



## INFLUENCIA DEL CONSUMO DE CANNABIS EN LOS TRASTORNOS DEPRESIVOS Y EL PAPEL DE LA ENFERMERÍA EN PACIENTES CON PATOLOGÍA DUAL

---

INFLUENCE OF CANNABIS USE ON DEPRESSIVE DISORDERS AND THE ROLE OF  
NURSING IN PATIENTS WITH DUAL PATHOLOGY

Trabajo de fin de grado

Grado de enfermería

Curso académico: 2022/2023

Autor: Hugo Méndez Casuso

Directora: Ana Bermúdez Saiz

## **AVISO RESPONSABILIDAD UC**

“Este documento es el resultado del Trabajo Fin de Grado de un alumno, siendo su autor responsable de su contenido. Se trata por tanto de un trabajo académico que puede contener errores detectados por el tribunal y que pueden no haber sido corregidos por el autor en la presente edición. Debido a dicha orientación académica no debe hacerse un uso profesional de su contenido. Este tipo de trabajos, junto con su defensa, pueden haber obtenido una nota que oscila entre 5 y 10 puntos, por lo que la calidad y el número de errores que puedan contener difieren en gran medida entre unos trabajos y otros, La Universidad de Cantabria, el Centro, los miembros del Tribunal de Trabajos Fin de Grado, así como el profesor tutor/director no son responsables del contenido último de este Trabajo.”

## ÍNDICE

RESUMEN .....	4
ABSTRACT .....	4
INTRODUCCIÓN .....	5
JUSTIFICACIÓN DE LA ELECCIÓN DEL TEMA .....	5
OBJETIVOS .....	6
METODOLOGÍA .....	6
DESCRIPCIÓN DE LOS CAPÍTULOS .....	6
CAPÍTULO 1 : CANNABIS .....	8
1.1. Mecanismo de acción .....	8
1.2. Efectos del consumo de cannabis .....	10
1.3. Efectos y uso terapéutico del cannabis .....	11
1.4. Presentaciones de uso .....	12
CAPÍTULO 2 : DEPRESIÓN .....	13
2.1. Factores de riesgo .....	13
2.2. Síntomas generales de la depresión .....	14
2.3. Tratamiento .....	15
CAPÍTULO 3 : USO DE CANNABIS Y TRASTORNOS AFECTIVOS .....	16
3.1. Relación existente entre el consumo de cannabis y los trastornos depresivos .....	17
3.2. Complicaciones del paciente con patología dual .....	19
3.3. Papel de enfermería en la patología dual .....	21
CONCLUSIONES .....	22
BIBLIOGRAFÍA .....	24
ANEXOS .....	27

## RESUMEN

Con el paso de los años el cannabis se ha consolidado como la droga ilegal más consumida a nivel global. Por ello, se ha estudiado en profundidad y está demostrado que provoca numerosos efectos asumidos como perjudiciales, siendo uno de ellos el que se contemple como un factor de riesgo importante en el desarrollo de enfermedades psiquiátricas. (1)

Una de ellas, la depresión. Este trastorno llega a afectar a más de 300 millones de personas, de las cuales hasta un 25% consumen esta droga en el proceso de enfermedad. Sin embargo, no existe evidencia clara sobre la relación entre ambos. (4, 40, 42)

No obstante, la coexistencia de este consumo y un trastorno depresivo está en aumento y se contemplan diferentes hipótesis que explican esta comorbilidad. Lo que sí está demostrado es la implicación del uso continuado de cannabis en la posterior depresión, constatando el hecho de que es un factor de riesgo en el desarrollo de la enfermedad. (41)

Por ello, junto al creciente número de casos y la gravedad y complicación de estos, se necesitan tratamientos que integren ambas patologías y al paciente en su totalidad, con profesionales formados y competentes en esta área.

Palabras clave: Cannabis, Depresión, Patología dual, Enfermería.

## ABSTRACT

Over the years, cannabis has become the most widely consumed illegal drug globally. As a result, it has been extensively studied and is known to cause numerous effects assumed to be harmful, one of which is considered a significant risk factor in the development of psychiatric illnesses. (1)

One such illness is depression. This disorder affects more than 300 million people, of whom up to 25% use this drug during the illness process. However, there is no clear evidence about the relationship between the two. (4, 40, 42)

Nevertheless, the coexistence of this consumption and a depressive disorder is increasing, and different hypotheses are being considered to explain this comorbidity. However, what is demonstrated is the involvement of continued cannabis use in subsequent depression, confirming the fact that it is a risk factor in the development of the illness. (41)

Therefore, along with the growing number of cases and the severity and complexity of these cases, treatments are needed that integrate both pathologies and the patient as a whole, with trained and competent professionals in this area.

Key words: Cannabis, Depression, Dual pathology, Nursing.

## INTRODUCCIÓN

El cannabis, sustancia psicoactiva que proviene de la planta *cannabis sativa*, ha sido utilizada con fines recreativos desde hace mucho tiempo. Actualmente es la droga ilegal más consumida en el mundo, con un aumento del consumo durante la última década. (1)

Según el Informe Mundial sobre las Drogas del 2018, aproximadamente 195 millones de personas de entre 15 y 64 años consumieron cannabis durante el último año, suponiendo un aumento de más del 20% respecto a la anterior década. Supone especial interés que el consumo se focalice en América, Oceanía y Europa, y preocupa sobremanera que globalmente continúe siendo la droga ilegal más consumida entre los jóvenes. (2)

Si bien se ha investigado en profundidad el impacto del consumo de cannabis en el desarrollo de algunas enfermedades mentales como la psicosis, no es tanto lo que se sabe sobre el impacto del consumo de cannabis en el estado de ánimo y las tendencias suicidas en la edad adulta. (1)

De igual modo, los trastornos depresivos también representan un gran problema de salud pública debido a su elevada incidencia en los últimos años, y es en su etiología donde reside la complejidad de esta patología al estar demostrado que en ella inciden múltiples factores como biológicos, psicológicos y ambientales.

A nivel mundial son aproximadamente 350 millones de personas las que sufren esta enfermedad, es decir, uno de cada diez adultos, y aproximadamente el 60% de estos pacientes no reciben la ayuda que necesitan a pesar de que el tratamiento logra reducir los síntomas en más de 50% de los casos. (3)

Es por esto por lo que cada vez es más preocupante el consumo excesivo de cannabis y su posible relación, directa o indirecta, con la aparición de diferentes trastornos del ánimo, más concretamente, con los trastornos depresivos y las conductas suicidas.

### JUSTIFICACIÓN DE LA ELECCIÓN DEL TEMA

La decisión de realizar mi Trabajo de Fin de Grado (TFG) sobre la influencia que podría tener el consumo de cannabis en el desarrollo de trastornos del ánimo la tomé tras realizar el rotatorio de prácticas en el área de salud mental.

Previamente ya me había planteado realizar el trabajo sobre algún aspecto del área de la salud mental, pues es un área que actualmente está en crecimiento con mayor cantidad de personas enfermas y me apetecía centrarme en algo que pudiera ser de interés hoy en día y me llamará la atención e interesara.

Durante mi estancia en la Unidad de Agudos de Psiquiatría, observé que la mayoría de los pacientes ingresados en esas semanas de rotación, mayormente lo estaban bien por descompensaciones psicóticas en relación al uso de cannabis entre otros factores de riesgo, o por personas con episodios depresivos que, en numerosas ocasiones, ingresaban tras una tentativa autolítica. Por ello me resultaba interesante informarme sobre un tema como este que relacionaba ambas patologías y realmente desconocía si de algún modo podía haber algún tipo de asociación entre ellas.

Creo que es un asunto bastante importante debido al gran aumento de casos tanto de personas que consumen esta droga como de personas que sufren depresión, y desconocía se había

estudiado e investigado la relación entre ellas. De este modo, me parecía interesante informarme sobre un tema del que todavía no hay tanta información como otros.

## **OBJETIVOS**

El objetivo general de esta revisión bibliográfica es obtener información sobre la influencia del consumo de cannabis en el desarrollo del trastorno del estado del ánimo depresivo.

Como objetivos específicos, se plantean los siguientes:

- Estudiar la acción del cannabis, así como sus efectos nocivos y terapéuticos.
- Describir los trastornos depresivos y los factores de riesgo implicados en el desarrollo de esta enfermedad.
- Investigar la relación existente entre el consumo de cannabis y los trastornos depresivos.
- Informar sobre el papel de la enfermería y las posibilidades de intervención en los pacientes que sufren patología dual.

## **METODOLOGÍA**

Para la realización del presente trabajo y lograr cumplir los objetivos propuestos, la estrategia de búsqueda ha consistido en una revisión bibliográfica de información relacionada con el área científico y sanitario a través de una serie de fuentes.

En primer lugar, la búsqueda de información se realizó en bases de datos tales como Pubmed, Scielo, Google Académico, Scopus y Dialnet. Además de la búsqueda en las anteriores bases de datos, se consultaron páginas web oficiales como: World Health Organization, Fundación CANNA, Mayo Clinic.

Durante la búsqueda, se utilizaron los Descriptores en Ciencias de la Salud (DeCS) “cannabis”, “depresión”, “patología dual” y “enfermería”. Por otro lado, se utilizaron sus correspondientes Medical Subject Headings (MeSH) “cannabis”, “depression”, “dual pathology” y “nursing” con el objetivo de encontrar más bibliografía en otro idioma, en este caso el inglés.

Utilizando combinaciones entre los diferentes descriptores junto con los operadores booleanos “AND” “OR” o “NOT” se logró reunir suficiente información para llevar a cabo el trabajo. Se incluyeron todos aquellos artículos o revisiones de acceso libre y gratuito, en inglés y español, y cuyo resumen albergaba alguna relación con lo requerido, accediendo siempre que fue posible a los publicados en los últimos 15 años, aunque por relevancia de algunos artículos se amplió el rango relacionado con la fecha, logrando finalmente desarrollar el trabajo con 50 referencias bibliográficas.

## **DESCRIPCIÓN DE LOS CAPÍTULOS**

- Capítulo 1

En primer lugar se expone un breve resumen de la situación actual conocida del cannabis, explicando su mecanismo de acción y los efectos esperados en el organismo, así como los métodos más frecuentes de consumo y nuevas presentaciones emergentes.

- Capítulo 2

Este capítulo recoge qué es la depresión y qué factores influyen en el desarrollo de la enfermedad, junto a su sintomatología más común y lo que supone para la persona que la sufre, explicando brevemente los diferentes tipos de tratamiento.

- Capítulo 3

Por último, en este capítulo se trata de explicar la asociación entre el consumo de cannabis y la enfermedad depresiva, de modo que recorre las diferentes hipótesis planteadas para esta relación, así como también la implicación que tiene para el paciente esta comorbilidad. Finalmente trata de abarcar qué implica para el personal de enfermería y las competencias que este debería poseer para abordar a este tipo de paciente.

## CAPÍTULO 1 : CANNABIS

El cannabis es una sustancia psicoactiva que proviene de la planta *Cannabis Sativa*, conocida desde hace milenios debido a sus propiedades recreativas y medicinales. Su utilización ha variado durante la historia, desde la utilización de sus fibras para la confección de tejidos hasta su empleo como aditivo alimentario, haciendo uso de su aceite y nutrientes. (4)

Sus propiedades medicinales fueron conocidas y utilizadas en Asia hace más de 4.000 años, cuando estaba indicada para dolores reumáticos, malaria, estreñimiento y desórdenes del sistema reproductivo femenino, entre otros. (4)

Esta especie tiene su origen geográfico en África, así como en el Caribe y Sudamérica. Han sido utilizadas múltiples preparaciones de la planta, aunque son tres las que se recogen de manera extensa. (5)

Denominadas tal y como se conocían en la India, encontraríamos:

- Bhang, obtenida a partir de las hojas secas y el tramo superior de la planta cuando no está cultivada.
- Ganja, se obtiene de igual forma que el Bhang, en este caso cuando la planta ha sido cultivada. Ambas preparaciones es lo que conocemos comúnmente como marihuana.
- Charas, a partir de la resina de la planta con un contenido psicoactivo hasta 10 veces mayor que la marihuana, comúnmente conocido como hachís. (5)

A lo largo de los años se ha estudiado ampliamente la composición química de esta especie, identificándose aproximadamente hasta 500 compuestos entre los que se encuentran cannabinoides, hidrocarburos, terpenos, alcaloides, compuestos nitrogenados, flavonoides y amidas fenólicas, entre otros. (5)

De todos ellos, los cannabinoides son los metabolitos más abundantes. Los cannabinoides incluyen a todas aquellas sustancias químicas, de origen natural o sintético, que se enlazan con los receptores cannabinoides del cuerpo y cerebro humano y producen efectos similares a los producidos por la planta *Cannabis Sativa* (6). Se conocen alrededor de 70 cannabinoides presentes en la marihuana, siendo el  $\Delta$ -9-tetrahidrocannabinol (THC) el principal componente de interés. (7)

El THC es mayormente el responsable de la acción psicoactiva y de establecimiento de dependencia atribuida al cannabis, así como también sus propiedades terapéuticas, como son los efectos antiemético, analgésico, sedante y estimulante del apetito. (8)

Además, presenta otros componentes de especial interés como el Cannabidiol (CBD) o el Cannabinol (CBN). El CBD es un cannabinoide no psicoactivo que, a pesar de que actúa por un mecanismo diferente al del THC, comparte algunos de sus efectos terapéuticos. Ha demostrado tener efecto neuroprotector así como analgésico, antiinflamatorio, inmunodepresor, antiemético, hipnótico y ansiolítico. (8)

### 1.1. Mecanismo de acción

En la década de los 90 se descubre por primera vez el mecanismo de acción de esta sustancia. Se trata de un sistema de comunicación intercelular que recibe el nombre de sistema cannabinoide endógeno o sistema endocannabinoide (SEC). Este sistema tiene un papel

fundamental en los efectos psicoactivos asociados al consumo de cannabis participando en diversos procesos fisiológicos. (9)

De manera general, este sistema es el encargado de la regulación del apetito, la analgesia y el control de ciertas fases del procesamiento de la memoria, así como está involucrado en funciones de estrés, mantenimiento homeostático y neuroprotección. Además, influye en los sistemas cardiovasculares y respiratorio, controlando la frecuencia cardíaca, la presión sanguínea y las funciones bronquiales. (9)

Este sistema comprende los cannabinoides endógenos (endocannabinoides), las enzimas lipídicas implicadas en la síntesis y degradación de estas moléculas, y sus receptores. (1)

Los endocannabinoides son moléculas lipídicas producidas por el organismo similares a los cannabinoides de la planta. Normalmente se encuentran en las membranas celulares y actúan como neurotransmisores o neuromoduladores. Los receptores de estas moléculas son denominados CB1, abundantes en el sistema nervioso central (SNC) y relacionados con los efectos psicoactivos del cannabis, y CB2, que muestran niveles inferiores en el SNC y predominan en los elementos vasculares, a los que se atribuyen los efectos medicinales. (7)

El THC es altamente lipófilo y, cuando se consume de manera inhalada, se absorbe a la sangre rápidamente desde el humo de la combustión, sucediendo el pico de concentración en plasma a los 10 minutos. (1)

El mecanismo de acción del THC consiste en que la molécula se une a los receptores CB1 y, en menor medida, a los CB2, inhibiendo la sinapsis mediante la activación de canales de potasio que disminuyen la duración del potencial eléctrico, disminuyendo de igual modo la cantidad de neurotransmisores liberados e inhibiendo la liberación del calcio entre otros. Además, el THC también incide en los cannabinoides más agonistas, tanto endógenos como exógenos, bloqueando sus efectos. Esto muestra que el efecto del THC no solo se debe a la activación de los receptores CB1, sino también al antagonismo de los endocannabinoides. Y son las diferencias entre sinapsis inhibitoras y excitadoras las que llevan a la alteración de la actividad del hipocampo, provocando de este modo el efecto de la consumición del cannabis. (1)

Por otra parte, uno de los efectos más destacados del THC es el siguiente:

Tras consumir esta droga se produce un ligero aumento de la producción de dopamina en el núcleo estriado, que a su vez produce elevaciones artificiales en el sistema cerebral que se encarga de asignar relevancia a los reforzadores, aquellos estímulos que, al producirse junto a una conducta, aumentan su probabilidad de emisión en el futuro. De este modo se produce una sensibilización persistente del sistema de valoración de reforzadores hacia los estímulos relacionados con el consumo que acaba produciendo un aumento de la búsqueda de la sustancia. (10)

Además se asocia con una reducción de la capacidad y actividad del sistema ante otros receptores naturales, dando lugar a que dichos receptores naturales pierdan la capacidad de activar el sistema dopaminérgico. Esto explica por qué en aquellos consumidores frecuentes se produce tal aumento de su necesidad de consumir, pues esta sustancia, así como el contexto del consumo, se convierten en el principal motivo de reforzamiento y hace que la valoración de otros reforzadores que no sean el cannabis pierdan su relevancia. (10)

## 1.2. Efectos del consumo de cannabis

El uso del cannabis está generalizado en todo el mundo desde hace décadas y por ello se conoce que produce efectos perjudiciales tanto agudos como crónicos en la salud de la persona que lo consume, incrementando su susceptibilidad a padecer otro tipo de enfermedades, tanto psiquiátricas como de otro tipo. (11)

De manera general, a nivel del SNC el cannabis tiene una acción clasificada como perturbadora. Sus efectos van a depender del contexto en el que ese consumo se produzca. Al producirse en un ambiente tranquilo, los efectos a esperar serían apatía, relajación, somnolencia. Al contrario, si se realiza en un contexto más animado, se esperaría un efecto más eufórico por parte de la persona, manifestándose con verborrea, incremento de la sociabilidad y un estado de felicidad por su parte. (12)

Diversos estudios han mostrado que el hecho que lleva a la mayoría de personas a usar el cannabis de manera recreativa es la experiencia subjetiva de “high”, en la que se da una alteración del estado de conciencia caracterizado por diferentes alteraciones perceptivas, cambios en las emociones y la intensificación sensorial de la experiencia. (12)

Durante el episodio de consumo, también pueden aparecer alteraciones en la coordinación motora, inyección conjuntival, sequedad de boca, aumento del apetito y taquicardia. (9) Además, pueden aparecer diferentes alucinaciones visuales o auditivas en las que la persona es consciente y conocedora de la realidad. (13)

Debido a que la manera más frecuente de consumo es por vía intrapulmonar (mediante la inhalación), el sistema respiratorio se ve gravemente afectado. El consumo produce una rápida broncodilatación que posteriormente produce un aumento de la inflamación de la vía aérea, aumentando la resistencia al aire. En casos de consumo crónico, se han descrito diferentes efectos nocivos como alteraciones de las vías aéreas y de la función pulmonar, aumento de bronquitis obstructiva y posibilidad de desarrollar cáncer de pulmón. (14)

Además, el consumo de cannabis suele estar asociado al de tabaco, por lo que la toxicidad que pueda provocar cada sustancia por separado se suma o potencia. (14)

Por otra parte, el consumo continuado puede producir dependencia de la sustancia, empeorar el desarrollo escolar en los jóvenes y estar asociado a la aparición de conducta antisocial. También se ha relacionado con reducción de la productividad, incremento del riesgo de uso de otras sustancias y presencia de alteraciones cognitivas. (15)

La dependencia se produce cuando, al tomar esta sustancia durante un periodo de tiempo, el cuerpo se adapta y habitúa a la presencia de la sustancia de modo que lo necesita para funcionar con normalidad. Al suspender su uso y disminuir los niveles de la droga se produce el síndrome de abstinencia, caracterizado por síntomas como náuseas, irritabilidad, trastornos del sueño, ansiedad o disforia, que se aliviaría mediante la toma de THC vía oral. Según el manual DMS-IV, se considera que existe dependencia a una sustancia cuando se ocasiona un patrón de consumo desadaptativo, en el que la persona sufre malestar o deterioro clínicamente significativo y aparecen tres o más criterios de dependencia de sustancias (Anexo 1). (16)

Además, que el consumo de cannabis comience comúnmente en la etapa de la adolescencia constituye un factor de riesgo importante pues hay evidencia de que puede afectar al futuro académico de los jóvenes que consumen. De hecho, se asocia con una probabilidad mayor de

tener un menor rendimiento escolar, empeoramiento de las calificaciones académicas, lo que lleva a una dificultad superior para poder acceder a estudios universitarios. (15)

Por todo ello, el consumo de cannabinoides durante la adolescencia incrementaría además el riesgo de sufrir depresión y tener conductas autolesivas en etapas posteriores de su vida. (2)

Finalmente, sería importante repasar el papel que tiene el consumo de la droga en el desarrollo de otras patologías psiquiátricas, pues debido a que este consumo se asocia a una mayor probabilidad de desarrollar sintomatología psiquiátrica y a diferentes efectos en la esfera mental, la patología psiquiátrica asociada constituye el principal campo de preocupación. (17)

Existen una serie de síntomas que aparecen con más frecuencia tras el consumo agudo, más aún en primeros consumidores o en aquellos que utilizan altas dosis, como serían la ansiedad, ataques de pánico o algunos síntomas paranoides como alucinaciones que finalizan espontáneamente cuando el efecto desaparece. (12)

Menos frecuente sería la aparición de episodios psicóticos agudos derivados del consumo. Sin embargo, una única ocasión en la que se consuma puede llegar a inducir una psicosis aguda transitoria. Asimismo, bien ha sido estudiada la posibilidad de que estos trastornos se vuelvan permanentes. Existe evidencia del aumento de riesgo de sufrir psicosis y desarrollar otros trastornos como la esquizofrenia, si bien, siempre hablando de multicausalidad, suele darse en personas predispuestas genéticamente que consumen de forma continuada, con grandes dosis de la droga y comienzan temprano a consumir. (18, 20)

### **1.3. Efectos y uso terapéutico del cannabis.**

Como toda medicación, al hablar de la utilización del cannabis como tratamiento terapéutico se deben tener en cuenta las ventajas de su consumo en relación a los efectos adversos que podría producir. Es por ello que la decisión final para la aplicación de un tratamiento que esté basado en el cannabis o sus derivados en un paciente debe contar con los mismos criterios médicos que regulan la administración de cualquier otro fármaco. (17)

El consumo de cannabis tiene efectos terapéuticos, y su prescripción está basada principalmente como calmante del dolor, además de tener otros efectos aparentemente positivos. (1) Sin embargo, el problema radica en la incapacidad de separar los efectos colaterales psicotrópicos indeseables de los efectos terapéuticos. (7)

Se ha demostrado que el CBD tiene una serie de efectos terapéuticos, haciendo que este componente sea el mayor responsable de su potencial uso como terapia. Las preparaciones comunes de cannabis, tanto regulado como no regulado, se realizaban con distintas combinaciones de THC y CBD. Sin embargo, con el tiempo las preparaciones más comunes han cambiado hasta consistir finalmente en mayor contenido de THC y menor de CBD. (19)

La evidencia reporta que existen beneficios importantes y reconocidos del cannabis, principalmente para el alivio general del dolor crónico. Además, sus efectos serían positivos como remedio paliativo del dolor en cuadros oncológicos y los síntomas derivados de la quimioterapia como las náuseas y vómitos, en los trastornos espásticos musculares, el dolor neuropático refractario, para la ansiedad, el insomnio, la epilepsia y el dolor que provoca la esclerosis múltiple. (17)

No obstante, los datos sobre su efectividad en la espasticidad muscular son débiles, pero prometedores, así como también su efecto sobre los trastornos del movimiento, la epilepsia y el glaucoma. (17)

Existen desde hace años varios derivados cannabinoides disponibles en el mercado con indicaciones terapéuticas establecidas. Por ejemplo, los compuestos nabilona (Nabilone®) y dronabinol (Marinol®), análogos sintéticos del THC aprobados en Reino Unido y Estados Unidos para el tratamiento de las náuseas y los vómitos provocados por la quimioterapia antineoplásica que no responde a tratamientos habituales y para el síndrome de anorexia-caquexia de los pacientes con SIDA, respectivamente. (9)

Por otro lado, en España se aprobó en 2010 la comercialización de Sativex®, de igual modo análogo de cannabinoides, siendo legal desde entonces, aunque su utilización en la práctica esta restringida e indicada únicamente para pacientes que sufran espasticidad moderada o grave asociada a la esclerosis múltiple y no hayan respondido a otro tipo de medicación de forma adecuada. (20)

Sin embargo, teniendo en cuenta lo reflejado anteriormente, no se recomienda su uso en personas menores de 25 años, mujeres embarazadas, personas con historial familiar de psicosis o con problemas vasculares o respiratorios. (1)

En cualquier caso, se deberá establecer el balance entre el riesgo y el beneficio en cada caso pues los efectos adversos sobre la salud de las personas son frecuentes, así como también valorar la vía de administración y dosis más adecuada para cada paciente. (13)

#### **1.4. Presentaciones de uso**

Actualmente el uso más común del consumo de cannabis es el recreativo. Es por ello que en los últimos años han surgido nuevas presentaciones y maneras de realizar este consumo en base a la demanda de la población que lo consume y la necesidad de innovar. (7)

La forma en la que esta droga entra en el organismo es de gran relevancia pues condiciona en gran parte la velocidad en la que se absorbe, los efectos y el tipo de daño que causa en la persona. Actualmente hay muchas maneras y presentaciones para el consumo de esta droga, aunque estas son las más comunes: fumada o inhalada, vía oral o ingerida y la vía tópica. (7)

El consumo mediante la inhalación de la sustancia es la más común y la forma más rápida de sentir sus efectos. La manera clásica de fumarlo es mediante el porro, que normalmente se prepara con las hojas y cogollos de la planta, mezclados o no con tabaco. Otras maneras que encontramos son las clásicas pipas o mediante el uso de cachimbas. (21)

Por esta vía la cantidad que se absorbe depende de la manera en la que se fuma y la intensidad de las inhalaciones. Es rápida pues el humo llega rápidamente al SNC debido a la alta liposolubilidad de los componentes del cannabis, pasando a través de los pulmones a la circulación sistémica en cuestión de minutos. (21)

Es una forma muy perjudicial pues el humo del cannabis tiene componentes carcinógenos que se derivan también de la combustión. Además, se generan cantidades grandes de monóxido de carbono, alquitranes, nitrosaminas y naftalenos perjudiciales, y otros compuestos de efectos aún desconocidos. (7)

Por otra parte, para consumir mediante la vía oral encontraríamos preparaciones en forma de pastillas o gelatinas, “postres” cocinados como pasteles o panes, o utilizada en mantequillas y

derivados. (20) El inicio de los efectos es tardío, la intensidad de los mismos menor y la duración más larga. Todo ello porque la absorción se hace más lenta debido al metabolismo gástrico y hepático, y es por ello que habría que ingerir una mayor cantidad de la droga para conseguir los efectos que se esperan conseguir por vía respiratoria. (7)

Por último, nuevas formas de administración como aceites, pomadas y parches han surgido en los últimos años como medio para consumir cannabis a través de la piel. También nuevas formas por vía rectal aparecen en el mercado. Sin embargo, todas ellas son formas más lentas en las que no más del 25% llega al SNC, distribuyéndose de forma amplia por el organismo y desprendiéndose lentamente. (21)

## **CAPÍTULO 2 : DEPRESIÓN**

La depresión es un trastorno del estado del ánimo que se caracteriza por una tristeza continua y una pérdida de interés en lo que previamente interesaba. Además, incluye una gran variedad de síntomas emocionales, físicos y cognitivos que afectan a los sentimientos, pensamientos y al comportamiento de la persona que lo padece. (22)

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la depresión es el trastorno mental con mayor prevalencia, afectando a más de 300 millones de personas en el mundo y siendo una de las principales causas de incapacidad en todo el mundo. Esta enfermedad puede afectar a cualquier persona, sin depender de la edad, raza, cultura o nivel económico de la persona. Además, puede sufrirse de manera conjunta a otros trastornos mentales o cualquier otra enfermedad. (4)

### **2.1. Factores de riesgo**

La etología de la depresión es algo complejo pues en ella influyen múltiples factores. A pesar de haberse estudiado por años y no ser una enfermedad de reciente aparición, las bases biológicas de los trastornos depresivos todavía no son claras y es por ello que sigue estudiándose. No obstante, se sabe que es una enfermedad multifactorial en la que no solo intervienen factores internos, influyendo en su aparición y desarrollo factores tanto biológicos como otros psicológicos y sociales. (4)

En cuanto a los factores biológicos, se sabe que en las personas deprimidas aparecen ciertos cambios morfológicos en las estructuras del cerebro que van acompañados de una disminución de monoaminas como la dopamina, noradrenalina y serotonina a nivel SNC. De esta serie de cambios han surgido a lo largo de los años diferentes hipótesis que tratan de explicar las causas biológicas de la enfermedad, aunque todavía no hay una teoría clara a pesar de conocer la implicación de esos cambios. (23)

Incluyendo aquí los factores genéticos, su influencia esta más marcada en las formas más graves de enfermedad. Numerosos estudios han demostrado que el riesgo de morbilidad en familiares de primer grado es mayor e independiente de otros efectos sociales. (24)

No obstante, independientemente de que exista o no un factor biológico desencadenante de la enfermedad se reconoce la existencia de una relación entre la depresión y una serie de factores sociales, entre los que encontraríamos la raza, la cultura, el apoyo social e incluso el nivel económico de las personas. Esto es todo mediado por el contexto en el que se encuentra la persona y los problemas asociados que puedan llevar a caer en la enfermedad. (25)

En numerosos estudios se ha probado que existen gran cantidad de factores que inciden con fuerza a la hora de desarrollar la enfermedad. Bajo apoyo social, ser económicamente

dependiente, individuos expuestos a la inactividad física, ser mujer; todos ellos han sido evidenciados como factores que aumentan el riesgo de sufrir depresión. (25, 26)

Por último encontraríamos los factores psicológicos, que engloban la manera en la que los individuos interpretan un suceso o problema y su capacidad para superar esa situación. La importancia o valor que se le da a un suceso varía de individuo a individuo, y es la manera en que se actúa frente a ello lo que determina la diferencia entre unos y otros. De este modo, la evidencia asegura que aquellos que tienden a negativizar todo lo que les ocurre son más propensas a desarrollar la enfermedad. (24)

Ahora bien, no se ha demostrado una causa única de esta enfermedad y se deben considerar las múltiples etiologías presentadas.

Tras diversos estudios en pacientes con depresión a largo plazo, la tendencia en base al conocimiento actual es clasificar la depresión en endógena/exógena. La depresión endógena no tendría una causa interna presente y se consideraría como una alteración biológica al igual que ocurre con otras enfermedades mentales como la psicosis bipolar. En cambio, la depresión exógena respondería a una causa externa que generalmente está bien definida, siendo los estímulos que propician la enfermedad multifactoriales, pero siempre con la condición de presentarse como factores estresores que afecten a lo que la persona considera como importante, siendo esto diferente en cada persona y marcando la diferencia entre todos los deprimidos, pues la experiencia de la persona es aquello que introduce la diferencia en la respuesta que pueda tener cada una. (24)

## 2.2. Síntomas generales de la depresión

Los signos y síntomas de una depresión suelen ser claros y en ocasiones observables. Tanto la frecuencia, duración y gravedad de los mismos varían según la persona que los padece y su enfermedad. Sin embargo, no todas las personas que padecen esta enfermedad sufren estos síntomas, y tampoco las que tienen síntomas similares los sienten de la misma manera. (27)

Dependiendo de la intensidad y la cantidad de síntomas que tenga, los episodios depresivos se pueden clasificar como leves, moderados o graves. (28) Además, la persistencia de estos síntomas en el proceso de remisión de la enfermedad suele ser un factor que incide en la recurrencia de la depresión, pues cuanto más persistencia de síntomas depresivos durante ese proceso, hay más probabilidad de recaída. (26)

SÍNTOMAS GENERALES DE LA DEPRESIÓN
Sentimientos persistentes de tristeza, ansiedad o "vacío"
Sentimientos de irritabilidad, intranquilidad o frustración
Sentimientos de culpa, inutilidad o impotencia
Pérdida de interés o placer en actividades y pasatiempos
Disminución de la energía, fatiga o sensación de estar más lento
Dificultad para concentrarse, recordar o tomar decisiones
Dificultad para dormir, despertarse en la mañana o dormir más de lo habitual

Cambios en el apetito y/o en el peso
Dolores de cabeza, calambres, malestar persistente o problemas digestivos
Ideas autolíticas, pensamiento sobre la muerte o el suicidio o intentos de suicidio

FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA (29)

Para muchas personas que sufren depresión, estos síntomas tienden a ser lo bastante graves como para producir problemas recurrentes y evidentes durante sus actividades cotidianas y en el desarrollo de sus días, así como también en las relaciones con otras personas. (22)

Además, afecta de forma negativa al conjunto del organismo provocando importantes repercusiones que implica un deterioro físico, emocional, familiar, social y laboral en la persona. (28) Los episodios depresivos dificultan enormemente el desarrollo normal de la vida diaria y, de hecho, la depresión mayor es la principal causa mundial de discapacidad y de deterioro psicológico. (30)

### 2.3. Tratamiento

El principal objetivo del tratamiento antidepresivo, sin importar cual sea su modalidad y mecanismo de acción, es alcanzar la remisión total de los síntomas que sufre la persona y permitir la recuperación funcional de los pacientes. (30) Este tratamiento puede basarse en tratamiento farmacológico único, psicoterapia, una combinación de psicofármacos y psicoterapia o terapia electroconvulsiva (TEC). (31)

Hasta el momento, la mayoría de los fármacos utilizados para el tratamiento de la depresión tienen como objetivo común su acción sobre el sistema monoaminérgico. Independientemente de su mecanismo de acción, lo que se trata de conseguir es la regulación de alguno de los siguientes neurotransmisores: serotonina (5-HT), dopamina (DA), noradrenalina (NA). (30)

Encontraríamos cuatro grandes grupos de antidepresivos: inhibidores de la enzima mono-amino-oxidasa (IMAO), tricíclicos (ADT), inhibidores selectivos de la recaptación de Serotonina (ISRS) y los antidepresivos de acción dual. Generalmente la efectividad es similar de unos a otros pues lo que varían son los efectos secundarios que puedan producir, por lo que se trata de prescribir aquellos como los ISRS que producen menos efectos indeseados. (31)

Los primeros signos de mejoría aparecen tras una semana de tratamiento, pero la recuperación significativa y los efectos terapéuticos deseados no se inician hasta 3 o 6 semanas después del inicio del tratamiento. La duración del tratamiento debe ser mínimo de 6 meses desde que los síntomas estén controlados, hasta la estabilización del paciente. En caso de finalización de la medicación, la interrupción siempre debe ser gradual. (31)

Recientemente se han realizado avances en la línea de investigación neurobiológica de la depresión que involucran ahora al sistema glutaminérgico que a su vez han contribuido al descubrimiento de los efectos antidepresivos de la Ketamina, fármaco que modifica la neurotransmisión del glutamato. Los efectos clínicos de la ketamina sirven como precedente para una nueva generación de tratamientos farmacológicos dirigidos a otros sistemas de neurotransmisión diferentes a los monoaminérgicos y la posibilidad de dirigirlos hacia pacientes ya resistentes a tratamientos habituales permitiendo mejorar su calidad de vida y disminuir la carga por discapacidad. (30)

De todos modos, la eficacia del abordaje farmacológico depende de la individualización del tratamiento para cada paciente, eligiendo la medicación correcta según las características de la depresión y el estado somático del enfermo, así como el uso correcto de dosis y el seguimiento del paciente hasta alcanzar y mantener la remisión sintomática, objetivo fundamental en todos los casos. (32)

Por otro lado, desde hace unas décadas se ha visto que el tratamiento farmacológico no es siempre el de primera elección y hay otros tipos de tratamiento como el psicológico cuya eficacia está demostrada siendo, como mínimo, similar a la eficacia de la medicación antidepressiva. Además, se ha demostrado que la asociación entre el tratamiento farmacológico y las diferentes modalidades de tratamiento psicológico ayuda a evitar las recaídas, alarga el tiempo entre episodios y previene las recurrencias. (32)

Entre las modalidades de terapia psicológica encontramos la terapia cognitivo-conductual (TCC), la psicoterapia interpersonal y las psicodinámicas de grupo y de familia. (33)

La TCC es un modelo de tratamiento que intenta ayudar al paciente a cambiar sus pensamientos, emociones, conductas y comportamientos negativos por otros más adaptativos con el objetivo de afrontar mejor sus problemas y, en este caso, la enfermedad. De este modo, trabaja con el objetivo de disminuir los pensamientos disfuncionales, incrementar las habilidades de autocontrol, optimizar la capacidad de la persona para la resolución de problemas y reforzar las habilidades sociales o interpersonales. (34)

Siguiendo con las demás modalidades, la psicoterapia interpersonal es un tipo de tratamiento que se centra en la relación existente entre la patología y el contexto psicosocial del paciente, centrándose en los problemas psicosociales e interpersonales del paciente con el objetivo de aliviar su sintomatología y ayudarlo a desarrollar estrategias que le sirvan para afrontar sus problemas psicosociales. (35)

Por último, existen otras opciones como la TEC para las formas más graves de depresión o aquellas que son resistentes a otros tratamientos. Este es un tratamiento que consiste en la aplicación de shocks eléctricos para inducir una convulsión controlada en el paciente, con el objetivo de tratar los desequilibrios químicos del cerebro. (31)

Sin embargo, aunque es un tratamiento que en su inicio es rápido y eficaz, su duración es limitada y no funciona con todos los pacientes, y, además, produce ciertos efectos adversos siendo uno de sus principales los trastornos de la memoria. Por ello, la indicación en su uso es para pacientes con depresiones resistentes a otros tipos de tratamiento y tras haber agotado las posibles alternativas farmacológicas. (31)

### **CAPÍTULO 3 : USO DE CANNABIS Y TRASTORNOS DEPRESIVOS**

Durante los últimos años han surgido numerosos estudios que tratan de abordar las consecuencias psicológicas que el consumo de cannabis puede producir en las personas. (36)

Es cierto que no todos los consumidores de esta droga desarrollan enfermedades mentales, sin embargo, las revisiones llevadas a cabo en estos años indican riesgos incrementados de sufrir diferentes trastornos mentales entre las personas que consumen cannabis, riesgos asociados a la menor edad de inicio, la mayor frecuencia del mismo y a múltiples predisposiciones personales. (19, 37)

Esto es lo que se denomina “patología dual”, la coexistencia en una misma persona de un trastorno por el uso de sustancias y ,por lo menos, un trastorno psiquiátrico, que en este caso sería la depresión. A pesar de no estar oficialmente reconocido en las clasificaciones internacionales como la DSM o la CIE, se ha convertido en la herramienta utilizada empleada en la práctica asistencial para denominar esta comorbilidad de patologías. (38)

Se estima que existe una probabilidad de entre un 25 y un 50% de que los pacientes con enfermedades mentales sean dependientes o presenten otro trastorno relacionado con el uso de sustancias. Por otro lado, aproximadamente un 70-80% de los pacientes drogodependientes pueden llegar a presentar de manera simultánea algún cuadro psiquiátrico. (38, 45, 50)

Ciertos trastornos mentales, destacándose la esquizofrenia como entidad más grave, o los episodios de psicosis breve, y su relación con el cannabis ya han sido ampliamente demostradas en diversos estudios que determinan que constituye un factor desencadenante para el desarrollo de la enfermedad.

En lo que respecta al tema que constituye el objetivo principal de este trabajo, se destaca el hecho de que las tasas de consumo de cannabis en personas con depresión parecen estar aumentando de manera más rápida que en personas sin depresión, de acuerdo también a la mayor incidencia de esta enfermedad durante las últimas décadas. (39)

La prevalencia de los diferentes trastornos depresivos entre los consumidores de cannabis es bastante alta, llegando a un 25-30%. Se destacan aquí factores de riesgo como el sexo femenino y el inicio temprano de este consumo. (40, 45)

### **3.1. Relación existente entre el consumo de cannabis y los trastornos depresivos.**

Ahora bien, lo que interesa sería investigar esta relación entre el uso de cannabis y la depresión, y antes de nada, existen una serie de cuestiones tanto biológicas como sociales que llevarían a pensar que esto ocurre.

En primer lugar, existe una posible relación neurobiológica entre los efectos que producen los cannabinoides y los síntomas de la depresión. Como ya hemos explicado, el SEC está implicado en la regulación de las emociones de las personas, y por tanto incidiría también en aquellas personas que sufren depresión. (41)

Además, en los trastornos depresivos como en el uso de sustancias existen factores genéticos e incluso ambientales que inciden de manera importante en los mecanismos neurobiológicos de su patología. De este modo, los principales mecanismos neuronales y moleculares implicados en la depresión incluyen el sistema monoaminérgico, el eje hipotálamo-hipofisario-adrenal, el sistema endocannabinoide, el sistema inmunológico y el ritmo circadiano. Sin embargo, la mayoría de estos están también implicados en el desarrollo de los trastornos por el uso de sustancias. (42)

Por otro lado encontramos la posibilidad de que la asociación esté mediada por factores sociales e incluso demográficos, siendo estos los que incrementarían la probabilidad de consumir y sufrir depresión. Además, el que una persona consuma cannabis o tenga depresión implica que tomen decisiones y se encuentren en contextos y ambientes que puedan provocar la aparición del otro implicado. (41)

Debido a que todo ello no está claro y aún surgen algunas cuestiones que estudiar, hay una serie de propuestas postuladas que tratarían de explicar la relación existente entre el consumo de

cannabis y los trastornos depresivos. Podríamos entenderlo como que el consumir cannabis es la causa de aparición de la enfermedad depresiva, que la enfermedad causa o provoca el consumo de cannabis como forma de paliar los síntomas o los efectos secundarios de los tratamientos, o por otro lado, que no hay una razón directa que explique la asociación entre ambos y esta relación se haya pensado por existir ciertos factores que incrementen el riesgo de padecer ambos trastornos. (36)

Atendiendo a la primera sugerencia, existe evidencia de que el consumo continuo y de grandes dosis de cannabis, y por ello de su componente esencial THC, afecta a neurotransmisores como la serotonina produciendo ciertos síntomas depresivos. (41)

Gran cantidad de estudios han demostrado la implicación que tiene el consumo en un posterior diagnóstico de depresión, sabiendo además que cuanto más precoz es este consumo más corto es el periodo de presentación de la enfermedad. No obstante, no solo está demostrado que el consumo predice potencialmente el riesgo de tener después depresión, sino que también promueve y agrava los síntomas depresivos que la persona tiene durante la enfermedad. (20)

Además, una de las mayores preocupaciones está en la implicación indirecta de consumir cannabis en el desarrollo de la depresión porque podría suceder que este consumo precipitara la aparición de la depresión al provocar un desajuste psicológico en la persona y derivar en una serie de experiencias y toma de decisiones que no ayudan, como abandonar los estudios o rodearse de personas mal influyentes, que podría precipitar y derivar en experiencias vitales que lleven a la persona a deprimirse. (41)

De modo que el consumo de cannabis estaría contemplado como un factor de riesgo en el desarrollo de la depresión, aún más tras un consumo continuado.

En cuanto a si la depresión es la causa del consumo de cannabis, existe una hipótesis popular basada en la automedicación, es decir, que aquellas personas que sufren depresión consumen intentando reducir y aliviar su sintomatología. Todo ello se sustentaría en una serie de estudios que han deducido lo siguiente: el cannabis (en especial su componente THC, aunque también otros como el CBD) mejoran significativamente el ánimo y por ello, la probabilidad de comenzar a consumir o consumir en mayores cantidades es mayor al inicio. (41)

En línea con esto, en una serie de estudios el 34% de los pacientes deprimidos informaron de que alivian los síntomas del trastorno mediante el consumo, y es esta tasa tan elevada la que reflejaría la creencia popular de que el cannabis es beneficioso para tratar y paliar los síntomas depresivos. (39)

Y por último, la posibilidad de que existan factores de riesgo que afecten o incrementen el riesgo de padecer ambas patologías está demostrada en cuanto a factores psicológicos, sociales y ambientales, aunque no explicaría la asociación entre ambas sino que significaría que existe riesgo de sufrir una, otra o ambas patologías a la vez. Por ejemplo, en personas con familias disfuncionales, desventajas sociales o con parientes con trastornos mentales es más común el uso de sustancias, así como también son personas más propensas a padecer depresión. (41)

Así bien, se trata de un proceso similar a la investigación realizada entre el cannabis y la psicosis. Primero se llevaron a cabo pequeños estudios y trabajos aislados, con muestras pequeñas y que dejaban apreciar los primeros indicios de esa relación. Luego se realizaron estudios de cohortes con individuos que no eran pacientes en los que aparecieron datos más reveladores. Posteriormente, estudios de cohortes amplias en los que se llevaba a cabo un seguimiento y

escogiendo ciertos perfiles de sujetos y métodos estadísticos, hasta finalmente publicar metaanálisis más detallados que desarrollan los resultados y corrigen errores de estudios previos, obteniendo así resultados y conclusiones más significativas. De este modo, en cuanto a nuestro objeto de investigación estaríamos en el inicio de la última etapa, con la publicación de nuevos estudios y metaanálisis, aunque con suficientes datos y estudios que muestran ciertas tendencias en los individuos y esta relación. (36)

El diagnóstico clínico de un trastorno depresivo en pacientes consumidores supone mayor complejidad debido a diferentes factores. Encontramos que los efectos del cannabis en el organismo del paciente pueden opacar o minimizar los síntomas depresivos de modo que dificultarían la diferenciación entre la sintomatología depresiva y los síntomas posibles del consumo o abstinencia. (42) Por tanto, en ocasiones para diagnosticar este trastorno psiquiátrico subyacente puede ser necesario que el paciente se mantenga en abstinencia durante cierto tiempo para permitir que tanto los síntomas del consumo como de la propia abstinencia desaparezcan. (43)

Además, la ausencia de una fisiopatología clara que tenga asociados ciertos marcadores biológicos desembocó en la necesidad por parte de psiquiatras de desarrollar unos criterios diagnósticos operativos y a diseñar entrevistas clínicas para aumentar la fiabilidad y validez de esos criterios. Entre ellas, la Psychiatric Research Interview for Substance and Mental Disorders (PRISM), utilizada para establecer el diagnóstico de una depresión primaria o, en este caso, inducida por sustancias como el cannabis de manera fiable y válida. (42)

### **3.2. Complicaciones del paciente con patología dual.**

La coexistencia de ambas patologías supone mayores complicaciones durante la enfermedad y recuperación de los pacientes: dificultad en el diagnóstico dual, presentan mayores recaídas, tienen menor adhesión al tratamiento, presentan mayor incidencia de conductas violentas, así como también de conductas de riesgo e infecciones asociadas como infecciones por el VIH o el virus de la hepatitis C, presentan mayores problemas a la hora de mantener hábitos de vida organizados y una estructura ordenada de su día a día, aumenta el comportamiento suicida y puede llegar a suponer pérdida de relaciones tanto social como familiar. (40)

Se descubrió además que la depresión es un significativo factor predictivo de muerte por sobredosis. En 2017, aproximadamente el 23% de todas las personas que murieron por sobredosis en Estados Unidos habían sido diagnosticadas anteriormente con algún tipo de trastorno depresivo. (43)

En última instancia el suicidio constituye la consecuencia final y más grave de la depresión en pacientes dependientes de sustancias. Diferentes estudios han demostrado que la presencia de trastornos depresivos en pacientes que consumen drogas como el cannabis aumenta el riesgo de suicidio comparado a aquellos que no consumen sustancias. (44)

Este tipo de pacientes a menudo presentan problemas en cuanto a la interrelación personal. Se trata de personas generalmente inestables a nivel emocional e inseguros, lo que expresan en forma de tensión continua, ansiedad, preocupaciones y miedos. Son además más sensibles a las críticas y percepciones por parte de los demás. No son personas conformistas y con ellos hay que establecer límites y negociar. (45)

Existe un estigma social, extendido también a los profesionales de la salud, que manifiestan una gran dificultad para abordar su atención. (45)

La presencia de ambas patologías incrementa generalmente la vulnerabilidad de estos pacientes de padecer otras enfermedades médicas, lo que a su vez implica una menor calidad de vida durante este proceso de enfermedad aguda. Está descrito que en los pacientes con ambas patologías esta calidad de vida se encuentra más afectada en comparación con los que únicamente consumen o tienen una enfermedad mental. Por tanto, cuanto mayor sea la gravedad de la sintomatología psiquiátrica y peor sea el funcionamiento y estado del paciente, peor será su calidad de vida, también posiblemente ocasionado por el tratamiento y consumo de psicofármacos y el riesgo de suicidio en estos pacientes. (46)

Además, estudios muestran que se trata de pacientes que acuden más a servicios de urgencias y precisan más hospitalizaciones, sobre todo en el ámbito psiquiátrico. De igual manera, los ingresos hospitalarios son más prolongados. Por tanto, no solo se trata de individuos graves únicamente desde la perspectiva psiquiátrica o psicológica, sino que también desde la social y económica-sanitaria por el mayor número de recursos que necesitan. (47)

Tras una serie de estudios ha quedado reflejado que el tratamiento que ofrece mejores resultados para este perfil de pacientes es aquel en el que el profesional o equipo asistencial integra ambas patologías y ofrece un tratamiento simultáneo para la adicción del paciente y su trastorno depresivo. (48)

Es más, la posibilidad de que el manejo terapéutico y farmacológico sea por los mismos profesionales e integre ambas patologías, favorece el seguimiento y evolución de ambas, reduce las recaídas y, en caso de reagudización, posibilita una intervención precoz y coordinada; ofreciendo un enfoque integral al problema del paciente y ayudándole a adquirir nuevas habilidades sociales que capacite a la persona para su rehabilitación teniendo en cuenta esta comorbilidad. (48)

Además del tratamiento farmacológico que el especialista crea conveniente para cada paciente, se recomienda el uso de intervenciones psicoterapéuticas, pues se ha demostrado que modelos de tratamiento como la TCC, la entrevista motivacional o el enfoque de refuerzo comunitario son eficaces en estos casos. No solo está demostrada su eficacia, sino que se ha demostrado que en el contexto de ser adicto a una sustancia y sufrir un trastorno depresivo concurrente, el efecto de estas intervenciones es limitado cuando se realiza por separado. (43)

La elevada prevalencia, el aumento de la incidencia y la gravedad de este tipo de patología, tanto clínica como social, refleja la importancia de ofrecer un tratamiento que sea beneficioso para el paciente. Sin embargo, debido a que todavía no se han realizado grandes estudios, no se ha llegado a encontrar una línea de tratamiento que seguir en la depresión dual cuya efectividad este totalmente demostrada, pero existen una serie de recomendaciones a seguir durante el manejo clínico de estos pacientes independientemente de su tratamiento psicofarmacológico. (42)

- El tratamiento debe tener en cuenta ambos procesos. A pesar de que el paciente se encuentre de forma activa en una situación de consumo, los episodios depresivos han de tratarse, pues el tratamiento de la depresión no sustituye en ningún caso al tratamiento de la adicción a la droga y este uso de sustancias no supone limitación alguna para tratar la depresión.
- Por el contrario, la adicción ha de tratarse aun cuando el paciente esté en ese momento en un episodio depresivo. El tratamiento de la depresión no tiene un efecto total en cuanto a la adicción y, aunque no siempre, se debe plantear un tratamiento asociado y específico para el problema con el uso de sustancias.

- El tratamiento que ha resultado más efectivo es aquel que contempla el abordaje farmacológico junto al psicoterapéutico.

Por tanto, tratar de manera simultánea la presencia de ambas patologías siguiendo el modelo del tratamiento integrado, sin aproximarnos a tratarlas por separado o de forma secuencial, ha supuesto tener mejores resultados y relevancia. (42)

### **3.3. Papel de enfermería en la patología dual.**

Centrándonos en el rol que juega la enfermería con aquellos pacientes que sufren un trastorno depresivo y a su vez consumen cannabis, su intervención es una parte fundamental y básica del tratamiento, pues son estos profesionales los que más contacto tendrán con el paciente y entre ellos se establecerá una relación terapéutica de confianza mutua. Además, al ser enfermería quien más tiempo pasa con los pacientes, tienen un papel fundamental en cuanto a la toma de decisiones al conocer la situación continua de estos y estar al tanto de sus necesidades. (45)

En cuanto a las funciones de las que el personal de enfermería es responsable, estas están centradas en planificar y realizar una evaluación continua de los cuidados hacia el paciente, siempre de forma integral e individualizada. (45)

Como ya habíamos comentado, el tratamiento integrado es el que parece dar mejores resultados. La enfermera será imprescindible para que este tratamiento sea efectivo, creando esa relación de confianza con el paciente que le permita mantener la abstinencia a la droga, ayudar en la estabilización psicopatológica del paciente, en la adherencia y voluntariedad al tratamiento, la conciencia de enfermedad y la motivación necesaria para lograr el cambio. (49)

Además, gran parte del trabajo que los profesionales llevan a cabo está basado en la observación consciente e integral de los pacientes. Gracias a la observación y al dialogo con este tipo de pacientes se podrá ver la evolución y conseguir planificar eficientemente los cuidados e intervenciones. (45)

Por ello, tras haber establecido una relación terapéutica basada en la confianza cuyo objetivo es la recuperación total del paciente, el profesional de enfermería podrá motivar al paciente hacia ese cambio, proporcionarle apoyo en los momentos en que lo necesite, promover conductas de salud ofreciendo psicoeducación y técnicas motivacionales y fomentar la recuperación del paciente. No obstante, deberá valorar el estado psicopatológico de los enfermos para lograr la detección de recaídas de forma precoz y prevenir o detectar descompensaciones en su patología mental de base. (49)

A modo de resumen, las competencias que lleva a cabo el personal de enfermería a la hora de tratar con este tipo de pacientes se basan en realizar valoraciones integrales de la persona, planificar sus cuidados y llevarlos a cabo. Por tanto, las actividades más notables que llevan a cabo las enfermeras serían:

- Crear y establecer una relación terapéutica que se base en la confianza mutua entre enfermera y paciente.
- Valorar el estado psicológico del paciente y evaluar su estado físico de manera regular.
- Supervisar el tratamiento farmacológico prescrito y asegurar su toma, fomentando la adhesión al tratamiento para evitar su abandono.
- Intervenir mediante actividades y consultas en la motivación para estimular y promover el cambio, favoreciendo además los hábitos higiénico-dietéticos saludables.

- Favoreciendo la implicación del paciente en la toma de decisiones y entrenar las habilidades y estrategias sociales.
- Realizar educación para la salud de forma continua con el fin de prevenir recaídas y lograr la recuperación. (45)

Por último, supone también especial relevancia el trabajo con la familia o los referentes del paciente de modo que sientan por parte de los profesionales apoyo y se les dote de habilidades y estrategias para acompañar a los pacientes durante el proceso de recuperación, animando y paliando sentimientos que puedan tener como de culpa, rabia, frustración o impotencia en cuanto a la enfermedad de su allegado. (50)

## CONCLUSIONES

Las crecientes tasas de consumo generalizado de cannabis, tanto en jóvenes como en adultos, llevan asociadas el aumento de todas aquellas enfermedades mentales provocadas o ligadas al consumo de esta droga. Además, ya han sido demostrados los efectos que produce, en su mayoría perjudiciales, de manera tanto aguda como crónica, aunque únicamente parecen estar extendidos aquellos que provocan una buena experiencia en la persona que lo consume. A ello se suman todos los medios de consumo que van apareciendo en el mercado y la facilidad, en ocasiones, de conseguirlo. Por ello, junto al efecto esperado de euforia o relajación, se puede añadir cierto contexto de diversión en el que se experimenta con nuevas presentaciones de la droga. Por todo ello, constituye un gran problema de salud pública, pues año a año incrementa el número de personas que consume esta droga.

A su vez, los trastornos depresivos también están en continuo aumento, actualmente contando con más de 300 millones de personas con este trastorno, y se sitúan como una de las causas principales de incapacidad global. (4) La relevancia clínica de estos pacientes, junto a la duración del tratamiento y el tiempo que requiere su recuperación producen una gran repercusión en la vida habitual de la persona y se ven afectados de manera integral en la mayoría de aspectos de su día a día.

Todo ello hace que a su vez la patología dual se constituya como un problema de salud cada vez más relevante, con un incremento notable de la incidencia. (39)

Así, la coexistencia de un trastorno depresivo y el consumo de cannabis es una de las patologías duales más comunes en el área de las adicciones a sustancias, llegando a tasas en las que uno de cada cuatro pacientes con depresión son también consumidores de esta droga. (42)

A pesar de que todavía no haya una causa concreta que explique esta asociación entre ambas patologías, se ha demostrado que esa relación existe. De este modo, se contempla al cannabis como un factor que aumenta el riesgo de padecer depresión, pero también a la depresión como un factor predictivo del uso de cannabis cuya hipótesis más aceptada sería la basada en la automedicación. (41)

No obstante, se ha estudiado también la existencia de factores comunes que aumentan la probabilidad la coexistencia de las patologías. Junto al aumento considerable en las últimas décadas de las patologías, tanto en conjunto como por separado, se manifiesta la necesidad de seguir investigando la neurobiología de esta comorbilidad y, al mismo tiempo, hallar la mejor forma de tratamiento y estrategias de prevención, así como de formar profesionales preparados para tratar con este tipo de pacientes y destinar recursos a este campo de la salud mental.

Se ha conseguido demostrar que, aquellas personas en las que converge un problema de consumo de sustancias y otra patología psiquiátrica, presentan mayor gravedad en cuanto a su clínica tanto médica como social, su adherencia al tratamiento es menor y la posibilidad de sufrir recaídas mayor. Esto se ve reflejado en el día a día de los profesionales implicados en la atención de estos pacientes, siendo el manejo de los casos complicado, entre otros por la dificultad añadida de establecer una buena relación terapéutica. (40) Por ello, se debe llevar además un gran trabajo de revertir ese estigma creado y aceptado, tanto por parte de la sociedad como de los propios profesionales, hacia aquellos pacientes con patología dual.

En ellos, la integración y reinserción va a resultar más complicada, pues a la gravedad de la patología se une el estigma ajeno hacia la enfermedad mental y a la adicción.

Ya se ha explicado la multicausalidad de estos pacientes que, por diversos motivos o causas, han terminado en esta situación y necesitan apoyo y la posibilidad de recibir un tratamiento integrado y llevado a cabo por profesionales especializados y sensibilizados en el tema. (45)

Por todo ello, los profesionales de enfermería deben entender cuál es su función y estar capacitados para desarrollarla, apoyando al paciente y logrando mantener una relación terapéutica que promueva su recuperación y la prevención de recaídas futuras.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Peralta A. THC, cannabis y el sistema endocannabinoide: un breve resumen. *MoleQula*. 2016; 23: 21-23.
2. López H, Cortés MT. Guía clínica de cannabis. Sociedad Científica Española de Estudios sobre el Alcohol, el Alcoholismo y las otras Toxicomanías [Internet]. 2022 [consultado 22 abril 2023]; 300 p. Disponible en: [https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/publicaciones/catalogo/bibliotecaDigital/publicaciones/pdf/2022/20220119\\_SOCIDROGALCOHOL\\_guia\\_cannabis.pdf](https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/publicaciones/catalogo/bibliotecaDigital/publicaciones/pdf/2022/20220119_SOCIDROGALCOHOL_guia_cannabis.pdf)
3. Pérez EA, Cervantes VM, Hijuelos NA, Pineda JC, Salgado H. Prevalencia, causas y tratamiento de la depresión mayor. *Revista biomédica, Universidad Autónoma de Yucatán*. 2017; 28(2):73-98.
4. Ángeles GE, Brindis F, Cristians S, Ventura R. Cannabis sativa L., una planta singular. *Revista mexicana de ciencias farmacéuticas, Asociación Farmacéutica Mexicana*. 2014; 45(4): 1-6.
5. García EC, Sánchez JP. Una revisión histórica sobre los usos del cannabis y su regulación. *Salud y drogas*. 2016; 6(1) 47-70.
6. Fundación CANNA [Internet]. España; 2020. ¿Qué son los cannabinoides? ¿Dónde se encuentran?; [consultado 22 abril 2023]. [1 pantalla]. Disponible en: <https://www.fundacion-canna.es/cannabinoides>
7. Castaño G, Velásquez E, Olaya A. Aportes al debate de legalización del uso medicinal de la marihuana en Colombia. *Facultad Nacional de Salud Pública*. 2017; 34(5): 1-11.
8. Duran M, Laporte JR, Capellà D. Novedades sobre las potencialidades terapéuticas del Cannabis y el sistema cannabinoide. *Medicina Clínica*. 2004; 122(10): 390-398
9. Osorio JH, Tangarife HF. Cannabis, una opción terapéutica. *Biosalud, Universidad de Caldas*. 2009; 8(1): 166-177.
10. Verdejo A. Efectos neuropsicológicos del consumo de cannabis. *Trastornos adictivos, Elsevier*. 2011, 13(3):97-101.
11. Quiroga M. Cannabis: efectos nocivos sobre la salud física. *Adicciones*. 2000; 12(5): 117-133.
12. Segarra AR, Torres A, Tejero A, Campo C, Pérez J. Efectos esperados y adversos del consumo de cannabis en sujetos dependientes de los tetrahidrocannabinoides. *Trastornos Adictivos*. 2006; 8(3): 148-154.
13. Gil E. Cánabis: mitos y realidades. *Revista Proyecto Hombre*. 2004; 49: 19-23.
14. Gutiérrez L, Martínez JM, Martínez MA. Efectos del cannabis en consumidores jóvenes. *Revista de Medicina de la Universidad de Navarra*. 2005; 49 (2): 9-15.
15. Callado LF, Verdejo A. Consumo de cannabis, juventud y género. *Trastornos adictivos*. 2011; 13(3): 89-90.
16. Caudevilla F, Cabrera A. Efectos psicológicos del cannabis. *Formación Médica Continuada en Atención Primaria*. 2008; 15(5): 282-290.
17. Rojas C, Polanco R, Cisterna A, Hernández V, Miranda F, Moreno A, Alarcón L. Uso medicinal de cannabis: una revisión de la evidencia. *Terapia psicológica*. 2019; 37(2): 166-180.
18. Tziraki S. Trastornos mentales y afectación neuropsicológica relacionados con el uso crónico de cannabis. *Revista de Neurología*. 2012; 54(12): 750-760.

19. Lowe D, Sasiadek JD, Coles AS, George TP. Cannabis and mental illness: a review. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*. 2019; 269(1): 107-120.
20. Arana X. La regulación del cannabis en Europa: informe sobre España. *Transnational Institute*. 2019; 1-20.
21. Carranza R. Los productos de Cannabis sativa: situación actual y perspectivas en medicina. *Salud mental*. 2012; 35(3): 247-256.
22. Mayo Clinic [Internet]. España; 2022. Depresión (trastorno depresivo mayor); [consultado 23 abril 2023]. [1 pantalla]. Disponible en: <https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/depression/symptoms-causes/syc-20356007>
23. Montes C. La depresión y su etiología: Una patología compleja. *Academia Biomédica Digital*. 2004; 1-15.
24. Guadarrama L, Escobar A, Zhang L. Bases neuroquímicas y neuroanatómicas de la depresión. *Revista de la Facultad de Medicina UNAM*. 2006; 49(2): 66-72.
25. Josué L, Torres V, Urrutia E, Moreno R, Font I, Cardona M. Factores psicosociales de la depresión. *Revista Cubana de medicina militar*. 2006; 35(3).
26. Lizárraga M, Zamora S, Morales LV, Díaz VM. Factores de riesgo asociados a la depresión del adulto mayor. *Neurología, Neurocirugía y Psiquiatría*. 2006; 39(4): 132-137.
27. Pérez G. De la tristeza a la depresión. *Revista electrónica de psicología Iztacala*. 2012; 15(4): 1310-1325.
28. World Health Organization [Internet]. 2021. Depresión; [consultado 23 abril 2023]. [1 pantalla]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/factsheets/detail/depression>
29. National Institute of Mental Health [Internet]. 2021. Depresión; [consultado 23 abril 2023]. [1 pantalla]. disponible en: <https://www.nimh.nih.gov/sites/default/files/health/publications/espanol/depresion-sp/depresion.pdf>
30. Pérez R. Tratamiento farmacológico de la depresión: actualidades y futuras direcciones. *Revista de la Facultad de Medicina (México)*. 2017; 60(5): 7-16.
31. García A, Gastelurrutia MA. Guía de seguimiento Farmacoterapéutico sobre Depresión. Grupo de Investigación en Atención Farmacéutica (GIAF). 2003.
32. Agüera-Ortiz LF, Losa R, Goetz L, Gilaberte I. Depresión geriátrica: de la neurobiología al tratamiento farmacológico. *Psicogeriatría*. 2011; 3(1): 1-8.
33. Pérez M, García JM. Tratamientos psicológicos eficaces para la depresión. *Psicothema*. 2001; 13(3): 493-510.
34. Puerta JV, Padilla DE. Terapia cognitiva-conductual (TCC) Como tratamiento para la depresión: Una revisión del estado del arte. *Duazary*. 2011; 8(2): 251-257.
35. Heerlein A. Psicoterapia interpersonal en el tratamiento de la depresión mayor. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*. 2002; 40: 63-76.
36. Núñez LA. Aspectos psiquiátricos del consumo de cannabis: casos clínicos. *Sociedad Española de investigación en cannabinoides (SEIC)*. 2008; 45-64.
37. Fernández S, Fernández JR, Secades R, García P. Cannabis y salud mental. *Actas españolas de psiquiatría, Universidad de Oviedo*. 2011; 39(3): 180-90.
38. Pérez L, Carralero A, Castro T, Fariñas N, Martí AB, Simón ME. El papel de la enfermería en la patología dual. *Colegio Oficial de Enfermería de Madrid*. 2010.
39. Kuhns L, Kroon E, Colyer-Patel K, Cousijn J. Associations between cannabis use, cannabis use disorder, and mood disorders: longitudinal, genetic, and neurocognitive evidence. *Psychopharmacology (Berl)*. 2022; 239(5): 1231-1249.

40. Langlois C, Potvin S, Khullar A, Tourjman SV. Down and High: Reflections Regarding Depression and Cannabis. *Front Psychiatry*. 2021; 12: 625158.
41. Degenhardt L, Hall W, Lynskey M. Exploring the association between cannabis use and depression. *Addiction*. 2003; 98(11): 1493-1504.
42. Tirado J, Farré A, Mestre J, Szerman N, Torrens M. Patología dual en Depresión: recomendaciones en el tratamiento. *Adicciones*. 2018; 30(1): 66-76.
43. Iqbal MN, Levin CJ, Levin FR. Treatment for Substance Use Disorder With Co-Occurring Mental Illness. *Focus (Am Psychiatr Publ)*. 2019; 17(2): 88-97.
44. Ellis ML, Valdivia NG, Guerra YL, Mena LE. Depresión y trastornos relacionados por consumo de sustancias. *Medimay, Revista de ciencias médicas de Mayabeque*. 2022; 29(3): 463-480.
45. Torrijos M, Palomino A. Patología dual y Enfermería: Revisión bibliográfica. *Revista de Patología Dual*. 2017; 4(1).
46. Fernández Mondragón S. Características de personalidad, estrategias de afrontamiento y calidad de vida en patología dual [tesis doctoral en Internet]. Barcelona: Universidad de Barcelona; 2015 [consultado 24 abril 2023]. 295 p. Disponible en: [https://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/107761/4/SFM\\_TESIS.pdf](https://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/107761/4/SFM_TESIS.pdf)
47. Torrens M. Patología dual: situación actual y retos de futuro. *Adicciones*. 2008; 20(4): 315-319.
48. Usieto EG, Pernia MC, Pascual C. Intervención integral de los trastornos psicóticos con trastorno por uso de sustancias comórbido desde una unidad de patología dual. *Rehabilitación Psicosocial, Elsevier*. 2006; 3(1): 26-32.
49. Braojos M, Lerma E, Moreno I, Bravo CJ, Martínez P. Abordaje integrado en patología dual: el papel de la enfermería. Poster sesión presented at: XXXIV Congreso Nacional De Enfermería De Salud Mental; 5-7 Abril 2017; Murcia, España.
50. González G. Patología dual: definición, historia y recursos. *Educación social: revista de intervención socioeducativa*. 2020; 75: 81-96.

## ANEXOS

### Anexo I : Criterios de dependencia de sustancias según la clasificación DSM-IV (16)

TABLA 4. Criterios de dependencia de sustancias según la clasificación DSM-IV	
1. Tolerancia, definida como:	
	Necesidad de incrementar la cantidad de sustancia para alcanzar la intoxicación o el efecto deseado
	Disminución del efecto con el uso continuado de la misma cantidad de la sustancia
2. Abstinencia, manifestada como:	
	Síndrome de abstinencia característico de la sustancia
	Toma de la misma sustancia (o parecida) para evitar síntomas de abstinencia
3. La sustancia se toma con más frecuencia o en cantidades mayores de lo deseado	
4. Hay un deseo persistente o esfuerzos infructuosos para evitar o controlar el uso de la sustancia	
5. Se emplea mucho tiempo en actividades relacionadas con la obtención, el consumo de la sustancia o la recuperación de los efectos	
6. Reducción notable del tiempo dedicado a actividades sociales, ocupacionales o recreacionales debido al uso de la sustancia	
7. El uso de la sustancia es continuado a pesar de saber que se tienen problemas físicos o psicológicos persistentes, o recurrentes, que probablemente han sido causados o exacerbados por la sustancia	