

PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL PERÚ

FACULTAD DE PSICOLOGÍA



**CONSUMO DE MARIHUANA Y SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA EN
ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS DE LIMA METROPOLITANA**

Tesis para optar por el título de Licenciado en Psicología con mención en Psicología
Clínica que presenta el Bachiller

WILLIAM DANIEL AGÜERO GARCÍA

Asesora:

Dra. Cecilia Chau Pérez-Araníbar

LIMA-PERÚ

2020

Agradecimientos

A Aileen, mi hermana, por acompañarme en toda la etapa universitaria, instruirme en la labor de investigación y motivarme constantemente a dar lo mejor de mí.

A mis amistades, por haber compartido las angustias y las frustraciones, pero también el orgullo y las sonrisas que implican este trabajo.

A mi espacio terapéutico, por ayudarme a entender, reflexionar y hacerle frente a todo lo que representó, para mí, realizar esta investigación.

Al Dr. Hugo Morales por acompañarme hasta donde pudo, con total dedicación y comprensión, sentando las bases de este proceso.

A la Dra. Cecilia Chau por no dudar en tomarlo, a pesar de sus ocupaciones. Por su esfuerzo, compromiso y claridad en cada asesoría.

A la comunidad cannábica, protagonista de esta investigación, por compartirme sus pensamientos, sus experiencias y su afán por desestigmatizar esta sustancia.

Resumen

Este estudio pretende explorar la relación entre el riesgo de consumo de marihuana y la sintomatología depresiva en un grupo de estudiantes universitarios peruanos. Los participantes fueron 120 jóvenes universitarios, entre los 18 y 29 años de edad, entre hombres y mujeres de diversas universidades de Lima Metropolitana, a quienes se les aplicó la Prueba de detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias (ASSIST v3.0), la versión argentina del Inventario de Depresión de Beck – II (BDI – II) y una ficha de datos sociodemográficos. Los resultados mostraron una relación directa y pequeña entre el riesgo de consumo de marihuana y la sintomatología depresiva. La mayoría de los participantes se ubicaron en un nivel de riesgo de consumo moderado y en un nivel de sintomatología depresiva mínima. Por otro lado, la frecuencia de consumo y la edad de inicio de consumo temprano no evidenciaron una relación con la sintomatología depresiva, además, no se encontraron diferencias en función al sexo en cuanto a las variables implicadas. Finalmente, se proponen posibles explicaciones para estos hallazgos y se reportan las limitaciones del estudio. Los resultados de esta investigación pueden contribuir a un mejor entendimiento sobre ciertas problemáticas en términos de salud física y mental.

Palabras clave: Consumo de marihuana, sintomatología depresiva, universitarios

Abstract

This study aims to explore the relationship between the risk of marijuana use and depressive symptoms in a group of university students. The participants were 120 university students between 18 and 29 years of age, among men and women, from various universities in Metropolitan Lima. Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST v3.0), Beck's Depression Inventory - II (BDI - II) and a sociodemographic data sheet were applied. The results showed a direct and small relationship between the risk of marijuana use and depressive symptomatology. Most of the participants were at a moderate level of risk of consumption and at a level of minimal depressive symptomatology. On the other hand, the frequency of consumption and the onset age of early consumption did not show a relationship with the depressive symptoms. In addition, no differences were found according to sex in terms of the variables involved. Possible explanations for these findings are proposed and some limitations present in the investigation are reported. The results of this research can contribute to a better understanding of certain problems in terms of physical and mental health.

Key words: marijuana use, depressive symptoms, university students.

Tabla de contenidos

Introducción	1
Método	13
Participantes.....	13
Medición.....	14
Procedimiento.....	17
Análisis de datos.....	18
Resultados	19
Discusión	22
Referencias	31
Apéndices	49
Apéndice A: Hoja de consentimiento informado.....	49
Apéndice B: Ficha de datos sociodemográficos.....	50
Apéndice C: Pruebas de normalidad - Método de asimetría y curtosis.....	52
Apéndice D: Confiabilidad por consistencia interna y correlaciones ítem-test del ASSIST v3.0.....	53
Apéndice E: Confiabilidad por consistencia interna y correlaciones ítem-test del BDI-II.....	54
Apéndice F: Contraste de medias t de Student para diferencias por sexo en consumo de marihuana y sintomatología depresiva.....	55
Apéndice G: Correlación de consumo de alcohol y sintomatología depresiva.....	56

Introducción

El consumo de drogas, ya sean legales o ilegales, representa una problemática relevante para la salud pública a nivel mundial frente a la cual se viene luchando desde hace décadas (Fuentes, Alarcón, García y Gracia, 2015; Guzmán, Alonso y Gómez, 2008). Según la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC, 2016) se calcula que, aproximadamente, 250 millones de personas, es decir, el 5% de la población mundial, probó algún tipo de droga en el año 2015, además, el 0,6% (29,5 millones) de esos consumidores sufrieron de algún tipo de trastorno relacionado a su consumo un año después. Ello confirma el carácter perjudicial de este hábito que, en las situaciones más extremas, conlleva a alguna condición de discapacidad o a la muerte prematura (UNODC, 2017).

Ciertamente, el consumo de drogas se hace presente en diversos ámbitos de la sociedad y sus repercusiones no se ciñen a determinados espacios ni poblaciones, sino que se evidencian de manera transversal (Gómez et al., 2007) y se le vincula con temas como violencia, delincuencia, pobreza y enfermedad (Cid-Monkton y Pedrao, 2011). Además, genera un impacto negativo en términos de salud mental, tal y como lo señalan Cazenave et al. (2017), pues la dependencia de sustancias se encuentra asociada con trastornos mentales como ansiedad, depresión, entre otros (Grant et al., 2016; Roses, 2005).

Dentro de este marco, una de las poblaciones que se ve abordada con mayor facilidad por el consumo de drogas es la población universitaria, pues muestra un consumo elevado en comparación a otros grupos, en particular, de alcohol, tabaco y marihuana (Jiménez-Muro et al., 2009; Morales et al., 2011). Es por ello, que la UNODC (2016) le presta especial atención en términos de consumo y comercialización.

Las consecuencias del consumo por parte de los universitarios son numerosas y se pueden presentar a nivel económico, social y, por supuesto, en el ámbito de la salud (Ortega y Costa, 2011), de hecho, la población universitaria presenta una alta prevalencia en problemáticas de salud mental (Hunt y Eisenberg, 2010; Pedrelli et al., 2015). Tal es así que, a nivel nacional, diversos estudios sostienen que los universitarios padecen mayormente de sintomatología psicológica, en particular, relacionada a la depresión y a la ansiedad (Boullosa, 2013; Castillo – Vilca, Prado Mendoza y Vega – Dienstmaier, 2010; Osada, Rojas, Rosales & Vega – Dienstmaier, 2010). Cabe resaltar que sus preocupaciones suelen estar ligadas al futuro laboral, las relaciones familiares y de pareja,

las dificultades económicas y el rendimiento académico (Chau y Van den Broucke, 2005; Grupo de Opinión Pública de la Universidad de Lima – GOP, 2006).

Sumado a ello, el abuso de sustancias dificulta que los estudiantes desarrollen sus capacidades en un ámbito académico y laboral (Gómez et al., 2007), además de sufrir una marcada estigmatización por parte de la sociedad (Roses, 2005), la cual suele estar ligada a enfermedad y delincuencia (Vásquez y Stolkiner, 2009).

Dentro de la amplia gama de drogas ilícitas, una de las que más tiene presencia a nivel internacional y cuyo consumo se encuentra en gradual aumento en jóvenes es la marihuana (Jiménez-Muro et al., 2009; Kashdan, Vetter y Collins, 2005; Font, Gras y Planes, 2006; Halladay et al., 2018).

Diversos autores se han manifestado acerca la presencia de dicha sustancia en el contexto universitario a nivel internacional (Cazenave et al., 2017; Font, Gras y Planes, 2006; Gómez et al., 2007; Jiménez et al., 2009; Kashdan, Vetter y Collins, 2005; McCarthy, Lynch y Pederson, 2007; Quimbayo y Olivella, 2013) y nacional (Espinoza, 2011; Rojas, 2015; Torres y Fiestas, 2012). Estas investigaciones se han realizado por medio de encuestas y cuestionarios que tuvieron como objetivo el reporte de datos sociodemográficos, así como la medición de frecuencia de consumo de la sustancia, edad de inicio, percepción del consumo entre los pares, riesgo percibido, y dependencia percibida.

Esta sustancia posee una condición dinamizadora de grupos sociales provenientes de diversas culturas y entornos, lo cual hace más atractivo su consumo para universitarios, quienes se encuentran en un proceso constante de socialización (Quimbayo y Olivella, 2013). Además, se observa que el ejercicio de presión social por parte de los pares también es un factor que conlleva a que los jóvenes cedan al consumo, ya que así se participa de un proceso de adherencia al grupo (Dhal, 2004).

En lo que respecta a los motivos por los cuales se consume marihuana, la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2005) sostiene que la búsqueda de sensaciones gratificantes y el alivio de tensión son las razones principales. Por su parte, Hyman y Sinha (2009) postulan que el consumo de marihuana se da con el objetivo de generar un cambio en el estado de ánimo, intentando reducir la percepción de sentimientos displacenteros; de igual manera, Linage-Rivadeneira y Gómez-Maqueo (2012) sitúan al consumo de marihuana como una estrategia de afrontamiento de carácter evitativo frente al estrés.

Actualmente, se observa un incremento en la aceptación social respecto al consumo de marihuana (Berg et al., 2015), incluso, las repercusiones negativas que dicha sustancia genera en la salud suelen ser minimizadas (Macleod et al., 2004) y percibidas como lejanas (Quimbayo y Olivella, 2013).

En cuanto a los universitarios peruanos, La Comisión Nacional para el Desarrollo y vida sin Drogas (DEVIDA, 2005) da a conocer un alza importante en lo que son las actitudes de aceptación sobre dicha sustancia; de hecho, dos de cada diez universitarios peruanos no perciben un riesgo alto respecto al consumo frecuente de la misma (UNODC, 2017). En la misma línea, un estudio realizado en nueve regiones del Perú reporta que la marihuana es percibida como la droga menos peligrosa por los estudiantes (Espinoza, 2011).

A continuación, se presentan las características propias de la sustancia: la marihuana es una sustancia psicoactiva que procede la planta *Cannabis Sativa*, la cual crece de manera silvestre en la mayoría de las áreas templadas y tropicales del mundo (*National Institute of Drug Abuse - NIDA*, 2015). Su consumo produce efectos inmediatos tales como euforia placentera, sensación de relajación, risa, incremento del ritmo cardíaco, alteraciones del movimiento, coordinación, aprendizaje, memoria, atención y en la percepción sensorial y temporal (NIDA, 2015; Torres y Fiestas, 2012). Concretamente, en un consumidor se pueden observar ojos rojos, aumento del apetito y sequedad en la boca (NIDA, 2015). A largo plazo, y dependiendo del patrón de consumo, se pueden presentar condiciones médicas relacionadas a problemas del sistema respiratorio, anemia, taquicardia, anomalías espermatogénicas, diversos tipos de cáncer, disminución de la fuerza muscular, entre otros (Farré et al., 2006; Rojas, 2015). Su principal constituyente psicoactivo es el delta-9-Tetrahidrocannabinol (THC), que se encuentra en sus flores y hojas (Hardisson, Esposito, Rubio y Pozuelo, 2002). Este componente posee efectos en el sistema dopaminérgico que se relacionan con la regulación de funciones neurocognitivas como la memoria, atención, aprendizaje, motivación, entre otros (Vélez, Borja y Otrosky, 2010).

En la actualidad, la marihuana es la tercera droga más consumida luego del alcohol y el tabaco (UNODC, 2017). Así, el Centro Europeo de Monitoreo de Drogas y Adicciones (*European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction - EMCDDA*, 2011) y la UNODC (2011, 2017) la sitúan como la sustancia ilícita con mayor alcance con, aproximadamente, 183 millones de consumidores a nivel mundial, dentro de los cuales se observa una alta y continua prevalencia de adolescentes y adultos jóvenes.

Por su parte, el II Estudio epidemiológico andino sobre consumo de drogas en población universitaria realizado por la Comunidad Andina y Unión Europea (CAN, 2013) brinda evidencia de que la marihuana es la droga de mayor uso entre estudiantes universitarios en países como Bolivia, Colombia, Ecuador y Perú (CAN, 2013). Dicho estudio, presentó una prevalencia de año de 20.8%, además, sostiene que la edad promedio de inicio de consumo en estudiantes es a los 18 años y que los indicadores de consumo problemático suelen incrementarse alrededor de los 20 años. También, reporta que más del 30% de universitarios refieren haber recibido ofertas para la compra de esta sustancia y el 28,8% de universitarios consumidores presentan signos de abuso o dependencia (CAN, 2013). Por su parte, el III Estudio epidemiológico realizado por la UNODC (2017) también sitúa a esta sustancia como la droga más consumida por universitarios, reportando una prevalencia de año de 10,8% y una edad de inicio de consumo de 18 años.

En lo que respecta al contexto nacional, la marihuana es la droga más consumida por jóvenes universitarios y se evidencia un gradual aumento en la prevalencia anual de su consumo en los últimos años (DEVIDA, 2013). Según el Centro de Información y Educación para la Prevención del Abuso de Drogas (CEDRO, 2015) y DEVIDA (2005) la proporción de consumidores de marihuana resulta más elevada en población universitaria que en la población en general, siendo la franja etaria con mayor prevalencia de consumo desde los 19 hasta los 24 años de edad. En la misma línea, la información más actualizada recogida del III Estudio epidemiológico andino sobre consumo de drogas en la población universitaria de Perú, realizado por la UNODC (2017) también sitúa a la marihuana como la droga más consumida. Dicho estudio reporta una edad de inicio de consumo de 18 años y afirma que el 14.8 % de los universitarios peruanos han consumido esta sustancia alguna vez en su vida.

Existen una serie de factores asociados al consumo de marihuana en el contexto universitario. Uno de ellos es el sexo del consumidor: existe evidencia de que los hombres suelen presentar mayores niveles de abuso y dependencia en comparación a las mujeres (CAN, 2013; Nazarzadeh et al., 2015). La edad también es considerada como un factor asociado, puesto que existe evidencia de que personas comprendidas entre 18 y 21 años son quienes más consumen dicha sustancia (Martínez-Torres et al., 2016; Quimbayo y Olivella, 2013).

Además, se encuentran factores de carácter afectivo: González, Hernández, Mejía y Velásquez (2013) mencionan que la ansiedad se muestra como un factor asociado al

consumo de marihuana, pues encontraron una relación directa y significativa entre ambas variables. De igual manera, sucede con los síntomas depresivos, los cuales se ven incrementados en la medida en la que el consumo es mayor. Particularmente, en este estudio, se observa que los consumidores que puntúan en depresión moderada y grave superan por 9.5% a los no consumidores en lo que respecta a la prevalencia de año de la sintomatología depresiva (González et al., 2013). Cabe resaltar que diversos estudios han encontrado dicha asociación en universitarios (Beck et al., 2009; Buckner, Ecker y Cohen, 2010; Buckner, Keough y Schmidt, 2007; Keith et al., 2015; Troup, Andrzejewski, Braunwalder y Torrence, 2016; Walters et al., 2018)

Respecto a la etapa universitaria, es preciso mencionar que los jóvenes asumen nuevos retos y responsabilidades, se generan variaciones en su entorno y se altera la cotidianeidad que solían experimentar en su vida escolar, demandando una serie de recursos físicos y psicológicos que pueden no estar presentes aún (Arrivillaga, Cortés, Goicochea & Lozano, 2004; Balanza, Morales y Guerrero, 2009; Cassaretto, Chau, Oblitas & Valdez, 2003; Obando, 2009; Osada, Rojas, Rosales & Vega – Dienstmaier, 2010; Pereyra et al., 2010). En ese sentido, factores como la exploración de la identidad, inestabilidad emocional, preocupación por la entrada al mundo laboral, entre otros, se tornan relevantes, lo cual aumenta la probabilidad que su salud mental se vea afectada (Arnett, 2000 citado en Breedvelt et al, 2018). Ello resulta preocupante, pues, como se ha mencionado previamente, la población universitaria se muestra vulnerable en lo que se refiere a salud mental (Hunt y Eisenberg, 2010; Pedrelli et al., 2015).

Es así que dicho escenario puede facilitar el desarrollo de una de las problemáticas más comunes en términos de salud mental: la sintomatología depresiva. Cabe mencionar que la población que presenta este tipo de sintomatología tiene un gran riesgo de desarrollar un trastorno de depresión en el futuro, en comparación de la población que no presenta síntomas depresivos (Karsten et al., 2011), por lo cual, se deduce que la relación entre la sintomatología depresiva y el trastorno depresivo es bastante estrecha.

La depresión es un trastorno mental que se puede manifestar en una serie de síntomas de carácter físico y psicológico que suelen obstaculizar la vida diaria y el desempeño de la persona que la padece (Hasler, 2010). Asimismo, resulta ser una de las problemáticas de salud mental más frecuentes en universitarios (Eaton et al. 2008; Lyubomirsky et al., 2003 citado en Ibrahim, 2018) y se sabe que los años propios de esta etapa representan una edad pico para la aparición de los primeros episodios depresivos (Andersson et al, 2005).

Existe evidencia de que la depresión, desarrollada en la juventud, está asociada con consecuencias adversas a largo plazo, tales como pobre desempeño académico (Barquín, García y Ruggero, 2013; Vélez, Gutiérrez e Isaza, 2010), bajo desempeño laboral (Harvey et al., 2011), desempleo y escasez de recursos económicos a futuro (Fergusson et al., 2007; Wilson et al., 2015).

La sintomatología depresiva es entendida como un conjunto de síntomas presentes o trastornos leves del estado de ánimo que no llegan a cumplir con el diagnóstico clínico de “episodio depresivo mayor” (Weber, 2009); no obstante, se hace referencia a este último, ya que la presencia de sintomatología depresiva resulta ser un paso previo al desarrollo del cuadro depresivo diagnóstico. Además, Bowlby (1980), señala que la diferencia entre un sujeto que presenta sintomatología depresiva y un trastorno depresivo mayor se encuentra en que el sujeto que padece del trastorno pierde el contacto con el mundo externo. En este caso, el punto de referencia es la “Clasificación de los Trastornos Mentales y del Comportamiento” (CIE 10, 1992).

Así, se pueden presentar síntomas tales como estado de ánimo bajo, humor depresivo, reducción de la energía o aumento de la fatigabilidad y disminución de la actividad física. De igual manera, la capacidad para disfrutar, interesarse, pensar y concentrarse también se ve reducida, además, resulta frecuente presentar cansancio, a pesar de haber realizado mínimos esfuerzos. En lo fisiológico, surgen alteraciones en el sueño, el apetito, el peso y la libido. Por otro lado, se observa disminución de la confianza en uno mismo, acompañada de autoestima baja, ideas de culpa y/o inutilidad, pensamientos y conductas suicidas y cambios en la actividad psicomotriz como agitación o enlentecimiento (CIE 10, 1992). Resulta clave abordar los síntomas cuantitativamente, puesto que la cantidad de estos darán cuenta de la severidad del cuadro y ello define la presencia o ausencia del episodio depresivo grave, el cual presenta un mínimo de ocho síntomas. Asimismo, este trastorno puede presentarse por un largo período de tiempo o ser recurrente, afectando de manera notable la capacidad para realizar todo tipo de actividades de la vida cotidiana (OMS, 2017)

La depresión cuenta con una marcada presencia a nivel mundial. Las cifras de la OMS (2018) sugieren que alrededor de 300 millones de personas se ven afectadas por la misma, con mayor prevalencia en las mujeres. En el Perú, las cifras del último estudio epidemiológico realizado por el Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado-Hideyo Noguchi (INSM-HD-HN, 2002) estiman que un 18,2% de la población padece de algún tipo de episodio depresivo, ya sea leve, moderado o grave, siendo este el trastorno

mental con mayor presencia a nivel nacional. Asimismo, en una recopilación realizada por el INSM-HN-HN (2012) en Lima y Callao se reportó que el 23,1% de la población adulta se atiende por algún tipo de episodio depresivo, además, se observó una prevalencia anual de 6,2%, 8,3% en mujeres y 3,8% en hombres.

En cuanto a los jóvenes a nivel nacional, se reporta una prevalencia anual de trastornos depresivos en general de 5,8%, la cual incluye a una población ubicada entre los 18 y 24 años de edad (INSM-HD-HN, 2012), intervalo que coincide con el curso de la vida universitaria. Por su parte, los compendios anuales estadísticos realizados por el INSM-HD-HN registraron más de 3000 nuevos pacientes, entre los 15 y 19 años de edad, diagnosticados con episodio depresivo (leve y moderado) con un marcado aumento del 2015 al 2016, pero con una disminución notable entre el 2016 y el 2017.

Recientemente, en el Informe Nacional de la juventud (SENAJU, 2019) se consultó a los jóvenes si experimentaron un episodio depresivo en los últimos 12 meses. Del total, 20% sintió pocas ganas o interés de hacer sus actividades, 19.9% afirmó experimentar un ánimo depresivo, 11.3% sintió cansancio, 11,6% tuvo dificultades para prestar atención; 7.8% se sintió mal consigo mismo y, finalmente, 3.8% sintió ganas de morir (Encuesta Demográfica y de Salud Familiar ENDES, 2018). Todos los porcentajes mencionados fueron reportados con una frecuencia de “casi todos los días”. Por su parte, otra cantidad considerable de jóvenes reportaron los mismos síntomas, pero con menor frecuencia.

Es preciso mencionar que existen una serie de variables personales y ambientales relacionadas a la sintomatología depresiva que han sido recogidas en diversas investigaciones en busca de contribuir a la comprensión y prevención del desarrollo de la misma o de un trastorno depresivo grave, las cuales serán desarrolladas a continuación:

Una de las variables asociadas más destacadas es el sexo. Tal y como lo propone la OMS (2018), el sexo femenino es el que se encuentra más afectado por la sintomatología depresiva. En un contexto universitario, este dato ha sido confirmado por diversas investigaciones (Balanza, Morales y Guerrero, 2009; Bermúdez et al., 2006; Davaasambuu, 2017; Dávila, Ruiz, Moncada y Gallardo, 2011; Ortega, Celis y Hernández, 2011; Sun et al.; 2017; Tang y Dai, 2018), incluso, en el ámbito nacional (Castillo – Vilca, Prado Mendoza y Vega – Dienstmaier, 2010). No obstante, un estudio realizado por Pereyra et al. (2010), a nivel nacional, no encontró que el sexo sea un factor asociado a la depresión. Dicho hecho se atribuye a que las mujeres implicadas en el estudio reúnen características que las hacen menos vulnerables a desarrollar síntomas

depresivos en comparación con el sexo masculino, tales como ser jóvenes, solteras y haber culminado sus estudios superiores (Matud, Guerrero y Matías, 2006).

Otro factor a tomar en cuenta es el soporte social, pues las investigaciones realizadas por Othieno et al. (2014) y Wang et al. (2014) sugieren que un mayor soporte social se encuentra relacionado con menores niveles de depresión y estrés en universitarios.

En adición, se encuentra el rendimiento académico. Se postula que los estudiantes con mayores niveles de sintomatología depresiva presentan mayores dificultades a nivel académico (Gutierrez et al., 2010; Franco, Gutierrez y Perea, 2011). Por su parte, los hallazgos realizados por Palacio y Martínez (2007) y Hammer (1998) no encontraron dicha asociación; sin embargo, sí reportaron que la diferencia entre los estudiantes con rendimiento académico satisfactorio y los estudiantes con rendimiento académico no satisfactorio, fue significativa con relación a los niveles de depresión.

Ahora bien, la relación entre el consumo de marihuana y la sintomatología depresiva ha sido motivo de una variedad de investigaciones a nivel internacional en diversas poblaciones. Los hallazgos de dichos estudios resultan poco concluyentes, puesto que algunos afirman que sí existe relación entre ambas variables (Chen, Wagner y Anthony, 2002; Fernández, Fernández, Secades y García, 2011; González-Ortega et al., 2015; Horwood et al., 2012; ; Rodríguez, Herrera y Londoño, 2013; Volkow et al., 2016), incluyendo a la población universitaria (Beck et al., 2009; Buckner, Ecker y Cohen, 2010; Buckner, Keough y Schmidt, 2007; Keith et al., 2015; Troup, Andrzejewski, Braunwalder y Torrence, 2016; Walters et al., 2018), mientras que otras no encuentran dicha relación (Harder, Stuart y Anthony, 2008; Harder, Morral y Arkes, 2006; Monshouwer et al., 2006; Pedersen, 2008) también en universitarios (Chabrol et al., 2005; Cranford, Eisenberg y Serras, 2009). Cabe resaltar que, estos últimos, son estudios que incluyeron el consumo de diversas drogas y plantean que la relación entre el consumo de marihuana y la sintomatología depresiva se invisibiliza cuando consideran el consumo de drogas como el alcohol y el tabaco en los análisis. Así, parece ser que la asociación tiene lugar cuando no se evalúa a individuos que son consumidores frecuentes de alcohol y tabaco.

Es preciso resaltar el trabajo exhaustivo realizado en meta-análisis y revisiones sistemáticas que afirman que sí existe relación entre el consumo de marihuana y la sintomatología depresiva, dichos estudios son presentados a continuación:

Degenhart, Hall y Lynskey (2003) ponen en evidencia que el inicio temprano del consumo de marihuana (15 años de edad o antes) y el consumo frecuente de la misma

presentan una moderada pero significativa asociación con la aparición posterior de sintomatología depresiva; no obstante, se rechaza el hecho de que la presencia de depresión incremente la probabilidad del consumo a futuro. Por otro lado, una revisión sistemática realizada por Moore et al (2007) concluye que los efectos de la marihuana en la aparición posterior de trastornos depresivos son moderados y, además, son dosis-dependientes, es decir, depende de la cantidad ingerida de la sustancia. Cabe resaltar que la relación mencionada es menos fuerte que la relación existente entre el consumo y la psicosis; sin embargo, no deja de ser preocupante, pues es evidencia que el consumo sí tiene repercusiones en lo que serían trastornos afectivos. Por último, el trabajo más reciente realizado por Lev-Ran et al. (2014) reafirma que el consumo de marihuana, en particular el uso intensivo y frecuente, se encuentra asociado con un riesgo moderado de desarrollar episodios depresivos. Contrario a lo reportado en investigaciones previas, no se encontró que el consumo temprano (menores de 18 años en este caso) lleve a un mayor riesgo de desarrollar sintomatología depresiva.

Así, las investigaciones sugieren que uno de los factores que intervienen en la asociación de ambas variables es la frecuencia o severidad del consumo, es decir, la cantidad de veces que el usuario consume la sustancia en un período determinado de tiempo. Es probable que un consumo de esta naturaleza pueda dar indicios de un problema de dependencia, la cual consiste en síntomas autodeclarados de privación, en donde se consume la droga para evitar ciertos problemas de la vida personal o estos surgen cuando se deja de usar la sustancia; tolerancia; en donde se requiere consumir mayor cantidad para lograr el mismo efecto; y uso compulsivo, en donde se da el consumo a pesar de no tener el propósito de hacerlo (CAN, 2013).

Diversos estudios refieren que existe una asociación entre el consumo intensivo, severo o frecuente y la sintomatología depresiva (Andrade y Argimon, 2008; Bovasso, 2001; Degenhart, Hall y Lynskey, 2003; González-Ortega et al., 2015; Hayatbakhsh et al., 2007; Horwood et al., 2012; Keith et al., 2015; Lev-Ran et al., 2014). Sin embargo, otras investigaciones sugieren que la frecuencia del consumo no se encuentra asociada a la sintomatología depresiva (Buckner, Ecker y Cohen, 2010; Buckner, Keough y Schmidt, 2007; Van Lar, Van Dorsselaer, 2007). Estos resultados pueden verse influidos por el hecho de que estos estudios analizaron diversas drogas.

Por otro lado, la edad de inicio de consumo es una variable importante a considerar en las repercusiones que el consumo de marihuana podría causar en el sujeto. Existe evidencia de que un consumo a edades más tempranas puede presentar mayores

consecuencias adversas a nivel neuropsicológico (Pope et al. 2003), así como se encuentra asociado con el desarrollo o incremento de sintomatología depresiva (Andrade y Argimon, 2008; Fairman y Anthony, 2012; Hayatbakhsh et al., 2007; Horwood et al., 2012), incluso, en una investigación meta-analítica (Gobbi et al., 2019).

En base a lo revisado hasta el momento, se recalca que el consumo de marihuana, en particular el consumo frecuente y/o a edades más tempranas, representa una problemática para la salud pública que se mantiene en gradual aumento, tanto a nivel nacional como internacional. Este consumo viene acompañado de una serie de repercusiones que terminan ejerciendo un daño al individuo y a la sociedad, afectando a nivel económico, social, laboral y educacional (NIDA, 2015).

Por otro lado, el estudio de la sintomatología depresiva resulta clave para el desarrollo de políticas de prevención y promoción de la salud mental, pues, como lo confirman los estudios epidemiológicos reportados, este tema no es ajeno al contexto nacional y las cifras a nivel internacional también resultan alarmantes. (INSMHDHN, 2012; UNDOC, 2017).

Resulta clave prestarle atención a la población universitaria, pues es el grupo que presenta mayores niveles de consumo de marihuana (DEVIDA, 2013) y percibe a esta sustancia como inofensiva y cargada de un nivel considerable de aceptación social, situación comprobada en el Perú (Espinoza, 2011). De igual manera, se da con la sintomatología depresiva, ya que los estudiantes universitarios pueden verse expuestos a la misma debido a la adquisición de nuevos retos y responsabilidades que demandan una cantidad considerable de recursos, además de encontrarse en la edad pico en donde se presentan problemáticas de esta naturaleza (Ingram, Scott y Hamill, 2009).

Los estudiantes universitarios cumplen un papel de gran importancia en lo que representa el futuro de la sociedad y los profesionales que la acompañarán, por lo tanto, el estudio de este tema resulta fundamental para las autoridades e instituciones educativas y de salud en nuestro país.

Asimismo, la OMS (2018) soporta la idea de prestarle especial atención a la juventud, ya que se encuentra en permanente riesgo, debido a las altas prevalencias que muestran en diversas problemáticas de salud mental.

En lo que respecta al contexto nacional, existen 8 millones 441 mil jóvenes entre los 15 y 29 años, de los cuales 21,5% cuentan con educación superior universitaria y 14,3% con educación superior no universitaria, de acuerdo con los resultados de la Encuesta Nacional de Hogares (ENAH) (Instituto Nacional de Estadística e

Informática, 2017). Llama la atención que el porcentaje de jóvenes que reciben educación en nuestro país no llegue ni a la mitad del total de dicha población. Por ende, teniendo en cuenta lo complejo que puede ser acceder a la educación universitaria y reconociendo el mérito que ello implica, resultaría contraproducente que los estudiantes universitarios puedan ver afectados sus estudios por el consumo de marihuana, la sintomatología depresiva o ambos, ya que ello podría perjudicar su futuro profesional como herramienta de movilidad social, dificultando su inserción en el mercado laboral y su contribución con la sociedad.

Cabe resaltar que, a nivel nacional, se han realizado investigaciones que vinculan la sintomatología depresiva con el consumo de otras sustancias como el alcohol (Valle, Sánchez y Perales, 2013) y la caféina (Osada, Rojas, Rosales y Vega-Dienstmaier, 2008) en población universitaria. Asimismo, se ha hallado un estudio que relaciona el consumo de marihuana y la sintomatología depresiva en población escolar en el Perú (Castro, Vargas, Pedrajas y Phun, 2015). Ello da indicios de que existe un interés por la asociación entre el consumo de sustancias y la sintomatología depresiva.

Si bien la revisión bibliográfica de estudios longitudinales y transversales a la cual se ha tenido acceso ha brindado evidencia poco concluyente sobre la relación entre el consumo de marihuana y la sintomatología depresiva; sí existe evidencia (Bovasso, 2001; Feingold, Rehm y Lev-Ran, 2017; Hayatbakhsh et al., 2007; Horwood et al., 2012; Korn, Haynie, Luk y Simons-Morton, 2018; Womack, Shaw, Weaver y Forbes, 2016), incluyendo investigaciones meta-analíticas (Degenhart, Hall y Lynskey, 2003; Lev-Ran et al., 2014; Moore et al., 2007) que sostiene que el consumo de marihuana, sobre todo el consumo frecuente, resulta ser un factor de riesgo para el desarrollo o incremento de sintomatología depresiva.

A pesar de poseer esta información que sustenta la importancia del tema, llama la atención que la investigación de ambas variables en el contexto nacional, en particular en la población universitaria, sea escasa. Además, el encuentro de ambas variables sí ha sido motivo de investigaciones en países tales como EEUU, Francia, Noruega e Inglaterra, con población universitaria (Beck et al., 2009; Buckner, Ecker y Cohen, 2010; Buckner, Keough y Schmidt, 2007; Chabrol et al., 2005; Cranford, Eisenberg y Serras, 2009; Keith et al., 2015; Monshouwer et al., 2006; Pedersen, 2008; Troup, Andrzejewski, Braunwalder y Torrence, 2016; Walters et al., 2018) y, en su mayoría, concluyen que el consumo de marihuana se encuentra asociado con la sintomatología depresiva.

En base a todo lo mencionado, este estudio tiene como finalidad conocer la posible relación entre la sintomatología depresiva y el riesgo de consumo de marihuana. Como objetivos específicos, se busca describir y comparar la sintomatología depresiva y el riesgo consumo de marihuana según sexo. Finalmente, se describe la frecuencia y la edad de inicio de consumo, así como la relación de estas con la sintomatología depresiva.



Método

Participantes

El grupo de estudio de la presente investigación contó con 124 estudiantes universitarios de diferentes centros de educación superior de Lima Metropolitana. Se tuvieron en cuenta criterios de inclusión tales como ser mayor de 18 años de edad y haber consumido marihuana alguna vez en la vida. De igual manera, se establecieron criterios de exclusión como estar recibiendo tratamiento por alguna dificultad en la salud, ya sea debido al consumo de marihuana o a la sintomatología depresiva.

El 57.5% de los participantes corresponde al sexo masculino y el 42.5% al femenino. La edad promedio hallada fue de 22 años ($DE= 2.26$), oscilando entre los 18 y 29 años.

El 86.7% de estudiantes son originarios de Lima, mientras que el 13.3% provienen de otras regiones del Perú, además, 93.3% de ellos pertenecen a universidades privadas, mientras que 6.7% a universidades estatales. Los estudiantes se encuentran entre el primero y el doceavo ciclo de estudios de las siguientes facultades: Psicología (38.3%), Ciencias e Ingeniería (15%), Ciencias de la Comunicación (14.2%), Ciencias Sociales (9.2%), Derecho (5%), Estudios Generales Letras (4.2%), Humanidades (3.3%), Medicina (3.3%), Gestión y Alta Dirección (2.5%), Contabilidad (1.7%), Artes (1.7%) y Arquitectura (1.7%).

En cuanto al consumo de marihuana, la edad promedio de inicio de consumo fue 16 años de edad ($DE= 2.39$), dentro de un rango de 12 y 25 años. En la actualidad, la totalidad de los participantes no recibe tratamiento alguno debido al consumo, no obstante, el 5% afirma sí haberlo hecho en el pasado. Cabe resaltar que el 9.2% del grupo ya no consume la sustancia.

Sobre los lugares en donde actualmente los participantes consumen marihuana, 78% reportó consumir en casa de amigos, 61.5% en su propia casa, 60.6% en fiestas y reuniones, 36.7% en parques, 33.9% en la universidad, 27.5 % en el auto, 23.9% en discotecas y pubs y 3.7% en otros lugares tales como conciertos.

Respecto a la sintomatología depresiva, 53.3% afirmó haber experimentado síntomas depresivos hace 27.5 meses en promedio ($DE= 26,8$), además, el 46.4 % afirmó haber recibido tratamiento para tales síntomas en el pasado. Cabe resaltar que se descartaron 4 protocolos, siendo todos del sexo femenino, debido a que afirmaron estar recibiendo tratamiento en la actualidad

Los estudiantes accedieron a participar voluntariamente previa firma de un consentimiento informado (ver Apéndice A). Asimismo, se mantuvo el anonimato de las

identidades de los participantes, ya que se utilizaron códigos para cada uno de ellos, impidiendo su posterior reconocimiento.

En cuanto a las consideraciones éticas, se brindaron los correos electrónicos del investigador y del asesor de la investigación con el fin de que el participante se pueda comunicar con ellos si es que desea una devolución individual de sus resultados, la cual se realizaría de manera presencial, además, se le brindaría recomendaciones de espacios en donde pueda obtener más información o, de ser el caso, seguir un tratamiento.

Medición

La medida del consumo de marihuana se realizó a través de la Prueba de detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias (ASSIST v3.0, por sus siglas en inglés) (WHO ASSIST Working Group, 2002) elaborado por la Organización Mundial de la Salud en el 2002, y adaptada al castellano por la Organización Panamericana de la Salud en el 2011. Dicha prueba busca evaluar el nivel de riesgo (bajo, moderado o alto) proveniente del consumo de diversas sustancias psicoactivas tales como el alcohol, el tabaco, la marihuana, la cocaína, anfetaminas, inhalantes, tranquilizantes, alucinógenos, opiáceos, entre otros.

Esta prueba presenta 8 preguntas que exploran el consumo de sustancias durante toda la vida, el consumo en los últimos tres meses, los deseos o ansias por consumir sustancias, los problemas sociales, legales, económicos y de salud generados por las sustancias, la interrupción en la vida cotidiana generada por las sustancias, la preocupación por parte del entorno debido al consumo, los intentos por reducir el consumo o dejar de consumir y el consumo por vía intravenosa.

El formato de respuesta varía de acuerdo a la pregunta: puede ser dicotómico (sí o no) o una escala tipo Likert con 3 (no, nunca; sí, en los últimos tres meses; sí, pero no en los últimos tres meses) o 5 opciones de respuesta (nunca, 1 o 2 veces, cada mes, cada semana, a diario o casi a diario). Una vez realizada la suma de puntajes respectiva, la cual va del 0 al 39, se obtiene la clasificación de los riesgos previamente mencionados.

En cuanto a la forma de calificación, los participantes que obtienen 3 o menos en su puntuación presentan un **riesgo bajo** de padecer o desarrollar problemas en la salud relacionados al consumo de la sustancia, a pesar de consumir ocasionalmente. Por otro lado, los participantes que puntúan entre 4 y 26 presentan un **riesgo moderado** de desarrollar problemas en la salud. Es posible que, en la actualidad, ya estén presentando dichos problemas y, si continúan con este patrón de uso, se corre el riesgo de desarrollar dependencia a la sustancia. Finalmente, los participantes que puntúan de 27 a más, presentan un **riesgo alto** de dependencia a la sustancia y es posible que padezcan de

problemas de salud, sociales, económicos, legales, entre otros, como resultado de su consumo (OMS, 2011). Cabe mencionar que los resultados de la prueba se analizan de acuerdo al nivel de riesgo que se presenta para cada una de las sustancias, ya que las consecuencias son diversas de acuerdo a cuál de ellas se consume.

Ahora bien, se han llevado a cabo investigaciones para evaluar las propiedades psicométricas del ASSIST. Por ejemplo, Rubio et al. (2014), realizaron una validación de la versión española de la prueba, reportando un coeficiente de Alfa de Cronbach entre .86 y .97 para las diferentes sustancias; específicamente, para la escala correspondiente a marihuana se halló un Alfa de Cronbach de .87. Por su parte, Pérez, Calzada, Rovira y Torrico (2012) estudiaron la estructura factorial del ASSIST con 1176 consumidores habituales de cocaína no-pacientes; se reportó un coeficiente de confiabilidad Alfa de Cronbach de .78. En Chile, Soto-Brandt et al. (2014), también realizaron un estudio sobre las propiedades psicométricas de la prueba con 400 usuarios pacientes, en donde se halló un Alfa de Cronbach de .91 para toda la prueba y, en particular para marihuana, se reportó .95.

En cuanto a las investigaciones con población estudiantil, Tiburcio et al. (2016) realizaron un estudio no experimental con 1176 estudiantes universitarios mexicanos. Los autores reportaron un coeficiente de confiabilidad (Alfa de Cronbach) para el test global de .87 y, para la marihuana, se obtuvo un coeficiente de confiabilidad de .73. A nivel nacional, Del Águila (2016), quien trabajó con 153 estudiantes universitarios, reportó un coeficiente de confiabilidad de alfa de Cronbach de .77 en el caso de la marihuana.

En la presente investigación se obtuvo un índice de confiabilidad, a través del método de Alfa de Cronbach, de .77, específicamente para marihuana (Ver apéndice D).

La sintomatología depresiva, por su parte, fue medida con la versión argentina del Inventario de Depresión de Beck (Brenlla y Rodríguez, 2006) la cual pasó por un proceso de adaptación lingüística. Este instrumento se encuentra conformado por 21 ítems puntuados en una escala tipo Likert de 4 puntos en donde a mayor puntaje, mayor será la severidad de la depresión. Adicionalmente, el BDI-II refleja dos factores: una dimensión somática-afectiva, que incluye 12 ítems; y otra cognitiva que consiste en 9 ítems. Asimismo, sus ítems se basan en los criterios diagnósticos de Depresión Mayor del DSM-IV (1994) e incluye síntomas depresivos atípicos y severos. Esta prueba puede ser aplicada a partir de los 13 años de edad en una población clínica y/o no-paciente. El tiempo de administración suele estar entre los 5 y 10 minutos (Beck et al., 2006).

El BDI-II (Beck et al., 2006) evalúa síntomas como tristeza, pesimismo, fracaso, pérdida de placer, sentimientos de culpa, sentimientos de castigo, disconformidad con uno mismo, autocrítica, pensamiento o deseos suicidas, llanto, agitación, pérdida de interés, indecisión, desvalorización, pérdida de energía, cambios en el sueño y apetito, irritabilidad, dificultad de concentración, cansancio o fatiga y pérdida de interés en el sexo.

En cuanto a su interpretación, plantea tres niveles de gravedad de sintomatología depresiva: el primer nivel (0-13 puntos) indica **depresión mínima**, el segundo nivel (14-19 puntos) indica **depresión leve**, el tercer nivel (20-28 puntos) indica **depresión moderada** y, por último, el cuarto nivel (29-63 puntos) indica **depresión grave**.

El Inventario de Depresión de Beck ha sido probado con diferentes poblaciones tales como pacientes externos, población en general y estudiantes universitarios, mostrando valores de validez y confiabilidad aceptables, lo cual respalda las propiedades psicométricas del instrumento. (Brenlla y Rodríguez, 2006; Sanz, Perdigón y Vásquez, 2003; Sanz y García-Vera, 2013; Steptoe, Tsuda, Tanaka y Wardle; 2007; Buckner, Keough y Schmidt, 2007).

Así, la adaptación argentina de este instrumento (Brenlla y Rodríguez, 2006) presenta un coeficiente de confiabilidad alto para pacientes (.88) y para población general (.86), además, la correlación test-retest fue de .90, indicando una correlación positiva y significativa. Respecto a la validez convergente, el BDI-II se encuentra relacionado de manera positiva con la Escala de Depresión del MMPII-II (adaptación de Casullo, 1999, citado en Beck, Steer y Brown, 2006) ($r=.58, p<.01$) y la escala de Depresión de la SCL - 90 - R (adaptación Casullo, 1999, citado en Beck et al., 2006) ($r=.81$).

Por otro lado, un estudio con población general española, reportó un coeficiente de confiabilidad alto (.87); además, se hallaron las correlaciones entre las puntuaciones de cada uno de los ítems y el puntaje total de la prueba, de lo cual todos los coeficientes de correlación resultaron estadísticamente significativos (Sanz, Perdigón y Vásquez, 2003). Años más tarde, Sanz y García-Vera (2013), realizaron un estudio con 322 pacientes con diversos cuadros psicopatológicos en España, el cual reportó coeficiente de confiabilidad (.91).

En cuanto al contexto universitario, el BDI-II fue aplicado en un estudio realizado por Steptoe, Tsuda, Tanaka y Wardle (2007) con una muestra de 17 348 estudiantes universitarios en 23 países, de lo cual se extrajo un índice alto de confiabilidad Alfa de Cronbach en todos los países, encontrándose en un intervalo de .79 a .94. Asimismo, otro estudio realizado con 265 estudiantes estadounidenses, demostró un coeficiente de

consistencia interna alto (.92) (Buckner, Keough y Schmidt, 2007). A nivel nacional, este instrumento ha sido usado en diversas investigaciones, mostrando niveles de confiabilidad altos. Así, Alcántara (2008), en un estudio con pacientes con VIH, halló un coeficiente de confiabilidad por consistencia interna de 0.94; de igual manera, Rodríguez (2008), en un estudio con mujeres adolescentes universitarias y pre-universitarias, reportó una confiabilidad de .91. Posteriormente, Otiniano (2012), quien realizó un estudio de validez de constructo, reportó una confiabilidad de .91 y, por último, Tataje (2013), quien trabajó con estudiantes universitarios, reportó una confiabilidad de .87.

Ciertamente, no se ha realizado un proceso de adaptación y validación para el BDI-II al contexto peruano; no obstante, las investigaciones mencionadas previamente (Alcántara, 2008; Rodríguez, 2008; Otiniano, 2012 y Tataje, 2013) han aplicado la adaptación argentina con éxito.

En la presente investigación, el BDI-II presenta un Alfa de Cronbach de .87 (Ver apéndice E).

Procedimiento

La aplicación se llevó a cabo a lo largo de siete semanas en donde se hizo uso de la técnica de muestreo “bola de nieve”, la cual consiste en recurrir al entorno social de los participantes iniciales, preguntándoles si es que pueden contactar a sujetos que posean las características solicitadas para el estudio (Ochoa, 2015). Esta técnica se ha empleado para aproximarse a las llamadas “hidden-populations”, es decir, poblaciones de baja incidencia o de difícil acceso, tal y como lo es la población consumidora de drogas (Johnston y Sabin, 2010). Cabe resaltar que el método “bola de nieve” ha sido aplicado ampliamente en investigaciones que tratan a dicha población (Calafat et al., 2009; Correa y Pérez, 2013; Medina-Mora et al., 2014). Además, resulta preciso mencionar que, a lo largo de esta investigación, se observaron actitudes polarizadas al abordar el consumo de drogas, puesto que algunos participantes mostraron una actitud amigable y despreocupada frente al mismo, mientras que otros se mostraron resguardados y vigilantes por la revelación de su identidad.

Los participantes fueron abordados en las afueras de sus universidades o en cubículos privados de 3 o 4 personas, se les explicó los objetivos del estudio, el carácter voluntario del mismo, el anonimato y la rigurosa confidencialidad de su participación. Habiendo verificado los criterios de inclusión y exclusión, los estudiantes aceptaron ser parte del estudio y firmaron el consentimiento informado respectivo (Ver apéndice A). Asimismo, se brindaron las garantías correspondientes, indicando por cuánto tiempo se

conservarán los cuestionarios antes de ser destruidos. Posteriormente, procedieron a responder una ficha de datos sociodemográficos (ver Apéndice B), la Prueba de Detección de Consumo de Alcohol, Tabaco y Sustancias (ASSIST) de aproximadamente 10 minutos de duración y el Inventario de Depresión de Beck (BDI-II) de aproximadamente 5 a 10 minutos de duración.

En cuanto a las dificultades durante la aplicación, algunos participantes mostraron sus dudas en lo que respecta a la pregunta 5 del ASSIST, señalando que no entendían a lo que se refería, no obstante, se les aclaró siguiendo las pautas dadas por el manual de aplicación e interpretación. Por otro lado, en cuanto al BDI-II, los participantes comentaron que, entre la primera y segunda alternativa a marcar de la mayoría de ítems, existía mucha diferencia y podían sentirse identificados con ambos enunciados, por ello, se les invitó a marcar el de mayor puntaje tal y como lo indica el manual de dicha prueba.

Análisis de datos

Una vez recogida la información de los instrumentos aplicados y habiendo generado la base de datos, se pasó a describir y analizar los estadísticos descriptivos y frecuencias. Para ello, se hizo uso del programa *Statistical Package for the Social Sciences* Versión 24 (SPSS por sus siglas en inglés).

Inicialmente, se obtuvo la confiabilidad de los instrumentos empleados a través del método de estimación de confiabilidad por consistencia interna (Alfa de Cronbach). Después, se evaluó la normalidad de la distribución de los datos siguiendo el método de Kolmogorov-Smirnov, ya que se contó con más de 50 participantes (Ver apéndice C). Al realizar estos análisis en cada variable de interés, se observó la anormalidad de la distribución de datos; no obstante, se recurrió a revisar la asimetría y la curtosis presentadas por las variables y, al encontrarse dentro de los límites esperados (3 y 10), se optó por emplear pruebas paramétricas. Para el análisis de las relaciones entre las variables, tanto para el objetivo principal como para los objetivos específicos, se utilizó la correlación de Pearson. Finalmente, se utilizó la prueba T de student para identificar diferencias en función al sexo en ambas variables de interés.

Resultados

A continuación, se exponen los resultados obtenidos de la presente investigación en función a los objetivos propuestos.

En primer lugar, en la línea del objetivo principal, se presenta las correlaciones entre la sintomatología depresiva y el riesgo, la frecuencia y la edad temprana de inicio de consumo de marihuana (menores de 18 años). En cuanto a los objetivos específicos, se muestran los análisis descriptivos de la sintomatología depresiva y del riesgo de consumo de marihuana, además de reportar los niveles de cada una de ellas. Para finalizar, se exponen los estadísticos descriptivos propios de la frecuencia de consumo y la edad de inicio de consumo de la sustancia en cuestión.

En cuanto al objetivo principal, se observa en la Tabla 1, en donde se halla una correlación estadísticamente significativa, revelando una asociación directa y pequeña entre ambas variables. Por otro lado, respecto a la relación entre la sintomatología depresiva y la frecuencia de consumo, no se encontró una correlación estadísticamente significativa. De igual manera, la relación entre la sintomatología depresiva y la edad temprana de inicio de consumo, variable que solo incluyó a los participantes que iniciaron su consumo siendo menores de edad, tampoco reveló una correlación estadísticamente significativa.

Tabla 1

Correlaciones entre la sintomatología depresiva y el riesgo de consumo de marihuana

	Sintomatología Depresiva
Riesgo de consumo de marihuana	.17*
Frecuencia de consumo de marihuana	.15
Edad temprana de inicio de consumo de marihuana	.34

*N=120, * $p < .05$, Nota: Edad temprana de inicio de consumo de marihuana ($N=80$)*

Como parte de los objetivos específicos, se encuentran los análisis descriptivos respecto al riesgo de consumo de marihuana de la totalidad de los participantes. La media es 15.78 ($DE= 9.64$) y el rango entre 0 y 35 puntos, lo cual sitúa a los participantes en un riesgo moderado. Con respecto a la sintomatología depresiva, se reportan los estadísticos descriptivos obtenidos de los puntajes de la aplicación del BDI-II. El grupo presenta una media de 10.67 ($DE= 7.29$) lo cual los sitúa en un nivel de sintomatología depresiva mínima. Además, se presenta un puntaje mínimo de 0 y un puntaje máximo de 44 puntos (Ver Tabla 2).

Tabla 2*Estadísticos descriptivos sobre el consumo de marihuana y la sintomatología depresiva*

	<i>M</i>	<i>DE</i>	<i>Min</i>	<i>Máx</i>
Riesgo de consumo de marihuana	15.78	9.64	0	35
Sintomatología depresiva	10.67	7.29	0	44

N= 120

Por otro lado, se brinda información específica acerca de los niveles de riesgo de consumo de marihuana. Se encontró que más de la mitad (70%) de los participantes se encuentran en un riesgo moderado de presentar consecuencias en la salud debido al consumo de dicha sustancia. En la misma línea, 15.8% presenta un riesgo alto y 14.2% de la muestra presenta un riesgo bajo (ver Tabla 3).

Tabla 3*Niveles de riesgo por el consumo de marihuana*

	<i>n</i>	%
Riesgo bajo	17	14.2%
Riesgo moderado	84	70%
Riesgo alto	19	15.8%

N= 120, Nota: Riesgo bajo: 0-3/ Riesgo moderado: 4-26/ Riesgo alto: 27 a más

De igual manera, se reportan los niveles de sintomatología depresiva. Se observa que la mayoría de los participantes (74.2%) presenta niveles de sintomatología depresiva mínima, seguido de un 16.7% que presenta sintomatología leve, 5.8% que presenta sintomatología moderada y 3.3% que presenta sintomatología grave (ver Tabla 4).

Tabla 4*Niveles de sintomatología depresiva*

	<i>n</i>	%
Depresión mínima	89	74.2%
Depresión leve	20	16.7%
Depresión moderada	7	5.8%
Depresión grave	4	3.3%

N= 120, Nota: Depresión mínima: 0-13/ Depresión leve: 14-19/ Depresión moderada: 20-28/ Depresión grave: 28-63

Cabe resaltar que no se encontraron diferencias significativas en función al sexo en las variables de estudio (Ver apéndice F).

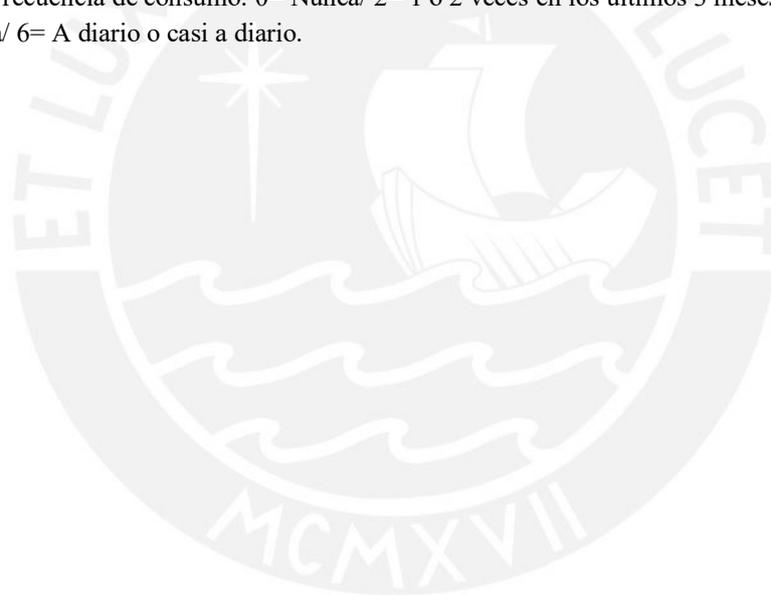
Finalmente, en la Tabla 5 presenta los análisis descriptivos en lo que se refiere a la frecuencia de consumo de marihuana de los participantes en los últimos 3 meses, en donde se encuentra una media de 3.91 ($DE= 1.76$), lo cual sugiere que los participantes, en promedio, consumen dicha sustancia cada mes. Además, la edad de inicio de consumo de marihuana, en promedio, es de 16 años ($DE= 2.39$), encontrándose en un intervalo que va desde los 12 hasta los 25 años de edad.

Tabla 5

Estadísticos descriptivos de la frecuencia de consumo y edad de inicio de consumo de marihuana

	<i>M</i>	<i>DE</i>	<i>Min</i>	<i>Max</i>
Frecuencia de consumo de marihuana	3.91	1.76	0	6
Edad de inicio de consumo de marihuana	16.95	2.39	12	25

N= 120, Nota: Frecuencia de consumo: 0= Nunca/ 2= 1 o 2 veces en los últimos 3 meses/ 3= Cada mes/ 4= Cada semana/ 6= A diario o casi a diario.



Discusión

A continuación, se presenta la discusión de los resultados obtenidos en relación a las variables de interés.

Como objetivo general, se planteó conocer la asociación entre el riesgo de consumo de marihuana y la sintomatología depresiva. Se encontró una asociación significativa y directa, es decir, a mayor consumo de marihuana, mayor sintomatología depresiva. Los resultados coinciden con lo hallado en las últimas investigaciones meta-analíticas realizadas en los últimos años por Degenhart, Hall y Lynskey (2003), Moore et al. (2007) y Lev-Ran et al. (2014), así como con una gran variedad de estudios longitudinales (Beck et al., 2009; Buckner, Ecker y Cohen, 2010; Buckner, Keough y Schmidt, 2007; Keith et al., 2015; Troup, Andrzejewski, Braunwalder y Torrence, 2016; Walters et al., 2018).

No obstante, resulta preciso mencionar que el índice de correlación hallado es pequeño. Es posible que el policonsumo haya influido en este resultado, ya que el ASSIST V3.0. recoge información para una variedad de drogas legales e ilegales. En ese sentido, se le presta atención al alcohol, pues muestra un alto nivel de consumo y una tendencia a presentarse simultáneamente con la marihuana (Barrett, Darredeau, y Pihl, 2006). Es así que también se encontró una relación significativa y directa entre el riesgo de consumo de alcohol y la sintomatología depresiva, cuyo coeficiente es mayor al presentado en la asociación de las variables principales de este estudio ($r = .24; p < .5$) (Ver apéndice G). Se hipotetiza que los participantes pueden haberle atribuido al consumo de alcohol, una influencia más fuerte sobre sus síntomas depresivos. Ello coincide con lo planteado por Khantzian (2003), quien postula que los sujetos con este tipo de sintomatología suelen consumir, principalmente, alcohol para lidiar con el malestar que les causa. No obstante, para tener un mejor entendimiento al respecto, es preciso que otras investigaciones puedan estudiar dicha asociación con mayor profundidad.

Ahora bien, la asociación hallada entre las variables principales de este estudio es esperada desde un punto de vista neurobiológico, ya que el delta-9-Tetrahidrocannabinol (THC), principal constituyente psicoactivo de la marihuana, afecta la producción de serotonina y otros neurotransmisores, incidiendo en la experiencia de regulación emocional, en donde estarían implicados los síntomas depresivos (Degenhart, Hall y Lynskey, 2003).

Además de ello, se plantea que las personas que presentan síntomas depresivos consumen marihuana para poder lidiar con los mismos. Zeidner y Endler (1996) postulan

que, tanto sujetos pertenecientes a muestras clínicas como a no clínicas, suelen emplear estrategias de afrontamiento “centradas en la emoción” para lidiar con la depresión. Una de ellas se denomina “liberación hacia las drogas” y consiste en que el sujeto recurre al consumo de sustancias para evitar pensar o sentir emociones displacenteras, tales como las de corte depresivo.

En cuanto a los indicadores psicosociales de motivación para consumir marihuana, un estudio realizado por García et al. (2006) reporta que los participantes persiguen la búsqueda de sensaciones relacionadas a la gratificación, pues afirman consumirla debido a que produce placer, goce y alegría, emociones opuestas a la depresión. De esta forma, el consumo de marihuana ayudaría a olvidar y distraer al sujeto de la presencia e intensidad de los síntomas que puede estar presentando, actuando como un paliativo, sobre todo de aquellos que afectan el estado de ánimo (Beck, 2009).

Cabe resaltar que este estudio no se ha enfocado en los factores de riesgo ni en tratar de demostrar causalidad entre ambas variables; sin embargo, se considera pertinente resaltar que diversas investigaciones sitúan al consumo de marihuana como factor de riesgo para el desarrollo de síntomas depresivos (Hayatbakhsh et al., 2007; Korn, Haynie, Luk y Simons-Morton, 2018; Van Lar, Van Dorsselaer, Monshouwer y De Graaf, 2007; Womack, Shaw, Weaver y Forbes, 2016;). Así como otros estudios sitúan a los síntomas depresivos como factor de riesgo para el consumo de marihuana (Beck, 2009; Hyman y Sinha, 2009), dando cuenta de una naturaleza bidireccional en esta relación.

Por otro lado, no se halló una relación significativa entre la frecuencia del consumo de marihuana y la sintomatología depresiva, lo cual puede deberse al hecho que la frecuencia fue medida en base a los últimos tres meses y la sintomatología depresiva en relación a las últimas dos semanas. Este factor de temporalidad puede haber intervenido, anulando la relación, sobre todo, si se considera que el promedio de frecuencia de consumo es mensual. Además, teniendo en cuenta la estigmatización del consumo de drogas y de la salud mental, presente en nuestro contexto, es posible que se haya reportado menor consumo y sintomatología de la que realmente se presenta

Respecto a la relación con la edad de inicio de consumo temprano, si bien una variedad de estudios ha revelado que existe una asociación entre esta y los síntomas depresivos (Andrade y Argimon, 2008; Gobbi et al., 2019; Hayatbakhsh et al., 2007; Horwood et al., 2012), es preciso remarcar que estos contaron con un diseño longitudinal que les permitió recoger información de los sujetos en diferentes momentos, pudiendo medir, con mayor precisión, la aparición o desarrollo de la sintomatología depresiva a

través del tiempo. Por su parte, esta investigación, planteó un diseño transversal que únicamente permite obtener resultados de un solo momento, lo cual puede haber sido clave para no hallar la asociación esperada. Al igual que con la frecuencia de consumo, es posible que el factor de deseabilidad social también se haya hecho presente en este punto.

En cuanto al riesgo de consumo de marihuana, los participantes obtuvieron un promedio de 15.78 ($DE= 9.64$) lo cual sitúa a la mayoría de ellos (70%) en un riesgo moderado de presentar consecuencias en la salud debido a su consumo. Ello se asemeja a los resultados obtenidos en un estudio de validación del ASSIST v3.0 realizado por Tiburcio et al. (2016) quienes trabajaron con estudiantes universitarios mexicanos y reportaron que un 54.3% de la muestra se encontraba en el mismo nivel de riesgo.

Estos hallazgos resultan alarmantes, pues la presencia de un riesgo moderado podría dar cuenta que el consumo de esta sustancia permanece acompañado de una minimización de consecuencias adversas para la salud y de un incremento de actitudes de aceptación social de la misma (Halladay, 2018; Macleod et al., 2004). Llama la atención que un estudio realizado por Salazar, Rodríguez, Megías y Ballesteros (2011) reporte que un 90.3% de universitarios peruanos perciben a la marihuana como peligrosa e insegura, calificándola con 4.46 puntos de peligrosidad, dentro de una escala del 1 al 5. Si bien es cierto, parece mostrar un puntaje alto, este resulta ser el menor de todos al compararlo con las otras sustancias ilícitas incluídas en esta investigación. Además, cabe resaltar que, al recoger esta data, la palabra “peligrosidad” ya se encontraba presente en la pregunta, por lo que todas las drogas, necesariamente, cumplirían con un puntaje de la misma. Resulta importante tomar en cuenta esta información, pues la marihuana estaría siendo percibida como la sustancia ilícita menos peligrosa y ello se puede deber a que es considerada como una planta natural y no manipulada por el hombre, según lo reportaron los participantes.

En adición, se encuentran resultados similares en la investigación realizada por Espinoza (2011), pues también concluye que la marihuana es catalogada como la droga menos peligrosa por estudiantes peruanos. Ello puede poner en riesgo a la población, pues la baja percepción de peligrosidad suele estar relacionada a la probabilidad de consumo, además de facilitar la dependencia hacia esta sustancia.

Concretamente, el riesgo moderado de consumir marihuana se traduce en repercusiones tales como: condiciones médicas relacionadas al sistema respiratorio, aumento de la presión arterial, problemas de atención y motivación, ansiedad, paranoia,

pánico, depresión, disminución de la memoria y de la capacidad para resolver problemas (Rojas, 2015; WHO ASSIST Working Group, 2002). Es mucho más probable que estas condiciones se presenten en el 15.8% de participantes, quienes presentan un nivel de riesgo alto, añadiéndole enfermedades cardíacas y cánceres (WHO ASSIST Working Group, 2002).

De igual manera, se puede presentar el síndrome amotivacional, el cual se define como un estado permanente caracterizado por una disfunción generalizada de las capacidades cognitivas e interpersonales (Gutierrez, Irala y Martínez, 2006), siendo producto de un consumo crónico de marihuana durante años. Entre sus principales síntomas se encuentran la desmotivación, indiferencia, fatiga, apatía, falta de energía e intolerancia a la frustración (Fernández, Fernández, Secades y García, 2011). Además, el sujeto presenta desgano por realizar actividades que antes le resultaban gratificantes o que requieran atención prolongada, lo cual suele generar un pobre desempeño académico y laboral, en particular, si se habla de universitarios (Gutierrez, Irala y Martínez, 2006; Volkow, 2015).

Es evidente que los síntomas incluidos en el síndrome amotivacional guardan semejanza con los de un cuadro depresivo y, sobre ese punto, existe controversia acerca de su tratamiento. Por lo pronto, se ha hipotetizado como un posible síntoma subclínico de anhedonia derivado del consumo de cannabis, un subproducto de la presencia de un trastorno depresivo, o bien puede estar relacionado con factores de personalidad. La presencia de sintomatología depresiva previa al propio consumo tampoco se descarta como explicación alternativa (Fernández, Fernández, Secades y García, 2011).

En lo que respecta a la edad de inicio de consumo de marihuana, el II Estudio epidemiológico andino sobre consumo de drogas en población universitaria realizado por la Comunidad Andina y Unión Europea (CAN, 2013) y el Estudio epidemiológico de consumo de drogas en población urbana peruana (CEDRO, 2015) reportan que la edad de inicio de consumo es a los 18 años. Por su parte, el III Estudio epidemiológico andino sobre consumo de drogas en la población universitaria de Perú, realizado por la UNODC (2017), reporta que la edad promedio de inicio de consumo es de 19 años.

Sin embargo, la presente investigación reporta que la edad promedio de inicio de consumo es de 16 años, situando a un 66.7% como sujetos que consumieron antes de los 18 años de edad. Dicho dato resulta preocupante, pues se plantea la posibilidad de que, con el transcurrir del tiempo, el consumo de marihuana inicie a edades más tempranas. Así, se estaría presentando durante la vida escolar, aún en la adolescencia, una etapa

acompañada de cambios tanto físicos como psicológicos que generan mayor inestabilidad emocional y que se muestra propicia para el desarrollo de trastornos psiquiátricos (Andrade y Argimon, 2008). De hecho, un estudio realizado a nivel nacional por DEVIDA (2016) sostiene que la marihuana es la droga ilegal de mayor consumo en población escolar, presentando una prevalencia de vida de 1.1% en escolares entre 10 y 13 años y 4.7% entre 14 y 16 años.

Sobre las repercusiones en la salud del consumo temprano, Rojas (2015) sostiene que se ve comprometida la conectividad de las células de la zona frontal del cerebro, la cual se encarga del control de impulsos y la toma de decisiones y que se encuentra en desarrollo durante la adolescencia. Así, el sujeto que consume tempranamente se encuentra más vulnerable a desarrollar un comportamiento adictivo en el futuro. De igual manera, se reportan daños en la neuroplasticidad cerebral, la cual hace referencia a la capacidad del sistema nervioso para recuperarse y reestructurarse frente a diversos daños y lesiones, siendo a la base del aprendizaje y la memoria (Rojas, 2015). Dicha información resulta concordante con lo propuesto por Pope et al. (2003) y Womack, Shaw, Weaver y Forbes (2016) quienes sostienen que el consumo temprano favorece la aparición de mayores consecuencias adversas a nivel neuropsicológico.

También, resulta pertinente resaltar lo reportado por CEDRO (2016) que sostiene que las concentraciones de THC en la planta han aumentado considerablemente en la última década, pues hacia finales del 2010 se encontraba un promedio de 12% de THC. Hoy en día, se han encontrado variedades de marihuana con 32% de THC, lo que implica un riesgo mayor de padecer consecuencias adversas en la salud física y mental. Adicionalmente, se hipotetiza que el mercado de la marihuana se esté teniendo un mayor alcance, incidiendo en la población escolar.

Resulta preciso tener en cuenta esta información, ya que un consumo a edades más tempranas se encuentra relacionado a un bajo rendimiento académico; de esta manera, los jóvenes verían afectados sus estudios, ya sean escolares o universitarios, comprometiendo su futuro profesional (Korn, Haynie, Luk y Simons-Morton, 2018). Por ello, en futuras investigaciones, se recomienda recoger información acerca del desempeño académico para profundizar sobre este tema.

Otro dato que llama la atención corresponde a los lugares de consumo de los participantes, pues la mayoría de ellos (78%) confirma que suele consumir “en casa de sus amigos”, además, 60.6% reportó que consume en fiestas y reuniones. Este resultado coincide con lo propuesto por Quimbayo y Olivella (2013) quienes postulan que la

marihuana posee una condición dinamizadora de grupos sociales. Así, la población universitaria, al encontrarse en constante interacción social, se vería más expuesta a sufrir las consecuencias del consumo o a iniciarse en el mismo debido a un ejercicio de presión social (Dhal, 2004).

Respecto a las diferencias por sexo del consumo de marihuana, los hallazgos realizados por Guerra et al. (2012), Nazarzadeh et al. (2015) y el II Estudio epidemiológico andino sobre consumo de drogas en población universitaria realizado por la Comunidad Andina y Unión Europea (CAN, 2013) encuentran diferencias significativas y sugieren que existe una mayor tendencia a que los hombres consuman dicha sustancia y a que su consumo fuera de mayor riesgo. No obstante, la presente investigación no encontró diferencias significativas por sexo en cuanto al riesgo consumo de esta sustancia (Ver apéndice F), coincidiendo con una variedad de autores que también trabajaron con población universitaria (Beck et al., 2009; Cranford, Eisenberg y Serras, 2009; Harder, Stuart y Anthony, 2008; Morales et al., 2011; Rodríguez, Hernández y Fernández, 2007).

Ello puede deberse al hecho de que, en los últimos años, el consumo de drogas por parte del sexo femenino se viene incrementando, tal como lo sostienen la Encuesta Domiciliaria sobre Alcohol y Drogas en España (2009) y el NIDA (2018) que reportaron que un elevado porcentaje de mujeres consumen sustancias psicoactivas tales como alcohol, tabaco y marihuana, de forma regular, en comparación a décadas pasadas.

En base a la información mencionada hasta el momento, se postula que se estaría perpetuando un daño en la salud física y mental de los estudiantes universitarios, lo cual requiere de estrategias de intervención y políticas de prevención en salud a desarrollar en el menor tiempo posible. La minimización acerca de los efectos de esta sustancia y el nivel de consumo presente están generando consecuencias en la salud física y mental de los estudiantes.

Respecto a la sintomatología depresiva, los participantes presentan una media de 10.67. Este hallazgo es similar al de Tataje (2013), quien también trabajó con universitarios peruanos, los cuales presentaron a un promedio de 10.99; asimismo, Rodríguez (2011), quien contó con una población similar, obtuvo una media de 10.64. De esta manera, parece ser que la tendencia no ha variado en el contexto limeño metropolitano. Cabe mencionar que los resultados de la adaptación argentina del BDI-II, realizado por Brenlla y Rodríguez (2006) reportan una media de 12.56, puntuación que resulta cercana la hallada en el presente estudio.

Ahora bien, se ha mencionado que los años de vida universitaria representan una edad pico para el inicio de los primeros episodios depresivos (Andersson et al., 2005), además de representar una fase transicional acompañada de inestabilidad emocional y preocupación académica y laboral (Breedvelt et al., 2018), situando a los universitarios como una población vulnerable frente a síntomas de naturaleza depresiva. Sin embargo, llama la atención que la mayoría de los participantes (74.2%) presenten sintomatología depresiva mínima. Este hecho podría explicarse debido a la tendencia a mostrarse poco vulnerables, presentándose defensivamente y tratando de proyectar una imagen positiva (Ingram, Scott y Hamill, 2009). Asimismo, teniendo en cuenta que 90.8% de los sujetos son, actualmente, consumidores de marihuana, es posible que los síntomas depresivos sean afrontados de manera evitativa (Hyman y Sinha, 2009), generando dificultad para percibirlos o, incluso, invisibilizándolos.

Cabe mencionar que el 21.7% de los participantes, reportó haber seguido un tratamiento psicológico debido a síntomas depresivos. Es posible que ello haya tenido repercusiones positivas en términos de salud mental, ayudándolos a reducir dichos síntomas y a desarrollar sus recursos para afrontar a los mismos.

Por otro lado, se resalta el 9.1% de participantes que presentan sintomatología depresiva moderada y grave, pues ello puede dar cuenta de una categoría diagnóstica de depresión que no está recibiendo el tratamiento respectivo o de otras problemáticas a nivel de salud mental que pueden desarrollarse si es que no se interviene. Además, la Secretaría Nacional de Juventud (SENAJU, 2012) sostiene que el claustro académico, propio de la etapa universitaria, puede ser una fuente de estrés que tendría consecuencias negativas en la salud mental del estudiante, considerándolo como un factor que acompañaría y reforzaría la vulnerabilidad de la población frente a este tipo de problemáticas.

En cuanto a las diferencias por sexo, Chabrol et al. (2005), Andrade y Argimon (2008) y Rodríguez, Herrera y Londoño (2013) ponen énfasis en que el sexo femenino presenta mayores niveles de sintomatología depresiva. No obstante, en la presente investigación, no se encontraron diferencias en función al sexo respecto a dicha variable (Ver apéndice F). Este resultado coincide con los hallazgos de Beck et al. (2009), en donde se observa cómo, independientemente del sexo, los consumidores de marihuana pueden recurrir al consumo para aliviar los síntomas de naturaleza depresiva. Además, halló que estudiantes con mayores niveles de este tipo de sintomatología son más propensos a consumir marihuana para lidiar con situaciones de malestar emocional. Entonces, como se mencionó previamente, es probable que, al consumir la sustancia como

estrategia de afrontamiento evitativa, el estudiante tenga dificultades para percibir este tipo de sintomatología en su persona. Cabe resaltar que Pereyra et al. (2010), en una investigación con estudiantes universitarios a nivel nacional, tampoco hallaron diferencias por sexo, postulando que las mujeres jóvenes, solteras y con estudios superiores se encontraban menos vulnerables a padecer de síntomas depresivos (Matud, Guerrero y Matías, 2006), de igual manera, estas características se encuentran presentes en las participantes implicadas en este estudio.

Adicionalmente, se rescata el hecho que, de la totalidad de participantes que afirmaron haber seguido un proceso psicoterapéutico y/o psiquiátrico debido a la presencia de síntomas depresivos, un 61.5% fueron mujeres, lo cual puede haber influenciado en su vivencia afectiva, reduciendo su vulnerabilidad frente a la depresión.

En cuanto a los instrumentos utilizados, ciertos participantes expresaron no sentirse identificados con los ítems que propone el BDI-II, afirmando que entre las opciones 0 y 1 existía mucha diferencia (ej: 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), por ello, se les invitó a marcar el mayor, como lo sugieren los lineamientos del instrumento. Dicho hecho puede haber influenciado en la homogeneidad encontrada en las respuestas y, como consecuencia, no se evidenciarían las diferencias esperadas.

Si bien es cierto este estudio no pretende analizar las características psicométricas del BDI-II, resulta preciso mencionar que el ítem 18 (cambios en el apetito) de dicho instrumento presentó una correlación ítem/test de 0.11, lo cual sugiere que este ítem no parece ser determinante para identificar la presencia de sintomatología depresiva. Una posible explicación podría ser que, en la medida en la que el ítem pertenece a la dimensión somática, existirían múltiples variables que podrían afectar el apetito en los estudiantes, ya sean biológicas o psicológicas tales como estrés académico o ansiedad. Cabe resaltar que esta particularidad no afecta la alta confiabilidad que presentó el BDI-II.

En cuanto a las limitaciones del presente estudio, se observa que, al evaluar únicamente el consumo de marihuana, es posible que se hayan ignorado otros factores que contribuyan a la aparición de síntomas depresivos tales como problemas familiares, pobre desempeño académico (Fergusson, Boden y Horwood, 2007), desempleo, delincuencia y pobreza (Cid-Monkton y Pedrao, 2011). Tener en cuenta estos factores asociados al evaluar estas variables puede ayudar a entender, de manera integral, la situación de los participantes y llegar a conclusiones más específicas.

Por otro lado, al tratarse de un diseño de estudio tipo transversal no se pudo dar cuenta de un carácter predictivo de una variable sobre la otra, lo cual revelaría con claridad la identificación de la población en riesgo y, por lo tanto, planes de acción más específicos.

Además, el tamaño de la muestra podría considerarse pequeño, lo cual pudo haber influenciado en los análisis estadísticos realizados, afectando la habilidad de detectar diferencias significativas de la muestra.

Cabe mencionar que el método de recolección de data (bola de nieve) fue bastante variado, pues se abordó a los estudiantes en las afueras de sus universidades o en cubículos privados de 3 o 4 personas. Ello puede haber influenciado en los resultados obtenidos, teniendo en cuenta las condiciones del espacio en donde se aplicó y la deseabilidad social que se puede haber despertado en los grupos. Asimismo, en la ficha sociodemográfica, se preguntó a los participantes si es que en el pasado habían experimentado síntomas depresivos y hace cuánto tiempo lo hicieron previo a la aplicación del BDI- II, lo cual también puede haber despertado deseabilidad social.

Finalmente, realizar la aplicación a lo largo de siete semanas pudo tener repercusiones en lo que respecta a la carga académica propia de determinadas semanas del semestre de las diversas casas de estudios, lo cual puede haber generado mayor sintomatología o consumo en los participantes.

En conclusión, la presente investigación se planteó conocer las asociaciones entre el riesgo de consumo de marihuana y la sintomatología depresiva, así como describir la información encontrada sobre ambas variables en jóvenes universitarios de diversas universidades de Lima. La mayoría de hallazgos no fueron los esperados en base a la evidencia empírica reportada previamente, no obstante, ello podría estar revelando la presencia de ciertas alteraciones en lo que respecta al consumo de marihuana y a la sintomatología depresiva en la población tratada. Por ende, es preciso tener en cuenta estos resultados, ya que pueden ayudar a comprender dichos cambios, además de brindar un mejor entendimiento de problemáticas de salud pública, sobre todo a nivel de salud mental.

Referencias

- Alcántara, N. (2008). *Sintomatología depresiva y Adhesión al tratamiento en Pacientes con VIH*. (Tesis de Licenciatura, Pontificia Universidad Católica de la Universidad). Recuperado de: <http://tesis.pucp.edu.pe/files/PUCP00000000977/Sintomatolog%EDa%20depresiva%20y%20adhesi%F3n%20al%20tratamiento%20en%20pacientes%20con%20VIH.pdf>
- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostical and statistical manual of mental disorders DSM-IV (4th Ed.)*. Washington DC.
- Andersson G., Bergstrom J., Hollandare F., Carlbring P., Kaldø V., & Ekselius L. (2005). Internet-based self-help for depression: randomised controlled trial. *Br J Psychiatry* 187:456–461
- Andrade, T., & Argimon, I. (2008). Depressive symptoms in young cannabis users. [Síntomas depresivos e uso de cannabis em adolescentes]. *Psicologia Em Estudo*, 13(3), 567-573. doi:10.1590/S1413-73722008000300018
- Arnao, J. & Falla, G. (2002). Aproximación Cualitativa a partir de Focus Groups. Recuperado de: <http://www.rjpcedro.org.pe/publicaciones/informeaproximacioncualitativaapartirdefocusgroup.pdf>
- Arrivillaga, M.; Cortés, C.; Goicochea, V., & Lozano, T. (2004). Caracterización de la depresión en jóvenes universitarios. *Universitas Psychologica*. 3(1), 17 – 25. [Adobe Digital Editions version]. Recuperado de: <http://sparta.javeriana.edu.co/psicologia/publicaciones/actualizarrevista/archivos/V3N102caracterizacion.pdf>
- Balanza, S., Morales, I., & Guerrero, J. (2009). Prevalencia de ansiedad y depresión en una población de estudiantes universitarios: factores académicos y sociofamiliares asociados. *Clínica y Salud*. 20(2), 177 – 187. [Adobe Digital Editions version]. Recuperado de: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1130-52742009000200006&script=sci_arttext
- Barquín, C. S., García, A. R., & Ruggero, C. (2013). Depresión, ansiedad y rendimiento académico en estudiantes universitarios. *Revista intercontinental de psicología y educación*, 15(1), 47-60.

- Barrett, S. P., Darredeau, C., & Pihl, R. O. (2006). Patterns of simultaneous polysubstance use in drug using university students. *Human Psychopharmacology: Clinical & Experimental*, 21(4), 255–263.
- Beck, A.; Steer, R., & Brown, G. (2006). Inventario de Depresión de Beck. BDI – II. Buenos Aires: Paidós
- Beck, K., Caldeira, K., Vincent, K., O'Grady, K., Wish, E., & Arria, A. (2009). The social context of cannabis use: Relationship to cannabis use disorders and depressive symptoms among college students. *Addictive Behaviors*, 34(9), 764-768. Recuperado de: <http://dx.doi.org/10.1016/j.addbeh.2009.05.001>
- Berg, C., Stratton, E., Schauer, G., Lewis, M., Wang, Y., Windle, M., & Kegler, M. (2015). 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.
- Bermúdez, S., Durán, M., Escobar, C., Morales, A., Monroy, S., Ramírez, A., Ramírez, A., Ramírez, J., Trejos, J., Castaño, J., & González, S. (2006). Evaluación de la relación entre rendimiento académico y estrés en estudiantes de Medicina.
- Boullosa, G. (2013). *Estrés académico y afrontamiento en un grupo de estudiantes de una universidad privada de Lima* (Tesis de licenciatura no publicada). Pontificia Universidad Católica del Perú, Lima, Perú
- Bovasso, G. (2001). Cannabis abuse as a risk factor for depressive symptoms. *Focus*, 1(2), 158-162.
- Bowlby, J. (1980) La pérdida afectiva, tristeza y depresión. Buenos Aires: Editorial Paidós.
- Breedvelt, J., Kandola, A., Kousoulis, A., Brouwer, M., Karyotaki, E., Bockting, C. L., & Cuijpers, P. (2018). What are the effects of preventative interventions on major depressive disorder (MDD) in young adults? A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Journal of Affective Disorders*, 239, 18–29. doi:10.1016/j.jad.2018.05.010
- Brenlla, M. & Rodríguez, C. (2006). Adaptación argentina del Inventario de Depresión de Beck (BDI-II). En Beck, A., Steer, R., & Brown, G. BDI-II Inventario de Depresión de Beck (pp.11-38). Buenos Aires: Paidós.
- Buckner, J., Ecker, A., & Cohen, A. (2010). Mental health problems and interest in marijuana treatment among marijuana-using college students. *Addictive Behaviors*, 35(9), 826–833. doi:10.1016/j.addbeh.2010.04.001

- Buckner, J., Keough, M., & Schmidt, N. (2007). Problematic alcohol and cannabis use among young adults: The roles of depression and discomfort and distress tolerance. *Addictive Behaviors*, 32(9), 1957-1963. Recuperado de <http://dx.doi.org/10.1016/j.addbeh.2006.12.019>
- Cáceres, E. (2016). *Factores de personalidad y estrategias de afrontamiento en jóvenes consumidores de marihuana*. (Tesis de licenciatura, Pontificia Universidad Católica de Perú). Recuperado de: <http://tesis.pucp.edu.pe/repositorio/handle/123456789/7165>
- Cantos, R., Antell, G., Tudela, M., Martínez, P., González, I., Rivero, V. (2016). Hombres, Mujeres y Drogodependencias Explicación social de las diferencias de género en el consumo problemático de drogas. Fundación Atenea. Recuperado de: <http://www.pnsd.mscbs.gob.es/profesionales/publicaciones/catalogo/bibliotecaDigital/publicaciones/pdf/Hombres-mujeres-y-drogodependencias.pdf>
- Cassaretto, M.; Chau, C.; Oblitas, H. & Valdez, N. (2003) Estrés y afrontamiento en estudiantes de psicología. *Revista de Psicología de la PUCP*, 21, 363-392.
- Castillo – Vilca, M., Prado – Mendoza, C. & Vega – Dienstmaier, J. (2010). Prevalencia de depresión en estudiantes del quinto año de medicina de una universidad privada de Lima. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*. 73(1), 9 – 14. [Adobe Digital Editions version]. Recuperado de: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S172646342010000400005&script=sci_arttext
- Castro, L., Vargas, J., Pedrajas, R., & Phun, E. (2015). Prevalencia de consumo de marihuana en estudiantes de secundaria de instituciones educativas estatales de Ventanilla. *Revista Enfermería Herediana*, 8(1), 17
- Cazenave, A., Saavedra, W., Huerta, P., Mendoza, C., & Aguirre, C. (2017). Marijuana consumption among university students: Peer perception. [Consumo de marihuana en jóvenes universitarios: Percepción de los pares] *Ciencia y Enfermería*, 23(1), 15-24. doi:10.4067/S0717-95532017000100015
- 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

- Centro de Educación e Información para la Prevención del Abuso de Drogas. (CEDRO) (2018). El problema de las drogas en el Perú. Recuperado de: <http://www.repositorio.cedro.org.pe/bitstream/CEDRO/378/1/CEDRO.Problema%20de%20las%20drogas.2018.pdf>
- Centro de Educación e Información para la Prevención del Abuso de Drogas. (CEDRO) (2016). El problema de las drogas en el Perú. Recuperado de: <http://www.repositorio.cedro.org.pe/bitstream/CEDRO/325/1/CEDRO.6318.Problema%20de%20las%20Drogas.2016.pdf>
- Ceyhan A., Ceyhan E. & Kurty Y. (2009) Investigation of university students' depression. *Eurasian Journal of Educational Research*.
- Chabrol, H., Ducongé, E., Casas, C., Roura, C., & Carey, K. (2005). Relations between cannabis use and anxious, depressive and borderline symptomatology. *Addiction Behavior*, 30(4), 829- 840.
- Chau, C., & Van den Broucke, S. (2005). Consumo de alcohol y sus determinantes en estudiantes universitarios limeños: Estudio de focus group. *Revista de Psicología de la PUCP*, 23(2), 267-291.
- Chen, C., Wagner, F., & Anthony, J. (2002). Marijuana use and the risk of major depressive episode. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 37(5), 199-206.
- Cid-Monckton, P., & Pedrão, L. (2011). Factores familiares protectores y de riesgo relacionados al consumo de drogas en adolescentes. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 19, 738-745.
- 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
- Comisión Nacional para el Desarrollo y Vida sin Drogas. (DEVIDA). (2013b). Informe sobre la Situación y Tendencias del Problema de las Drogas en el Perú. Recuperado de: http://www.devida.gob.pe/wp-content/uploads/2014/12/Situaci%C3%B3n-y-tendencias-del-problema-de-las-drogas-en-el-Per%C3%BA_-Informe2013.pdf
- 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-Consumo-de-Sustancias-Psicoactivas-enUniversitarios-de-Lima-Metropolitana.pdf>

- Comisión Nacional para el Desarrollo y Vida sin Drogas. (DEVIDA). (2016). Estudio de consumo de drogas en estudiantes de secundaria en instituciones educativas públicas de 21 regiones del país.
- 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
- Cranford, J., Eisenberg, D., & Serras, A. (2009). Substance use behaviors, mental health problems, and use of mental health services in a probability sample of college students. *Addictive Behaviors*, 24, 134–145. doi:10.1016/j.addbeh.2008.09.004
- Cuijpers, P., Cristea, I., Ebert, D., Koot, H., Auerbach, R., Bruffaerts, R., & Kessler, R. (2016). Psychological treatment of depression in college students: A metaanalysis. *Depression and Anxiety*, 33(5), 400-414. doi:10.1002/da.22461
- Dahl, R. (2004). Adolescent brain development: a period of vulnerabilities and opportunities. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1021, 1-22. doi: 10.1196/annals.1308.001
- Dasso Vassallo, A. (2011). *Sintomatología depresiva y prácticas religiosas en internas por delitos comunes de un penal de Lima*. (Tesis de licenciatura, Pontificia Universidad Católica de Perú).
- Davaasambuu, S., Aira, T., Hamid, P., Wainberg, M., & Witte, S., (2017). Risk and resilience factors for depression and suicidal ideation in Mongolian college students. *Mental Health Prev.* 5, 33
- Dávila, A., Ruiz, R., Moncada, L. & Gallardo, I. (2011). Niveles de ansiedad, depresión y percepción de apoyo social en estudiantes de Odontología de la Universidad de Chile. *Revista de Psicología*. 20(2), 147 – 172. [Adobe Digital Editions version]. Recuperado de: <http://www.revistapsicologia.uchile.cl/index.php/RDP/article/viewPDFInterstitial/17937/18749>
- Degenhardt, L., Coffey, C., Romaniuk, H., Swift, W., Carlin, J. B., Hall, W. D., & Patton, G. C. (2013). The persistence of the association between adolescent cannabis use and common mental disorders into young adulthood. *Addiction*, 108(1), 124-133

- Degenhardt, L., Hall, W., & Lynskey, M. (2003). Exploring the association between cannabis use and depression: A meta-analysis. *Addiction*, 98(11), 1493-1504
- Del Águila, D. (2016). *Afrontamiento y satisfacción con la vida en relación al consumo de sustancias de jóvenes universitarios*. (tesis de licenciatura, Pontificia Universidad Católica del Perú, Facultad de Letras y Ciencias Humanas. Mención: Psicología Clínica).
- Eaton, W., Shao, H., Nestadt, G., Lee, B., Bienvenu, O., & Zandi, P. (2008). Population-based study of first onset and chronicity in major depressive disorder. *Arch. Gen. Psychiatry* 65, 513–520. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.65.5.513>
- 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.
- European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (2011). 2011 Annual Report on the State of the Drugs Problem in Europe. EMCDDA: Lisbon
- Fairman, B., & Anthony, J. (2012). Are early-onset cannabis smokers at an increased risk of depression spells?. *Journal of affective disorders*, 138(1-2), 54-62.
- Farré, M.; Torrens, M.; Sanchez, A.; Alvarez, C., & Casanova, J.S. (2006). Comisión clínica de la delegación del gobierno para el plan nacional sobre drogas: Informe sobre cannabis. Madrid: Rumagraf S.A.
- Feingold, D., Rehm, J., & Lev-Ran, S. (2017). Cannabis use and the course and outcome of major depressive disorder: A population based longitudinal study. *Psychiatry Research*, 251, 225-234. Recuperado de <http://dx.doi.org/10.1016/j.psychres.2017.02.027>
- Fergusson, D. M., Boden, J. M., & Horwood, L. J. (2007). Recurrence of major depression in adolescence and early adulthood, and later mental health, educational and economic outcomes. *British Journal of Psychiatry*, 191(04), 335–342. doi:10.1192/bjp.bp.107.036079
- Fernández-Artamendi, S., Fernández-Hermida, J. R., Secades-Villa, R., & García-Portilla, P. (2011). Cannabis y salud mental. *Actas españolas de psiquiatría*, 39(3), 180-90.
- Ferrel, R., Celis, A., & Hernández Cantero, O. (2011). Depresión y factores socio demográficos asociados en estudiantes universitarios de ciencias de la salud de una universidad pública (Colombia). *Psicología desde el Caribe*.

- Font S., Gras M., & Planes, M. (2006). Análisis del patrón de consumo de cannabis en estudiantes universitarios. *Adicciones* 2006; 18: 337-44.
- Franco, C. Gutierrez, S., & Perea, E. (2011). Asociación entre depresión y bajo rendimiento académico en estudiantes universitarios. *Psicogente*, 14(25).
- Fuentes, M., Alarcón, A., García, F., & Gracia, E. (2015). Consumo de alcohol, tabaco, cannabis y otras drogas en la adolescencia: efectos de la familia y peligro del barrio. *Anales de psicología*, 31(3), 1000-1007.
- García, R. et al. (2006). Indicadores psicosociales de motivación del consumo de marihuana y/o cocaína. *Adicciones*, 18(4), 387-398.
- Gómez, A., Herde, J., Laffee, A., Lobo, S., & Martín, E. (2007). Consumo de drogas lícitas e ilícitas por estudiantes universitarios. *Revista de la Facultad de Ciencias de la Salud - Universidad de Carabobo*, 11(3), 41-45.
- González Correa, A., Hernández Ramírez, E., Mejía Ocampo, J., & Velásquez López, C. (2013). II Estudio Epidemiológico andino sobre consumo de drogas en la población universitaria.
- González-Ortega, I., Alberich, S., Echeburúa, E., Aizpuru, F., Millán, E., Vieta, E., & González-Pinto, A. (2015). Subclinical depressive symptoms and continued cannabis use: Predictors of negative outcomes in first episode psychosis. *PLoS ONE*, 10(4).
- Grant, B., Saha, T., Ruan, J., Goldstein, R., Chou, S., Jung, J., & Hasin, D. (2016). Epidemiology of DSM-5 drug use disorder: Results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions III. *Journal of the American Medical Association Psychiatry*, 73(1), 39-47.
- Grupo de Opinión Pública de la Universidad de Lima (2006). *Perfil de los estudiantes del Consorcio de Universidades: resumen y análisis*. Lima: Consorcio de Universidades.
- Guerra, A., Do Carmo, P., Pereira, L., Nishimura, R., Alberghini, D., & Garcia, L. (2012). Use of alcohol and other drugs among Brazilian college students: effects of gender and age. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 34, 294-305.
- Gutiérrez, J., Montoya, L., Toro, B., Briñón, M., Rosas, E., & Salazar, L. (2010). Depresión en estudiantes universitarios y su asociación con el estrés académico. *Revista CES MEDICINA*. 24(1), 7 - 17. [Adobe Digital Editions version] Recuperado de: <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/2611/261119491001.pdf>
- Gutiérrez-Rojas, L., Irala, J. D., & Martínez-González, M. A. (2006). Efectos del cannabis sobre la salud mental en jóvenes consumidores.

- Guzmán, F., Alonso, M., & Gómez, M. (2008). Consumo de drogas. *CIENCIA UANL*, 11(2), 134.
- Halladay, J., Petker, T., Fein, A., Munn, C., & MacKillop, J. (2018). Brief interventions for cannabis use in emerging adults: protocol for a systematic review, meta-analysis, and evidence map. *Systematic reviews*, 7(1), 106.
- Halladay, J., Petker, T., Fein, A., Munn, C., & MacKillop, J. (2018). Brief interventions for cannabis use in emerging adults: protocol for a systematic review, meta-analysis, and evidence map. *Systematic reviews*, 7(1), 106.
- Hammer, E. (1998). A study between depresión and academic performance. Extraído de: <http://www.clearinghouse.mwsc.edu/manuscripts/225.asp>
- Harder V., Morral A., & Arkes J. (2006). Marijuana use and depression among adults: testing for casual associations. *Addiction*, 101:1463-1472
- Harder, V., Stuart, E., & Anthony, J. (2008) Adolescent cannabis problems and young adult depression: Male-female stratified propensity score analyses, *American Journal of Epidemiology*, 168, 592-601
- Hardisson, A., Expósito, C., Rubio, C., & Pozuelo, M. (2002). Nuevas perspectivas terapéuticas de los compuestos cannabinólicos. *Revista de toxicología*, 19(20)
- Harvey, S. B., Glozier, N., Henderson, M., Allaway, S., Litchfield, P., Holland-Elliott, K., & Hotopf, M. (2011). Depression and work performance: an ecological study using web-based screening. *Occupational Medicine*, 61(3), 209-211.
- Hasler, G. (2010). Pathophysiology of depression: do we have any solid evidence of interest to clinicians?. *World Psychiatry*, 9(3), 155-161.
- Hayatbakhsh, M. R., Najman, J. M., Jamrozik, K., Mamun, A. A., Alati, R., & Bor, W. (2007). Cannabis and Anxiety and Depression in Young Adults: A Large Prospective Study. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 46(3), 408-417. Recuperado de <http://dx.doi.org/10.1097/chi.0b013e31802dc54d>
- Horwood, L., Fergusson, D., Coffey, C., Patton, G., Tait, R., Smart, D., & Hutchinson, D. (2012). Cannabis and depression: an integrative data analysis of four Australasian cohorts. *Drug and alcohol dependence*, 126(3), 369-378.
- Hunt, J., & Eisenberg, D. (2010). Mental health problems and helpseeking behavior among college students. *Journal of Adolescent Health*, 46(1), 3-10. doi:10.1016/j.jadohealth.2009.08.008

- 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.
- Ibrahim, A., Kelly, S., Adams, C., & Glazebrook, C. (2013). A systematic review of studies of depression prevalence in university students. *Journal of Psychiatric Research*, 47(3), 391-400. doi:10.1016/j.jpsychires.2012.11.015
- Ingram, R., Scott, W., & Hamill, S. (2009). Depression. Social and Cognitive Aspects. En: Blaney, P. & Millon, T. (Eds). *Oxford Text book of Psychopathology* (pp. 230- 252). New York: Oxford University Press.
- Instituto Nacional de Estadística e Informática (ENDES) (2017) “36% de jóvenes de 15 a 29 años de edad cuentan con educación superior”. *Nota de prensa*. Recuperado de <https://www.inei.gov.pe/prensa/noticias/36-de-jovenes-de-15-a-29-anos-de-edad-cuentan-con-educacion-superior-9978/>
- Instituto Nacional de Estadística e Informática (ENDES) (2018) Encuesta Demográfica y de Salud Familiar. Recuperado de: https://www.inei.gov.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1656/index1.html
- Instituto Nacional de Salud Mental “Honorio Delgado – Hideyo Noguchi” (2002). Estudio epidemiológico metropolitano en salud mental 2002. Informe General. *Anales de Salud Mental*. 18(1,2). Recuperado de: <http://www.insm.gov.pe/investigacion/estudios.html>
- Instituto Nacional de Salud Mental “Honorio Delgado – Hideyo Noguchi” (2013). Estudio epidemiológico de salud mental en Lima Metropolitana y Callao – Replicación 2012. Informe general. *Anales de salud mental*. Recuperado de: <http://www.insm.gov.pe/investigacion/archivos/estudios/2009-ASM-EESM-SR.pdf>
- Instituto Nacional de Salud Mental “Honorio Delgado – Hideyo Noguchi” (2012). Estudio epidemiológico de salud mental de Lima Metropolitana - Recopilación 2012. Informe General. *Anales de Salud Mental*. Recuperado de: <http://www.insm.gov.pe/investigacion/archivos/estudios/2012%20ASM%20-EESM%20-LM.pdf>
- Instituto Nacional de Salud Mental “Honorio Delgado – Hideyo Noguchi” (2015). Compendio Estadístico. Recuperado de <http://www.insm.gov.pe/oficinas/estadistica/compendio.html>

- Instituto Nacional de Salud Mental “Honorio Delgado – Hideyo Noguchi” (2016). Compendio Estadístico. Recuperado de <http://www.insm.gob.pe/oficinas/estadistica/compendio.html>
- Instituto Nacional de Salud Mental “Honorio Delgado – Hideyo Noguchi” (2017). Compendio Estadístico. Recuperado de <http://www.insm.gob.pe/oficinas/estadistica/compendio.html>
- Jeon H. (2011) Depression and suicide. *Journal of the Korean Medical Association*, 54: 370e5.
- Jiménez-Muro, A., Beamonte, A., Marqueta, A., Gargallo, P., & Nerín, I. (2009). Consumo de drogas en estudiantes universitarios de primer curso. *Adicciones*, 21(1), 21-28.
- Johnston, L., O’Malley, P., Backman, J., & Schulenberg, J., (2013). Monitoring the future national survey results on drug use, 1975-2012: Volume 2, College students and adults ages 19-50. Institute for Social Research. The University of Michigan; Ann Arbor. Recuperado de: http://www.monitoringthefuture.org/pubs/monographs/mtfvol2_2012.pdf
- Karsten, J., Hartman, C., Smit, J., Zitman, F., Beekman, A., Cuijpers, P., Van der Does, A., Ormel, J., Nolen, W., Penninx, B. (2011). Psychiatric history and subthreshold symptoms as predictors of the occurrence of depressive or anxiety disorder within 2 years. *Br. J. Psychiatry* 198, 206–12. Recuperado de: <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.110.080572>
- Kashdan T., Vetter C., Collins R. (2005). Substance use in young adults: Associations with personality and gender. *Addict Behav*, 30: 259-69
- Keith, D., Hart, C., McNeil, M., Silver, R., & Goodwin, R. (2015). Frequent marijuana use, binge drinking, and mental health problems among undergraduates. *American Journal of Addictions*, 24, 499–506. doi:10.1111/ajad.12201
- Khantzian, E. J. (2003). Understanding addictive vulnerability: An evolving psychodynamic perspective. *Neuropsychoanalysis*, 5(1), 5-21.
- Korn, L., Haynie, D., Luk, J., & Simons-Morton, B. (2018). Prospective associations between cannabis use and negative and positive health and social measures among emerging adults. *International Journal of Drug Policy*, 58, 55-63. Recuperado de <http://dx.doi.org/10.1016/j.drugpo.2018.05.003>
- Kothari, D., Gourevitch, M., Lee, J., Grossman, E., Truncali, A., Ark, T., Kalet, A. (2011). Undergraduate medical education in substance abuse: A review of the quality of the literature. *Acad. Med.* 86, 98-112

- Lev-Ran, S., Roerecke, M., Le Foll, B., George, T. P., McKenzie, K., & Rehm, J. (2014). The association between cannabis use and depression: a systematic review and meta-analysis of longitudinal studies. *Psychological medicine*, 44(4), 797-810
- 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
- Lyubomirsky, S., Kasri F., & Zehm K. (2003) Dysphoric rumination impairs concentration on academic tasks. *Cognitive Therapy and Research* 27:309e30
- 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
- Manrique-Garcia, E., Zammit, S., Dalman, C., Hemmingsson, T., & Allebeck, P. (2012). Cannabis use and depression: a longitudinal study of a national cohort of Swedish conscripts. *BMC psychiatry*, 12(1), 112.
- Marmorstein N., & Iacono W. (2011). Explaining associations between cannabis use disorders in adolescence and later major depression: a test of the psychosocial failure model. *Addictive Behaviors* 36, 773–776.
- Martínez-Torres, J., Arias-Coronel, F., Rodelo-Vega, A. E., Jaraba-Toro, N. P., Meza-Castellanos, L. M., Contreras-Jáuregui, M. M., ... & Villamizar-Carrillo, D. J. (2016). Prevalencia y factores asociados al consumo de marihuana en estudiantes de 18 a 25 años de una universidad pública, Colombia. *Universidad y Salud*, 18(3), 525-531.
- Matud MP, Guerrero K, Matías RG. Relevancia de las variables sociodemográficas en las diferencias de género en depresión. *Int J Clin Health Psychol*. 2006;6(1):7-21.
- McCarthy, D. M., Lynch, A. M., & Pederson, S. L. (2007). Driving after use of alcohol and marijuana in college students. *Psychology of Addictive Behaviors*, 21(3), 425–430. doi:10.1037/0893-164X.21.3.425
- Meng, H., Li, J., Loerbroks, A., Wu, J., Chen, H. (2013). Rural/urban background, depression and suicidal ideation in Chinese college students: a cross-sectional study. *PloS One* 8 (8), e71313.
- Ministerio de Salud [MINSA] (2017). Documento técnico – Situación de salud de jóvenes y adolescentes. Recuperado de <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/4143.pdf>

- Monshouwer K., Van Dorsselaer S., Verdurmen J., Ter Bogt T., De Graaf R., & Vollebergh W. (2006). Cannabis use and mental health in secondary school children. *British Journal of Psychiatry*, 188:148-153
- Moore, T., Zammit, S., Lingford-Hughes, A., Barnes, T., Jones, P., Burke, M., & Lewis, G. (2007). Cannabis use and risk of psychotic or affective mental health outcomes: A systematic review. *Lancet*, 370(9584), 319-328. doi:10.1016/S0140-6736(07)61162-3
- Morales, G. et al. (2011). Prevalencia de consumo de drogas en estudiantes universitarios que cursan primer y cuarto año. *Revista médica de Chile*, 139(12), 1573-1580.
- Morales, G., Del Valle, C., Belmar, C., Orellana, Y., Soto, A., & Ivanovic, D. (2011). Prevalencia de consumo de drogas en estudiantes universitarios que cursan primer y cuarto año. *Revista médica de Chile*, 139(12), 1573-1580.
- National Institute of Drug Abuse [NIDA] (2018). El consumo de sustancias en las mujeres. Recuperado de <https://www.drugabuse.gov/es/publicaciones/drugfacts/el-consumo-de-sustancias-en-las-mujeres>
- Nazarzadeh, M., Bidel, Z., Jarahi, A. M., Esmacelpour, K., Menati, W., Shakeri, A., & Saki, K. (2015). Prevalence of cannabis lifetime use in Iranian high school and college students: A systematic review, meta-analyses, and meta-regression. *American Journal of Men's Health*, 9(5), 397-409. Recuperado de: <http://dx.doi.org/10.1177/1557988314546667>
- Obando, T. (2009). *Escala de atribuciones causales de éxito y fracaso académico para estudiantes universitarios* (tesis de licenciatura, Pontificia Universidad Católica del Perú, Facultad de Letras y Ciencias Humanas. Mención: Psicología Clínica). Recuperado de Repositorio digital de Tesis PUCP.
- Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC). (2013). Informe mundial sobre las drogas. Austria: Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito, recuperado de: https://www.unodc.org/doc/wdr2013/World_Drug_Report_2013_Spanish.pdf
- Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC) (2014). Informe mundial sobre las Drogas 2014. New York: United Nations Office on Drugs and Crime.
- Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito [UNODC] (2011). Resumen Ejecutivo. Informe Mundial sobre las Drogas 2011.

- 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] (2016). Percepción de los universitarios frente a la dinámica de drogas. Informe final.
- Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito. (UNODC). (2016) Informe mundial sobre las drogas 2016. Resumen ejecutivo. Recuperado de https://www.unodc.org/doc/wdr2016/WDR_2016_ExSum_spanish.pdf
- 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/Publicaciones2017/Informe_Universitarios_Peru.pdf
- Organización Mundial de la Salud (1992). Clasificación Internacional de Enfermedades 10. Trastornos mentales y del comportamiento: descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico.
- Organización Mundial de la Salud (2011) “La prueba de detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias (ASSIST) - Manual para uso en la atención primaria” Recuperado de https://www.who.int/substance_abuse/activities/assist_screening_spanish.pdf
- Organización Mundial de la Salud (OMS) (2017). Trastornos mentales. Recuperado de <https://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs396/es/>
- Organización Mundial de la Salud [OMS] (2011). La prueba de detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias (ASSIST). Manual para uso en la atención primaria. Washington D.C.: Organización Panamericana de la Salud.
- 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
- Ortega, C., Costa, M., & Vasters, G. (2011). Perfil epidemiológico de la drogadicción en estudiantes universitarios. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 19(spe), 665-672.
- Osada, J., Rojas, M., Rosales, C., & Vega Dienstmaier, J. (2008). Consumo de cafeína en estudiantes de medicina y su coexistencia con sintomatología ansiosa y depresiva. *Revista Medica Herediana*, 19(3), 102-107.

- Othieno, C., Okoth, R., Peltzer, K., Pengpid, S., Malla, L. (2014). Depression among university students in Kenya: Prevalence and sociodemographic correlates. *J. Affect. disorders* 165, 120–125.
- Otiniano, F. (2012). *Validez de constructo y eficacia diagnóstica de las escalas de depresión mayor y trastorno de ansiedad del Inventario Clínico Multiaxial de Millon III (MCMI-III)*. (tesis de licenciatura, Pontificia Universidad Católica del Perú, Facultad de Letras y Ciencias Humanas. Mención: Psicología Clínica). Recuperado de Repositorio digital de Tesis PUCP.
- Palacio, J. & Martínez, Y. (2007). Relación del rendimiento académico con la salud mental en jóvenes universitarios. *Psicogente*. 10(18), 113 – 128. [Adobe Digital Editions version]. Recuperado de: <http://portal.unisimonbolivar.edu.co:82/rdigital/psicogente/index.php/psicogente/article/viewFile/28/32>
- Pedersen W. (2008) Does cannabis use lead to depression and suicidal behaviours? A population-based longitudinal study. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 118(5):395-403.
- Pedrelli, P., Nyer, M., Yeung, A., Zulauf, C., & Wilens, T. (2015). College students: Mental health problems and treatment considerations. *Academic Psychiatry*, 39(5), 503–511. doi:10.1007/s40596-014-0205-9
- Pereyra, R., Ocampo, J., Silva, V., Véles, E., Da Costa, D., Toro, L. & Vicuña, J. (2010). Prevalencia y factores asociados con síntomas depresivos en estudiantes de ciencias de la salud de una universidad privada de Lima, Perú 2010*. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*. 27(4), 520 – 526. [Adobe Digital Editions version] Recuperado de: <http://www.scielo.org.pe/pdf/rins/v27n4/a05v27n4.pdf>
- Pérez, P., Calzada, N., Rovira, J., & Torrico, E. (2012). Estructura factorial del ASSIST: aplicación del análisis factorial exploratorio y confirmatorio. *Trastornos adictivos*, 14(2), 44-49. Recuperado de: <http://www.elsevier.es/es-revista-trastornos-adictivos-182-articulo-estructura-factorial-del-test-assist-X1575097312484107>
- Pope G., Gruber, A., Hudson, J., Cohane, G., Huestis, M., & Yurgelun-Todd, D. (2003). Early-onset cannabis use and cognitive deficits: what is the nature of the association?. *Drug and alcohol dependence*, 69(3), 303-310.
- Poulson, R. L., Bradshaw, S. D., Huff, J. M., Peebles, L. L., & Hilton, D. B. (2008). Risky sex behaviors among African American college students: the influence of alcohol, marijuana, and religiosity. *North American Journal of Psychology*, 10(3), 529–542.

- 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.
- Ramaekers, J. G., Berghaus, G., van Laar, M., & Drummer, O. H. (2004). Dose related risk of motor vehicle crashes after cannabis use. *Drug and Alcohol Dependence*, 73, 109–119. doi:10.1016/j.drugalcdep. 2003.10.008
- Rodríguez, D. T. G., Herrera, M. G., & Londoño, S. P. (2013). Depresión y consumo de sustancias psicoactivas en adolescentes en la ciudad de Bogotá. *Psychologia*, 7(1), 45-51
- Rodríguez, J., Hernández, E. y Fernández, A. (2007). Descripción del consumo de drogas lícitas e ilícitas por género a través de la metodología de pares. *Revista médica de Chile*, 135(4), 449-456
- Rodríguez, L. (2008). *Sintomatología depresiva y riesgo para desarrollar un trastorno alimentario en mujeres adolescentes universitarias y pre universitarias* (tesis de licenciatura, Pontificia Universidad Católica del Perú, Facultad de Letras y Ciencias Humanas. Mención: Psicología Clínica). Recuperado de Repositorio digital de Tesis PUCP.
- Rojas Valero, M. (2015). Evidencias del impacto del consumo precoz de la marihuana en púberes y adolescentes escolares.
- Roses, M. (2005). La salud mental: una prioridad de salud pública en las Américas. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 18(4/5), 223-225.
- Rubio, G., Martínez-Raga, J., Martínez-Gras, I., Ponce, G., De la Cruz, J., Jurado M., & Zarco, J. (2014). Validation of the Spanish version of the Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST). *Psicothema*, 26(2), 180-185. doi: 10.7334/psicothema2013.172
- Salazar, F., Bustamante, I., Rodríguez, E., Megías, I., & Ballesteros, J. C. (2011). Percepciones sociales sobre drogas en Lima (Perú). *Fundación de Ayuda contra la Drogadicción, Lima*.
- Sánchez, L. (2012) Género y Drogas: Guía Informativa. Diputación de Alicante. Área de Igualdad y Juventud. Recuperado de: http://www.pnsd.mscbs.gob.es/profesionales/publicaciones/catalogo/bibliotecaDigital/publicaciones/pdf/GuiaGenero_Drogas.pdf
- Sanz, J., & García-Vera, M. (2013). Rendimiento diagnóstico y estructura factorial del Inventario de Depresión de Beck-II (BDI-II). *Anales de psicología*, 29(1), 66-75.

- Sanz, J., Perdigón, A. L., & Vázquez, C. (2003). Adaptación española del Inventario para la Depresión de Beck-II (BDI-II): 2. Propiedades psicométricas en población general. *Clínica y salud*, 14(3).
- Schulenberg, J. E., & Patrick, M. E. (2012). Historical and developmental patterns of alcohol and drug use among college students: Framing the problem. In H. R. White & D. L. Rabiner (Eds.), *College drinking and drug use* (pp. 13–35). New York, NY: Guilford Press.
- Secretaría Nacional de la Juventud (2012). *Encuesta nacional de la juventud. Resultados finales*. [Adobe Digital Editions version]. Recuperado de: <http://dl.dropbox.com/u/53064273/senaju/pdf/ResultadosFinalesENAJUV2011.pdf>
- Secretaría Nacional de la Juventud (2019). Informe Nacional de la Juventud. Recuperado de: <https://juventud.gob.pe/wp-content/uploads/2019/10/Informe-Nacional-de-Juventud.pdf>
- Soto-Brandt, G., Portilla, R., Huepe, D., Rivera-Rei, A., Escobar, M. J., Salas, N., ... Castillo, Carniglia, A. (2014). Evidencia de validez en Chile del Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST). *Adicciones*, 26(4), 291-302
- Stephoe A, Tsuda A, Tanaka Y, Wardle J. Depressive symptoms, socio-economic background, sense of control, and cultural factors in university students from 23 countries. *International Journal of Behavioral Medicine* 2007;14:97e107.
- Summerfeldt, L. & Endler, N. (1996). Coping with emotion and psychopathology. In M. Zeidner & N. S. Endler (Eds.), *Handbook of coping: Theory, research, applications* (pp. 602-639). Oxford, England: John Wiley & Sons.
- Sun, X.-j, Niu, G.-f., You, Z.-q., Zhou, Z.-k., Tang, Y., (2017). Gender, negative life events and coping on different stages of depression severity: A cross-sectional study among Chinese university students. *J. Affect. disorders* 209, 177–181.
- Tang, W., & Dai, Q. (2018). Depressive symptoms among first-year chinese undergraduates: The roles of socio-demographics, coping style, and social support. *Psychiatry Research*, 270, 89-96. doi:10.1016/j.psychres.2018.09.027
- Tataje, A. (2013). *Sintomatología depresiva y dimensiones de perfeccionismo en jóvenes universitarios de Lima Metropolitana*. (Tesis de licenciatura, Pontificia Universidad Católica de Perú).
- Tiburcio, M., Rosete-Mohedano, G., Natera, G., Martínez, N., Carreño, S., & Pérez, D. (2016). Validez y confiabilidad de la prueba de detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias (ASSIST) en estudiantes universitarios. *Adicciones*, 28(1), 19-27

- Torres, G., & Fiestas, F. (2012). Efectos de la marihuana en la cognición: una revisión desde la perspectiva neurobiológica. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 29, 127-134.
- 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>
- United Nations Office on Drugs and Crime (2011). World Drug Report. United Nations Office on Drugs and Crime: Vienna
- Valle, R., Sánchez, E., & Perales, A. (2013). Sintomatología depresiva y problemas relacionados al consumo de alcohol durante la formación académica de estudiantes de medicina. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 30, 54-57.
- Van Lar M., Van Dorsselaer S., Monshouwer K., & De Graaf R. (2007). Does cannabis use predict the first incidence of mood and anxiety disorders in the adult population? *Addiction*, 102:1251- 1260
- Vázquez, A., & Stolkiner, A. (2009). Procesos de estigma y exclusión en salud: articulaciones entre estigmatización, derechos ciudadanos, uso de drogas y drogadependencia. *Anuario de investigaciones*, 16, 295-303.
- Vélez, A., Borja, K. & Ostrosky-Solís, F. (2010). Efectos del consumo de marihuana sobre la toma de decisión. *Revista Mexicana de Psicología*, 27(2), 309-315.
- Vélez, L., Gutiérrez, J., & Isaza, B. (2010). Depresión en estudiantes universitarios y su asociación con el estrés académico. *CES Medicina*, 24(1).
- Volkow, N., Swanson, J., Evins, A., DeLisi, L., Meier, M., Gonzalez, R., Bloomfield, M., Curran, & H., Baler, R. (2016). Effects of Cannabis Use on Human Behavior, Including Cognition, Motivation, and Psychosis: A Review. *JAMA Psychiatry* 73 (3), 292-297.
- 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
- Wang, X., Cai, L., Qian, J., & Peng, J., (2014). Social support moderates stress effects on depression. *Int. J. Mental Health Syst.* 8 (1), 41.

- Weber, S. (2009) Depressive illness in Teens and Preteens and effectiveness of the RADS – 2 as a first - stage assessment. Part 1: *Descriptive paper. Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing*, 22(3), 120 – 125.
- Whitton S, & Whisman M. Relationship satisfaction instability and depression. *Journal of Family Psychology* 2010;24:791e4
- Wilson, S., Hicks, B.M., Foster, K.T., McGue, M., Iacono, W.G., 2015. Age of onset and course of major depressive disorder: Associations with psychosocial functioning outcomes in adulthood. *Psychol. Med.* 45, 505–514. <https://doi.org/10.1017/S0033291714001640>
- WHO ASSIST Working Group (2002). The Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST): development, reliability and feasibility. *Addiction*, 97, 1183-1194.
- Womack, S. R., Shaw, D. S., Weaver, C. M., & Forbes, E. E. (2016). Bidirectional associations between cannabis use and depressive symptoms from adolescence through early adulthood among at-risk young men. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, 77(2), 287-297. Recuperado de <http://dx.doi.org/10.15288/jsad.2016.77.287>

APÉNDICES

Apéndice A

Consentimiento informado

Yo, _____, de ____ años de edad, acepto participar libre y voluntariamente en este proyecto de investigación psicológica que tiene como objetivo estudiar la relación entre el consumo de marihuana y la sintomatología depresiva en estudiantes universitarios. Dicha investigación es llevada a cabo por Daniel Agüero García, alumno de onceavo ciclo de la Facultad de Psicología de la Pontificia Universidad Católica del Perú, como parte del curso Seminario de Tesis y se encuentra bajo la asesoría de la Dra. Cecilia Chau.

El presente proyecto implica una sola sesión en la cual se aplicará una ficha socio-demográfica y dos cuestionarios, los cuales no resultarán perjudiciales a la integridad del participante y se responderán de manera anónima en un tiempo aproximado de 20 minutos

En la medida en la que los resultados obtenidos son de carácter confidencial, lo único que identificará al participante será un código. Asimismo, dichos resultados serán manejados únicamente por el investigador responsable y la asesora mencionada, para luego pasar a ser destruidos.

En caso el/la participante requiera una devolución de resultados, se le invita a comunicarse con el investigador al correo daniel.aguero@pucp.pe. Cabe resaltar que el/la participante es totalmente libre de retirarse del proceso, incluso si es que este ya ha dado inicio, si así lo desea.

Para cualquier información adicional y/o dificultad, el/la participante puede contactarse con el investigador en cuestión al correo previamente mencionado o con la asesora del proyecto de investigación al correo cchau@pucp.edu.pe

Firma del participante

Firma del investigador

Yo, _____ he sido informado/a de las condiciones en las cuales acepto participar en la aplicación de cuestionarios realizada por Daniel Agüero García, alumno de la Facultad de Psicología de la Pontificia Universidad Católica del Perú.

Firma del participante

Lima, ____ de _____ del 2019

Apéndice B

Ficha de datos sociodemográficos

A continuación, se le presenta una serie de preguntas con la finalidad de conocer algunos datos sobre su persona. Toda información que Ud. reporte en esta ficha y en los siguientes cuestionarios es absolutamente anónima, debido a ello, se le solicita responder con total sinceridad, asegurándose de haber respondido a todas las preguntas planteadas. Si es que existe alguna pregunta que Ud. no comprende, por favor, consulte con el encuestador.

- Sexo: F ___ M ___
- Edad: _____
- Lugar de nacimiento: _____
- Si no nació en Lima, ¿hace cuánto tiempo reside en Lima? _____
- Universidad: _____
- Facultad: _____
- Ciclo de estudios actual: _____
- ¿Ud. ha consumido marihuana alguna vez en su vida?: Sí ___ No ___

*Si es que marcó “No” este es el fin de la encuesta; si es que marcó “Sí”, sírvase a contestar las siguientes preguntas:

- ¿A qué edad consumió Ud. por primera vez marihuana?: _____
- ¿Actualmente, sigue consumiendo?: Sí ___ No ___
- ¿Ud. ha recibido tratamiento por alguna dificultad en su salud debido al consumo de marihuana?: Sí ___ No ___
- ¿Ud. recibe actualmente tratamiento por alguna dificultad en su salud debido al consumo de marihuana?: Sí ___ No ___

*Si es que marcó “Sí” este es el fin de la encuesta; si es que marcó “No”, sírvase a contestar las siguientes preguntas:

- Actualmente, Ud. suele consumir en:
Fiestas y reuniones _____ En mi casa _____ En el auto _____
En la universidad _____ En casa de amigos _____
En parques _____ Discotecas y pubs _____ Otros: _____
- ¿Ud. ha experimentado alguna vez en su vida algún episodio depresivo?:
Sí ___ No ___

- Si es que respondió “Sí”:
 - ¿Hace cuánto tiempo se presentó dicho episodio?: _____
 - ¿Ud. recibió tratamiento para dicho episodio?: Sí____ No____
- Actualmente se encuentra recibiendo tratamiento debido a un episodio depresivo?: Sí____ No____

*Un episodio depresivo se caracteriza por síntomas tales como: estado de ánimo bajo, reducción de la energía y de la capacidad para disfrutar, interesarse y concentrarse, disminución de la actividad física, cansancio frecuente, alteraciones en el sueño y en el apetito, disminución de autoestima y confianza, sentimientos de culpa e inutilidad.



Apéndice C

Pruebas normalidad

Prueba de normalidad – Método de Asimetría y Curtosis

	Asimetría	Curtosis
Riesgo de consumo de marihuana	.15	-.91
Frecuencia de consumo de marihuana	-.34	-.63
Consumo temprano de marihuana	.60	.47
Sintomatología depresiva	1.50	3.78
Riesgo de consumo de alcohol	.43	-.11

N= 120, Distribución normal: Asimetría $\leq |3|$, Curtosis $\leq |10|$

Prueba de normalidad por Sexo – Método de Asimetría y Curtosis

	Asimetría		Curtosis	
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
Sintomatología depresiva	1.05	1.88	.93	5.11

N= 120, Distribución normal: Asimetría $\leq |3|$, Curtosis $\leq |10|$

Prueba de normalidad por Sexo – Método Kolmogorov - Smirnov

	Hombres		Mujeres	
	Z	Sig.	Z	Sig.
Riesgo de consumo de marihuana	.07	.20	.09	.20

N= 120

Apéndice D

Correlación ítem-test de la Prueba de detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias (ASSIST V3.0)

$\alpha=.77$

	Correlación ítem-test	Alfa si el elemento se elimina
ASSIST 2	.59	.73
ASSIST 3	.54	.73
ASSIST 4	.51	.74
ASSIST 5	.49	.75
ASSIST 6	.48	.75
ASSIST 7	.55	.73



Apéndice E

Correlación ítem-test del Inventario de Depresión de Beck (BDI-II)

$\alpha=.87$

	Correlación ítem-test	Alfa si el elemento se elimina
BDI 1	.65	.86
BDI 2	.48	.86
BDI 3	.45	.86
BDI 4	.46	.86
BDI 5	.38	.86
BDI 6	.47	.86
BDI 7	.56	.86
BDI 8	.43	.86
BDI 9	.46	.86
BDI 10	.46	.86
BDI 11	.39	.86
BDI 12	.40	.86
BDI 13	.54	.86
BDI 14	.52	.86
BDI 15	.55	.86
BDI 16	.40	.86
BDI 17	.44	.86
BDI 18	.11	.87
BDI 19	.61	.86
BDI 20	.53	.86
BDI 21	.43	.86

Apéndice F

Contraste de medias de sintomatología depresiva y riesgo de consumo de marihuana según sexo

	Hombres		Mujeres		d	t
	M	DE	M	DE		
Sintomatología depresiva	10.17	6.63	11.35	8.11	.87	.19
Riesgo de consumo de marihuana	17	9.63	14.30	9.50	-1.61	.05

**p < .05; N hombres = 69, N mujeres = 51*



Apéndice G*Correlación entre sintomatología depresiva y el riesgo de consumo de alcohol*

	Sintomatología depresiva
Riesgo de consumo de alcohol	0.24*

**p < .05*