



UNIVERSIDAD NACIONAL DEL ESTE
FACULTAD DE FILOSOFÍA
Dirección de Postgrado
Especialización en Psicología Clínica



IMPACTO DEL CONSUMO DEL CANNABIS
EN LA SALUD MENTAL

Autores:

Manuelita Amada Llanes Gómez
Ariel Alberto Jara Acosta

Orientador

Jorge Roberto Meza

Ciudad del Este, Paraguay - 2022

ÍNDICE GENERAL

PORTADA	i
ÍNDICE GENERAL	ii
INTRODUCCIÓN	1
EL CONSUMO DEL CANNABIS Y SU IMPACTO EN LA SALUD MENTAL.....	2
Antecedentes del estudio	2
2. Salud mental	3
3. Trastornos inducidos por el cannabis	6
3.1 Ansiedad	7
3.1.1 Manifestaciones somáticas de la ansiedad	10
3.1.1.1 Síntomas somáticos musculares	12
3.1.1.2 Síntomas somáticos generales sensoriales	13
3.1.1.3 Síntomas cardiovasculares	14
3.1.1.4 Síntomas respiratorios.....	14
3.1.1.5 Síntomas gastrointestinales	14
3.1.1.6 Síntomas genitourinarios.....	15
3.1.1.7 Síntomas autónomos	15
3.1.2 Manifestaciones de síntomas psíquicos de la ansiedad.	16
3.1.2.1 Estado de ánimo ansioso	16
3.1.2.2 Tensión.....	17
3.1.2.3 Temores.....	17
3.1.2.4 Insomnio.....	18
3.1.2.5 Estado de ánimo deprimido.....	18
3.2 Depresión	18
3.2.1 Clasificación de la depresión	19
3.2.1.1 Depresión endógena o melancólica	19
3.2.2 Depresión de causa psicosocial	20

3.2.3 Depresión somatógenas	21
3.2.4 Clasificación según el DSM 5	24
3.2.4.1 Criterios diagnósticos de trastorno de depresión mayor según DSM-5.....	24
CONCLUSIÓN.....	27
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	28
ANEXOS.....	30

INTRODUCCIÓN

En la monografía se aborda el tema del consumo del cannabis y su impacto en la salud mental, considerando que la Organización Mundial de la Salud hace ya más de cincuenta años había llegado a la conclusión de que este consumo representaba un peligro en el orden físico, mental y social. Sin embargo, actualmente se reconoce que existe una tolerancia social hacia los consumidores, muchos de ellos con fines terapéuticos, pero en otros casos, con tendencia a una adicción. El consumo en exceso y sin el control médico correspondiente puede impactar negativamente en la salud mental del sujeto, generando entre otros trastornos, delirium, dependencia, trastorno psicótico, ansiedad y depresión.

El consumo de cannabis, especialmente frecuente, es decir, diario o casi diario y en dosis elevadas, puede provocar desorientación y, en ocasiones, pensamientos desagradables o sentimientos de ansiedad y paranoia. Las personas que lo consumen son más propensas a desarrollar psicosis temporales, es decir, no saber qué es real, alucinaciones y paranoia y trastornos mentales a largo plazo, incluida la esquizofrenia, un tipo de enfermedad mental en la que las personas ven o escuchan cosas que en realidad no existen. En base a este planteamiento, se formula la siguiente pregunta de investigación: ¿Cuál es el impacto del consumo del cannabis en la salud mental? A partir de esta pregunta se formula como objetivo de la monografía: Describir el impacto del consumo del cannabis en la salud mental.

El estudio está enmarcado en una investigación de carácter bibliográfico como libros, revistas y artículos de internet, que han tenido como tema de investigación el impacto del consumo del cannabis en la salud mental, destacando que en la monografía no se pretende dar nuevos criterios sobre el tema, sino ofrecer un material de consulta para poder utilizar las informaciones apropiadamente conforme a derecho.

La relevancia metodológica de la investigación se basa en el empleo de técnicas e instrumentos que podrán enriquecer las informaciones teóricas existentes sobre el tema, ampliando el conocimiento ya existente y posibilitando a las futuras investigaciones la oportunidad de ir avanzando en la profundización del estudio de un tema tan interesante en el ámbito de la psicología clínica.

El trabajo se estructura de la siguiente manera: La introducción, que contiene el planteamiento y alcance del tema de investigación, el objetivo y la metodología utilizada. El cuerpo o desarrollo del trabajo que aborda el tema en varios apartados y subapartados relacionados al consumo del cannabis y los posibles trastornos que puede generar para la salud mental del consumidor. Por último, se presentan las conclusiones del estudio, las cuales contienen la síntesis e interpretación del investigador sobre el tema.

EL CONSUMO DEL CANNABIS Y SU IMPACTO EN LA SALUD MENTAL

Antes de abordar el impacto en la salud mental, conviene hacer una referencia al cannabis para poder contextualizar el tema. El cannabis sativa y el cannabis son miembros de la familia de las ortigas que han crecido de forma natural en todo el mundo durante siglos. Las dos plantas se han utilizado para una amplia variedad de propósitos, incluido el cáñamo para prendas de vestir y textiles, como planta medicinal y como droga recreativa popular.

Antecedentes del estudio

Gallego Álvarez (2017) realizó un estudio sobre el consumo del cannabis y su impacto en la salud mental. A través de una investigación bibliográfica, se planteó como objetivo conocer los efectos nocivos del consumo de cannabis sobre la salud mental, teniendo como premisa la relación entre este consumo y la aparición de trastornos mentales y qué se ha publicado en la literatura sobre las intervenciones enfermeras en este campo. En base a esta revisión, se ha encontrado una clara asociación entre el abuso de cannabis y los síntomas psicóticos y de depresión, a diferencia de los síntomas de ansiedad que parece improbable que el consumo pueda actuar como único factor causal.

Otro trabajo que sirve como antecedente del presente estudio fue realizado por Izquierdo y Llunch (2012) referente al impacto del consumo del cannabis en el trastorno psicótico. El propósito de este estudio es dar apoyo a esta teoría y poder demostrar que el consumo de cannabis es perjudicial, así como también concienciar a la población adolescente sobre este problema ya que cada vez se empieza a consumir esta droga a edades más tempranas. Los hallazgos generales indican que el consumo frecuente y excesivo deteriora la salud mental y, en consecuencia, la calidad de vida del sujeto, razón por la cual se requiere prestar atención adecuada a los adolescentes que se encuentran en una etapa vulnerable.

Otro estudio realizado por Gaviria, Álvarez y Quintero (2019) se halla relacionado con el consumo de cannabis y LSD en el pronóstico de pacientes diagnosticados con trastorno esquizofrénico. El propósito de esta revisión es examinar el efecto de las sustancias psicoactivas en el pronóstico de salud mental de los pacientes esquizofrénicos a través de un estudio teórico descriptivo de tipo documental, durante el cual se realizó el seguimiento, organización y análisis de los documentos relacionados en diversas bases de datos utilizando la información para determinar si estas sustancias pueden ser o no factores de riesgo. Existen contradicciones en los efectos del consumo, mientras que algunos autores niegan el efecto del

consumo de sustancias psicoactivas en el empeoramiento de los síntomas psicóticos y explican una relación independiente entre ellos, otros afirman que existe una relación entre el consumo y el deterioro percibido en la salud mental.

Porres y García (2020) a través de un artículo de revisión analizaron el consumo del cannabis y su relación con los trastornos de la salud mental. Según diversos estudios, el cannabis es la droga ilegal más consumida tanto en Estados Unidos como en Europa, donde España y Reino Unido son los dos países que más consumen. En las últimas décadas, el cannabis ha sido objeto de investigación, pues según los últimos estudios, aumenta el riesgo de trastornos mentales diferentes entre los consumidores de esta sustancia. Además de los problemas de salud, la Organización Mundial de la Salud también advierte sobre las consecuencias financieras, sociales y de salud asociadas con el consumo. Tales estudios han sugerido fuertemente que, aunque no todos los consumidores de cannabis desarrollan problemas de salud mental, hay evidencia de un vínculo claro entre el consumo temprano de cannabis y los problemas de salud mental posteriores entre las personas con limitaciones genéticas y que los consumidores de cannabis tienen un problema particular.

Los antecedentes de estudios mencionados han explorado la relación del consumo del cannabis en la salud mental de las personas. Estos han encontrado que el consumo frecuente y en un periodo extendido, la sustancia llega a deteriorar la salud mental y consecuentemente la calidad de vida, lo cual lleva a consecuencias generales para la salud pública que debe doblegar su esfuerzo para el tratamiento de los afectados.

2. Salud mental

La palabra clave en torno al cual gira la presente investigación es la salud mental. En efecto, en este apartado se abordan las teorías que lo explican y las dimensiones de las que se compone.

Muchos expertos ven la salud mental como un continuo, lo que significa que la salud mental de una persona puede tener valores diferentes y variados. Por ejemplo, el bienestar mental es visto como una cualidad positiva que permite a la persona alcanzar el nivel adecuado de salud mental, lo que lleva a la capacidad de vivir plena y creativamente, además de la evidente resiliencia que permite enfrentar las dificultades, fracasos y desafíos inevitables que trae la vida.

La psicología positiva tiene un gran campo en esta materia. La Organización Mundial de la Salud OMS (2013), se refiere a la salud mental en los siguientes términos:

Los conceptos de salud mental incluyen el bienestar subjetivo, la autosuficiencia perseguida, la autonomía, la competitividad, la dependencia intergeneracional y la auto actualización del propio intelecto y potencial emocional, entre otros. (OMS, 2013, p. 19)

Sin embargo, algunas veces se utiliza una definición amplia y los profesionales generalmente están de acuerdo en decir que la salud mental es un concepto más complejo que decir simplemente que se trata de la carencia de un desorden mental. En este sentido, la clásica definición de la salud mental como ausencia de trastorno de índole mental pierde fuerza, ya que al interior de la materia se encuentra una serie de factores que describe de manera más amplia el concepto de salud mental.

El aspecto de la salud mental es una materia de vital importancia en todo el mundo, pues tiene que ver con el bienestar de la persona, de las sociedades y de las naciones y que sólo una pequeña minoría de los 450 millones de personas que sufren de desórdenes mentales o del comportamiento reciben en efecto un tratamiento. (OMS, 2013, p. 20)

La organización concluye que los desórdenes mentales son productos de una compleja interacción entre factores biológicos, psicológicos y sociales. Esto amplía el concepto de salud mental al entender que en ella intervienen no solo variables de índole individual, sino todo un conjunto de factores que en suma contribuye a determinar el estado de salud mental de la persona.

Los datos estadísticos expuestos por la OMS (2013) demuestran que existe una gran cantidad de personas que sufren desórdenes mentales, pero que solo unos pocos reciben tratamiento. Esto tal vez ocurre porque no se le da la debida importancia en la sociedad e implica la necesidad de desmitificar el tema, dado que los estereotipos sociales y culturales han instalado la idea de relacionarlo con la locura.

Salud mental o estado mental es la manera como se conoce, en términos generales, el estado de equilibrio entre una persona y su entorno socio-cultural, lo que garantiza su participación laboral, intelectual y de relaciones para alcanzar un bienestar y calidad de vida. Se dice salud mental como analogía de lo que se conoce como salud o estado físico, pero en lo referente a la salud mental indudablemente existen dimensiones más complejas que el funcionamiento orgánico y físico del individuo. (Merriam Webster, 2016, p. 317)

Asimismo, el tema de la salud mental no sólo atañe a los aspectos del tratamiento tras la aparición de trastornos mentales manifiestos, sino que también corresponde al campo de su prevención, promoviendo un entorno sociocultural determinado por aspectos como la autoestima, las relaciones humanas y otros elementos que deben provenir de la educación más básica de la niñez y la juventud.

Esta preocupación no es sólo de los expertos, sino que es parte de la responsabilidad del gobierno nacional, la creación de una familia en el centro, un ambiente sano de vida en el barrio, los medios de comunicación y la responsabilidad informada, una guía para la salud mental en las escuelas, espacios de trabajo y estudio en general.

El diccionario de la Merriam-Webster define la salud mental como: “un estado de bienestar emocional y psicológico en el cual el individuo es capaz de hacer uso de sus habilidades emocionales y cognitivas, funciones sociales y de responder a las demandas ordinarias de la vida cotidiana” (Merriam-Webster, 2016, p. 548). Sin embargo, los detalles de la Organización Mundial de la Salud (OMS) muestran que no existe una definición oficial de salud mental, y cualquier definición siempre está influenciada por diferencias culturales, suposiciones subjetivas, disputas entre teorías profesionales y más.

Por otro lado, los expertos coinciden en que la salud mental y la enfermedad mental no son dos conceptos opuestos, es decir, la ausencia de un trastorno de salud mental reconocido no necesariamente significa salud mental.

Analizando las ideas enfatizadas en los problemas de salud mental, se asume que observar el comportamiento de la vida diaria de una persona es la forma más importante para determinar su estado de salud mental, por ejemplo, para la forma de aliviar los miedos, sus habilidades, competencias y responsabilidades, la satisfacción de sus necesidades, el manejo de su estrés, las relaciones interpersonales y la forma en que llevan una vida independiente.

Además, el comportamiento de una persona en situaciones difíciles y el tratamiento de momentos traumáticos permite formar una tipología correspondiente al nivel de su salud mental.

Tanto la Organización Mundial de la Salud (OMS) como las enciclopedias coinciden en que la condición o salud mental de una persona está determinada por sus interacciones con el medio ambiente en su vida diaria, incluido el lugar de trabajo donde pasa la mayor parte de su tiempo.

Ahora bien, en los casos complejos, cuando se presenta una serie de trastornos o desórdenes mentales, el alcance del estado mental se vuelve más amplio, por lo que también resulta conveniente describirlo desde la perspectiva psiquiátrica.

En la psiquiatría se considera que la salud mental es el estado de equilibrio y adaptación activa y suficiente que permite al individuo interactuar con su medio, de manera creativa, propiciando su crecimiento y bienestar individual, y el de su ambiente social cercano y lejano, buscando mejorar las condiciones de la vida de la población conforme a sus particularidades. (Muñoz et, Díaz & Torres, 2015, p. 57)

En este sentido, la salud mental se entiende a partir del proceso de interacción de la persona en el medio. Esto implica que el estado mental es producto del contacto que establece el individuo con sus pares en un determinado contexto.

Desde esta perspectiva, el ambiente social y familiar constituye el escenario principal para ayudar al consumidor a superar los efectos que pueden provocar el consumo del cannabis. Sin embargo, si las condiciones familiares son adversas o no reúnen las características necesarias de un clima familiar adecuado, el estado de salud mental del consumidor puede verse resentido en la medida que no pongan en práctica la estrategia de afrontamiento adecuada.

Lo anterior explica que la salud mental de una persona no solo está determinada por factores biológicos y psicológicos individuales, sino que en ella influye una serie de factores de índole social, incluso cultural.

3. Trastornos inducidos por el cannabis

El consumo del cannabis puede inducir a trastornos que alteran la salud mental del sujeto. Según Gutiérrez, Irala y Martínez (2006) se pueden presentar: “síntomas físicos como taquicardia, aumento de la presión arterial, inyección conjuntival, aumento del apetito, sequedad de boca, cierta torpeza en la coordinación del movimiento y el equilibrio, y reacciones o reflejos lentos” (p. 3). Estos síntomas físicos son característicos del consumidor, lo que a su vez representa un factor potenciador de trastornos de la salud mental.

En cuanto a los síntomas psíquicos más frecuentes, Gutiérrez, Irala y Martínez (2006) mencionan que se observan: “cambios conductuales con euforia y ansiedad, síntomas de suspicacia e ideación paranoide, sensación de lentitud en la percepción del tiempo y retraimiento” (p. 3). Estos cambios conductuales se perciben lentamente en la medida que aumenta la frecuencia de consumo de sustancia y el sujeto se vuelve cada vez más

dependiente. Esto tiende a aumentar la sensibilidad del individuo a los estímulos externos, los colores se perciben más brillantes y suenan más fuertes. A dosis más altas, pueden ocurrir episodios de despersonalización o desrealización.

Para diagnosticar la intoxicación por cannabis, el manual DSM de APA (2013) sugiere tener en cuenta lo siguiente:

A) Consumo reciente de cannabis.

B) Cambios psicológicos o conductuales desadaptativos clínicamente significativos (por ej.: deterioro de la coordinación motora, euforia, ansiedad, sensación de que el tiempo transcurre lentamente, deterioro de la capacidad de juicio, retraimiento social) que aparecen durante o poco tiempo después del consumo de cannabis.

C) Dos o más de los siguientes signos y síntomas, que aparecen a las dos horas del consumo del cannabis:

1. Inyección conjuntival
2. Aumento del apetito
3. Sequedad de boca
4. Taquicardia

D) Los síntomas no son debidos a enfermedad médica ni se explican por la presencia de algún trastorno mental.

El DSM destaca también que Entre las 8 y 12 horas después de la última toma, el sujeto

presenta alteración de las habilidades motoras que interfieren como por ejemplo en la conducción de vehículos y otro tipo de maquinaria pesada.

Entre los efectos agudos del consumo del cannabis, Gutiérrez, Irala y Martínez (2006) destacan la ansiedad, disforia, pánico y paranoia. Esto se da sobre todo en los nuevos consumidores, pero no se descartan en aquellos que lo hacen con asiduidad.

3.1 Ansiedad

La ansiedad es una dimensión de la salud mental. Si bien es un fenómeno natural del ser humano que refleja su adaptación al entorno, cuando se convierte en habitual y frecuente constituye un llamado de atención.

El consumo de cannabis ha sido relacionado en la literatura con el diagnóstico de trastorno de pánico considerándose que su consumo puede precipitar síntomas de ansiedad en pacientes con crisis de pánico o desencadenarlos por primera vez en sujetos vulnerables. Así los pacientes que ya habían presentado crisis de pánico tendían a volver a presentarlas al consumir cannabis, y muchos de ellos suspendían espontáneamente su consumo dado que incrementaba su ansiedad al consumir. (Arias & Ramos, 2008, p. 68)

Es un hecho que los componentes químicos del cannabis tienen un efecto directo sobre el sistema nervioso central, el cual se encarga de regular un estado de vigilia y relajación, el mismo que cambia en los trastornos de ansiedad y pánico. Por lo tanto, muchas personas consumen cannabis para calmarse y relajarse, bajar el ritmo cardíaco y entrar en la zona de bienestar. Puede tener estos efectos, sin embargo, depende mucho de la calidad de la planta, la parte consumida, la forma de consumo, la cantidad y duración del contacto con ella, etc.

Este efecto de relajación también depende de otras cosas, como la ubicación, el entorno, la actitud interior, las creencias sobre lo que es (si uno lo hace con miedo o no), la capacidad para fluir con lo desconocido o la intensidad.

Los efectos del cannabis dependen de problemas físicos, ambientales, psicológicos y emocionales. Pero en sí, físicamente, el hecho de que el sistema nervioso central haya cambiado y se pueda activar un estado de alerta interno, hace que uno se preocupe y controle sus emociones, provocando frustración cuando no puede, miedo y paranoia que pueden determinar con un ataque de pánico o mucha ansiedad.

Ahora bien, una vez establecida la posible relación entre la ansiedad y el consumo del cannabis, conviene hacer un análisis de este trastorno para comprender su impacto en la salud mental.

Las teorías que lo estudian suelen marcar una diferencia con el miedo, puesto que en ocasiones se prestan a confusiones y se los emplean de manera indistinta, por lo que resulta conveniente hacer las precisiones conceptuales para establecer su alcance en la presente investigación.

De esta forma, el Diccionario de la Real Academia Española hace la precisión terminológica de la siguiente manera: “La palabra ansiedad proviene del latín *anxietas*, que significa conjuga o aflicción, inquietud o zozobra del ánimo, agitación” (RAE, 2011, p. 68). De esta manera, la ansiedad y sus efectos pueden traer consigo un desgaste emocional y

comportamental demasiado serio y complicado en los consumidores del cannabis cuando no se toman las medidas psicológicas clínicas adecuadas.

Se puede definir la ansiedad como un estado emocional caracterizado por miedo no resuelto o de actividad alerta, sin dirección específica, es una combinación difusa de emociones, con una estructura cognitivo-afectiva orientada hacia el futuro. Sus reacciones emocionales consisten en sentimientos de tensión, aprensión, nerviosismo y preocupación, así como activación o descarga del sistema nervioso autónomo. (Lykken, 2010, p. 38)

La ansiedad es definida como una emoción humana normal que se convierte en un trastorno cuando la reacción de la persona frente a ciertos estímulos o situaciones simples es anormal.

El estudio de la ansiedad está muy relacionado con el miedo, pero mientras este constituye una respuesta emocional a un hecho real, aquella representa una respuesta a un hecho sobredimensionado de un evento o situación amenazante.

En el caso de los consumidores, la ansiedad puede ser acelerada en la medida que carecen de mecanismos de afrontamiento. En este caso, se auto vulneran, principalmente por la falta de capacidad para responder a las amenazas.

El vivir día a día con miedo a enfrentar los cambios, predisponen a los consumidores a padecer una ansiedad que si no es tratada a tiempo puede tener repercusiones negativas y más complejas en su estado mental.

El intento de buscar una adaptación al contexto de ansiedad deshumaniza a la persona y lo coloca en una situación vulnerable a sufrir lesiones psicológicas y psíquicas que posteriormente resultan muy difíciles de corregir.

La ansiedad a nivel general es un estado universal en los seres humanos, pero para que este cumpla con los márgenes característicos de un trastorno o síndrome es necesaria la presencia de síntomas dolorosos que causen malestar, alteraciones de una o más áreas funcionales o de un riesgo sumamente alto a la muerte, temor, dolor, y principalmente pérdida de libertad. (Stein & Hollander, 2010, p. 72)

La situación de ansiedad ejerce una reacción en el organismo, con un estado de alerta permanente que se manifiesta en una depresión del sistema inmunitario y una modificación de los neurotransmisores cerebrales. Como consecuencia, se generan palpitaciones, sensaciones

de opresión, de ahogo y fatiga, trastornos de sueño, nerviosismo, irritabilidad, cefaleas, trastornos digestivos y dolores abdominales.

La ansiedad es más bien consecuencia de esto, pero puede conducir a un proceso lento de destrucción de la personalidad y autoimagen que disminuye la estabilidad emocional en detrimento de la autoestima.

Además, como parte de la ansiedad expresada por el desarrollo emocional, los síntomas psicofisiológicos pueden verse exacerbados por la aparición de reacciones depresivas, que a su vez pueden manifestarse como ideación suicida en casos graves.

La ansiedad es un sentimiento inusual de miedo ante un estímulo o amenaza, que muchas veces permite identificarlo y adoptar una respuesta adecuada. Si se reconoce la causa del peligro, se utiliza el concepto de miedo, y si es difícil de determinar, se utiliza el concepto de ansiedad.

La ansiedad se caracteriza por una mayor intensidad y una reacción exagerada a la causa, siendo esta la fuente de angustia y dificultad para funcionar. A menudo provoca respuestas de estrés del cuerpo, como liberación de adrenalina o rigidez muscular, así como sentimientos de irritabilidad, urgencia o depresión.

De lo expuesto por los autores se desprende que la ansiedad se define como un estado emocional de daño o infelicidad predecible. En otras palabras, sucede cuando alguien piensa que algo malo va a pasar, por lo que se asocia con la ansiedad.

3.1.1 Manifestaciones somáticas de la ansiedad

La nueva clasificación del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5) ya no usa el término somatización y ha eliminado la categoría del trastorno por somatización que existía en la versión anterior (DSM-4-TR).

El argumento de esta variación es que es difícil demostrar que un síntoma no es causado por una condición médica general. Así, para los pacientes en los que predominan los síntomas somáticos que provocan malestar y deterioro psicosocial, se ha creado una categoría denominada síntomas somáticos y trastornos relacionados. Por lo tanto, en este estudio se asume el criterio adoptado por el DSM-5 que dicta los síntomas somáticos y su relación con la ansiedad.

Sin embargo, se describen brevemente los criterios de la CIE 10 y DSM-5 para clasificar los trastornos somatomorfos. En ese sentido la CIE 10 (1992) hace una subdivisión de los trastornos somatomorfos de la siguiente manera:

Trastorno por somatización, trastorno somatomorfo indiferenciado, trastorno hipocondriaco, el cual incluye la dismorfofobia; la disfunción vegetativa somatomorfa, que incluye corazón y cardiovascular, digestiva, respiratoria, urogenital y otras; los trastornos disociativos que fuera de los trastornos somatomorfos incluyen trastornos conversivos; trastorno por dolor somatomorfo; trastorno somatomorfo sin especificar y otros trastornos somatomorfos. (CIE 10, 1992, p. 172)

El diagnóstico no es fácil, ya que hay muchos significados para asignar un síntoma físico a un trastorno mental. Por tanto, es importante que además de no encontrar causas orgánicas demostrables o mecanismos patológicos conocidos que las expliquen, es necesario tener una hipótesis razonable de que estos síntomas están relacionados con estos factores psicológicos o estrés.

Por su parte, el DSM-5 a diferencia de la CIE 10 habla de los síntomas somáticos y los trastornos relacionados en los siguientes términos:

Trastornos de síntomas somáticos, trastorno de ansiedad por enfermedad, factores psicológicos que influyen en otras afecciones médicas, trastorno por conversión como los trastornos de síntomas neurológicos funcionales, trastornos de síntomas somáticos y trastornos relacionados especificados y no especificados, trastorno facticio y simulación. (APA, 2013, p. 192)

Haciendo una comparación entre lo establecido por la CIE 10 y el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5), es posible distinguir ciertas diferencias en la clasificación y alcance conceptual de estos trastornos.

En cuanto a los trastornos de somatización, comienzan antes de los 30 años y son de 9 a 10 veces más frecuentes en mujeres. Este trastorno no se caracteriza por la cantidad de molestias físicas, sino por el hecho de que afectan a varios órganos. Consultar por molestias derivadas de síntomas y no por miedo a una enfermedad, ya no se reconoce como una entidad en la clasificación DSM-5.

Frente a la hipocondría, lo que prevalecía era la angustia, más que los propios síntomas, por la convicción de que se tenía una enfermedad terminal. Hay un alto grado de ansiedad por la salud y el individuo entra en pánico fácilmente por su estado de salud. Equivale al trastorno de ansiedad por una enfermedad de la clasificación DSM-5.

Para los síndromes somáticos funcionales, se extienden a ambos lados de los límites físicos y psicológicos, como el síndrome de fatiga crónica, la fibromialgia o el síndrome del

intestino irritable. La ventaja de presentarlos como un síndrome funcional es que al acercarse al modelo médico los pacientes lo aceptan mejor. En general, los principios que se aplican al tratamiento de las náuseas se pueden utilizar en el tratamiento de estos trastornos.

En la práctica general de la ansiedad, muchos pacientes presentan una variedad de síntomas, a menudo dolorosos, dolor somatomorfo que no cumplen los criterios para las entidades clínicas definidas.

Según Borja Ferré (2017) el paciente puede presentar una amplia variedad de síntomas somáticos que afectan a diferentes órganos como:

Síntomas generales: astenia, cansancio.

Musculoesqueléticos: cervicalgias, dolores generalizados.

Gastrointestinales: dolor y distensión abdominal, gases, diarrea, estreñimiento.

Cardiorrespiratorios: palpitaciones, dolor torácico, sensación de falta de aire.

Neurológicos: cefalea, mareos, debilidad muscular, alteraciones de la visión o de la marcha.

Genitourinarios: disuria, prurito, dispareunia. (Borja Ferré, 2017, p. 69)

Los síntomas más frecuentes son los musculoesqueléticos, seguidos de astenia y fatiga.

Hay una serie de claves que pueden hacer pensar en un proceso de somatización, y se agrupan según la presentación clínica actual, la historia clínica previa y la personalidad y adaptación social del paciente.

Se ha demostrado que algunos tipos de sintomatología ansiosa más recurrente en los consumidores del cannabis serían, por nombrar algunas, “manifestaciones como pensamientos catastróficos, quejas somáticas como palpitaciones fuertes del corazón, sudoración de palmas, entre otras”(Arias & Ramos, 2008, p. 72). Estas manifestaciones se desprenden de los criterios de diagnóstico, tanto del CIE-10 como del DSM-5, por lo que resulta conveniente hacer una descripción de estos síntomas para una mejor comprensión del problema.

3.1.1.1 Síntomas somáticos musculares

En este sentido, Hamilton (1969) en Lobo, Camorro y Luque (2002) señala que la ansiedad puede manifestarse por medio de síntomas somáticos musculares como: “Dolores y molestias musculares, rigidez muscular, contracciones musculares, sacudidas clónicas, crujiir

de dientes, voz temblorosa” (p. 495). Si bien estos síntomas somáticos pueden deberse a otras causas de etiología médica, el profesional debe descartar primero dicha etiología para confirmar la ansiedad como causa.

3.1.1.2 Síntomas somáticos generales sensoriales

Otro grupo de síntomas al que alude Hamilton (1969) tiene que ver con los síntomas somáticos generales sensoriales como: “Zumbidos de oídos, visión borrosa, sofocos y escalofríos, sensación de debilidad, sensación de hormigueo” (Lobo, Camorro & Luque, 2002, p. 495). Estas manifestaciones somáticas podrían deberse a una sobrecarga sensorial. Este es uno de los fenómenos relacionados con el mundo en el que vivimos y su desarrollo, es poco probable que desaparezca en los próximos años. De hecho, es algo por lo que la gran mayoría de las personas ha pasado en algún momento de su vida, sin necesariamente detenerse a pensar qué es o darle tiempo. Un ejemplo de ello es el caso de los consumidores del cannabis, lo cual genera un conjunto de situaciones que a la larga puede repercutir de manera más negativa en su salud mental.

Básicamente, la sobrecarga sensorial es la sensación que se experimenta cuando uno o más sentidos están sobre estimulados. Por ello, es cada vez más popular en un mundo donde cada vez más personas viven en entornos urbanos, llenos de ruido, gente y tecnología con interfaces muy intuitivas.

No obstante, se reconoce que dichos síntomas somáticos sensoriales pueden deberse a la ansiedad, cuando la realidad se evalúa con un elevado sobredimensionamiento, sin tener los recursos para hacer frente a la situación. Una de las más frecuentes es la sensación de debilidad. Esta se caracteriza por la falta de fuerza física o fuerza muscular y es la sensación de que se necesita más esfuerzo para mover el brazo, la pierna u otros músculos. Si la debilidad muscular se debe al dolor, el paciente puede mover el músculo, pero le causará dolor, pero si solo es una sensación, puede ser debido a la ansiedad.

Así también, otro síntoma somático sensorial muy frecuente en la ansiedad es la sensación de hormigueo. Puede ocurrir en casi cualquier parte del cuerpo, pero se observa con mayor frecuencia en la cara, las manos, los brazos, los pies y las piernas. Esto se debe a que la sangre se dirige a partes más vitales del cuerpo, lo que puede promover una respuesta de lucha o huida. Como resultado, las áreas que son menos importantes para la respuesta tienen una sensación de debilidad, entumecimiento u hormigueo.

3.1.1.3 Síntomas cardiovasculares

Otro de los síntomas somáticos está relacionado con los cardiovasculares como: “Taquicardia, palpitaciones, dolor en el pecho, latidos vasculares, sensación de desmayo, extrasístole” (Hamilton, 1969 en Lobo, Camorro & Luque, 2002, p. 496). La taquicardia o una sensación de latidos o palpitaciones es el resultado de la propia ansiedad. Además de los síntomas anteriores, se puede sentir un dolor intenso en el pecho, pero no el dolor reflejo en el brazo derecho que se produce con un infarto.

De ahí que es necesario descartar primeramente la etiología clínica médica para considerarlo como síntoma de ansiedad, ya que además de esta, existen muchas otras causas para las palpitaciones cardíacas. Las palpitaciones pueden ser causadas también por alcohol, cafeína, chocolate o los propios medicamentos.

Además, durante un ataque de ansiedad, uno puede sentirse mareado, aturdido o inestable, lo que puede hacer que algunas personas teman desmayarse o desvanecerse. Sin embargo, las posibilidades de que esto suceda son muy pequeñas, por lo que es primordial descartar toda causa médica.

3.1.1.4 Síntomas respiratorios

Otros de los síntomas somáticos de la ansiedad a los que se refiere Hamilton (1969) tiene que ver con los de índole respiratorio como: “Opresión o constricción en el pecho, sensación de ahogo, suspiros, disnea” (Hamilton, 1969 en Lobo, Camorro & Luque, 2002, p. 496). Las situaciones que atraviesan los consumidores del cannabis durante el proceso son realmente intensas. Si bien parece que la situación va mejorando con el correr del tiempo, lo cierto es que ha afectado la vida de muchas personas que aún no están preparadas para enfrentar los problemas que encierra este trastorno.

Otra manifestación de síntomas somáticos respiratorios es la sensación de ahogo. Al respecto, es importante señalar que a veces, cuando se corre o se salta, uno siente que no puede respirar, le falta el aire. Esto es completamente normal, sin embargo, hay momentos en que se está descansando y por razones desconocidas, también se experimenta lo mismo. Si este es el caso, probablemente uno se siente abrumado por la ansiedad.

3.1.1.5 Síntomas gastrointestinales

Dentro de este grupo, Hamilton (1969) agrupa los siguientes síntomas: “Dificultad para tragar, gases, dispepsia: dolor antes y después de comer, sensación de ardor, sensación de estómago lleno, vómitos acuosos, sensación de estómago vacío, digestión lenta, borborigmos (ruido intestinal), diarrea, pérdida de peso, estreñimiento” (Hamilton, 1969 en Lobo, Camorro

& Luque, 2002, p. 496). En este sentido, es importante comprender que el estómago es una de las primeras partes del cuerpo donde puede aparecer la ansiedad. Por esta razón, hay que recordar que el estómago realiza muchas funciones importantes y está íntimamente ligado al sistema nervioso, porque cuando afecta la ansiedad o el estrés, el cuerpo produce cortisol, una hormona que el estómago detecta rápidamente y combate.

Desde la boca hasta los intestinos y el colon, la ansiedad se puede encontrar en cada parte del sistema digestivo. Y también en la cabeza, provocando antojos de más o no tener nada. En otras palabras, los problemas estomacales causados por la ansiedad pueden arruinar el sistema digestivo, reduciendo la calidad de vida.

3.1.1.6 Síntomas genitourinarios

Dentro de este grupo se incluye aquellos síntomas que tienen que ver con: “Micción frecuente, micción urgente, amenorrea, menorragia, aparición de la frigidez, eyaculación precoz, ausencia de erección, impotencia” (Hamilton, 1969 en Lobo, Camorro & Luque, 2002, p. 496). Uno de los síntomas que pueden experimentar las mujeres debido a la ansiedad es la amenorrea o falta de menstruación, ya que la ansiedad en la menstruación provoca que el hipotálamo libere de forma constante unas hormonas que estimulan la hipófisis. También puede causar que el periodo sea irregular debido a que los desajustes hormonales provocan irregularidades en el ciclo, pero que al final puede causar la pérdida total de la menstruación.

Otro síntoma genitourinario frecuente de la ansiedad es la micción frecuente y urgente. Esto es porque la ansiedad libera altos niveles de cortisol y adrenalina. Estas hormonas sobreactivan todo el cuerpo, incluido el sistema urinario. Asimismo, los músculos tienden a estar tensos, lo que también genera presión en la vejiga y los hace sentir llenos todo el tiempo. Muchos de los problemas de índole sexual pueden estar relacionados con la ansiedad, por lo que es necesario prestarle una debida atención, ya que forma parte de la vida de las personas que muchas veces no se quiere abordar debido a una cultura radical y conservadora.

3.1.1.7 Síntomas autónomos

Dentro de este grupo se incluyen los siguientes síntomas: “Boca seca, rubor, palidez, tendencia a sudar, vértigos, cefaleas de tensión, piloerección (pelos de punta)” (Hamilton, 1969 en Lobo, Camorro & Luque, 2002, p. 496). La ansiedad hace que parte del sistema nervioso simpático se active. Esto causa una variedad de efectos en todo el cuerpo, como pulso acelerado, palmas sudorosas, manos temblorosas y boca seca.

Las situaciones estresantes o que provocan ansiedad también hacen que el ritmo cardíaco aumente, y las hormonas y la adrenalina que fluyen a través del cuerpo hacen que las

glándulas endocrinas suden más. Por tanto, una persona ansiosa tiende a ser más sudorosa que aquellas que las experimentan con menor frecuencia.

Ante los sudores repetidos, es necesario descartar causas médicas, como infecciones, efectos secundarios de medicamentos, diabetes, enfermedades neurológicas, cambios hormonales como la menopausia o ciertos tumores. Una vez descartados estos factores, es posible atribuir el problema a la ansiedad que se manifiesta por medio de síntomas autónomos.

También es posible que la ansiedad produzca cefalea de tensión. Esto produce una sensación de opresión y tensión en la frente o en ambos lados y la parte trasera de la cabeza. Si la misma no se debe a una causa médica, es posible valorarla como producto de la ansiedad que está atravesando el sujeto.

3.1.2 Manifestaciones de síntomas psíquicos de la ansiedad.

Las manifestaciones de síntomas psíquicos de la ansiedad suelen agruparse en los componentes cognoscitivos, conductuales y afectivos, los cuales describen que tan trastornado está el paciente respecto a la evaluación que hace de una realidad.

Entre los síntomas de este tipo se encuentran: “Intranquilidad, inquietud, nerviosismo, preocupación excesiva y desproporcionada, miedos irracionales, ideas catastróficas, deseo de huir, temor a perder la razón y el control y sensación de muerte inminente” (Córdoba et. al., 2010, p. 9).

La ansiedad afecta los procesos mentales, tiende a producir distorsiones de la percepción de la realidad, del entorno de sí mismo, interfiriendo con la capacidad de análisis y afectando evidentemente la funcionalidad del individuo.

3.1.2.1 Estado de ánimo ansioso

“Dentro de este grupo se incluyen los siguientes síntomas: preocupaciones, anticipación de lo peor, aprensión” (Hamilton, 1969 en Lobo, Camorro & Luque, 2002, p. 497). Hablar de ansiedad es muy habitual en el día a día con mucha facilidad.

La ansiedad es un estado emocional y una reacción que surge ante el reconocimiento de situaciones peligrosas o amenazantes, es una experiencia universal; cumple una función adaptativa, básicamente, pero se convierte en un problema cuando, por la continuidad de las respuestas o por su excesiva intensidad, altera el equilibrio entre la persona y los estímulos.

En cuanto a los consumidores, el estado de ánimo ansioso puede actuar sobre ellos como si estuvieran muy alterados o negarse a hablar de algunas cosas o estar preocupados y nerviosos constantemente.

3.1.2.2 Tensión

Dentro de este grupo se incluye: “Sensación de tensión, imposibilidad de relajarse, reacciones de sobresalto, llanto fácil, temblores, sensación de inquietud” (Hamilton, 1969 en Lobo, Camorro & Luque, 2002, p. 497).

Al igual que la ansiedad, el temblor es la respuesta natural de nuestro cuerpo a una situación altamente estresante. Dependiendo de la persona, estas marcas pueden presentarse en diferentes partes del cuerpo: las manos, el pecho, los párpados e incluso los labios o el cuello. Por otro lado, existen situaciones que provocan nerviosismo ante las cuales no se puede hacer nada al respecto como, por ejemplo: encontrarse con grandes grupos de personas, tomar el colectivo al trabajo, hablar en público, conducir, etc. Para ellos, la mejor alternativa es enfrentarlos una y otra vez hasta superarlos.

También se puede agregar elementos que brindan tranquilidad para reducir el nivel de ansiedad que generan (ver una serie de películas, usar ropa cómoda para una presentación, encender la música favorita mientras se conduce, entre otros).

Otro síntoma psíquico frecuente de la ansiedad es el llanto fácil. Para muchas personas, el llanto incontrolable afecta negativamente su calidad de vida, mientras que, para otras, las ganas de llorar sin cesar indican un malestar subyacente. Por eso, es normal querer saber cuándo la tendencia a derramar lágrimas traspasa un umbral saludable y empieza a reflejar algo patológico. La ansiedad puede ocasionar frecuentemente este síntoma cuando la misma se vuelve patológica e incontrolable.

3.1.2.3 Temores

Dentro de este grupo se incluyen: “Los temores a la oscuridad, a los desconocidos, a quedarse solo, a los animales grandes, al tráfico, a las multitudes” (Hamilton, 1969 en Lobo, Camorro & Luque, 2002, p. 497). Una persona ansiosa puede llegar a experimentar temores a diferentes objetos y situaciones en la medida que evalúa la amenaza con una sobredimensión de la realidad. No obstante, no deja de ser preocupante para la calidad de vida de las personas, puesto que los tipos de temores a los que alude el referente teórico, dificulta que las personas puedan actuar en función de la realidad y la objetividad.

3.1.2.4 Insomnio

Este constituye un síntoma psíquico de ansiedad que implica: “Dificultad para dormirse, sueño interrumpido, sueño insatisfactorio y cansancio al despertar” (Hamilton, 1969 en Lobo, Camorro & Luque, 2002, p. 498).

La ansiedad es una reacción normal del cuerpo ante un peligro inminente o la percepción del mismo. Puede crear las alertas y los disparadores necesarios para enfrentar estos peligros o amenazas y encontrar soluciones. Sin embargo, se convierte en un problema cuando se vuelve demasiado intensa o desproporcionada con respecto al estímulo, demasiado prolongada (cuando el peligro o desafío ha pasado o es imposible hacerle frente), o con demasiada frecuencia.

Las respuestas desencadenantes y las alertas que desencadenan, cuyo objetivo principal es movilizar recursos para la supervivencia, son incompatibles con el sueño. Por ello, cuando estas emociones persisten en el tiempo, crean problemas psicofisiológicos como el insomnio.

3.1.2.5 Estado de ánimo deprimido

Este constituye otro síntoma psíquico de la ansiedad. Dentro de este grupo se incluye: “Pérdida de interés, insatisfacción en las diversiones, depresión, despertar prematuro, cambios de humor durante el día” (Hamilton, 1969 en Lobo, Camorro & Luque, 2002, p. 498).

La depresión es normal y todos pasan diferentes situaciones, cuya experiencia puede ser desagradable, pero tiene su función. Los estados de ánimo depresivos existen porque las personas, cuando experimentan pérdidas o daños, pueden tomarse un tiempo para recuperarse de lo que le lastimó o desencadenó sentimientos de tristeza.

Es por eso que cuando el estado de ánimo es bajo, se tiende a aislarse, sentirse con menos energía. Esto es normal durante un tiempo, de hecho, es muy probable que pasado este breve tiempo se pueda seguir con la vida diaria con la batería cargada. En otras palabras, la fase de choque inicial de sentirse deprimido es normal.

El problema ocurre cuando este estado emocional persiste en el tiempo y comienzan a aparecer otros síntomas como culpa, desesperanza, insomnio o desvelo excesivo, distonía, entre otros y el estado mental comienza a interferir con las actividades de la vida diaria.

3.2 Depresión

La depresión es una dimensión considerada en el análisis de la salud mental y como tal puede presentarse en los consumidores del cannabis. Según la OMS (2011) la depresión se entiende como: “un trastorno mental frecuente, que se caracteriza por la presencia de tristeza,

pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración” (p. 62).

La depresión es un tema bastante complejo cuando se torna severa en las personas. Ser padre de un niño autista revela una amplia gama de emociones y problemas, que incluyen mucho estrés, problemas de salud física, culpa, ira y problemas maritales, los cuales pueden estar asociados al posible desarrollo de síntomas depresivos.

Pero para poder comprender la depresión es importante analizarla desde el punto de vista de los diferentes manuales que establecen los criterios para su clasificación en función de las manifestaciones sintomáticas y el grado de severidad con que se presenta.

3.2.1 Clasificación de la depresión

Aunque las clasificaciones del CIE-10 y DSM-IV aceptan la distinción bipolar-no bipolar, tienden a estructurarse en términos descriptivo-clínicos que pueden conducir a confusión. Esto es importante, pero no sin antes analizarla desde una perspectiva más clásica y pedagógica que establece tres tipos de depresiones.

3.2.1.1 Depresión endógena o melancólica

El primer tipo de depresión considerado desde la perspectiva clásica es la denominada endógena o melancólica. En este sentido, Ernst (2010) en su estudio sobre depresión describe este tipo como una situación donde los casos aparecen como:

episodios depresivos (depresión endógena unipolar), frecuentemente recurrentes, o alternando con episodios de euforia o manía, lo que constituye el trastorno bipolar o psicosis maníaco-depresiva. Aunque clínicamente no existen notables diferencias entre depresiones unipolares o bipolares, éstas se inician más precozmente, tienen más antecedentes familiares bipolares y presentan inhibición o hipersomnias más acusada, episodios más cortos y frecuentes y mejor respuesta a las sales de litio que las depresiones unipolares. (Ernst, 2010, p. 32)

La psicosis maníaco depresiva o trastorno bipolar se caracteriza por fuertes cambios de humor que pueden pasar de una alegría exagerada a una profunda tristeza. Este tipo de depresión se caracteriza por un constante sentimiento de tristeza y desesperanza, donde todo pierde por completo el placer. Este trastorno puede afectar gravemente a muchos ámbitos de la vida y, en el caso del sujeto de investigación, al entorno familiar.

Una persona con síntomas depresivos de este tipo pierde el interés en las actividades que disfrutan y consecuentemente esto afecta su actividad social y familiar. Si un consumidor manifiesta este síntoma, es muy probable que su desempeño sea limitado y se resienta en la atención que debe prestar a sus familiares

El concepto actual de endogeneidad no se relaciona tanto con la ausencia de desencadenantes como con su naturaleza constitucional hereditaria (y por tanto biológica) y con una constelación clínica cuya característica más relevante son los trastornos cronobiológicos (inicio primavera-otoño, mejoría vespertina, despertar precoz), además de otros parámetros (personalidad premórbida adaptada, anorexia, pérdida de peso, trastornos psicomotores, anhedonia total, tendencia a la recurrencia, ideas delirantes, riesgo de suicidio, historia familiar de trastornos afectivos y anomalías biológicas). (Ernst, 2010, p. 33)

En la psicología se utiliza la endogeneidad para señalar una conducta que es generada por condiciones biológicas y orgánicas. Por tanto, la depresión endógena o melancólica tienen una etiología biológica que afecta profundamente a las personas, lo que explica la tendencia depresiva en algunos casos con un patrón familiar común.

3.2.2 Depresión de causa psicosocial

Este tipo de depresión difiere del anterior ya que atribuye las causas a otros factores de índole psicológico y social.

De acuerdo con Franco y Pecci (2010) en estos casos, “el cuadro depresivo se relaciona con conflictos psicológicos personales (depresiones neuróticas o distimias) o con una respuesta emocional mórbida a conflictos externos (depresiones reactivas o trastornos adaptativos depresivos)” (p. 82).

De esta forma, la depresión tiene una causa psicológica y social que se originan a partir de conflictos internos y externos ante lo cual la persona no tiene la suficiente capacidad de reacción.

En general, la depresión de causa psicosocial se caracteriza por:

Ansiedad, autocompasión, ausencia de trastornos cronobiológicos, curso fluctuante, ausencia de anomalías biológicas, reactividad de los síntomas a contingencias externas, ausencia de notables trastornos psicomotores e ideas delirantes, menor riesgo de suicidio y mayor refractariedad al tratamiento biológico que las depresiones endógenas. (Franco & Pecci, 2010, p. 83)

Existe una continuidad biográfica entre la depresión y la situación premórbida del individuo, a diferencia de las melancolías, en las que el episodio se instaura y es vivido por el paciente como una ruptura biográfica.

Dentro de este tipo se encuadran los factores psicosociales que hacen referencia a las condiciones que se hallan presentes en la situación laboral y que están relacionados con la organización; el contenido del trabajo y la realización de la tarea, que tienen las características de poder afectar el bienestar psicológico del trabajador.

3.2.3 Depresión somatógenas

Este tipo de depresión se considera como efecto de algún trastorno médico conocido.

Según Méndez, Espada y Orgilés (2010) la depresión está relacionada directamente con:

Un trastorno médico conocido (en especial, trastornos tiroideos, anemias, infecciones víricas, lupus, carcinomas pancreáticos, parkinsonismo, arteriosclerosis cerebral) o con la administración de determinados fármacos, como contraceptivos orales, antihipertensivos (reserpina, metildopa, guanetidina, clonidina, hidralazina), psiclépticos (sobre todo antipsicóticos), corticoides, levodopa y propanolol. (Méndez, Espada & Orgilés, 2010, p. 109).

De acuerdo con los autores citados, generalmente estas depresiones se manifiestan por estados de adinamia, astenia, somnolencia, laxitud y anorexia, asociándose en ocasiones a síntomas claros de afectación orgánico-cerebral como confusión, dificultades amnésicas, discalculias.

Ahora bien, las clasificaciones expuestas responden a enfoques teóricos clásicos que han clasificado la depresión conforme a sus causas. Sin embargo, desde la psicología clínica propiamente dicha, es importante recurrir a la fuente más utilizada para realizar la clasificación de dicho trastorno.

En este contexto, se hace referencia a la Clasificación Internacional de Enfermedades de la OMS (CIE-10) y al Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos del Estado de Ánimo DSM-APA de la Asociación Americana de Psicología. Este último fue actualizado recientemente, porque anteriormente se trabajó con el DSM-IV, pero ahora ya existe el DSM-5, que actualiza los criterios diagnósticos de los trastornos.

La Clasificación Internacional de Enfermedades de la OMS (CIE-10) utiliza el término episodio depresivo mayor para condiciones similares. Aunque muchas personas sufren de depresión o episodios aislados, otros sufren de imágenes repetitivas o muy

prolongadas. Si los síntomas son moderados o leves y no justifican la depresión clínica y duran varios años o indefinidamente, se utiliza el término distimia.

En la depresión bipolar los periodos de baja del estado de ánimo alternan con periodos de gran exaltación, alegría muy exagerada o irritabilidad. En las personas con trastornos pertenecientes a este grupo, a veces entre los más graves, la relación de alteraciones en la química del cerebro parecería más clara. Lo importante es recordar que alrededor del 80% de estas condiciones pueden ser tratadas satisfactoriamente. (Vallejo, 2011, p. 58)

A medida que los investigadores de los aspectos clínicos y biológicos han estudiado los trastornos del estado de ánimo, las diferencias clínicas previas entre los pacientes han cobrado mayor labor y fueron reconocidas oficialmente en el DSM-5.

“Los dos principales trastornos de este grupo son el trastorno depresivo mayor y el trastorno bipolar I” (Vallejo, 2011, p. 59). Estos dos trastornos a menudo son denominados trastornos afectivos, pero la patología fundamental de estos trastornos radica en el ánimo, estado emocional interno continuo de una persona, y no en el afecto, expresión externa del contenido emocional presente.

Los pacientes que sufren únicamente episodios depresivos se dice que padecen un trastorno depresivo mayor, llamado también a veces, depresión unipolar (no es un término de DSM-IV). Los pacientes que presentan episodios depresivos y maníacos se dice que sufren un trastorno bipolar I. Los términos manía unipolar y manía pura (no son conceptos del DSM-IV) se utilizan para designar a los pacientes con un trastorno bipolar I que no presentan episodios depresivos. (Yapko, 2010, p. 74)

En el caso de la depresión bipolar I se asocia más frecuentemente con características atípicas, síntomas sicóticos, cuadros mixtos y retraso psicomotor. En tanto que la depresión bipolar II está asociada con una probabilidad mayor de insomnio inicial, culpa excesiva, dificultad para pensar y empeoramiento matutino.

Según el DSM-IV, “un trastorno depresivo mayor se define por la presencia de uno o más episodios depresivos mayores sin historia de episodios maníacos, mixtos o hipomaníacos” (APA, 2010, p. 69). Un episodio depresivo mayor debe durar al menos dos semanas, típicamente la persona está deprimida o deja de interesarse por la mayoría de las actividades.

Quienes reciben el diagnóstico de episodio depresivo mayor deben también experimentar al menos cuatro síntomas de una lista que incluye cambios en el apetito y peso, cambios en el sueño y nivel de actividad, pérdida de energía, sentimientos de culpa, disminución de la capacidad para pensar y tomar decisiones e ideas recurrentes de suicidio o muerte.

Un episodio maníaco es un periodo concreto (al menos una semana, o menos si el paciente debe ser hospitalizado) durante el cual el estado de ánimo es anormal y persistentemente elevado, expansivo o irritable. Un episodio mixto es un periodo que dura, al menos una semana durante el cual, casi diariamente, se cumplen los criterios tanto para un episodio maníaco como para un episodio depresivo mayor. (Blomfield, 2012, p. 77).

Existen otros dos trastornos del estado de ánimo, el trastorno distímico y el trastorno ciclotímico, clínicamente reconocidos desde hace mucho tiempo. Ambos trastornos se caracterizan por la presencia de síntomas de menor intensidad que los síntomas del trastorno depresivo mayor y del trastorno bipolar I, respectivamente.

Según el DSM-IV, el trastorno distímico está caracterizado por: “un estado de ánimo deprimido de al menos dos años de duración, que está presente la mayor parte del tiempo, y por síntomas depresivos adicionales que no cumplen el diagnóstico de episodio depresivo mayor” (APA, 2010, p. 71). En tanto que el trastorno ciclotímico está caracterizado por: “la presencia de frecuentes episodios hipomaníacos durante al menos dos años, que no cumplen los criterios diagnósticos de un episodio maníaco, y por síntomas depresivos que no cumplen el diagnóstico de episodio depresivo mayor” (APA, 2010, p. 72).

Según la versión de APA (2010) el trastorno bipolar II se caracteriza por:

La presencia de episodios depresivos mayores que alternan con episodios de hipomanía, o sea, episodios depresivos mayores que alternan con episodios de hipomanía, o sea, síntomas maníacos que no cumplen todos los criterios de los episodios maníacos del trastorno bipolar I. (APA, 2010, p. 77)

Otros diagnósticos adicionales son el trastorno del estado de ánimo debido a enfermedad médica, el trastorno del estado de ánimo debido a enfermedad por sustancias y el trastorno del estado de ánimo no especificado.

El DSM IV introdujo una nueva categoría diagnóstica de trastorno del estado de ánimo en el texto principal (trastorno bipolar II) y tres nuevas categorías de investigación (trastorno depresivo menor, trastorno depresivo breve recurrente y trastorno disfórico premenstrual).

Otros diagnósticos del DSM IV son el trastorno del estado de ánimo debido a una enfermedad médica y el trastorno del estado de ánimo inducido por sustancias. Estos cambios se han realizado para ampliar el reconocimiento de los diagnósticos de trastornos del estado de ánimo, describir los síntomas de los trastornos del estado de ánimo, describir los síntomas de manera específica y facilitar su diagnóstico diferencial.

Actualmente, las depresiones se clasifican de acuerdo al patrón de presentación (episodio único o recurrente, y trastorno persistente). Luego se subdivide de acuerdo a la intensidad en leves, moderadas, severas con o sin síntomas psicóticos.

3.2.4 Clasificación según el DSM 5

El Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales en su quinta edición (DSM 5), encasilla directamente a la depresión como trastornos depresivos a diferencia de la clasificación anterior (CIE 10) que lo denomina como trastornos del estado de ánimo y trastornos bipolares.

El DSM 5 establece que la sintomatología depresiva debe presentarse durante 2 semanas seguidas, manifestando como mínimo cinco síntomas y uno de ellos debe ser: “Estado de ánimo deprimido, pérdida total o parcial del interés o placer por todas o casi todas las actividades” (APA, 2013).

Partiendo de las características antes expuestas, el DSM 5 clasifica a los trastornos depresivos en diversos estadios, de los cuales se centrará en el Trastorno de depresión mayor por cuestiones que favorecen a los objetivos de la investigación.

3.2.4.1 Criterios diagnósticos de trastorno de depresión mayor según DSM-5

A continuación, se citan los criterios de diagnósticos de trastorno de depresión mayor según la Guía Práctica Clínica sobre el Manejo de la Depresión en el Adulto.

A. Cinco (o más) de los síntomas siguientes han estado presentes durante el mismo período de dos semanas y representan un cambio de funcionamiento previo; al menos uno de los síntomas es:

- Estado de ánimo depresivo, o
- Pérdida de interés o de placer.

Estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, casi todos los días, según se desprende de la información subjetiva o de la observación por parte de otras personas.

Disminución importante del interés o el placer por todas o casi todas las actividades la mayor parte del día, casi todos los días (como se desprende de la información subjetiva o de la observación).

- Pérdida importante de peso sin hacer dieta o aumento de peso, o disminución del apetito casi todos los días.
- Insomnio o hipersomnia casi todos los días.
- Agitación o retraso psicomotor casi todos los días.
- Fatiga o pérdida de energía casi todos los días.
- Sentimiento de inutilidad o culpabilidad excesiva o inapropiada (que puede ser delirante) casi todos los días (no simplemente el autorreproche o culpa por estar enfermo).
- Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o para tomar decisiones, casi todos los días (a partir de la información subjetiva o de la observación por parte de otras personas).
- Pensamientos de muerte recurrentes (no solo miedo a morir), ideas suicidas recurrentes sin un plan determinado, intento de suicidio o un plan específico para llevarlo a cabo.

B. Los síntomas causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

C. El episodio no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia o de otra afección médica.

D. El episodio de depresión mayor no se explica mejor por un trastorno esquizoafectivo, esquizofrenia, trastorno esquizofreniforme, trastorno delirante, u otro trastorno especificado o no especificado del Espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos.

E. Nunca ha habido un episodio maníaco o hipomaníaco (APA, 2013).

En base a lo expresado por el autor corporativo citado en el párrafo anterior, este refiere que en el DSM-5 existe una mayor especificación en las causas de la depresión, lo que establece el criterio de diferenciación de los mismos en mayor medida.

Ambos manuales tienen en cuenta la asociación de la depresión con otros síntomas como son las manías, ansiedad e incluso estados de agitación por lo que se refiere la

necesidad de diferenciar la aparición de los trastornos depresivos, del curso del trastorno bipolar, brindando gran importancia a la revisión del historial clínico del paciente.

“Los estudios transversales señalan una asociación frecuente entre los trastornos de ansiedad y depresión y el consumo de cannabis, tanto en adolescentes como en adultos, sobretodo en mujeres jóvenes”(Gutiérrez, Irala, & Martínez, 2006, p. 4).

La depresión y la ansiedad son dos de los problemas mentales más comunes que afectan el bienestar de las personas, cuyos efectos pueden afectar el desempeño y la vida diaria de todos, por lo que es necesario detener o reducir sus efectos.

El consumo desmedido del cannabis tiende a aumentar el nivel de ansiedad y depresión en el sujeto, incluso existen evidencia de comportamiento suicida que no pueden explicarse por otros factores, más que el efecto del consumo del cannabis.

Otro de los trastornos mentales asociados con el consumo es el delirio. “Existe un acuerdo universal en que el THC causa trastornos mentales orgánicos (como el delirium). El delirium por cannabis es un cuadro infrecuente que está relacionado con consumos muy elevados” (Gutiérrez, Irala, & Martínez, 2006, p. 4).

Por lo general, esto dura apenas unas horas y cursa con confusión y alteración de conciencia, así como notable perturbación de otras funciones psíquicas: pensamiento (lentitud, ideación delirante...), percepción, psicomotricidad y comportamiento, además de signos neurológicos como disartria y lenguaje inconexo.

Si bien los problemas de salud mental han sido asociados con el consumo del cannabis considerando diferentes aspectos, los estudios que muestran datos estadísticos más significativos son los que hacen referencia a los trastornos de ansiedad, depresión y delirium, así como la esquizofrenia.

CONCLUSIÓN

En base al análisis de las informaciones expuestas en el desarrollo del trabajo se concluye que el consumo del cannabis representa un factor de riesgo para la salud mental de las personas, por cuanto altera un conjunto de elementos físicos, psicológicos y sociales que en cierta medida intervienen en el estado de salud mental.

Si bien los problemas de esta índole han sido asociados con el consumo del cannabis, considerando diferentes aspectos, los estudios que muestran datos estadísticos más significativos son los que hacen referencia a los trastornos de ansiedad, depresión y delirium, así como la esquizofrenia.

En relación al objetivo de la monografía se concluye que el uso prolongado del cannabis puede provocar un síndrome de adicción en el que los factores genéticos son más importantes que los ambientales. La interrupción del uso continuo puede dar lugar a un síndrome de abstinencia, caracterizado por ansiedad, tensión, inquietud, trastornos del sueño y cambios en el apetito. El consumo puede causar episodios psicóticos agudos sin cambios en el nivel de conciencia que se puedan distinguir de la psicosis.

El uso prolongado de altas dosis de cannabis puede conducir a un estado de pasividad y apatía. Por su parte, su consumo temprano y frecuente en personas genéticamente predispuestas puede estar asociado con la esquizofrenia y el delirium, los que sumado a la ansiedad y depresión alteran notablemente el estado de salud mental de las personas.

Por tanto, es posible concluir que el consumo del cannabis impacta negativamente en la salud mental de las personas, puesto que provoca un mayor nivel de ansiedad, depresión, delirio o esquizofrenia que tiende a desubicar al sujeto de su entorno y de sí mismo, lo que implica una alteración de la relación intrapersonal e interpersonal que al final terminan por configurar una salud mental en crisis.

Basado en estas afirmaciones se recomienda profundizar el estudio del tema, preferentemente en una investigación con trabajo de campo que permita hallar una relación estadística o de tipo causal entre el consumo del cannabis y la salud mental.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- APA. (2010). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales*. Barcelona, España: Masson.
- APA. (2013). *Manual Estadístico de Diagnóstico*. Arlington, EE.UU.: APA.
- Arias, F., y Ramos, J. (2008). *Aspectos psiquiátricos del consumo del cannabis: Casos clínicos*. Madrid, España: Red madrileña de investigación sobre ccannabis.
- Blomfield, H. (2012). *Cómo curar la depresión*. Barcelona, España: Obelisco.
- Borja Farré, G. (2017). *Ansiedad patológica*. Barcelona, España: Psicodex.
- CIE 10. (1992). *Trastornos mentales y del comportamiento: descripciones clínicas y pautas guías para el diagnóstico, f40-f48*. OMS. Madrid, España: OMS.
- Córdoba, A., De Santillana, S., García, M., González, H., Hernández, M., y Ramírez, L. (2010). *Guía práctica clínica: Diagnóstico y tratamiento de los trastornos de ansiedad en el adulto*. México: CENETEC.
- Ernst, E. (2010). *Depresión*. Barcelona, España: Mens sana.
- Franco, J., y Pecci, C. (2010). *Depresión*. Buenos Aires, Argentina: Longseller.
- Gallego Álvarez, L. (2017). *El consumo de cannabis y su impacto en la salud mental*. Recuperado el 25 de noviembre de 2022, de <http://hdl.handle.net/10230/32795>
- Gaviria, M., Álvarez, N., y Quintero, A. (2019). *Consumo de cannabis y LSD en el pronóstico de pacientes diagnosticados con trastorno esquizofrénico*. Recuperado el 25 de noviembre de 2022, de <https://repositorio.uniremington.edu.co/xmlui/handle/123456789/599>
- Gutiérrez, L., Irala, J., y Martínez, M. (2006). Efectos del cannabis sobre la salud mental en jóvenes consumidores. *Revista Médica Universidad de Navarra*, 50(1), 3-10.
- Izquierdo, B., y Lluch, M. (2012). *Impacto del consumo de cannabis en el trastorno psicótico*. Recuperado el 25 de noviembre de 2022, de <http://repositori.umanresa.cat/handle/1/116?locale-attribute=es>
- Lobo, A., Camorro, L., y Luque, A. (2002). Validación de las versiones en español de la montgomery Anxiety Rating Scale para la evaluación de la depresión y de la ansiedad. *Medicina Clínica*, 118(13), 493-499.
- Lykken, D. (2010). *Las personalidades antisociales*. Barcelona, España: Bellaterra.
- Méndez, F., Espada, J., & Orgilés, M. (2010). *¿Depresión o felicidad?* Galicia, España: Nova Galicia.
- Merriam Webster. (2016). *Diccionario Enciclopédico*. Barcelona: Ariel.
- Muñoz, C., Díaz, H., Torres, G., y Villaroel, K. (2015). Impacto en la salud mental de la enfermera que otorga cuidados en situaciones estresantes. *Ciencia y enfermería*, 21(1).

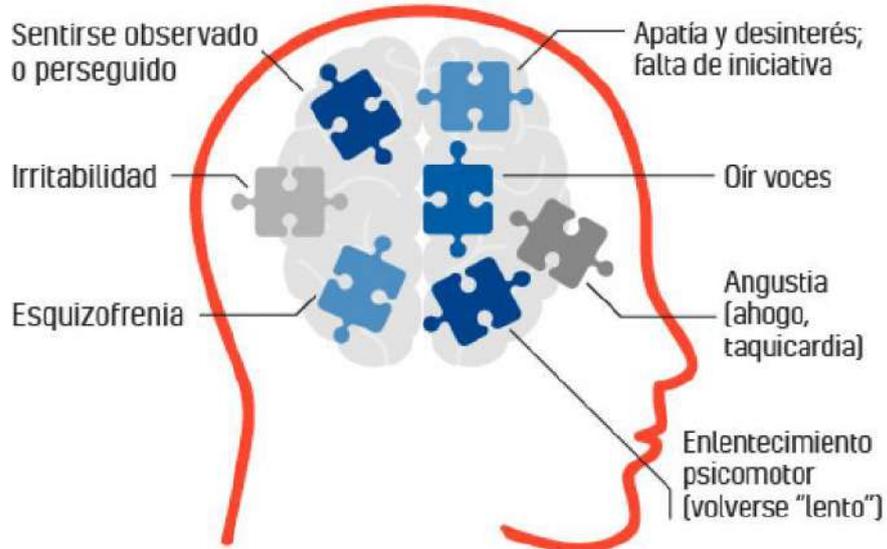
Recuperado el 25 de noviembre de 2022, de https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?pid=S0717-95532015000100005&script=sci_arttext

- OMS. (2013). *Salud mental: un estado de bienestar*. Recuperado el 25 de noviembre de 2022, de http://www.who.int/features/factfiles/mental_health/es/
- Porres, P., y García, C. (2020). Consumo de cannabis y su relación con los trastornos de salud mental. *Revista de Enfermería en Salud Mental*, 14(5), 25-29.
- RAE. (2011). *Diccionario de la Real Academia Española*. Madrid, España: Espasa Calpe.
- Stein, D., y Hollander, E. (2010). *Tratado de los trastornos de ansiedad*. Madrid, España: Casa del Libro.
- Vallejo, M. (2017). *Plan de acción de recuperación de cartera vencida para disminuir el índice de morosidad, para la Cooperativa de Ahorro y Crédito 27 de Noviembre, ciudad Riobamba, provincia de Chimborazo, cantón Riobamba, año 2016*. Recuperado el 26 de noviembre de 2022, de <https://1library.co/document/zwvr950q-recuperacion-cooperativa-credito-noviembre-riobamba-provincia-chimborazo-riobamba.html>
- Yapko, M. (2010). *La depresión es contagiosa*. Barcelona, España: Urano S.A.

ANEXOS



Efectos de la marihuana en la salud



FUENTE: Sección de Adicciones del Servicio de Psiquiatría del Hospital Vall d'Hebron

20
minutos

JÓVENES

(consumo antes de los 25 años)



Más vulnerables a su efecto tóxico.

Mayor probabilidad de desarrollar adicción y patologías psiquiátricas

GRÁFICO: Carlos G. Kindelán

