

Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud

Carrera de Medicina

Trabajo Final

Frecuencia de consumo de cannabis en pacientes hospitalizados por trastorno depresivo mayor entre 18 y 30 años en la Clínica Avenida

Alumna: Barbara Gabrielle Bolorini Reis Nascimento Cruz

Tutora: Dra. Polliana Veras

Rosario, 2025

Índice

Lista de abreviaturas 2
Resumen 3
Introducción 4
Marco teórico 6
Trastornos depresivos mayores 6
Consumo de cannabis 10
Relación entre consumo de cannabis y trastornos depresivos mayores 10
Consumo de cannabis como factor de riesgo para TDM 10
Automedicación y consumo de cannabis en trastorno depresivo mayor 11
Factores moduladores y comorbilidades 12
Implicaciones clínicas y terapéuticas 12
Objetivos 14
Objetivo General 14
Objetivos específicos 14
Materiales y métodos 15
Diseño 15
Ámbito 15
Población y Criterios de Selección de Muestra 15
Criterios de inclusión 15
Criterio de exclusión 15
Muestreo y tamaño muestral 15
Procedimientos 15
Definiciones 16
Variables 16
Análisis estadístico 17
Consideraciones éticas 17
Resultados 18
Discusión 20
Limitaciones 21
Conclusiones 22
Referencias bibliográficas 23
Anexo 1. Plantilla Excel para recolección de datos 30
Anexo 2. Autorizaciones 31

Lista de abreviaturas

Trastorno Depresivo Mayor (TDM)

Trastorno por uso de cannabis (TUC)

Organización Mundial de la Salud (OMS)

Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC)

Asociación Americana de Psiquiatría (APA)

Eje hipotálamo-hipófisis-suprarrenal (HPA)

Delta-9-tetrahidrocannabinol (THC)

Cannabidiol (CBD)

Sistema endocannabinoide (SEC)

Resumen

Introducción: El consumo de sustancias puede precipitar o exacerbar los trastornos mentales y, a la inversa, los trastornos mentales preexistentes pueden aumentar la probabilidad de consumo o abuso de sustancias.

Objetivo: Identificar la frecuencia de consumo de cannabis en pacientes hospitalizados por trastorno depresivo mayor de entre 18 y 30 años en la Clínica Avenida de la ciudad de Rosario, Argentina, en el año 2025.

Materiales y métodos: El estudio aplicó un diseño cuantitativo, observacional, descriptivo, transversal y prospectivo. La investigación abarcó a la totalidad de los pacientes hospitalizados por TDM en la Clínica Avenida. El análisis de las historias clínicas permitió extraer los datos personales y clínicos de interés, así como las características del consumo de cannabis. Las variables fueron descritas mediante frecuencia absoluta y relativa.

Resultado: El estudio incluyó una muestra de n = 120 historias clínicas de pacientes internados con diagnóstico de TDM; de estos, 30 (25%) presentaban consumo de cannabis. La distribución por sexo mostró 18 hombres (60%) y 12 mujeres (40%), con una edad promedio de 24.1 ± 3.6 años. La edad media de inicio del consumo se ubicó en 17.2 ± 2.1 años, destacando el grupo etario de 18 a 22 años con mayor frecuencia (11 casos). Sobre las vías de administración, la totalidad de los usuarios empleó la vía fumada, complementada por la tópica (27%) y la ingerida (7%). Los motivos predominantes abarcaron el uso recreacional/social (67%), la reducción de la ansiedad (67%), la conciliación del sueño (50%) y el alivio del dolor (17%). Finalmente, el 80% de los usuarios carecía de antecedentes de tratamiento por dicho consumo, frente a un 20% que sí recibió intervención previa.

Conclusiones: Los hallazgos evidencian una frecuencia de consumo de cannabis del 25% en la muestra clínica evaluada. El consumo reportado fue principalmente inhalado, motivado por fines recreacionales y para la reducción de ansiedad e insomnio. Además, los datos demuestran una escasa frecuencia de antecedentes de abordaje terapéutico previo por uso de cannabis.

Palabras clave: trastorno depresivo mayor, cannabis, automedicación, consumo, adulto joven

Introducción

El trastorno depresivo mayor (TDM) se define como un trastorno del estado de ánimo grave caracterizado por un estado de ánimo persistentemente bajo, anhedonia (pérdida de interés o placer) y otros síntomas debilitantes que afectan significativamente el funcionamiento diario. Por otro lado, el Trastorno por Uso de Cannabis (TUC) se describe como un patrón problemático de consumo de cannabis que conduce a un deterioro o malestar clínicamente significativo, incluyendo síntomas como el ansia de consumir, el desarrollo de tolerancia y la aparición de síntomas de abstinencia al cesar el consumo (Ellis et al., 2022).

El cannabis es la droga ilícita más utilizada a nivel mundial, con más de 200 millones de usuarios globales en 2019, representando aproximadamente el 4% de la población mundial (Fidalgo y Von Diemen, 2022). La comorbilidad entre el uso de cannabis y la depresión mayor constituye un problema de salud pública significativo, con estudios que reportan que las personas con depresión mayor tienen una mayor inclinación hacia el uso de cannabis (Modesto-Lowe et al., 2023).

La relación entre los trastornos mentales y el uso de sustancias es compleja y a menudo se caracteriza por una causalidad bidireccional. Esto significa que el consumo de sustancias puede precipitar o exacerbar los trastornos mentales y, a la inversa, los trastornos mentales preexistentes pueden aumentar la probabilidad de consumo o abuso de sustancias. Esta interconexión no es meramente una coexistencia de dos condiciones independientes, sino que se manifiesta como una "patología dual". La patología dual implica una interacción sinérgica entre el TUC y el TDM que conduce a un peor pronóstico para los pacientes, un aumento en la frecuencia de hospitalizaciones y un riesgo elevado de otras consecuencias médicas graves, incluyendo el suicidio (Campuzano-Cortina et al., 2020).

Según reportes globales, aproximadamente 296 millones de personas de entre 15 y 64 años reportaron haber usado drogas psicoactivas y se estima que 39,5 millones de individuos estaban afectados por trastornos por uso de drogas (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2019). Más recientemente, en 2023, la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC) informó que alrededor de 316 millones de personas en todo el mundo habían consumido drogas en el último año, lo que indica un aumento en la prevalencia que supera el crecimiento de la población global (UNODC, 2025).

Entre las sustancias ilícitas, el cannabis se mantiene consistentemente como una de las más consumidas a nivel mundial, con una prevalencia anual estimada que oscila entre el 2,6 % y el 5,0 % de la población mundial (Francescángeli, 2021). La prevalencia del TUC también es considerable, afectando aproximadamente al 10% de los 193 millones de

consumidores de cannabis en el mundo. En 2016, alrededor de 22,1 millones de personas cumplían los criterios diagnósticos para TUC. Para los consumidores diarios de cannabis, el riesgo de desarrollar dependencia y TUC puede ser tan alto como un tercio (Connor et al., 2021).

De igual manera, el cannabis es reconocido como la sustancia ilícita más comúnmente utilizada en todo el continente americano. Es notable que los adultos jóvenes de 18 a 25 años muestran consistentemente la mayor prevalencia de consumo de marihuana en toda América Latina. La prevalencia de consumo de marihuana en el último año en la población general (12-64 años) varió significativamente en los países de la Comunidad Andina (Bolivia, Colombia, Ecuador, Perú) entre 2007 y 2008, oscilando entre el 0,7 % (Perú, Ecuador) y el 4,5 % (Bolivia) (Hynes et al., 2015).

A nivel nacional en Argentina, la frecuencia del consumo de marihuana en adolescentes ha mostrado un aumento constante en los últimos años (Francescángeli, 2021). En la Provincia de Santa Fe, un estudio nacional sobre individuos de 12 a 65 años informó que el 18,4 % había probado una droga ilícita al menos una vez en su vida. De estas, la marihuana fue la más prevalente, con una prevalencia de por vida del 17,4 %. Se observaron disparidades de género en Santa Fe, con un consumo de marihuana significativamente mayor entre los hombres (casi el 25%) en comparación con las mujeres (10,5%) (Secretaría de Políticas Integrales sobre Drogas de la Nación Argentina [Sedronar], 2017).

En términos de salud mental general en Argentina, un estudio epidemiológico encontró una prevalencia de por vida de al menos un trastorno mental del DSM-IV del 29,1 % en la población general. Los trastornos del estado de ánimo específicamente tuvieron una prevalencia de por vida del 12,3 % en Argentina. El TDM como trastorno individual tuvo una prevalencia de por vida del 8,7 % en Argentina. Los trastornos por uso de sustancias, como categoría, tuvieron una prevalencia de por vida del 10,4 % en Argentina (Stagnaro et al., 2018).

Un hallazgo crítico es el reconocimiento explícito de que en la provincia de Santa Fe, el consumo problemático de drogas es evidente de acuerdo al último informe nacional sobre consumo de sustancias psicoactivas, realizado en el año 2017 por el Observatorio Argentino de drogas en la provincia de Santa Fe (Sedronar, 2017).

En función de los planteamientos antes hechos, se formula el siguiente interrogante: ¿Cuál es la frecuencia de consumo de cannabis en pacientes hospitalizados por trastorno depresivo mayor de entre 18 y 30 años en la Clínica Avenida de la ciudad de Rosario, Argentina en el año 2025?

Marco teórico

Trastornos depresivos mayores

El TDM se caracteriza por la presencia de al menos cinco síntomas que persisten durante un período mínimo de dos semanas, incluyendo un estado de ánimo deprimido o anhedonia, y acompañados de otros síntomas como cambios en el apetito o peso, insomnio o hipersomnia, agitación o retraso psicomotor, fatiga o pérdida de energía, sentimientos de inutilidad o culpa excesiva, disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, y pensamientos recurrentes de muerte o ideación suicida. La etiología de los TDM es multifactorial, implicando una compleja interacción de factores genéticos, neurobiológicos, psicológicos y ambientales (Asociación Americana de Psiquiatría [APA], 2022).

Desde una perspectiva neurobiológica, los TDM se asocian con disfunciones en sistemas de neurotransmisores como la serotonina, la norepinefrina y la dopamina, así como alteraciones en la estructura y función de regiones cerebrales clave involucradas en la regulación emocional, como la corteza prefrontal, el hipocampo y la amígdala (Li et al., 2021). Además, la desregulación del eje hipotálamo-hipófisis-suprarrenal (HPA) y la inflamación crónica también se han implicado en la patogénesis de la depresión (Miller y Raison, 2016).

La etiología del TDM es multifactorial e incluye factores biológicos, genéticos, ambientales y psicosociales. Aunque tradicionalmente se vincula el TDM con anomalías en neurotransmisores como la serotonina, noradrenalina y dopamina, la evidencia actual sugiere que el trastorno se asocia principalmente con sistemas neurorreguladores y circuitos neuronales complejos que causan alteraciones secundarias en los neurotransmisores. El uso de diversos antidepresivos respalda esta base neuroquímica. Asimismo, el ácido gamma-aminobutírico (GABA), el glutamato y la glicina (excitatorios) desempeñan un papel clave; de hecho, el paciente con depresión presenta niveles bajos de GABA en plasma, LCR y cerebro. Además, las anomalías en el eje tiroideo y en la hormona del crecimiento se implican en la génesis de estos cuadros (Bradley et al., 2008; Green et al., 2010; Malhi y Mann, 2018).

El desarrollo de la depresión se asocia con experiencias adversas y traumas infantiles. El estrés severo temprano provoca alteraciones drásticas en las respuestas neuroendocrinas que derivan en cambios estructurales en la corteza cerebral. La neuroimagen muestra hiperintensidades en regiones subcorticales y un metabolismo reducido en la corteza anterior izquierda. Desde la perspectiva genética, los estudios en gemelos indican una alta tasa de concordancia y susceptibilidad hereditaria. Por otro lado,

la teoría de la indefensión aprendida vincula el trastorno con eventos incontrolables, mientras que la teoría cognitiva lo define como el resultado de distorsiones en el procesamiento de la información (Sullivan et al., 2000).

El TDM es un diagnóstico clínico; se diagnostica principalmente mediante la historia clínica del paciente y una evaluación del estado mental. La entrevista clínica debe incluir la historia clínica, los antecedentes familiares, los antecedentes sociales y el historial de consumo de sustancias, junto con la sintomatología. La información complementaria de la familia y los amigos del paciente es fundamental en la evaluación psiquiátrica. Se debe realizar una exploración física completa, que incluya una exploración neurológica. Es importante descartar cualquier causa médica/orgánica subyacente de un trastorno depresivo. Se debe evaluar la historia clínica completa, así como los antecedentes médicos y psiquiátricos familiares. La exploración del estado mental desempeña un papel importante en el diagnóstico y la evaluación del TDM (Bains y Abdijadid, 2023).

Si bien no hay pruebas objetivas disponibles para diagnosticar la depresión, se realizan análisis de laboratorio de rutina que incluyen hemograma completo con diferencial, panel metabólico completo, hormona estimulante de la tiroides, T4 libre, vitamina D, análisis de orina y análisis toxicológicos para descartar causas orgánicas o médicas de la depresión.

Las personas con depresión suelen acudir a sus médicos de cabecera por quejas somáticas derivadas de la depresión, en lugar de acudir a un profesional de la salud mental. En casi la mitad de los casos, los pacientes niegan tener sentimientos depresivos y, a menudo, la familia los lleva a tratamiento o su empleador los envía para que se les evalúe su aislamiento social y disminución de la actividad. Es fundamental evaluar al paciente en cada visita para detectar ideas suicidas u homicidas (Bains y Abdijadid, 2023).

En atención primaria, el Cuestionario de Salud del Paciente-9 (PHQ-9), una escala estandarizada de autoinforme para la evaluación de la depresión, se utiliza habitualmente para la detección, el diagnóstico y el seguimiento de la respuesta al tratamiento del TDM. El PHQ-9 utiliza 9 ítems que corresponden a los criterios del DSM-5 para el TDM y también evalúa el deterioro psicosocial. Las puntuaciones del PHQ-9, de 0 a 27, con puntuaciones iguales o superiores a 10, indican un posible TDM (Kroenke et al., 2003).

En la mayoría de los entornos hospitalarios, la Escala de Hamilton para la Depresión (HAM-D), una escala de evaluación de la depresión administrada por médicos, se utiliza comúnmente para la evaluación de la depresión. La HAM-D original utiliza 21 ítems sobre síntomas de depresión, pero la puntuación se basa únicamente en los primeros 17 ítems

(Rohan et al., 2016).

Otras escalas incluyen la Escala de calificación de depresión de Montgomery-Asberg (MADRS), el Inventario de depresión de Beck (BDI), la Escala de autoevaluación de depresión de Zung, la Escala de calificación de depresión de Raskin y otros cuestionarios (Quilty et al., 2013).

El trastorno depresivo mayor puede controlarse con diversas modalidades de tratamiento, como farmacológico, psicoterapéutico, intervencionista y de modificación del estilo de vida. El tratamiento inicial del TDM incluye medicamentos y/o psicoterapia. Se ha demostrado que el tratamiento combinado, que incluye medicamentos y psicoterapia, es más eficaz que cualquiera de estos tratamientos por separado (Cuijpers et al., 2009). La terapia electroconvulsiva es más eficaz que cualquier otro tipo de tratamiento para la depresión mayor grave (Cuijpers et al., 2008).

Los medicamentos aprobados por la FDA para el tratamiento del TDM son los siguientes (Uyar y Gonul, 2025):

- Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) incluyen fluoxetina, sertralina, citalopram, escitalopram, paroxetina y fluvoxamina. Suelen ser el tratamiento de primera línea y los antidepresivos más recetados.
- Inhibidores de la recaptación de serotonina y noradrenalina (IRSN) incluyen venlafaxina, duloxetina, desvenlafaxina, levomilnaciprán y milnaciprán. Se utilizan con frecuencia en pacientes deprimidos con trastornos de dolor comórbidos.
- Moduladores de la serotonina son trazodona, vilazodona y vortioxetina.
- Antidepresivos atípicos incluyen el bupropión y la mirtazapina. Se suelen recetar como monoterapia o como fármacos potenciadores cuando los pacientes presentan efectos secundarios sexuales debido a los ISRS o los IRSN.
- Antidepresivos tricíclicos (ATC) son amitriptilina, imipramina, clomipramina, doxepina, nortriptilina y desipramina.
- Inhibidores de la monoaminooxidasa (IMAO) disponibles son la tranilcipromina, la fenelzina, la selegilina y la isocarboxazida. Los IMAO y los ATC no se utilizan con frecuencia debido a la alta incidencia de efectos secundarios y la letalidad en caso de sobredosis.
- Estimulación del nervio vago (ENV) aprobado por la FDA como tratamiento complementario a largo plazo para la depresión resistente al tratamiento; para pacientes que no han respondido a al menos 4 ensayos clínicos con medicamentos.
- Esketamina aerosol nasal para usar junto con un antidepresivo oral en casos de

depresión resistente al tratamiento; para pacientes en quienes no han respondido otros medicamentos antidepresivos.

Al evaluar el TDM, es importante descartar el trastorno depresivo debido a otra afección médica, el trastorno depresivo inducido por sustancias o medicamentos, la distimia, la ciclotimia, el duelo, el trastorno adaptativo con estado de ánimo depresivo, el trastorno bipolar, el trastorno esquizoafectivo, la esquizofrenia, los trastornos de ansiedad y los trastornos de la alimentación para un manejo adecuado. Los síntomas depresivos pueden ser secundarios a las siguientes causas (Bains y Abdijadid, 2023):

- Causas neurológicas como accidente cerebrovascular, esclerosis múltiple, hematoma subdural, epilepsia, enfermedad de Parkinson, enfermedad de Alzheimer.
- Endocrinopatías como diabetes, trastornos de la tiroides, trastornos suprarrenales.
- Trastornos metabólicos como hipercalcemia, hiponatremia.
- Medicamentos/sustancias de abuso: esteroides, antihipertensivos, anticonvulsivos, antibióticos, sedantes, hipnóticos, alcohol, abstinencia de estimulantes.
- Deficiencias nutricionales como deficiencia de vitamina D, B12, B6, hierro o folato.
- Enfermedades infecciosas como el VIH y la sífilis
- Neoplasias malignas

Los episodios depresivos no tratados en el trastorno depresivo mayor pueden durar de 6 a 12 meses. Aproximadamente dos tercios de las personas con TDM contemplan el suicidio, y entre el 10 y el 15 por ciento lo cometen. El TDM es una enfermedad crónica y recurrente; la tasa de recurrencia es de aproximadamente el 50 % después del primer episodio, el 70 % después del segundo episodio y el 90 % después del tercer episodio. Entre el 5 y el 10 por ciento de los pacientes con TDM finalmente desarrollan trastorno bipolar. El pronóstico del TDM es bueno en pacientes con episodios leves, ausencia de síntomas psicóticos, mejor cumplimiento del tratamiento, un sólido sistema de apoyo y un buen funcionamiento premórbido. El pronóstico es malo en presencia de un trastorno psiquiátrico comórbido, trastorno de la personalidad, múltiples hospitalizaciones y edad avanzada de inicio (Ratheesh et al., 2017).

El TDM es una de las principales causas de discapacidad en todo el mundo. No solo causa un deterioro funcional grave, sino que también afecta negativamente las relaciones interpersonales, reduciendo así la calidad de vida. Las personas con TDM tienen un alto riesgo de desarrollar trastornos de ansiedad comórbidos y trastornos por consumo de sustancias, lo que aumenta aún más su riesgo de suicidio. La depresión puede agravar comorbilidades médicas como la diabetes, la hipertensión, la enfermedad pulmonar

obstructiva crónica y la enfermedad coronaria. Las personas con depresión tienen un alto riesgo de desarrollar conductas autodestructivas como mecanismo de afrontamiento. El TDM suele ser muy debilitante si no se trata (Bains y Abdijadid, 2023).

Consumo de cannabis

El cannabis (Cannabis sativa) contiene una amplia gama de compuestos químicos, siendo los cannabinoides los más estudiados. Entre ellos, el delta-9-tetrahidrocannabinol (THC) es el principal componente psicoactivo, responsable de los efectos euforizantes y alteradores de la percepción. Por otro lado, el cannabidiol (CBD) es un cannabinoide no psicoactivo que ha mostrado propiedades ansiolíticas, antidepresivas y neuroprotectoras en estudios preclínicos y clínicos (Crippa et al., 2018). El sistema endocannabinoide (SEC), compuesto por receptores cannabinoides (CB1 y CB2), endocannabinoides (anandamida y 2-araquidonilglicerol) y enzimas metabólicas, juega un papel crucial en la regulación de diversas funciones fisiológicas, incluyendo el estado de ánimo, la memoria, el apetito y el dolor (Sarris et al., 2020). El THC ejerce sus efectos principalmente a través de la activación de los receptores CB1 en el cerebro, mientras que el CBD tiene una farmacología más compleja, interactuando con múltiples objetivos moleculares.

Las modalidades de consumo de cannabis varían ampliamente, incluyendo fumado, vaporizado, ingestión y tópicos, con diferentes perfiles farmacocinéticos y efectos. La legalización y despenalización del cannabis en diversas jurisdicciones han llevado a un aumento en la disponibilidad y, en algunos casos, en el consumo, lo que subraya la necesidad de comprender mejor sus implicaciones para la salud mental (Wilkinson, 2013).

Relación entre consumo de cannabis y trastornos depresivos mayores

La relación entre el consumo de cannabis y los TDM es compleja y bidireccional, con evidencia que sugiere tanto la posibilidad de que el cannabis exacerbe o precipite la depresión como la posibilidad de que personas con depresión utilicen cannabis como una forma de automedicación.

Consumo de cannabis como factor de riesgo para TDM

Múltiples estudios longitudinales y metaanálisis han sugerido que el consumo regular y/o de alta potencia de cannabis, especialmente durante la adolescencia, puede aumentar el riesgo de desarrollar síntomas depresivos y TDM en la edad adulta. Por ejemplo, una revisión sistemática y metaanálisis reciente encontró una asociación significativa entre

el consumo de cannabis y un mayor riesgo de depresión, particularmente en adolescentes y adultos jóvenes (Churchill et al., 2025). Se postulan varios mecanismos para esta asociación:

- Alteraciones en el sistema endocannabinoide: La exposición crónica al THC, especialmente durante periodos críticos del neurodesarrollo, puede desregular el SEC, afectando la homeostasis de neurotransmisores como la serotonina y la dopamina, lo que podría predisponer a la depresión (Gallego-Landin et al., 2021).
- Neurotoxicidad y cambios estructurales cerebrales: El consumo crónico de cannabis, particularmente en altas dosis y con alto contenido de THC, se ha asociado con alteraciones en la conectividad cerebral y el volumen de ciertas regiones cerebrales involucradas en la regulación emocional, como la corteza prefrontal y el hipocampo (Ishrat et al., 2024).
- Factores psicosociales y estrés: El consumo problemático de cannabis puede estar asociado con un bajo rendimiento académico o laboral, problemas interpersonales y un mayor estrés, factores que son conocidos por contribuir al desarrollo y mantenimiento de la depresión (Meier, 2020).

Es importante señalar que la magnitud del riesgo puede depender de factores como la frecuencia y dosis del consumo, la edad de inicio, la vulnerabilidad genética y la presencia de comorbilidades psiquiátricas preexistentes.

Automedicación y consumo de cannabis en trastorno depresivo mayor

Por otro lado, muchas personas con TDM reportan consumir cannabis en un intento de aliviar sus síntomas depresivos, percibiendo que les ayuda a reducir la ansiedad, mejorar el estado de ánimo o conciliar el sueño (Thiessen y Schutz, 2024). Esta hipótesis de automedicación sugiere que el consumo de cannabis es una consecuencia, más que una causa, de la depresión.

- Efectos agudos del cannabis: El THC puede producir una euforia inicial y relajación, lo que podría ser interpretado por los individuos como un alivio temporal de los síntomas depresivos. Sin embargo, estos efectos suelen ser transitorios y, a largo plazo, pueden exacerbar la disforia y anhedonia, especialmente con el uso crónico (Hall et al., 2019).
- CBD y sus propiedades antidepresivas: A diferencia del THC, el CBD ha mostrado prometedoras propiedades antidepresivas en modelos preclínicos y algunos estudios clínicos. Se cree que el CBD puede ejercer sus efectos antidepresivos a través de mecanismos como la modulación de la neurotransmisión serotoninérgica, la

neurogénesis en el hipocampo y sus propiedades antiinflamatorias (Miao et al., 2024). Esto podría llevar a que algunos individuos con depresión busquen variedades de cannabis con alto contenido de CBD. Sin embargo, la evidencia clínica sobre la eficacia del CBD como tratamiento primario para la depresión aún es limitada y se requiere más investigación.

- Co-ocurrencia de trastornos: Es común que el consumo de sustancias y los trastornos de salud mental coexistan. Las personas con TDM tienen una mayor probabilidad de desarrollar un trastorno por uso de sustancias, incluyendo el cannabis, lo que complica el panorama diagnóstico y terapéutico (Hasin et al., 2018).

Factores moduladores y comorbilidades

La relación entre cannabis y depresión no es uniforme y está modulada por varios factores:

- Vulnerabilidad genética: Ciertos polimorfismos genéticos pueden aumentar la susceptibilidad tanto a los TDM como a los efectos adversos del cannabis (Hodgson et al., 2016).
- Edad de inicio del consumo: El consumo de cannabis en la adolescencia temprana, cuando el cerebro aún está en desarrollo, se asocia con un mayor riesgo de resultados adversos en la salud mental (Gobbi et al., 2019).
- Potencia del cannabis: El cannabis de alta potencia (alto contenido de THC) se ha asociado con un mayor riesgo de problemas de salud mental, incluyendo la depresión, en comparación con variedades de menor potencia (Di Forti et al., 2019).
- Comorbilidades psiquiátricas: La presencia de otros trastornos mentales, como los trastornos de ansiedad, el trastorno bipolar o la esquizofrenia, puede complicar la relación entre el cannabis y la depresión y aumentar la vulnerabilidad a resultados adversos (Wright et al., 2021).

Implicaciones clínicas y terapéuticas

La comprensión de la intrincada relación entre el consumo de cannabis y los TDM tiene importantes implicaciones para la práctica clínica. Es fundamental que los profesionales de la salud mental realicen un cribado sistemático del consumo de sustancias en pacientes con TDM y viceversa. Una historia clínica detallada sobre el patrón de consumo de cannabis (frecuencia, cantidad, potencia, motivo) es crucial.

Asimismo, la evaluación diferencial resulta indispensable para determinar si el

consumo de cannabis es un factor contribuyente a la depresión, un intento de automedicación o una comorbilidad independiente. El tratamiento de los TDM en presencia de consumo de cannabis requiere un enfoque integrado que aborde ambas condiciones simultáneamente. Esto puede incluir (Buckner et al., 2018):

- Psicoterapia: Terapias cognitivo-conductuales (TCC) y terapias motivacionales son efectivas para abordar tanto la depresión como el TUC.
- Farmacoterapia: La elección de antidepresivos debe considerar las posibles interacciones con el cannabis y la presencia de comorbilidades. En algunos casos, se pueden utilizar medicamentos para reducir los antojos de cannabis.
- Educación del paciente: Informar a los pacientes sobre los riesgos potenciales del consumo de cannabis para la depresión y las opciones de tratamiento basadas en la evidencia es esencial.
- Abordaje de automedicación: Explorar las razones subyacentes para el consumo de cannabis en un intento de automedicación y ofrecer alternativas de afrontamiento más saludables.

Objetivos

Objetivo General

Identificar la frecuencia de consumo de cannabis en pacientes hospitalizados por trastorno depresivo mayor en la Clínica Avenida de la ciudad de Rosario.

Objetivos específicos

- Caracterizar la población de pacientes hospitalizados por TDM según edad, sexo y otras comorbilidades.
- Identificar las características del consumo de cannabis en los pacientes hospitalizados por TDM

Materiales y métodos

Diseño

El estudio fue de tipo cuantitativo, observacional, con un diseño descriptivo de corte transversal y retrospectivo. El período temporal considerado en el presente estudio estuvo comprendido entre el 1 de septiembre y el 30 de octubre de 2025.

Ámbito

Este estudio se llevó a cabo en las instalaciones de la Clínica Avenida, ubicada en Mitre 2222, Rosario. Es un centro médico que se especializa en psiquiatría y medicina laboral y ofrece servicios como coaching, certificados de discapacidad, aptitud psicológica y licencias laborales psiquiátricas. Además, cuentan con un servicio de urgencias psiquiátricas e internación disponible las 24 horas, todos los días.

Población y Criterios de Selección de Muestra

La población de estudio estuvo conformada por la totalidad de pacientes internados en el efector en el período temporal relevado; sobre los que se aplican los criterios de selección:

Criterios de inclusión

- Pacientes de ambos sexos, mayores de 18 años, internados por TDM.

Criterio de exclusión

- Pacientes con historias clínicas incompletas o aquellas HC donde no se refiera acerca del consumo (positivo o negativo) de cannabis.

Muestreo y tamaño muestral

El muestreo fue no probabilístico y por conveniencia, con la incorporación consecutiva de todos los sujetos.

Procedimientos

La recolección de datos se realizó a través de una revisión de historias clínicas, de las cuales se extrajeron los datos personales y clínicos de interés para el estudio, así como las características propias del consumo de cannabis.

Definiciones

- Diagnósticos comórbidos: Presencia de otros trastornos psiquiátricos o condiciones médicas significativas coexistentes con el TDM.
- Vía de administración del cannabis: Se identificó la forma de administración empleada para el consumo de cannabis, tal como fumado, vaporizado, ingerido, entre otros.
- Motivo del consumo de cannabis: Se indagó en la causa o motivo por el cual el paciente consume cannabis (recreacional, para manejar síntomas de ansiedad/depresión, para dormir o social).
- Historia de tratamientos previos por uso de cannabis: Si ha recibido algún tipo de intervención o tratamiento por el consumo de cannabis.

Variables

- Edad. Cuantitativa continua.
- Sexo. Cualitativa dicotómica.
  Femenino
  Masculino
- Diagnósticos Comórbidos. Cualitativa nominal (dicotómica).
  Trastorno de Ansiedad Generalizada (Sí/No)
  Trastorno de Pánico (Sí/No)
  Trastorno por uso de sustancias (Sí/No)
  Trastorno de Personalidad (Sí/No)
  Diabetes Mellitus (Sí/No)
  Hipertensión Arterial (Sí/No)
  Ninguno (Sí/No)
  Otros (Sí/No)
- Vía de administración del cannabis. Cualitativa nominal.
  Inhalado (cigarrillo, pipa, bong)
  Vaporizado
  Ingerido (comestibles)
  Tópico
  Dab (concentrados)
  Otros
- Edad de inicio del consumo de cannabis. Cuantitativa discreta.

- Motivo del consumo de cannabis. Cualitativa nominal.
  Recreacional/social
  Reducir la ansiedad
  Mejorar el estado de ánimo
  Dormir/insomnio
  Aliviar dolor
  Mejorar el apetito
  Curiosidad
  Influencia de pares
  Otros
- Historia de tratamientos previos por uso de cannabis: cualitativa nominal (dicotómica).
  Sí
  No

Análisis estadístico

Los datos fueron volcados en una planilla de Excel (Anexo 1) y procesados utilizando el software estadístico SPSS. Se expresaron en valores absolutos y relativos. Las variables cuantitativas se resumieron a través de medidas de posición centrales (media, mediana y modo) y no centrales (cuartiles 1 y 3), así como medidas de dispersión (rango y desvío estándar); mientras que las variables cualitativas se analizaron a través de frecuencias absolutas y relativas. A partir de estos datos se construyeron gráficos y tablas para una fácil visualización.

Consideraciones éticas

Se respetaron los principios éticos para la investigación con humanos indicados por la Asociación Americana de Psicología, la Declaración de Helsinki y la Ley Nacional 25.326 de Protección de Datos Personales, de aplicación en todo territorio nacional, asegurando el anonimato y la confidencialidad de todos los participantes.

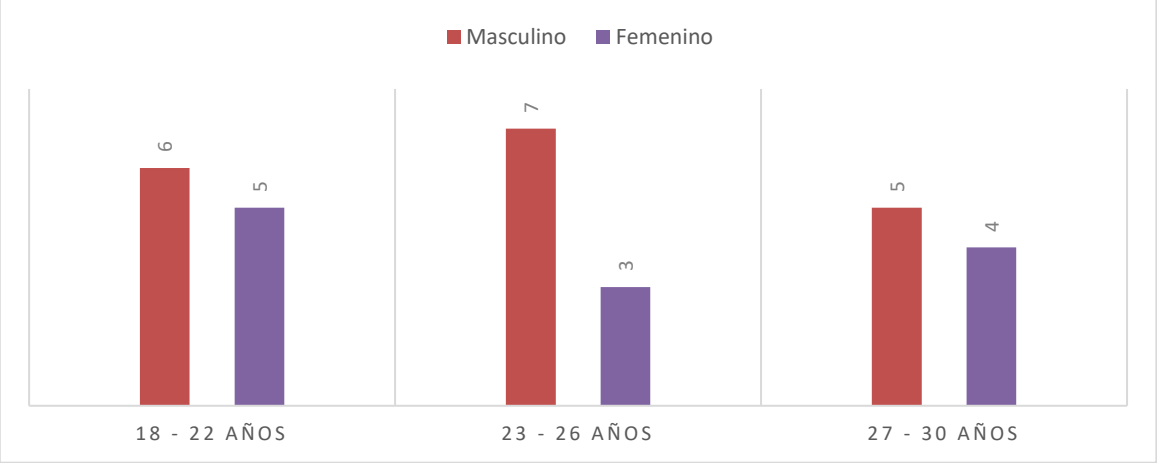
Se solicitó autorización a la Clínica Avenida para la realización del estudio (Anexo 2).

Resultados

El análisis incluyó una muestra de n=120 historias clínicas de pacientes internados con diagnóstico de TDM; de estos, 30 (25%) presentaban consumo de cannabis referido en el registro médico (Gráfico 1).

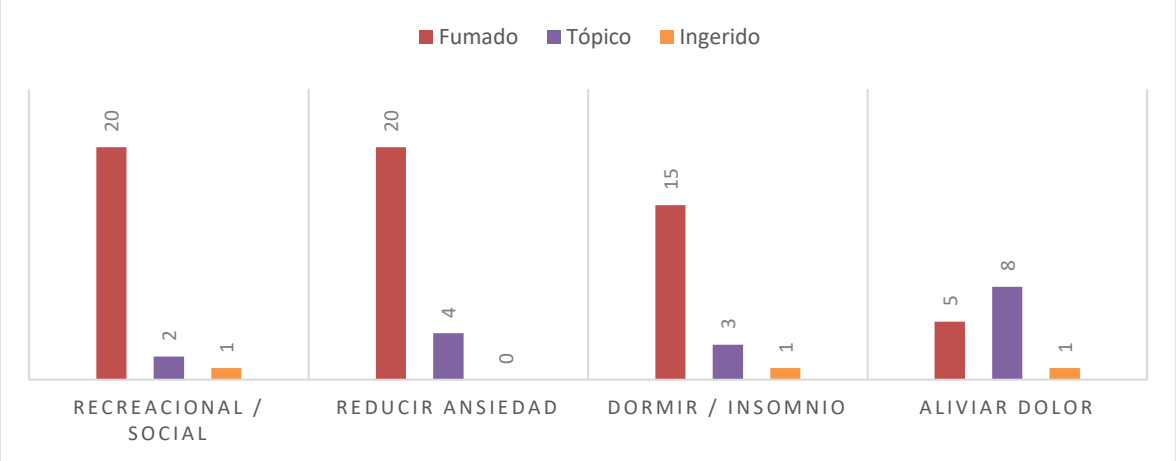
El gráfico 1 detalla las características sociodemográficas de los grupos etarios correspondientes. Por su parte, la edad de inicio del consumo reportó una media de 17.2 ± 2.1 años (Min.14; Máx.22).

Grafico 1. Distribución por sexo y grupo etario



Respecto a la modalidad de empleo, la totalidad de los usuarios reportó el consumo por vía inhalatoria (cigarrillos, pipas o bongs). El Gráfico 2 expone la distribución detallada de las vías de administración secundarias y los principales motivos de consumo referidos por los pacientes.

Grafico 2. Distribución de motivos de consumo según la vía de administración



Nota: Se reportaron pacientes con más de 1 forma de consumo de cannabis

En cuanto a la existencia de intervenciones terapéuticas anteriores vinculadas al consumo de la sustancia, se constató que el 20% (n=6) presentaba antecedentes de tratamientos previos por uso de cannabis.

Discusión

En el presente estudio se identificó que la frecuencia de consumo de cannabis en la muestra de pacientes con TDM alcanzó el 25%. Este hallazgo permite observar la presencia de la sustancia en una cuarta parte de la población clínica evaluada, situándose en un rango de frecuencia relevante que coincide con la tendencia en aumento de la disponibilidad y consumo de cannabis advertida por Wilkinson et al. (2016). Al observar el perfil demográfico de este grupo, se registró una composición mayoritariamente masculina (60%) y una edad promedio de 24,1 años, correspondiente principalmente a la etapa de la adultez joven. En esta población se registró que el consumo de cannabis aparece en adultos jóvenes que transitan por episodios depresivos severos que requieren internación.

Asimismo, la edad media de inicio de consumo reportada fue de 17,2 años. La literatura actual, como la revisión de Sorkhou et al. (2024), describe que el contacto temprano con cannabinoides suele preceder a la consolidación de cuadros afectivos en la vida adulta; dinámica que concuerda con la cronología observada en esta muestra.

En cuanto a la modalidad de empleo, se constató que el 100% de los usuarios utilizaba vías inhalatorias, específicamente cigarrillos, pipas o bong. Al profundizar en los motivos de consumo referidos por los pacientes, las mayores frecuencias se concentraron en el consumo recreacional y la reducción de la ansiedad, seguidas de la ayuda para manejar el insomnio. Se observa que, para la mayoría de los pacientes evaluados, el uso de la sustancia se asocia a una percepción subjetiva de alivio frente a síntomas específicos del cuadro afectivo. Esta descripción coincide con hallazgos recientes que señalan que una proporción significativa de pacientes con trastornos del ánimo reportan el alivio de la carga sintomática como su motivación principal, observándose que el cannabis es integrado por el sujeto como una herramienta de gestión de su malestar emocional (Turna et al., 2020).

La frecuencia de motivos vinculados al manejo del sueño observada en esta muestra concuerda con la literatura. Estudios actuales subrayan que, ante un mayor reporte de síntomas depresivos y alteraciones del descanso, la frecuencia de consumo de cannabis suele presentarse más elevada en poblaciones clínicas (Yañez, 2024).

Por otro lado, los resultados revelaron que el 20% de los consumidores había recibido tratamiento previo vinculado específicamente al uso de cannabis. Esta baja frecuencia describe una realidad clínica en la cual el consumo, aunque persistente, carece mayoritariamente de intervenciones formales previas a la internación actual. El bajo registro de antecedentes de abordaje especializado señala la presencia de una población con requerimientos de atención integral en salud mental.

Los motivos de consumo orientados al alivio sintomático observados en esta cohorte coinciden con los reportes de Sarvet et al. (2018). Dicho estudio describe que el uso de cannabis para el manejo de la ansiedad o el insomnio constituye una conducta de afrontamiento frecuente en pacientes con trastornos del estado de ánimo, lo cual refleja una característica central en la presentación clínica de este grupo.

Finalmente, la integración de estos hallazgos proporciona un mapa detallado del perfil del paciente con TDM y consumo de cannabis en el ámbito hospitalario. La combinación de un inicio temprano, una alta frecuencia de uso para mitigar la ansiedad y una baja tasa de intervención previa se observa en una población con características particulares. Estudios recientes reportan que el trastorno por uso de sustancias en contextos psiquiátricos se asocia con una adherencia significativamente menor a los tratamientos convencionales (Velásquez & Carrión, 2024). Por tanto, la descripción detallada realizada en este trabajo registra la importancia de implementar protocolos de cribado sistemático que reconozcan estas características, permitiendo una visión más integral del fenómeno que vaya más allá de la simple detección del diagnóstico principal (Buckner et al., 2018).

Limitaciones

El tamaño muestral reducido, sumado al hecho de que la recolección se realizó en un único centro hospitalario, limitó la generalización de los resultados a la población global de pacientes con TDM.

Debido a que el estudio se basó en una revisión de historias clínicas y en el reporte retrospectivo de los pacientes, existió la posibilidad de sesgo.

Conclusiones

Los hallazgos de esta investigación evidencian una frecuencia de consumo de cannabis del 25% en pacientes de ambos sexos, con edades comprendidas entre 18 y 30 años, diagnosticados con TDM. El consumo se refirió de forma inhalada a través de cigarrillos, pipas o bong; con motivos recreacionales, reducción de ansiedad y ayuda para conciliar el sueño o manejar el insomnio. El 20% presentó antecedentes de tratamientos previos por uso de cannabis.

Referencias bibliográficas

Asociación Americana de Psiquiatría [APA]. (2022). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (5th ed.). https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425787

Bains, N., & Abdijadid, S. (2023). *Major depressive disorder*. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK559078/#

Bradley, R. G., Binder, E. B., Epstein, M. P., Tang, Y., Nair, H. P., Liu, W., Gillespie, C. F., Berg, T., Evces, M., Newport, D. J., Stowe, Z. N., Heim, C. M., Nemeroff, C. B., Schwartz, A., Cubells, J. F., & Ressler, K. J. (2008). Influence of child abuse on adult depression. *Archives of General Psychiatry*, *65*(2), 190. https://doi.org/10.1001/archgenpsychiatry.2007.26

Buckner, J. D., Zvolensky, M. J., Ecker, A. H., Schmidt, N. B., Lewis, E. M., Paulus, D. J., Lopez-Gamundi, P., Crapanzano, K. A., & Bakhshaie, J. (2018). Integrated cognitive behavioral therapy for comorbid cannabis use and anxiety disorders: A pilot randomized controlled trial. *Behaviour Research and Therapy*, *115*, 38–45. https://doi.org/10.1016/j.brat.2018.10.014

Campuzano-Cortina, C., Feijoó-Fonnegra, L. M., Manzur-Pineda, K., Palacio-Muñoz, M., Rendón-Fonnegra, J., Montoya, L., Berrouet, M. C., & Restrepo, D. (2020). Comorbilidad entre síntomas depresivos y consumo de sustancias en pacientes hospitalizados por enfermedades no psiquiátricas. *Revista Colombiana De Psiquiatría*, *50*(2), 130–137. https://doi.org/10.1016/j.rcp.2019.07.001

Churchill, V., Chubb, C. S., Popova, L., Spears, C. A., & Pigott, T. (2025). The association between cannabis and depression: an updated Systematic Review and Meta-analysis. *Psychological Medicine*, *55*. https://doi.org/10.1017/s0033291724003143

Connor, J. P., Stjepanović, D., Foll, B. L., Hoch, E., Budney, A. J., & Hall, W. D. (2021). Cannabis use and cannabis use disorder. *Nature Reviews Disease Primers*, *7*(1).

https://doi.org/10.1038/s41572-021-00247-4

Crippa, J. A., Guimarães, F. S., Campos, A. C., & Zuardi, A. W. (2018). Translational investigation of the therapeutic Potential of Cannabidiol (CBD): Toward a new age. *Frontiers in Immunology*, *9*. https://doi.org/10.3389/fimmu.2018.02009

Cuijpers, P., Dekker, J., Hollon, S. D., & Andersson, G. (2009). Adding psychotherapy to pharmacotherapy in the treatment of depressive disorders in adults. *The Journal of Clinical Psychiatry*, *70*(9), 1219–1229. https://doi.org/10.4088/jcp.09r05021

Cuijpers, P., Van Straten, A., Warmerdam, L., & Andersson, G. (2008). Psychotherapy versus the combination of psychotherapy and pharmacotherapy in the treatment of depression: a meta-analysis. *Depression and Anxiety*, *26*(3), 279–288. https://doi.org/10.1002/da.20519

Di Forti, M., Quattrone, D., Freeman, T. P., Tripoli, G., Gayer-Anderson, C., Quigley, H., Rodriguez, V., Jongsma, H. E., Ferraro, L., La Cascia, C., La Barbera, D., Tarricone, I., Berardi, D., Szöke, A., Arango, C., Tortelli, A., Velthorst, E., Bernardo, M., Del-Ben, C. M., . . . Van Der Ven, E. (2019). The contribution of cannabis use to variation in the incidence of psychotic disorder across Europe (EU-GEI): a multicentre case-control study. *The Lancet Psychiatry*, *6*(5), 427–436. https://doi.org/10.1016/s2215-0366(19)30048-3

Ellis, M. L., García, N., Leyva, Y., & Mena, E. (2022). Depresión y trastornos relacionados por consumo de sustancias. *Revista Electrónica Medimay*, *29*(3). https://www.medigraphic.com/pdfs/revciemedhab/cmh-2022/cmh223m.pdf

Fidalgo, T. M., & Von Diemen, L. (2022). Current state of the global impact of cannabis use. *Trends in Psychiatry and Psychotherapy*. https://doi.org/10.47626/2237-6089-2022-0002

Francescángeli, M. (2021). *Qué relación existe entre el ámbito familiar y el nivel de consumo de sustancias en adolescentes que asisten a una escuela provincial, nivel*

secundario, Del noroeste La ciudad de Rosario durante marzo y abril de 2021 [Tesis, Universidad Nacional de Rosario]. https://rephip.unr.edu.ar/server/api/core/bitstreams/821423ec-cb94-4dc5-8a48-c1cbedb288cd/content

Gallego-Landin, I., García-Baos, A., Castro-Zavala, A., & Valverde, O. (2021). Reviewing the role of the endocannabinoid system in the pathophysiology of depression. *Frontiers in Pharmacology*, *12*. https://doi.org/10.3389/fphar.2021.762738

Gobbi, G., Atkin, T., Zytynski, T., Wang, S., Askari, S., Boruff, J., Ware, M., Marmorstein, N., Cipriani, A., Dendukuri, N., & Mayo, N. (2019). Association of cannabis use in adolescence and risk of depression, anxiety, and suicidality in young adulthood. *JAMA Psychiatry*, *76*(4), 426. https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2018.4500

Green, J. G., McLaughlin, K. A., Berglund, P. A., Gruber, M. J., Sampson, N. A., Zaslavsky, A. M., & Kessler, R. C. (2010). Childhood Adversities and Adult Psychiatric Disorders in the National Comorbidity Survey Replication I. *Archives of General Psychiatry*, *67*(2), 113. https://doi.org/10.1001/archgenpsychiatry.2009.186

Hall, W., Hoch, E., & Lorenzetti, V. (2019). Cannabis use and mental health: risks and benefits. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, *269*(1), 1–3. https://doi.org/10.1007/s00406-019-00986-2

Hasin, D. S., Sarvet, A. L., Meyers, J. L., Saha, T. D., Ruan, W. J., Stohl, M., & Grant, B. F. (2018). Epidemiology of adult DSM-5 Major depressive Disorder and its specifiers in the United States. *JAMA Psychiatry*, *75*(4), 336. https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2017.4602

Hodgson, K., Almasy, L., Knowles, E. E. M., Kent, J. W., Curran, J. E., Dyer, T. D., Göring, H. H. H., Olvera, R. L., Woolsey, M. D., Duggirala, R., Fox, P. T., Blangero, J., & Glahn, D. C. (2016). The genetic basis of the comorbidity between cannabis use and major depression. *Addiction*, *112*(1), 113–123. https://doi.org/10.1111/add.13558

Hynes, M., Demarco, M., Araneda, J., & Cumsille, F. (2015). Prevalence of Marijuana Use among University Students in Bolivia, Colombia, Ecuador, and Peru. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, *12*(5), 5233–5240. https://doi.org/10.3390/ijerph120505233

Ishrat, S., Levey, D. F., Gelernter, J., Ebmeier, K., & Topiwala, A. (2024). Association between cannabis use and brain structure and function: an observational and Mendelian randomisation study. *BMJ Mental Health*, *27*(1), e301065. https://doi.org/10.1136/bmjment-2024-301065

Kroenke, K., Spitzer, R. L., & Williams, J. B. W. (2003). The Patient Health Questionnaire-2. *Medical Care*, *41*(11), 1284–1292. https://doi.org/10.1097/01.mlr.0000093487.78664.3c

Li, Z., Ruan, M., Chen, J., & Fang, Y. (2021). Major Depressive Disorder: Advances in neuroscience research and translational applications. *Neuroscience Bulletin*, *37*(6), 863–880. https://doi.org/10.1007/s12264-021-00638-3

Malhi, G. S., & Mann, J. J. (2018). Depression. *The Lancet*, *392*(10161), 2299–2312. https://doi.org/10.1016/s0140-6736(18)31948-2

Meier, M. H. (2020). Cannabis use and psychosocial functioning: evidence from prospective longitudinal studies. *Current Opinion in Psychology*, *38*, 19–24. https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2020.07.001

Miao, Y., Zhao, F., & Guan, W. (2024). A novel insight into the antidepressant effect of cannabidiol: possible involvement of the 5-HT1A, CB1, GPR55, and PPARγ receptors. *The International Journal of Neuropsychopharmacology*. https://doi.org/10.1093/ijnp/pyae064

Miller, A. H., & Raison, C. L. (2016). The role of inflammation in Depression: From evolutionary imperative to modern treatment target. *Nature Reviews. Immunology*, *16*(1), 22–34. https://doi.org/10.1038/nri.2015.5

Modesto-Lowe, V., León-Barriera, R., & Jain, L. (2023). Cross-national reflections on medicinal cannabis and depression. *Expert Review of Neurotherapeutics*, *23*(5), 479–480. https://doi.org/10.1080/14737175.2023.2203861

Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito [UNODC]. (2025). *World Drug Report 2025*. https://www.unodc.org/documents/data-and-analysis/WDR_2025/WDR25_B1_Key_findings.pdf

Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2019). *Drugs*. OMS. https://www.who.int/health-topics/drugs-psychoactive#tab=tab_1

Quilty, L. C., Robinson, J. J., Rolland, J., De Fruyt, F., Rouillon, F., & Bagby, R. M. (2013). The structure of the Montgomery–Åsberg depression rating scale over the course of treatment for depression. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, *22*(3), 175–184. https://doi.org/10.1002/mpr.1388

Ratheesh, A., Davey, C., Hetrick, S., Alvarez-Jimenez, M., Voutier, C., Bechdolf, A., McGorry, P. D., Scott, J., Berk, M., & Cotton, S. M. (2017). A systematic review and meta-analysis of prospective transition from major depression to bipolar disorder. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *135*(4), 273–284. https://doi.org/10.1111/acps.12686

Rohan, K. J., Rough, J. N., Evans, M., Ho, S., Meyerhoff, J., Roberts, L. M., & Vacek, P. M. (2016). A protocol for the Hamilton Rating Scale for Depression: Item scoring rules, Rater training, and outcome accuracy with data on its application in a clinical trial. *Journal of Affective Disorders*, *200*, 111–118. https://doi.org/10.1016/j.jad.2016.01.051

Sarris, J., Sinclair, J., Karamacoska, D., Davidson, M., & Firth, J. (2020). Medicinal cannabis for psychiatric disorders: a clinically-focused systematic review. *BMC Psychiatry*, *20*(1). https://doi.org/10.1186/s12888-019-2409-8

Sarvet, A. L., Wall, M. M., Keyes, K. M., Olfson, M., Cerdá, M., & Hasin, D. S. (2018).

Self-medication of mood and anxiety disorders with marijuana: Higher in states with medical marijuana laws. *Drug and Alcohol Dependence*, *186*, 10–15. https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2018.01.009

Secretaría de Políticas Integrales sobre Drogas de la Nación Argentina [Sedronar]. (2017). *Estudio nacional en población de 12 a 65 años sobre consumo de sustancias psicoactivas. Argentina, 2017*. https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/2020/10/oad_2017._estudio_nacional_en_poblacion_de_12_a_65_anos_sobre_consumo_de_sustancias_psicoactivas_resultados_santa_fe.pdf

Sorkhou, M., Dent, E. L., & George, T. P. (2024). Cannabis use and mood disorders: a systematic review. *Frontiers in Public Health*, *12*, 1346207. https://doi.org/10.3389/fpubh.2024.1346207

Stagnaro, J. C., Cía, A., Vázquez, N., Vommaro, H., Nemirovsky, M., Serfaty, E., Sustas, S. E., Medina Mora, M. E., Benjet, C., Aguilar-Gaxiola, S., & Kessler, R. (2018). Estudio Epidemiológico de Salud Mental en Población General de la República Argentina. *Vertex Revista Argentina De Psiquiatría*, *28*, 275–299. https://apsa.org.ar/docs/vertex142.pdf

Sullivan, P. F., Neale, M. C., & Kendler, K. S. (2000). Genetic Epidemiology of Major Depression: Review and Meta-Analysis. *American Journal of Psychiatry*, *157*(10), 1552–1562. https://doi.org/10.1176/appi.ajp.157.10.1552

Thiessen, K. A., & Schutz, C. G. (2024). Examining the Relationship Between Cannabis Use and Mood, Anxiety, and Psychotic Symptoms in Psychiatric Patients with Severe Concurrent Mental Health and Substance Use Disorders Before and After Recreational Cannabis Legalization in Canada. *Cannabis*. https://doi.org/10.26828/cannabis/2024/000258

Turna, J., Balodis, I., Munn, C., Van Ameringen, M., Busse, J., & MacKillop, J. (2020).

Overlapping patterns of recreational and medical cannabis use in a large community sample of cannabis users. *Comprehensive Psychiatry*, *102*, 152188. https://doi.org/10.1016/j.comppsych.2020.152188

Uyar, A., & Gonul, A. S. (2025). New and emerging pharmacologic treatments for MDD. *Frontiers in Psychiatry*, *16*, 1621887. https://doi.org/10.3389/fpsyt.2025.1621887

Velásquez, M. J. A., & Carrión, I. P. S. (2024). Adherencia al tratamiento psicofarmacológico de los pacientes con trastornos mentales graves y persistentes: revisión sistemática. *Revista Colombiana De Psiquiatría*, *53*(2), 192–205. https://doi.org/10.1016/j.rcp.2022.01.006

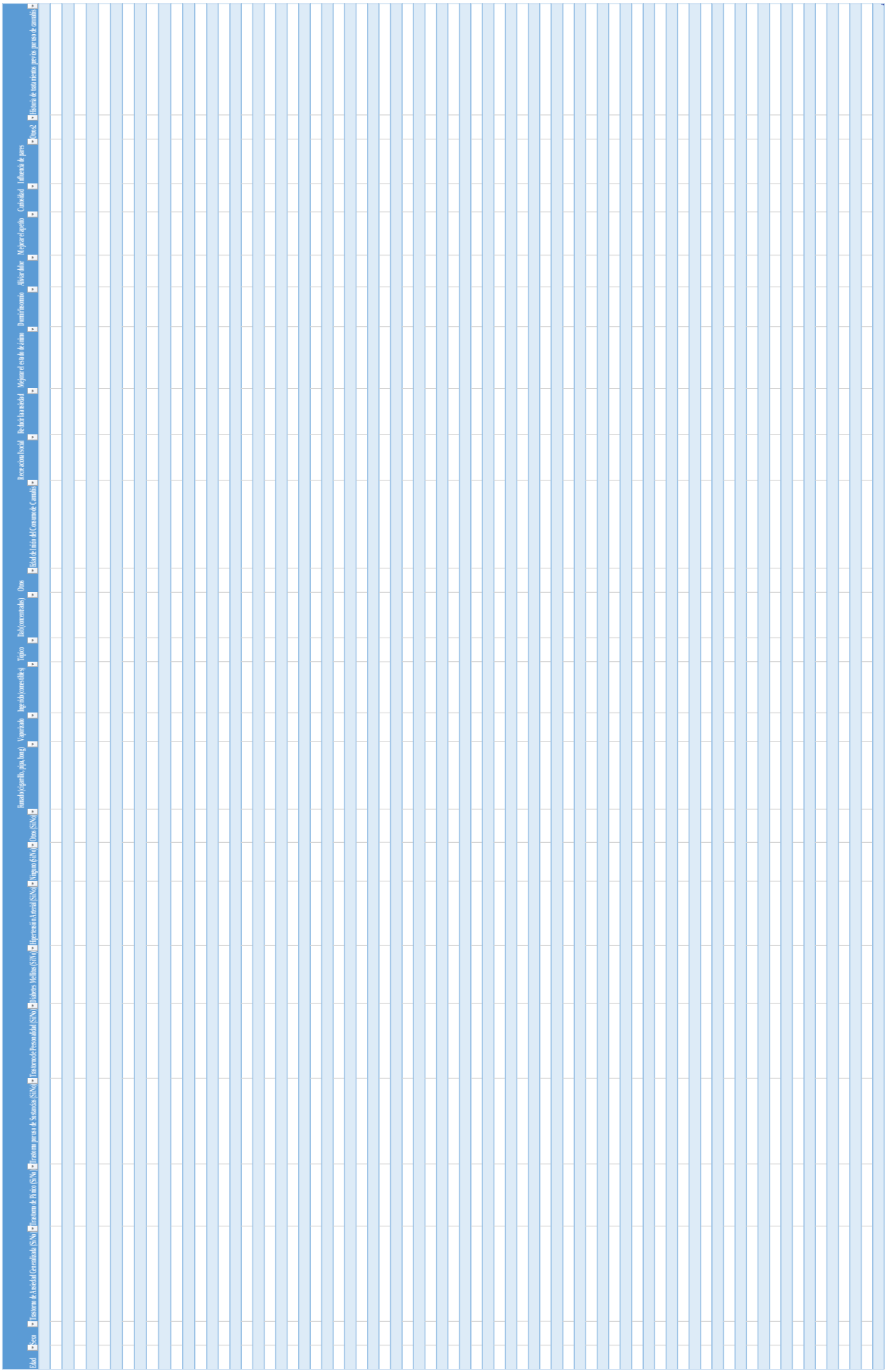
Wilkinson, S. T. (2013). More reasons States should not legalize marijuana: Medical and Recreational Marijuana: Commentary and Review of the literature. *Missouri Medicine, 110*(5). https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC6179811/

Wilkinson, S. T., Yarnell, S., Radhakrishnan, R., Ball, S. A., & D'Souza, D. C. (2016). Marijuana legalization: Impact on physicians and public health. *Annual Review of Medicine, 67*(1), 453–466. https://doi.org/10.1146/annurev-med-050214-013454

Wright, A. C., Cather, C., Farabaugh, A., Terechina, O., Pedrelli, P., Nyer, M., Fava, M., & Holt, D. J. (2021). Relationship between cannabis use and psychotic experiences in college students. *Schizophrenia Research*, *231*, 198–204. https://doi.org/10.1016/j.schres.2021.04.004

Yañez, O. (2024). *Relación entre la calidad del sueño, el consumo de sustancias y la salud mental en adultos* [Tesis de maestría, Universidad de Oviedo]. https://digibuo.uniovi.es/dspace/bitstream/handle/10651/71065/TFM_OrianaYa%c3%b1ezVidal.pdf?sequence=5&isAllowed=y

Anexo 1. Plantilla Excel para recolección de datos



Anexo 2. Autorizaciones

Carta Tutor

Rosario, 12 de Febrero de 2026

Dr. Jorge Guillermo Kilstein
Director de la carrera de medicina de la Universidad Abierta Interamericana
Sede Regional Rosario

De mi mayor consideración.

Por medio de la presente carta que he revisado y actualizado el trabajo de investigación titulado: **"Frecuencia de consumo de cannabis en pacientes hospitalizados por transtorno depresivo mayor entre 18 y 30 años"**, llevado a cabo por la estudiante **Bárbara Gabrielle Bolorini Reis Nascimento Cruz, DNI 95.887925**, quien se encuentra cursando la Práctica Final Obligatoria de la carrera de Medicina.

Certifico que el trabajo ha sido revisado por mí en esta instancia y que la estudiante se encuentra en condiciones de remitirlo para evaluación, conforme a las reglas y procedimientos establecidos por la Universidad. Asimismo, reitero mi compromiso de supervisar y acompañar a la estudiante durante el proceso investigativo y en el acto de defensa correspondiente.

Sin otro particular, se despide atentamente.

POLLIANA VERAS
Médica Psiquiatra
Mat. N° 25816
R/E N° 44/0787

Dr. Polliana Veras

Autorización Institucional

Rosario, 11 de Julio de 2025

A quien corresponda

Por medio de la presente se autoriza a:**Bárbara Gabrielle Bolorini Reis Nascimento Cruz**, estudiante de la carrera de Medicina de la Universidad Abierta Interamericana – UAI, sede Rosario, a realizar en las instalaciones del Sanatorio Plaza el estudio titulado "**Frecuencia de consumo de cannabis en pacientes hospitalizados por transtorno depresivo mayor entre 18 y 30 años**", con pacientes adultos que concurren a este centro asistencial, para lo cual se requiere la revisión de historias clínicas, respetando la confiabilidad de los datos personales de los mismos. Está investigación estará bajo la tutoría de **Dra. Polliana Veras**; comprometiéndose a acompañar al estudiante en la presentación de un trabajo final dentro del marco de la investigación científica.

Firma del Estudiante

POLLIANA VERAS
Médica Psiquiatra
Mat. N° 25816
RE N° 44/0787

Firma del tutor

MANUEL FRANCESCUTTI
MÉDICO PSIQUIATRA
MAT. 22400 - Reg. Esp. 44.0587
DIRECTOR MÉDICO RED UNITAS

Director
Clinica Avenida