

**FORTALECIMIENTO DE LAS CAPACIDADES
EN MATERIA DE SALUD MENTAL**

MEJORAR NUESTRAS INTERVENCIONES PARA MEJORAR LA SALUD DE LAS PERSONAS QUE USAN DROGAS

1

**MÓDULO 1. INTRODUCCIÓN. DE LA SALUD
MENTAL AL TRASTORNO MENTAL.
CONCEPTOS Y DEFINICIONES BÁSICAS**



RED IBEROAMERICANA DE ONG QUE
TRABAJAN EN DROGAS Y OTRAS ADICCIONES

Financiado por:



SECRETARÍA DE ESTADO
DE SANIDAD

DELEGACIÓN DEL GOBIERNO
PARA EL PLAN NACIONAL SOBRE DROGAS

Edición y coordinación de contenidos:



Financiado por:



MÓDULO 1.

INTRODUCCIÓN. DE LA SALUD MENTAL AL TRASTORNO MENTAL. CONCEPTOS Y DEFINICIONES BÁSICAS

**FORTALECIMIENTO DE LAS CAPACIDADES EN MATERIA DE
SALUD MENTAL. MEJORAR NUESTRAS INTERVENCIONES PARA
MEJORAR LA SALUD DE LAS PERSONAS QUE USAN DROGAS**



RED IBEROAMERICANA DE ONG QUE
TRABAJAN EN DROGAS Y OTRAS ADICCIONES

MÓDULO 1.

INTRODUCCIÓN. DE LA SALUD MENTAL AL TRASTORNO MENTAL. CONCEPTOS Y DEFINICIONES BÁSICAS

TABLA DE CONTENIDO

1. Concepto de salud mental	6
2. Concepto de trastorno mental	7
3. Criterios diagnósticos de los trastornos mentales	8
3.1. Clasificación Internacional de Enfermedades	8
3.2. Manual Diagnóstico y Estadístico	10
4. Prevalencia de los trastornos mentales	11
5. Prevalencia de la concurrencia de trastornos adictivos y otros trastornos mentales.	13
6. Suicidio y TUS	16
7. Estigma y discriminación en personas con TUS+OTM	18
8. Plan de Acción en Salud Mental de la OMS	19
Bibliografía básica	20

1. CONCEPTO DE SALUD MENTAL

Salud y enfermedad son dos caras de una misma moneda: presencia y ausencia. Resulta compleja la división entre sano y enfermo, dado que toda persona puede presentar signos de enfermedad y no encontrarse en un estado de salud óptimo, pero tampoco sentirse enfermo. Parece, pues, que existe una franja intermedia en la que está incluida la mayor parte de la población. Es decir, que no puede hablar de un perfecto estado de salud, pero tampoco aceptar el calificativo de enfermo.

El término intermedio salud-enfermedad se caracteriza por: pequeñas enfermedades, en la intensidad o en el tiempo; predisposición a enfermar, por las llamadas vulnerabilidades: prediabetes, alergia latente, prehipertensión, tendencia a la obesidad, etc.; anomalías anatómicas o funcionales, como una espalda escoliótica.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) considera la salud como un estado completo de bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades. A lo largo de la historia se han elaborado muchas definiciones de salud. Unificándolas todas, podríamos definir la salud como una experiencia y, a la vez, como un estado objetivo y medible. La salud es algo que experimenta y percibe el sujeto dentro de sí, además de ser un estado psicobiológico observable y medible por la ciencia médica y por los métodos de diagnóstico. El concepto de salud mental es complejo y difícil de definir. Hace referencia a un supuesto equilibrio funcional de la actividad psíquica que llevaría a un estado de bienestar psicológico.

La salud mental es un estado de bienestar en el cual el individuo: Reconoce sus propias capacidades. Puede afrontar las tensiones normales de la vida. Puede trabajar de forma productiva. Y es capaz de contribuir a su comunidad. La salud mental no solo se refiere a la ausencia de trastornos mentales, sino a un bienestar integral. También se enfatiza la importancia de contextos y apoyos sociales adecuados para mantener la salud mental (Informe Mundial de la Salud Mental, Organización Mundial de la Salud, 2022).

Podemos dividir la actividad psíquica del ser humano en distintos aspectos:

- **Aspectos afectivos.** Está constituido por el estado de ánimo, los impulsos, los sentimientos y las emociones. De ahí derivan elaboraciones más complejas, como la autoestima y la empatía.
- **Aspectos cognitivos.** Representan el conjunto de funciones neuropsicológicas — atención, memoria, lenguaje, reconocimiento de las percepciones o funciones gnósticas— que permiten el uso de la información y son el sustrato de abstracciones más complejas, como el autoconcepto o las atribuciones.
- **Aspectos ejecutivos.** En este grupo se incluye la planificación, la selección de estrategias, el inicio de la acción y la regulación de los actos. Los aspectos ejecutivos condicionan el autocontrol y la interacción.

- **Aspectos metapsicológicos.** Hacen referencia al conjunto de procesos de la esfera psíquica del sujeto que están vinculados al sustrato neuropsicológico, pero que no tienen su origen en él. De hecho, lo trascienden, situándose en la dimensión espiritual del ser humano. Estos procesos son el pensamiento y la capacidad de amar.

2. CONCEPTO DE TRASTORNO MENTAL

Todos los trastornos mentales se deben en mayor o menor medida a una combinación entre predisposición genética y detonadores ambientales y sociales derivados de las experiencias y el estilo de vida. Los determinantes sociales y ambientales de la salud son aquellas circunstancias en las que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen.

La etiología del trastorno puede estar determinada por multitud de elementos, entre los que destacan los siguientes:

- factores de origen biológico: genético, neurológico, etc.;
- factores de origen ambiental: relacional, familiar, psicosocial, etc.;
- factores de origen psicológico: cognitivo, emocional, etc.

Por otro lado, son conocidos una serie de factores protectores:

- **Individuales.** Alimentación adecuada, cercanía o apego a la familia, logros escolares, autocontrol, habilidades sociales, optimismo, creencias morales, valores, autoestima.
- **Familiares.** Padres que proveen cuidado y ayuda, armonía familiar, familia segura y estable, relaciones de apoyo, normas y moral sólida en la familia, comunicación afectiva, y expresión emocional.
- **Escolares.** Sentimiento de pertenencia, clima escolar positivo, grupo de pares prosocial, colaboración y apoyo, oportunidades de éxito y reconocimiento de logros, reglas de la escuela en contra de la violencia.
- **Sociales.** Relación cercana con una persona significativa (compañero(a)/mentor), oferta de oportunidades en momentos críticos o en cambios importantes, seguridad económica, buena salud física, acceso al mercado laboral, vivienda digna.

Factores de riesgo

- **Individuales.** Componentes genéticos, daño cerebral prenatal, nacimiento prematuro, daño al nacer, desnutrición al nacer, discapacidad física e intelectual, salud deficiente en la infancia, falta de vínculos afectivos estables, enfermedad crónica, habilidades sociales deficientes, autoestima baja, aislamiento, impulsividad.

- **Familiares.** Madre adolescente, padre o madre solteros, familia numerosa, modelos con rol antisocial, violencia familiar, familia disfuncional, divorcio o separación, negligencia con el cuidado del niño, experiencias de rechazo; padres en situación de desempleo prolongado, abuso de sustancias y/o con problemas mentales.
- **Escolares.** Peleas/riñas, carencia de vínculos afectivos en la escuela (amigos y maestros), manejo inadecuado de la conducta, fracaso o deserción escolar, cambios de escuela, relaciones insatisfactorias, falta de expectativas, expectativas falsas.
- **Sociales.** Desventaja socioeconómica, discriminación social y cultural, violencia y criminalidad en la zona de vivienda, condiciones inadecuadas de la vivienda, falta de servicios de apoyo como transporte y lugares de recreo, aislamiento social.
- **Eventos.** Abuso físico, sexual y emocional, muerte de un familiar, enfermedad, desempleo, falta de hogar, encarcelamiento, pobreza, accidentes de trabajo, responsabilidad en el cuidado de un enfermo o discapacitado, guerra, violencia o desastres naturales.

3. CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DE LOS TRASTORNOS MENTALES

Uno de los avances más importantes de la psiquiatría moderna ha sido establecer criterios clínicos precisos para definir los lineamientos de diagnóstico para los trastornos mentales, con base en valoraciones clínicas. Si bien no existen estudios de laboratorio o gabinete capaces de definir o diagnosticar completamente ningún trastorno mental, éstos suelen usarse en algunos casos para confirmar el diagnóstico o para descartar otros posibles padecimientos por comorbilidad, es decir, la presencia de dos o más enfermedades al mismo tiempo.

3.1. CLASIFICACIÓN INTERNACIONAL DE ENFERMEDADES

La Clasificación Internacional de Enfermedades de la OMS-CIE 10 (OMS, 2011) establece criterios diagnósticos para los trastornos mentales y del comportamiento en el capítulo V (F00-F99). Según ella los trastornos mentales y del comportamiento se caracterizan por una combinación de alteraciones en el pensamiento, las emociones, el comportamiento y las relaciones con los demás. No necesariamente se corresponden con una enfermedad en el sentido tradicional, pero pueden causar discapacidad, sufrimiento o dificultades en la vida diaria.

Las características principales de los trastornos mentales según la CIE son:

- Alteraciones en la cognición, la emoción o la conducta que se consideran clínicamente significativas.

- Deterioro en el funcionamiento personal, social o laboral.
- Causas múltiples, incluyendo factores biológicos, psicológicos y sociales.
- Criterios específicos para cada trastorno, basados en síntomas y duración.

Las categorías dentro de la CIE incluyen:

- Trastornos mentales orgánicos (F00-F09), como la demencia.
- Trastornos relacionados con el consumo de sustancias (F10-F19).
- Esquizofrenia y trastornos psicóticos (F20-F29).
- Trastornos del estado de ánimo (F30-F39), como la depresión y el trastorno bipolar.
- Trastornos neuróticos y del estrés (F40-F48), como la ansiedad y el trastorno obsesivo-compulsivo.
- Trastornos del desarrollo y del comportamiento en la infancia (F80-F98).

En cuanto a los trastornos adictivos, la CIE-11 los caracteriza como un patrón de consumo de sustancias psicoactivas que provoca un deterioro significativo en la salud física o mental de la persona, o que resulta en comportamientos perjudiciales para la salud de otros. Este patrón puede ser continuo o episódico. La dependencia de sustancias se define como un trastorno en la regulación del uso de una sustancia psicoactiva, manifestado por al menos dos de los siguientes criterios:

- Fuerte deseo o compulsión para consumir la sustancia.
- Dificultades para controlar el consumo, en términos de inicio, finalización o cantidad utilizada.
- Síndrome de abstinencia al reducir o cesar el consumo, o uso de la sustancia para aliviar o evitar dichos síntomas.
- Evidencia de tolerancia, necesitando dosis mayores para lograr el mismo efecto.
- Descuido de actividades y obligaciones en favor del consumo de la sustancia.
- Persistencia en el uso a pesar de las consecuencias negativas evidentes.

Además, la CIE-11 introduce la categoría de “episodio único de uso nocivo”, destinada a identificar casos donde un solo episodio de consumo ha causado daño clínicamente significativo a la salud, sin que se cumplan los criterios de dependencia o patrón de uso nocivo. Esta categoría es especialmente útil en entornos de atención primaria y servicios de emergencia.

3.2. MANUAL DIAGNÓSTICO Y ESTADÍSTICO

El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5) de la Asociación Estadounidense de Psiquiatría (APA, 2015), define el trastorno mental como “Un síndrome caracterizado por una alteración clínicamente significativa en la cognición, la regulación emocional o el comportamiento de un individuo, que refleja una disfunción en los procesos psicológicos, biológicos o del desarrollo que subyacen en su funcionamiento mental. Los trastornos mentales suelen estar asociados con un malestar significativo o con una discapacidad en las actividades sociales, laborales u otras actividades importantes.”

Elementos clave de la definición del DSM-5 son:

- Síndrome o patrón clínico: No se trata de una simple reacción esperada a un evento.
- Alteración en la cognición, la emoción o el comportamiento.
- Deterioro significativo en la vida social, laboral o personal.
- Base en disfunciones psicológicas, biológicas o del desarrollo.

No es únicamente una respuesta culturalmente aceptada a situaciones como la muerte de un ser querido. No es causado exclusivamente por conflictos entre el individuo y la sociedad, como en el caso de conductas delictivas o rebeldes sin otro componente clínico.

El DSM-5 clasifica los trastornos mentales en diversas categorías, como:

- Trastornos del neurodesarrollo (ej. autismo, TDAH).
- Espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos.
- Trastornos del estado de ánimo (depresión, bipolaridad).
- Trastornos de ansiedad y obsesivo-compulsivos.
- Trastornos relacionados con el trauma y el estrés.
- Trastornos de la personalidad, entre otros.

En cuanto a los criterios diagnósticos para TUS, el DSM-5) los define como:

- Pérdida de control sobre el consumo (uso en cantidades mayores o por más tiempo del previsto).
- Deseo persistente o esfuerzos infructuosos por reducir el consumo.
- Inversión de tiempo considerable en conseguir, usar o recuperarse de los efectos de la sustancia.
- Ansias intensas o deseo de consumir la sustancia (craving).
- Deterioro en el cumplimiento de responsabilidades en el trabajo, escuela o casa.
- Uso continuo a pesar de problemas sociales o interpersonales causados por la sustancia.

- Reducción de actividades importantes debido al consumo.
- Consumo en situaciones peligrosas.
- Uso continuado a pesar de conocer los efectos negativos en la salud física o mental.
- Tolerancia (necesidad de mayores cantidades para lograr el efecto deseado).
- Síntomas de abstinencia al dejar de consumir la sustancia.

Y aporta una clasificación de la gravedad: Leve: 2-3 criterios cumplidos. Moderado: 4-5 criterios cumplidos. Grave: 6 o más criterios cumplidos.

La relación entre la CIE y el DSM en la definición de trastorno mental pasa por:

Coincidencia en la conceptualización de los trastornos mentales

- Ambos manuales describen los trastornos mentales como síndromes clínicamente significativos que afectan la cognición, la emoción y/o el comportamiento.
- Ambos enfatizan que los trastornos deben provocar discapacidad o malestar significativo en la vida de la persona.

Diferencias en su propósito y alcance

- CIE-10: Es un sistema de clasificación global desarrollado por la OMS, utilizado en muchos países para el diagnóstico clínico, la investigación y las estadísticas en salud pública. Incluye enfermedades médicas y trastornos mentales en un solo sistema.
- DSM-5: Es desarrollado por la Asociación Americana de Psiquiatría (APA) y está más orientado a la práctica clínica psiquiátrica en países como Estados Unidos. Proporciona criterios más detallados para cada trastorno.

Compatibilidad entre ambos sistemas

- Aunque la CIE-10 y el DSM-5 no son idénticos, sus categorías y criterios diagnósticos son muy similares y están diseñados para ser compatibles.
- En la práctica, muchos profesionales de la salud mental utilizan ambos sistemas de manera complementaria.

4. PREVALENCIA DE LOS TRASTORNOS MENTALES

La salud mental es un componente esencial del bienestar de la población mundial y ha ganado atención significativa en la agenda global en los últimos años. Según el Informe Mundial sobre la Salud Mental (OMS, 2022), aproximadamente una de cada ocho personas en el mundo padece algún tipo de trastorno mental. Los trastornos más comunes incluyen

la ansiedad y la depresión. La pandemia de COVID-19 ha tenido un impacto significativo en la salud mental global. Estimaciones iniciales indican que en 2020 hubo un aumento del 26% en los casos de ansiedad y un 28% en los de depresión grave en comparación con años anteriores. Casi un millón de personas se suicidan al año, lo que representa más muertes que las producidas por las guerras y los desastres naturales. Aproximadamente la mitad de la población mundial podría desarrollar algún trastorno mental a lo largo de su vida.

El Informe expone que:

- La prevalencia a lo largo de la vida de cualquier trastorno mental es del 28,6% en hombres y del 29,8% en mujeres.
- El riesgo de desarrollar un trastorno mental a los 75 años es de aproximadamente uno de cada dos individuos.
- La incidencia máxima de estos trastornos se produce alrededor de los 15 años.
- Los trastornos del ánimo, como la depresión y la ansiedad, son los más comunes en la población.
- De acuerdo con el género, los problemas de salud mental más frecuentes en mujeres son la depresión, la fobia específica y el trastorno de estrés postraumático.
- En hombres, los problemas más frecuentes son el abuso de alcohol, la depresión y la fobia específica.

(INFOCOP, 2024)

La OMS (2022) menciona que el 15% de la carga económica mundial por enfermedad y el 33% de los años vividos con discapacidad son atribuibles a los trastornos mentales. La depresión, los problemas asociados al consumo de alcohol, la esquizofrenia y el trastorno bipolar están entre las seis causas principales de discapacidad, con una tendencia al alza. Para el 2030 la depresión será la segunda causa de disminución de años de vida saludable a escala mundial y la primera en los países desarrollados. A pesar de la alta prevalencia de los trastornos mentales, la mayoría de las personas afectadas no tienen acceso a una atención eficaz. Factores como el estigma, la discriminación y la falta de recursos adecuados contribuyen a esta brecha en el tratamiento

La ONU (2015) reconoció la creciente importancia de la salud mental como un asunto de interés público, al incluirla en los Objetivos Globales del Desarrollo Sostenible, ODS. El objetivo 3, busca garantizar una vida saludable para promover el bienestar en todas las edades y destaca el compromiso de trabajar en la prevención y tratamiento de enfermedades no transmisibles, incluyendo los trastornos conductuales, neurológicos y del desarrollo humano. Se pretende para 2030 reducir en un tercio la mortalidad prematura y fortalecer la prevención y tratamiento del abuso de sustancias adictivas y el consumo nocivo de alcohol.

Los trastornos mentales con mayor prevalencia son (OMS, 2019):

- Trastornos de ansiedad: 301 millones de personas sufrían un trastorno de ansiedad, entre ellos 58 millones de niños y adolescentes.
- Depresión: 280 millones de personas padecían depresión, entre ellos 23 millones de niños y adolescentes.
- Trastorno bipolar: 40 millones de personas padecían trastorno bipolar.
- Esquizofrenia: 24 millones de personas, es decir, a una de cada 300 personas.
- Trastornos del comportamiento alimentario: 14 millones de personas padecían trastornos alimentarios, de los que casi 3 millones eran niños y adolescentes.
- Trastornos de comportamiento disruptivo y disocial: En 2019, 40 millones de personas, incluidos niños y adolescentes, sufrían un trastorno de comportamiento disocial.
- Trastorno de estrés postraumático: La prevalencia del trastorno de estrés postraumático y otros trastornos mentales es alta en entornos afectados por conflictos

5. PREVALENCIA DE LA CONCURRENCIA DE TRASTORNOS ADICTIVOS Y OTROS TRASTORNOS MENTALES.

En medicina, el término “comorbilidad” se refiere a enfermedades y/o a diversos trastornos que se añaden a la enfermedad inicial. Estas enfermedades “secundarias” pueden deberse directamente a la primera o, por el contrario, no tener ninguna conexión aparente con ella. En psicología, el término se aplica cuando se emiten múltiples diagnósticos para el mismo individuo. El paciente puede no tener, así, una sola enfermedad mental. La complejidad de estos casos, impide hacer un diagnóstico simple. Cuando dos trastornos o enfermedades ocurren en la misma persona, simultánea o secuencialmente, se describen como comórbidas. La comorbilidad también implica interacciones entre las enfermedades que afectan el curso y el pronóstico de ambas.

La OMS define la comorbilidad o diagnóstico dual como la coexistencia en el mismo individuo de un trastorno inducido por el consumo de una sustancia psicoactiva y de un trastorno psiquiátrico. De conformidad con la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (ONUDD), una persona con diagnóstico dual es una persona a la que se le ha diagnosticado un problema por el consumo abusivo de alcohol o drogas además de otro tipo de diagnóstico, normalmente de carácter psiquiátrico, por ejemplo, trastornos del estado de ánimo o esquizofrenia. En otras palabras, la comorbilidad en este contexto se refiere a la coexistencia temporal de dos o más trastornos psiquiátricos o de personalidad, uno de los cuales se deriva del consumo problemático de sustancias (Comorbilidad psiquiátrica en adicciones. Guías clínicas basadas en la evidencia científica. Socidrogalcohol 2017).

Desde hace años se ha venido extendiendo el término “patología dual” para referirse a la comorbilidad psiquiátrica con TUS, aunque no representa por sí misma una entidad nosológica ya que no es reconocida como tal por las clasificaciones internacionales, pero puede servir para establecer un lenguaje común, y su utilización se ha ido universalizando. Patología dual sería la denominación aplicada, en el campo de la salud mental, a aquellas personas que sufren de forma simultánea o a lo largo del ciclo vital de una adicción y otro trastorno mental. No obstante, en los países de habla inglesa prefieren denominarla como “trastornos concurrentes”.

La concurrencia de TUS y de otros trastornos mentales (OTM) es poco conocida en su conjunto. Se sabe que tiene una elevada prevalencia, aunque no conocida con precisión: los estudios dan cifras dispares, según método diagnóstico, o si se trata de población general o en tratamiento. La importancia de esta comorbilidad radica no solo en esta alta prevalencia, sino también en su gravedad clínica y social, y su difícil manejo. Además, su abordaje se hace en la mayoría de las ocasiones desde diferentes redes asistenciales (específica de adicciones y de salud mental), que presentan gran variabilidad. Y aunque es importante coordinar estrategias para la detección y el correcto tratamiento de pacientes con estos trastornos comórbidos, lo cierto es que sigue siendo un reto para los sistemas nacionales de salud el conocer con la mayor concreción posible a qué se tiene que dar respuesta (Fernández-Miranda et al, 2023).

Se estima que más de un tercio de las personas diagnosticadas de un trastorno mental abusa o es dependiente de sustancias psicoactivas, especialmente el alcohol, y entre los pacientes dependientes de sustancias al menos un porcentaje semejante presenta otros trastornos mentales. La prevalencia de la comorbilidad difiere entre la población general y la que está en tratamiento, siendo más elevada en esta última. Numerosos estudios señalan las altas tasas de diagnóstico dual en los pacientes en tratamiento en las redes de salud mental y de adicciones.

Resultados resumidos de estudios Trastorno mental vs TUS y TUS vs Trastorno mental.

Trastorno primario	Prevalencia comorbilidad con TUS
Esquizofrenia	47%
T Bipolar tipo I	61 %
T Afectivos (gen.)	32%
T ansiedad	23,7%
Trastorno Personalidad	Hasta 83,6%

Trastorno primario	Prevalencia comorbilidad con otro TM
Dependencia drogas (no alcohol)	53,1%
Dependencia de alcohol	36,6%
Dependencia cocaína	76,1%
Dependencia opiáceos	65,2%
Dependencia de cannabis	50,1 %

(Guía Socidrogalcohol, 2017)

En España, aunque ya desde finales de los años noventa se han publicado estudios sobre la concurrencia de TUS y OTM, estos están realizados en general sobre poblaciones en tratamiento, con diagnósticos en casi todos ellos muy delimitados, y en concretas Comunidades Autónomas (CCAA), con diferentes modelos de atención. Un estudio observacional, transversal, multicéntrico, con una muestra aleatorizada en España para conocer la prevalencia de esta comorbilidad tanto en las redes de tratamiento de las adicciones como en las de salud mental muestra una importante concurrencia de diagnósticos de TUS y OTM. Se encontró una elevada prevalencia de OTM en aquellos en tratamiento en redes de adicciones por su TUS (71%) y también tanto de diagnósticos de T.U. de cualquier sustancia (68,9%) como de consumo activo de sustancias (50%, exceptuando tabaco) en las personas en tratamiento por diagnósticos de OTM en redes de salud mental. Y, además, relaciones significativas entre la adicción a determinadas sustancias y trastornos mentales concretos: trastorno de personalidad con todos los TUS; trastornos psicóticos con trastorno por uso de cannabis, pero no de cocaína; trastornos afectivos con trastornos por consumo de cocaína, y trastorno de ansiedad con trastorno por uso de cannabis (Encuesta Nacional sobre la concurrencia de trastorno por consumo de sustancias y de otro trastorno mental en personas en tratamiento por alguno de ellos en España, 2020).

Aunque en los últimos años se han llevado a cabo varios estudios que han comenzado a explorar las diferencias de género en el tratamiento de la comorbilidad de TUS con otros trastornos mentales, los resultados distan mucho de ser concluyentes dada la escasez de investigaciones, que puede estar mediatizada por la dificultad existente de conseguir muestras suficientemente importantes que permitan un mínimo de representatividad. Por otro lado, la menor proporción de mujeres consumidoras que acuden a tratamiento dificulta el conocimiento de esta realidad. Es una situación en la que la Estrategia nacional sobre adicciones en España coloca el foco de atención (Estrategia Nacional sobre Adicciones 2017-2024).

Los estudios indican que en general las mujeres presentan más trastornos afectivos, ansiedad y síntomas depresivos y también más problemas para adaptarse a la vida cotidiana que los hombres, iniciando el consumo de alcohol más tarde que ellos, teniendo significa-

tivamente más edad cuando el patrón de consumo se convierte en problemático. Se da una mayor presencia de sintomatología ansiosa-depresiva y de trastornos de personalidad del clúster C (ansioso-temeroso) en la mujer. Además, informan más problemas relacionados con la familia, la vida social y la salud mental y física, mientras que los hombres informan sobre una mayor criminalidad y por tanto problemas legales, además de problemas financieros, así como de mayor uso de benzodiacepinas automedicadas. Por tanto, parece que hay un perfil claramente diferenciador en función del género.

Respecto al uso de sustancias en mujeres con comorbilidad, las mujeres tienen diagnosticados con menor frecuencia trastornos por consumo de cannabis, opiáceos y, sobre todo, cocaína, y presentaron menos trastornos psicóticos y más trastornos afectivos, de ansiedad, del sueño y de la alimentación, siendo el resto igual, incluidos los trastornos de personalidad. Las mujeres tenían menos tratamientos con agonistas y más con antagonistas, y más prescripciones de ansiolíticos y antidepresivos. La menor relación con el consumo problemático de opioides y cannabis por parte de las mujeres es un hecho que no es fácil de explicar. (Díaz-Fernández et al, 2023).

La depresión puede ser un factor importante durante el abordaje de los TUS porque podría estar relacionada con los resultados generales del tratamiento y el cumplimiento terapéutico y también con la conducta suicida; además, las mujeres con TUS y TM se relacionan con un mayor craving que en hombres (lo que puede llevar a una recaída), se han sugerido diferencias en relación a la mayor presencia de síntomas psicóticos en hombres que en mujeres.

6. SUICIDIO Y TUS

La prevalencia de la conducta suicida entre los consumidores de drogas de abuso es más elevada que entre la población general, e incluso entre los que no son consumidores habituales una intoxicación aguda por sustancias puede incrementar la impulsividad facilitando la conducta suicida e incluso completar el suicidio según los riesgos individuales. En general, las personas con TUS tienen 10 veces más probabilidades de fallecer por suicidio. Las personas mayores de 18 años con abuso de sustancias tienen 4 veces más pensamientos graves alrededor del suicidio que los no consumidores.

La presencia de un trastorno por consumo de alcohol se confirma como un factor de riesgo para el suicidio completado, así como para el intento de suicidio. El uso de alcohol en el momento del intento de suicidio se asocia con métodos de bajo riesgo. El uso de otras sustancias como desencadenante de la conducta suicida se destaca en estudios recientes, pero las circunstancias que conducen al acto suicida y la influencia directa de sustancias en el comportamiento suicida necesitan ser estudiadas con más detalle. El uso de inhalan-

tes y el uso de cocaína están particularmente asociados con el comportamiento suicida. Los jóvenes con comportamientos de riesgo múltiples, como el consumo de sustancias y comportamientos sexuales de riesgo, corren un alto riesgo de comportamiento suicida. Por otro lado, la comorbilidad psiquiátrica con el uso de sustancias aumenta el riesgo de comportamiento suicida.

El alcohol está implicado en gran medida en los riesgos de suicidio. La prevalencia de suicidio en personas con dependencia del alcohol oscila entre el 7% y el 15%, además los estudios de autopsia psicológica postmortem demostraron trastornos por consumo de alcohol en el 25% y el 35% de las víctimas de suicidio. El alcohol se detectó en la sangre de 20% a 48% de los que completaron el suicidio en diferentes muestras de América y Europa.

Según los Centros para el Control y Prevención de Enfermedades (CDC), en promedio, el número de suicidios verdaderamente atribuibles al alcohol cada año en el período 2001-2005 fue del 23% (Guía clínica Socidrogalcohol, 2019).

Suicidio y TUS

Sustancia	SMR	95% CI
Policonsumo	16.85	14.73 – 19.20
Uso de drogas iv	13.73	10.29 – 17.96
Opiáceos	13.51	10.47 – 17.15
Alcohol	9.79	8.98 – 10.65

Consumo de sustancias y riesgo suicida (Socidrogalcohol, 2019)

- **Efecto agudo de consumo sobre humor / procesos cognitivos / impulsividad**
- Especial riesgo en “binge-drinking” en población joven
- “Crash” y consumo de cocaína
- **Efecto a medio-largo plazo:**
- Impulsividad / Agresividad
- Depresión y otros TM
- Desesperanza
- Efectos sobre salud somática
- Afectación de esfera social
- **Baja adherencia terapéutica (tratamientos / seguimiento)**

7. ESTIGMA Y DISCRIMINACIÓN EN PERSONAS CON TUS+OTM

Existe una creencia extendida en la sociedad de que no es posible tratar los trastornos mentales o de que las personas que los padecen son difíciles, poco inteligentes o incapaces de tomar decisiones. Esta ignorancia y estigmatización puede dar lugar a malos tratos, rechazo y aislamiento, y pueden disuadir a las personas afectadas de recurrir a los servicios de salud apropiados. En la mayoría de los países, las denuncias de violación a los derechos humanos de las personas con discapacidad mental son frecuentes. Dichas violaciones incluyen la coerción física, la reclusión y la privación de las necesidades básicas y de la intimidad. Pocos países cuentan con marcos legales para proteger debidamente los derechos de las personas con trastornos mentales (OECD, 2014).

Los agentes implicados en los procesos de estigmatización, y con los que debemos trabajar, son la familia, los/las profesionales sanitarios/as, las personas implicadas en política tomadoras de decisiones, los/las periodistas y medios de comunicación, entre otros, que de manera directa o indirecta inciden sobre este estigma hacia las personas consumidoras de drogas. La RIOD subraya que el estigma dificulta el acceso a tratamientos, afecta la autoestima de las personas consumidoras y perpetúa la discriminación estructural (RIOD, 2019).

Se identifican tres tipos de estigma: Público (Rechazo social generalizado). Estructural (Discriminación institucional en leyes y servicios). Autoestigma (Interiorización de los prejuicios por parte de la persona afectada). Y evitación (Impacto en utilización de servicios de atención y tratamiento). Las mujeres consumidoras con otros trastornos mentales sufren un triple estigma, ya que el consumo y la enfermedad mental desafían los roles tradicionales de género. Muchas evitan pedir ayuda por miedo a perder la custodia de sus hijos o enfrentar mayor discriminación social.

En este sentido, es primordial fomentar programas de reducción del daño y campañas de sensibilización y capacitar a profesionales de salud y medios de comunicación para reducir el discurso estigmatizante. También es necesario implementar estrategias con enfoque de género y perspectiva interseccional para atender a poblaciones vulnerables:

- Familias en situación de pobreza. Mayor riesgo de depresión, trastornos de ansiedad, estrés.
- Individuos desempleados. Mayor riesgo de depresión.
- Adultos en plenitud. La edad avanzada está asociada con el riesgo de demencias; además, suelen ser víctimas de maltrato, abandono e indiferencia.
- Víctimas de violencia y abuso. Desarrollo de depresión, estrés post-traumático, drogadicción y trastorno de ansiedad.
- Población rural. Debido a una mayor prevalencia del abuso en el consumo de alcohol, embarazos adolescentes, depresión y limitaciones en el desarrollo de las funciones cerebrales superiores.

- Niños y niñas en situación de calle. Uso de drogas, violencia social, abuso sexual, prostitución y explotación. Ocasiona retraimiento emocional, ansiedad, depresión y problemas para relacionarse.
- Personas con discapacidad. Mayor riesgo de desarrollar desajustes psicosociales o experimentar desintegración familiar.
- Madres adolescentes. Falta de información sobre educación sexual y reproductiva, familias disfuncionales, consumo de drogas, etc.
- Población migrante. Víctima de discriminación, pérdida de apego familiar, estrés, pérdida de identidad, autodevaluación

8. PLAN DE ACCIÓN EN SALUD MENTAL DE LA OMS

El plan de acción 2013-2020 contemplaba seis principios y enfoques:

1. Cobertura universal. Todas las personas que padecen de algún trastorno mental deben tener acceso a servicios básicos de salud que les permitan alcanzar su recuperación y el nivel de salud más alto posible sin riesgo de empobrecerse.
2. Derechos humanos. Las acciones, estrategias e intervenciones para el tratamiento, prevención y promoción de la salud mental deben cumplir con los lineamientos de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad y con instrumentos regionales de derechos humanos.
3. Práctica basada en evidencias. Las estrategias e intervenciones para la prevención, tratamiento y promoción de la salud mental deben basarse en evidencia científica y/o mejores prácticas, considerando el contexto cultural.
4. Enfoque del ciclo vital. Las políticas públicas y servicios de salud mental deben tener en cuenta las necesidades sociales y de salud en todas las etapas de la vida.
5. Enfoque multisectorial. Se requiere de trabajo conjunto de diversos sectores como los de salud, educación, empleo, desarrollo social y justicia, además del sector privado, dependiendo de las circunstancias en cada país.
6. Empoderamiento de los pacientes. Las personas con trastornos mentales deben ser empoderadas para tomar parte en grupos de defensa, cabildeo de políticas públicas, planeación, legislación, oferta de servicios, monitoreo, investigación y evaluación de programas.

BIBLIOGRAFÍA BÁSICA

- American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. Washington, D.C. 2014.
- Benjet, C. & Scott, K. (2016). Salud Mental, vol.39 no.6, Dic 2016.
- Charlson, F., van Ommeren, M., Flaxman, A., Cornett, J., Whiteford, H. y Saxena, S. (2019). New WHO prevalence estimates of mental disorders in conflict settings: a systematic review and meta-analysis. Lancet 2019, 394:240-248
- Delegación del Gobierno para el Plan Nacional Sobre Drogas. Estrategia nacional sobre adicciones 2017-2024. Madrid, 2017.
- Díaz Fernández S, Fernandez Miranda JJ, Pascual Pastor F, López Muñoz F. Gender and addiction and other mental disorders comorbidity: sociodemographic, clinical, and treatment differences. Archives of Women's Mental Health. Published online August 2023 <https://doi.org/10.1007/s00737-023-01353-w>
- Fernández Miranda JJ, Pascual Pastor F, Díaz Fernández S, Navarro D, Manzanares J. Differences in Substance Use Disorders and Other Mental Disorders in Mental Health and Addiction Settings: Sociodemographic, Clinical, Drug Treatment, and Gender Differences. International Journal of Mental Health and Addiction 2023 <https://doi.org/10.1007/s11469-022-00989-6>
- Fernández Miranda JJ, Fontoba Díaz J, Díaz Fernández S, Pascual Pastor F. Encuesta nacional sobre la prevalencia y tratamiento de la concurrencia de trastorno por uso de sustancias y de otro trastorno mental. Ed. Socidrogalcohol y Plan Nacional sobre Drogas.: Valencia, 2020. ISBN: 978-84-949467-9-0
- INCyTU. Salud mental en México. Oficina de Información Científica y Tecnológica para el Congreso de la Unión, 07, 1-6. México DF, 2018. <https://www.foroconsultivo.org.mx/FCCyT/incytu/7.pdf>
- INFOCOP. La mitad de las personas desarrollará un trastorno mental. Consejo nacional de la Psicología de España. Madrid, 2004. https://www.infocop.es/la-mitad-de-las-personas-desarrollara-un-trastorno-mental-2/?utm_.com
- Instituto de Sanimetría y Evaluación Sanitaria. Global Health Data Exchange (GHDx). México, 2019. <https://vizhub.healthdata.org/gbd-results/>
- OCDE. Making Mental Health Count. Brussels, 2004.
- OMS. Informe Mundial de la Salud Mental. Organización Mundial de la Salud. Ginebra, 2002. <https://www.who.int/es/publications/i/item/9789240050860>

- OMS. Clasificación Internacional de Enfermedades para las Estadísticas de Mortalidad y Morbilidad. (Undécima Revisión). Organización Mundial de la Salud. Ginebra, 2011.
- ONU. Objetivos del Desarrollo Sostenible. Nueva York, 2015.
- Pascual Pastor F, Fernández Miranda JJ, Díaz Fernández S, Sala Añó C. Comorbilidad psiquiátrica en adicciones. Concepto, epidemiología y diagnóstico. Marco general de tratamiento. Guías clínicas basadas en la evidencia científica. Ed. Socidroalcohol: Valencia, 2017. ISBN 978-84-945737-2-9.
- RIOD. Estigma, consumo de drogas y adicciones. Madrid, 2016. <http://efaidnbmnnnibp-cajpcglclefindmkaj/https://riod.org/wp-content/uploads>

Financiado por:



www.riod.org



RIOD
@RIOD_oficial
@RIOD.redes
@RIOD_oficial