

Universidad Católica de Santa María
Facultad de Ciencias Sociales y Humanidades
Escuela Profesional de Psicología



**Consumo de marihuana y sintomatología depresiva en estudiantes de una
Universidad Privada de Arequipa**

Tesis presentada por las Bachilleres:

Ayres Garcia, Lucia Rafaella

ORCID: 0009-0007-4890-6767

Nina Humpiri, Mirla Emilce

ORCID: 0009-0002-1075-8387

para optar el Título Profesional de Licenciada en Psicología

Asesor:

Dr. Chávez Luque, Yuri Félix

ORCID: 0000-0003-1857-6094

Arequipa - Perú

2024

UCSM-ERP

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

PSICOLOGIA

TITULACIÓN CON TESIS

DICTAMEN APROBACIÓN DE BORRADOR

Arequipa, 25 de Noviembre del 2024

Dictamen: 011630-C-EPSIC-2024

Visto el borrador del expediente 011630, presentado por:

2018204012 - NINA HUMPIRI MIRLA EMILCE

2019240662 - AYRES GARCIA LUCIA RAFAELLA

Titulado:

**CONSUMO DE MARIHUANA Y SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA EN ESTUDIANTES DE UNA
UNIVERSIDAD PRIVADA DE AREQUIPA**

Nuestro dictamen es:

APROBADO

Titulo Profesional/Titulo de Segunda Especialidad/Grado Académico a optar:

LICENCIADO (A) EN PSICOLOGÍA

**29457820 - MARTINEZ CARPIO HECTOR EMILIO
DICTAMINADOR**



**29606304 - PUMA HUACAC ROGER FREDDY
DICTAMINADOR**



**42957579 - RAMOS VARGAS LUIS FERNANDO
DICTAMINADOR**



Consumo de marihuana y sintomatología depresiva en estudiantes de una Universidad Privada de Arequipa

INFORME DE ORIGINALIDAD

18%

INDICE DE SIMILITUD

18%

FUENTES DE INTERNET

7%

PUBLICACIONES

16%

TRABAJOS DEL ESTUDIANTE

FUENTES PRIMARIAS

1	Submitted to Universidad Rey Juan Carlos Trabajo del estudiante	5%
2	hdl.handle.net Fuente de Internet	5%
3	tesis.pucp.edu.pe Fuente de Internet	5%
4	Submitted to Universidad Católica de Santa María Trabajo del estudiante	2%
5	Submitted to Universidad Católica San Pablo Trabajo del estudiante	1%
6	1library.co Fuente de Internet	1%

Excluir citas

Apagado

Excluir coincidencias < 1%

Excluir bibliografía

Apagado

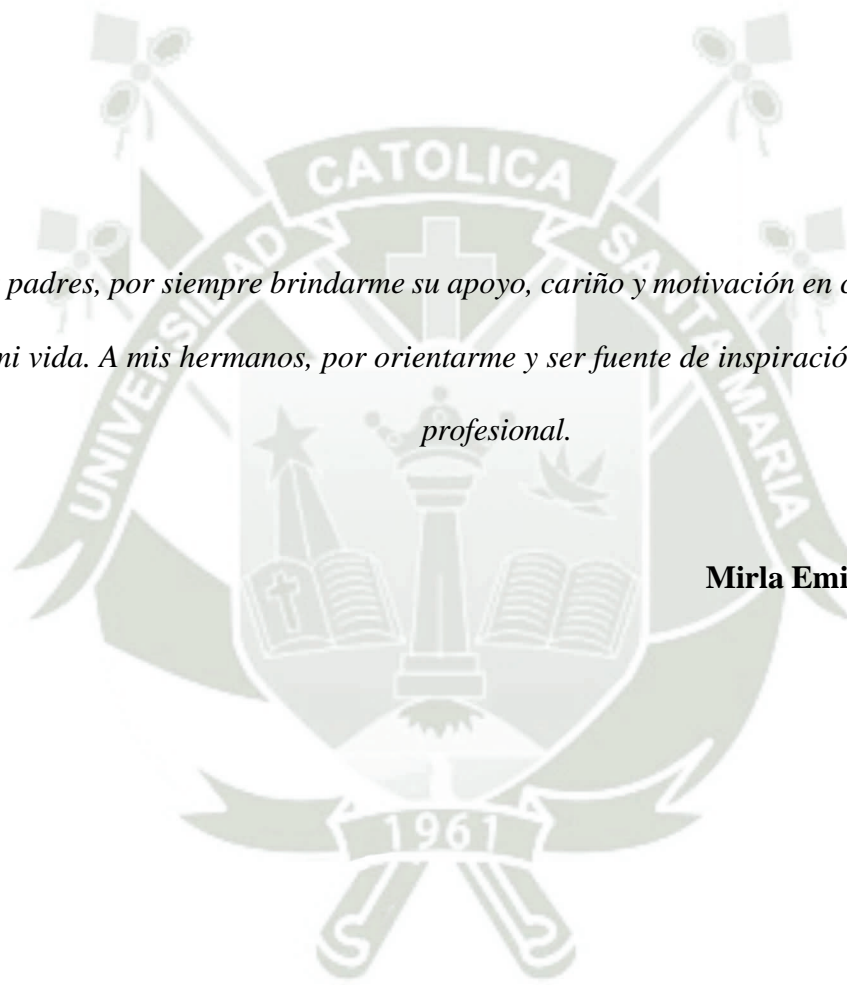
DEDICATORIA

A mi madre, por todo el amor incondicional y por enseñarme a no rendirme y luchar por mis sueños. A mi familia, su amor y aliento fueron mi mayor motivación. A Santiago, Mi apoyo.

Lucia Raffaella Ayres Garcia

A mis padres, por siempre brindarme su apoyo, cariño y motivación en cada momento de mi vida. A mis hermanos, por orientarme y ser fuente de inspiración en mi vida profesional.

Mirla Emilce Nina Humpiri



AGRADECIMIENTOS

A nuestra alma mater Universidad Católica de Santa María, por la formación brindada durante estos años. A los maestros de la Escuela Profesional de Psicología, quienes nos acompañaron durante nuestra formación, compartieron sus conocimientos y nos motivaron a ser profesionales destacados con sólidos valores. Al Dr. Yuri Chávez Luque por su guía y dedicación en cada asesoría.

A los estudiantes de las distintas escuelas profesionales de la Universidad Católica de Santa María, por su participación en la presente investigación.



RESUMEN

La presente investigación tuvo como objetivo principal determinar la relación entre el consumo de marihuana y la sintomatología depresiva en estudiantes de una universidad privada de Arequipa. La metodología utilizada en el estudio se centró en un enfoque cuantitativo, de tipo básico, con un diseño correlacional simple. La muestra estuvo conformada por 377 estudiantes universitarios de entre 18 y 24 años, de ambos sexos, siendo 158 mujeres y 219 hombres. Los instrumentos utilizados para la evaluación de variables fueron el Cannabis Abuse Screening Test (CAST) y el Inventario de Depresión de Beck-II (BDI-II). El análisis de los datos reveló una correlación significativa, positiva y moderada entre el consumo de marihuana y la sintomatología depresiva ($r=.595$; $p<.001$). Este hallazgo sugiere que, a mayor consumo de marihuana, se observa un incremento en los síntomas depresivos entre los estudiantes. Además, se identificó una asociación significativa entre las variables sexo y tipo de vivienda. Sin embargo, no se encontró una relación significativa entre el estado civil, la relación con los padres, la edad y el consumo de marihuana. Respecto a la variable sintomatología depresiva, se encontró que esta está asociada con la variable sexo, mientras que no se encontró asociación con el estado civil, el tipo de vivienda y la relación con los padres.

Palabras clave: Estudiantes universitarios, consumo de marihuana, sintomatología depresiva.

ABSTRACT

The present research aimed to determine the relationship between marijuana use and depressive symptoms among students at a private university in Arequipa. The study employed a quantitative, basic approach with a simple correlational design. The sample consisted of 377 university students aged between 18 and 24 years, including 158 women and 219 men. The instruments used for variable assessment were the Cannabis Abuse Screening Test (CAST) and the Beck Depression Inventory-II (BDI-II). Data analysis revealed a significant, positive, and moderate correlation between marijuana use and depressive symptoms ($r=.595$; $p<.001$). This finding suggests that increased marijuana use is associated with higher depressive symptoms among students. Additionally, a significant association was identified between gender and type of housing. However, no significant relationship was found between marital status, relationship with parents, age, and marijuana use. Regarding depressive symptoms, an association was found with gender, but no association was identified with marital status, type of housing, and relationship with parents.

Key words: College students, marijuana use, depressive symptomatology

Índice

DEDICATORIA

AGRADECIMIENTOS

RESUMEN

ABSTRACT

Introducción	1
Capítulo I	5
Problema y Teórico	5
Problema de Investigación	5
Pregunta General	5
Variables de investigación	5
Definición de las Variables	5
Objetivos	6
Objetivo General	6
Objetivos Específicos	6
Antecedentes Teórico-Investigativos	7
Consumo de Marihuana	7
Síntomatología depresiva	16
Hipótesis	23
Capítulo II	24
Metodología	24
Tipo y diseño de investigación	24
Instrumentos	24
Escala CAST	24
Inventario de Depresión de Beck-II (BDI-II)	26

Participantes.....	26
Población.....	26
Muestra.....	27
Criterios de Inclusión	27
Procedimiento	30
Consideraciones Éticas	30
Análisis De Datos.....	31
Capítulo III Resultados.....	32
Discusión	41
Conclusiones.....	46
Sugerencias.....	47
Limitaciones.....	48
Referencias.....	49
Anexos	64
Anexo 1. Consentimiento Informado.....	64
Anexo 2. Escala CAST.....	65
Anexo 3. Inventario BDI-II.....	66
Anexo 4. Google Forms de la Aplicación de cuestionarios	70

Lista de Tablas

Tabla 1	<i>Características sociodemográficas participantes (N=377)</i>	27
Tabla 2	<i>Características sociodemográficas de la muestra (N=377)</i>	29
Tabla 3	<i>Presión Social</i>	30
Tabla 4	<i>Descripción de los niveles de Consumo de Marihuana</i>	32
Tabla 5	<i>Descripción de los niveles de Sintomatología Depresiva</i>	32
Tabla 6	<i>Relación entre el Consumo de marihuana y edad</i>	33
Tabla 7	<i>Relación entre el Consumo de marihuana y sexo</i>	33
Tabla 8	<i>Tabla descriptiva de consumo de marihuana según estado civil con Chi cuadrado</i>	34
Tabla 9	<i>Relación entre Con quien vive y consumo de marihuana</i>	35
Tabla 10	<i>Relación entre Relación con los padres y consumo de marihuana</i>	35
Tabla 11	<i>Relación entre la Sintomatología depresiva y edad</i>	36
Tabla 12	<i>Relación entre la Sintomatología depresiva y el sexo</i>	37
Tabla 13	<i>Relación entre el estado civil y la sintomatología depresiva</i>	38
Tabla 14	<i>Relación entre Con quien vive y la sintomatología depresiva</i>	38
Tabla 15	<i>Relación entre Relación con los padres y la sintomatología depresiva</i>	39
Tabla 16	<i>Prueba estadística de Kolmogorov Smirnov</i>	40
Tabla 17	<i>Correlación de Spearman entre consumo de marihuana y sintomatología depresiva</i>	40

Introducción

Conforme al Informe Mundial sobre Drogas 2023 desarrollado por la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito, en el transcurso de 2021, alrededor de una de cada diecisiete personas, con edades comprendidas entre los 15 y los 64 años, han hecho uso de alguna forma de droga, siendo el cannabis la droga más popular con 219 millones de consumidores (4,3% de la población adulta) a nivel mundial (Organización de las Naciones Unidas [ONU], 2023). El Centro de Información y Educación para la Prevención del Abuso de Drogas (CEDRO), señala que en el Perú hay un aumento en el uso de sustancias entre las edades de 19 a 24 años; además destaca que el consumo de marihuana va aumentando a medida que aumenta el nivel educativo; en otras palabras, los jóvenes con educación superior muestran un mayor índice de consumo (9.2%) (CEDRO, 2017, como se citó en Yallico, 2021).

En el Perú, específicamente en la capital, están ubicadas el 38% de las instituciones universitarias tanto públicas como privadas, siendo el lugar con la mayor concentración de población estudiantil universitaria (SUNEDU, 2020). En este grupo se encuestó a 1513 estudiantes universitarios con el objetivo de indagar sobre el consumo de sustancias psicoactivas, el 32% de los encuestados evidenció el consumo de marihuana, posicionándose como la tercera sustancia más utilizada, seguida por las bebidas energizantes y los medicamentos de venta libre (Zavaleta, et al., 2018). Así, queda en manifiesto que el consumo de marihuana está aumentando entre los universitarios a nivel mundial, nacional y regional (UNODC, 2019, como se citó en Yallico, 2021).

La marihuana hace referencia a las porciones deshidratadas de la planta cannabis, como flores, hojas, tallos y semillas (National Institute on Drug Abuse [NIH], 2019), este alberga más de 100 compuestos, denominados cannabinoides, entre éstos, destaca el tetrahidrocannabinol (THC), el cual modifica, afecta o influye la actividad mental de la

persona (Rosenberg, et al., 2015, como se citó en instituciones dedicadas al Control y Prevención de Enfermedades. [CDC], 2021).

Desde 1997, la Organización Mundial de la Salud (OMS) ha considerado que el cannabis tiene efectos adversos en la salud mental, dado que parece tener la capacidad de inducir un síndrome de dependencia semejante al de otras drogas o sustancias, desencadenar psicosis, causar un síndrome amotivacional, acelerar el inicio e intensificar el curso de la esquizofrenia (Division of mental health and prevention of substance abuse.

World Health Organization, 1997, citado en Quiroga, 2002), las investigaciones en estudiantes universitarios también evidenciaron que los consumidores frecuentes de cannabis, informan experimentar una menor energía, productividad comprometida, tendencia a la procrastinación e incremento en las inasistencias laborales y escolares, en contraste con los pares que consumen esporádicamente o que nunca han consumido (Worner, 2019 citado en Castaño, et al., 2021).

El término sintomatología depresiva hace referencia a una agrupación de síntomas que no están directamente relacionados con características diagnósticas de un episodio depresivo grave y se considera como la posible presencia de depresión en un futuro (Weber, 2019, como se citó en Carrasco & Gaitan, 2022). En el Perú, un estudio epidemiológico del año 2013 dio a conocer que el 26,1% la población adulta de la ciudad de Lima Metropolitana en algún momento de su vida presentó algún problema de salud mental, los síntomas depresivos fueron los más comunes, presentándose en un 6,2% de los casos (Instituto Nacional de Salud Mental, 2012, como se citó en Baños, 2021).

En los últimos años, se ha podido evidenciar un incremento del consumo de marihuana en jóvenes pertenecientes a la etapa universitaria lo cual podría facilitar el desarrollo de una sintomatología depresiva y un riesgo elevado de desarrollar un trastorno de depresión en el futuro, lo que afectaría su calidad de vida e interacción social, esta

información se sustenta con las investigaciones previas como el estudio de Agüero (2020) quien indica que ambas variables guardan una relación directa; asimismo, el consumo frecuente de marihuana podría ser un factor predictivo para el desarrollo de síntomas depresivos en ambos sexos y con mayor significancia en las mujeres consumidoras puesto que presentan mayores niveles de ansiedad y trastornos relacionados, sin embargo los hombres que consumen frecuentemente presentan una mayor probabilidad de intentos de suicidio (Prieto, 2021).

Si bien existe documentación de investigaciones que han desarrollado las variables Consumo de marihuana y Sintomatología depresiva en el Perú, el presente estudio propone profundizar en el análisis de estas dos variables en estudiantes universitarios y aportar mayor conocimiento, así como determinar la relación entre el consumo de marihuana y la sintomatología depresiva; también se determinará los niveles de consumo de marihuana y se identificarán los niveles de síntomas depresivos de los estudiantes de una universidad privada de Arequipa.

El presente estudio examina las variables del consumo de marihuana y síntomas depresivos aplicados a estudiantes universitarios y pretende obtener resultados relevantes para contrastar teóricamente la literatura y promover el pronóstico, la implementación de programas y estrategias de prevención para brindar recursos o herramientas necesarios para todos los afectados por la problemática presentada.

La autora Natalie Levy asegura lo siguiente: “Los jóvenes que perciben la marihuana o cannabis como una de las drogas menos peligrosas presentan una mayor predisposición a consumirla”. Considerar la marihuana como una droga de fácil acceso y no concebirla como peligrosa o letal la asocia a un consumo más cotidiano o frecuente. (Levy, 2021).

El consumo de marihuana entre los jóvenes es un fenómeno relevante que merece una atención más profunda. Actualmente, la legalización y aceptación social de dicha sustancia ha incrementado, lo que aumenta la disponibilidad y accesibilidad de los estudiantes. Comprender cómo se relaciona la marihuana con los síntomas depresivos es importante para identificar riesgos potenciales y desarrollar estrategias de intervención efectivas. Se espera desarrollar estrategias efectivas para abordar dicha problemática y promover un ambiente más saludable y equilibrado dentro de la comunidad estudiantil.



Capítulo I

Problema y Teórico

Problema de Investigación

Pregunta General

¿Existe relación entre el consumo de marihuana y la sintomatología depresiva en estudiantes de una universidad privada de Arequipa?

Variables de investigación

Definición de las Variables

Variable 1: Consumo de marihuana

Para la Organización Mundial de la Salud (OMS) el consumo de marihuana es definido como el uso de la planta Cannabis o derivados con el objetivo de obtener efectos medicinales o psicoactivos. Dicho consumo se puede presentar de manera ocasional o llegar a un uso crónico, las consecuencias pueden ser riesgos en la salud física y mental. (Organización Mundial de la Salud, 2020).

Para la medición de esta variable se utilizó el Cannabis Abuse Screening Test (CAST). La prueba está conformada por 6 preguntas las cuales abordan distintos temas relacionados con el consumo de Marihuana. La puntuación total es utilizada para medir el grado de abuso y el objetivo es identificar un problema relacionado con el consumo de cannabis. Una vez obtenida la puntuación se categoriza en base a los resultados en dependencia, uso problemático o sin problemas (Degenhardt et al., 2015). Las dimensiones y variables de la prueba son las siguientes: Consumo de Cannabis, consecuencias de uso, síntomas de Dependencia, control de uso y conductas de riesgo.

Variable 2: Sintomatología depresiva

Beck (1983) caracteriza la depresión como una alteración que impacta el estado de ánimo del individuo, llevándolo a experimentar pensamientos distorsionados y

comprometiendo su bienestar psicológico. Esta condición representa un riesgo para la salud mental, especialmente en el caso de los adolescentes, quienes, según Papalia y Olea (1996), enfrentan un período que los vuelve susceptibles y complica su adaptación al entorno.

Para la medición de esta variable se empleó la Escala de Depresión de Beck (BDI-II), la cual está conformada por 21 ítems. El formato de respuesta es de tipo Likert y la suma de los ítems da una puntuación máxima de 63 puntos. La interpretación de resultados permite categorizar en los siguientes cuatro apartados: 0-13, Depresión mínima; 14-19, Depresión leve; 20-28, Depresión moderada; y 29-63, Depresión severa (Beck et al., 1996).

Objetivos

Objetivo General

Determinar la relación entre el consumo de marihuana y sintomatología depresiva en estudiantes de una universidad privada de Arequipa.

Objetivos Específicos

Describir los niveles de consumo de marihuana en estudiantes de una universidad privada de Arequipa.

Describir los síntomas depresivos en estudiantes de una universidad privada de Arequipa.

Identificar los niveles de consumo de marihuana en estudiantes de una universidad privada de Arequipa según los factores sociodemográficos, estado civil, con quien vive y relación con los padres.

Identificar los niveles de síntomas depresivos en estudiantes de una universidad privada de Arequipa según los factores sociodemográficos, estado civil, con quien vive y relación con los padres.

Antecedentes Teórico-Investigativos

Consumo de Marihuana

Según mencionan Cano et al. (1994) el consumo de marihuana abarca la utilización de la planta de cannabis con propósitos tanto recreativos como medicinales, este consumo puede manifestarse a través de la inhalación por medio de la combustión, la vaporización, la ingestión en forma de alimentos o la aplicación tópica, es importante destacar que los efectos derivados del consumo de marihuana pueden variar, ya que dependen de la cepa específica y la cantidad ingerida, pudiendo manifestarse tanto en aspectos psicoactivos como medicinales.

Para Martínez et al. (2003), el uso de sustancias está asociado con dificultades en la adaptación personal a la sociedad, las cuales se relacionan con la gestión inapropiada de emociones como la ansiedad, la frustración, la inquietud o la protesta, entre otros aspectos, por otro lado, se sostiene que el temor generado en los adolescentes al asumir responsabilidades y deberes a lo largo de su desarrollo los impulsa a refugiarse en las drogas como una vía para evadir la realidad y los acontecimientos propios de la vida.

Percepción de riesgos

Urday et al. (2019) llevaron a cabo el estudio denominado “Percepción de riesgos y consumo de drogas en estudiantes universitarios de enfermería, Arequipa, Perú”, cuyo principal objetivo fue “determinar una aproximación sobre la prevalencia de vida, percepciones, información y comportamientos de riesgo respecto al consumo de drogas en estudiantes de enfermería”. Para la evaluación se aplicó un cuestionario estandarizado que contó con 241 ítems. La muestra del estudio estuvo conformada por 96 estudiantes con edades comprendidas entre 23 y 25 años. Respecto a los resultados obtenidos el 17.4% de la muestra ha consumido o consume marihuana, mientras que el 57% de los hombres han consumido marihuana por lo menos una vez. Finalmente, el estudio concluyó que 8 de cada

10 estudiantes perciben el consumo de alcohol como una práctica riesgosa, mientras que 9 de cada 10 estudiantes perciben el consumo de drogas como una práctica altamente riesgosa.

Consumo en universitarios

Granda (2021) realizó el estudio denominado “Rol del Estrés” Expectativas el consumo problemático de marihuana en universitarios” la cual tuvo como principal objetivo analizar la existencia de la relación entre la probabilidad de riesgo de consumo problemático de marihuana con las siguientes variables Estrés percibido y Expectativas sobre el consumo de marihuana en estudiantes universitarios de Lima Metropolitana.

Edad de inicio de consumo

Además, se investigó la relación entre la edad de inicio del consumo con la probabilidad del consumo problemático. Para evaluar a la nuestra se utilizó la Escala CAST (DEVIDA, 2014a), la adaptación de Perceived Stress Scale (PSS) elaborada por Guzmán- Yacaman y Reyes- años Sii (2018) y la adaptación de Marijuana Effect Expectancy Questionnaire. La muestra fue constituida por 301 estudiantes cuyas edades se encuentran entre los 18 y 29 años, los análisis se aplicaron únicamente en 72 estudiantes de los cuales 40 fueron mujeres y 32 hombres debido a las limitaciones de la Escala CAST, los resultados evidenciaron una correlación significativa, directa y mediana entre la Escala CAST y las expectativas positivas hacia la marihuana, asimismo se encontró una correlación significativa entre la Escala CAST y la edad de inicio de consumo, el estudio enfatizó la importancia de trabajar en las expectativas positivas sobre el consumo de marihuana en las intervenciones a estudiantes.

Prevalencia de Consumo en estudiantes

El segundo estudio Epidemiológico Andino sobre el consumo de sustancias psicoactivas en estudiantes universitarios, llevado a cabo por la Comunidad Andina y

Unión Europea (CAN,2013) señaló a la marihuana como la droga de mayor consumo entre universitarios de países como Perú, Colombia, Bolivia y Ecuador (CAN, 2013). El estudio mencionó que la prevalencia anual es de 20.8 % además de señalar a los 18 años como la edad de inicio de consumo, mientras que a los 20 años se presentan los indicadores de consumo problemático. El estudio epidemiológico también señaló que el 30% de los alumnos informaron haber recibido ofertas de compra y el 28.8% de los estudiantes universitarios consumidores presentan signos de consumo crónico y dependencia (CAN, 2013). Con respecto al tercer estudio epidemiológico llevado a cabo por la UNODC (2017) identificó la marihuana como la droga preferida por los universitarios, e informó sobre una prevalencia anual de 10.8 % además de identificar a los 18 años como la edad promedio de inicio del consumo. A nivel nacional la marihuana es la droga de mayor consumo por los jóvenes, y se resalta un incremento gradual en la prevalencia del consumo en los últimos años (DEVIDA,2013). El Centro de Información y Educación para la prevención del Abuso de Drogas (CEDRO,2015) y DEVIDA (2005) evidencia que el grupo demográfico con mayor consumo de marihuana es el de los estudiantes de educación superior, siendo la franja de edades con mayor prevalencia más alta de consumo comprendida entre los 19 y 24 años. El tercer estudio epidemiológico andino sobre el consumo de drogas en la población universitaria de Perú realizado por la UNODC (2017) señala que la edad de inicio de consumo es a los 18 años, mientras que los resultados muestran que el 14.8 % de universitarios peruanos han consumido marihuana por lo menos una vez en su vida.

Benites (2021) llevó a cabo un estudio de caso denominado “Consumo de sustancias psicoactivas y su incidencia en la depresión de un sujeto de 28 años de Cantón Urdaneta” el cual tuvo como objetivo principal determinar la relación entre el consumo de sustancias y la incidencia en la depresión de un adulto de 28 años. La investigación es un estudio descriptivo- correlacional; para esta modalidad se aplicó el análisis conceptual y

bibliográfico. Para la evaluación del sujeto se utilizó el inventario de depresión de Beck y la prueba de ASSIST V3.0, los criterios diagnósticos se rigieron al DSM-V y al CIE-10. Los resultados obtenidos identificaron que los problemas de salud mental del evaluado surgieron a raíz del fallecimiento de un miembro de su familia, asimismo se evidenció un consumo frecuente de marihuana. Respecto a las pruebas aplicadas se identificó que en el inventario de Beck el paciente obtuvo un puntaje de 34 (depresión grave) mientras que la prueba de ASSIST V3.0 identificó un consumo moderado de marihuana.

Factores Psicosociales asociados al consumo

Vega y Alvarado (2019) realizaron la investigación denominada “Factores psicosociales que intervienen en el consumo de sustancias psicotrópicas en adolescentes” cuyo objetivo fue identificar los factores psicosociales que influyen en el consumo de sustancias psicotrópicas en adolescentes. La muestra estuvo conformada por 66 estudiantes cuyas edades oscilaban entre los 10 a los 19 años, para la investigación se utilizó un muestreo no probabilístico por conveniencia, para la evaluación de la variable consumo de sustancias se empleó el test de POSIT (Problem Oriented Screening Instrument for terna ges) y la para evaluación de depresión se utilizó la escala de Hamilton. La investigación concluyó lo siguiente: alcohol fue la sustancia más consumida correspondiente a (97%) de la población seguida de marihuana con un total de 18.2%, además se identificó que aquellos participantes con depresión presentan mayor predisposición para el consumo de marihuana y menor riesgo para consumo de alcohol.

Hoy en día se ha podido observar un incremento en la aceptación social del consumo de marihuana (Berg et al., 2015), generalmente los consumidores tienden a minimizar las consecuencias negativas (Macleod et al., 2004) e incluso dichas consecuencias son percibidas como lejanas o ajenas (Quimbayo y Olivella, 2013).

En el caso de los universitarios peruanos, La Comisión Nacional para el Desarrollo y

vida sin Drogas (DEVIDA, 2005) identificó un alza las actitudes de aceptación hacia la marihuana; las estadísticas evidencian que dos de cada diez estudiantes universitarios peruanos no perciben el nivel de riesgo ante el uso prolongado de la marihuana (UNODC, 2017). Un estudio aplicado en las nueve regiones del Perú señaló que la marihuana es considerada como la droga menos riesgosa por los estudiantes (Espinoza, 2011).

Pinelo et al. (2022) desarrollaron la investigación denominada “Consumo de drogas legales e ilegales y síntomas de depresión en adultos mayores usuarios de Facebook durante la pandemia por SARS-CoV-2 en México” el objetivo principal del estudio fue analizar el consumo de sustancias psicoactivas legales e ilegales en adultos mayores a de 60 años usuarios de Facebook y la relación con la sintomatología depresiva durante la pandemia de SARS-CoV-2, la muestra estuvo conformada por 380 adultos, para la evaluación de la primera variable la población completó una ficha sociodemográfica que identificó la frecuencia cantidad y tipo de sustancia de consumo, además de la aplicación de una prueba de auto reporte que identifique la sintomatología depresiva de los evaluados, el 50.26% de la población estuvo conformado por mujeres, los resultados de la investigación evidenciaron que al comparar los resultados obtenido por los consumidores y no consumidores resaltó que el consumo en los últimos 30 días fue superior en el sexo femenino y en la población soltera, no se hallaron diferencias en el nivel de escolaridad de los participantes. En cuanto a la sintomatología depresiva, los niveles leve y grave evidenciaron relación con todas las drogas a excepción del tabaco y los opiáceos.

Tipo de consumo

Fumar. Según Hancox et al. (2022), inhalar el humo de cannabis afecta negativamente la función pulmonar, generando efectos similares a los del consumo de tabaco, ya que los compuestos se absorben directamente por los pulmones. Fumar marihuana está asociado con una inflamación significativa de

las vías respiratorias, mayor resistencia en las mismas e hiperinflación pulmonar. Los consumidores regulares reportan más síntomas de bronquitis crónica en comparación con quienes no fuman. Además, fumar marihuana puede debilitar la capacidad del sistema respiratorio para defenderse, aumentando el riesgo de infecciones respiratorias, como neumonía. Un estudio indica que los fumadores frecuentes experimentan más días de enfermedad, generalmente relacionados con problemas respiratorios (Ramaekers et al., 2004).

Vaporización. La vaporización es un método de consumo que consiste en calentar la planta de cannabis a una temperatura que le permita liberar sus componentes a manera de vapor. El producto es inhalado, esto permite al consumidor absorber los compuestos sin producir humo, este método es menos dañino para los pulmones en comparación con el acto de fumar cigarrillos de marihuana. (Patterson & Harkins, 2018).

Comestibles. El consumo de marihuana por medio de comestibles implica ingerir alimentos que dentro de sus componentes contengan cannabis, estos se pueden presentar como galletas, chocolates entre otros dulces. Dichos productos son preparados con extractos de cannabis que provocan efectos psicoactivos luego de ser absorbidos por el sistema digestivo. Los efectos de los comestibles suelen ser más lentos en comparación con la inhalación. (Tindle & Gaine, 2021).

Tinturas. Las tinturas a base de cannabis son soluciones líquidas que dentro de su compuesto se encuentran extractos de cannabis disueltos con líquidos como alcohol y agua. Su consumo se da colocando gotas bajo la lengua, esta modalidad permite una absorción rápida de los componentes. El presente

método se destaca debido a su discreción y control sobre la cantidad de dosis de consumo. (Cunningham & McCurdy, 2020).

Aceites y extractos. Los aceites y extractos de marihuana, según Hartman y Huestis (2013), son concentrados de compuestos activos de cannabis disueltos en un aceite portador, como el de coco u oliva. Pueden consumirse directamente, añadirse a alimentos o aplicarse tópicamente, y se utilizan tanto con fines medicinales como recreativos, conteniendo altas concentraciones de cannabinoides como THC y CBD. Estos aceites han ganado popularidad en países donde se busca legalizar la marihuana. Se obtienen al eliminar el solvente de los extractos de flores de cannabis y su contenido de THC y CBD varía según la variedad y el proceso de elaboración. La extracción con etanol es la técnica más antigua, siendo conocida en farmacias como tintura de cannabis hasta la década de 1950.

Tópicos. Los productos tópicos de cannabis, que contienen THC, CBD y terpenos, están diseñados para aplicarse en la piel, permitiendo una absorción localizada. Su objetivo es aliviar inflamaciones y dolores en zonas específicas. Según Ramaekers et al. (2004), han ganado popularidad por ofrecer beneficios terapéuticos sin efectos psicoactivos. Esta aplicación es útil para tratar problemas dermatológicos, como dermatitis y psoriasis, así como molestias musculares y articulares. Así, los productos tópicos se consolidan como una opción valiosa en la gestión del malestar localizado (Baker et al., 2022).

Factores asociados al consumo de marihuana

Los factores vinculados al uso de marihuana incluyen impactos en la salud física y mental, afectando la memoria, el aprendizaje, la atención, la toma de decisiones, la coordinación, las emociones y el tiempo de reacción, además de provocar ansiedad o

pánico en algunas personas (Bovasso, 2001). Según Von et al. (2002), los aspectos que influyen en el consumo de marihuana son: la presión social de amigos o familiares consumidores, la disponibilidad de la sustancia, factores genéticos que pueden predisponer al uso, y el estrés emocional que puede llevar a buscar alivio en la marihuana. También la curiosidad por experimentar sus efectos y la percepción de riesgo, donde una visión reducida del mismo puede aumentar la probabilidad de consumo. Es importante considerar que estos factores varían según la situación individual, haciendo del consumo de marihuana un tema complejo influido por múltiples elementos.

El consumo de marihuana es influenciado por múltiples factores, los cuales se describen a continuación:

- **Factores Psicológicos.** Trastornos psicológicos como depresión o ansiedad fueron directamente relacionados con el consumo de cannabis (Feingold, Weisner, & Rehm, 2015; Hayatbaksh et al., 2007), aquellos individuos que buscan experimentar situaciones novedosas y con mayor propensión a asumir riesgos han sido identificados como propensos a consumir marihuana (Newman et al., 2018).
- **Factores Sociales.** La búsqueda de aceptación por parte del grupo social en ciertas comunidades o ambientes juega un papel importante en el uso de dicha sustancia (Degenhardt et al., 2007). Investigaciones demostraron que la influencia de personas afines o de la misma edad es un factor determinante para el primer consumo y la permanencia del mismo (Brook, et al., 1999; Kandel, 1984).
- **Factores Económicos.** La capacidad económica de la persona puede influenciar en el consumo. El nivel económico y la disponibilidad de la sustancia son factores que están asociados a un mayor riesgo de consumo (Pacula, et al., 2014).
- **Factores Culturales.** El nivel de aceptación y las actitudes de la sociedad hacia la marihuana juegan un rol importante. Es decir, en aquellas culturas donde la

marihuana es considerada como poco perjudicial se traduce en mayor consumo (Hall & Degenhardt, 2009). Otro factor influyente es la actitud hacia el consumo, son las reglas o normas culturales y la percepción de riesgos y beneficios que esta tiene (Bonn- Miller et al., 2012).

Motivos por los que se da el consumo en adultos

Las razones detrás del consumo de marihuana en adultos incluyen diversos factores como la percepción de efectos positivos, la búsqueda de relajación, el alivio del estrés, el manejo del dolor, la curiosidad y la influencia social, condicionados por aspectos individuales y sociales, así como por la expectativa de beneficios (Bovasso, 2001). Muchos adultos consumen marihuana por motivos medicinales, como el alivio de dolor y náuseas, o para mejorar la calidad del sueño (Boehnke et al., 2019). También se busca la exploración sensorial y la creatividad, ya que algunos desean experimentar cambios en la percepción artística (Gorzalka et al., 2016). Además, se utiliza como estrategia de afrontamiento para el manejo del estrés y la reducción de tensiones diarias (Buckner et al., 2006). Finalmente, el consumo puede motivarse por la búsqueda de relajación, dado que la marihuana proporciona una sensación relajante y eufórica (Haug et al., 2017).

Efectos de la marihuana

A nivel físico. Los impactos físicos de la marihuana pueden englobar un incremento en la frecuencia cardíaca, una sensación de relajación y la apertura de las vías respiratorias, así como la dilatación de los vasos sanguíneos en los ojos, manifestándose en el enrojecimiento ocular, estos efectos pueden variar según la cantidad de marihuana consumida, su potencia y la experiencia previa del usuario, además, un aumento en el contenido de THC en la marihuana puede exponer a los consumidores a niveles más elevados de THC, incrementando la posibilidad de experimentar reacciones adversas (Mena et al., 2013).

A nivel neurológico. Los efectos de la marihuana en el ámbito neurológico pueden abarcar alteraciones en la función cerebral, específicamente en las áreas que controlan la memoria, el aprendizaje, la atención, la toma de decisiones, la coordinación, las emociones y el tiempo de reacción; en un estudio de largo plazo llevado a cabo en Nueva Zelanda, se identificó una asociación entre el trastorno persistente por consumo de marihuana durante la adolescencia y una disminución promedio del coeficiente intelectual en la etapa adulta, asimismo, se examinan los efectos neuroadaptativos del consumo de cannabis y sus posibles repercusiones en los mecanismos de aprendizaje, memoria y pensamiento (Mena et al., 2013).

Sintomatología depresiva

De acuerdo con Gwynn et al. (2008) los síntomas de la depresión abarcan una gama diversa de manifestaciones emocionales y conductuales, entre ellos se incluyen sentimientos de tristeza, la inclinación a llorar, sensación de vacío, desesperanza, falta de interés en actividades cotidianas, baja autoestima, disminución de la productividad, pérdida de esperanza y cambios en los patrones de apetito y sueño. La intensidad y duración de estos síntomas pueden variar significativamente, y es crucial buscar asesoramiento profesional si se experimentan de forma persistente.

En el contexto de la depresión y su relación con el consumo de sustancias, García et al. (2019) llevaron a cabo un estudio titulado “Medición de la comorbilidad depresiva en drogodependientes: Validez y eficacia diagnóstica del Inventario de Depresión de Beck (BDI-II) en dominicanos con múltiple consumo de sustancias”. El objetivo fue evaluar la validez del BDI-II para la identificación de sintomatología depresiva en consumidores de sustancias, la muestra estuvo compuesta por 116 individuos y para el análisis de los datos se utilizó la curva COR. Los resultados indicaron diferencias estadísticamente significativas en los niveles de depresión en los consumidores problemáticos, demostrando

que los puntajes obtenidos en la prueba poseen un rendimiento diagnóstico efectivo. La investigación concluyó que la prueba BDI-II posee validez para la aplicación en pacientes con consumo problemático.

Por su parte, Trochez et al. (2020) realizó una investigación denominada “Asociación del Test de Zung para la ansiedad y depresión con el consumo de sustancias psicoactivas en estudiantes universitarios”. El estudio tuvo como objetivo determinar el estado de salud mental en los estudiantes universitarios, empleando una muestra de 348 alumnos. Se aplicó la escala de depresión y ansiedad de Zung, y se realizaron entrevistas con el objetivo de tener mayor conocimiento sobre el entorno familiar y el consumo de sustancias psicoactivas de la población. A través de un análisis de varianza (ANOVA), los resultados obtenidos evidenciaron una alta correlación entre las variables ansiedad y depresión, frecuencia de consumo y factores familiares.

Suarez y Verona (2021) desarrollaron la investigación denominada “Frecuencia de ansiedad y depresión en consumidores de sustancias psicoactivas en centros de rehabilitación, Chiclayo”, con el objetivo de determinar la frecuencia de ansiedad y depresión en consumidores de sustancias psicoactivas en centros de rehabilitación de la ciudad de Chiclayo. Para la evaluación se utilizó la escala de ansiedad y depresión de Hamilton, en una muestra de 150 pacientes, de los cuales el 97% fueron del sexo masculino, la mediana de edad fue de 25 años. Los resultados revelaron que las sustancias más consumidas fueron alcohol (78%), marihuana (66.6%) y cocaína (57.33%). Además, se encontró una correlación entre sintomatología depresiva y consumo de alcohol, siendo esta sustancia la que mostró mayor predisposición a generar depresión en los pacientes estudiados. El estudio concluyó que existe una alta frecuencia de ansiedad y depresión en los consumidores de sustancias psicoactivas, destacando el alcohol como la sustancia con mayor asociación a la depresión.

Clasificación de trastornos depresivos

Los trastornos depresivos se dividen en diversas categorías según menciona McIntyre et al. (2017), entre las que se encuentran:

Depresión mayor. Este tipo de depresión se distingue por la intensidad significativa de los síntomas y su presencia durante la mayor parte del día, implica la aparición de uno o varios episodios depresivos con una duración mínima de 2 semanas, los pacientes suelen manifestar un aspecto triste, con ojos llorosos, ceño fruncido, comisuras de la boca hacia abajo, postura encorvada, escaso contacto visual, falta de expresión facial, movimientos corporales limitados y alteraciones en el habla, como voz baja, falta de prosodia o uso de monosílabos, en algunos casos, el estado de ánimo depresivo es tan profundo que las lágrimas parecen agotarse.

Trastorno depresivo persistente (distimia). Este trastorno se caracteriza por un estado de ánimo crónicamente deprimido que persiste durante al menos dos años en adultos o un año en niños y adolescentes, las personas afectadas por este trastorno suelen exhibir rasgos como negatividad, pesimismo, carencia de sentido del humor, pasividad, ensimismamiento, autocrítica excesiva tanto hacia sí mismos como hacia los demás.

Otros trastornos depresivos especificados o no especificados: esta categoría abarca trastornos depresivos que no cumplen completamente con los criterios de otros tipos específicos de depresión, pero que presentan síntomas depresivos significativos.

Factores de riesgo

La interacción compleja de los factores sociales, psicológicos y biológicos desencadenan en el surgimiento de la depresión, pues al generar mayor sintomatología adversa y disfunción en la vida cotidiana de una persona empeora su situación vital y con ello la misma depresión (Organización Mundial de la Salud, 2023).

Los elementos de riesgo vinculados a los trastornos depresivos abarcan

antecedentes familiares de depresión, la exposición a estrés crónico, experiencias de trauma o abuso, presencia de trastornos de ansiedad, padecimientos crónicos, consumo de sustancias, uso de determinados medicamentos, variaciones hormonales, aislamiento social, así como factores genéticos y biológicos, estos factores pueden incrementar la probabilidad de desarrollar un trastorno depresivo (Huedo-Medina & Espada, 2009).

Existe una mayor prevalencia de sintomatología depresiva en los jóvenes que en los adultos jóvenes y los adultos (Herrera y Vizioli, 2021). Los adolescentes suicidas a menudo informan que se sienten aislados y no amados (Gulbas et al., 2015). Los factores de riesgo relevantes para la presencia de un intento de suicidio incluyen la ausencia de cuidado parental, comunicación deficiente, falta de compromiso y apoyo, así como un incremento en los conflictos, discrepancia de expectativas o aspiraciones entre los cuidadores y los adolescentes (Hausmann-Stabile y Gulbas, 2021).

La etapa de transición de la adolescencia a la adultez puede ser difícil y conlleva emociones intensas que frecuentemente desencadenan trastornos mentales como la ansiedad y la depresión (Beltrão, et al., 2024).

En la etapa universitaria se observa la manifestación de sintomatología depresiva y ansiosa vinculada a las altas demandas académicas, carencia de respaldo familiar, problemas económicos y dificultades para relacionarse socialmente (Pérez-Villalobos et al., 2012). Las estudiantes universitarias del sexo femenino mostraron niveles superiores de ansiedad, estrés, síntomas depresivos y malestar psicológico en contraste con sus pares masculinos, la relación entre la ansiedad, el estrés y los síntomas depresivos evidencia una comorbilidad y mayor vulnerabilidad de los estudiantes a estos problemas de salud mental (Jardim, et al., 2020).

La baja autoestima, la violencia familiar y la baja comunicación con los padres, son factores asociados a la presencia de sintomatología depresiva (Rivera, et al., 2015). Así

mismo, los cambios en la actividad física, el patrón de sueño, el hábito de fumar y la ingesta de alcohol se vinculan con la presencia y el incremento en los niveles de depresión, ansiedad y síntomas de estrés (Stanton et al.,2020).

Factores protectores

Los elementos protectores relacionados con la depresión abarcan un sólido sistema de apoyo social, habilidades de afrontamiento efectivas, relaciones familiares positivas, autoestima saludable, acceso a recursos de salud mental, práctica regular de actividad física, una dieta equilibrada, y la capacidad de gestionar el estrés y las emociones de manera saludable. Estos factores pueden contribuir a disminuir el riesgo de desarrollar un trastorno depresivo y fomentar la salud mental (Huedo-Medina & Espada, 2009).

Además, las familias que son afectuosas, funcionales y solidarias tienen una mayor capacidad para superar conflictos con los miembros adolescentes mediante la comunicación y el respaldo mutuo, además, la calidad de la comunicación entre los adolescentes y sus cuidadores, en especial las madres, juega un papel fundamental en el bienestar de los hijos, dichos factores actúan como un escudo contra las dificultades emocionales comunes durante la adolescencia y disminuye la probabilidad de comportamientos suicidas (Hausmann- Stabile y Gulbas, 2021).

Del mismo modo, las estrategias empleadas a nivel comunitario como los programas de prevención de la depresión y promoción del afrontamiento positivo para los niños y adolescentes son importantes pues son factores claves para la disminución de la depresión (OMS, 2023).

Sintomatología

Síntomas emocionales. Las manifestaciones emocionales de los síntomas depresivos engloban episodios de enojo, irritabilidad, frustración, pérdida de interés o disfrute en actividades cotidianas, fluctuaciones en el estado de ánimo y sensaciones

persistentes de tristeza, estos síntomas pueden presentar variaciones en cuanto a su intensidad y duración, y es crucial buscar asistencia profesional si se experimentan de forma persistente (Baader et al., 2014).

Síntomas cognitivos. Los síntomas cognitivos asociados a la depresión pueden incluir una serie de alteraciones en el funcionamiento mental que afectan tanto el rendimiento como el bienestar del individuo. Las personas afectadas por estos síntomas suelen experimentar una disminución del desempeño en tareas que demanden esfuerzo y control ejecutivo, una ralentización en el razonamiento, habla y movimientos corporales, además de sentimientos de inutilidad o culpa. También es común la rumiación sobre fracasos previos, la propensión a la distracción, dificultades de concentración, incapacidad para llevar a cabo tareas rutinarias y olvidos constantes.

Estos síntomas son recurrentes en individuos que padecen depresión y pueden tener un impacto significativo en su funcionamiento cotidiano (Baader et al., 2014). Ello interferiría en sus actividades laborales, académicas y personales, lo que incrementa la importancia de un diagnóstico y tratamiento.

Síntomas físicos. Según Baader et al. (2014), la depresión es un trastorno del estado de ánimo caracterizado por una sensación persistente de tristeza, desesperanza y desinterés en las actividades cotidianas, con síntomas físicos, emocionales y cognitivos que afectan la calidad de vida del individuo. Los síntomas físicos asociados incluyen fatiga constante, pérdida de apetito y peso, aumento de antojos alimenticios y peso, ansiedad, agitación, ralentización en el razonamiento y los movimientos, así como sensaciones de inutilidad o culpa, centrándose en fracasos pasados y autorreproches.

Duración y gravedad. De acuerdo con Gómez-Restrepo et al. (2004) la duración y la intensidad de los síntomas depresivos varían según el tipo de trastorno depresivo. En particular, la depresión mayor, también conocida como "trastorno depresivo mayor" o

"depresión clínica", puede ocasionar una variedad de desafíos tanto físicos como emocionales, afectando significativamente la vida diaria y provocando en el individuo la sensación de que su existencia carece de valor. El autor destaca que la gravedad de los síntomas depresivos tiene un impacto considerable en el funcionamiento diario, el bienestar general y la percepción de calidad de vida de la persona. La intensidad de estos síntomas se convierte en un factor clave, ya que influye no solo en los resultados del tratamiento, sino también en la valoración global que el individuo hace de su propia vida. Esto subraya la importancia de un enfoque integral en la intervención terapéutica para mejorar tanto el estado mental como la calidad de vida.

Relación entre consumo de marihuana y sintomatología depresiva. En relación a ambas variables, Agüero (2020) en su estudio denominado "Consumo de marihuana y sintomatología depresiva en estudiantes universitarios de Lima Metropolitana", tuvo como objetivo examinar la relación entre el riesgo del consumo de marihuana y la sintomatología depresiva de un grupo de universitarios, su muestra estuvo compuesta por 120 jóvenes universitarios con edades comprendidas entre 18 y 29 años de varias universidades de la ciudad de Lima Metropolitana. Para la evaluación de las variables utilizó la prueba de detección de consumo de tabaco, alcohol y sustancias (ASSISTIVETOUCH v3.0) mientras que para la evaluación de la variable "Depresión" trabajó con la versión argentina del inventario de Depresión de Beck- II (BDI-II). En su investigación demostró la existencia de una relación directa en la variable riesgo de consumo y la sintomatología depresiva. La mayoría de los participantes se encontraron en un nivel de consumo de riesgo moderado y un nivel de sintomatología depresiva mínima. En cuanto a las variables frecuencia de consumo y edad de inicio de consumo temprano no se demostró una relación estadísticamente significativa con sintomatología depresiva, en función al sexo no se hallaron diferencias significativas.

Además, Restrepo et al. (2018) llevaron a cabo la investigación denominada “Depresión y su relación con el consumo de sustancias psicoactivas, el estrés académico y la ideación suicida en estudiantes universitarios colombianos” cuyo principal objetivo fue estudiar las relaciones entre el consumo de sustancias y la depresión, el estrés académico y la ideación suicida, la muestra estuvo conformada por 477 estudiantes con edades comprendidas entre 18 a 25 años. La investigación fue cuantitativa, transversal, con un diseño no experimental de nivel correlacional. La investigación obtuvo los siguientes resultados; respecto a la variable depresión correlacionó con la variable consumo de alcohol, en cuanto al consumo de cannabis obtuvo una correlación con la variable de estrés académico más no con la ideación suicida. Es decir, no se encontró una relación entre consumo de sustancias y estrés académico. Los resultados de la investigación respaldaron su hipótesis de trabajo es decir que se encontró a la depresión como un mediador entre estrés académico, ideación suicida y consumo de sustancias.

Hipótesis

Hi: Existe una correlación estadísticamente significativa entre el consumo de marihuana y la sintomatología depresiva en estudiantes de una universidad privada de Arequipa.

Capítulo II

Metodología

Tipo y diseño de investigación

De acuerdo con Ato et al. (2013), la presente investigación se centró en un enfoque cuantitativo, tipo básica, con diseño correlacional simple, para establecer la relación entre consumo de marihuana y sintomatología depresiva, con una temporalidad transversal, ya que la información recopilada se dio en un tiempo específico y con un muestreo intencional.

Instrumentos

Se utilizó la Escala CAST (Cannabis Abuse Screening Test), para medir la variable *consumo de marihuana*. Se empleó como instrumento el Inventario de Depresión de Beck-II (BDI-II) para medir la variable *sintomatología depresiva*.

Escala CAST

La Escala CAST (Cannabis Abuse Screening Test), elaborada por el French Monitoring Center for Drug and Drug Addictions (OFDT), la cual fue validada por Legleye et al. (2007), es un instrumento conformado por 6 ítems, cuyo objetivo es la detección de patrones de abuso de marihuana en adolescentes y jóvenes. La prueba se centra en las dificultades para controlar el consumo y los posibles efectos negativos para la salud como en la socialización del consumidor en los últimos doce meses de consumo. La prueba tiene un formato de respuesta tipo Likert en relación con la frecuencia de experimentación de cada problema. Las preguntas son contestadas en una escala de 1 a 5 puntos donde 1 es “Nunca” y 5 “Muy a menudo”. En la prueba los ítems se dicotomizan en dos puntos de corte; el primer punto de corte establece la alternativa “De vez en cuando”, para las primeras dos interrogantes y el segundo corte es para la alternativa “Rara vez o Casi nunca” para las interrogantes restantes. Estos puntos se dan ya que Legleye et al. (2007) mencionó

que los primeros dos ítems hablan sobre la frecuencia de consumo (no recreativo) y los cuatro ítems restantes indagan sobre las consecuencias debido al consumo problemático. La escala del puntaje dicotomizado oscila entre los 0- 6 puntos. La prueba CAST tiene como propósito evaluar las dificultades experimentadas en los últimos doce meses de consumo y facilitar la detección diagnóstica del abuso.

En el contexto de esta investigación se utilizó la versión validada de la escala en Perú por DEVIDA (2014a) está fue validada con una muestra de estudiantes de secundaria que afirmó haber consumido marihuana en los últimos 12 meses. Con el puntaje dicotomizado los resultados obtenidos por la prueba califican a los usuarios en las siguientes categorías (0 y 1) “no problemáticos”, (2 y 3) “bajo riesgo” y (4 a 6) “alto riesgo”.

En la validación llevada a cabo por Legleye et al. (2007) los resultados fueron analizados a través de un análisis factorial exploratorio, el cual identificó un factor que explicó el 53% de la varianza total. Además, obtuvo un alfa de Cronbach de .81 demostrando que la prueba tiene una adecuada confiabilidad.

En cuanto a la validación de DEVIDA (2014a) se llevó a cabo un análisis de correlación de Pearson tanto para los componentes dicotomizados como para los no dicotomizados. En ambas situaciones, se observaron tendencias similares con respecto a los índices de correlación moderada ($r < .60$, $p < .01$) y leves ($r < .30$, $p < .01$). En cuanto al coeficiente alfa de Cronbach, se obtuvo un valor de .78 en los ítems dicotomizados, lo que indica una consistencia interna adecuada. Finalmente, el análisis de confiabilidad de los ítems dicotomizados reveló un coeficiente de Cronbach de .71.

En la validación llevada a cabo por Legleye et al. (2007) los resultados fueron analizados a través de un análisis factorial exploratorio, el cual identificó un factor que explicó el 53% de la varianza total. Además, obtuvo un alfa de Cronbach de .81

demostrando que la prueba tiene una adecuada confiabilidad.

Inventario de Depresión de Beck-II (BDI-II)

El inventario BDI-II (Beck et al., 2006) tiene como objetivo evaluar sintomatología como pesimismo, fracaso, sentimientos de culpa, tristeza, disconformidad, disminución y pérdida de placer, ideación suicida, pérdida de energía, desvaloración, pérdida de apetito, irritabilidad, cambios en el sueño, dificultad en la concentración, fatiga y disminución de la libido. Este es un instrumento de autorreporte conformado por 21 ítems, el objetivo es evaluar la gravedad de la sintomatología depresiva en jóvenes y adultos, la edad mínima de aplicación es desde los 13 años. En cada ítem el evaluado debe elegir entre cuatro opciones con cuál se siente más identificado. Respecto a la corrección cada ítem está valorado de 0-3 puntos, luego de sumar la puntuación obtenida se podrá obtener una puntuación que va desde 0-63 puntos.

Para el presente estudio se utilizó el BDI-II A *Inventario de depresión de Beck Adaptado*, dicha adaptación se realizó por Carranza (2011) quien llevó a cabo una investigación teniendo como participantes a estudiantes universitarios de Lima Metropolitana, respecto a la validez de contenido de la prueba fue estudiado en primera instancia por la validez por criterio de jueces. En la cuantificación de los resultados se aplicó el coeficiente de V de Aiken (Escurrea, 1998), a su vez la prueba obtuvo un alfa de Cronbach de .878 lo que indica que el instrumento tiene una óptima consistencia interna, asimismo, obtuvo una fiabilidad superior a .85, y en cuanto a la validez convergente con elevadas correlaciones superiores a .50.

Participantes

Población

La población estuvo conformada por estudiantes de nivel de pregrado de una universidad privada de Arequipa la cual asciende a un total aproximado de 19,000

estudiantes.

Muestra

Se utilizó un muestreo no probabilístico, intencional, ya que se seleccionó a los participantes más apropiados para conducir la investigación (Otzen & Manterola, 2017). La muestra se conformó por 377 estudiantes de las cuatro facultades de una universidad privada de Arequipa, con edades comprendidas entre 19 y 23 años, cursando del I al X semestre, de ambos sexos.

Para poder determinar esta cantidad de participantes se calculó a través de la fórmula de poblaciones finitas considerando que este enfoque asegura que el cálculo sea eficiente y representativo según el tamaño real de la población.

$$n = \frac{N * Z_{\alpha}^2 * p * q}{d^2 * (N - 1) + Z_{\alpha}^2 * p * q}$$

Donde:

n = tamaño de la muestra.

Z_α = nivel de confianza deseado.

p = proporción de la población con la característica deseada (éxito).

q = proporción de la población sin la característica deseada (fracaso).

d = error máximo admisible en términos de proporción (precisión)

N = tamaño de la población.

A partir de:

Nivel de confianza = 0.95

Margen de error = 0.05

Tamaño de la población = 19000

Entonces se estima:

$$n = n = \frac{19000 * 1.96^2 * 0.5 * 0.5}{0.05^2 * (19000 - 1) + 1.96^2 * 0.5 * 0.5}$$

$$n=377$$

Por lo que la muestra estará conformada por un total de 377 estudiantes

Criterios de Inclusión

Como parte de los criterios de inclusión se consideraron:

Estudiantes que tengan entre 18 y 24 años al momento del estudio.

Estudiantes que residan en la ciudad de Arequipa durante la recolección de datos.

Estudiantes que hayan consumido marihuana al menos una vez en los últimos 12 meses.

Estén cursando estudios universitarios de pregrado.

Tengan la capacidad de comprender y responder a las preguntas y cuestionarios de la investigación.

Que hayan aceptado el consentimiento informado para participar en la investigación.

Tabla 1
Características sociodemográficas participantes (N=377)

Sexo	<i>f</i>	%
Femenino	158	41.9
Masculino	219	58.1
Edad	<i>f</i>	%
18	33	8.5
19	44	11.7
20	59	15.6
21	71	18.8
22	50	13.3
23	71	18.8
24	49	13
Semestre	<i>f</i>	%
1	28	7.4
3	67	17.8
5	74	19.6
7	104	27.6
9	103	27.3
11	1	0.3
Facultad	<i>f</i>	%
Ciencias Sociales	164	43.5
Ciencias e Ingenierías	93	27.4
Ciencias de la Salud	64	17
Ciencias Jurídicas y Empresariales	56	14.9
Estado civil	N	%
Soltero	360	95.5
Casado	17	4.5

En la Tabla 1 se puede observar las características sociodemográficas de la muestra, la cual estuvo conformada por 377 personas. El 58.1% de la muestra fue del sexo masculino, mientras que el 41.9% fue del sexo femenino. Respecto a la variable edad, las edades predominantes de nuestros evaluados fueron 21 y 23 años, ambas con el 18.8%, seguidas por los 20 años, representados por el 15.6%, y 22 y 24 años, ambos con el 13%.

En cuanto a la variable semestre, tanto el séptimo como el noveno semestre fueron los predominantes con un 27%, seguidos por el quinto semestre con un 19.6%, el tercer semestre con un 17.8% y el primer semestre con un 7.4%. La variable facultad se representó con los siguientes valores: Ciencias Sociales fue la facultad predominante con un 43.5%, seguida por Ciencias e Ingenierías con un 27.4%, Ciencias de la Salud con un 17%, y finalmente Ciencias Jurídicas y Empresariales con un 14.9%. Finalmente, en la variable Estado Civil, el 95.5% de la población evaluada fue soltera, mientras que el 4.5% fue casada.

Tabla 2
Características sociodemográficas de la muestra (N=377)

Con quién vive	<i>f</i>	%
Solo/a	88	23.3
Con familiares	176	46.7
Con compañeros de piso	113	30
Relación con los padres	<i>f</i>	%
Ambos padres	245	65
Solo madre	99	26.3
Solo padre	32	8.5
Ninguno	1	0.3
Frecuencia de consumo	<i>f</i>	%
Diariamente	109	28.9
Semanalmente	161	42.7
Mensualmente	25	6.6
Ocasionalmente	82	21.8
Motivo de consumo	<i>f</i>	%
Búsquedas de nuevas Experiencias	3	0.8
Estrés académico	8	2.1
Aliviar sensaciones/emociones negativas	36	9.5
Dificultad para relacionarse con familiares o amigos	3	0.8

Diversión	146	38.7
Dificultad para conciliar el sueño	9	2.4
Manejo de estrés	103	27.3
Influencia de familiares o amigos	17	4.5
Curiosidad	20	5.3
Exploración sensorial/Creatividad	30	8

La Tabla 2 corresponde al segundo apartado de variables sociodemográficas.

Respecto a la variable "Con quién vive", el 46.7% de los evaluados vive con familiares, el 30% con compañeros de piso y el 23.3% vive solo. En la variable "Relación con los padres" se obtuvieron los siguientes resultados: el 65% tiene relación con ambos padres, el 26.3% solo tiene relación con su madre, y finalmente el 8.5% solo tiene relación con su padre. La variable "Frecuencia de consumo" obtuvo los siguientes resultados: el 42.7% de la población consume semanalmente, el 28.9% tiene un consumo diario, el 21.8% consume ocasionalmente y el 6.6% consume mensualmente. Por último, la variable "Motivo de consumo" obtuvo los siguientes resultados: el 38.7% de la población consume por diversión, seguido por el 27.3% que consume para manejar el estrés, y finalmente el 9.5% lo hace para aliviar sensaciones o emociones negativas.

Tabla 3
Presión Social

	<i>f</i>	%
En casa de amigos	71	18.8
Fiestas y reuniones	95	25.2
En casa	140	37.1
En discotecas y pubs	13	3.4
En la universidad	4	1.1
En parques	54	14.3

Procedimiento

En primera instancia, se presentó el proyecto de investigación a la Escuela Profesional de Psicología de una universidad privada de Arequipa, para su supervisión y aceptación institucional respectiva. Se presentaron los permisos correspondientes a los

directores de las escuelas profesionales de una universidad privada de Arequipa, asimismo, se coordinó el horario disponible para realizar la aplicación de los instrumentos a los estudiantes pertenecientes a estas carreras. Para el desarrollo de la aplicación se asistió de forma presencial al campus de la universidad, se indicó el motivo de la evaluación, se aplicó el consentimiento informado, la ficha sociodemográfica y los instrumentos de manera virtual, a través de la plataforma Google Forms con un tiempo de aplicación de 15 minutos. Finalmente se verificó que los participantes hayan enviado los cuestionarios a través de una captura de pantalla que enviarán a su delegado de salón, el cual posteriormente se envió a las investigadoras como parte de la evidencia de aplicación.

Consideraciones Éticas

La presente investigación cumplió con los principios éticos y de conducta responsable en investigación, a través de la aprobación por el comité de ética de investigación de la institución implicada (American Psychological Association, 2017).

Así también se actuó cumpliendo con las normas nacionales e internacionales las cuales regulan la investigación en seres humanos, considerando la aplicación del consentimiento informado a los participantes de esta investigación donde se detalla el manejo confidencial de los datos que brinden y respetando su participación voluntaria (Colegio de Psicólogos del Perú, 2018).

Análisis De Datos

En primera instancia los datos recopilados se organizaron en la base de datos del programa Microsoft Excel 2016, una vez obtenida, la base de datos se procesó en el programa estadístico SPSS versión 26 y se analizó la normalidad de la muestra a través de la prueba de normalidad de Kolmogórov- Smirnov y en base al resultado se decidió usar estadísticos no paramétricos.

Capítulo III

Resultados

En este capítulo se presentarán los resultados obtenidos a partir de la base de datos, utilizando los instrumentos empleados en la presente investigación. Se analizará la correlación entre las variables consumo de marihuana y sintomatología depresiva, así como las dimensiones de ambas variables según sexo y edad. Además, se procederá a la verificación de la hipótesis y la comprobación de los objetivos del estudio.

Tabla 4

Descripción de los niveles de Consumo de Marihuana

	<i>f</i>	<i>%</i>
No problemático	24	6.4
Bajo Riesgo	196	52.0
Alto riesgo	157	41.6
Total	377	100.0

En la tabla 4, se presenta información específica sobre los niveles de riesgo de consumo de marihuana en la población. Se identificó que el 52% de los participantes se encuentran en un nivel de riesgo moderado de presentar consecuencias en su salud debido al consumo de marihuana. Del mismo modo, el 41.6% de la población está catalogado como consumidores de alto riesgo, mientras que el 6.4% de la población son como consumidores no problemáticos.

Tabla 5

Descripción de los niveles de Sintomatología Depresiva

	<i>f</i>	<i>%</i>
Mínimo	94	24.9
Leve	36	9.5
Moderado	87	23.1
Severo	160	42.4
Total	377	100.0

En la Tabla 5, se muestran los resultados en relación con los niveles de sintomatología depresiva, se observa que el 42.4% de los participantes exhibe un grado de sintomatología severa. Asimismo, el 24.9% de la población presenta un grado mínimo de sintomatología, mientras que el 23.1% se sitúa en un nivel moderado y el 9.5% muestra un

grado leve de sintomatología.

Tabla 6
Relación entre el Consumo de marihuana y edad

	18		19		20		21		22		23		24	
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
No problemáticos	4	12.5%	1	2.3%	3	5.1%	2	2.8%	7	14.0%	4	5.6%	3	6.1%
Bajo riesgo	17	53.1%	28	63.6%	30	50.8%	38	53.5%	22	44.0%	36	50.7%	24	49.0%
Alto riesgo	11	34.4%	15	34.1%	26	44.1%	31	43.7%	21	42.0%	31	43.7%	22	44.9%
Total	32	100%	44	100%	59	100%	71	100%	50	100%	71	100%	49	100%

$$(x^2) = 13.453, gl = 14, p = .491$$

En la Tabla 6 se observa el análisis de Chi cuadrado mostró que entre Consumo de marihuana y edad no existe una significación $X^2 = 13.453, gl = 14, p = .491$, debido a que el valor obtenido es mayor a .05, evidenciando así, que los datos no están asociados.

Asimismo, se observa que en la edad de 18 años un 53.1% de la muestra se encuentra en un bajo riesgo de consumo de marihuana, al igual que las edades de 19 años con un 63.3%, 20 años con un 50.8%, 21 años con un 53.3%, 22 años con un 44%, 23 años con un 50.7% y la edad de 24 años con un 49%. Lo cual quiere decir que en su mayoría los estudiantes con cuyas edades se encuentran en el rango de 19 a 24 años no se encuentran en un nivel de alto riesgo para consumo de marihuana.

Tabla 7
Relación entre el Consumo de marihuana y sexo

	Consumo de marihuana			
	Femenino		Masculino	
	f	%	f	%
No problemáticos	9	5.7%	15	6.8%
Bajo riesgo	99	62.7%	97	44.3%
Alto riesgo	50	31.6%	107	48.9%
Total	158	100%	219	100.0%

$$(x^2) = 12.677, gl = 2, p = .002$$

En la Tabla 7 se observa análisis de la prueba de Chi cuadrado reveló que existe una asociación significativa entre Consumo de marihuana y la variable sexo ($X^2 = 12.677, gl = 2, p = .002$). Esto se debe a que el valor obtenido (.002) es menor a el nivel de

significancia establecida (0.05), lo que indica que hay evidencia suficiente para afirmar una relación entre estas dos variables. Se observa que el 62.7% de participantes del sexo femenino presenta un nivel bajo de riesgo de consumo de marihuana y el 48.9% de participantes del sexo masculino presenta un nivel de alto riesgo de consumo de marihuana. Lo cual quiere decir que en su mayoría las estudiantes del sexo femenino presentan un menor riesgo de consumo de marihuana en comparación con los estudiantes del sexo masculino quienes presentan un nivel de alto riesgo.

Tabla 8

Tabla descriptiva de consumo de marihuana según estado civil con Chi cuadrado

	Soltero/a		Casado/a	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
No problemáticos	24	7%	0	0%
Bajo riesgo	188	52%	8	47%
Alto riesgo	148	41%	9	53%
Total	360	100%	17	100%

$$(x^2) = 1.762, gl = 2, p = 0.414$$

En la Tabla 8, el análisis de Chi cuadrado mostró que entre Estado Civil y Consumo de marihuana no existe una significación, debido a que el valor obtenido es mayor a .05, evidenciando así, que los datos no están relacionados. Asimismo, se observa que el 52% de participantes solteros presenta un bajo riesgo de consumo de marihuana. Por otro lado, el 53% de participantes casados presenta un alto riesgo de consumo de marihuana. Lo cual quiere decir que en su mayoría los estudiantes que son solteros presentan un menor riesgo de consumo problemático de marihuana en comparación a los estudiantes casados que en su mayoría presentan un alto nivel de riesgo.

Tabla 9

Relación entre Con quien vive y consumo de marihuana

	Consumo de marihuana					
	Solo/a		Con familiares		Con compañeros de piso	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
No problemáticos	7	8%	17	10%	0	0%
Bajo riesgo	47	53%	94	53%	55	49%
Alto riesgo	34	39%	65	37%	58	51%
Total	88	100%	176	100%	113	100%

$(X^2 = 14.556, gl = 4, p = .006)$.

En la Tabla 9, el análisis de la prueba de Chi cuadrado reveló que existe una asociación significativa entre Con quien vive y Consumo de marihuana ($X^2 = 14.556, gl = 4, p = .006$). Esto se debe a que el valor obtenido (.006) es menor a el nivel de significancia establecido (.05), lo que indica que hay evidencia suficiente para afirmar una relación entre estas dos variables. Asimismo, se observa que el 53% de participantes que viven solos presentan un bajo riesgo de consumo de marihuana, el 53% de los participantes que viven con familiares presenta un bajo riesgo y el 51% de participantes que viven con compañeros de piso presenta un alto riesgo. Lo cual quiere decir que tanto los estudiantes que viven solos como los que viven con familiares presentan un bajo riesgo de consumo problemático de marihuana en comparación a los estudiantes que viven con compañeros de piso quienes presentan un alto riesgo.

Tabla 10

Relación entre Relación con los padres y consumo de marihuana

	Ambos padres		Solo madre		Solo padre		Ninguno	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
No problemáticos	20	8%	4	4%	0	0%	0	0%
Bajo riesgo	133	54%	45	45%	17	53%	1	100%
Alto riesgo	92	38%	50	51%	15	47%	0	0%
Total	245	100%	99	100%	32	100%	1	100%

$X^2 = 9.177, gl = 6, p = .164$

En la Tabla 10, el análisis de Chi cuadrado mostró que entre Relación con los padres y Consumo de marihuana no existe una significación $X^2 = 9.177, gl = 6, p = .164$,

debido a que el valor obtenido es mayor a .05, evidenciando así, que los datos no están relacionados. Asimismo, se observa que el 54% de participantes que mantiene comunicación con ambos padres presentan un bajo riesgo de consumo de marihuana, el 51% de los participantes mantiene comunicación sólo con la madre presenta un alto riesgo, el 53% de participantes que mantiene comunicación sólo con el padre presenta un bajo riesgo y el 100% de participantes que no mantiene comunicación con ninguno de ellos presenta un bajo riesgo. Lo cual quiere decir que en su mayoría los estudiantes que mantienen una comunicación con ambos padres, sólo con el padre o no mantienen comunicación con ninguno de los padres presentan un bajo riesgo de consumo problemático de marihuana en comparación a los estudiantes que mantienen comunicación sólo con la madre, quienes si presentan un alto riesgo de consumo de marihuana.

Tabla 11
Relación entre la Sintomatología depresiva y edad

Sintomatología Depresiva	18		19		20		21		22		23		24	
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
Mínimo	12	37.5%	10	22.7%	15	25.4%	15	21.1%	10	20.0%	18	25.4%	13	26.5%
Leve	1	3.1%	3	6.8%	6	10.2%	1	14.1%	3	6.0%	9	12.7%	4	8.2%
Moderado	5	15.6%	10	22.7%	16	27.1%	14	19.7%	12	24.0%	13	18.3%	17	34.7%
Severo	14	43.8%	21	47.7%	22	37.3%	32	45.1%	25	50.0%	31	43.7%	15	30.6%
Total	32	100%	44	100%	59	100%	71	100%	50	100%	71	100%	49	100%

$$(x^2) = 19.071, gl = 21, p = .581$$

En la Tabla 11 se evidencia el análisis de Chi cuadrado mostró que entre Sintomatología Depresiva y edad no existe una significación $X^2 = 19.071, gl = 21, p = .581$, debido a que el valor obtenido es mayor a .05, evidenciando así, que los datos no están relacionados. Asimismo, se observa en los estudiantes de 18 años que un 43.8% presentan un nivel severo de sintomatología depresiva, al igual que las edades de 19 años con un 47.7%, 20 años con un 37.3%, 21 años con un 45.1%, 22 años con un 50% y 23

años con un 43.7%, por otro lado, la edad de 23 años presenta un nivel moderado de sintomatología depresiva representado con un 34.7%. lo cual quiere decir que en su mayoría los estudiantes de 19 a 23 años presentan un nivel severo de sintomatología depresiva.

Tabla 12

Relación entre la Sintomatología depresiva y el sexo

	Femenino		Masculino	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
Mínimo	52	32.9%	42	19.2%
Leve	21	13.3%	15	6.8%
Moderado	33	20.9%	54	24.7%
Severo	52	32.9%	108	49.3%
Total	158	100%	219	100%

$$(x^2) = 17.316, gl = 3, p = .001$$

En la Tabla 12 se observa el análisis de la prueba de Chi cuadrado reveló que existe una asociación significativa entre Sintomatología Depresiva y la variable sexo ($X^2 = 17.316, gl = 3, p = .001$). Esto se debe a que el valor obtenido (.001) es menor a el nivel de significancia establecido (.05), lo que indica que hay evidencia suficiente para afirmar una relación entre estas dos variables. Asimismo, se observa que el 32.9% de estudiantes del sexo femenino presenta un nivel mínimo de sintomatología depresiva, el 32.9% del sexo femenino presenta un nivel severo de sintomatología depresiva y el 49.3% de estudiantes del sexo masculino presenta un nivel severo de sintomatología depresiva. Lo cual quiere decir que en el sexo femenino se encuentran en un porcentaje igual los niveles mínimos y severos de sintomatología depresiva y en su mayoría los estudiantes del sexo masculino presentan un nivel severo de sintomatología depresiva.

Tabla 13

Relación entre el estado civil y la sintomatología depresiva

	Sintomatología Depresiva			
	Soltero/a		Casado/a	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
Mínimo	90	25%	4	24%
Leve	34	9%	2	12%
Moderado	86	24%	1	6%
Severo	150	42%	10	59%
Total	360	100%	17	100%

$$(x^2) = 3.512, gl = 3, p = .319$$

En la Tabla 13, el análisis de Chi cuadrado mostró que entre Estado Civil y Sintomatología Depresiva no existe una significación $X^2 = 3.512$, $gl = 3$, $p = .319$, debido a que el valor obtenido es mayor a .05, evidenciando así, que los datos no están relacionados. Asimismo, se observa que el 42% de participantes solteros presenta un nivel severo de sintomatología depresiva. El 59% de participantes casados presenta nivel severo de sintomatología depresiva. Lo cual quiere decir que en su mayoría tanto participantes solteros como casados presentan una sintomatología depresiva severa.

Tabla 14

Relación entre Con quien vive y la sintomatología depresiva

	Sintomatología Depresiva					
	Solo		Con familiares		Con compañeros de piso	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
Mínimo	19	22%	48	27%	27	24%
Leve	10	11%	19	11%	7	6%
Moderado	22	25%	39	22%	26	23%
Severo	37	42%	70	40%	53	47%
Total	88	100%	176	100%	113	100%

$$(x^2) = 3.785, gl = 6, p = .706$$

En la Tabla 14, El análisis de Chi cuadrado mostró que entre Con quien vive y Sintomatología Depresiva no existe una significación $X^2 = 3.785$, $gl = 6$, $p = .706$, debido a que el valor obtenido es mayor a .05, evidenciando así, que los datos no están relacionados. Asimismo, se observa que el 42% de participantes que viven solos presentan un nivel severo de sintomatología depresiva, el 40% de los participantes que viven con familiares

presenta un nivel severo de sintomatología depresiva y el 47% de participantes que viven con compañeros de piso presenta un nivel severo. Lo cual quiere decir que los estudiantes que viven solos, con familiares o con compañeros de piso presentan en su mayoría un nivel severo de sintomatología depresiva.

Tabla 15

Relación entre Relación con los padres y la sintomatología depresiva

	Sintomatología Depresiva							
	Ambos padres		Solo madre		Solo padre		Ninguno	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
Mínimo	69	28%	17	17%	8	25%	0	0%
Leve	17	7%	15	15%	4	13%	0	0%
Moderado	62	25%	18	18%	6	19%	1	100%
Severo	97	40%	49	49%	14	44%	0	0%
Total	245	100%	99	100%	32	100%	1	100%

$$X^2 = 15.502, gl = 9, p = .078$$

En la Tabla 15, El análisis de Chi cuadrado mostró que entre Relación con los padres y Sintomatología Depresiva no existe una significación $X^2 = 15.502, gl = 9, p = .078$, debido a que el valor obtenido es mayor a .05, evidenciando así, que los datos no están relacionados. Asimismo, se observa que el 40% de participantes que mantiene comunicación con ambos padres presentan un nivel severo de sintomatología depresiva, el 49% de los participantes que mantiene comunicación sólo con la madre presenta un nivel severo, el 44% de participantes que mantiene comunicación sólo con el padre presenta un nivel severo y el 100% de participantes que no mantiene comunicación con ninguno de ellos presenta un nivel moderado. Lo cual quiere decir que en su mayoría los estudiantes que mantienen una comunicación con ambos padres, sólo con la madre o sólo con el padre presentan un nivel severo de sintomatología depresiva en comparación a los estudiantes que no mantienen comunicación con ninguno de los padres, quienes presentan un nivel moderado de sintomatología depresiva.

Tabla 16

Prueba estadística de Kolmogorov Smirnov

	Estadístico	gl	p
Consumo de marihuana SUM V1	.153	377	.000
Sintomatología Depresiva V2	.074	377	.000

En la Tabla 16, se observa que se empleó la prueba de Kolmogorov para el análisis de normalidad, puesto que la muestra tiene más de 35 datos, en tal sentido, se analiza los grados de significancia, en ambas variables, este no excede el .05 del valor esperado, por lo que se aprueba la hipótesis: "La muestra tiene una distribución no normal", por ello se procede al análisis inferencial con estadísticos no paramétricos, empleando la correlación de Spearman.

Tabla 17

Correlación de Spearman entre consumo de marihuana y sintomatología depresiva

	Sintomatología Depresiva	Consumo de marihuana
Sintomatología Depresiva	-	
Consumo de marihuana	.595**	-
* p < .05, ** p < .01, *** p < .0		

En la Tabla 17, se observa que existe una correlación significativa, positiva y moderada ($r = .595$; $p < .001$) entre Sintomatología Depresiva y Consumo de marihuana. Es decir que a mayores niveles de sintomatología depresiva mayor será el consumo de marihuana en los estudiantes y viceversa. Asimismo, al ser una correlación significativa se puede encontrar el mismo resultado en otra población, pues es una correlación moderada con tendencia alta.

Discusión

Como primer objetivo específico de la investigación se buscó describir los niveles de consumo de marihuana en estudiantes de una universidad privada en Arequipa. Los resultados indicaron que el 52% de los estudiantes presentaban un nivel de riesgo moderado, el 41.6% un alto riesgo y el 6.4% un nivel de riesgo no problemático. El consumo de marihuana entre estudiantes universitarios se debe a una combinación de factores, como la búsqueda de placer, relajación y sociabilización, así como la necesidad de escapar del estrés académico y emocional. Muchos jóvenes recurren a esta sustancia no solo para divertirse, sino también como una vía de escape ante las presiones personales y académicas, utilizando el consumo de marihuana como una forma de desconectar y enfrenar sentimientos o emociones difíciles. Además, el contexto sociocultural y la baja percepción de riesgo asociada a su uso contribuyen significativamente a esta conducta.

En este sentido, se puede afirmar que se encontraron porcentajes considerables de consumo de marihuana entre los estudiantes universitarios. En otro estudio realizado por Granda Seminario (2021), el cual empleó la misma metodología que el presente estudio, pero con una población mucho menor ($N=72$) por las limitaciones de la Escala CAST, se encontró que 26 participantes obtuvieron un nivel de riesgo problemático, 18 de ellos se encontraron en un nivel de bajo riesgo y solamente 8 en un nivel de alto riesgo, asimismo, refiere que estos hallazgos se encontrarían relacionados a las expectativas positivas que tienen los universitarios sobre el consumo de marihuana lo cual incrementaría la probabilidad de consumo. Asimismo, en el estudio de Palma, et al. (2020), se halló que jóvenes de 16 a 21 años pertenecientes a programas de formación e inserción se encontraban expuestos a un mayor nivel de consumo, ello debido a factores de desigualdad presentes, como ambientes de riesgo o mal rendimiento escolar, también a la influencia de los factores de personalidad, las expectativas y creencias respecto al consumo de

marihuana.

Asimismo, se buscó describir los síntomas depresivos en estudiantes de una universidad privada de Arequipa, donde los resultados generales fueron que el 42.4% de los universitarios evidencian un nivel de sintomatología depresiva severa, el 24.9% un nivel mínimo, el 23.1% se sitúa en un nivel moderado y el 9.5% muestra un nivel leve de sintomatología. Asimismo, estos resultados encontrados son similares a los hallazgos de Cáceres (2024) quien halló porcentajes considerables de depresión en estudiantes universitarios, pues indican que cerca de la mitad de su muestra experimentó síntomas y emociones negativas. Por otra parte, el estudio de Rodríguez et al., (2023) halló que sólo el 18% de los estudiantes de la Facultad de la Ciencia de la salud en Cartagena se encontraban ligeramente deprimidos. También, la investigación realizada por Agüero (2020) halló que el 74.2% de la población universitaria evaluada presentaba sintomatología depresiva mínima. Lo cual hace suponer que existió una tendencia a que los evaluados se muestren poco vulnerables, a la defensiva o tratando de visibilizar una imagen positiva de sí mismos (Ingram et al., 2009, como se citó en Agüero, 2023, p. 28).

También se buscó identificar los niveles de consumo de marihuana en estudiantes de una universidad privada de Arequipa según los factores sociodemográficos, estado civil, con quién vive y relación con los padres, de acuerdo con ello se observó que no existe una relación significativa entre el consumo de marihuana y edad de los estudiantes, sin embargo, se encontró que la edad de mayor consumo de marihuana es de 18 y 19 años, estos hallazgos guardan relación con los obtenidos por la UNODC (2017) quienes indicaron en su III estudio epidemiológico andino sobre el consumo de drogas en la población universitaria de Perú que la edad de inicio de consumo es de 18 años. Según la variable sexo en la presente investigación si existe una asociación significativa con el consumo de marihuana, asimismo, la población masculina la que presenta mayor tendencia a un consumo de mayor riesgo, estos hallazgos coinciden con los estudios de Guerra et al

(2012) y el II Estudio epidemiológico andino sobre consumo de drogas en población universitaria realizado por la Comunidad Andina y Unión Europea (CAN, 2013), sin embargo, no coincide con estudios recientes como el de Agüero (2020) quien no encontró diferencias significativas por sexo en la población universitaria. Según el estado civil no existe una relación significativa, sin embargo, el 53% de los estudiantes casados presenta un nivel alto de riesgo de consumo de marihuana y el 52% de estudiantes solteros presenta un bajo riesgo, dichos resultados son relevantes ya que daría cuenta de que los casados poseen mayor riesgo de consumir marihuana, un estudio realizado identificó que las personas casadas presentan menor probabilidad de consumo en comparación a las solteras, esto se debe a factores como el apoyo social, la estabilidad emocional y las responsabilidades familiares que conlleva el matrimonio (SAMHSA, 2019). El estudio realizado por Smith et al. (2019) demuestra que los jóvenes con una buena relación o un alto nivel de apoyo parental actúa como un factor protector del consumo de sustancias. Por otro lado, Granda Seminario (2021) en su estudio obtuvo los siguientes resultados, el 25% de alumnos con una mala relación o falta de apoyo de sus padres presentaban mayor predisposición de riesgo de consumo de marihuana en contraste con el 11.11% de aquellos con una buena relación con sus padres. Respecto a la variable "con quién vive", encontramos una asociación entre esta y el consumo de marihuana. Los resultados indicaron que el 51% de los estudiantes que viven con compañeros de piso presentan un consumo problemático, lo que respalda los hallazgos de la investigación llevada a cabo por Hurd et al. (2014). Los resultados de dicha investigación sugieren que el tipo de vivienda puede ser un factor predictor del consumo de marihuana en jóvenes universitarios. En este sentido, los estudiantes que residen en departamentos o viviendas universitarias tienden a tener mayor independencia y menor control parental, lo que facilita el acceso a distintas sustancias.

Como último objetivo específico, se buscó identificar los niveles de síntomas

depresivos en estudiantes de una universidad privada de Arequipa según los factores sociodemográficos, estado civil, con quién vive y relación con los padres. En nuestros resultados, sí se encontró una relación entre la variable sexo y la sintomatología depresiva, evidenciándose que el 32.9% de las mujeres obtuvo sintomatología depresiva severa mientras que el 43.3% de los hombres presentaron sintomatología depresiva severa. En un estudio realizado por Arias Riveros (2024) en una población de entre 15 y 97 años, se encontró que las mujeres tienen una mayor probabilidad de presentar sintomatología depresiva. De manera similar, Angulo Hermoza (2023) reportó que el 35% de las mujeres presentan altos índices de depresión, en comparación con el 16.3% de los hombres, lo que refuerza la idea de que la sintomatología depresiva es más frecuente en mujeres. Asimismo, se observa que el 39.8% de participantes solteros presenta un nivel severo de sintomatología depresiva. El 2.7% de participantes casados presenta nivel severo de sintomatología depresiva. Lo cual quiere decir que en su mayoría tanto participantes solteros como casados presentan una sintomatología depresiva severa. En contraste con el estudio de Rodríguez et al. (2022) sugiere que las personas que han pasado por un proceso de divorcio tenían unas probabilidades 3.67 veces más de presentar sintomatología depresiva a diferencia de personas casadas. Por otro lado, Kuehner (2017), identificó que las personas casadas suelen tener un sistema de apoyo emocional más robusto, lo que puede protegerlas frente a la depresión.

En cuanto a la relación de las variables relación con los padres y sintomatología depresiva se obtuvieron los siguientes resultados, el 25.7% de participantes que mantiene comunicación con ambos padres presentan un nivel severo de sintomatología depresiva, el 13% de los participantes que mantiene comunicación sólo con la madre presenta un nivel severo, el 3.7% de participantes que mantiene comunicación sólo con el padre presenta un nivel severo y el 0.3% de participantes que no mantiene comunicación con ninguno de ellos presenta un nivel moderado. Lo cual quiere decir que en su mayoría los estudiantes que mantienen una comunicación con ambos padres. Por otro lado, el estudio realizado por

Tafur (2023) identificó que los adolescentes que se encontraban en un ambiente de disfuncionalidad familiar en un nivel leve o moderado tenían una mayor predisposición a presentar sintomatología depresiva. De igual manera un estudio realizado en Guayaquil demostró una relación inversa y moderadamente significativa entre las variables funcionalidad familiar y depresión (Redalyc, 2023).

Finalmente, la presente investigación tuvo como objetivo general determinar la relación entre el consumo de marihuana y sintomatología depresiva en estudiantes de una universidad privada de Arequipa, encontrándose relaciones positivas y moderadas entre sintomatología depresiva y consumo de marihuana ($r=0,595$; $p<.001$), es decir que los estudiantes que presenten mayores niveles de sintomatología depresiva tenderán a presentar un mayor consumo de marihuana y viceversa. Los resultados coinciden con estudios previos realizados los últimos años por Agüero (2020), quien en su estudio tuvo como principal objetivo conocer la asociación entre el riesgo de consumo de marihuana y la sintomatología depresiva, encontrando una asociación significativa y directa. Asimismo, Walters et al. (2018), en su estudio encontraron asociaciones positivas entre el consumo de cannabis y los síntomas depresivos en estudiantes universitarios, es importante mencionar que dentro del estudio también encontró relación con diversas sustancias (alcohol, tabaco, cocaína, alucinógenos, entre otros). En la investigación de Troup, et al., (2016), se buscó conocer la relación entre el consumo de cannabis y el procesamiento de emociones, los resultados nos indican que existe una relación entre el consumo ocasional de cannabis y una puntuación alta de sintomatología depresiva.

Conclusiones

Primera: Se encontró una correlación significativa, positiva y moderada entre las variables consumo de marihuana y sintomatología depresiva, esto quiere decir que mientras mayor consumo de marihuana, la sintomatología depresiva incrementa y viceversa en los estudiantes de una universidad privada de Arequipa.

Segunda: Se identificó un nivel medio de consumo de marihuana en los estudiantes universitarios. Si bien este nivel no indica una alta prevalencia en la población evaluada, es relevante considerar los posibles riesgos asociados al consumo y sus implicancias para la salud.

Tercera: Se identificó un nivel severo de sintomatología depresiva en los estudiantes de una universidad privada, lo que nos permite concluir que la población evaluada presenta síntomas depresivos como pérdida de placer, tristeza, fracaso, sentimientos de castigo, etc.

Cuarta: Se encontró una asociación significativa entre la variable consumo de marihuana según sexo y con quién vive, sin embargo, según edad, estado civil y relación con los padres no se hallaron asociaciones significativas.

Quinta: Se evidenció una asociación significativa entre la variable sintomatología depresiva y el sexo. Por otro lado, no se encontró una asociación significativa con las variables estado civil, con quién vive y relación con los padres.

Sugerencias

Primera: Se recomienda a las autoridades de la universidad prestar mayor importancia a los hallazgos del presente estudio, ya que se ha identificado una relación significativa entre consumo de marihuana y la sintomatología depresiva en la población estudiantil. Es fundamental la implementación de programas de intervención que incluyan terapias psicológicas, talleres y múltiples iniciativas cuyo objetivo sea promover el bienestar emocional y la prevención de estas conductas de riesgo en los estudiantes.

Segunda: Con el objetivo de favorecer el bienestar integral de la comunidad estudiantil de la universidad privada, se recomienda a las autoridades universitarias implementar estrategias preventivas y educativas que aborden de manera proactiva las problemáticas relacionadas con el consumo de sustancias y su impacto en la salud mental. Se sugiere considerar la creación de campañas de sensibilización, el fortalecimiento de los servicios psicológicos y el desarrollo de espacios seguros donde los estudiantes puedan recibir orientación y promover un estilo de vida saludable.

Tercera: Se recomienda a los futuros investigadores, que continúen analizando la relación entre el consumo de marihuana y la sintomatología depresiva, además sería beneficioso incluir una muestra más diversa en términos de contexto socioeconómico y cultural, ya que en la actualidad no existen muchas investigaciones a nivel nacional que profundicen sobre el tema, y así enriquecer el conocimiento científico. Asimismo, es de importancia considerar otros factores ambientales, como el bienestar emocional, la satisfacción de vida, o factores familiares, como las prácticas supervisión parental y las dinámicas de conflicto, que pueden influir en el consumo de marihuana.

Limitaciones

Primera. Una de las limitaciones del presente estudio es la ausencia de un diseño longitudinal que permita explorar de manera más precisa la causalidad entre la calidad de la relación con los padres y el consumo de marihuana. Dado que este factor podría ser un desencadenante del inicio del consumo en estudiantes universitarios, la falta de un seguimiento a largo plazo impide obtener una comprensión más profunda de cómo esta relación evoluciona y afecta el comportamiento relacionado con el consumo de sustancias.

Segunda. La muestra utilizada estuvo compuesta principalmente por estudiantes de una sola universidad, lo que limitó la diversidad y la aplicabilidad de los hallazgos en el presente estudio a distintos contextos educativos.

Tercera. La investigación fue llevada a cabo en un tamaño muestra reducido, esto limita la generalización de los resultados a poblaciones mucho más amplias.

Cuarta. Otra limitación significativa del presente estudio se relaciona con la disponibilidad de tiempo limitada de los participantes. La realización de actividades académicas y sociales tenía mayor relevancia para los estudiantes, lo que afectó su participación y dedicación durante la aplicación de las pruebas. Esta falta de tiempo pudo influir en la calidad de las respuestas y en el compromiso general con el proceso de investigación.

Referencias

- Agüero García, W. D. (2021). Consumo de marihuana y sintomatología depresiva en estudiantes universitarios de Lima Metropolitana. Recuperado de <http://hdl.handle.net/20.500.12404/18391>
- American Psychological Association. (2017). APA Ethical Principles of Psychologists and Code of Conduct. <https://apa.org/ethics/code/ethics-code-2017.pdf> <http://doi.apa.org/getdoi.cfm?doi=10.1037/0003-066X.57.12.1060>
- Ato, M., López-García, J. J., & Benavente, A. (2013). Un sistema de clasificación de los diseños de investigación en psicología. *Anales de Psicología / Annals of Psychology*, 29(3), 1038–1059. <https://doi.org/10.6018/analesps.29.3.178511>
- Baader, T., Rojas, C., Molina, J., & Gotelli, M. (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*, 167-176.
- Baca, M., (2021). Factores relacionados a la no adherencia al tratamiento antipsicótico en los pacientes esquizofrénicos en el Hospital Militar Central del Perú Coronel Luis Arias Schreiber entre los años 2015 y 2020 [Universidad Ricardo Palma]. <https://hdl.handle.net/20.500.14138/5048>
- Baker, D., Pryce, G., Ruda, M., & Muir, C. (2022). Terpenes and cannabinoids: The therapeutic synergy in topical formulations. *Journal of Cannabis Research*, 4(1), 45-59. <https://doi.org/10.1186/s42238-022-00023-4>
- Barkus, E. (2008). Personality and cannabis use. *Advances in Schizophrenia and Clinical Psychiatry*, 3(3), 83–89. <https://ro.uow.edu.au/cgi/viewcontent.cgi?article=1402&context=hbspapers>
- Barreda, D. (2019). Propiedades Psicométricas del Inventario de Depresión de Beck-II (IDB-II) en una muestra clínica. *Revista de Investigación en Psicología* 22 (1) pp. 39 –

52. Recuperado de: DOI: <http://dx.doi.org/10.15381/rinvp.v22i1.16580>
- BBC NEWS MUNDO. (5 de mayo de 2022). The Conversation. Cómo el consumo de marihuana afecta nuestra mente, según nuevos estudios.
<https://www.bbc.com/mundo/noticias-61309269>
- Beck, A. (1983). *Terapia cognitiva de la depresión*. Bilbao, Desclee de Brouwer.
- Beck, A. T. (2010). The evolution of the cognitive model of depression and its neurobiological correlates. *American Journal of Psychiatry*, 165 (8) pp 969-977.
Recuperado de: Doi: 10.1176/appi.ajp.2008.0805072
- Beck, A., Steer, R., & Brown, G. (2006). *Inventario de Depresión de Beck. BDI – II*. Buenos Aires: Paidós
- Berg, C., Stratton, E., Schauer, G., Lewis, M., Wang, Y., Windle, M., & Kegler, M. (2015).
- Bernardo-del Rey, N., Egea-Álvarez, X., & Satour-El Hammouti, L. (2019). El síndrome amotivacional en personas consumidoras de cannabis. *RqR Enfermería Comunitaria (Revista de SEAPA)*, 7(4), 11-23.
- Boehnke, K. F., Gangopadhyay, S., Clauw, D. J., & Haffajee, R. L. (2019). Qualifying Conditions of Medical Cannabis License Holders in the United States. "Health Affairs," 38(2), 295–302.
- Bonn-Miller, M. O., Oser, M. L., Bucossi, M. M., & Trafton, J. A. (2014). Cannabis use and HIV antiretroviral therapy adherence and HIV-related symptoms. "*Journal of Behavioral Medicine*", 37(1), 1–10.
- Bovasso, G. (2001). Cannabis abuse as a risk factor for depressive symptoms. *Am J Psych.*
- Boys, A., Marsden, J., & Strang, J. (2016). Cannabis use and related consequences among young people: A review. *International Journal of Drug Policy*, 30, 87-96.
<https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2015.11.003>
- Brook, J. S., Balka, E. B., & Whiteman, M. (1999). The risks for late adolescence of early

- adolescent marijuana use. *"American Journal of Public Health"*, 89(10), 1549–1554.
- Buckner, J. D., Schmidt, N. B., Bobadilla, L., & Taylor, J. (2006). Social anxiety and problematic cannabis use: Evaluating the moderating role of stress reactivity and perceived coping. *"Behaviour Research and Therapy"*, 44(7), 1007–1015.
- Bustos-Gamiño, M, Resendiz-Escobar, E., Villatoro-Velázquez JA., Soto-Hernández, I., Cañas- Martínez, V., Fleiz-Bautista, C. y Medina-Mora, M.E. (2019). Problemas Asociados al Consumo de Sustancias Psicoactivas. Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz. <https://www.issup.net/files/2020-04/PROBLEMAS%20ASOCIADOS%20AL%20CONSUMO%20DE%20SUSTANCIAS%20PSICOACTIVAS.pdf>
- Buu, A., Wang, H., & Pomerleau, C. S. (2016). The effect of cannabis use on driving performance: A review. *Accident Analysis & Prevention*, 88, 23-32. <https://doi.org/10.1016/j.aap.2015.11.027>
- Canadian Centre on Substance Abuse. (2015). The effects of cannabis use during adolescence. <https://www.ccsa.ca/sites/default/files/2019-04/CCSA-Effects-of-Cannabis-Use-during-Adolescence-Report-2015-en.pdf>
- Cano, V., Miguel, T., González, H., & Iruarrizaga, I. (1994). El afrontamiento de la ansiedad en las drogodependencias. *Anales de Psicología*, 145-156.
- Caravaca, J.A., Noh, S., Hamilton, H., Brands, B., Gastaldo, D. y Miotto, M. (2015). Factores socioculturales y consumo de drogas entre estudiantes universitarios costarricenses. *Texto & Contexto Enfermagem*, 24, 145-153.
- Carranza, R. (2011). Propiedades psicométricas de inventario de Beck para universitarios de Lima. Tesis para optar el título en psicología. Lima, Perú: Universidad Peruana Unión.
- Caspi A, Moffit TE, Cannon M, McClay J et al. Moderation of the effect of adolescent-

onset cannabis use on adult psychosis by a functional polymorphism in the catechol-O-methyl transferase gene: longitudinal evidence of a gene X environment interaction. *Biol Psychiatry* 2005;57(10):1117–1127.

Castaño Pérez GA, Becoña Iglesias E, Scoppetta DG O, Restrepo Escobar SM. Síndrome amotivacional en consumidores crónicos de marihuana. Una revisión narrativa para la aproximación al concepto. *Rev haban cienc méd.* 2021; 20(1): e3027. Disponible en: <http://www.revhabanera.sld.cu/index.php/rhab/article/view/3027>

Castaño-Castrillón, J. J., García, S., Luna, J., Morán, M., Ocampo, D. y Ortiz, L. (2017). Estudio de factores asociados y prevalencia de consumo de sustancias psicoactivas ilegales en estudiantes de una universidad colombiana. *Revista de La Facultad de Medicina*, 65(1), 23–30.

<https://revistas.unal.edu.co/index.php/revfacmed/article/view/56471/60150>

Centro de Educación e Información para la Prevención del Abuso de Drogas. (CEDRO). (2015). Estudio epidemiológico de consumo de drogas en población urbana peruana. Recuperado de: http://www.repositorio.cedro.org.pe/bitstream/CEDRO/202/1/EPI_2015.CEDRO.pdf

Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades. (16 de noviembre de 2021). Efectos de la Marihuana en la Salud. <https://www.cdc.gov/marijuana/health-effects/es/index.html>

Cherek, D.R., Lane, S.D. y Dougherty, D. M. (2002) Possible amotivational effects Cibersam [Internet]. Madrid: Cibersam: 2009 [citado 25 ene 2017]. Escala de comportamiento del Sistema frontal FrSBe-Sp: 6 pag. Disponible en: <https://biadmin.cibersam.es/Intranet/Ficheros/GetFichero.aspx?FileName=FrSBe.pdf>

Colegio de Psicólogos del Perú. (2018). Código de Ética y Deontología. Colegio de

Psicólogos del Perú.

Comisión Nacional para el Desarrollo y Vida Sin Drogas. (2014). Consumo Problemático de Marihuana. Población Escolar de Secundaria.

<https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/3204721/Consumo%20Problem%C3%A1tico%20de%20Marihuana%20en%20la%20Poblaci%C3%B3n%20Escolar%20de%20Secundaria.pdf>

Comisión Nacional para el Desarrollo y Vida Sin Drogas. (2014a). Consumo Problemático de Marihuana. Población Escolar de Secundaria.

<https://www.devida.gob.pe/documents/20182/97343/consumo-problematicomarihuana-Peru.pdf/b90f52be-8950-4678-afed-cc97f8c7b477>

Comisión Nacional para el Desarrollo y Vida sin Drogas. (DEVIDA). (2005). I Encuesta sobre información, hábitos y actitudes hacia el consumo de sustancias psicoactivas en universitarios de Lima Metropolitana. Recuperado de:

<http://www.devida.gob.pe/wpcontent/uploads/2014/12/I-Encuesta-sobre-Consumode-Sustancias-Psicoactivas-enUniversitarios-de-Lima-Metropolitana.pdf>

Comisión Nacional para el Desarrollo y Vida sin Drogas. (DEVIDA). (2013a). I Estudio sobre prevención y consumo de drogas en la población general de Lima Metropolitana y el Callao. Recuperado de:

http://www.devida.gob.pe/wpcontent/uploads/2015/02/I_Estudio_Lima_Callao_completo.pdf

Comunidad Andina y Unión Europea. (CAN). (2013). II Estudio epidemiológico andino sobre consumo de drogas en la población universitaria. Informe regional 2012. Recuperado de:

http://www.cicad.oas.org/oid/pubs/PRADICAN_Informe_Regional.pdf

Cooper, M. L. (1994). Motivations for alcohol use among adolescents: Development and

- validation of a four-factor model. *Psychological Assessment*, 6(2), 117-128. <https://doi.org/10.1037/1040-3590.6.2.117>
- Cunningham, C. B., & McCurdy, J. D. (2020). Cannabis tinctures: A review of the pharmacokinetics, efficacy, and safety of sublingual administration. *Journal of Cannabis Research*, 2(1), 1-11. <https://doi.org/10.1186/s42238-020-00020-2>
- Degenhardt, L., Hall, W., & Garnick, D. W. (2015). The prevalence of cannabis use and its impact on public health. *Addiction*, 110(5), 854-862. <https://doi.org/10.1111/add.12922>
- Dörr A, Gorostegui ME, Viani S, Dörr MP. Adolescentes consumidores de marihuana: implicancias para la familia y la escuela. *Salud Mental* 2009;32(4):269–278.
- Escurre, L. (1998). Cuantificación de la validez de contenido por criterio de jueces. *Revista de psicología*, Pontificia Universidad Católica del Perú, 6 (2), 103- 10
- España: Centro de Recursos Comunitarios US Department of Health and Human Services (2004): Marijuana: Facts parents need to know. NIH Publication No. 04-4036 Washington, DC.
- Espinoza, L. S. (2011). Opiniones, percepciones, actitudes y comportamientos asociados al consumo de drogas en estudiantes universitarios de psicología en Lima Metropolitana: un enfoque cuantitativo y cualitativo. *Revista peruana de drogodependencias*, 7 (1), 7-41.
- Following marijuana smoking under laboratory conditions. *Experimental and Clinical Psychopharmacology*. 10 (1), 26-38.
- Gómez-Restrepo, C., Bohórquez, A., Pinto, M., & Gil, J. (2004). Prevalencia de depresión y factores asociados con ella en la población colombiana. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 378-386.
- Gorzalka, B. B., Dang, S. S., Amorim, I. S., & Maley, R. T. (2016). Cannabis and the

Regulatory Process of Neurogenesis in the Adult and Aging Brain. *"Pharmacology, Biochemistry, and Behavior"*, 157, 27–34.

Granda, C. (2021). Rol del Estrés y Expectativas en consumo problemático de marihuana en universitarios(as) [Tesis para optar el grado de bachiller. Pontificia Universidad Católica del Perú]. Tesis PUCP. <http://hdl.handle.net/20.500.12404/18830>

Guttmanova, K., Skinner, M. L., Oesterle, S., White, H.R., Catalano, R.F. y Hawkins, J.D. (2018). The Interplay Between Marijuana-Specific Risk Factors and Marijuana Use Over the Course of Adolescence. *Prevention Science*, 20(2), 235–245. <https://doi.org/10.1007/s11121-018-0882-9>

Gwynn, R., McQuiston, H., McVeigh, K., & Garg, R. (2008). Prevalence, diagnosis, and treatment of depression and generalized anxiety disorder in a diverse urban community. *Psychiatry Serv*, 641-647.

Hall, W., & Degenhardt, L. (2009). Adverse health effects of non-medical cannabis use. *"The Lancet"*, 374(9698), 1383–1391.

Hall, W., & Degenhardt, L. (2009). Cannabis use and the risk of psychotic or affective disorder: Future directions. *Psychological Medicine*, 39(10), 1621-1627. <https://doi.org/10.1017/S0033291709005174>

Hancox, R. J., Gray, A. R., Zhang, X., Poulton, R., Moffitt, T. E., Caspi, A., & Sears, M. R. (2022). Differential effects of cannabis and tobacco on lung function in mid-adult life. **American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine**. <https://doi.org/10.1164/rccm.202109-2058OC>

Hartman, R., & Huestis, M. (2013). Cannabis effects on driving skills. *Clin Chem*, 478-492.

Haug, N. A., Kieschnick, D., & Sottile, J. E. (2017). Cannabis use patterns and motives: A comparison of younger, middle-aged, and older medical cannabis dispensary patients. *"Addictive Behaviors"*, 72, 14–20.

Hayatbakhsh, R., Williams, G. M., Bor, W., Najman, J. M., & the SEARCH Team. (2007).

Early life predictors of adolescent smoking: Findings from the Mater University Study of Pregnancy and its outcomes. "Addictive Behaviors," 32(10), 2463-2476.

Héctor Guerrero Heredia. Febrero, 2021-junio, (2022) (Doctoral dissertation, Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña). Perceived harm, addictiveness, and social acceptability of tobacco products and marijuana among young adults: marijuana, hookah, and electronic cigarettes win. *Substance use & misuse*, 50(1), 79-89.

Hengartner, M. P., Kawohl, W., Haker, H., Rössler, W. y Ajdacic-Gross, V. (2016). Big Five personality traits may inform public health policy and preventive medicine: Evidence from a cross-sectional and a prospective longitudinal epidemiologic study in a Swiss community. *Journal of Psychosomatic Research*, 84, 44-51.

<https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2016.03.012>

Huedo-Medina, T., & Espada, P. (2009). Factores de riesgo predictores del patrón de consumo de drogas durante la adolescencia. *Anales de Psicología*, 330-338.

Hurd, N. M., Stoddard, S. A., & Zimmerman, M. A. (2014). Neighborhoods, social support, and African American adolescents' mental health outcomes: A multilevel path analysis. *Child Development*, 85(3), 858-875.

Hyman, S. & Sinha, R. (2009). Stress-Related Factors in Cannabis Use and Misuse: Implications for Prevention and Treatment. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 36(4), 400-413.

Kandel, D. B. (1984). "The Gateway Hypothesis" revisited 10 years later. In J. D. Kandel (Ed.), "Stages and Pathways of Drug Involvement: Examining the Gateway Hypothesis" (pp. 3-27). Cambridge University Press.

Kouri E., Pope H.G., Yurgelun-Todd D. y Gruber S. (1995). Attributes of heavy vs. occasional marijuana smokers in a college population. *Biological Psychiatry*, 38,

475-48

Kovess-Masfety, V., Sabbe, M., & G. G. (2016). Cannabis use and its association with mental health disorders. *International Journal of Mental Health and Addiction*, 14(4), 513-522. <https://doi.org/10.1007/s11469-016-9684-3>

Kuntsche, E., Knibbe, R., Gmel, G., & Engels, R. (2006). Replication and validation of the Drinking Motive Questionnaire Revised (DMQ-R, Cooper, 1994) among adolescents in Switzerland. *European Addiction Research*, 12(3), 161-168. <https://doi.org/10.1159/000092118>

Legleye, S., Karila, L., Beck, F., y Reynaud, M. (2007). Validation of the CAST, a general population Cannabis Abuse Screening Test. *Journal of Substance Use*, 12(4), 233–242. <https://doi.org/10.1080/14659890701476532>

Levy, N. (2021). *Perceptions of risk, availability contribute to cannabis use*. Columbia University Mailman School of Public Health. <https://www.publichealth.columbia.edu/news/perceptions-risk-availability-contribute-cannabis-use>

Linage-Rivadeneira, M., & Lucio-Gómez-Maqueo, M. (2012). Asociación entre consumo de sustancias y estrategias de afrontamiento en jóvenes. *Journal of Behavior, Health & Social Issues*, 4(1), 55-6.

Macleod, J., Oakes, R., Copello, A., Crome, I., Egger, M., Hickman, M., Oppenkowski, T., Stokes-Lampard, H. & Smith, G. D. (2004). Psychological and social sequelae of cannabis and other illicit drug use by young people: a systematic review of longitudinal, general population studies. *The Lancet*, 363(9421), 1579- 1588. doi: 10.1016/S0140-6736(04)16200-4

Martínez, G., Robles, L., & Trujillo, H. (2003). Diferencias sociodemográficas y protección ante el consumo de drogas legales. *International Journal of Clinical and Health*

Psychology, 461- 475.

Maugh, T., H. (1974). Marihuana (II): Does it damage the brain?. *Science*, 185, 775-776

McGlothlin, W.H. y West, L.J. (1968). The marijuana problem: An Overview.

American Journal of Psychiatry, 125(3), 370-378.

McIntyre, R., Lee, L., & Zhou, A. (2017). The efficacy of psychostimulants in major depressive episodes: A systematic review and meta-analysis. *J Clin*

Psychopharmacol, 412-418.

Mena, I., Dör, A., Viani, S., & Neubauer, S. (2013). Efectos del consumo de marihuana en escolares sobre funciones cerebrales demostrados mediante pruebas neuropsicológicas e imágenes de neuro-SPECT. *Salud mental*, 367-374.

Newman, D. A., Moffitt, T. E., Caspi, A., Magdol, L., Silva, P. A., & Stanton, W. R.

(2018). Psychiatric disorder in a birth cohort of young adults: Prevalence, comorbidity, clinical significance, and new case incidence from ages 11 to 21.

"Journal of Consulting and Clinical Psychology," 66(6), 880–892.

NIDA. 2019, Octubre 21. El Cannabis (marihuana) – DrugFacts. Retrieved from

<https://nida.nih.gov/es/publicaciones/drugfacts/el-cannabis-marihuana-en-2023>, October25.

NIDA. 2022, agosto 22. El consumo de marihuana y alucinógenos entre los adultos jóvenes alcanzó un máximo histórico en 2021. Retrieved from <https://nida.nih.gov/es/news-events/news-releases/2022/08/el-consumo-de-marihuana-y-alucinogenos-entre-los-adultos-jovenes-alcanzo-un-maximo-historico-en-2021> en 2023, Octubre 25

Núñez, D. (2016). Consumo de cannabis, síndrome amotivacional y depresión. [Trabajo fin de Máster. Universidad Pontificia de Comillas]. Repositorio Comillas.

<http://hdl.handle.net/11531/13187>.

Ocampo, D. B., González, A. G., Flores, D. A. F. C., Ponce, D. G., Rendón, K. H., & Mera,

M. S. (2018). Prácticas parentales y consumo de marihuana en universitarios.

Psicología Iberoamericana, 26(1), 31-41.

Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito [UNODC] (2017). Resumen Ejecutivo. Informe Mundial sobre las Drogas 2017.

Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito. (UNODC) (2017) III Estudio epidemiológico andino sobre consumo de drogas en la población universitaria de Perú, 2016. Recuperado de:

https://www.unodc.org/documents/peruandecuador/Publicaciones/Publicaciones_2017/Informe_Universitarios_Peru.pdf

Olivar-Arroyo, A. y Puerta-García, C. (2009) Sintomatología frontal en adictos a sustancias en tratamiento mediante la versión española de la escala de comportamiento frontal. *Revista de Neurología*, 48 (12), 624-631

Organización de las Naciones Unidas. (25 de junio de 2023). El número de consumidores de drogas aumentó un 23% en una década.

<https://news.un.org/es/story/2023/06/1522247>

Organización de los Estados Americanos (OEA). El Problema de las Drogas en las Américas: Capítulo 2: Drogas y Salud Pública. Informe Anual. Washington:

Organización de los Estados Americanos, Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas; 2013. Report No.: ISBN 978-0-8270-6001-2

Organización Mundial de la Salud. (2020). *Cannabis*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/cannabis>

Organización Mundial de la Salud. (OMS) (2005). Neurociencia del consumo y dependencia de sustancias psicoactivas. Recuperado

de http://www.who.int/substance_abuse/publications/neuroscience_spanish.pdf

Organización Panamericana de la Salud. (2018). Efectos sociales y para la salud del

consumo de cannabis sin fines médicos. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud.

https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/34944/9789275319925_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Otzen, T. & Manterola C. Técnicas de muestreo sobre una población a estudio. *Int. J. Morphol.*, 35(1):227-232, 2017.

Pacula, R. L., Kilmer, B., Wagenaar, A. C., Chaloupka, F. J., & Caulkins, J. P. (2014). Developing public health regulations for marijuana: Lessons from alcohol and tobacco. *"American Journal of Public Health,"* 104(6), 1021–1028.

Palma, D., Continente, X., López, M.J., Vázquez, N., Serral, G., Ariza, C., y Equipo Investigador Proyecto REPTES. (2020). Rasgos de la personalidad asociados al consumo de sustancias en jóvenes en contexto de vulnerabilidad. *Gaceta Sanitaria.* <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2020.08.004>

Papalia, D., Olds, S. (1996). *Psicología del Desarrollo. De la infancia a la adolescencia.* México: Mc Graw Hill

Patterson, C. J., & Harkins, S. W. (2018). Vaporization of cannabis: A review of the methods and health implications. *Journal of Cannabis Research*, 1(1), 10. <https://doi.org/10.1186/s42238-018-0003-5>

Pedrero-Pérez, E.J., Ruiz-Sánchez de León, J.M., Llanero-Luque, M., Rojo-Mota, G.,

Peña Muñoz, A. & Pérez Guzmán, M. (2022). Factores causales del aumento del consumo de marihuana durante la pandemia del covid-19 en pacientes que acuden al centro de atención integral de dependencias y neurociencias

Pilatti, A., Michelini, Y., Montejano, G. R., Berberian, M., Carrizo, M., & Pautassi, R. M. (2019). Consumo de alcohol y marihuana en universitarios y no universitarios: relación con factores de vulnerabilidad. *Quaderns de psicologia. International*

journal of psychology, 21(2), e1528-e1528.

Pinelo, K., Pavon-Leon, P., Salas, B., De San Jorge, X., Beverido, P. & Mejorada, J.

(2022). Consumo de drogas legales e ilegales y síntomas de depresión en adultos mayores usuarios de Facebook durante la pandemia por SARS-CoV-2 en México.

Elsevier, 57(5). Recuperado de:

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9304158/>

Quimbayo-Díaz, J. H., & Olivella-Fernández, M. C. (2013). Consumo de marihuana en estudiantes de una universidad colombiana. *Revista salud pública*, 15(1), 32-43.

Quiroga, M. (2002). Cannabis y psicopatología comórbida. *Adicciones*, 14(2), 191-200.

Ramaekers, J., Berghaus, G., Van Laar, M., & Drummer, O. (2004). Dose related risk of motor vehicle crashes after cannabis use. *Drug Alcohol Depend*, 109-119.

Reilly D., Didcott P., Swift W. y Hall W. (1998). Long-term cannabis use: Characteristics of users in an Australian rural area. *Addiction*, 93 (8), 37-846.

Restrepo, S. y Castaño, G. (2015). El síndrome amotivacional en consumidores de marihuana. *Encuentro Nacional de Investigación*, 18, 130-139.

Rodríguez, A (2017). Síndrome Amotivacional y Consumo de Cannabis –Nuevas Perspectivas. <http://hdl.handle.net/10451/30520>. Publicado online en 2017.

Rodríguez, M., Gutiérrez, J., y Consuegra, B. (2023). Nivel de depresión en estudiantes adolescentes de una facultad de ciencias de la salud en Cartagena. *Corporación Universitaria Rafael Nuñez*, 3, 1-84.

Rodríguez, M., Pérez, L., & García, E. (2022). "Estado civil y síntomas depresivos: un estudio transversal en adultos". *Revista de Salud Mental*, 45(2), 101-109.

Smith, J. A., Johnson, K., & Thompson, R. (2019). Parental support and adolescent substance use: A longitudinal study. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 98, 112-120.

Stockley, D. y EDEX Kolektiboa. (2000). Drogas: Guía ilustrada para agentes de la policía.

Suarez, M. & Verona, R. (2021). *Frecuencia de ansiedad y depresión en consumidores de sustancias psicoactivas en centros de rehabilitación, Chiclayo-2019. Universidad San Martín de Porres*. Lima. Recuperado de:

https://repositorio.usmp.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12727/8109/suarez_verona.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Substance Abuse and Mental Health Services Administration. (2019). *Key substance use and mental health indicators in the United States: Results from the 2018 National Survey on Drug Use and Health* (HHS Publication No. PEP19-5068, NSDUH Series H-54). Center for Behavioral Health Statistics and Quality, Substance Abuse and Mental Health Services Administration.

Tafur, J. (2023). "Depresión, ansiedad, estrés y funcionalidad familiar en adolescentes de Guayaquil". *Redalyc*.

Tindle, H. A., & Gaine, M. (2021). Understanding the delay in psychoactive effects of cannabis edibles compared to inhalation. *Journal of Cannabis Research*, 3(1), 12. <https://doi.org/10.1186/s42238-021-00068-0>

Troup L., Andrzejewski J., Braunwalder J., & Torrence R. (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 <https://doi.org/10.7717/peerj.2782>

Urday-Concha, Fidel, Gonzáles-Vera, Caridad, Suca, Lorenzo Jesús Peñalva, Pantigoso Bustamante, Esther Lourdes, Sánchez, Serafín Humberto Cruz, & Pinto-Oppe, Lino. (2019). Percepción de riesgos y consumo de drogas en estudiantes universitarios de enfermería, Arequipa, Perú. *Enfermería Actual de Costa Rica*, (36), 19-35. <https://dx.doi.org/10.15517/revenf.v0i36.33416>.

- Verdejo A., Rivas C., López-Torrecillas F. y Pérez-García M. (2006). Differential impact of severity of drug use on frontal behavioral symptoms. *Addictive Behaviors*, 31 (13), 73- 82.
- Von, K., Lieb, R., & Pfister, H. (2002). What predicts incident use of cannabis and progression to abuse and dependence? A 4-year prospective examination of risk factors in a community sample of adolescents and young adults. *Drug Alcohol Depend*, 49-64.
- Walters, K. S., Bulmer, S. M., Troiano, P. F., Obiaka, U., & Bonhomme, R. (2018). Substance use, anxiety, and depressive symptoms among college students. *Journal of Child and Adolescent Substance Abuse*, 27(2), 103-111. doi:10.1080/1067828X.2017.1420507
- Weller, R., A. (1985) Marijuana: Effects and motivation. *Medical Aspects of Human Sexuality*, 19(3), 92-104
- Yallico, A. (2021). Representaciones sociales del consumo de la marihuana en estudiantes universitarios de Lima Metropolitana [Tesis de Licenciatura]. Repositorio de Tesis PUCP. <https://tesis.pucp.edu.pe/repositorio/handle/20.500.12404/22869>

Anexos

Anexo 1. Consentimiento Informado

El objetivo de la presente ficha, es brindar a los participantes de esta investigación una clara explicación de la naturaleza de la misma, así como el rol en ella como participantes. La presente investigación es conducida por Lucía Ayres García y Mirla Niña Humpiri, de la Universidad Católica de Santa María. El objetivo de la presente investigación es conocer los hábitos de los estudiantes universitarios de una universidad privada de la ciudad de Arequipa.

Si usted accede a participar en este estudio se le solicitará responder preguntas de una ficha sociodemográfica, una escala de consumo de cannabis y una escala de depresión. El procedimiento durará aproximadamente 20 minutos. La participación de la presente investigación es voluntaria, la información recogida será confidencial y será utilizada únicamente con fines investigativos.

Si tiene alguna duda sobre el proyecto puede mandar sus inquietudes al siguiente correo: ayreslucia23@gmail.com

Acepto participar voluntariamente en esta investigación, reconozco que la información que yo provea será únicamente utilizada bajo fines investigativos y que no será utilizada fuera del estudio sin mi consentimiento.

Sí, acepto

No, acepto

Anexo 2. Escala CAST

Fecha de evaluación:							
Sexo	F	M	Edad:	Edad de inicio del consumo:			
ESCALA CAST							
Respuesta			Pregunta				
N	Debido a tu consumo de marihuana en los últimos 12 meses, ¿has experimentado lo siguiente?		1	2	3	4	5
1	¿Has fumado marihuana antes del mediodía?						
2	¿Has fumado marihuana estando solo?						
3	¿Has tenido problemas de memoria (no recordabas cosas) al fumar marihuana?						
4	¿Tus amigos o los miembros de tu familia te han dicho que deberías reducir tu consumo de marihuana?						
5	¿Has intentado reducir o dejar de consumir marihuana sin conseguirlo?						
6	¿Has tenido discusiones, peleas, accidentes, malos resultados en la universidad, etc., debido a tu consumo de marihuana?						

Nota: Fuente DEVIDA, 2014^a



Anexo 3. Inventario BDI-II

Inventario de Depresión de Beck (BDI-2)

Nombre.....Estado Civil.....

Edad.....

Sexo.... Ocupación

Educación.....Fecha.....

Instrucciones: Este cuestionario consta de 21 grupos de afirmaciones. Por favor, lea con atención cada uno de ellos cuidadosamente. Luego elija uno de cada grupo, el que mejor describa el modo como se ha sentido **las últimas dos semanas, incluyendo el día de hoy**. Marque con un círculo el número correspondiente al enunciado elegido Si varios enunciados de un mismo grupo le parecen igualmente apropiados, marque el número más alto. Verifique que no haya elegido más de uno por grupo, incluyendo el ítem 16 (cambios en los hábitos de Sueño) y el ítem 18 (cambios en el apetito)

1. Tristeza

- 0 No me siento triste.
- 1 Me siento triste gran parte del tiempo
- 2 Me siento triste todo el tiempo.
- 3 Me siento tan triste o soy tan infeliz que no puedo soportarlo.

2. Pesimismo

- 0 No estoy desalentado respecto del mi futuro.
- 1 Me siento más desalentado respecto de mi futuro que lo que solía estarlo.
- 2 No espero que las cosas funcionen para mí.
- 3 Siento que no hay esperanza para mi futuro y que sólo puede empeorar.

3. Fracaso

- 0 No me siento como un fracasado.
- 1 He fracasado más de lo que hubiera debido.
- 2 Cuando miro hacia atrás, veo muchos fracasos.
- 3 Siento que como persona soy un fracaso total.

4. Pérdida de Placer

- 0 Obtengo tanto placer como siempre por las cosas de las que disfruto.
- 1 No disfruto tanto de las cosas como solía hacerlo.
- 2 Obtengo muy poco placer de las cosas que solía disfrutar.
- 3 No puedo obtener ningún placer de las cosas de las que solía disfrutar.

5. Sentimientos de Culpa

- 0 No me siento particularmente culpable.
- 1 Me siento culpable respecto de varias cosas que he hecho o que debería haber hecho
- 2 Me siento bastante culpable la mayor parte del tiempo.
- 3 Me siento culpable todo el tiempo.

6. Sentimientos de Castigo

- 0 No siento que este siendo castigado
- 1 Siento que tal vez pueda ser castigado.
- 2 Espero ser castigado.
- 3 Siento que estoy siendo castigado.

7. Disconformidad con uno mismo.

- 0 siento acerca de mí lo mismo que siempre. 1 He perdido la confianza en mí mismo.
- 2 Estoy decepcionado conmigo mismo.
- 3 No me gusta a mí mismo.

8. Autocrítica

- 0 No me critico ni me culpo más de lo habitual
- 1 Estoy más crítico conmigo mismo de lo que solía estarlo
- 2 Me critico a mí mismo por todos mis errores
- 3 Me culpo a mí mismo por todo lo malo que sucede.

9. Pensamientos o Deseos Suicidas

- 0 No tengo ningún pensamiento de matarme.
- 1 He tenido pensamientos de matarme, pero no lo haría
- 2 Querría matarme
- 3 Me mataría si tuviera la oportunidad de hacerlo.

10. Llanto

- 0 No lloro más de lo que solía hacerlo.
- 1 Lloro más de lo que solía hacerlo
- 2 Lloro por cualquier pequeñez.
- 3 Siento ganas de llorar, pero no puedo.

11. Agitación

- 0 No estoy más inquieto o tenso que lo habitual.
- 1 Me siento más inquieto o tenso que lo habitual.
- 2 Estoy tan inquieto o agitado que me es difícil quedarme quieto
- 3 Estoy tan inquieto o agitado que tengo que estar siempre en movimiento o haciendo algo.

12. Pérdida de Interés

- 0 No he perdido el interés en otras actividades o personas.
- 1 Estoy menos interesado que antes en otras personas o cosas.
- 2 He perdido casi todo el interés en otras personas o cosas.

3 Me es difícil interesarme por algo.

13. Indecisión

0 tomo mis propias decisiones tan bien como siempre. 1 Me resulta más difícil quede costumbre tomar decisiones

2 Encuentro mucha más dificultad que antes para tomar decisiones.

3 Tengo problemas para tomar cualquier decisión.

14. Desvalorización

0 No siento que yo no sea valioso

1 No me considero a mí mismo tan valioso y útil como solía considerarme

2 Me siento menos valioso cuando me comparo con otros.

3 Siento que no valgo nada.

15. Pérdida de Energía

0 tengo tanta energía como siempre.

1. Tengo menos energía que la que solía tener.

2. No tengo suficiente energía para hacer demasiado

3. No tengo energía suficiente para hacer nada.

16. Cambios en los Hábitos de Sueño

0 No he experimentado ningún cambio en mis hábitos de sueño.

1ª. Duermo un poco más que lo habitual.

1b. Duermo un poco menos que lo habitual. 2a Duermo mucho más que lo habitual. 2b. Duermo mucho menos que lo habitual

3ª. Duermo la mayor parte del día

3b. Me despierto 1-2 horas más temprano y no puedo volver a dormirme

17. Irritabilidad

0 No estoy tan irritable que lo habitual.

1 Estoy más irritable que lo habitual.

2 Estoy mucho más irritable que lo habitual.

3 Estoy irritable todo el tiempo.

18. Cambios en el Apetito

0 No he experimentado ningún cambio en mi apetito.

1ª. Mi apetito es un poco menor que lo habitual.

1b. Mi apetito es un poco mayor que lo habitual.

2a. Mi apetito es mucho menor que antes.

2b. Mi apetito es mucho mayor que lo habitual

3ª. No tengo apetito en absoluto.

3b. Quiero comer todo el día.

19. Dificultad de Concentración

- 0 Puedo concentrarme tan bien como siempre.
- 1 No puedo concentrarme tan bien como habitualmente
- 2 Me es difícil mantener la mente en algo por mucho tiempo.
- 3 Encuentro que no puedo concentrarme en nada.

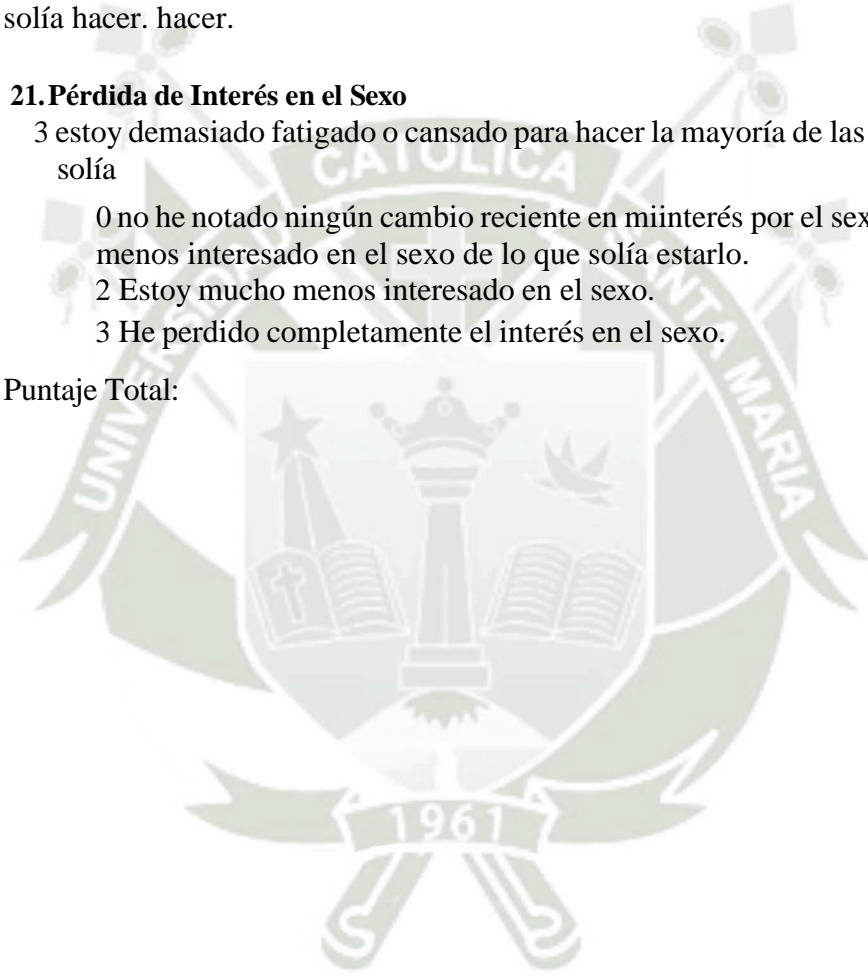
20. Cansancio o Fatiga

- 0 No estoy más cansado o fatigado que lo habitual.
- 1 Me fatigo o me canso más fácilmente que lo habitual.
- 2 Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer muchas de las cosas que solía hacer.

21. Pérdida de Interés en el Sexo

- 3 estoy demasiado fatigado o cansado para hacer la mayoría de las cosas que solía
- 0 no he notado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo.
- 1 Estoy menos interesado en el sexo de lo que solía estarlo.
- 2 Estoy mucho menos interesado en el sexo.
- 3 He perdido completamente el interés en el sexo.

Puntaje Total:



Anexo 4. Google Forms de la Aplicación de cuestionarios

CONSUMO DE MARIHUANA Y SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA EN ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Usted está siendo invitado a participar en la presente investigación que tiene como fin obtener, la presente investigación está siendo desarrollada por las Bachilleres: **Lucía Rafaella Ayres García y Mirla Emilce Nina Humpiri.**

El derecho que usted posee al aceptar la participación en la investigación es:

Los datos proporcionados serán manejados de manera confidencial, es decir que un agente externo no podrá identificarlo, ya que su identidad será protegida durante todo el proceso de evaluación.