

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO**  
**FACULTAD DE MEDICINA, DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO**  
**HOSPITAL PSIQUIÁTRICO INFANTIL “DR. JUAN N. NAVARRO”**



**TESIS:**

Descripción de las variables clínicas y demográficas de los adolescentes con diagnóstico de patología dual atendidos en el servicio de consulta externa del Hospital Psiquiátrico Infantil “Dr. Juan N. Navarro”.

**QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA  
EN PSIQUIATRÍA INFANTIL Y DE LA ADOLESCENCIA PRESENTA:**

Karen Estibalis Gómez Sosa

**ASESOR METODOLÓGICO:**

---

Dra. Patricia Zavaleta Ramírez.

**ASESOR TEÓRICO:**

---

Dr. Emmanuel Isaías Sarmiento  
Hernández

**CIUDAD DE MÉXICO, JUNIO 2022.**



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

## HOJA DE DATOS

**Nombre del Alumno autor del trabajo de Tesis:**

Karen Estibalis Gómez Sosa

Correo electrónico: melora\_chevelle@hotmail.com

**Nombre del Tutor(a):**

Dr. Emmanuel Isaías Sarmiento Hernández

Correo electrónico: emmanuelarmiento@hotmail.com

Institución donde labora: Hospital Psiquiátrico Infantil “Dr. Juan N. Navarro”.

**Nombre de los asesores:**

Dra. Patricia Zavaleta Ramírez

Correo electrónico: zavaletarp@gmail.com

Institución donde labora: Hospital Psiquiátrico Infantil “Dr. Juan N. Navarro”.

## RESUMEN

**Introducción.** La patología dual en adolescentes se asocia con altos niveles de disfunción social y académica, difícil manejo terapéutico, problemas legales, conducta agresiva, mayor riesgo de suicidio y muerte por violencia o accidentes. Debido a las repercusiones en el individuo, su entorno y la sociedad, es de suma importancia el identificar los factores de riesgo en esta población para contar con datos que permitan generar estrategias de atención oportuna en materia de prevención, detección y tratamiento integral. **Objetivo.** Analizar las variables clínicas y demográficas de los adolescentes con diagnóstico de patología dual atendidos en el servicio de consulta externa del HPIJNN y comparar las características clínicas y demográficas, sustancia consumida y riesgo del consumo entre pacientes del sexo masculino y femenino. **Metodología.** Estudio transversal, muestreo por conveniencia basado en la población con patología dual que acudió a consulta externa del HPIJNN en el periodo correspondiente. Se obtuvieron los datos demográficos y se aplicaron los cuestionarios de ASSIST N, CADI-N y CADI-P. Se compararon grupos de pacientes de acuerdo al género, con consumo de sustancias y el riesgo a la salud. **Resultados:** De acuerdo a los autoreportes y reporte de padres, se encontró mayor diagnóstico de Trastorno depresivo mayor y Trastorno de ansiedad generalizada. Los padres reportaron mayor frecuencia de Trastorno negativista y de conducta que los autoreportes. Las sustancias de mayor riesgo fueron el tabaco, cannabis y alcohol. Los datos demográficos no mostraron diferencias significativas entre mujeres y hombres. **Conclusión:** Este es el primer estudio en evaluar las características clínicas y demográficas en población infantil mexicana con diagnóstico de patología dual. Se encontró una mayor frecuencia de trastornos internalizados en comparación con los externalizados. Las sustancias de mayor riesgo a la salud encontradas fueron tabaco, cannabis y alcohol. Los casos reportados en su mayoría fueron estudiantes, que proviene de familias biparentales, con nivel socio económico bajo. Los fármacos prescritos en la mayoría de los casos fueron los antidepresivos y antipsicóticos. Se considera importante replicar este estudio con el uso de cuestionarios heteroaplicados estandarizados y en muestras comunitarias de mayor volumen.

## ÍNDICE

1. Resumen.....	2
2. Índice .....	3
3. Introducción.....	4
4. Marco teórico (antecedentes) .....	5
5. Planteamiento del problema.....	16
6. Justificación.....	16
7. Hipótesis.....	17
8. Objetivo general y específicos.....	18
9. Material y métodos.....	18
10. Cronograma.....	22
11. Instrumentos de medición.....	22
12. Análisis de datos.....	26
13. Consideraciones éticas.....	25
14. Resultados .....	27
15. Discusión.....	34
16. Conclusión.....	37
17. Limitaciones y recomendaciones.....	38
18. Referencias.....	40
19. Anexos.....	48

## INTRODUCCIÓN

Se conoce como patología dual a la coexistencia de un trastorno por uso de sustancias (TUS) y un trastorno psiquiátrico, los cuales pueden ocurrir simultáneamente o como consecuencia de uno originando el segundo trastorno. Los trastornos mentales en personas de 10 a 19 años representan un 16% de la carga mundial de enfermedades y la mitad de ellos comienzan antes de los 14 años de edad. Los niños y adolescentes presentan mayor vulnerabilidad para el inicio del consumo de sustancias, debido a la inmadurez neuronal y la necesidad de integrarse a grupos sociales, ser aceptados y/o con fines de buscar atenuar sus síntomas psiquiátricos iniciales, favoreciendo la búsqueda de estímulos novedosos, sin sopesar los riesgos a su salud física y mental. Los trastornos psiquiátricos internalizados y externalizados favorecen el consumo de sustancias, debido a que se utilizan como una vía de escape de la realidad o como una automedicación para atenuar los síntomas psiquiátricos, promoviendo la persistencia del consumo, búsqueda de nuevas sustancias y retrasando en el inicio de un tratamiento especializado. La patología dual en los adolescentes se asocia a peor pronóstico, mayor índice de recaída, dificultad en el tratamiento, incremento del riesgo suicida, conducta delictiva, abandono escolar, accidentes, conductas sexuales de riesgo y muerte a temprana edad.

Algunos factores que se han identificado como favorecedores de la presencia de patología dual en niños y adolescentes, son: el nivel socio económico, la disfunción familiar y falta de supervisión, la presencia de un familiar consumidor, el desempleo, la deserción escolar y el fácil acceso a las sustancias.

En México, no existen estudios que describan los factores de riesgo asociados a la patología dual en adolescentes y no se cuentan con estadísticas recientes. El conocimiento de dichos factores permitirá generar estrategias de prevención, detección y tratamiento integral para evitar la progresión de los síntomas, minimizar los riesgos y las consecuencias a la salud del individuo y su entorno.

## MARCO TEÓRICO

La adolescencia es un periodo crítico y formativo, en el cual los individuos inician una transición de la niñez a la edad adulta, con una búsqueda constante de consolidación de identidad, independencia y estímulos novedosos. (1) (2)

Los adolescentes son altamente motivados para buscar recompensas placenteras y evitar el dolor. Sin embargo, su juicio y las habilidades para la toma de decisiones aún se encuentran en desarrollo, afectando su capacidad para sopesar los riesgos con precisión. (3)

El uso de sustancias como el tabaco, alcohol, cannabis, anfetaminas, cocaína, inhalantes y otras, son algunas de las conductas de alto riesgo que se han asociado a la adolescencia.(4) (5)

Los trastornos mentales en personas de 10 a 19 años representan un 16% de la carga mundial de enfermedades y la mitad de ellos comienzan antes de los 14 años de edad. Se estima que cerca de 1 de cada 5 adolescentes, experimentaran un desorden mental cada año. (1)

En México, de acuerdo con los datos de la ENADID 2018, se ha observado un incremento en el número de adolescentes con problemas mentales, incluidos los trastornos por consumo de sustancias (TUS), lo cual representa un problema de salud significativa, así como una carga social y económica importante.

Los TUS, se originan a partir de la interrelación de factores del individuo y del ambiente que favorecen el inicio, la persistencia y la severidad del trastorno. Se

han dado tres posiciones complementarias para el consumo de drogas. La primera, es la reacción y rechazo a un mundo adulto conservador. La segunda, es de frustración y huida de una realidad insatisfactoria; la tercera, es la dificultad de una juventud ociosa por encontrar caminos de realización válidos en una sociedad de consumo indiscriminado. (9)

En México, de acuerdo con la Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco 2016-2017(ENCODAT 2016), estima que la prevalencia de consumo de tabaco, alcohol y drogas médicas e ilegales en poblaciones de personas con edad entre 12 a 65 años, muestra un incremento en el consumo de marihuana, tanto en hombres como en mujeres. En relación con el 2011, el consumo de sustancias en adolescentes incrementó, en particular de marihuana; se estima que en la población adolescente entre 12 a 17 años, el 6.4% ha consumido cualquier droga alguna vez en su vida, el 3.1% lo ha hecho en el último año y 1.2% en el último mes. El 5.3 % ha consumido marihuana, el 1.1% cocaína, el 1.3% inhalantes. (11)

Esta prevalencia en aumento se explica debido a que las sustancias adictivas (sustancias controladas o sustancias ilícitas), alteran físicamente la estructura del cerebro, aumentan el nivel de la dopamina química en los circuitos cerebrales, que controlan la recompensa y el placer. La "euforia" producida por las drogas de abuso, representa una inundación de los circuitos de recompensa del cerebro con mucha más dopamina de la que generan las recompensas naturales. No todos los jóvenes corren el mismo riesgo para desarrollar una adicción, varios factores, incluidas las predisposiciones heredadas y las experiencias adversas en los primeros años de vida, hacen que sea más probable la presencia de trastornos



mentales, la automedicación y el desarrollar un trastorno por consumo de sustancias. (3)

El Centro Nacional sobre Adicciones y Abuso de Sustancias de la Universidad de Columbia, declaró explícitamente que el abuso de sustancias en los adolescentes, es el problema de salud pública número uno de los Estados Unidos. Mencionan que aproximadamente el 75% de los adolescentes con trastorno por uso de sustancias, también tienen una enfermedad mental comórbida o concurrente. (10)

Los estudios epidemiológicos en población adolescente, estiman que la prevalencia de los TUS y otro trastorno mental o patología dual, es del 20 al 50%. De los adolescentes que inicia tratamiento por TUS, reflejan que entre el 60 y el 88% de los casos presentan al menos otro diagnóstico psiquiátrico comórbido. Esto significa que la gran mayoría de los adolescentes con TUS, requieren manejo de dos patologías simultáneamente. (7)(8)

La Sociedad Española define a la patología dual como “una enfermedad que designa la existencia simultánea de un trastorno adictivo y otro trastorno mental o la intersección de ambas disfunciones”. En otros términos, se le conoce como, la existencia conjunta de un trastorno psiquiátrico y un trastorno por uso de sustancias, entendidos como dos entidades nosológicas independientes que ocurren simultáneamente. (12)

Existen diversos modelos de patología dual. El primero habla de que la patología psiquiátrica primaria tiene como consecuencia el subsecuente uso de sustancias. La segunda habla de que el consumo es primario y en consecuencia, se genera la

patología psiquiátrica. El tercero habla del consumo y la patología psiquiátrica como independientes. (13)

La coexistencia de un trastorno por uso de sustancias y otro desorden psiquiátrico, son mutuamente perjudiciales, incrementado la posibilidad de pobre respuesta al tratamiento, mayor riesgo de hospitalización, retraso en la remisión de los síntomas, incremento del riesgo suicida, abandono de tratamiento, recaídas, conductas sexuales de riesgo, violencia, conducta delictiva, problemas de ajuste social, muerte prematura etc. Estos desordenes, también son la primera causa de mortalidad y morbilidad en la población adolescente por complicaciones médicas. La teoría de automedicación de Khantzian, revela que los efectos de las sustancias, son buscados por los usuarios para atenuar síntomas emocionales y mentales, lo que conlleva a un riesgo sustancial de un trastorno por uso de sustancias y patología dual. (14)

Existen factores de riesgo genéticos, epigenéticos, neurobiológicos, psicopatológicos, que aportan mayor vulnerabilidad a un individuo de desarrollar un consumo de sustancias problemático. Algunos estudios, han reportado que las personas con trastornos externalizados tienen mayor riesgo de desarrollar algún trastorno por uso de sustancia, siendo más prevalente en hombres que en mujeres. Dichos trastornos se inician a edades muy tempranas y suelen ocurrir antes que el TUS, sugiriendo que existe una causalidad directa.

En la literatura se mencionan diversos resultados respecto a la relación de los trastornos internalizados y externalizados con el consumo de sustancias. En estudios genéticos de la conducta, se reportó mayor vulnerabilidad de desarrollar

un trastorno por uso de sustancias en los trastornos externalizados, como son el Trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH), Trastorno negativista desafiante (TND), Trastorno de conducta disocial. En otros estudios de Volkow y Armstrong, se reportó que las comorbilidades más comunes en el TUS son el TDAH, los Trastornos de la conducta, los Trastornos del estado de ánimo y los Trastornos por estrés postraumático. (15)

En estudios longitudinales, se obtuvieron revisiones sobre los trastornos externalizados asociados a consumo de alcohol, reflejados por conducta antisocial, delincuencia, problemas de inatención e hiperactividad. La mayoría de los estudios encontraron una asociación positiva con el trastorno por consumo de alcohol, con un efecto más fuerte, en aquellos con síntomas antisociales y con trastornos de conducta (OR=1.72, 95%). Sugieren que los síntomas externalizados durante la infancia, aumentan el riesgo de desarrollar un trastorno por consumo de alcohol en la adolescencia temprana hasta un 62%. En cuanto a los síntomas internalizados, se encontraron asociaciones inconsistentes, con asociación positiva entre Trastornos de ansiedad y Trastorno por consumo de sustancias. En el caso de la depresión se encontró una asociación positiva de síntomas internalizados y riesgo de Trastorno por uso de sustancias del 21%. (16).

Un estudio realizado en adolescentes mexicanos con ansiedad social en relación a consumo de alcohol, reportó mayor consumo de sustancias en adolescente de mayor edad y de sexo masculino. El consumo riesgoso o problemático de alcohol se comportó de la misma forma entre las adolescentes mujeres y hombres con alto grado y bajo grado de ansiedad social (17).

En un estudio realizado en adolescentes mujeres se reportó que del 36 al 62% de los adolescentes con TUS, habían presentado un Trastorno de estrés postraumático (TEPT), los cuales mostraron peor salud física, peor respuesta a tratamiento y mayor riesgo de recaídas durante su vida. (18)

En una revisión bibliográfica, se encontró que en estudios comunitarios de adolescentes, la prevalencia de coocurrencia entre los trastornos de internalización y los TUS fue del 11.1 al 47.9%, asociados principalmente a Trastornos depresivos o Trastornos de ansiedad. En muestras clínicas de adolescentes con TUS, las tasas de Trastorno depresivo mayor comórbido, oscilan entre el 24.7 y el 46,. %. El Trastorno de estrés postraumático fue reportado como el Trastorno de ansiedad comórbido más común (27,0% en una muestra). En muestras comunitarias de jóvenes con Trastornos internalizantes, sugieren que entre el 9.0 y el 19.0% de los jóvenes con ansiedad y depresión tienen TUS comórbidos. Las tasas de comorbilidad fueron más altas para los Trastornos depresivos que para los Trastornos de ansiedad y las mujeres presentaron tasas más altas de comorbilidad entre TUS y Trastornos de internalización. (19)

Respecto a la asociación con depresión y consumo de sustancias, se han realizado estudios con resultados variables. Describen que los síntomas afectivos podrían hacer que los adolescentes sean más susceptibles a la influencia de sus pares que consumen drogas y alcohol. Se encontró que, durante los períodos en los que los adolescentes tenían niveles más altos de síntomas de internalización, también tenían más amigos que consumían sustancias, especialmente cigarrillos y

mariguana. Sin embargo, no se encontró una asociación directa entre la depresión y el TUS. (20)

En otros estudios se encontró que los síntomas de depresión entre los adolescentes, estuvieron asociados con creencias relacionadas con los compañeros, percepciones y experiencias negativas. Mencionan que los trastornos internalizados de la infancia, no conducen al consumo de sustancias directamente, sin embargo, producen ciertos factores de riesgo para presentar el consumo de sustancias durante la adolescencia y su continuación, siguiendo la hipótesis de la automedicación. (21) (22)

El alcohol, la mariguana y el tabaco, son las sustancias más usadas por adolescentes, siendo el alcohol la primera sustancia usada, con un inicio promedio del consumo a los 10 años, incrementando su uso con la edad. Se muestra que con frecuencia existe un patrón de policonsumo, utilizando 2 o más sustancias psicoactivas. (23) (20)

Se mencionan diversos factores de riesgo asociados a la patología dual del adolescente. Existe poca evidencia disponible con respecto a la importancia relativa y las interacciones de varios factores de riesgo en la etiología del TUS, siendo difícil determinar qué factores de riesgo o combinación de ellos son más complejos, cuales son modificables y cuales son específicos del abuso de drogas, en lugar de contribuyentes a las conductas problemáticas de los adolescentes. Los factores socioculturales proporcionan las expectativas legales y normativas para el comportamiento del individuo. Algunos de ellos como las reglas o normas favorables al comportamiento, disponibilidad de la droga, deprivación económica

extrema, desorganización del vecindario, influyen en exacerbar el consumo. Otros factores de riesgo que se encuentran dentro de los individuos y sus entornos interpersonales son los psicopatológicos, biológicos, comportamiento y actitudes familiares relacionados con el alcohol y las drogas, prácticas de gestión familiar deficientes e incoherentes, conflicto familiar, pobre vinculación familiar, conductas problemáticas tempranas y persistentes (síntomas externalizantes), fracaso académico, bajo grado de compromiso con la escuela, rechazo de los compañeros, asociación con compañeros consumidores de drogas, alienación y rebeldía, actitudes favorables al consumo de drogas e inicio temprano del consumo de las drogas. (24)

El principal entorno interpersonal involucrado suele ser la familia. La comunicación en la familia puede canalizarse inadecuadamente y presentarse perturbada, bloqueada, desplazada, generando respuestas inapropiadas y promoviendo la disfuncionalidad. La puesta de límites familiares, la administración de las reglas, la transmisión de los valores, normas, creencias y mitos, suelen ser elementos que favorezcan el inicio y persistencia de la patología dual. (25)

Los factores más específicos para la patología dual, son: la ausencia de modelos definidos de autoridad y afecto, padres autocráticos, excesivamente rígidos y punitivos, ausencia de la figura paterna, presencia de un padre o madre adicto al alcohol o a las drogas, carencias en los modelos de comportamiento adecuados al contexto social, conflictos en la pareja parental, relaciones familiares que estimulan la dependencia, consumo familiar de sustancias, padres permisivos o desinteresados, carencias económicas, desintegración familiar. (26). Otro factor de

riesgo relacionado es la violencia como experiencia directa u observada, que favorece un clima de estrés, buscando la ingesta de sustancias psicoactivas como una manera de afrontar dicho estrés originado por la violencia, teniendo relación con experiencias previas de abuso sufridas por el adolescente.

La falta de soporte social, nivel socioeconómico bajo, inseguridad en el entorno, puede llevar a un mayor consumo de sustancias. Ello se ve evidenciado por los hallazgos sobre la facilidad de adquisición de sustancias psicoactivas en medios con niveles elevados de pobreza y violencia. En otro estudio indicaron que los factores sociales determinaron mayor prevalencia de consumo de alcohol en adolescentes, siendo más común en el sexo masculino y con un inicio de consumo entre los 14 a 17 años en el 87% de los casos. (27) (28).

Otro estudio evaluó los factores demográficos asociados al consumo de cannabis en adolescentes; se encontró que el consumo habitual de marihuana en estudiantes se relacionaba al rechazo social, deserción escolar y baja funcionalidad familiar (a menor funcionalidad, mayor consumo de marihuana). Asimismo, se estableció que a menor edad de inicio en el consumo y el fácil acceso a la sustancias, hay mayor riesgo de alcanzar un consumo problemático de marihuana y de mantenerlo a lo largo de la vida. (29) (30)

Los hallazgos de otros estudios fueron similares a los anteriores, donde encontraron que los jóvenes sin ocupación con problemas de consumo de marihuana y alcohol, procedían de familias con padres separados o mono parentales. Los varones solicitaban más ayuda por abuso de marihuana, mientras que las mujeres lo hacían por el abuso de alcohol. El 77.5% de los adolescentes

involucrados en el abuso de sustancias, procedían de familias donde había un miembro o más con antecedentes de abuso de alcohol u otras drogas. (31)

La influencia del grupo de pares parece ser determinante en la exacerbación de síntomas psiquiátricos y el consumo de sustancias en los niños y adolescentes, siendo importante considerar a los grupos sociales para realizar intervenciones tempranas y detectar de manera oportuna el riesgo de consumo de sustancias (32). En otro estudio, donde se evaluó la asociación entre el control conductual (conjunto de límites, reglas, restricciones y regulaciones que los padres tienen para sus hijos y el conocimiento de las actividades de los mismos) y los problemas en la adolescencia, mostraron que, un pobre control conductual, permisividad y pobre conocimiento del menor, específicamente de la madre, se asociaba con un mayor número de problemas mentales y de conducta, incluido el consumo de sustancias psicoactivas. (33)(34)

Los Trastorno mentales y del comportamiento debido al uso de sustancias (TUS), fueron la segunda causa de internamiento de adolescentes en el Hospital Psiquiátrico Infantil “Dr. Juan N. Navarro” durante el año 2016. En la actualidad, continua siendo uno de los diagnósticos con mayor índice de hospitalización en niños y adolescentes, siendo identificados factores de riesgo como el sexo masculino, desempleo y abandono escolar, los trastornos psiquiátricos graves, la falta de soporte familiar, el consumo de algún miembro de la familia y el nivel socio económico bajo. Sin embargo, no se cuenta con los datos demográficos y clínicos estandarizados que caractericen a este grupo de pacientes. Recientemente se ha desarrollado un espacio para la atención y el manejo especializado de Patología



dual en el Hospital Psiquiátrico Infantil “Dr. Juan N. Navarro”, tras la necesidad de identificar y manejar a los pacientes con este diagnóstico. Es importante conocer los factores de riesgo en la población de adolescentes mexicanos con patología dual, con el propósito de realizar detección oportuna de la población vulnerable, iniciar tempranamente un tratamiento multidisciplinario, evitar consecuencias graves a la salud. Asimismo, implicar a los padres en los procesos preventivos, ofrecer a los jóvenes un modelo racional y controlado de detección de síntomas internalizados y externalizados, explicar los riesgos y consecuencias del consumo de bebidas alcohólicas y de sustancias psicoactivas. Al identificar dichos factores, se podrán generar planes de psicoeducación en los distintos niveles de atención que involucren al personal de salud, la familia de los individuos y a la sociedad, reconociendo la importancia de la salud mental de los niños y adolescentes como base de la adaptación y el bienestar social. (35)

## PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿Cuáles son las variables clínicas y demográficas de los adolescentes con diagnóstico de patología dual que reciben tratamiento en el servicio de consulta externa del HPIJNN?

## JUSTIFICACIÓN

En México, el consumo de sustancias psicoactivas y los trastornos derivados del mismo (trastornos por uso de sustancias o TUS) evolucionan como un problema de salud mental pública. Se observa un incremento en el uso de marihuana, alcohol, cocaína y metanfetaminas a temprana edad, principalmente en la adolescencia. En el año 2007, en el Hospital Psiquiátrico Infantil “Dr. Juan N. Navarro” se atendieron 155 casos de pacientes con patología psiquiátrica y TUS concurrente, lo cual ha ido en incremento, siendo una de las principales causas de ingreso a hospitalización. Existen pocos estudios encaminados en estimar la coocurrencia entre los trastornos por uso de sustancias (TUS) y otros trastornos psiquiátricos, así como sus implicaciones clínicas. El estudio más representativo es la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica 2003, la cual reportó que el 28.6% de la población mexicana, presentó al menos un trastorno psiquiátrico a lo largo de la vida, siendo los más frecuentes los trastornos de ansiedad (14.3%), los TUS (9.2%) y los trastornos afectivos. Se busca una comprensión de las relaciones socio demográficas y clínicas existentes, entre los trastornos por uso de

sustancias y los trastornos psiquiátricos, debido a su elevada prevalencia, al aumento de la disponibilidad y variedad de sustancias con potencial de abuso y a la necesidad de mejorar la atención prestada en los distintos dispositivos asistenciales. La patología dual incrementa la severidad de los problemas asociados, lo que dificulta la efectividad de las intervenciones, elevando los costos y generando una importante presión de las redes públicas para la atención de las adicciones y de la salud mental en general. En México, ante la urgente necesidad de tratamiento de los TUS y como complemento a los esfuerzos públicos, organismos de la sociedad civil se han movilizado para generar una oferta alternativa de modalidad residencial para la atención de las adicciones, sin embargo dichas instancias no son suficientes ni son para pacientes adolescentes. Actualmente, no se cuenta con estudios en población adolescente que analicen las características clínicas y los datos socio demográficos de los pacientes con patología dual. Por lo ello, se considera importante describir las características demográficas y clínicas de los pacientes adolescentes mujeres y hombres, con el fin de establecer los factores de riesgo más frecuentes, que influyen en el inicio y la gravedad de la patología dual.

## HIPÓTESIS

Los pacientes de sexo masculino presentaran mayor severidad en el consumo de sustancias, en comparación con los pacientes de sexo femenino.

## OBJETIVO GENERAL Y ESPECÍFICOS

Analizar las variables clínicas y demográficas de los adolescentes con diagnóstico de patología dual atendidos en el servicio de consulta externa del HPIJNN.

### Objetivos específicos

1. Comparar la sustancia de mayor consumo entre hombres y mujeres.
2. Comparar el riesgo a la salud del consumo de sustancias entre sexo masculino y femenino.
3. Comparar las características clínicas (trastornos externalizados y/o internalizados) y demográficas entre sexo masculino y femenino.

## MATERIAL Y MÉTODOS

Tipo de diseño: Trasversal, observacional, analítico.

Muestra: Muestreo por conveniencia con base a la población infantil y adolescente con diagnóstico de patología dual que acudió al servicio de consulta externa en el periodo comprendido del mes de septiembre del año 2021 a marzo del año 2022 y cumplan con los criterios de inclusión.

Población de estudio. Se incluyeron pacientes del servicio de consulta externa de patología dual que cumplan con los siguientes criterios de selección.

### Criterios de inclusión

- Pacientes menores de 17 años 11 meses de edad
- Ambos sexos
- Que acudieron a la preconsulta o a la consulta externa del HPIJNN y que reúnan el criterio de patología dual.
- Firmar consentimiento y asentimiento informado.
- Disponibilidad de tiempo para realizar evaluaciones y entrevistas.
- Contar con familiar responsable que firme el consentimiento informado.

### Criterios de exclusión

- Trastorno disocial grave en conflicto con la ley.
- Consumo de heroína, opioides.
- Presentar estado de intoxicación aguda o abstinencia grave durante la entrevista.

### Criterios de eliminación

- No completar evaluaciones.

## Variables

Variable	Tipo	Naturaleza	Categoría	Definición conceptual	Definición operacional
<b>Trastorno psiquiátrico</b>	Clínica	Cualitativa Nominal	Dependiente	Grupo de padecimientos mentales definidos de acuerdo al DSM5	Trastorno psiquiátrico evaluado por la prueba CADI que afecte pensamientos, emociones, conductas y funcionalidad del individuo
<b>Severidad del consumo</b>	Clínica	Cualitativa Ordinal Leve, moderado o grave	Independiente	Estableciendo un continuum de riesgo a la salud bajo, moderado y alto (problemas graves por dependencia a sustancias).	Se evalúa por medio del cuestionario ASSIST en riesgo bajo, moderado o alto.
<b>Tipo de sustancia consumida</b>	Clínica	Cualitativa nominal	Independiente	Sustancia que, cuando se ingiere, afecta a los procesos mentales, Legales e ilegales, de interés para la política en materia de drogas.	Sustancia psicoactiva consumida por el individuo la cual será evaluada durante la entrevista clínica.
<b>Edad</b>	Sociodemográfica	Cuantitativa De razón	Independiente	Número de años que ha vivido una Persona hasta la actualidad.	Número de años cumplidos Según fecha de nacimiento.
<b>Sexo</b>	Sociodemográfica	Cualitativa nominal	Independiente	Es la condición orgánica que Distingue al hombre de la mujer.	Definido como femenino o masculino
<b>Escolaridad</b>	Sociodemográfica	Cuantitativa ordinal	Independiente	Período medido en años <b>escolares</b> que una persona ha permanecido en el sistema educativo formal	Grado académico al momento del estudio que puede ser ninguno, primaria, secundaria, bachillerato.
<b>Ocupación</b>	Sociodemográfica	Cualitativa nominal	Independiente	Cualquier <b>actividad</b> física o intelectual que recibe algún tipo de respaldo o remuneración en el marco de una <b>actividad</b> o institución de índole social.	Si el individuo realiza actividad laboral o no la realiza documentado en la historia clínica.
<b>Nivel socioeconómico</b>	Sociodemográfica	Cualitativa nominal	Independiente	Es una medida total económica y sociológica que combina la preparación laboral de una persona, de la posición económica y social individual o familiar en relación a otras personas, basada en sus ingresos.	Se considerará el <i>nivel socioeconómico</i> registrado en las notas de ingreso con base al registro de ingresos económicos al mes, realizado por trabajo social.
<b>Tratamiento farmacológico</b>	Sociodemográfica	Cualitativa nominal	Independiente	Conjunto de sustancias aprobadas por la FDA y administradas en un individuo con finalidad de mejorar síntomas o lograr la curación.	Tratamiento farmacológico que reciban durante el estudio para mejorar sus síntomas, obtenido por medio del expediente.
<b>Tipo de familia</b>	Sociodemográfica	Cualitativa nominal	Independiente	Conjunto de ascendientes, descendientes y demás personas relacionadas entre sí por parentesco de sangre o legal.	Grupo familiar principal del cual forma parte el individuo y se documentara en el expediente clínico.
<b>Familiares con consumo de sustancias (modelo adictivo familiar)</b>	Sociodemográfica	Cualitativa nominal	Independiente	Historia familiar de problemas de conducta, incluyendo el modelo de los padres, hermanos, familiares directos de convivencia habitual de consumo de drogas, actitudes favorables hacia el uso de drogas.	Convivencia con familiar directo que cuenta con consumo de sustancias psicoactivas, obtenido a partir del expediente clínico.

## Procedimiento

Se reclutaron pacientes menores de 17 años 11 meses del servicio de patología dual en el periodo correspondiente a 6 meses. Se obtuvo consentimiento y asentimiento informado por parte del familiar responsable y el paciente. Se realizó entrevista clínica para explicar los cuestionarios y obtener datos correspondientes.

Se aplicó una entrevista inicial a cada paciente, así como la evaluación del diagnóstico psiquiátrico por medio de la CADI-N (cedula de asignación diagnóstica para niños) y el ASSIST N (Alcohol, smoking and substance involvement screening test), para evaluar el consumo de sustancias y el riesgo a la salud como bajo, medio o alto.

Posteriormente se entrevistó al cuidador primario y se aplicó el cuestionario CADI-P (cedula de asignación diagnóstica para padres sobre la conducta del niño o adolescente) en presencia del médico para resolver dudas. En caso de no acudir con el cuidador primario, se programó una segunda entrevista con el cuidador correspondiente para completar el cuestionario. Se realizó la revisión del expediente clínico de cada participante para obtener los datos socio demográficos y en caso de tener dudas respecto a la información. Se obtuvo una muestra total de 58 participantes que completaron los criterios de inclusión.

Se compararon grupos de pacientes mujeres y hombres con los trastornos psiquiátricos, consumo de sustancias, el riesgo del consumo y los datos socio demográficos por medio del análisis estadístico según correspondiera.

## Cronograma

	Mayo 2021	Junio 2021	Julio 2021	Agosto 2021	Septiembre 2021	Octubre 2021	Noviembre 2021	Diciembre 2021	Enero 2022-marzo 2022	Abril a junio 2022
Revisión bibliográfica										
Elaboración del protocolo										
Revisión por Asesores y enseñanza										
Obtención de la muestra										
Procesamiento y análisis de datos										
Elaboración de informe final										
Difusión resultados										

### Instrumentos de medición

- Cuestionario de Asignación Diagnóstica para Niños (CADI-N)(Solís B, 2018) Es un instrumento diagnóstico autoaplicable que permite evaluar la presencia o ausencia de trastornos psiquiátricos en niños y adolescentes de 8 a 17 años según criterios del DSM-5 y medir la gravedad de los trastornos. La muestra de validación consistió de 658 niños y adolescentes divididos en una muestra comunitaria de estudiantes (N=410) de 8 a 17 años, siendo del sexo femenino 60.4% (N=248), cuya edad promedio fue de 12.2 años (DE 1.2). La muestra



Clínica incluyó pacientes (N=36) de 8 a 17 años con una media de 13.8 (DE 1.9) que solicitaron atención en los servicios de Admisión Continua, Consulta Externa y Hospitalización del Hospital Psiquiátrico Infantil “Dr. Juan N. Navarro”. La consistencia interna para el total de ítems, fue de  $\alpha=0.94$  en la muestra comunitaria y  $\alpha=0.91$  en la muestra clínica, con un rango de 0.29 a 0.84 en las diversas subescalas. Se encontró adecuada validez discriminante mediante t de student. Todos los diagnósticos fueron más frecuentes y con mayor gravedad en el grupo clínico frente al comunitario.

-Prueba de Detección de Consumo de alcohol, Tabaco y Sustancias (ASSIST) (OMS, 2002) Se utiliza para evaluar consumo de sustancias en adultos, pero también fue validado en México en un grupo de estudiantes de preparatoria. (Linage R y Gómez-Maqueo L., 2012) Los resultados mostraron validez concurrente mediante correlaciones significativas entre las puntuaciones del ASIT y del AUDI ( $r=0.50$ ), Fagerström ( $r=0.61$ ) y DAST-10 ( $r=0.30$ ). Además, presentó estabilidad temporal con coeficientes de correlación intraclase en un rango de 0.20 al 0.84. Originalmente fue diseñado para ser aplicado por un profesional de la salud, pero también puede ser aplicado en formato de autorreporte en poblaciones estudiantiles. Está conformado por 8 preguntas para detectar riesgo y problemas de consumo de tabaco, alcohol, cannabis, cocaína, estimulantes tipo anfetamina, inhalantes, sedantes, alucinógenos, opiáceos y otras drogas. Para el presente estudio solo se utilizarán el apartado de las primeras 6 drogas señaladas.

Es un instrumento de aplicación rápido y sencillo. Las opciones de respuesta son dicotómicas para evaluar qué tipo de sustancia ha consumido a lo largo de la vida,

mientras que para los ítems de frecuencia del consumo se evalúan de manera (Nunca=0", "1 o 2 veces=2", "Cada mes=3", "Cada semana=4" y "Diario o casi diario=6"); Las puntuaciones por sustancia se obtienen sumando cada respuesta de la pregunta 2 ala 7. El ASSIST determina una puntuación de riesgo por sustancia categorizados en: "bajo" (0 a 10 para alcohol y 0 a 3 para otras sustancias), "moderado" (4 a 26 puntos) y "alto" riesgo (>27 puntos); que a su vez determina la intervención más adecuada conforme el nivel de uso. La puntuación máxima por categoría de droga es de 39 puntos (Humenuk et al., 2008).

## Análisis de datos

Se realizó la re codificación de los cuestionarios CADI-N y CADI-P, donde se determinó la presencia o ausencia de los trastornos psiquiátricos dentro de los últimos 3 meses, de acuerdo a los criterios correspondientes. Los trastornos incluidos fueron bulimia, anorexia, atracones, Trastorno de déficit de atención predominio inatento, hiperactivo y combinado, Trastorno depresivo mayor, Trastorno psicótico, Trastorno de ansiedad generalizada, Trastorno de estrés postraumático, Trastorno de conducta, Trastorno negativista desafiante, Trastorno explosivo intermitente, insomnio.

Se integró la base de datos usando el programa de Microsoft Excel 2010, generando grupos de acuerdo al sexo (femenino o masculino). Posteriormente se realizó la revisión de los ASSIST donde se evaluó el consumo sustancias en los últimos 3 meses, incluidas tabaco, alcohol, marihuana, cocaína, anfetaminas, inhalantes, tranquilizantes, alucinógenos, opiodes y otros (energetizantes, estimulantes, cafeína), así como del riesgo a la salud, riesgo bajo, riesgo medio y riesgo alto. Se colocaron los datos sobre la sustancia consumida y el riesgo del consumo. Se utilizó el programa Microsoft Excel 2010, donde se introdujeron los datos de los 57 participantes con grupos divididos por sexo (mujer u hombre).

Se obtuvieron los datos demográficos por medio de la revisión exhaustiva de los expedientes clínicos. Las variables obtenidas fueron: la edad del caso, sexo del caso, ocupación del caso, grado escolar del caso, tipo de familia, cuidador primario, ocupación de cuidador primario, edad de la madre, edad del padre, ocupación de los padres, grado escolar de los padres, si padre o madre consumen

alguna sustancia. Fármaco principal, segundo fármaco y tercer fármaco adyuvante, ingreso mensual por familia y si asiste regularmente a su atención médica en la unidad. Se utilizó el programa Microsoft Excel 2010, donde se introdujeron los datos correspondientes de acuerdo al sexo (mujer u hombres).

Se realizó el análisis de las bases de datos anteriormente descritas por medio del programa SPSS Statistics V.18.0, utilizando medidas de frecuencia, porcentajes, medias y desviación estándar (DE) para las variables demográficas y clínicas. Medidas de asociación; Chi cuadrada para los datos clínicos obtenidos de los cuestionarios ASSIST, CADI-N, CADI-P y de variables demográficas, t de student, para obtener medias de los valores numéricos. No hubo pérdidas en el registro de los cuestionarios CADI-N, CADI-P y ASSIST.

Consideraciones éticas: Este protocolo fue aprobado por el Comité de Investigación y por el comité de ética del Hospital Psiquiátrico Infantil “Dr. Juan N. Navarro”.

## RESULTADOS

A partir de los cuestionarios de autoreporte CADI-N, los principales diagnósticos presentes en la población total (N=58) estudiada fueron los trastornos internalizados: el Trastorno depresivo mayor (79.3%), Trastorno de ansiedad generalizada (75.3%), Trastorno de estrés postraumático (32.8%). Los trastornos psicóticos y el insomnio fueron reportados en el 41.4% del total de la población respectivamente.

Respecto a los trastornos externalizados, los diagnósticos que se reportaron con mayor frecuencia fueron: el Trastorno negativista desafiante (55.2%), y el Trastorno de conducta (31%). No se encontraron diferencias significativas entre mujeres y hombres. (ver tabla 1).

**Tabla 1 . Diagnósticos psiquiátricos de los participantes por autoinforme**

Trastorno	Femenino n=28		Masculino n=30		Total		estadísticos	
	n	%	n	%	n	%	Pba (gl)	Valor p
<b>T. depresivo</b>	24	85.70%	22	73.30%	46	79.30%	$\chi^2(1)=1.353$	0.336
<b>TAG</b>	22	78.60%	22	73.30%	46	75.30%	$\chi^2(1)=0.217$	0.762
<b>T. negativist</b>	17	60.70%	15	50.00%	32	55.20%	$\chi^2(1)=0.672$	0.441
<b>Insomnio</b>	12	42.90%	12	40.00%	24	41.40%	$\chi^2(1)=.049$	1
<b>T. psicótico</b>	10	35.70%	14	46.70%	24	41.40%	$\chi^2(1)=0.716$	0.435
<b>TEPT</b>	12	42.80%	7	23.30%	19	32.80%	$\chi^2(1)=2.506$	0.163
<b>T. conducta</b>	7	25.00%	11	36.70%	18	31.00%	$\chi^2(1)=0.921$	0.402
<b>TDAH-Hi</b>	7	25.00%	7	23.50%	14	24.10%	$\chi^2(1)=0.022$	1
<b>Atracones</b>	7	25.00%	5	16.70%	12	20.70%	$\chi^2(1)=0.613$	0.525
<b>TDAH-I</b>	5	17.90%	5	16.70%	10	17.20%	$\chi^2(1)=0.014$	1
<b>T. Explosivo</b>	3	10.70%	5	16.70%	8	13.80%	$\chi^2(1)=0.432$	0.72
<b>TDAH mixto</b>	4	14.30%	3	10.00%	7	12.10%	$\chi^2(1)=0.251$	0.701

\*TAG: Trastorno de ansiedad generalizada

\*TEPT: Trastorno de estrés postraumático

\*TDAH: Trastorno por déficit de atención e hiperactividad; \*Hi: hiperactivo. \*I: inatento.

Los resultados obtenidos de acuerdo a los cuestionarios CADI-P, fueron similares a los autoreportes, encontrando que los trastornos internalizados fueron más frecuentes: Trastorno depresivo mayor (83%) y Trastorno de ansiedad generalizada (75.9%).

En cuanto a los trastornos psiquiátricos externalizados, los resultados obtenidos del CADI-P reportaron al Trastorno negativista desafiante (43.1%) como el tercer trastorno más frecuente y el Trastorno de conducta (39.70%). No se encontraron diferencias significativas entre mujeres y hombres. (ver tabla 2).

**Tabla 2 . Diagnósticos psiquiátricos de los participantes por informe de los padres**

Trastorno	Femenino n=28		Masculino n=30		Total		estadísticos	
	n	%	n	%	n	%	Pba (gl)	Valor p
<b>T. depresivo</b>	22	81.50%	26	83.90%	48	83.00%	$\chi^2(1)=0.058$	1
<b>TAG</b>	20	74.10%	24	77.40%	44	75.90%	$\chi^2(1)=0.088$	1
<b>T. negativist</b>	12	44.40%	13	41.90%	25	43.10%	$\chi^2(1)=0.037$	1
<b>T. conducta</b>	10	37.00%	13	41.90%	23	39.70%	$\chi^2(1)=0.145$	0.791
<b>Insomnio</b>	11	40.70%	12	38.70%	23	39.70%	$\chi^2(1)=0.025$	1
<b>T. psicótico</b>	8	29.60%	11	35.50%	19	33.00%	$\chi^2(1)=0.225$	0.781
<b>T. Explosivo</b>	5	18.50%	5	16.10%	10	17.10%	$\chi^2(1)=0.058$	1
<b>TEPT</b>	3	11.10%	6	19.40%	9	15.50%	$\chi^2(1)=0.748$	0.481
<b>TDAH-I</b>	1	3.70%	7	22.60%	8	14.00%	$\chi^2(1)=4.325$	0.057
<b>TDAH-Hi</b>	2	7.40%	6	19.40%	8	14.00%	$\chi^2(1)=0.748$	0.263
<b>Atracones</b>	4	14.80%	4	12.90%	8	14.00%	$\chi^2(1)=0.044$	1
<b>Anorexia</b>	3	11.10%	0	0.00%	3	5.20%	$\chi^2(1)=3.632$	0.095
<b>TDAH mixto</b>	0	0.00%	3	9.70%	3	5.20%	$\chi^2(1)=2.755$	0.24

## Resultados del consumo de sustancias

Según los autoreportes obtenidos de la prueba ASSIST, las principales sustancias consumidas por la población total fueron: el tabaco con riesgo moderado (65.5%), marihuana con riesgo moderado(48.3%) y alcohol 57.2%. Siendo similar el consumo de tabaco entre mujeres y hombres. Se reportó consumo de alcohol en las mujeres con riesgo alto (35.7%), comparado con los hombres, quienes reportaron mayor riesgo moderado (33.3%). El consumo de marihuana se reportó con mayor frecuencia en hombres con riesgo alto (20%) y moderado (56.7%), en comparación con las mujeres (14.3 y 39.3% respectivamente).

los resultado de los autoreportes, según la sustancia con riesgo alto a la salud, fueron: tabaco en 10.30%, alcohol 24.10%, marihuana 17.20%, anfetaminas 3.4%, inhalantes 5.2, tranquilizantes 1.7%. No se reportó consumo de alto riesgo de consumo de cocaína, alucinógenos, opioides u otros.

Tabla 3. Autoinforme de Detección de Consumo de alcohol, Tabaco y Sustancias (ASSIST)

Sustancia	Riesgo alto		Riesgo moderado						Riesgo bajo						Estadístico						
	Femenino		Masculino		Total		Femenino		Masculino		Total		Femenino				Masculino		Total		
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	Pba (gl)
Tabaco	2	7.1	4	13.3	6	10.3	19	67.9	19	63.3	38	65.5	7	25%	7	23	14	24	x2(1)=0.598	0.741	
Alcohol	10	35.7	4	13.3	14	24.1	9	32.1	10	33.3	19	32.8	9	32.1	16	53	25	43	x2(2)=4.520	0.104	
Cannabis	4	14.3	6	20	10	17.2	11	39.3	17	56.7	28	48.3	13	46.2	7	23	20	35	x2(2)=3.421	0.181	
Cocaína	0	0	0	0	0	0	8	28.6	12	40	20	34.5	20	71.4	18	60	38	66	x2(1)=0.837	0.416	
Anfeta	1	3.6	1	3.3	2	3.4	4	14.3	5	15.5	9	15.5	23	82.1	24	80	47	81	x2(2)=0.063	0.969	
Inhalados	0	0	3	10	3	5.2	6	21.4	2	6.7	8	13.8	22	78.6	25	83	47	81	x2(2)=5.129	0.077	
Tranquili	0	0	1	3.3	1	1.7	11	39.2	5	16.7	16	27.5	17	60.7	24	71	41	71	x2(2)=5.275	0.153	
Alucino	0	0	0	0	0	0	8	28.6	4	13.3	12	20.7	20	71.4	26	87	46	79	x2(1)=2.049	0.201	
Opioides	0	0	0	0	0	0	1	3.6	1	3.3	2	3.4	27	96.4	29	97	56	97	x2(1)=0.002	1	
Otros	0	0	0	0	0	0	1	3.6	3	10	4	6.9	27	96.4	27	90	54	93	x2(1)=0.932	0.612	

Las sustancias registradas de los autoreportes con riesgo moderado, fueron: tabaco 65.5%, alcohol 32.8%, mariguana 48.3%, cocaína 34.5%, anfetaminas 15.5%, inhalantes 27.5%, alucinógenos 20.7%, opioides 3.4%, otros 6.9%.

Respecto al riesgo bajo de consumo de sustancias obtenidos de los autoreportes, se obtuvo lo siguiente: tabaco 24.10%, mariguana 34.5%, alcohol 43.1%, cocaína 65.5%, tranquilizantes 70.7%, alucinógenos 79.3%, anfetaminas e inhalantes 81%, otras 93.1% y opioides 96.6%.(ver tabla 3).

#### Resultados de los datos socio demográficos

Los datos demográficos sobre la población estudiada se dividieron en 2 grupos por sexo masculino 51.7%, y femenino 48.3%, sin encontrar diferencias significativas entre la conformación de los grupos.

La edad media de los casos fue de 15.9 para mujeres (D.E 1.17) y 16.2 para hombres (D.E 1.13), sin encontrar diferencias significativas en la edad entre los grupos. En cuanto a los años de estudio, se encontró que la media de años de estudio en mujeres fue de 9.2 años y en hombres de 8.7 años, sin encontrar diferencias significativas. (ver tabla 4.)

La ocupación reportada por los participantes fue: estudiantes el 79.3%, sin ocupación 15.5%, empleados 3.4%, estudiantes y empleados 1.7%. El 89.3% del género femenino reportaron ser estudiantes y el 10.7% no tenían ocupación. El género masculino reportó ser estudiante en 70%, sin ocupación el 20%, empleados 6.7%, estudiaba y trabajaba el 3.3%, Estos datos son relevantes al



mostrar que las mujeres continúan sus estudios pese a la patología dual y los hombres tienen mayor índice de abandono escolar, en pocos casos tienen una ocupación como empleados.

Los resultados obtenidos sobre el tratamiento farmacológico muestran el grupo de medicamentos prescritos con mayor frecuencia en la población estudiada fueron los antidepresivos (86.2%), seguidos de los antipsicóticos (50%). Siendo estadísticamente significativa la prescripción de antidepresivos comparada con el resto de los psicofármacos (ver tabla 4).

Los fármacos clasificados en otros, entre los cuales se encontró la atomoxetina, hidroxizina, difenhidramina y valproato, se reportaron el 20.7%, siendo prescritos adicionales a otro fármaco, en la mayoría de los casos. Los estimulantes se reportaron el 15.5% de la población.

Los resultados obtenidos de la edad de los padres en el grupo de mujeres fue, una edad media de 42.14 años en las madres y media de 45 años en los padres. En el grupo de hombres, la edad media de la madre fue de 42.87 años y del padre 41.9 años.

El cuidador primario en el total de la población, fue más reportada a la madre en el 86.2% de los casos, otros 10.3% entre los cuales incluyen abuelos y tíos, solo el 3.4% informó que el padre era el cuidador primario, con una distribución similar entre mujeres y hombres, sin diferencias significativas.

La ocupación del cuidador primario fue empleo en 55.2%, el hogar en 41.4% y desempleo 1.7%.

Las madres de la población de estudio reportaron: escolaridad primaria 10.9%, secundaria 38.2. %, bachillerato 25.5%, licenciatura 25.5 %. La ocupación de las madres fue: empleadas 55.2%, hogar 39.7%, sin ocupación 5.2%.

Respecto al consumo de sustancias en familia, se reportó que el 21.8% de las madres consumía alguna sustancia. Los padres reportaron que el 72.3% consumía alguna sustancia, siendo más frecuente alcohol y tabaco.

El tipo de familia del que proviene la población estudiada fue: biparental 65.5%, monoparental 27.6% y otro familia (reconstruida, extendida, casa hogar) en el 6.9%.

El ingreso económico mensual por familia fue de 5000 a 9999.00 pesos en el 46.7%, ingreso <5000.00 pesos en el 32.8%, ingreso de 10,000 a 14,999 en el 13.8% e ingreso > 20,000 en el 6.9%. Los ingresos mensuales por familia se consideran en su mayoría bajos. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas. Los datos obtenidos son consistentes con otros estudios, donde se identifica el nivel socioeconómico bajo como un factor de riesgo para la patología dual en adolescentes.

**Tabla 4. Características sociodemográficas de las familias participantes de acuerdo al sexo**

Variable	femenino n=28		masculino n=30		estadístico			
	media	D.E	media	D.E	Pb (gl)	Valor p		
Edad caso (años)	15.94	1.17	16.20	1.13	t (56)= 1.257	0.85		
Edad madre (años)	42.14	1.31	42.87	1.29	t (56)= .001	0.39		
Edad padre (años)	45.00	2.35	41.90	3.40	t (56)= 1.877	0.75		
Años estudio caso	9.21	1.17	8.73	1.36	t (56)=. 226	1.43		
Variable	n	%	n	%	n	%	Pba (gl)	valor p
<b>Ocupación caso</b>								
Estudia	25	89.3	21	70	46	79.3		
Trabaja	0	0	2	6.7	2	3.4	x2(3) = 4.28	0.232
Estudia y Trabaja	0	0	1	3.3	1	1.7		
Ninguno	3	10.7	6	20	9	15.5		
<b>Tto. Farmacológico</b>								
Antidepresivo	27	96.4	23	76.7	50	86.2	x2 (1)=4.7	0.0523
Antipsicótico	14	50	15	50	29	50	x2(1)=0.00	1
Estimulante	5	17.9	4	13.3	9	15.5	x2(1)=0.22	0.72
Otro	2	7.1	10	33.3	12	20.7	x2(2)=6.05	0.022
<b>Cuidador Primario</b>								
Madre	23	82.1	27	90	50	86.2		
Padre	1	3.6	1	3.3	2	3.4	x2 (2)=0.91	0.63
Otro	4	14.3	2	6.7	6	10.3		
<b>Ocupacion Cuidador</b>								
Empleado	17	60.7	15	50	32	55.2		
Desempleo	1	3.6	0	0	1	1.7	x2 (3)=3.56	0.31
Hogar	9	32.1	15	50	24	41.4		
<b>Escolaridad Madre</b>								
Primaria	2	7.4	4	14.3	6	10.9		
Secundaria	5	18.5	16	57.1	21	38.2	x2 (3)=13.84	0.003
Bachillerato	12	44.4	2	7.1	14	25.5		
Licenciatura	8	29.6	6	21.4	14	25.5		
<b>Ocupación madre</b>								
Empleado	18	64.3	14	46.7	32	55.2		
Desempleo	1	3.6	2	6.7	3	5.2	x2(2)=1.85	0.396
Hogar	9	32.1	14	46.7	23	39.7		
<b>Consumo sustancias</b>								
madre	7	25.9	5	17.9	12	21.8	x2 (1)= .52	0.52
Padre	19	82.6	15	62.5	34	72.3	x2 (1)=2.3	0.19
<b>Escolaridad padre</b>								
Primaria	3	11.5	6	23.1	9	17.3		
Secundaria	6	23.1	6	23.1	12	23.1		
Bachillerato	10	38.5	6	23.1	16	30.8	x2 (4)=4.69	0.32
Licenciatura	5	19.2	8	30.8	13	25		
Maestría	2	7.7	0	0	2	3.8		
<b>Familia</b>								
monoparental	8	28.6	8	26.7	16	27.6		
biparental	18	64.3	20	66.7	38	65.5	x2 (2)=.036	0.98
otro	2	7.1	2	6.7	4	6.9		
<b>Ingreso familiar</b>								
0-4999	10	35.7	9	30	19	32.8		
5000-9999	8	28.6	14	55.2	22	46.7	x2(4)= 3.324	0.5
10000-14999	5	17.9	3	10	8	13.8		
15000-19999	2	7.1	3	10	5	8.6		
>20000	3	10.7	1	3.3	4	6.9		

## DISCUSIÓN

La patología dual en niños y adolescentes de población mexicana, es una de las principales causas de hospitalización médico psiquiátrica, disfunción social, abandono escolar, desempleo, mortalidad y morbilidad, que tiene implicaciones sobre el individuo y su entorno.

Al ser un tema de salud pública, es importante entender e identificar los diagnósticos psiquiátricos más prevalentes en los jóvenes con consumo de sustancias y evaluar el riesgo a la salud que conlleva la intensidad del consumo. Los factores socio demográficos en esta población, toman mayor relevancia en la detección de los individuos con mayor riesgo e intervención oportuna.

Al evaluar el tipo de trastorno psiquiátrico más frecuente en la población adolescente, encontramos que los trastornos psiquiátrico internalizados, principalmente el Trastorno depresivo mayor y el Trastorno de ansiedad generalizada, son más prevalentes en los pacientes estudiados con patología dual. En una revisión realizada por O'Neil y colegas (19), encontraron que aproximadamente el 11 al 48 % de las muestras comunitarias con un trastorno por uso de sustancias presentaron síntomas internalizados, siendo el trastorno depresivo concurrente más común que los Trastornos de ansiedad. Los síntomas internalizados son aún mayores en muestras clínicas. En estudios de registros de salud encontraron que el 29% de los hombres y el 49% de las mujeres adolescentes con trastorno por consumo de sustancias, presentaban trastornos afectivos concurrentes (36)

Los trastornos concurrentes o comórbidos, también están asociados con una mayor gravedad de los síntomas de TUS y en particular se asocian con un apego a tratamiento menos exitoso.

Al evaluar el tipo de sustancia de mayor consumo y el riesgo a la salud en los adolescentes, encontramos una asociación de riesgo a la salud alto y moderado con el uso de tabaco, marihuana y alcohol. Los resultados son similares a estudios previos realizados en población clínica pediátrica, donde se encontró mayor prevalencia en el uso de alcohol, marihuana y cigarros electrónicos; más de un tercio reportó usar 2 o más sustancias. (37)

El mayor consumo de estas sustancias se puede asociar a la percepción del fácil acceso al alcohol, tabaco y actualmente a la marihuana, normalizando su consumo a temprana edad. (Warren et al., 2015).

En este estudio se observó que los participantes del sexo masculino, fueron los que más consumieron marihuana con riesgo alto y moderado; mientras las mujeres presentaron un mayor consumo de alcohol con un riesgo alto. Así mismo, se considera que el consumo inicial de alcohol y tabaco, precede al consumo de marihuana.

Se observa un incremento en el consumo de marihuana en los jóvenes, debido a que se considera más seguro que el consumo de alcohol por parte de los adolescentes de esta generación. La disponibilidad legal de marihuana para adultos alimenta aún más esta creencia en los adolescentes. Además, el efecto potencial de la legalización de la marihuana genera mayor disponibilidad, mayor

aceptación social y posiblemente precios más bajos que la cocaína, anfetaminas y alucinógenos. (38)

Los hallazgos muestran la importancia de identificar el uso de sustancias en la población clínica, quienes presentan un mayor riesgo de desarrollar una patología dual, que limite la respuesta a los tratamientos, empeore el pronóstico y genere consecuencias negativas a la salud. (34)

La correlación entre las variables demográficas y clínicas en adolescentes con patología dual, se encontró que la edad media de los casos fue de 16 años, la mayoría eran estudiantes, provenían de familias biparentales donde el cuidador primario fue la madre. Los resultados fueron consistentes con estudios previos, donde se menciona que la edad de inicio de nuevos casos se sitúa entre los 9 y 12 años, con un incremento de consumo entre los 15 y 16 años, vivían con ambos padres y el cuidador principal era la madre, sin encontrar diferencias entre mujeres y hombres.

Se encontró la relación con el antecedente de consumo de sustancias de algún familiar, principalmente el padre. El ingreso económico de las familias de los casos, fue entre los 5,000 y 10,000 pesos mensuales, situándolos en un nivel socioeconómico bajo. Los estudios revisados, sugieren que el nivel socioeconómico bajo es un factor de riesgo asociado a la patología dual. (38)

El medicamento que fue administrado con mayor frecuencia en la población de estudio fueron los antidepresivos serotoninérgicos, lo cual se corrobora con el resultado de la patología encontrada con mayor frecuencia. Menos de un tercio de

la población se encontraba bajo un doble o triple esquema farmacológico. Lo cual se relaciona con la literatura. (37)

## CONCLUSIONES

Los adolescentes con patología dual atendidos en el hospital, así como sus familiares, reportaron la presencia de trastornos internalizados con mayor frecuencia, principalmente los trastornos depresivos y de ansiedad. Dichos resultados fueron congruentes con el fármaco más frecuentemente prescrito, siendo el grupo de antidepresivos ISRs.

Las sustancias mayormente asociadas a la patología dual fueron el tabaco, la marihuana y el alcohol, encontrando un riesgo a la salud alto y moderado. Los adolescentes fueron estudiantes de bachillerato que, en su mayoría, provienen de familias mono parentales, donde el cuidador primario es la madre y cuentan con un nivel socioeconómico bajo. La mayoría de los pacientes y familiares reportaron la presencia de un familiar con consumo de sustancias, principalmente el padre. Los hallazgos de esta investigación ofrecerán información para el trabajo futuro para mejorar el tamizaje entre los adolescentes con factores socio demográficos y clínicos de riesgo y desarrollar intervenciones para la prevención, estrategias de reducción del riesgo y abordaje con un enfoque en los trastornos psiquiátricos más comunes y las sustancias consumidas con mayor frecuencia en la población adolescente con patología dual.

## LIMITACIONES Y RECOMENDACIONES

Se deben considerar varias limitaciones al interpretar los hallazgos de este estudio. Primero, la población estudiada fue poco representativa, ya que la muestra fue muy pequeña, no se logró encontrar una validez estadísticamente significativa de los resultados.

Segundo, el periodo de tiempo en que se recolectó la muestra, al ser patología dual un nuevo servicio de consulta externa en el Hospital Psiquiátrico Infantil “Dr. Juan N Navarro”, se recolectó la muestra en un periodo corto limitado al flujo temporal de pacientes.

Tercero, la prueba aplicada para el diagnóstico psiquiátrico. Se utilizó la prueba CADI estandarizada para población mexicana menor de 18 años, sin embargo, las preguntas elaboradas en dicha prueba se consideran poco específicas y se prestan a confusión al momento de ser leídas por los pacientes y padres. Por lo que se considera importante aplicar pruebas estructuradas y heteroaplicadas para evitar sesgos en los resultados.

Cuarto, la muestra no es representativa de la población general de jóvenes mexicanos, ya que se tomó una muestra clínica para realizar el estudio. Se sugiere que los hallazgos sean replicados muestras comunitarias que sean representativos de la población de interés más grande.

A pesar de estas limitaciones, el presente estudio contribuye a la literatura existente que examina la patología dual en adolescentes mexicanos y se logran identificar posibles áreas para la prevención y investigación de intervenciones



oportunas. Actualmente en México, no se cuentan con suficientes estudios que examinen las características clínicas y demográficas de estos pacientes, lo cual tiene importantes consecuencias clínicas y de salud pública. Dado el alto costo que implica el manejo de los trastornos psiquiátricos asociados al uso de múltiples sustancias, tanto para el individuo y la sociedad, cualquier esfuerzo para identificar a los adolescentes con mayor riesgo en una etapa temprana de la trayectoria hacia el uso crónico de drogas y/o complicaciones en la vida del individuo, contribuirán a la reducción del curso de morbilidad asociada a estas condiciones.

Las condiciones sociodemográficas desfavorables, tienen un efecto acumulativo en el trastorno dual, perpetuando el riesgo de complicaciones, destacando la necesidad de una detección temprana y intervención. Se recomienda continuar con trabajos e investigaciones futuras para evaluar los factores de riesgos, las vías que llevan al consumo de sustancias y policonsumo e implementar estrategias orientadas a la prevención primaria y secundaria. Las estrategias intentaran identificar los problemas de salud lo antes posible con el objetivo de reducir el daño a futuro y evitar el incremento de la patología dual en los jóvenes.

## REFERENCIAS

1. Kessler RC, Angermeyer , Anthony JC, et al. Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of mental disorders in the World Health Organization's World Mental Health Survey Initiative. *World Psychiatry*. 2007 Oct;6(3):168-76.
2. O'Connor E, Thomas R, Senger CA, Perdue L, Robalino S, Patnode C. Interventions to Prevent Illicit and Nonmedical Drug Use in Children, Adolescents, and Young Adults: Updated Evidence Report and Systematic Review for the US Preventive Services Task Force. *JAMA*. 2020 May 26;323(20):2067-2079.
3. Garofoli M. Adolescent Substance Abuse. *Prim Care*. 2020 Jun;47(2):383-394.
4. Bennetts, M. T. I., Ramos, R. A. E., Machado, I. B., González, A. S., & Villegas, J. F. (2018). Estado de salud mental de adolescentes que cursan la educación media superior. *Revista Iberoamericana de las Ciencias de la Salud: RICS*, 7(13), 100-124.
5. Roach A. (2018). Supportive Peer Relationships and Mental Health in Adolescence: An Integrative Review. *Issues in mental health nursing*, 39(9), 723–737.

6. INEGI, I. (2019). “ESTADÍSTICAS A PROPÓSITO DEL DÍA INTERNACIONAL DE LA JUVENTUD (12 DE AGOSTO)” DATOS NACIONALES.

7. Goti J, Díaz R, Arango C, Patología Dual , Protocolos de intervención: Adolescentes y Patología Dual, Barcelona 2016.

8. Harris, T. B., Udoetuk, S. C., Webb, S., Tatem, A., Nutile, L. M., & Al-Mateen, C. S. (2020). Achieving Mental Health Equity: Children and Adolescents. *The Psychiatric Clinics of North America*, 43(3), 471–485.

9. Jayarajan, D, & Jacob, P. (2018). Psychosocial interventions among children and adolescents. *Indian journal of psychiatry*, 60(Suppl 4), S546–S552.

10. Johnston, L., O'Malley, P. M., Bachman, J. Monitoring the future: National results on adolescent drug use: Overview of key findings. *Focus*, 2013; 1(2), 213-234.

11. Reséndiz Escobar, E., Bustos Gamiño, M. N., Mujica Salazar, R., Soto Hernández, I. S., Cañas Martínez, V., Fleiz Bautista, C. & Villatoro Velázquez, J. A.

(2018). Tendencias nacionales del consumo de alcohol en México: resultados de la Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco 2016-2017. *Salud mental*, 41(1), 7-15. (3).

12. Antai-Otong, D., Theis, K., & Patrick, D. D. (2016). Dual Diagnosis: Coexisting Substance Use Disorders and Psychiatric Disorders. *The Nursing Clinics of North America*, 51(2), 237–247.

13. Marín-Navarrete R, Medina-Mora ME. Comorbilidades en los Trastornos por Consumo de Sustancias: Un desafío para los servicios de salud en México. In: Medina-Mora ME: La depresión y otros trastornos psiquiátricos. México: Academia Nacional de Medicina de México A. C.; 2015. pp. 39-58. 11

14. Khantzian E. J. (1997). The self-medication hypothesis of substance use disorders: a reconsideration and recent applications. *Harvard review of psychiatry*, 4(5), 231–244. 12.

15. Scalco, M. D., Colder, C. R., Hawk, L. W., Read, J. P., Wieczorek, W. F., & Lengua, L. J. (2014). Internalizing and externalizing problem behavior and early adolescent substance use: a test of a latent variable interaction and

conditional indirect effects. *Psychology of addictive behaviors* :journal of the Society of Psychologists in Addictive Behaviors, 28(3), 828–840. 6.

16. Meque, I., Dachew, B. A., Maravilla, J. C., Salom, C., & Alati, R. (2019). Externalizing and internalizing symptoms in childhood and adolescence and their risk of alcohol use disorders in young adulthood: A meta-analysis of longitudinal studies. *The Australian and New Zealand journal of psychiatry*, 53(10), 965–975. 5.

17. Jiménez L. Jurado S. Ansiedad social consumo riesgoso de alcohol en adolescentes mexicanos, *Journal of Behavior, Health & Social Issues*, Volume 6, Issue 1, 2014, Pages 37-50.

18. Raj N, Verthein U, Grundmann J, Lotzin A, Hiller P, Schulte B, Driessen M, Hillemacher T, Scherbaum N, Schäfer M, Schneider B, Schäfer I. Internalizing and externalizing subtypes in female patients with co-occurring post-traumatic stress disorder and substance use disorders. *J Subst Abuse Treat*. 2021 Feb;121:108

19. O'Neil KA, Conner BT, Kendall PC. Internalizing disorders and substance use disorders in youth: comorbidity, risk, temporal order, and implications for intervention. *Clin Psychol Rev*. 2011 Feb;31(1):104-12.

20. Siennick SE, Widdowson AO, Woessner M, Feinberg ME. Internalizing Symptoms, Peer Substance Use, and Substance Use Initiation. *J Res Adolesc.* 2016 Dec;26(4):645-657.

21. Siennick SE, Widdowson AO, Woessner MK, Feinberg ME, Spoth RL. Risk Factors for Substance Misuse and Adolescents' Symptoms of Depression. *J Adolesc Health.* 2017 Jan;60(1):50-56.

22. Matali, J. L., Andión, O., Pardo, M., Iniesta, R., Serrano, E., & San, L. (2016). Adolescents and Dual Diagnosis in a Psychiatric Emergency Service. *Adicciones y Diagnóstico Dual en el Servicio de Urgencias Psiquiátricas.* *Adicciones*, 28(2), 71–79.

23. Palacios-Cruz, L., Arias-Caballero, A., Sotres, F. C., de la Peña-Olvera, F., Aranda, M., Godinez, M., Heinze G. (2013). Asociación de los trastornos externalizados y la edad de inicio en pacientes con trastorno bipolar tipo I y II. *Salud Mental*, 36, 241-251.

24. Hawkins JD, Catalano RF, Miller JY. Risk and protective factors for alcohol and other drug problems in adolescence and early adulthood: implications for substance abuse prevention. *Psychol Bull.* 1992 Jul;112(1):64-105.

25. Salas, F. G. (2018). Caracterización de factores implicados en las conductas de riesgo en adolescentes. *Revista ABRA*, 38(56), 1-16.

26. Aguirre N., Aldana O. Bonilla C. Factores familiares de riesgo de consumo de sustancias psicoactivas en estudiantes de una institución de educación media técnica de Colombia. *Revista de Salud Pública*. 2017; 19, 3-9.

27. Saravia, Juan Carlos, Gutiérrez, César, Frech, Hans, Factores asociados al inicio de consumo de drogas ilícitas en adolescentes de educación secundaria.. *Revista Peruana de Epidemiología [Internet]*. 2014; 18(1):1-7.

28. Klimenko, O., Rodríguez, M, Calderón, A. Prevalencia de consumo de sustancias en los adolescentes entre 13 y 18 años pertenecientes al municipio de Puerto Rico Caquetá. *Katharsis: Revista de Ciencias Sociales*, 2018; (25), 3-18.

29. Trujillo, K. L. G., & Pérez, C. L.. Factores personales, sociales, ambientales y culturales de riesgo de consumo de marihuana en adolescentes. *Psicología y salud*, 2017; 27(2), 141-153.

30. De la Villa M., Rodríguez, F. Ovejero, A. Correlatos psicosociales del consumo de sustancias psicoactivas en adolescentes españoles. *Salud Pública de México*, 2010; 52(5), 406-415.

31. Rojas M, Rodríguez A, Zereceda J, Otiniano F. Abuso de drogas en adolescentes y jóvenes y vulnerabilidad familiar. UNODC. Perú, 2013.

32. Duffy D. Factores de riesgo y factores protectores asociados al consumo de alcohol en niños y adolescentes. *Salud & Sociedad: investigaciones en psicología de la salud y psicología social*, 2014, vol. 5, no 1, p. 40-52.

33. Carmona N, Palomar J. Factores familiares y psicosociales asociados al consumo de drogas en adolescentes. *InteramericanJournal of Psychology*, 2017, vol. 51, no 2, p. 141- 151.

34. Sharon, J. Spillman, S. ReasonsforDrugAbstention: A Study of Drug Use and Resilience. *Journal of PsychoactiveDrugs*, 2011;43 (1), 14-19.

35. Márquez M, et al. Hospital Psiquiátrico Infantil" Dr. Juan N. Navarro": 50 años de atención a la salud mental de niños y adolescentes en México. *salud pública de México*, 2017, vol. 59, no 4, p. 477-484.



36. Wu L-T, Gersing K, Burchett B, Woody GE, Blazer DG. Substance use disorders and comorbid Axis I and II psychiatric disorders among young psychiatric patients: Findings from a large electronic health records database. *J Psychiatr Res.* 2011; 45(11):1453–62.

37. Riese A, Tarr E, Baird J, Alverson B. Documentation of tobacco, alcohol, and drug screening in hospitalized adolescents. *Hosp Pediatr.* 2019;9(9):719–723.

38. Shah V, Watson J. Relationship between substance use and socioeconomic variables in Pennsylvania adolescents: 2009-2017. *Subst Use Misuse [Internet].* 2020; 55(11):1856–66.

ANEXOS



**SALUD**  
SECRETARÍA DE SALUD



**Comité de Investigación, Hospital Psiquiátrico Infantil, "Dr. Juan N. Navarro"**

Ciudad de México, 26 de mayo del 2021

Asunto: dictamen de protocolo I13/05/0920

Resolución No.: HPINN-CI-DA-008-2021

**Dr. Emmanuel I. Sarmiento Hernández**

Presente

Por este medio se informa que este comité, tras haber revisado el protocolo de investigación: **"Estudio comparativo de la eficacia de tres intervenciones psicosociales en la reducción del consumo de sustancias en adolescentes que reciben tratamiento farmacológico para patología dual: Hacia la construcción de un modelo ambulatorio de atención integral"**, con número de registro I13/05/0920, su protocolo ha sido dictaminado como: **aprobado**.

Sin otro particular, hago propicia la ocasión para enviarle un cordial saludo.

Atentamente

Dr. Michel Gutiérrez Ceniceros

Presidente del Comité de Investigación del Hospital Psiquiátrico Infantil "Dr. Juan N. Navarro"

c.c.p. Dr. Emmanuel I. Sarmiento Hernández-Director del hospital-Presente  
Dra. Patricia Zavaleta Ramírez-Jefa de la división de Investigación, HPINN-Presente  
Dra. Laura Fritsche García-Comité de Ética en Investigación, HPINN-Presente  
Archivo, HPINN-Presente





**SALUD**  
SECRETARÍA DE SALUD



## Comité de Bioética de Investigación, Hospital Psiquiátrico Infantil, "Dr. Juan N. Navarro"

Ciudad de México, 15 de marzo del 2022

Asunto: carta de aprobación

Resolución No.: HPIJNN-CEI-DA-03-20

**KAREN ESTIBALIS GÓMEZ SOSA**

TESISTA

Presente

Por medio de la presente, hago constar que he recibido la carta compromiso por el manejo ético de los datos derivados del proyecto de tesis: "**Descripción de la variables clínicas y demográficas de los adolescentes con diagnóstico de patología dual atendidos en el servicio de consulta externa del hospital psiquiátrico Infantil Dr. Juan N Navarro**", con número de registro 113/05/0920/Tb

Por lo que se extiende la presente, de conformidad con el cumplimiento de los lineamientos éticos, en el desarrollo de su proyecto de tesis.

Sin otro particular, hago propicia la ocasión para enviarle un cordial saludo.

Atentamente

**Dra. Laura Fritsche García**

**Presidente del Comité de Ética de Investigación del Hospital Psiquiátrico Infantil "Dr. Juan N. Navarro"**

c.c.p. Dra. Patricia Zavaleta Ramírez-Jefa de la división de Investigación, HPIJNN-Presente  
Archivo, HPIJNN-Presente

