Universidad Abierta Interamericana
Facultad de Psicología y Relaciones Humanas

Comparación de autopercepción del estado de ánimo y sintomatología depresiva en consumidores y no consumidores de cannabis.

Alumno: Cordoba Ulibarri, Juan Ignacio. (Legajo B00014871-P1)
Correo: juaanicordoba@gmail.com
Tutor: Sebastian Sztabzyb
Cotutor: Lucas Touriño
Sede: Centro
Carrera en la que se presenta: Licenciatura en Psicología
Titulo a obtener: Licenciado en Psicología
Fecha de entrega: 3 de agosto de 2026

Índice

Índice ..... **¡Error! Marcador no definido.**
Resumen 2
Abstract 3
Agradecimientos 4
Introducción 5
Preguntas de investigación 12
Objetivos 12
Hipótesis 13
Metodología 14
Diseño 14
Participantes 14
Procedimiento 15
Análisis de datos 16
Resultados 18
Características sociodemográficas de la muestra 19
Consistencia interna de los instrumentos 19
Estadísticos descriptivos y prueba de normalidad 20
Diferencias en sintomatología depresiva entre grupos (H1) 20
Diferencias en las dimensiones de la EVEA entre grupos (H2) 21
Relación con los patrones de consumo dentro de consumidores recientes (H3) 22
Análisis exploratorios estratificados (H4) 24
Discusión 27
Conclusiones 33
Referencias 35
ANEXOS 38
Anexo I 38
Anexo II 39
Anexo III 41
Anexo IV 44

Resumen

El consumo de cannabis se ha incrementado de manera sostenida en la población adulta de la Argentina, y su relación con la salud mental continúa mostrando evidencia heterogénea. El presente estudio tiene como objetivo comparar los niveles de sintomatología depresiva y las dimensiones de la autopercepción del estado de ánimo entre adultos de 18 a 65 años consumidores recientes y no consumidores recientes de cannabis, residentes en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA) y el Área Metropolitana de Buenos Aires (AMBA). Se adoptó un enfoque cuantitativo, con un diseño no experimental, de corte transversal y alcance descriptivo-correlacional, con un componente comparativo entre grupos. La muestra estuvo integrada por 106 adultos, seleccionados mediante un muestreo no probabilístico por conveniencia complementado con la técnica de bola de nieve. Los datos se recolectaron de manera virtual a través de un cuestionario sociodemográfico y de consumo, el Inventario de Depresión de Beck-II (BDI-II) y la Escala de Valoración del Estado de Ánimo (EVEA). Se comparan la sintomatología depresiva y las cuatro dimensiones de la EVEA entre grupos, se analiza la relación entre los patrones de consumo y las variables psicológicas dentro del grupo de consumidores y se explora el papel moderador de la edad, el sexo y el nivel educativo. Los análisis se realizan con Jamovi, informando tamaños del efecto e intervalos de confianza. Se espera aportar evidencia empírica sobre estas relaciones en población adulta argentina, integrando indicadores clínicos y subjetivos.

Palabras clave: cannabis; sintomatología depresiva; autopercepción del estado de ánimo; adultos; Argentina.

Abstract

Cannabis use has steadily increased among the adult population in Argentina, and its relationship with mental health continues to show heterogeneous evidence. This study aims to compare levels of depressive symptomatology and the dimensions of mood self-perception between adults aged 18 to 65 who are recent and non-recent cannabis users, residing in the Autonomous City of Buenos Aires (CABA) and the Buenos Aires Metropolitan Area (AMBA). A quantitative approach was adopted, with a non-experimental, cross-sectional design and a descriptive-correlational scope, including a between-groups comparative component. The sample comprised 106 adults, selected through non-probabilistic convenience sampling complemented by the snowball technique. Data were collected online using a sociodemographic and cannabis-use questionnaire, the Beck Depression Inventory-II (BDI-II), and the Mood Assessment Scale (EVEA). The study compares depressive symptomatology and the four EVEA dimensions between groups, examines the relationship between consumption patterns and psychological variables within the user group, and explores the moderating role of age, sex, and educational level. Analyses are conducted in Jamovi, reporting effect sizes and confidence intervals. The findings are expected to provide empirical evidence on the relationship between cannabis use, depressive symptomatology, and mood self-perception in the Argentine adult population, integrating clinical and subjective indicators.

Keywords: cannabis; depressive symptomatology; mood self-perception; adults; Argentina.

Agradecimientos

Antes que nada, quiero agradecer a mi madre, Silvia Ulibarri, gran sostén y parte fundamental por la cual me animé a estudiar esta carrera. Tambien a mi padre, Carlos Cordoba, que me bancó durante todo el proceso y me alentó a seguir siempre. Del mismo modo, quiero agradecerle a mi hermana, Attenya, la verdad que soy afortunado por tener una hermana mayor que me ayude en cualquier cosa que le pueda pedir.

Mi agradecimiento especial a Lucas Touriño, quien no solo escuchó mi pedido de ayuda como amigo, sino que también se involucró como cotutor para acompañarme en una instancia tan importante. Asimismo, a Sebastián, mi tutor, por su predisposición, compromiso y por todo lo que aprendí durante la cursada con él.

A mis amigos de la vida Juan Pablo, Ezequiel, Diego, Joaquin, Maximo, Ismael, que me bancaron siempre, aún cuando no estaba muy presente por estudiar o preparar finales y demas, gracias por seguir incluyendome en los planes y salidas que armaban.

Quiero agradecerle a la Universidad Abierta Interamericana, primero por la cantidad de contenido variado que hay dentro de una misma carrera. Y a su vez, por su abánico de profesores tan idóneos, la verdad que da gusto aprender con docentes como Mauricio Martinez, Lucas Gago, Cecilia Zugasaga, Maximiliano Preuss, Ernesto Pais, Vanesa Cayun. Tambien a otros docentes que por distintas razones ya no estan, como por ejemplo: Agustin Menendez, Roxana Castro Wojda, Valeria Torre.

Por ultimo pero no menos importante, quiero agradecer a mi pareja Trinidad, por su cariño, paciencia y afecto pero mas que nada por acompañarme en este recorrido que parecia interminable pero que al estar a su lado se volvía más ameno. Finalmente, a mi abuelo Marcelo que quería que termine la carrera, aunque no estés más en este plano, esto tambien es por vos. Y a todos los compañeros que me llevo, no puedo mencionar a todos pero sepan que los tengo en mi memoria y agradezco a la vida por cruzarnos.

Introducción

El cannabis ha sido, durante buena parte de la historia reciente, blanco de políticas prohibitivas y de enfoques punitivos en distintas sociedades. Esas respuestas no solo regularon su circulación: también moldearon representaciones sociales negativas sobre quienes lo consumían y alimentaron procesos de estigmatización ligados al uso de sustancias psicoactivas. Como sostiene Mata-Zamora (2020), buena parte de estas percepciones se consolidó a lo largo del siglo XX al calor de discursos políticos, sanitarios y jurídicos que pusieron el acento en la criminalización del consumo antes que en una mirada de salud pública.

Ese panorama empezó a cambiar en las últimas décadas. El creciente interés científico por los posibles usos terapéuticos del cannabis y las reformas en las políticas de drogas, orientadas hacia la reducción de daños y la regulación sanitaria, fueron corriendo el eje del debate a nivel internacional (OMS, 2023).

En Argentina, ese giro se tradujo en la creación del Registro del Programa de Cannabis (REPROCANN), dependiente del Ministerio de Salud de la Nación, que regula el acceso, el cultivo controlado y el uso medicinal, terapéutico y paliativo del cannabis y sus derivados (Ministerio de Salud de la Nación, 2021). Desde su puesta en marcha, la cantidad de personas inscriptas creció de manera sostenida y hacia 2025 rondaba las 300.000, una cifra que da cuenta de la clara ampliación del acceso legal al cannabis con fines medicinales y terapéuticos en el país.

Junto con este cambio normativo y cultural, el consumo de cannabis mostró un aumento marcado en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA) y el Área Metropolitana de Buenos Aires (AMBA), sobre todo entre adultos jóvenes. De acuerdo con el Observatorio Argentino de Drogas (OAD/SEDRONAR), la marihuana es hoy la sustancia ilícita de mayor consumo en el país: su prevalencia de consumo en el último año alcanza el 13,8% en población de 16 a 75 años (alrededor de 2.147.437 personas),

mientras que la prevalencia de vida llega al 26,3%, con los niveles más altos entre quienes tienen entre 25 y 34 años (SEDRONAR, 2023). Los motivos que reportan los usuarios remiten con fuerza a lo emocional y lo subjetivo: el 46% de las personas encuestadas dijo consumir para relajarse, dormir o descomprimir nervios y tensiones, y el 71,9% mencionó el placer y la curiosidad como principales razones de uso (SEDRONAR, 2023). A esto se suman los datos de la Encuesta Nacional sobre Consumos y Prácticas de Cuidado (ENCoPraC 2022), del OAD y el INDEC, según los cuales cerca de 1.130.069 personas informaron haber consumido cannabis con fines terapéuticos (INDEC, 2023).

Entre quienes combinaban usos terapéuticos y no terapéuticos, el 65,5% señaló recurrir al cannabis para distenderse, descansar, calmar los nervios o aliviar malestares físicos y emocionales, lo que apunta a un vínculo estrecho entre el consumo y el manejo del bienestar subjetivo. No es casual, entonces, que varias investigaciones recientes hayan empezado a leer el consumo de cannabis desde la autoatención y la regulación del malestar emocional, tomando distancia de los enfoques centrados únicamente en su patologización. Llort Suárez (2017), por ejemplo, plantea que muchos usos actuales del cannabis pueden entenderse como prácticas de autoatención: estrategias cotidianas orientadas a cuidar y sostener el bienestar físico y emocional.

Menéndez (2005) distingue esa noción de la automedicación, que remite específicamente al uso intencional de sustancias o recursos terapéuticos para aliviar síntomas concretos sin intervención profesional directa. Leído así, el consumo de cannabis puede cumplir funciones ligadas tanto al alivio del sufrimiento psíquico como a formas cotidianas de autocuidado y regulación emocional (Llort Suárez, 2017).

En una línea afín, Khantzian (2013) formula la Hipótesis de la Automedicación (*Self-Medication Hypothesis*), según la cual el consumo de sustancias psicoactivas no obedece solo a la búsqueda de placer o de recreación, sino también al intento de aliviar

estados emocionales displacenteros. Algunas personas, según sostiene, recurren a determinadas sustancias para lidiar con la ansiedad, la tristeza, el malestar psicológico o las dificultades de regulación emocional. La elección y el sostenimiento del consumo quedarían, en parte, atados a la función subjetiva que la sustancia cumple para cada individuo, que la percibe como un recurso para atravesar experiencias emocionales difíciles. Esta mirada ayudó a pensar el consumo de sustancias como un fenómeno complejo, atravesado por procesos de autorregulación emocional y de afrontamiento del malestar.

Ahora bien, el consumo de sustancias, y el de cannabis en particular, despierta interés justamente por los efectos que puede tener sobre el desarrollo mental, emocional y social de quienes lo usan, tanto a corto como a largo plazo. Diversos estudios advierten que esos efectos pueden repercutir de manera negativa en el funcionamiento cotidiano y en distintas habilidades cognitivas y emocionales (Broyd et al., 2016). Sobre esa base, varias investigaciones exploraron la relación entre el consumo de cannabis y variables de salud mental como la ansiedad, el estrés, el malestar psicológico y la sintomatología depresiva, en especial en población joven y universitaria (Blanco et al., 2016; Subramaniam et al., 2018).

Con todo, la evidencia sigue arrojando resultados heterogéneos y, en algunos casos, controversiales, ya que las asociaciones parecen variar según factores individuales, sociodemográficos y patrones de consumo. Como la adultez temprana suele coincidir con el paso por los estudios superiores, la población universitaria se volvió uno de los grupos más estudiados en este campo. Trochez et al. (2020), por caso, reportan un mayor consumo diario de cannabis entre estudiantes universitarios que de otras sustancias como el alcohol o el tabaco, y observan que quienes consumían a diario presentaban niveles de ansiedad más altos que los consumidores esporádicos o los no consumidores.

En el plano local, varios trabajos analizaron las características y los factores asociados al consumo de cannabis en estudiantes. Pilatti et al. (2019), con una muestra de adultos emergentes universitarios y no universitarios, hallaron que el consumo de marihuana se vincula con distintos factores de vulnerabilidad, entre ellos la impulsividad y las normas sociales percibidas, y que la prevalencia era mayor entre los universitarios. El contexto social y las creencias compartidas sobre el consumo aparecen, así, como variables clave para entender cómo se adoptan y se sostienen estas conductas.

En la misma dirección, Pilatti et al. (2022) encontraron diferencias significativas entre consumidores frecuentes y esporádicos de marihuana en universitarios argentinos: los frecuentes reportaron más consecuencias negativas y patrones de uso ligados sobre todo a contextos privados y recreativos. También observaron que ciertas expectativas positivas sobre los efectos de la sustancia, junto con la percepción de que el consumo es socialmente aceptado, se asociaban con una mayor frecuencia de uso.

Rivarola Montejano et al. (2022) aportan una pieza más a este cuadro: las expectativas favorables hacia la marihuana resultan un factor relevante para explicar tanto la frecuencia de consumo como la aparición de consecuencias negativas. Los jóvenes que esperan obtener efectos positivos (relajación, diversión, mayor soltura en las interacciones sociales) tienden a consumir de forma más intensa. Tomados en conjunto, estos antecedentes sugieren que el consumo de cannabis en universitarios argentinos no se explica solo por su costado recreativo, sino también por los procesos subjetivos y las expectativas que se construyen alrededor de la sustancia.

Entre las variables psicológicas más estudiadas en relación con el cannabis, la sintomatología depresiva ocupa un lugar destacado, tanto por su alta prevalencia en población joven como por su impacto en el funcionamiento emocional, cognitivo y social. Para abordarla, este trabajo adopta el modelo cognitivo de Aaron Beck, que

caracteriza la depresión por la presencia de alteraciones afectivas, motivacionales y conductuales con un peso considerable en el funcionamiento psicológico del sujeto (Beck et al., 1979).

> Desde este enfoque, la depresión no se agota en la tristeza o el abatimiento: supone además una forma particular de procesar la información y de interpretar la realidad. Beck (1967) señala que las personas con depresión tienden a organizar su experiencia mediante esquemas cognitivos negativos, que favorecen lecturas pesimistas sobre sí mismas, sobre el entorno y sobre el futuro. Ese patrón, conocido como tríada cognitiva, contribuye a sostener el malestar.

En el plano clínico, la depresión se expresa a través de síntomas emocionales, cognitivos, motivacionales y físicos. Entre los más habituales figuran la tristeza persistente, la pérdida de interés o placer en actividades antes gratificantes, los sentimientos de inutilidad o culpa, la caída de la energía, las alteraciones del sueño y del apetito, las dificultades de concentración y una visión pesimista del futuro (American Psychiatric Association, 2013; Casullo, 1998).

La evidencia reciente también conectó la depresión con dificultades en la regulación emocional. En una revisión sistemática con metaanálisis, Visted et al. (2018) hallaron que las personas con trastorno depresivo mayor usan más estrategias desadaptativas (rumiación, evitación, supresión) y muestran menores niveles de conciencia, claridad y capacidad para regular sus emociones. Los procesos depresivos, entonces, no solo alteran el estado de ánimo: también complican la manera de experimentar, identificar y regular las propias vivencias afectivas.

Desde el campo del bienestar subjetivo, Diener et al. (2018) entienden este constructo como el conjunto de evaluaciones que cada persona hace sobre su propia vida, con componentes tanto cognitivos como afectivos. El bienestar, así entendido, no depende solo de la ausencia de síntomas clínicos, sino también del modo en que cada

quien percibe y valora sus experiencias emocionales. De ahí que el estudio de la sintomatología depresiva pueda enriquecerse con indicadores que capten cómo las personas evalúan sus propios estados de ánimo.

Sobre este telón de fondo cobra sentido analizar en conjunto la sintomatología depresiva y la experiencia subjetiva del estado de ánimo en personas que consumen cannabis. La relación entre el consumo y la aparición de síntomas depresivos fue abordada en numerosos estudios, con conclusiones dispares. Volkow et al. (2014), al revisar la evidencia disponible, señalan que el consumo frecuente se asoció con un mayor riesgo de síntomas depresivos y otros problemas de salud mental, sobre todo cuando el inicio ocurre en la adolescencia; sin embargo, advierten que los datos todavía no permiten afirmar una relación causal, dada la cantidad de variables individuales y contextuales en juego. El metaanálisis longitudinal de Lev-Ran et al. (2014), que integró datos de más de 76.000 participantes, concluyó que el consumo de cannabis se asocia con un aumento del riesgo de desarrollar depresión, en particular entre los consumidores intensivos. Más cerca en el tiempo, Churchill et al. (2025) confirmaron esta asociación al actualizar la evidencia longitudinal, aunque remarcaron que la magnitud del efecto sigue condicionada por la frecuencia de consumo, la edad de inicio y otras características individuales.

Otros trabajos, en cambio, muestran que la asociación se debilita bastante al considerar variables que también podrían explicarla, como los antecedentes de salud mental, el consumo de otras sustancias o ciertas características sociodemográficas. Danielsson et al. (2016) encontraron que la relación entre consumo de cannabis y sintomatología depresiva disminuía tras controlar esos factores, lo que sugiere que no puede atribuirse exclusivamente al cannabis. Ríos-Flórez et al. (2021), por su parte, en un estudio con consumidores de cannabis medicinal y recreativo, observaron que la percepción subjetiva del estado de ánimo no siempre coincidía con los indicadores

clínicos de ansiedad y depresión: los participantes tendían a adjudicarse más alteración emocional que la que reflejaban las escalas, lo que subraya la importancia de considerar tanto la experiencia subjetiva como los indicadores psicopatológicos.

Dos ideas se desprenden de estos hallazgos. La primera es que la evidencia sobre la relación entre cannabis y sintomatología depresiva sigue siendo heterogénea. La segunda, que esa asociación no admite una lectura lineal ni se agota en los indicadores de psicopatología. En esta investigación, la autopercepción del estado de ánimo se entiende como la valoración subjetiva que las personas hacen de sus propios estados afectivos transitorios en un momento dado. Para evaluarla se emplea la Escala de Valoración del Estado de Ánimo (EVEA) de Sanz (2001), un autoinforme diseñado para medir cuatro dimensiones (tristeza, ansiedad, ira y alegría; denominadas depresión y hostilidad en la formulación original de Sanz, se adoptan aquí los rótulos de tristeza e ira, empleados de manera uniforme a lo largo de este trabajo) y sensible a los cambios en esos estados momentáneos. Años más tarde, Del Pino-Sedeño, Peñate y Bethencourt (2010) aportaron nueva evidencia sobre sus propiedades psicométricas: confirmaron su estructura factorial y su capacidad para detectar variaciones en el estado de ánimo, y respaldaron así su utilidad para captar la experiencia subjetiva. Incorporar esta variable permite ampliar la mirada más allá de la sola presencia de síntomas depresivos y acercarse a una comprensión más integral de la experiencia emocional de los consumidores.

Aunque buena parte de la investigación sobre cannabis y salud mental se concentró en adolescentes y adultos jóvenes, en los últimos años creció el interés por estudiar esta relación en población adulta general. Pineda-Roa et al. (2024), con una muestra representativa de 45.986 adultos colombianos de 18 a 65 años, observaron una asociación entre el consumo de cannabis y la sintomatología depresiva, aunque señalaron que variaba según el género y la orientación sexual. Carrà et al. (2019), con

datos de adultos estadounidenses de 18 a 64 años, hallaron una mayor frecuencia de episodios depresivos entre quienes consumían cannabis, sobre todo con patrones de uso más frecuentes. Estos antecedentes habilitan a extender el análisis más allá de la población joven y universitaria, hacia un rango etario más amplio.

A partir de lo revisado se advierte que, si bien la relación entre consumo de cannabis y sintomatología depresiva cuenta con abundante evidencia, son todavía escasos los estudios que incorporan al mismo tiempo indicadores de autopercepción del estado de ánimo en población argentina. Este trabajo busca aportar evidencia empírica sobre ambas variables en adultos residentes en CABA y AMBA.

Preguntas de investigación

Para orientar la investigación se plantean las siguientes preguntas: ¿existen diferencias en los niveles de sintomatología depresiva y en las dimensiones de la autopercepción del estado de ánimo entre adultos consumidores recientes y no consumidores recientes de cannabis? Dentro del grupo de consumidores recientes, ¿qué relación existe entre los patrones de consumo de cannabis (frecuencia, antigüedad y compañía de consumo), la sintomatología depresiva y la autopercepción del estado de ánimo? ¿La relación entre la condición de consumo de cannabis, la sintomatología depresiva y la autopercepción del estado de ánimo varía según características sociodemográficas como la edad, el sexo y el nivel educativo?

Objetivos

El objetivo general de este estudio es comparar los niveles de sintomatología depresiva y las dimensiones de la autopercepción del estado de ánimo entre adultos de 18 a 65 años, consumidores recientes y no consumidores recientes de cannabis, residentes en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA) y el Área Metropolitana de Buenos Aires (AMBA).

Para alcanzarlo se plantean los siguientes objetivos específicos: (a) describir y comparar los niveles de sintomatología depresiva entre consumidores recientes y no consumidores recientes de cannabis; (b) examinar y comparar las dimensiones de tristeza, ansiedad, ira y alegría de la autopercepción del estado de ánimo en ambos grupos; (c) analizar, dentro del grupo de consumidores recientes, la relación entre los patrones de consumo (frecuencia, antigüedad y compañía), la sintomatología depresiva y las dimensiones de la autopercepción del estado de ánimo; y (d) determinar si la relación entre la condición de consumo de cannabis y las variables psicológicas estudiadas varía según la edad, el sexo y el nivel educativo.

Hipótesis

Como hipótesis general se plantea que existirán diferencias significativas en la sintomatología depresiva y en la autopercepción del estado de ánimo entre adultos de 18 a 65 años consumidores recientes y no consumidores recientes de cannabis residentes en CABA y AMBA. Asimismo, se espera que las variables psicológicas estudiadas presenten asociaciones significativas con los patrones de consumo de cannabis.

A partir de esta hipótesis general se derivan las siguientes hipótesis específicas: **H1.** Los adultos consumidores recientes de cannabis presentarán niveles significativamente más elevados de sintomatología depresiva que los no consumidores recientes; **H2.** Los adultos consumidores recientes de cannabis presentarán puntuaciones significativamente mayores en las dimensiones de tristeza, ansiedad e ira, y menores en la dimensión de alegría de la EVEA, en comparación con los no consumidores recientes; **H3.** Dentro del grupo de consumidores recientes, una mayor frecuencia y antigüedad de consumo de cannabis se asociarán con mayores niveles de sintomatología depresiva y con puntuaciones más elevadas en las dimensiones de tristeza, ansiedad e ira, y menores en la dimensión de alegría. Asimismo, se esperan diferencias en estas variables psicológicas según la compañía de consumo; **H4.** La relación entre la

condición de consumo de cannabis y las variables psicológicas estudiadas variará según la edad, el sexo y el nivel educativo.

Metodología

Diseño

La investigación se enmarca en un enfoque cuantitativo, con un diseño no experimental, de corte transversal, alcance descriptivo y correlacional y un componente comparativo entre grupos.

El diseño es no experimental porque las variables no se manipularon de manera deliberada, sino que se observaron tal como se presentaron en la población. Es transversal porque los datos se recolectaron en un único momento temporal (Hernández Sampieri et al., 2014). El alcance es descriptivo, ya que se caracterizaron la sintomatología depresiva, las dimensiones de la autopercepción del estado de ánimo y los patrones de consumo de cannabis, y correlacional, en tanto se analizaron las relaciones entre esas variables. A ello se sumó la comparación entre consumidores recientes y no consumidores recientes de cannabis.

Participantes

La muestra estuvo integrada por 106 adultos de entre 18 y 65 años residentes en CABA y AMBA, clasificados en dos grupos según su condición de consumo: consumidores y no consumidores de cannabis. Del total de 109 respuestas recibidas se excluyeron tres casos cuyo lugar de residencia no correspondía a CABA ni al AMBA, de modo que la muestra analítica final quedó conformada por 106 participantes.

Se utilizó un muestreo no probabilístico por conveniencia, complementado con la técnica de bola de nieve. Los participantes se seleccionaron en función de su accesibilidad y de su disposición voluntaria a participar del estudio.

Los criterios de inclusión fueron tener entre 18 y 65 años, residir en CABA o AMBA y aceptar voluntariamente la participación mediante el consentimiento

informado. Para conformar los grupos se consideró consumidor a toda persona que hubiera consumido cannabis al menos una vez durante los últimos 30 días, y no consumidor a quien no lo hubiera hecho en ese período. Como criterio de exclusión se contempló la presencia de diagnósticos psiquiátricos severos o trastornos psicóticos informados por los propios participantes.

Procedimiento

La recolección de datos se realizó de manera virtual, mediante un formulario diseñado en la plataforma Google Forms. Al ingresar, los participantes accedían a una hoja de información del estudio y al consentimiento informado, donde se explicitaban los objetivos de la investigación, el carácter voluntario de la participación, la confidencialidad de los datos y la posibilidad de abandonar en cualquier momento sin ningún tipo de consecuencia.

Quienes aceptaban participar completaban primero el cuestionario sociodemográfico y de consumo de cannabis y, a continuación, el Inventario de Depresión de Beck-II (BDI-II; adaptación argentina de Brenlla y Rodríguez, 2006) y la Escala de Valoración del Estado de Ánimo (EVEA; Sanz, 2001). Las puntuaciones de la EVEA se transformaron linealmente para expresarlas en el rango 0-10 del instrumento original.

El formulario se difundió a través de redes sociales y distintos medios digitales. Además, se recurrió a la técnica de bola de nieve: se pidió a los participantes que compartieran el enlace del cuestionario con otras personas que cumplieran los criterios de inclusión, con el fin de ampliar el alcance de la muestra y facilitar el reclutamiento. Los datos obtenidos se analizaron de forma grupal, resguardando en todo momento el anonimato y la confidencialidad de los participantes.

Análisis de datos

Los datos se procesaron con Jamovi 2.7.37. En una primera etapa se depuró la base de datos mediante la verificación de los criterios de inclusión (edad entre 18 y 65 años, residencia en CABA o AMBA) y de exclusión (diagnóstico psiquiátrico severo autoinformado), y la revisión de casos incompletos, valores perdidos, posibles respuestas duplicadas y valores atípicos.

Luego se calcularon estadísticos descriptivos para caracterizar la muestra y las variables de estudio. Para las variables categóricas se obtuvieron frecuencias absolutas y porcentajes; para las cuantitativas, medidas de tendencia central y dispersión (media y desviación estándar, y también mediana, mínimo y máximo, dado que se anticipaban distribuciones asimétricas). La consistencia interna del BDI-II y de cada una de las dimensiones de la EVEA se evaluó mediante el coeficiente alfa de Cronbach y el omega de McDonald.

Antes de los análisis inferenciales se examinó la normalidad de las distribuciones en cada grupo mediante la prueba de Shapiro-Wilk y la inspección de gráficos Q-Q, y la homogeneidad de las varianzas mediante la prueba de Levene. La elección entre pruebas paramétricas y no paramétricas se decidió a partir del cumplimiento de estos supuestos: ante su cumplimiento razonable se optó por la alternativa paramétrica y, en caso contrario, por la no paramétrica equivalente.

Para contrastar la primera hipótesis, referida a las diferencias en la sintomatología depresiva entre consumidores recientes y no consumidores recientes de cannabis, se compararon las puntuaciones totales del BDI-II entre ambos grupos. Cuando se cumplió el supuesto de normalidad se utilizó la prueba t de Welch para muestras independientes, informando la *d* de Cohen (o *g* de Hedges) como tamaño del efecto; en caso contrario se empleó la prueba U de Mann-Whitney, con la correlación

rango-biserial como medida del efecto. En ambos casos se informaron los intervalos de confianza del 95%.

Para contrastar la segunda hipótesis se compararon las puntuaciones de consumidores recientes y no consumidores recientes en cada una de las cuatro dimensiones de la EVEA (tristeza, ansiedad, ira y alegría) mediante pruebas independientes entre grupos (t de Welch o U de Mann-Whitney, según el cumplimiento de los supuestos en cada dimensión). Dado que ello implica cuatro contrastes simultáneos, se aplicó un ajuste del nivel de significación mediante el procedimiento de Holm para controlar la tasa de error por familia. Cada comparación se acompañó de su correspondiente tamaño del efecto (*d* de Cohen o correlación rango-biserial) e intervalo de confianza del 95%.

Para contrastar la tercera hipótesis, los análisis se circunscribieron al grupo de consumidores recientes. La relación entre la frecuencia y la antigüedad de consumo de cannabis y las puntuaciones del BDI-II y de las dimensiones de la EVEA se examinó mediante coeficientes de correlación de Spearman (ρ). Las diferencias en las variables psicológicas según la compañía de consumo se evaluaron con la prueba U de Mann-Whitney cuando la variable presentaba dos categorías y con la prueba de Kruskal-Wallis (con comparaciones posteriores de Dwass-Steel-Critchlow-Fligner) cuando presentaba tres o más. Cada comparación se acompañó de la correlación rango-biserial (U de Mann-Whitney) o de épsilon al cuadrado (Kruskal-Wallis) como medida del tamaño del efecto. Previamente se revisó el tamaño de cada subgrupo y, en los casos con categorías escasamente representadas, estas se agruparon para garantizar celdas de tamaño suficiente. Dado el menor tamaño de este subconjunto de la muestra, estos análisis se interpretaron con cautela.

La cuarta hipótesis, referida a si la relación entre la condición de consumo de cannabis y las variables psicológicas variaba según la edad, el sexo o el nivel educativo,

se abordó con un carácter exploratorio mediante análisis estratificados. Para el sexo, se repitieron las comparaciones entre consumidores recientes y no consumidores recientes (t de Welch o U de Mann-Whitney, según correspondiera) por separado dentro del subgrupo de varones y del subgrupo de mujeres, tanto para el BDI-II como para las cuatro dimensiones de la EVEA. Para el nivel educativo, se aplicó el mismo procedimiento agrupando las categorías en niveles más amplios (secundario, terciario/universitario y posgrado) cuando el tamaño de las celdas lo permitió, comparando consumidores y no consumidores dentro de cada nivel mediante U de Mann-Whitney o, cuando fue posible por normalidad, t de Welch. Para la edad, dado su carácter continuo, se calcularon correlaciones de Spearman entre la edad y las puntuaciones del BDI-II y de la EVEA por separado en cada grupo de consumo, con el fin de observar si la asociación seguía un patrón similar o distinto entre consumidores y no consumidores. Dado el tamaño reducido de algunos de estos subgrupos, los resultados de este análisis se interpretaron con cautela y se consideraron de carácter preliminar y descriptivo, sin pretender establecer relaciones de moderación en sentido estadístico estricto.

En los análisis confirmatorios (H1 a H3) se adoptó un nivel de significación de $\alpha = .05$, se informaron intervalos de confianza del 95% y se acompañó cada prueba de significación con la medida de tamaño del efecto correspondiente. Los análisis exploratorios de la H4 se reportan de manera descriptiva, dado su carácter preliminar.

Resultados

A continuación se presentan los resultados de los análisis descriptivos, de fiabilidad e inferenciales realizados con Jamovi 2.7.37 sobre la muestra final de 106 adultos (58 consumidores recientes y 48 no consumidores recientes de cannabis), una vez aplicados los criterios de inclusión y exclusión detallados en Metodología.

Características sociodemográficas de la muestra

La Tabla 1 presenta las características sociodemográficas de la muestra, separadas por condición de consumo. Los consumidores recientes fueron en promedio más jóvenes que los no consumidores recientes (M = 31.1, DE = 10.1 y M = 36.3, DE = 14.4, respectivamente). La distribución por género, nivel educativo y lugar de residencia fue relativamente similar entre ambos grupos.

Tabla 1

Características sociodemográficas de la muestra, por condición de consumo (N = 106)

Variable	Consumidor reciente (n = 58)	No consumidor reciente (n = 48)
Edad, M (DE)	31.1 (10.1)	36.3 (14.4)
Género, n (%)		
Femenino	22 (37.9%)	23 (47.9%)
Masculino	36 (62.1%)	25 (52.1%)
Nivel educativo, n (%)		
Secundario incompleto	2 (3.4%)	0 (0.0%)
Secundario completo	9 (15.5%)	4 (8.3%)
Terciario/Universitario incompleto	25 (43.1%)	14 (29.2%)
Terciario/Universitario completo	16 (27.6%)	25 (52.1%)
Posgrado	6 (10.3%)	5 (10.4%)
Residencia, n (%)		
CABA	42 (72.4%)	32 (66.7%)
GBA	16 (27.6%)	16 (33.3%)

Nota. Se excluyeron 3 casos con residencia fuera de CABA/AMBA, conforme al criterio de inclusión.

Consistencia interna de los instrumentos

La Tabla 2 muestra los coeficientes de fiabilidad del BDI-II y de las cuatro subescalas de la EVEA, calculados sobre la muestra total. Todos los valores de alfa de Cronbach y omega de McDonald superaron .82, lo que indica una consistencia interna adecuada a excelente para todas las escalas.

Tabla 2

Coeficientes de fiabilidad de los instrumentos (N = 106)

Escala	N.º de ítems	α de Cronbach	ω de McDonald
BDI-II	21	.883	.891
EVEA – Tristeza	4	.887	.893
EVEA – Ansiedad	4	.873	.876
EVEA – Ira	4	.897	.904
EVEA – Alegría	4	.827	.857

Estadísticos descriptivos y prueba de normalidad

La Tabla 3 presenta los estadísticos descriptivos del BDI-II y de las cuatro dimensiones de la EVEA, junto con los resultados de la prueba de Shapiro-Wilk para cada grupo. En todos los casos, al menos uno de los dos grupos presentó una distribución significativamente distinta de la normal ($p < .05$), por lo que se optó por reportar las pruebas no paramétricas (U de Mann-Whitney) como resultado principal en los contrastes de H1 y H2, complementadas con las pruebas t de Student y de Welch a modo de referencia.

Tabla 3

Estadísticos descriptivos y prueba de normalidad de Shapiro-Wilk, por grupo (N = 106)

Variable	Grupo	M	Mdn	DE	Mín	Máx	W	p
BDI_total	Consumidor reciente	9.98	9.00	8.45	0	49	0.829	< .001
	No consumidor reciente	7.98	6.00	6.82	0	24	0.906	< .001
EVEA Tristeza	Consumidor reciente	2.51	2.38	2.13	0.00	8.25	0.918	< .001
	No consumidor reciente	2.13	1.38	2.06	0.00	6.75	0.874	< .001
EVEA Ansiedad	Consumidor reciente	2.82	2.75	2.07	0.00	7.75	0.948	.015
	No consumidor reciente	2.73	2.50	2.15	0.00	8.25	0.939	.015
EVEA Ira	Consumidor reciente	1.69	1.13	1.87	0.00	6.75	0.825	< .001
	No consumidor reciente	1.75	1.25	1.77	0.00	5.50	0.867	< .001
EVEA Alegría	Consumidor reciente	5.53	5.75	1.68	1.50	9.00	0.977	.332
	No consumidor reciente	5.86	6.00	1.75	1.25	9.00	0.943	.022

Diferencias en sintomatología depresiva entre grupos (H1)

La Tabla 4 presenta la comparación de las puntuaciones totales del BDI-II entre consumidores recientes y no consumidores recientes. La prueba U de Mann-Whitney no mostró diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos, $U = 1191$, $p = .202$, correlación rango-biserial = -.144. Los resultados de las pruebas t de Student y de

Welch, reportados como referencia, son consistentes con esta conclusión. Por lo tanto, no se encontró apoyo empírico para H1.

Tabla 4

Comparación de BDI_total entre grupos (H1)

Prueba	Estadístico	gl	p	Tamaño del efecto	IC 95%
T de Student	1.32	104	.188	d = 0.258	[-0.126, 0.642]
T de Welch	1.35	104	.180	d = 0.261	n.d.
U de Mann-Whitney	1191	—	.202	rb = -0.144	n.d.

Nota. n.d. = no disponible (Jamovi no calculó el intervalo de confianza para esta prueba/estadístico). Resultado principal: U de Mann-Whitney.

Diferencias en las dimensiones de la EVEA entre grupos (H2)

La Tabla 5 presenta la comparación de las cuatro dimensiones de la EVEA entre ambos grupos. Ninguna de las cuatro comparaciones resultó significativa (todos los p > .30). Al ordenar los p-valores de Mann-Whitney de menor a mayor para aplicar el procedimiento de Holm (alegría = .304, tristeza = .371, ansiedad = .785, ira = .924), el menor de ellos ya no superó su propio umbral ajustado (.304 > .0125), por lo que el procedimiento se detuvo en el primer paso y ninguna comparación resultó significativa tras el ajuste. Los tamaños del efecto fueron pequeños en las cuatro dimensiones (|rb| entre .01 y .12). No se encontró apoyo empírico para H2.

Tabla 5

Comparación de las dimensiones EVEA entre grupos, con ajuste de Holm (H2)

Dimensión	Prueba	Estadístico	gl	p	Tamaño del efecto	IC 95%
Tristeza	T de Student	0.947	104	.346	d = 0.185	[-0.199, 0.568]
	T de Welch	0.951	101.5	.344	d = 0.185	n.d.
	U de Mann-Whitney	1251	—	.371	rb = -0.101	n.d.
Ansiedad	T de Student	0.216	104	.829	d = 0.042	[-0.340, 0.425]
	T de Welch	0.216	98.8	.830	d = 0.042	n.d.
	U de Mann-Whitney	1349	—	.785	rb = -0.031	n.d.
Ira	T de Student	-0.169	104	.866	d = -0.033	[-0.415, 0.350]
	T de Welch	-0.170	102.2	.865	d = -0.033	n.d.
	U de Mann-Whitney	1377	—	.924	rb = 0.011	n.d.

Dimensión	Prueba	Estadístico	gl	p	Tamaño del efecto	IC 95%
Alegría	T de Student	-0.989	104	.325	d = -0.193	[-0.576, 0.191]
	T de Welch	-0.985	98.7	.327	d = -0.193	n.d.
	U de Mann-Whitney	1230	—	.304	rb = 0.116	n.d.

Nota. Orden ascendente de p (Mann-Whitney) para el procedimiento de Holm: alegría (.304) < tristeza (.371) < ansiedad (.785) < ira (.924). Umbrales: .0125 / .0167 / .025 / .05. Ninguna comparación superó su umbral. n.d. = no disponible.

Relación con los patrones de consumo dentro de consumidores recientes (H3)

Los análisis de H3 se restringieron al subgrupo de consumidores recientes (n = 58; n = 57 en los análisis que involucran la frecuencia y la antigüedad de consumo, por un dato faltante). La Tabla 6 presenta la matriz de correlaciones de Spearman entre BDI_total, las cuatro dimensiones de la EVEA, la frecuencia de consumo en los últimos 30 días y la antigüedad de consumo. Ninguna de las correlaciones entre BDI_total o las dimensiones EVEA con la frecuencia o la antigüedad de consumo alcanzó significación estadística (todos los $p > .05$), si bien la asociación entre BDI_total y la frecuencia de consumo se ubicó en el límite convencional y en la dirección prevista ($\rho = .258$, $p = .053$). La frecuencia y la antigüedad de consumo sí correlacionaron significativamente entre sí ($\rho = .303$, $p = .022$), lo que indica que quienes consumen desde hace más tiempo tienden a hacerlo con mayor frecuencia. Por su parte, BDI_total correlacionó fuerte y significativamente con las tres dimensiones negativas de la EVEA (tristeza, ansiedad e ira; todos los ρ entre .59 y .61, $p < .001$), que a su vez correlacionaron fuertemente entre sí (ρ entre .73 y .78, $p < .001$), lo que aporta evidencia de validez convergente entre los instrumentos. La dimensión Alegría no correlacionó de forma significativa con ninguna otra variable en este subgrupo.

Tabla 6

Correlaciones de Spearman entre variables psicológicas y patrones de consumo, en consumidores recientes (n = 58)

Variable	1	2	3	4	5	6	7
1. BDI_total	—						

Variable	1	2	3	4	5	6	7
2. EVEA Tristeza	.607**	—					
3. EVEA Ansiedad	.596**	.781**	—				
4. EVEA Ira	.588**	.770**	.734**	—			
5. EVEA Alegría	-.187	-.232	-.132	-.072	—		
6. Frecuencia de consumo	.258	.043	-.018	.057	-.119	—	
7. Antigüedad de consumo	.195	.144	.147	.092	.145	.303*	—

*Nota. Coeficientes rho de Spearman. Las correlaciones que involucran la frecuencia o la antigüedad de consumo se basan en n = 57 por un dato faltante. * p < .05. ** p < .001.*

Debido al bajo número de casos en la categoría original "Solo" (n = 2), la variable de compañía de consumo se recodificó en dos categorías: "Acompañado" (n = 15) e "Incluye consumo en soledad" (n = 42, que agrupa a quienes consumen solos y a quienes alternan ambas modalidades). La Tabla 7 muestra que ninguna de las cinco variables psicológicas difirió significativamente entre ambas modalidades de compañía (todos los p > .14). En conjunto, los resultados de la Tabla 6 y la Tabla 7 no brindan apoyo empírico para H3.

Tabla 7

Comparación de BDI_total y las dimensiones EVEA según compañía de consumo, en consumidores recientes (n = 58)

Variable	Prueba	Estadístico	gl	p	Tamaño del efecto
BDI_total	T de Welch	-0.093	30.5	.926	d = -0.025
	U de Mann-Whitney	297	—	.744	rb = -0.059
EVEA Tristeza	T de Welch	0.331	28.2	.743	d = 0.093
	U de Mann-Whitney	279	—	.512	rb = -0.116
EVEA Ansiedad	T de Welch	1.462	28.4	.155	d = 0.410
	U de Mann-Whitney	234	—	.144	rb = -0.257
EVEA Ira	T de Welch	0.351	29.5	.728	d = 0.097
	U de Mann-Whitney	266	—	.371	rb = -0.157
EVEA Alegría	T de Welch	-0.039	35.6	.969	d = -0.010
	U de Mann-Whitney	332	—	.765	rb = 0.054

Análisis exploratorios estratificados (H4)

Con carácter exploratorio y preliminar, se repitieron las comparaciones entre consumidores recientes y no consumidores recientes dentro de subgrupos definidos por sexo, nivel educativo y edad. La Tabla 8 presenta las comparaciones estratificadas por sexo. Entre las mujeres (n = 45) no se observó ninguna diferencia significativa. Entre los varones (n = 61), la prueba t de Welch mostró una diferencia significativa en EVEA Tristeza (p = .041); sin embargo, la prueba U de Mann-Whitney para la misma comparación no alcanzó significación (p = .094). Dado que esta variable no cumple el supuesto de normalidad (Tabla 3), se adopta el resultado de Mann-Whitney como criterio, por lo que esta diferencia se interpreta como una tendencia no concluyente y no como un hallazgo significativo.

Tabla 8

Comparación de BDI_total y las dimensiones EVEA entre consumidores y no consumidores recientes, por sexo

Sexo	Variable	Prueba	Estadístico	gl	p	Tamaño del efecto
Femenino (n = 45)	BDI_total	T de Welch	0.336	39.4	.739	d = 0.101
		U de Mann-Whitney	243	—	.828	rb = -0.040
	EVEA Tristeza	T de Welch	-0.784	40.6	.437	d = -0.233
		U de Mann-Whitney	231	—	.624	rb = 0.087
	EVEA Ansiedad	T de Welch	-0.637	41.1	.528	d = -0.189
		U de Mann-Whitney	242	—	.802	rb = 0.046
	EVEA Ira	T de Welch	0.148	41.1	.883	d = 0.044
		U de Mann-Whitney	249	—	.936	rb = 0.016
	EVEA Alegría	T de Welch	-0.493	37.3	.625	d = -0.148
		U de Mann-Whitney	235	—	.690	rb = 0.071
Masculino (n = 61)	BDI_total	T de Welch	1.287	56.2	.203	d = 0.331
		U de Mann-Whitney	365	—	.212	rb = -0.190
	EVEA Tristeza	T de Welch	2.091	58.9	.041	d = 0.528

Sexo	Variable	Prueba	Estadístico	gl	p	Tamaño del efecto
		U de Mann-Whitney	336	—	.094	rb = -0.254
	EVEA Ansiedad	T de Welch	0.763	55.5	.449	d = 0.196
		U de Mann-Whitney	409	—	.547	rb = -0.092
	EVEA Ira	T de Welch	-0.477	51.4	.635	d = -0.124
		U de Mann-Whitney	431	—	.785	rb = 0.042
	EVEA Alegría	T de Welch	-0.760	42.3	.451	d = -0.203
		U de Mann-Whitney	390	—	.378	rb = 0.134

Para el nivel educativo, las categorías se agruparon en Secundario, Terciario/Universitario y Posgrado. El cruce correspondiente a Posgrado (6 consumidores y 5 no consumidores) se omitió por tamaño insuficiente. La Tabla 9 muestra que, tanto en el nivel Secundario (n = 15, con solo 4 no consumidores) como en Terciario/Universitario (n = 80), ninguna comparación resultó significativa, aunque en este último grupo BDI_total mostró una tendencia cercana a la significación (U de Mann-Whitney, p = .079).

Tabla 9

Comparación de BDI_total y las dimensiones EVEA entre consumidores y no consumidores recientes, por nivel educativo agrupado

Nivel educativo	Variable	Prueba	Estadístico	gl	p	Tamaño del efecto
Secundario (n = 15)	EVEA Tristeza	T de Welch	-0.443	4.96	.676	d = -0.264
		U de Mann-Whitney	15.5	—	.432	rb = 0.296
	EVEA Ansiedad	T de Welch	-0.369	4.93	.728	d = -0.220
		U de Mann-Whitney	21.0	—	.949	rb = 0.046
	EVEA Ira	T de Welch	-0.522	6.08	.620	d = -0.295
		U de Mann-Whitney	19.5	—	.792	rb = 0.114
	EVEA Alegría	T de Welch	0.369	5.11	.727	d = 0.218

Nivel educativo	Variable	Prueba	Estadístico	gl	p	Tamaño del efecto
Terciario/Universitario (n = 80)	BDI_total	U de Mann-Whitney	20.0	—	.844	rb = -0.091
		T de Welch	0.013	10.92	.990	d = 0.006
	EVEA Tristeza	U de Mann-Whitney	17.0	—	.556	rb = 0.227
		T de Welch	1.085	78.0	.281	d = 0.243
	EVEA Ansiedad	U de Mann-Whitney	695	—	.315	rb = -0.131
		T de Welch	0.189	77.3	.851	d = 0.042
	EVEA Ira	U de Mann-Whitney	771	—	.783	rb = -0.036
		T de Welch	-0.279	78.0	.781	d = -0.063
	EVEA Alegría	U de Mann-Whitney	763	—	.726	rb = 0.046
		T de Welch	-1.296	78.0	.199	d = -0.290
	BDI_total	U de Mann-Whitney	675	—	.232	rb = 0.156
		T de Welch	1.647	77.9	.104	d = 0.368
		U de Mann-Whitney	617	—	.079	rb = -0.228

Nota. Posgrado (n = 11: 6 consumidores, 5 no consumidores) se omitió del análisis por tamaño de celda insuficiente.

Finalmente, la Tabla 10 presenta las correlaciones de Spearman entre la edad y las variables psicológicas, calculadas por separado en cada grupo. Ninguna correlación fue significativa en el grupo de no consumidores. En el grupo de consumidores recientes, la correlación entre edad y BDI_total estuvo cerca del umbral convencional de significación ($\rho = -.253$, $p = .056$), sugiriendo una posible tendencia a menor sintomatología depresiva a mayor edad dentro de este grupo, sin alcanzar significación estadística.

Tabla 10

Correlaciones de Spearman entre edad y variables psicológicas, por grupo de consumo

Grupo	BDI_total	EVEA Tristeza	EVEA Ansiedad	EVEA Ira	EVEA Alegría
Consumidor reciente (n = 58)	ρ = -.253, p = .056	ρ = -.127, p = .344	ρ = -.071, p = .598	ρ = .102, p = .447	ρ = .194, p = .145
No consumidor reciente (n = 48)	ρ = -.028, p = .849	ρ = -.094, p = .526	ρ = -.149, p = .313	ρ = -.059, p = .688	ρ = .016, p = .912

En síntesis, ninguna de las cuatro hipótesis específicas (H1-H4) recibió apoyo estadístico significativo con la muestra analizada. Los resultados fueron consistentes en las distintas pruebas aplicadas (paramétricas y no paramétricas), y las únicas tendencias cercanas a la significación (EVEA Tristeza en varones, BDI_total en el nivel Terciario/Universitario, y las asociaciones del BDI_total con la edad y con la frecuencia de consumo dentro del grupo de consumidores recientes) se señalan como hallazgos preliminares a explorar en futuras investigaciones con muestras de mayor tamaño.

Discusión

El objetivo general de este trabajo fue comparar los niveles de sintomatología depresiva y las dimensiones de la autopercepción del estado de ánimo entre adultos consumidores recientes y no consumidores recientes de cannabis residentes en CABA y AMBA, así como explorar su relación con los patrones de consumo y con variables sociodemográficas. Contrario a lo hipotetizado, ninguna de las cuatro hipótesis específicas recibió apoyo estadístico significativo: los consumidores recientes no presentaron niveles más elevados de sintomatología depresiva (H1) ni puntuaciones más desfavorables en las dimensiones de la EVEA (H2); dentro del grupo de consumidores, ni la frecuencia, ni la antigüedad, ni la compañía de consumo se asociaron con estas variables (H3); y los análisis estratificados por sexo, nivel educativo y edad no revelaron patrones diferenciales consistentes según la condición de consumo (H4). Estos resultados, lejos de constituir un hallazgo anómalo, resultan consistentes con buena parte de la literatura revisada, que describe una relación heterogénea y

condicionada por características poblacionales entre el consumo de cannabis y la salud mental.

Respecto de H1, la ausencia de diferencias en el BDI-II entre grupos contrasta, en principio, con los hallazgos de Lev-Ran et al. (2014) y con la actualización de Churchill et al. (2025), quienes reportaron una asociación entre el consumo de cannabis y un mayor riesgo de sintomatología depresiva. Sin embargo, ambos trabajos señalan que dicha asociación es más marcada entre consumidores intensivos y con inicio en la adolescencia, un perfil que no predomina en la presente muestra, compuesta por adultos de entre 18 y 65 años con un consumo mayoritariamente esporádico a moderado. Cabe destacar, además, que las puntuaciones medias de ambos grupos (M = 9.98 en consumidores y M = 7.98 en no consumidores) se ubicaron dentro del rango de sintomatología mínima del inventario, lo que indica que se trabajó con una muestra comunitaria de bajo malestar depresivo y no con población clínica. En este sentido, el resultado se aproxima más a lo reportado por Danielsson et al. (2016), quienes observaron que la relación entre consumo de cannabis y sintomatología depresiva se debilitaba sustancialmente al controlar por variables como los antecedentes de salud mental y el consumo de otras sustancias, lo que sugiere que dicha asociación no es atribuible al cannabis de manera aislada. Asimismo, Volkow et al. (2014) advierten que la evidencia disponible no permite establecer una relación causal, dada la multiplicidad de variables individuales y contextuales involucradas, advertencia que el diseño transversal del presente estudio no está en condiciones de resolver.

En cuanto a H2, tampoco se hallaron diferencias en ninguna de las cuatro dimensiones de la EVEA, ni siquiera antes de aplicar la corrección por comparaciones múltiples. Este resultado puede leerse en relación con lo señalado por Ríos-Flórez et al. (2021), quienes encontraron que la percepción subjetiva del estado de ánimo no siempre coincide con los indicadores clínicos de ansiedad y depresión en consumidores de

cannabis. En el presente estudio ocurrió lo inverso a lo que ese antecedente podría anticipar: tanto el indicador clínico (BDI-II) como el de autopercepción transitoria (EVEA) coincidieron en no mostrar diferencias entre grupos, lo que fortalece la conclusión de que, en esta muestra, la condición de consumo no se asocia con un peor estado emocional, más allá del instrumento utilizado. Cabe considerar, además, que la EVEA evalúa el estado de ánimo en el momento de la administración (Sanz, 2001), por lo que resulta especialmente sensible a fluctuaciones transitorias y, en principio, menos comparable con la ventana temporal de dos semanas que releva el BDI-II; que ambos instrumentos hayan arrojado resultados convergentes fortalece la robustez del hallazgo antes que debilitarlo.

La ausencia de asociación entre los patrones de consumo (frecuencia, antigüedad y compañía) y las variables psicológicas estudiadas (H3) es, quizás, uno de los resultados más interesantes para interpretar a la luz del marco teórico adoptado. Antecedentes locales como los de Pilatti et al. (2019, 2022) y Rivarola Montejano et al. (2022) encontraron que la frecuencia de consumo y las expectativas positivas hacia la sustancia se relacionaban con un mayor consumo y con más consecuencias negativas, aunque en muestras universitarias jóvenes con un perfil de consumo marcadamente recreativo. Los datos poblacionales argentinos, en cambio, muestran que una proporción mayoritaria de los usuarios adultos refiere motivos vinculados a la relajación, el descanso y el alivio de tensiones y malestares emocionales (SEDRONAR, 2023; INDEC, 2023). Si bien el presente estudio no relevó los motivos de consumo —una limitación sobre la que se vuelve más adelante—, esa composición motivacional documentada a nivel nacional resulta compatible con la Hipótesis de la Automedicación de Khantzian (2013) y con la noción de autoatención de Llort Suárez (2017) y Menéndez (2005): si una proporción relevante de los consumidores recurre al cannabis como estrategia de regulación emocional, es esperable que, en un corte transversal, sus

niveles de malestar no difieran de los de quienes no consumen, ni escalen con la frecuencia de uso. Naturalmente, el diseño de este estudio no permite distinguir si el cannabis efectivamente cumple esa función reguladora o si, simplemente, los consumidores de esta muestra no presentan un perfil de riesgo diferenciado; se trata de una interpretación plausible, no de una conclusión establecida, que futuras investigaciones con diseños longitudinales podrían poner a prueba. Cabe matizar, no obstante, que la asociación entre la frecuencia de consumo y la sintomatología depresiva se ubicó en el límite de la significación convencional ($\rho = .258$, $p = .053$) y en la dirección anticipada por H3, de modo que la ausencia de asociación debe leerse como falta de evidencia concluyente en una muestra de potencia limitada antes que como una demostración de independencia entre ambas variables.

Un hallazgo colateral de los análisis de H3 merece ser destacado. Dentro del grupo de consumidores recientes, las puntuaciones del BDI-II correlacionaron de manera fuerte y significativa con las tres dimensiones negativas de la EVEA —tristeza, ansiedad e ira—, con coeficientes de Spearman entre .59 y .61 ($p < .001$), que a su vez correlacionaron intensamente entre sí (ρ entre .73 y .78). Este patrón aporta evidencia de validez convergente entre ambos instrumentos y respalda la consistencia de las mediciones realizadas, en un sentido que matiza la discrepancia entre autopercepción e indicadores clínicos descripta por Ríos-Flórez et al. (2021). La dimensión de alegría, por el contrario, no correlacionó significativamente con ninguna otra variable en este subgrupo, lo que resulta coherente con la concepción del bienestar subjetivo como un constructo con componentes relativamente independientes del malestar y no reducible a la mera ausencia de síntomas (Diener et al., 2018).

Los análisis exploratorios de H4 no arrojaron diferencias significativas entre consumidores y no consumidores dentro de ninguno de los subgrupos examinados, aunque se identificaron tres tendencias que, sin alcanzar significación estadística,

resultan de interés para orientar futuras investigaciones. En primer lugar, la dimensión de tristeza de la EVEA mostró una diferencia significativa entre varones consumidores y no consumidores al aplicar la prueba t de Welch ($p = .041$), que no se replicó con la prueba U de Mann-Whitney ($p = .094$); dado que se privilegió esta última por el incumplimiento del supuesto de normalidad, el hallazgo se interpreta como preliminar. En segundo lugar, dentro del nivel educativo terciario/universitario, el BDI-II mostró una diferencia cercana al umbral convencional de significación ($p = .079$). En tercer lugar, dentro del grupo de consumidores recientes, la edad correlacionó negativamente con el BDI-II en un valor cercano a la significación ($\rho = -.253$, $p = .056$), lo que podría sugerir que los consumidores de mayor edad presentan, en promedio, menor sintomatología depresiva que los más jóvenes, una tendencia que, de confirmarse en estudios con mayor potencia, sería coherente con procesos de maduración emocional o con patrones de consumo más estables en la adultez media y tardía, en línea con lo señalado por Pineda-Roa et al. (2024) sobre la variabilidad de esta asociación según características poblacionales. La ausencia de diferencias por sexo, en cambio, no replica lo reportado por ese mismo antecedente, si bien el tamaño de los subgrupos limita seriamente la comparabilidad: el estrato de posgrado debió omitirse por celdas insuficientes y el de nivel secundario contó con apenas cuatro no consumidores.

Diversas limitaciones metodológicas deben considerarse al interpretar estos resultados. En primer lugar, el tamaño muestral ($N = 106$, con subgrupos aún más reducidos en los análisis de H3 y H4) implica un poder estadístico limitado para detectar efectos de magnitud pequeña a moderada; con la distribución de grupos obtenida, solo efectos de aproximadamente $d \geq 0.55$ habrían podido detectarse con una potencia del 80%. El intervalo de confianza del tamaño del efecto obtenido en H1 ([-0.13, 0.64]) ilustra este punto, ya que resulta compatible tanto con la ausencia de diferencia como con un efecto mediano real. En segundo lugar, el muestreo no

probabilístico por conveniencia y bola de nieve, sumado al carácter voluntario y anónimo de la participación, probablemente favoreció la inclusión de personas con un funcionamiento psicológico relativamente saludable; la concentración de ambos grupos en el rango de sintomatología mínima del BDI-II sugiere, en efecto, una restricción del rango que atenúa las asociaciones detectables. En tercer lugar, el diseño transversal impide establecer relaciones causales o secuenciales entre el consumo de cannabis y las variables psicológicas estudiadas. En cuarto lugar, la variable de consumo reciente (últimos 30 días) agrupa patrones de uso heterogéneos, desde un consumo esporádico hasta un consumo diario, lo que pudo diluir asociaciones que solo se manifiestan en los extremos de dicho continuo; asimismo, el cuestionario ad hoc no relevó la cantidad de cannabis consumida, los motivos de uso ni el contexto específico de consumo, dimensiones contempladas originalmente en los objetivos que debieron reformularse en función de las variables efectivamente disponibles. Tampoco se distinguió entre finalidad terapéutica y recreativa, distinción especialmente pertinente en el contexto argentino de expansión del REPROCANN. En quinto lugar, los grupos difirieron en edad promedio (31.1 años los consumidores frente a 36.3 los no consumidores), diferencia que no fue controlada estadísticamente y que podría operar como variable confusora. Finalmente, al tratarse de medidas de autoinforme, no puede descartarse la influencia de la deseabilidad social o de sesgos de memoria, en particular en una temática que, pese a los avances normativos descriptos en la Introducción, continúa atravesada por cierta estigmatización social (Mata-Zamora, 2020).

Pese a estas limitaciones, los hallazgos permiten delinear algunas implicancias prácticas. Los resultados aportan evidencia local que relativiza la presunción de una vinculación directa entre el consumo de cannabis y el malestar depresivo en adultos de población general con consumos no problemáticos, lo que sugiere que la evaluación en salud mental debería focalizarse en la intensidad y la función que el consumo cumple

para cada sujeto antes que en la condición de consumo como categoría en sí misma. En un contexto de ampliación sostenida del acceso legal al cannabis medicinal, este tipo de evidencia contribuye además a desactivar representaciones estigmatizantes históricamente asociadas al usuario de cannabis (Mata-Zamora, 2020) y a orientar los dispositivos de cuidado hacia enfoques de reducción de daños. La elevada convergencia hallada entre el BDI-II y las dimensiones negativas de la EVEA respalda, por su parte, la utilidad de instrumentos breves de autopercepción del estado de ánimo como recurso complementario en tareas de tamizaje.

En conjunto, estos resultados no permiten sostener que el consumo reciente de cannabis se asocie con una mayor sintomatología depresiva o con una autopercepción del estado de ánimo más desfavorable en adultos de CABA y AMBA, al menos con el diseño y el tamaño muestral empleados. Lejos de cerrar la pregunta, este hallazgo refuerza la necesidad de continuar investigando esta relación con muestras de mayor tamaño y poder estadístico, diseños longitudinales que permitan explorar direcciones causales, comparaciones con población clínica y medidas más precisas de los patrones de consumo (cantidad, potencia, contexto y motivación). Incorporar explícitamente los motivos de consumo como variable moderadora —en particular, distinguir entre un consumo orientado a la regulación emocional y un consumo de tipo recreativo—, así como variables mediadoras del tipo de las estrategias de regulación emocional (Visted et al., 2018) o las expectativas hacia la sustancia (Rivarola Montejano et al., 2022), podría resultar especialmente productivo para integrar los hallazgos, en apariencia contradictorios, de la literatura sobre cannabis y salud mental.

Conclusiones

En una muestra de 106 adultos residentes en CABA y AMBA no se hallaron diferencias significativas en sintomatología depresiva ni en las dimensiones de la autopercepción del estado de ánimo entre consumidores recientes y no consumidores

recientes de cannabis. Tampoco se observaron asociaciones significativas entre las variables psicológicas y la frecuencia, la antigüedad o la compañía de consumo, ni patrones diferenciales consistentes según edad, sexo o nivel educativo. Los instrumentos empleados mostraron una consistencia interna adecuada a excelente y una fuerte convergencia entre sí en el registro del malestar afectivo.

Los resultados sugieren que, en adultos de población general con consumos mayoritariamente no problemáticos, el consumo reciente de cannabis no se asocia por sí mismo a mayores niveles de sintomatología depresiva ni a una autopercepción más desfavorable del estado de ánimo. Antes que refutar la evidencia internacional, este trabajo señala que dicha asociación probablemente dependa de patrones específicos de uso, de la edad de inicio y de factores individuales y contextuales concurrentes, cuya identificación requiere diseños de mayor alcance y potencia. Su principal aporte reside en ofrecer datos empíricos locales sobre dos variables escasamente estudiadas de manera conjunta en población argentina adulta, y en abrir preguntas específicas para futuras investigaciones.

Referencias

American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5.ª ed.). American Psychiatric Publishing. https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596

Beck, A. T. (1967). *Depression: Clinical, experimental, and theoretical aspects*. Harper & Row.

Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F., & Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. Guilford Press.

Blanco, C., Hasin, D. S., Wall, M. M., Flórez-Salamanca, L., Hoertel, N., Wang, S., Kerridge, B. T., & Olfson, M. (2016). Cannabis use and risk of psychiatric disorders: Prospective evidence from a US national longitudinal study. *JAMA Psychiatry, 73*(4), 388–395. https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2015.3229

Brenlla, M. E., & Rodríguez, C. M. (2006). Adaptación argentina del Inventario de Depresión de Beck (BDI-II). En A. T. Beck, R. A. Steer y G. K. Brown, *BDI-II. Inventario de Depresión de Beck* (2.ª ed.). Paidós.

Broyd, S. J., van Hell, H. H., Beale, C., Yücel, M., & Solowij, N. (2016). Acute and chronic effects of cannabinoids on human cognition—A systematic review. *Biological Psychiatry, 79*(7), 557–567. https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2015.12.002

Carrà, G., Bartoli, F., & Crocamo, C. (2019). Trends of major depressive episode among people with cannabis use: Findings from the National Survey on Drug Use and Health 2006–2015. *Substance Abuse, 40*(2), 178–184. https://doi.org/10.1080/08897077.2018.1550464

Casullo, M. M. (1998). *Adolescentes en riesgo: Identificación y orientación psicológica*. Paidós.

Churchill, V., Chubb, C. S., Popova, L., Spears, C. A., & Pigott, T. (2025). The association between cannabis and depression: An updated systematic review and meta-analysis. *Psychological Medicine, 55*, e44. https://doi.org/10.1017/S0033291724003143

Danielsson, A. K., Lundin, A., Agardh, E., Allebeck, P., & Forsell, Y. (2016). Cannabis use, depression and anxiety: A 3-year prospective population-based study. *Journal of Affective Disorders, 193*, 103–108.

Del Pino-Sedeño, T., Peñate, W., & Bethencourt, J. M. (2010). La escala de valoración del estado de ánimo (EVEA): análisis de la estructura factorial y de la capacidad para detectar cambios en estados de ánimo. *Análisis y Modificación de Conducta, 36*(153–154).

Diener, E., Oishi, S., & Tay, L. (2018). Advances in subjective well-being research. *Nature Human Behaviour, 2*(4), 253–260. https://doi.org/10.1038/s41562-018-0307-6

Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C., & Baptista Lucio, P. (2014). *Metodología de la investigación* (6.ª ed.). McGraw-Hill.

Instituto Nacional de Estadística y Censos [INDEC]. (2023). *Encuesta Nacional sobre Consumos y Prácticas de Cuidado 2022 (ENCoPraC)*. https://www.indec.gob.ar/indec/web/Nivel4-Tema-4-32-67

Khantzian, E. J. (2013). Addiction as a self-regulation disorder and the role of self-medication. *Addiction, 108*(4), 668–669. https://doi.org/10.1111/add.12004

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. https://doi.org/10.1017/S0033291713001438

Llort Suárez, A. (2017). El placer es mío. Cannabis: ¿autoatención o automedicación?

Mata-Zamora, T. H. (2020). Mariguana, estigma y rechazo social. Apuntes para una genealogía de la condena al consumidor de cannabis psicoactiva en México. *Cultura y Droga, 25*(30), 219–243. https://doi.org/10.17151/culdr.2020.25.30.10

Menéndez, E. L. (2005). Intencionalidad, experiencia y función: la articulación de los saberes médicos. *Revista de Antropología Social, 14*, 33–69.

Sanz, J. (2001). Un instrumento para evaluar la eficacia de los procedimientos de inducción de estado de ánimo: la "Escala de Valoración del Estado de Ánimo" (EVEA). *Análisis y Modificación de Conducta, 27*(111), 71–110.

Secretaría de Políticas Integrales sobre Drogas de la Nación Argentina [SEDRONAR]. (2023). *Principales resultados en relación con el consumo de marihuana. Encuesta Nacional sobre Consumos y Prácticas de Cuidado (ENCoPraC)*. Observatorio Argentino de Drogas. https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/2023/08/oad_2023_principales_resultados_en_relacion_con_el_consumo_de_marihuana.pdf

ANEXOS

Anexo I

Declaración de Consentimiento Informado

Declaro haber leído y comprendido la información precedente. Comprendo que mi participación es voluntaria, que mis respuestas serán anónimas y confidenciales y que los datos obtenidos serán utilizados únicamente con fines académicos. Asimismo, entiendo que puedo abandonar mi participación en cualquier momento sin consecuencia alguna.

Anexo II

Cuestionario Sociodemográfico y de Consumo de Cannabis (Ad Hoc)

A continuación se presentan algunas preguntas generales sobre características sociodemográficas y hábitos de consumo. No existen respuestas correctas o incorrectas; le solicitamos responder con sinceridad.
Edad
Texto de rta. corta

Genero
(Femenino, Masculino, Prefiero no responder, otro)

Nivel educativo alcanzado
Primario Incompleto
Primario Completo
Secundario Incompleto
Secundario Completo
Terciario Incompleto
Terciario Completo
Universitario Incompleto
Universitario Completo
Posgrado Completo

Lugar de Residencia
Ciudad Autonoma de Buenos Aires (Caba)
Gran Buenos Aires (GBA)
¿Consume cannabis?
Si/No
¿Consumió cannabis durante los últimos 30 días?
Si/No
¿Con que frecuencia consumió cannabis durante los últimos 30 días?
Todos los días o casi todos los días (20 a 30 días)
Entre 3 y 6 días por semana (12 a 19 días)
Entre 1 y 2 días por semana (4 a 11 días)
Entre 1 y 3 días por mes (1 a 3 días)
¿Hace cuánto tiempo consume cannabis?
Menos de 1 año
Entre 1 y 3 años
Entre 4 y 6 años
Más de 6 años
¿Cual es el principal motivo de consumo?
Recreativo

Relajación
Reduccion de ansiedad o estres
Mejora del sueño

Uso medicinal

Otro
¿Cuenta actualmente con inscripción vigente en Reprocann?

Si
No
Preifero no responder
Habitualmente consume cannabis: Solo, acompañado, ambas modalidades
Solo
Acompañado
Ambas modalidades
¿Consumió cannabis durante las últimas 24 horas?
Si/No
¿Posee actualmente algún diagnóstico psiquiátrico severo (por ejemplo, esquizofrenia, trastorno esquizoafectivo u otros trastornos psicóticos) realizado por un profesional de la salud?
Si/No

Anexo III

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

Instrucciones:

Este cuestionario consta de 21 grupos de afirmaciones. Por favor, lea cuidadosamente cada grupo y seleccione la opción que mejor describa cómo se ha sentido durante las últimas dos semanas, incluyendo el día de hoy.

En cada grupo deberá elegir una sola respuesta. Si varias afirmaciones le parecen igualmente adecuadas, seleccione aquella que represente el mayor grado de intensidad.

Responda todas las preguntas de manera sincera. No existen respuestas correctas o incorrectas.

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

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

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

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

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

6. Sentimientos de Castigo
0 No siento que esté siendo castigado
1 Siento que tal vez pueda ser castigado.
2 Espero ser castigado.

3 Siento que estoy siendo castigado.

7. Disconformidad con uno mismo.
0 Siento acerca de mí lo mismo que siempre.
1 He perdido la confianza en mí mismo.
2 Estoy decepcionado conmigo mismo.
3 No me gusto a mí mismo.

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

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

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

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

12 Pérdida de Interés
0 No he perdido el interés en otras actividades o personas.
1 Estoy menos interesado que antes en otras personas o cosas.
2 He perdido casi todo el interés en otras personas o cosas.
3.Me es difícil interesarme por algo.

13. Indecisión
0 Tomo mis propias decisiones tan bien como siempre.
1 Me resulta más difícil que de costumbre tomar decisiones
2 Encuentro mucha más dificultad que antes para tomar decisiones.
3 Tengo problemas para tomar cualquier decisión.

14. Desvalorización
0 No siento que yo no sea valioso
1 No me considero a mí mismo tan valioso y útil como solía considerarme
2 Me siento menos valioso cuando me comparo con otros.
3 Siento que no valgo nada.

15. Pérdida de Energía

0 Tengo tanta energía como siempre.
1. Tengo menos energía que la que solía tener.
2. No tengo suficiente energía para hacer demasiado
3. No tengo energía suficiente para hacer nada.

16. Cambios en los Hábitos de Sueño
0 No he experimentado ningún cambio en mis hábitos de sueño.
1a. Duermo un poco más que lo habitual.
1b. Duermo un poco menos que lo habitual.
2a Duermo mucho más que lo habitual.
2b. Duermo mucho menos que lo habitual
3a. Duermo la mayor parte del día
3b. Me despierto 1-2 horas más temprano y no puedo volver a dormirme

17. Irritabilidad
0 No estoy tan irritable que lo habitual.
1 Estoy más irritable que lo habitual.
2 Estoy mucho más irritable que lo habitual.
3 Estoy irritable todo el tiempo.

18. Cambios en el Apetito
0 No he experimentado ningún cambio en mi apetito.
1a. Mi apetito es un poco menor que lo habitual.
1b. Mi apetito es un poco mayor que lo habitual.
2a. Mi apetito es mucho menor que antes.
2b. Mi apetito es mucho mayor que lo habitual
3a . No tengo apetito en absoluto.
3b. Quiero comer todo el día.

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

20. Cansancio o Fatiga
0 No estoy más cansado o fatigado que lo habitual.
1 Me fatigo o me canso más fácilmente que lo habitual.
2 Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer muchas de las cosas que solía hacer.
3 Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer la mayoría de las cosas que solía hacer

21. Pérdida de Interés en el Sexo
0 No he notado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo.
1 Estoy menos interesado en el sexo de lo que solía estarlo.
2 Estoy mucho menos interesado en el sexo.
3 He perdido completamente el interés en el sexo.

Anexo IV

Escala de Valoración del Estado de Ánimo (EVEA)

Instrucciones:

A continuación encontrará una serie de frases que describen diferentes estados emocionales. Junto a cada una de ellas aparece una escala de 0 a 10 puntos.

Lea atentamente cada frase e indique el número que mejor refleje cómo se siente en este momento, aquí y ahora, al momento de completar este cuestionario.

Utilice la siguiente referencia: **0 = Nada | 10 = Mucho**

No dedique demasiado tiempo a cada respuesta y procure responder de forma espontánea y sincera.

Me siento nervioso
Me siento irritado
Me siento alegre
Me siento melancolico
Me siento tenso
Me siento optimista
Me siento alicaído
Me siento enojado
Me siento ansioso
Me siento apagado
Me siento molesto
Me siento jovial
Me siento intranquilo
Me siento enfadado
Me siento contento
Me siento triste