



¿Cuál es la relación entre enfermedad mental y el abuso de sustancias en adolescentes?

¿Qué es la enfermedad mental?

La Alianza Nacional sobre Enfermedades Mentales (NAMI) describe las enfermedades mentales como "condiciones médicas que perturban a una persona el pensar, sentir, el estado de ánimo, la capacidad para relacionarse con otros, y el funcionamiento diario," en su sitio web.¹ WebMD, un recurso en línea de información de la salud, presenta una definición similar para enfermedad mental.² Alguien que tiene una enfermedad mental sufre problemas a enfrentar a las demandas ordinarias de la vida. Es importante entender que las enfermedades mentales son trastornos biológicos que ocurren en el cerebro y no tienen nada que ver con la inteligencia o el carácter de la persona que tiene la enfermedad. Existen diferentes trastornos de gravedad, ambos a través de diferentes trastornos y dentro del mismo trastorno. Normalmente, las enfermedades mentales primero aparecen en la adolescencia y adultos jóvenes.¹

¿Qué significan los términos co-ocurrentes, comorbilidad, diagnóstico dual, y de trastorno doble?

En general, cuando alguien sufre más de una enfermedad mental se puede decir que este esta co-produciendo trastornos. Los términos "comorbilidad", "doble diagnóstico" y "trastorno doble" también se utilizan. Sin embargo, el uso de la palabra "doble" es engañoso porque la mayoría de los clientes tienen más de dos trastornos. Estos términos no son específicos y pueden ser utilizados para describir las personas que son **co-** se producen las enfermedades mentales, una enfermedad mental y una enfermedad física, y / o una enfermedad mental y un problema de abuso de sustancias. Hay una lista más completa de otros términos y abreviaturas que se utilizan listadas en las fuentes citadas para este sección.^{3,4}

A principios de los 70s el tratamiento para las personas con problemas de salud mental fue trasladado de los hospitales estatales a las clínicas de la comunidad.⁴ Como resultado, los pacientes más jóvenes recibieron atención en clínicas ambulatorias y no fueron aislados de sus compañeros. El recibir atención en la comunidad tenía muchos beneficios, incluyendo ser más conveniente y menos estigmatizante. Una de las consecuencias no deseadas es que los jóvenes con enfermedades mentales tenían más acceso al grupo de amigos que estaban exhibiendo comportamientos peligrosos como el uso de sustancias. Esto resulta en un aumento en la población de personas que tenían los dos problemas, la salud mental y el abuso de sustancias.⁴

Para aquellos que están utilizando alcohol y los que estaban usando otras drogas había instalaciones de tratamiento separadas en el abuso de sustancias los primeros años del 1990s.⁴ La utilización de instalaciones separadas para tratar el alcoholismo, era cuando se consideraba principalmente casos biológicos o genéticos y el tratamiento de las drogas. Se creía que los problemas de las drogas fueron causados porque los pacientes estaban enfrentando problemas psicológicos.⁴ Problemas de salud mental fueron tratados en sus propias instalaciones separadas y los problemas de abuso de sustancia no eran examinados ya que se pensaba que los problemas iban a terminar luego del tratamiento de salud mental.

En 1980, la tercera edición del Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales fue publicado por la Asociación Americana de Psicología.⁴ Esto abrió camino al reconocimiento de trastornos co-producidos porque el manual permitió que las personas fueran diagnosticados por trastornos múltiples, lo cual ediciones anteriores no permitía.⁴ Uno de los primeros modelos de trastornos co-producidos lo fue el modelo de la enfermedad primaria. Este modelo establece que un trastorno es la causa de todos los síntomas que se presentan en el cliente. Por lo tanto, tan solo se necesitaba proveer tratamiento para un trastorno, y todos los síntomas se aclaraban una vez se haya completado el tratamiento.

A fines del 1980, el modelo de condiciones concurrentes se había hecho popular y sugirió que los trastornos co-producidos debieran ser tratados a la misma vez.⁴ La primera versión de este modelo condujo a la elaboración de tres planes de tratamiento: el modelo secuencial, el modelo paralelo, y el modelo integrado. En el modelo secuencial se recibía todo el tratamiento de un trastorno en una instalación y luego se transfería al cliente a una segunda instalación para más tratamiento. El modelo paralelo y el modelo integrado abogaban por el tratamiento de ambos trastornos al mismo tiempo. Anteriormente el cliente se separaba de cada instalación de tratamiento para cada problema y en estos modelos el cliente va a la misma instalación para el tratamiento de ambos trastornos. Los dos primeros modelos resultaron ser ineficaces debido a que ambos trastornos deben ser tratados juntos y es difícil coordinar el tratamiento a través de diferentes instalaciones especialmente cuando había diferentes ideas acerca de cómo tratar efectivamente las condiciones.

Esta publicación fue producida por El Centro para la Juventud, Familia, y Alianza comunitaria de la UNCG ("UNCG's Center for Youth, Family, and Community Partnerships"), en asociación con la División de Salud Mental, Discapacidades del Desarrollo, y de los Servicios de Abuso de Sustancia de Carolina del Norte ("North Carolina Division of Mental Health, Developmental Disabilities, and Substance Abuse Services"), con la ayuda financiera de la Administración de Abuso de Sustancia y Servicios de Salud Mental ("Substance Abuse and Mental Health Services Administration" o SAMHSA), el centro para el tratamiento de abuso de sustancias ("Center for Substance Abuse Treatment" o CSAT), el Departamento de Salud y Servicios Humanos de ESTADOS UNIDOS ("U.S. Department of Health and Human Services") (beca número 6 J79 T117387-02-2).



¿Quién lo dice?

1. National Alliance on Mental Illness (2007). *What is mental illness: Mental illness facts*. Retrieved August 16, 2007 from [http://www.nami.org/Content/NavigationMenu/ Inform_Yourself/ About_Mental_Illness/ About_Mental_Illness.htm](http://www.nami.org/Content/NavigationMenu/Inform_Yourself/About_Mental_Illness/About_Mental_Illness.htm)

2. Chakraburty, Amal. (2007). *Mental Health: Mental Illness Basics*. Retrieved September 6, 2007 from <http://www.webmd.com/anxiety-panic/mental-illness-basics>

3. Sacks, S. & Ries, R. K. (2005). *Treatment improvement protocol (TIP) series: Substance abuse treatment for persons with co-occurring disorder Series 42*. (DHHS Publication No. (SMA) 05-3922s). Rockville, MD: U.S. DHHS.

4. Hendrickson, E. L., Schmal, M. S., & Ekleberry S. C. *Treating co-occurring disorders: A handbook for mental health and substance abuse professionals*. Binghamton, NY: The Haworth Press, Inc.

A mediados del 1990, el tratamiento integrado se había convertido en el modelo de tratamiento aceptado para tratar los trastornos co-producidos, sin embargo, se encontró que en muchas facilidades el personal no estaba realmente preparado a proporcionar ese tipo de tratamiento.⁴ Se han realizado enormes avances en este ámbito, pero muchas comunidades todavía no tienen acceso a tratamiento integrado y cuestiones relacionadas al personal no calificado, todavía persisten.⁴

¿Cuántos adolescentes tienen ambos? ¿Cuántos están recibiendo tratamiento para ambos?

Existen varias estimaciones sobre cuántos adolescentes tienen tanto un problema de abuso de sustancias como una enfermedad mental. La gama va desde del 21%⁵ al 76%⁶. Globalmente, sólo el 9.9% de las personas (adultos y adolescentes) que necesitan tratamiento para el abuso de sustancias reciben tratamiento.⁷ En 2004, un estudio fue realizado en las instalaciones que tratan a adolescentes por el abuso de sustancias. SAMHSA encontró que en el 35% de las instalaciones había grupos especiales o programas para los clientes tenían trastornos co-producidos de salud mental. También encontró que los programas que aceptan el pago del gobierno (Medicaid / Medicare) tenían más probabilidades de tener estos programas especiales.⁸

¿Esta tendencia continua en la edad adulta?

El mismo estudio que encontró que el 21% de los adolescentes tenían trastornos co-producidos, examinó también a los adultos y encontró que el 19% de los adultos tenían trastornos co-producidos.⁵ Kandel et al. (1999) informó de que el 76% de los adolescentes tenían trastornos co-producidos y encontró muy pocas diferencias significativas entre adultos y adolescentes. Encontraron que los adultos tienen tasas más elevadas de trastornos disruptivos, antisociales y el trastorno de la personalidad combinada con el abuso de sustancias en comparación a los adolescentes.⁶ Rohde y otros⁹ llevaron a cabo un estudio donde se entrevistaron adolescentes entre las edades de 14-19. Luego le dieron un seguimiento a estos mismos a lo largo de su vida hasta que llegaron a los 30 años de edad. Se encontró en los adolescentes que el uso indebido de sustancias generalmente se relacionaba a; menos años de educación, desempleo actual, la reducción de sus ingresos anuales, la participación en el comportamiento sexual riesgoso, los intentos de suicidio, la falta de habilidades de enfrentar problemas, los acontecimientos de una vida estresante, y la pobre habilidad del ajuste global del individuo. Como parte de su análisis se controló por los efectos de trastornos co-producidos en la adolescencia y encontró que todos los resultados siguen siendo significativos, excepto en lo que se refiere al comportamiento sexual arriesgado y a los acontecimientos de una vida estresante.⁹

¿Alguna de las dos, enfermedad mental o abuso de sustancias, causa la otra?

Clark y Parker (1999) examinaron la relación entre la enfermedad mental y el abuso de sustancias en los adolescentes varones. Se estudió específicamente la relación cronológica entre los inicios de cada uno. Se encontró que los trastornos antisociales tenían un promedio de inicio de 9 años, el ADHD a los 5 años, y los trastornos que afectan negativamente a los 8 años de edad. La iniciación al uso del alcohol y del cannabis fue después, con edades de 13⁸ y 14, respectivamente. También estudió los efectos de tener un padre con un problema de abuso de sustancias y se encontró que esto no afecta la edad de inicio. Los niños con un padre que abusa sustancias se clasifican con un alto riesgo (HAR) y aquellos con familia sin abuso de sustancias se clasificaron bajo un bajo promedio de riesgo (LAR). Debido a la naturaleza de correlación del estudio, la causalidad no puede ser asumida. Sin embargo, el estudio sugiere que existe una vía desde el abuso paternal de sustancias hacia los trastornos en la infancia, luego el uso de sustancias en la adolescencia y problemas adicionales más tarde.¹⁰ Hay una falta de investigación que buscan de una misma manera el mecanismo específico de cómo el abuso de sustancias y la enfermedad mental interactúan en lo que se refiere a la causalidad en las niñas adolescentes.

¿Qué es lo que necesitan los adolescentes con desórdenes SA y MH?

Los adolescentes con problemas SA y MH necesitan tratamiento integrado. Tenemos que aumentar el número de proveedores de servicios que pueden proporcionar tratamiento para el abuso de sustancias tanto como los problemas de salud mental. Por el momento, tenemos que crear asociaciones más fuertes que colaboran en Abuso de Sustancias y Salud Mental para darle frente a la necesidad actual.

5. SAMHSA (December 23, 2005). *The DASIS report: Adolescents with co-occurring psychiatric disorders: 2003*. Retrieved August 16, 2007 from <http://oas.samhsa.gov/2k5/youthMH/youthMH.htm>.

6. Kandel, D. B., Johnson, J. G., Bird, H. R., Weissman, M. M., Goodman, S. H., Lahey, B. B., Regier, D. A., & Schwab-Stone, M. E. (1999). Psychiatric comorbidity among adolescents with substance use disorders: findings from the MECA study. (Methods for the Epidemiology of Child and Adolescent Mental Disorders). *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 38(6), 693-700.

7. SAMHSA (2005). *Overview of findings from the 2004 national survey on drug use and health* (DHHS Publication No. SMA 05-4061). Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services. Retrieved August 17, 2007 from <http://oas.samhsa.gov/2k4/2k4overview/2k4overview.htm>.

8. SAMHSA (2006). *The DASIS report: Facilities offering special programs or groups for clients with co-occurring disorders: 2004*. Retrieved August 16, 2007 from <http://oas.samhsa.gov/2k6/DualTX/DualTX.htm>.

9. Rohde, P., Lewinsohn, P. M., Seeley, J. R., Klein, D. N., Andrews, J. A., & Small, J. W. (2007). Psychosocial functioning of adults who experienced substance use disorders as adolescents. *Psychology of Addictive Behaviors*, 21(2), 155-164.

10. Clark, D. B. & Parker, A. M. (1999). Psychopathology and substance-related problems during early adolescence: A survival analysis. *Journal of Clinical Child Psychology*, 28(3), 333-341.

NC DHHS
DMH/DD/SAS
Community Policy Management
Substance Abuse Services
3005 Mail Service Center
Raleigh, NC 27699-3005
919-733-4670
919-733-4556 (fax)

Escrito por Megan Smell; actualizado en septiembre 2007.

Las Hojas Informativas sobre el Abuso de Sustancias para el Adolescente están diseñadas a proveer respuestas rápidas y de un vistazo a preguntas comunes sobre el abuso de sustancias por los adolescentes. Le exhortamos a que reproduzca este material si lo desea. Sin embargo, copias de este producto no pueden ser vendidas.