrés*

Variable	N	Sintomatología de estrés		P
		Con síntomas	Sin síntomas	
<b>Consumo alguna vez en la vida</b>				
Sí	197(100%)	96(48,7%)	101(51,3%)	0.708
No	397(100%)	187(47,1%)	210(52,9%)	
<b>Consumo alguna vez al año</b>				
Sí	137(100%)	68(49,6%)	69(50,4%)	0.701
No	60(100%)	28(46,7%)	32(53,3%)	
<b>Consumo en el mes</b>				
Consumo de 10 a 30 días.	14(100%)	4(28,6%)	10(71,4%)	0.096
Consumo de 0 a 9 días.	123(100%)	64(52%)	59(48%)	

*Nota.* La tabla muestra las relaciones entre la presencia o ausencia de síntomas de estrés y los diferentes períodos de tiempo del consumo de marihuana. Fuente: propia.

Finalmente, con relación a los diferentes períodos de tiempo de consumo de marihuana y sintomatología de estrés un 48,7% de los participantes que habían consumido marihuana alguna vez en la vida, tenían síntomas de estrés. De la misma forma, un 49,6% de los participantes que habían consumido alguna vez en el año, tuvieron sintomatología de estrés. Y, un 52% de los participantes que habían consumido entre 0 y 9 días, tuvieron síntomas de estrés; siendo un porcentaje mayor al grupo de los participantes que consumieron entre 10 y 30 días, en el que un

28,6% afirmaron hacerlo y, presentar sintomatología de estrés. Es importante recalcar que las relaciones no fueron significativas. Así como los síntomas anteriores para el caso del estrés, tampoco se encontró una relación significativa entre la edad de inicio y los síntomas de estrés, y al realizar la estimación de riesgo buscando profundizar en las relaciones, tampoco se logró establecer, cuál era el factor de riesgo, frente a los síntomas de estrés, entre el consumo y no consumo.

## DISCUSIÓN

La presente investigación ha permitido ahondar en la relación entre el consumo de marihuana en diferentes períodos de tiempo, los factores sociodemográficos y la salud mental de estudiantes universitarios (de primer semestre) de una universidad privada con sedes en Bogotá y Cali, Colombia. Para ello, a partir de las características sociodemográficas (ciudad, edad, sexo, estrato socioeconómico, con quién vive), se tomará en cuenta el consumo en tres períodos de tiempo: consumo de marihuana alguna vez en la vida, consumo en el año y consumo en el mes. Por otro lado, para la salud mental se plantean tres problemáticas de la misma: los síntomas de depresión, ansiedad y estrés.

En primer lugar, frente al consumo de marihuana en diferentes períodos de tiempo, se encontró que el 33,4% de los estudiantes universitarios han consumido alguna vez en su vida marihuana, siendo un porcentaje similar al presentado en el Estudio Nacional de Consumo de Sustancias Psicoactivas en Población Escolar Colombia (2016). En este estudio, el 37,6% de la población universitaria ha consumido al menos una vez en la vida marihuana, lo que indica que la población juvenil sigue manteniendo una prevalencia de consumo importante, al ser más de un cuarto de la población indagada.

En este mismo tema, se ha encontrado que la prevalencia de universitarios que han consumido marihuana en el año sobrepasa, el promedio nacional el cual se encuentra alrededor del 8% (Estudio Nacional de Consumo de Sustancias Psicoactivas en Población Escolar Colombia,

2016). Como se ha podido observar, pese a las diferentes campañas y medidas preventivas para el consumo de marihuana, en el país no se ha logrado controlar el mismo. Por lo tanto, es de gran importancia avanzar en el estudio de esta problemática y generar información que aporte al desarrollo de nuevas estrategias que contribuyan a la prevención del consumo problemático, puesto que como se ha identificado en investigaciones anteriores, el consumo tiene impactos negativos en varias áreas de la vida, como la académica, psicosocial y mental (Fergusson, y Boden 2008; Danielsson et al., 2016).

De igual forma, en la edad de inicio de consumo, se halló que la mayoría de los participantes iniciaron el consumo entre los 17 y 19 años, lo cual concuerda con los datos presentados por el Observatorio de Drogas de Colombia (2013), en el que se menciona que la edad de inicio de consumo en el departamento del Valle del Cauca se encuentra alrededor de los 17 años. Estos datos son similares al promedio de edad de inicio encontrado en la presente investigación (16,6), lo cual indica una tendencia en los adolescentes al consumo temprano de marihuana. Del mismo modo, se encontró un porcentaje relevante de encuestados que iniciaron el consumo de marihuana entre los 12 y 17 años. Lo cual debe ser tenido en cuenta, para trabajar desde la prevención de posibles riesgos que pueden traer el consumo de la marihuana, ya que según la información brindada por National Institute on Drug Abuse (2019), el consumo a temprana edad, frecuente y prolongado puede llegar a influir en la presencia de enfermedades mentales.

Los resultados mencionados con anterioridad son similares a los resultados encontrados en otros estudios (Cáceres et al., 2006; Phillips et al., 2017; Vallejo et al., 2019; Van-Gastel et al., 2014), en los que se menciona que la edad de inicio está alrededor de los 12 y 18 años. Asimismo, en el Estudio Nacional de Consumo de Sustancias Psicoactivas en Población Escolar Colombia (2016), se encontró que la edad de inicio del consumo está alrededor de los 14 años a nivel nacional. Por ello, resulta de suma importancia realizar intervenciones orientadas a los estudiantes de nuevo ingreso a la universidad, enfocadas a su vez hacia la invitación de toma de conciencia de las consecuencias que pueden traer el consumo frecuente de marihuana, puesto que hay un alto porcentaje que inicia el consumo antes de ingresar a la universidad. Por esta razón, también sería relevante, trabajar este tema desde los colegios como un complemento de la formación académica, buscando la promoción de la salud.

Ahora bien, en cuanto al lugar de residencia, se observó que en Bogotá se mantuvo un porcentaje ligeramente mayor de consumo en jóvenes universitarios, con respecto a Cali. Por lo cual, se podría considerar que, la ciudad no tiene una fuerte influencia en el consumo de la marihuana. Lo anterior, se reafirma, al revisar los datos brindados por el Estudio Nacional de Consumo de Sustancias Psicoactivas en Población Escolar Colombia (2016), en el que se encontró una leve diferencia en la prevalencia de consumo en los departamentos de Cundinamarca y Valle de Cauca, siendo mayor el consumo en el departamento de Cundinamarca. Sin embargo, en ambos departamentos se identifica un mayor consumo comparado con el promedio nacional, lo cual se debe tener en cuenta, en estudios posteriores que profundicen en los patrones de consumo en estudiantes universitarios, para indagar aún más el consumo en estos lugares.

Además, en el mismo estudio, se identifica que el consumo en otros departamentos presenta grandes diferencias entre ellos, lo cual podría indicar una posible relación entre el consumo de marihuana y la ciudad en la que viva la persona. Esto se podría presentar, debido a que en cada ciudad se crea un contexto y condición de vida distinta, que puede incentivar o no el consumo (Estudio Nacional de Consumo de Sustancias Psicoactivas en Población Escolar Colombia, 2016).

Pasando, al tema del sexo y el consumo de marihuana en diferentes períodos de tiempo, cabe resaltar que se evidenció una leve diferencia entre el consumo de hombres y mujeres, hallándose una mayor prevalencia de consumo en los hombres tanto en la vida, como en el año y en el mes. Encontrándose concordancia con los hallazgos realizados en otras investigaciones (Cáceres, et al., 2006; Duarte et al., 2012; Hernández-Serrano et al., 2015; Jain et al., 2018; Quimbayo-Díaz y Olivella-Fernández, 2012; Saavedra-Portales et al., 2016), en las que se propone una inclinación hacia el hombre a presentar un mayor consumo de marihuana. Ante esto, se difiere de los resultados encontrados en la investigación de Córdoba-Paz et al. (2017), en la que afirma que las mujeres presentan mayor consumo de marihuana que los hombres. A partir de lo anterior, se podría afirmar que la variable sexo tendría una posible influencia en el consumo de marihuana. Por lo cual, a partir de los resultados obtenidos en la presente investigación y las investigaciones que los apoyan, se infiere que el ser hombre podría ser un factor de riesgo frente al consumo y, por ende, es necesario intervenir de forma temprana en dicha población, con el fin de disminuir este riesgo, teniendo en cuenta el rol del hombre en la sociedad colombiana y las creencias que se han generado permeadas por esta.

Otro hallazgo del presente estudio fue que en estudiantes entre los 19 y 25 años, hubo un mayor consumo en la vida y este también fue el grupo que más consumió en el mes. Por el contrario, en los participantes en edades entre los 15 y 18 años, se evidenció un porcentaje de consumo menor. Lo anterior encuentra relación con lo propuesto por Quimbayo-Díaz y Olivella-Fernández (2012) y Cáceres et al. (2006), quienes afirman que el mayor consumo se da a partir de los 18 años. Esto debido a que, en los mayores de edad, hay menos control parental, mayor autonomía, mayor disposición para el consumo de marihuana y mayor libertad para socializar en espacios donde hay más disponibilidad de marihuana. Por ello, será fundamental crear distintos programas para el fortalecimiento de proyecto de vida y toma de decisiones en los jóvenes universitarios.

Además, los hallazgos encontrados en esta investigación reafirman los resultados de otros estudios, como el de Pederson (2008), en el que se encontró que, al finalizar la etapa de la adolescencia, se presenta un incremento del consumo de marihuana. Al igual, que en el Estudio Nacional de Consumo de Sustancias Psicoactivas en Población Escolar Colombia (2016), en el que se menciona que a mayor edad hay mayor presencia de consumo, lo que se puede dar por el aumento de disponibilidad de la sustancia. Sin embargo, se evidenció que respecto al consumo al año, en el grupo de los menores (entre 15 y 18 años) puntuaron más alto que los mayores. Por ende, se podría hipotetizar que esto se debe a que los jóvenes del grupo de menores empezaron a consumir a lo largo del año para probar la marihuana, no obstante, el consumo no fue constante, ya que al tener en cuenta sólo el consumo en el mes, su frecuencia disminuyó. De acuerdo a lo anterior, se podría afirmar que, al indagar el consumo a partir de la edad, no se presentó un consumo constante en los participantes. Esto muestra la necesidad de continuar investigando sobre este tema en muestras más amplias, representativas, y en diferentes instituciones universitarias, buscando disminuir las contradicciones encontradas.

Por otra parte, al analizar el estrato socioeconómico, se observó que al estimar el consumo de marihuana alguna vez en la vida, hubo una mayor prevalencia en los estratos altos, lo que se relaciona con los resultados de la estimación de riesgo, en la que se evidenció que pertenecer a estratos bajos y medios es un factor protector frente al consumo de marihuana alguna vez en la vida. Sin embargo, los estratos bajos y medios presentaron un mayor consumo en el año y, también en el mes, evidenciando un consumo más constante al mantenerse más alto en los dos períodos de

tiempo ya mencionados, con respecto a los estratos altos. Esto podría indicar que los jóvenes de estratos altos tuvieron un mayor consumo solamente para alguna vez en la vida, debido a su interés a probar y consumir la marihuana. No obstante, se podría decir que el interés del consumo de marihuana en los jóvenes de estrato alto no fue duradero, ya que puntuaron más bajo cuando se les preguntó por su consumo en el año y mes. Demostrando así, que el consumo en su mayoría pudo estar guiado por el deseo de experimentar algo nuevo, pero no fue un consumo frecuente a lo largo del tiempo.

Ahora bien, en los jóvenes de estratos bajos y medios se observó un mayor consumo en el año y mes; por lo cual, se podría decir que conservaron los niveles de consumo en las frecuencias de tiempo medidas, contrario a los universitarios de estratos altos. De hecho, los resultados encontrados en esta investigación son coherentes con los de Quimbayo-Díaz y Olivella-Fernández (2012), en el que se menciona que se presenta un mayor consumo en las estratos dos y tres, debido a las condiciones del contexto y las distintas dificultades que podrían presentar a nivel familiar, social y económico, los cuales, a su vez, pueden llevar a los jóvenes a consumir marihuana como una solución a los problemas mencionadas anteriormente.

Continuando con la exploración de los datos sociodemográficos y el consumo, se señala que, las personas que viven solas demostraron tener un mayor consumo con respecto a las personas que viven con amigos, familiares, entre otros. Lo anterior, ratifica lo planteado por Quimbayo-Díaz y Olivella-Fernández (2012) y también en el NIDA (2020), quienes plantean que la familia contribuye al no consumo, actuando como un factor protector. Por ello, es importante reforzar los vínculos familiares saludables para incrementar la protección frente al consumo de marihuana, puesto que la ausencia del acompañamiento y apoyo que le puede brindar una familia a una persona aumenta las probabilidades de verse expuesta al consumo y afectar su salud mental a largo plazo.

Por otra parte, se encontró que alrededor de la mitad de los participantes afirmaron tener síntomas de estrés, y un poco más de un cuarto de ellos, evidenciaron presentar síntomas de ansiedad, y un poco menos de un cuarto presentó síntomas de depresión. Lo cual indica que hay una gran parte de la población estudiada que se encuentra presentando afectaciones en su salud mental. Esto, se encuentra relacionado con lo obtenido por Ramírez et al. (2012), ya que en sus resultados se menciona que un poco menos de un cuarto de la muestra estudiada presenta síntomas de ansiedad y depresión. Lo anterior es preocupante, puesto que los participantes se encuentran en

edades tempranas, en las que se tiende a tener una mejor salud en comparación con otras fases de la vida. Sin embargo, los datos anteriores se pueden dar, debido a las diferentes situaciones contextuales y presiones personales, sociales y académicas.

Sin embargo, tal y como lo afirma Fisher (como se cita en Satchimo et al., 2013), en su artículo, la universidad trae consigo cambios y nuevas responsabilidades, lo que ocasiona en muchos casos desestabilidad y pérdida del control en los estudiantes. Por esta razón, los jóvenes universitarios pueden llegar a presentar altos niveles de estrés. Igualmente, Arrieta et al. (2014), mencionan que en la población universitaria también se evidencia una mayor sintomatología de depresión y ansiedad, por la presión del contexto mismo. En este sentido, se debe actuar de forma urgente en el tratamiento y búsqueda de alternativas preventivas que le permitan a los jóvenes universitarios evitar o disminuir sus niveles de estrés, ansiedad y depresión, ya que si estos síntomas aumentan y se continúan presentando pueden llegar a generar dificultades de salud con un nivel más grave, que podrían interferir en la vida cotidiana de estas personas, llegando a limitar proyectos de vida y la calidad de la misma.

En lo referente al consumo de marihuana en diferentes períodos de tiempo y la salud mental, se halló que no existe una relación significativa entre los distintos períodos de tiempo del consumo de marihuana y los síntomas de depresión. Lo anterior, se puede dar debido a que hay factores sociales y del contexto de cada persona, que pueden influir en la presencia de síntomas depresivos, no solo el consumo de marihuana tal y como lo menciona Pedersen (2008) en su estudio. Esto ya que, al asociar solo estas dos variables no se encuentra relación. Sin embargo, al revisar otros estudios (Rasic et al., 2013; Van-Laar et al., 2007; Van-Gastel et al., 2014), sus resultados difieren a lo hallado en la presente investigación, ya que allí se señala que el consumo frecuente incrementa el riesgo de presentar síntomas del trastorno depresivo. No obstante, Troup et al. (2016) afirman que el consumo casual de marihuana puede llegar a aumentar un poco más la aparición de síntomas depresivos. Por ello, será importante analizar de forma longitudinal el consumo de los participantes para definir y profundizar en la relación entre el consumo de marihuana y la sintomatología depresiva.

Frente al consumo de marihuana en diferentes períodos de tiempo y los síntomas de ansiedad, no se encontró relación entre los participantes que consumían marihuana y presentaron síntomas de ansiedad. Esto coincidió con lo hallado en otro estudio llevado a cabo por Van-Laar

et al. (2007), en el que se menciona que el consumo de marihuana no es considerado un factor que genere síntomas de ansiedad, ni estos últimos son causa del consumo. No obstante, cabe resaltar que en los estudios de Hayatbakhsh et al. (2007) y Baader et al. (2014), se resalta que existe una leve asociación entre el consumo de marihuana y la ansiedad; Asimismo, contrasta con la información brindada por el NIDA (2019), en el que se habla de una relación entre el consumo y la salud mental, siendo el primero un posible factor influyente en el deterioro de la segunda. Lo anterior, se encuentra diferente a los resultados obtenidos en la presente investigación. Por lo que, será necesario seguir indagando sobre la relación entre los temas ya mencionados.

Al igual que la sintomatología de ansiedad y depresión, no se encontró una relación significativa en la sintomatología de estrés y el consumo de marihuana. Sin embargo, Quimbayo-Díaz y Olivella- Fernández (2012) afirman que una de las principales causas para el inicio de consumo de marihuana en estudiantes universitarios es el estrés. Tomando en cuenta lo dicho con anterioridad, es necesario profundizar en las variables del consumo y el estrés, ya que en las investigaciones ya revisadas, se afirma que podría existir una causalidad entre estas variables. Además, sería relevante generar intervenciones orientadas a la prevención del consumo y promoción de la salud mental en los jóvenes universitarios.

Ahora bien, al estimar el riesgo como un análisis adicional, se halló que entre el consumo de marihuana en distintos períodos de tiempo y la salud mental, no se identificó algún factor de riesgo y/o de protección. Esto confirma nuevamente, que no hay una relación relevante o significativa entre el consumo de marihuana y la salud mental, partiendo de los datos analizados en la presente investigación. Lo anterior es coherente con otros estudios revisados en los que se afirma que el consumo en sí no está asociado como causa de los síntomas depresivos, de ansiedad o de estrés, sino que podrían estar influyendo otro tipo de variables externas en la presencia de estos síntomas (Danielsson et al., 2016; Pedersen, 2008).

De acuerdo a lo mencionado con anterioridad, de la presente investigación se podría concluir que en relación al consumo de marihuana y las características sociodemográficas: el estrato socioeconómico, el sexo y la edad tienen influencia en el consumo de marihuana, mientras que la ciudad y con quién vive no tiene influencia alguna con el consumo. Por ello, será necesario continuar investigando el tema, para profundizar en los resultados obtenidos. Además, ahondar en la posible relación entre el consumo de marihuana a lo largo del tiempo y las características

sociodemográficas que indican alguna asociación para identificar las posibles causas de consumo a través de estudios cualitativos, que profundicen sobre la temática. Esto con el fin de trabajar a partir de ellas y prevenir el consumo en las poblaciones de riesgo.

Asimismo, se logra evidenciar en esta investigación que no hay relación entre el consumo y la sintomatología de ansiedad, depresión y estrés, siendo cada una de estas variables independientes del comportamiento de las demás variables. Por esta razón se podría mencionar que hay otros factores que pueden estar influyendo en la aparición de los síntomas, como psicológicos, sociales o contextuales. De la misma manera, la edad de inicio de consumo es una variable de suma importancia en la que se halló significancia con la sintomatología depresiva, por ende, es necesario indagar en la influencia que puede tener esta variable en la salud mental.

De igual forma, esta investigación permite tener un acercamiento al cumplimiento del tercer Objetivo de Desarrollo Sostenible, el cual busca garantizar una vida sana y promover el bienestar en todas las personas independientemente de su edad. Esto, ya que por medio de esta investigación se pueden identificar las variables que podrían tener una influencia en el consumo y la salud mental. A partir de ello, se pueden generar programas de prevención primaria y secundaria que vayan en pro de la política integral para la prevención y la atención de consumo de sustancias psicoactivas. Debido a que esta política busca disminuir la frecuencia del consumo en las diferentes poblaciones, pretendiendo garantizar una mejor calidad de vida a las personas que consumen, por medio de programas. Además, este estudio aporta información acerca del estrés y el consumo de marihuana en jóvenes universitarios, puesto que, es uno de los temas en los que se evidencia menos datos. Al igual, que posibilita ampliar los conocimientos frente al consumo de marihuana en distintos períodos de tiempo y la edad de inicio de consumo en ciudades como Cali. Lo cual facilita el uso de estos datos como referencia y orientación en futuras investigaciones.

Entre algunas limitaciones de este estudio se encontró que con respecto al consumo de marihuana en distintos períodos de tiempo y la salud mental, se podría afirmar que no fue posible hallar la presencia de un patrón de consumo constante a lo largo del tiempo, puesto que se tuvo en cuenta sólo una medición. Lo anterior, podría estar asociado al carácter transversal del presente estudio, en el que los datos obtenidos sólo se observan en un momento de la vida de los participantes. Esto conlleva, a que al no lograr identificar el consumo en un período de tiempo prolongado, el análisis de la relación entre el consumo de marihuana en diferentes fases de tiempo

y la salud mental sea limitado. No obstante, pese a las limitaciones presentadas, los resultados sugieren una relación entre el consumo de marihuana de distintos períodos de tiempo y los datos sociodemográficos, por lo cual será importante tener en cuenta dichos datos para futuras campañas y estrategias de prevención del consumo de marihuana en otras universidades, sobre todo en la población que se encuentra iniciando su vida universitaria.

En este orden de ideas, para estudios futuros deberían analizar la relación entre el consumo de marihuana y la salud mental de forma longitudinal. Esto, ya que el diseño mencionado anteriormente permite que, por medio de diferentes mediciones a lo largo del tiempo, se obtenga información más amplia sobre el cambio de las variables en este tiempo, la influencia entre ellas y la posible causalidad. Además, se debe tomar en cuenta la influencia y control de otro tipo de variables externas; como las sociodemográficas y contextuales, ya que podrían estar influyendo en la relación entre el consumo y la salud mental y, por ende, obtener resultados diferentes.

Asimismo, cabe realizar otras recomendaciones para futuras investigaciones. En primer lugar, se recomienda usar un instrumento que profundice aún más en los patrones de consumo, en el que se pueda realizar un mayor seguimiento al consumo de marihuana en diferentes períodos de tiempo. Igualmente, se propone llevar a cabo un análisis más profundo de la muestra para lograr un grupo de estudio más representativo, que permita obtener mayor información sobre las variables estudiadas en la presente investigación.

## REFERENCIAS

- Amar, J., Abello, R., y Acosta, A. (2003). Factores protectores: Un aporte investigativo desde la psicología comunitaria de la salud. *Psicología desde el Caribe*, (11), 107-121.  
<https://www.redalyc.org/pdf/213/21301108.pdf> URL
- Amaya, L., Berrío-Acosta, G., & Herrera, W. (2007). Principios éticos. *Ética Psicológica*.  
<https://n9.cl/mhlsy>
- Antony, M. M., Bieling, P. J., Cox, B. J., Enns, M. W., & Swinson, R. P. (1998). Psychometric properties of the 42-item and 21-item versions of the Depression Anxiety Stress Scales in clinical groups and a community sample. *Psychological Assessment*, 10(2), 176–181. 10.1037/1040-3590.10.2.176
- Antúnez, Z., y Vinet, E. V. (2013). Problemas de salud mental en estudiantes de una universidad regional chilena. *Revista médica de Chile*, 141(2), 209-216. <https://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872013000200010>
- Antúnez, Z., y Vinet, E.V. (2012). Escalas de depresión, ansiedad y Estrés (DASS-21): Validación de la Versión abreviada en Estudiantes Universitarios Chilenos. *Terapia Psicológica*, 30(3), 49-55.  
[https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0718-48082012000300005](https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-48082012000300005)
- Arrieta, K., Díaz, S., y González, F. (2014). Síntomas de depresión y ansiedad en jóvenes universitarios: prevalencia y factores relacionados. *Revista Clínica de Medicina de Familia*, 7(1), 14-22. [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1699-695X2014000100003](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1699-695X2014000100003)
- Asociación Americana de Psiquiatría. (2014). Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5®), 5a Ed. Arlington, VA, Asociación Americana de Psiquiatría.

Baader, T., Rojas, C., Molina, J. L., Gotelli, M., Alamo, C., Fierro, C., y Dittus, P. (2014). Diagnóstico de la prevalencia de trastornos de la salud mental en estudiantes universitarios y los factores de riesgo emocionales asociados. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*, 52(3), 167-176.

[https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0717-92272014000300004](https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-92272014000300004)

- Bravo, F. (2017). Cuestionarios: Estilos de vida y percepción de la salud en universitarios {Compilación de varios cuestionarios}. Universidad Javeriana Cali, Colombia.
- Cáceres, D., Salazar, I., Varela, M., & Tovar, J. (2006). Consumo de drogas en jóvenes universitarios y su relación de riesgo y protección con los factores psicosociales. *Universitas psychologica*, 501-510. <http://www.scielo.org.co/pdf/rups/v5n3/v5n3a08.pdf>
- Cauas, D. (2015). Definición de las variables, enfoque y tipo de investigación. Bogotá: biblioteca electrónica de la universidad Nacional de Colombia, 2  
[https://scholar.googleusercontent.com/scholar?q=cache:pwR-5cplLTEJ:scholar.google.com/+definici%C3%B3n+de+tipos+de+investigaci%C3%B3n+cuantitativa&hl=es&as\\_sdt=0,5](https://scholar.googleusercontent.com/scholar?q=cache:pwR-5cplLTEJ:scholar.google.com/+definici%C3%B3n+de+tipos+de+investigaci%C3%B3n+cuantitativa&hl=es&as_sdt=0,5)
- Cogollo-Milanés, Z., Arrieta-Vergara, K. M., Blanco-Bayuelo, S., Ramos-Martínez, L., Zapata, K., y Rodríguez-Berrio, Y. (2011). Factores psicosociales asociados al consumo de sustancias en estudiantes de una universidad pública. *Revista de salud pública*, 13, 470-479.  
<https://www.redalyc.org/pdf/422/42219910009.pdf>
- Córdoba-Paz, E. G., Betancourth-Zambrano, S., & Tacán-Bastidas, L. E. (2017). Consumo de sustancias psicoactivas en una universidad privada de Pasto, Colombia. *Psicogente*, 20(38), 308-319.  
[http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0124-01372017000200308&script=sci\\_abstract&tlng=es](http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0124-01372017000200308&script=sci_abstract&tlng=es)
- Danielsson, A.-K., Lundin, A., Allebeck, P. & Agardh, E. (2016). Cannabis use and psychological distress: An 8-year prospective population-based study among Swedish men and women. *Addictive Behaviors*. 59. 18–23. 10.1016/j.addbeh.2016.03.005.
- Degenhardt, L., Coffey, C., Romaniuk, H., Swift, W., Carlin, J. B., Hall, W. D., & Patton, G. C. (2012). The persistence of the association between adolescent cannabis use and common mental disorders into young adulthood. *Addiction*, 108(1), 124–133.  
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22775447/>

Departamento Administrativo Nacional de Estadística [DANE]. (s.f). ¿Cuántos y cuáles son los estratos en los que se pueden clasificar las viviendas y/o los predios rurales?.

[https://www.dane.gov.co/files/geoestadistica/Preguntas\\_frecuentes\\_estratificacion.pdf](https://www.dane.gov.co/files/geoestadistica/Preguntas_frecuentes_estratificacion.pdf)

Duarte, C., Varela, M. T., Salazar, I. , Lema, L., y Tamayo, J. (2012). Motivaciones y recursos para el consumo de sustancias psicoactivas en universitarios. *Revista Hacia la Promoción de la Salud*, 17(1), 92-104. <https://www.redalyc.org/pdf/3091/309124894009.pdf>

Fergusson, D. M., & Boden, J. M. (2008). Cannabis use and later life outcomes. *Addiction*, 103(6), 969-976. <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2008.02221.x>

García- Faroldi, L. (2018). La Utilización de Fuentes de Datos Secundarios. En F. Requena-Santos y L. Ayuso-Sanchez (Eds.), *Estrategias de investigación en las Ciencias Sociales: Fundamentos para la elaboración de un trabajo de Fin de Grado o un trabajo de fin de master* (pp. 139–161). Tirant lo Blanch.

Grunberg, V. A., Cordova, K. A., Bidwell, L., & Ito, T. A. (2015). Can marijuana make it better?

Prospective effects of marijuana and temperament on risk for anxiety and depression.

*Psychology of Addictive Behaviors*, 29(3), 590. <https://europepmc.org/article/med/26415059>

Hasin, D. S., Saha, T. D., Kerridge, B. T., Goldstein, R. B., Chou, S. P., Zhang, H., Jung, J., Pickering, R., Ruan, W., Smith, S., Huang, B., & Grant, B. (2015). Prevalence of marijuana use disorders in the United States between 2001-2002 and 2012-2013. *JAMA psychiatry*, 72(12), 1235-1242.

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26502112/>

Hayatbakhsh, M. R., Najman, J. M., Jamrozik, K., Mamun, A. A., Alati, R., & Bor, W. (2007). Cannabis and anxiety and depression in young adults: a large prospective study. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 46(3), 408-417.

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17314727/>

Horwood, L. J., Fergusson, D. M., Coffey, C., Patton, G. C., Tait, R., Smart, D., Letcher, P., Silins, E., & Hutchinson, D. M. (2012). Cannabis and depression: an integrative data analysis of four Australasian cohorts. *Drug and alcohol dependence*, 126(3), 369-378.

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22749560/>

- Hernández, R., Fernández, C., y Baptista, P. (2010). Metodología de la investigación. Ciudad de México: Mc Graw Hill Interamericana. <https://www.uca.ac.cr/wp-content/uploads/2017/10/Investigacion.pdf>
- Hernández-Serrano, O., Font-Mayolas, S., y Gras, M. E. (2015). Policonsumo de drogas y su relación con el contexto familiar y social en jóvenes universitarios. *Adicciones*, 27(3), 205-213. <https://www.adicciones.es/index.php/adicciones/article/view/707>
- Jain, R., Chang, C., Koto, M., Geldenhuys, A., Nichol, R., y Joubert, G. (2018). Uso y conocimiento del cannabis entre estudiantes de medicina de la Universidad del Estado Libre, Bloemfontein, Sudáfrica. *Journal of Child & Adolescent Mental Salud*, 30: 1, 19-26. 10.2989 / 17280583.2018.1438291
- Ley 1616 del 2013. (2013, enero 21). Congreso de la República de Colombia. Diario No. 48.680. [http://www.secretariassenado.gov.co/senado/basedoc/ley\\_1616\\_2013.html](http://www.secretariassenado.gov.co/senado/basedoc/ley_1616_2013.html)
- Ley N° 1122. (2007). Congreso de la República de Colombia. Diario No. 46.506. URL. [http://www.secretariassenado.gov.co/senado/basedoc/ley\\_1122\\_2007.html](http://www.secretariassenado.gov.co/senado/basedoc/ley_1122_2007.html)
- Lovibond, P.F., & Lovibond, S.H. (1995). The structure of negative emotional states: Comparison of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS) with the Beck. Depression and Anxiety Inventories. *Behaviour Research and Therapy*, 33(3) (1995), pp. 335-343. <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/000579679400075U>
- Mansilla, M. (2000). Etapas del desarrollo humano. *Revista de investigación en Psicología*, 3(2), 105-116. <https://n9.cl/kp0z8>
- Manual deontológico y bioético del psicólogo. (2019). *Ley 1090 de 2006 por medio del cual se expide y actualiza el Manual Deontológico y Bioético de Psicología*. Bogotá, Colombia, 06 de septiembre de 2006.
- Ministerio de Salud [MinSalud]. (2015). Encuesta Nacional de Salud Mental 2015. [http://www.odc.gov.co/Portals/1/publicaciones/pdf/consumo/estudios/nacionales/CO031102015-salud\\_mental\\_tomoI.pdf](http://www.odc.gov.co/Portals/1/publicaciones/pdf/consumo/estudios/nacionales/CO031102015-salud_mental_tomoI.pdf)

Ministerio de Salud y Protección Social [MinSalud]. (2019). Salud mental y convivencia social. Minsalud. <https://www.minsalud.gov.co/salud/publica/SMental/Paginas/salud-mental-y-convivencia-social.aspx>

Morgan, C.J.A., Gardener, G., Schafer, S., Swan, C., Demarchi, T.P., Freeman, P., Warrington, P., Rupasinghe, I., Ramoutar, A., Tan, N., Wingham, G., Lewis, S., & Curran, H.V. (2012). Sub-chronic impact of cannabinoids in street cannabis on cognition, psychoticlike symptoms and psychological well-being. *Psychological Medicine*, 42(2), 391–400. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21798112/>

National Institute on Drug Abuse [NIDA]. (2019). *La marihuana*. <https://www.drugabuse.gov/es/publicaciones/drugfacts/la-marihuana>

National Institute on Drug Abuse [NIDA]. (2020). ¿Cuáles son las señales tempranas de riesgo que pueden predecir el abuso de drogas en el futuro? <https://www.drugabuse.gov/es/publicaciones/como-prevenir-el-uso-de-drogas/capitulo-1-los-factores-de-riesgo-y-los-factores-de-proteccion/cuales-son-las-se> en 2020, November 29

Oblitas, L. A. (2006). PSICOLOGÍA DE LA SALUD: Una ciencia del bienestar y la felicidad. *Avances en Psicología*, 16(1), 9-38. <http://www.unife.edu.pe/pub/revpsicologia/psicologiasalud.pdf>

Oliver-Quetglas, A., Torres, E., March, S., Socías, I., y Esteva, M. (2013). Factores de riesgo de síndrome depresivo en adultos jóvenes. *Actas españolas de psiquiatría*, 41(2), 84-96. <https://www.actaspsiquiatria.es/repositorio/15/82/ESP/15-82-ESP-84-96-410230.pdf>

Observatorio de Drogas de Colombia [O.D.C]. (2013). Caracterización Regional de la problemática asociada a las drogas ilícitas en el departamento de Valle del Cauca. [http://www.odc.gov.co/Portals/1/politica-regional/Docs/2015/RE06092015-valle\\_cauca.pdf](http://www.odc.gov.co/Portals/1/politica-regional/Docs/2015/RE06092015-valle_cauca.pdf)

Observatorio de Drogas de Colombia [O.D.C]. (2017). Reporte de drogas de Colombia. [http://www.odc.gov.co/Portals/1/publicaciones/pdf/odc-libro-blanco/reporte\\_drogas\\_colombia\\_2017.pdf](http://www.odc.gov.co/Portals/1/publicaciones/pdf/odc-libro-blanco/reporte_drogas_colombia_2017.pdf)

Observatorio de Drogas de Colombia [O.D.C]. (2016). Estudio Nacional de Consumo de Sustancias Psicoactivas en Población Escolar Colombia.

[https://www.unodc.org/documents/colombia/2018/Junio/CO03142016\\_estudio\\_consumo\\_escolas\\_2016.pdf](https://www.unodc.org/documents/colombia/2018/Junio/CO03142016_estudio_consumo_escolas_2016.pdf)

Organización de los Estados Americanos [OEA]. (2019). Informe sobre el Consumo de Drogas en las Américas 2019, Washington, D.C., 2019.

<http://www.cicad.oas.org/main/pubs/Informe%20sobre%20el%20consumo%20de%20drogas%20en%20las%20Am%C3%A9ricas%202019.pdf>

Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2005). Neurociencia del consumo y dependencia de sustancias psicoactivas. Washington, D.C.

[https://www.who.int/substance\\_abuse/publications/neuroscience\\_spanish.pdf](https://www.who.int/substance_abuse/publications/neuroscience_spanish.pdf)

Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2014). Health for the World's Adolescents. A second chance in the second decade. <https://apps.who.int/adolescent/second-decade/section2/page1/recognizing-adolescence.html>

Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2018). Salud mental del adolescente.

<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-mental-health>

Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2019). Salud mental del adolescente.

<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-mental-health>

Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2020). Depresión. <https://www.who.int/topics/depression/es/>

Organización Panamericana de la Salud [OPS]. (2013). Salud del Adolescente.

[https://www.paho.org/hq/index.php?option=com\\_content&view=article&id=3177:salud-del-adolescente&Itemid=2428&lang=es](https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=3177:salud-del-adolescente&Itemid=2428&lang=es)

Organización Panamericana de la Salud [OPS]. (2018). La carga de los trastornos mentales en la Región de las Américas, 2018. Washington, D.C.:

[https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/49578/9789275320280\\_spa.pdf?sequence=9&isAllowed=y](https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/49578/9789275320280_spa.pdf?sequence=9&isAllowed=y)

Organización de las Naciones Unidas [ONU]. (s.f). Juventud. <https://n9.cl/5hs0ia>

Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura [UNESCO]. (2019). Por los jóvenes, con los jóvenes, para los jóvenes. <https://es.unesco.org/youth>

- Oficina de Naciones Unidas contra la Droga y el Delito [UNODC]. (2017). III Estudio epidemiológico andino sobre consumo de drogas en la población universitaria, Informe Regional, 2016.  
[https://www.unodc.org/documents/peruandecuador//Informes/Otros/Informe\\_Universitario\\_Regional.pdf](https://www.unodc.org/documents/peruandecuador//Informes/Otros/Informe_Universitario_Regional.pdf)
- Oficina de Naciones Unidas contra la Droga y el Delito [UNODC]. (2020). Informe mundial sobre las drogas 2020.  
[https://www.unodc.org/mexicoandcentralamerica/es/webstories/2020/06\\_26\\_Informe\\_Mundial\\_Drogas\\_2020.html](https://www.unodc.org/mexicoandcentralamerica/es/webstories/2020/06_26_Informe_Mundial_Drogas_2020.html)
- Pedersen, W. (2008). Does cannabis use lead to depression and suicidal behaviours? A population-based longitudinal study. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 118(5), 395-403.  
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18798834/>
- Phillips, K. T., Lalonde, T.L., Phillips, M.M., & Schneider, M.M. (2017). Marijuana use and associated motives in Colorado university students. *Am J Addict*, 26(8):830-837. 10.1111/ajad.12640
- Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo [PNUD]. (2012). Objetivos de Desarrollo Sostenible.  
<https://www.undp.org/content/undp/es/home/sustainable-development-goals/background.html>
- Quimbayo-Díaz, J. H., y Olivella-Fernández, M. C. (2012). Consumo de marihuana en estudiantes de una universidad colombiana. *Revista de Salud Pública*, 15, 32-43. Recuperado de  
<https://www.scielosp.org/article/rsap/2013.v15n1/32-43/>
- Ramírez, C. R., Álvarez, M., Prieto, G. V., & Otálvaro, F. T. (2012). Prevalencia de sintomatología depresiva y ansiosa en estudiantes de 14 a 18 años de un colegio privado de Medellín. *Revista colombiana de Psiquiatría*, 41(3), 606-619. [https://doi.org/10.1016/S0034-7450\(14\)60032-9](https://doi.org/10.1016/S0034-7450(14)60032-9)
- Rasic, D., Weerasinghe, S., Asbridge, M., & Langille, D. B. (2013). Longitudinal associations of cannabis and illicit drug use with depression, suicidal ideation and suicidal attempts among Nova Scotia high school students. *Drug and alcohol dependence*, 129(1-2), 49-53.  
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23041136/>

Resolución N° 8430. (1993). Congreso de la República de Colombia.

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/RESOLUCION-8430-DE-1993.PDF>

Restrepo, J., Amador, O., Calderón, G., Castañeda, T., Osorio, Y., y Diez, P. (2018). Depresión y su relación con el consumo de sustancias psicoactivas, el estrés académico y la ideación suicida en estudiantes universitarios colombianos. *Health and Addictions*, 18(2), 227-239.

<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6546342>

Román, F., Santibáñez, P., y Vinet, E. V. (2016). Uso de las Escalas de Depresión Ansiedad Estrés (DASS-21) como Instrumento de Tamizaje en Jóvenes con Problemas Clínicos. *Acta de Investigación Psicológica*, 6(1), 2325–2336. 10.1016/s2007-4719(16)30053-9

Saavedra-Portales, W. S., Vidal-Muñoz, N. V., Campos-Riesco, C. C., & Neira, P. D. C. N. (2016). Prevalencia de consumo de marihuana en estudiantes universitarios de una facultad de ingeniería de una institución pública de educación superior. *Revista Perspectiva*, 17(4).

<http://www.revistas.upagu.edu.pe/index.php/PE/article/view/438/451>

Satchimo, A., Nieves, Z., y Grau, R. (2013). Factores de riesgo y vulnerabilidad al estrés en estudiantes universitarios. *Psicogente*, 16(29), 143-154.

<http://revistas.unisimon.edu.co/index.php/psicogente/article/view/1947>

Secretaría Departamental de Salud del Valle del Cauca. (2018). Análisis de Situación de Salud Valle del Cauca. Recuperado de

<https://www.valledelcauca.gov.co/loader.php?lServicio=Tools2&lTipo=viewpdf&id=24130>

Secretaría Departamental de Salud del Valle del Cauca. (2019). Análisis de Situación de Salud Valle del Cauca. Recuperado de

<https://www.valledelcauca.gov.co/loader.php?lServicio=Tools2&lTipo=viewpdf&id=40711>

Tijerina, L.Z., González, E., Gómez, M., Cisneros, M.A., Rodríguez, K.Y., y Ramos, E.G. (2018).

Depresión, ansiedad y estrés en estudiantes de nuevo ingreso a la educación superior. *Revista de Salud Pública y Nutrición*, 17(4), 41-47.

Troup, L. J., Andrzejewski, J. A., Braunwalder, J. T., & Torrence, R. D. (2016). The relationship between cannabis use and measures of anxiety and depression in a sample of college campus

cannabis users and non-users post state legalization in Colorado. *PeerJ*, 4, e2782.

[10.7717/peerj.2782](https://doi.org/10.7717/peerj.2782)

Vallejo C., A. G., Díaz M., K., Méndez F., M. M., y López C., P. (2019). Sintomatología Depresiva y Consumo de Sustancias en Universitarios de Veracruz México. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 22(4).

<http://www.revistas.unam.mx/index.php/repj/article/view/72379/63839>

Van-Gastel, W. A., MacCabe, J. H., Schubart, C. D., Van Otterdijk, E., Kahn, R. S., & Boks, M. P. M. (2014). Cannabis Use is a Better Indicator of Poor Mental Health in Women Than in Men: A Cross-Sectional Study in Young Adults from the General Population. *Community Mental Health Journal*, 50(7), 823–830. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24728845/>

Van-Laar, M., Van Dorsselaer, S., Monshouwer, K., & De Graaf, R. (2007). Does cannabis use predict the first incidence of mood and anxiety disorders in the adult population?. *Addiction*, 102(8), 1251-1260. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17624975/>

Volkow, N. D., & Morales, M. (2015). The brain on drugs: from reward to addiction. *Cell*, 162(4), 712-725. <http://dx.doi.org/10.1016/j.cell.2015.07.046>

## ANEXOS

### Anexo 1. Cuestionario DASS-21. Depresión, ansiedad y estrés

#### CUESTIONARIO DASS-21. DEPRESIÓN, ANSIEDAD Y ESTRÉS

Por favor lee las siguientes afirmaciones y marca una x sobre un sólo número (0, 1, 2, 3) que indica cuánto esta afirmación te aplicó durante la semana pasada. No hay respuestas correctas o incorrectas. No te tomes demasiado tiempo para contestar.

**Durante la semana pasada...**

	No me aplicó	Me aplicó un poco o durante parte del tiempo	Me aplicó bastante o durante una buena parte del tiempo	Me aplicó mucho o la mayor parte del tiempo
	0	1	2	3
1. Me costó mucho relajarme	0	1	2	3
2. Me di cuenta que tenía la boca seca	0	1	2	3
3. No podía sentir ningún sentimiento positivo	0	1	2	3
4. Se me hizo difícil respirar	0	1	2	3
5. Se me hizo difícil tomar la iniciativa para hacer cosas	0	1	2	3
6. Reaccioné exageradamente en ciertas situaciones	0	1	2	3
7. Sentí que mis manos temblaban	0	1	2	3
8. Sentí que tenía muchos nervios	0	1	2	3
9. Estaba preocupado por situaciones en las cuales podía tener pánico o en las que podría hacer el ridículo	0	1	2	3
10. Sentí que no tenía nada por que vivir	0	1	2	3
11. Noté que me agitaba	0	1	2	3
12. Se me hizo difícil relajarme	0	1	2	3
13. Me sentí triste y deprimido	0	1	2	3
14. No toleré nada que no me permitiera continuar con lo que estaba haciendo	0	1	2	3
15. Sentí que estaba al punto de pánico	0	1	2	3
16. No me pude entusiasmar por nada	0	1	2	3
17. Sentí que valía muy poco como persona	0	1	2	3
18. Sentí que estaba muy irritable	0	1	2	3
19. Sentí los latidos de mi corazón a pesar de no haber hecho ningún esfuerzo físico	0	1	2	3
20. Tuve miedo sin razón	0	1	2	3
21. Sentí que la vida no tenía ningún sentido	0	1	2	3

\*Tomado de Bravo (2017)

## Anexo 2. Apartado de Uso de sustancias

Las siguientes preguntas son sobre el consumo de marihuana.

54. ¿Has consumido marihuana alguna vez en la vida?
- A. Sí
  - B. No (Pasa a la pregunta 58)
55. ¿Qué edad tenías cuando consumiste marihuana por primera vez?
- \_\_\_ años cumplidos
56. ¿Has consumido marihuana en los últimos 12 meses?
- A. Sí
  - B. No
57. Durante los últimos 30 días, ¿cuántos días has consumido marihuana?
- A. 0 días
  - B. 1 o 2 días
  - C. 3 a 5 días
  - D. 6 a 9 días
  - E. 10 a 19 días
  - F. 20 a 29 días
  - G. Los 30 días

\*Tomado de Bravo (2017)