

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



TESIS:

Eficacia del programa de intervención breve en la reducción de consumo de sustancias en adolescentes con patología dual

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

Dra. Iveth Vianey Gaytán Barrera

ASESOR TEÓRICO

A blue ink signature of Dr. Emmanuel I. Sarmiento Hernández, written over a horizontal line.

Dr. Emmanuel I. Sarmiento Hernández

ASESOR METODOLÓGICO

A blue ink signature of Dra. Patricia Zavaleta Ramírez, written over a horizontal line.

Dra. Patricia Zavaleta Ramírez

CIUDAD DE MÉXICO, DICIEMBRE 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:

Iveth Vianey Gaytán Barrera

Correo electrónico: ivethgb@hotmail.com

Asesor metodológico

Dra. Patricia Zavaleta Ramírez

Correo electrónico: zavaletarp@gmail.com

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

Asesor teórico

Dr. Emmanuel Isaías Sarmiento Hernández

Correo electrónico: emmanuel.sarmiento@salud.gob.mx

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

RESUMEN

Antecedentes: El consumo de sustancias durante la adolescencia está relacionado con numerosos resultados negativos, incluida la psicopatología comórbida, bajo rendimiento académico, deficiencias neurocognitivas y problemas interpersonales. Objetivo: Analizar la eficacia del programa de intervención breve en adolescentes (PIBA) + el tratamiento farmacológico en la reducción del consumo de sustancias en adolescentes con patología dual. Material: Se realizó un ensayo clínico aleatorizado, incluyendo pacientes adolescentes del servicio de Preconsulta, a los cuales se les asignó de manera aleatoria dos intervenciones: 1. Tratamiento farmacológico y 2. Tratamiento farmacológico + PIBA, realizándose dos seguimientos post-intervención. Resultados: Se encontró un menor puntaje en la media de los puntajes del ASSIST para el consumo de tabaco al término de la intervención con el programa de intervención breve en adolescentes con patología dual vs tratamiento farmacológico, pero no así para otras sustancias. Conclusiones: el presente estudio son resultados preliminares de una intervención breve y de bajo costo para la reducción del consumo de sustancias. Se requiere aumentar el tamaño de la muestra para continuar evaluando el efecto de la intervención.

Términos MeSH: Patología dual/ Adolescentes/ Trastornos relacionados con sustancias.

ÍNDICE

Índice de tablas y gráficos.....	5
Introducción.....	6
Marco teórico.....	7
Planteamiento del problema.....	16
Justificación.....	16
Hipótesis.....	16
Objetivos.....	16
Material y métodos.....	16
Procedimiento.....	19
Análisis estadístico.....	24
Consideraciones éticas.....	24
Resultados.....	26
Discusión.....	34
Conclusiones.....	35
Limitaciones y recomendaciones.....	36
Referencias.....	37
Anexos.....	41

Índice de tablas y gráficos

Tabla 1. Datos sociodemográficos de los adolescentes participantes.....	26
Tabla 2. Sociodemográficos de la familia.....	28
Tabla 3. Comorbilidades psiquiátricas de acuerdo al autoreporte CADI-N	29
Tabla 4. Comorbilidades psiquiátricas de acuerdo al autoreporte CADI-P.....	29
Tabla 5. Sustancia consumida por participante, especificando intervención implementada....	30
Tabla 6. Medias ASSIST por sustancia de consumo antes y durante el período de seguimiento.....	30
Gráfico 1. Medias marginales estimadas del puntaje ASSIST, inicial, post-intervención y en primer y segundo seguimiento, para cada intervención.....	32

Introducción

La adolescencia constituye un periodo en el cual ciertas disposiciones biológicas promueven la experimentación de rutinas sociales nuevas, ajenas al entorno de influencia inicial del sujeto (familia, escuela), que permiten la consolidación de una identidad y la transición hacia la autonomía en la edad adulta.

El uso de sustancias a menudo comienza durante la adolescencia temprana y continúa aumentando durante la edad adulta, siendo un fuerte predictor del consumo y la dependencia posteriores.

Los estudios de prevalencia demuestran claramente que la comorbilidad psiquiátrica y el trastorno por uso de sustancias es la regla más que la excepción. La comorbilidad se asocia con un consumo más temprano de drogas, un consumo más intensivo y una mayor probabilidad de dependencia, además, tienen una mayor disfunción familiar (incluido el abuso de sustancias por parte de los padres), un menor compromiso escolar y más problemas legales.

De acuerdo a las encuestas nacionales de consumo de drogas en adolescentes, en los últimos años se ha observado en los adolescentes mexicanos un incremento en la cantidad y la frecuencia del consumo de alcohol y drogas ilícitas, en específico de marihuana e inhalables; de manera paralela, la edad de inicio del consumo ha ido disminuyendo.

El aumento de la prevalencia entre los 13 y los 18 años y la fuerte asociación entre el uso temprano de sustancias y el desarrollo posterior del trastorno por uso de sustancias (TUS) destacan la adolescencia como un período clave para las intervenciones.

Durante las últimas dos décadas se han desarrollado tratamientos específicos dirigidos a adolescentes con trastornos por uso de sustancias (TUS). A pesar de estos tratamientos adaptados al desarrollo, las tasas de abstinencia a largo plazo siguen siendo relativamente bajas entre los adolescentes que reciben atención. La investigación durante la última década se ha centrado cada vez más en los adolescentes con trastornos psiquiátricos y por consumo de sustancias comórbidos, en reconocimiento de las barreras causadas por el tratamiento inadecuado de los trastornos psiquiátricos coexistentes.

Por lo que la patología dual en los adolescentes se ha convertido en un problema de salud pública, siendo necesarias las estrategias clínicas que mejoran la respuesta al tratamiento para mejorar los resultados a largo plazo.

Marco teórico

La patología dual se define como la co-ocurrencia o concomitancia entre trastornos por consumo de sustancias con otros trastornos psiquiátricos de forma secuencial o paralela a lo largo del ciclo vital ⁽¹⁾.

El consumo de sustancias durante la adolescencia está relacionado con numerosos resultados negativos, incluida la psicopatología comórbida, bajo rendimiento académico, deficiencias neurocognitivas y problemas interpersonales. ⁽²⁾ El uso de sustancias también está asociado con varias de las principales causas de muerte entre los jóvenes (p. ej., suicidio, lesiones no intencionales, violencia), lo que demuestra una necesidad urgente de brindar servicios efectivos para el uso de sustancias a esta población. ⁽³⁾

Epidemiología

El 64-88% de los adolescentes con trastorno por uso de sustancias tienen al menos uno, y a menudo más de un trastorno psiquiátrico comórbido ⁽⁴⁾.

Los trastornos de externalización más comunes en adolescentes con trastorno por consumo de sustancias son el trastorno de conducta (69%) y el trastorno por déficit de atención/hiperactividad TDAH (28%), mientras que los trastornos de internalización más frecuentes son la depresión (30%) y la ansiedad (38%). Sin embargo, tener tanto un trastorno de internalización como un trastorno de externalización es aún más común (48-77%).

Las interacciones entre los trastornos combinados de internalización y externalización pueden complicar aún más el consumo de sustancias. Los pacientes con trastornos mixtos de internalización y externalización suelen tener un mayor consumo de sustancias, una peor respuesta al tratamiento y mayores tasas de recaída ⁽⁴⁾.

Aproximadamente el 80% de los consumidores de drogas comienzan a consumir durante la adolescencia, lo que subraya la importancia para la salud pública de los programas eficaces de prevención de sustancias para los jóvenes y las familias ⁽⁵⁾. Se estima que aproximadamente el 11% de los adolescentes cumplen criterios diagnósticos de trastorno por uso de sustancias (TUS) antes de los 18 años ⁽⁶⁾.

El alcohol es la sustancia más consumida entre los adolescentes con un 64 %, seguido de la marihuana (45%) y el consumo de cigarrillos (31%) ⁽⁷⁾. Entre los adolescentes que consumen sustancias adictivas, dos tercios (65,1 %) son consumidores de varias sustancias ⁽⁸⁾.

En México, la Encuesta Nacional de Adicciones, realizada en 2011, mostró que en la población con edades entre los 12 y 17 años la prevalencia de cualquier droga ilegal alguna

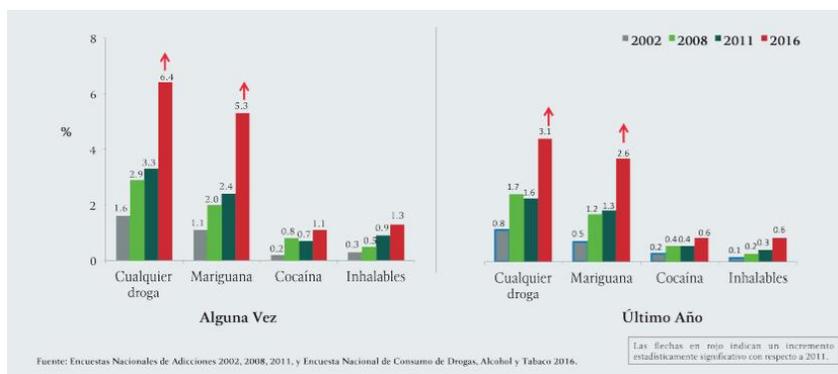
vez en la vida aumentó significativamente, pasando de 1.3% a 2.9% entre los años 2002 y 2011. En este grupo de edad la marihuana fue la droga más consumida (2.4%), seguida de los inhalables y la cocaína (0.9% y 0.7% respectivamente) ⁽⁹⁾.

En el ámbito escolar la encuesta nacional más reciente es la Encuesta Nacional de Consumo de Drogas en Estudiantes 2014 (ENCODE), en donde se reportó una prevalencia de consumo alguna vez en la vida de cualquier droga de 18.6% en los estudiantes hombres de secundaria y bachillerato y de 15.9% para las estudiantes mujeres, de manera que la prevalencia total de consumo fue de 17.2%. Los estados con las prevalencias de consumo alguna vez de cualquier droga significativamente mayores al promedio nacional (17.2%) con la Ciudad de México (25%), Quintana Roo (22%), Estado de México (21.1%) Jalisco (20.1% y chihuahua (19.8%).

Las sustancias de mayor consumo es la marihuana (10.6%; 12.9% para hombres y 8.4% en las mujeres), seguida de los inhalables (5.8%; 5.9% para hombres y 5.8% para mujeres) y los tranquilizantes (3.7%; 3.2% para hombres y 4.3% en las mujeres. Las drogas como el crack y la heroína mantuvieron consumos bajos que van del 1.3% en secundaria hasta 2.2% en bachillerato para crack y del 0.8% en bachillerato al 0.9% para heroína. Por nivel educativo, el consumo de marihuana se triplicó de secundaria a bachillerato 6.1% a 18.1% ⁽¹⁰⁾.

En la última Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco 2016 (ENCODAT), en la población de 12 a 17 años, el consumo de cualquier droga ilegal alguna vez en la vida aumentó de 1.3% en 2002 a 2.9% en 2011. En este grupo de edad, la marihuana fue la droga más consumida (2.4%), seguida de inhalables y la cocaína (0.9% y 0.7% respectivamente). La prevalencia alguna vez de drogas ilegales aumentó significativamente de 2.9% a 6.2%: en el último año de 1.5% a 2.9% y en el último mes, se mantuvo estable (0.9% en 2011, 1.2% en 2016). La marihuana aumentó significativamente tanto en el consumo alguna vez (2.4% a 5.3%) como en el último año (1.3% a 2.6%). La cocaína y los inhalables no tuvieron un crecimiento significativo con respecto a 2011 ⁽¹¹⁾.

Prevalencia de consumo de drogas, población total de 12-17 años



Tratamientos en patología dual

La investigación durante la última década se ha centrado cada vez más en los adolescentes con trastornos psiquiátricos y por consumo de sustancias comórbidos, en reconocimiento de las barreras causadas por el tratamiento inadecuado de los trastornos psiquiátricos coexistentes. Los tratamientos dirigidos a jóvenes con diagnóstico doble ahora se consideran esenciales para mejorar los resultados ⁽⁴⁾.

Tratamiento farmacológico

Hay escasos datos disponibles sobre la efectividad de las intervenciones farmacológicas en jóvenes deprimidos con trastornos por uso de sustancias comórbido, a pesar de la prevalencia y gravedad generalizadas de esta combinación de enfermedades. De hecho, estas poblaciones comórbidas a menudo se excluyen de los ensayos clínicos que investigan la eficacia de los fármacos antidepresivos ⁽¹²⁾.

La fluoxetina es un antidepresivo inhibidor de la recaptación de serotonina específico y es el único tratamiento farmacológico aprobado para el trastorno depresivo mayor (TDM) en niños y adolescentes ^(13,14). La fluoxetina (sola o en combinación con terapia cognitivo conductual) parece ser la mejor opción para el tratamiento agudo del trastorno depresivo moderado a grave en niños y adolescentes ⁽¹⁵⁾.

Los trastornos de ansiedad se encuentran entre las condiciones psiquiátricas más prevalentes en niños y adolescentes. Los datos longitudinales sugieren que los trastornos de ansiedad en los jóvenes predicen una variedad de trastornos psiquiátricos más adelante en la vida, incluidos otros trastornos de ansiedad, trastornos por uso de sustancias y depresión ⁽¹⁶⁾. Desde el punto de vista farmacológico, se ha establecido que los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) son seguros y eficaces para el tratamiento de la ansiedad pediátrica y se consideran los medicamentos de elección para esta población. Las

investigaciones indican que la TCC más la medicación ISRS es el tratamiento más eficaz de la ansiedad para los jóvenes de siete a 17 años, en comparación con la TCC o la medicación sola ^(17,18).

El trastorno por déficit de atención / hiperactividad infantil (TDAH) es un factor de riesgo para el desarrollo de trastornos por abuso y uso de sustancias (TUS) en la adolescencia y la edad adulta (temprana). El TDAH y el TUS también coexisten con frecuencia en los adolescentes que buscan tratamiento, lo que complica el diagnóstico y el tratamiento ⁽¹⁹⁾. Los síntomas del TDAH y sus consecuencias pueden aumentar el riesgo de problemas de adicción, particularmente en aquellos con trastorno oposicionista desafiante y trastorno de conducta concurrentes ⁽²⁰⁾. El tratamiento farmacológico con metilfenidato reduce los síntomas del TDAH en niños y adolescentes, teniendo también un efecto beneficioso sobre la calidad de vida y el comportamiento general ^(21,22).

Intervenciones psicoterapéuticas

Los tratamientos psicosociales se dividen en tres categorías generales: terapia cognitivo-conductual (TCC), entrevistas motivacionales (MI) y enfoques familiares/de sistemas (FSA). Aunque las estrategias y la eficacia de la intervención varían tanto entre estas categorías como dentro de ellas, cada uno ha alcanzado ahora un nivel generalmente aceptado de apoyo empírico para su uso ⁽²³⁾.

Las terapias basadas en la familia involucran a los padres, cuidadores y hermanos en el tratamiento de los TUS de adolescentes. Las terapias familiares son intervenciones bien establecidas y son particularmente eficaces para promover la asistencia al tratamiento y la alianza terapéutica, mientras que otras modalidades de tratamiento solo han mostrado un éxito mixto en estas áreas. Evidencia reciente ha confirmado que la utilización de estrategias como la supervisión de los padres y el manejo del comportamiento, la promoción de relaciones positivas y el fomento de la autorregulación y el manejo del estrés, son eficaces para tratar el consumo de sustancias en los adolescentes a través de enfoques basados en la familia ^(24,25).

La Terapia Familiar Multidimensional (MDFT) es un tratamiento psicosocial que aborda de manera integral los factores individuales, familiares y ambientales que contribuyen al uso de sustancias y problemas relacionados. Se ha encontrado que la MDFT es comparable o favorable en comparación con una amplia variedad de modalidades de tratamiento y que es

más beneficiosa entre los jóvenes con TUS graves. La evidencia continúa sugiriendo que las intervenciones basadas en la familia están bien establecidas y son de primera línea en el tratamiento de los TUS de los adolescentes ^(25,26).

La terapia cognitivo-conductual (TCC) es una modalidad de tratamiento psicosocial destinada a enseñar a las personas cómo modificar pensamientos y comportamientos problemáticos. La TCC es eficaz porque los pensamientos, los comportamientos y los estados de ánimo están interconectados, y al proporcionar a los adolescentes herramientas para mejorar los procesos de pensamiento o los comportamientos problemáticos, a menudo se obtienen mejoras en el estado de ánimo y los resultados deseables del uso de sustancias. La TCC está bien establecida como tratamiento para el consumo de sustancias en adolescentes, tanto en formato individual como grupal. La TCC sigue siendo un tratamiento independiente eficaz para el TUS de los adolescentes ^(25, 27).

La entrevista motivacional (MI) es un enfoque conceptualmente distinto que se combina con frecuencia con la TCC. El estilo terapéutico de MI tiene como objetivo aumentar la motivación para cambiar el comportamiento. Emplea un modo de discusión sin confrontación y validado pero directivo que se esfuerza por mejorar el deseo y la autoeficacia alineando los objetivos relacionados con las sustancias de los pacientes con sus valores más amplios. La motivación para cambiar es claramente muy importante en el tratamiento del TUS y debe ser un objetivo en el desarrollo de intervenciones mejoradas para trastornos concurrentes ⁽²³⁾.

Si bien la entrevista motivacional independiente puede ser insuficiente para el tratamiento de diagnóstico dual, puede ayudar a aumentar la motivación para el tratamiento y se ha demostrado que es útil junto con otras terapias, en particular la TCC ^(4, 28).

Terapia psicosocial multicomponente. La evidencia reciente continúa apoyando los tratamientos psicosociales multicomponente, ya que las combinaciones de terapia basada en la familia, terapia cognitivo-conductual, entrevistas motivacionales y manejo de contingencias se pueden utilizar de manera efectiva para tratar los TUS de adolescentes. Las combinaciones de terapia de mejora de la motivación y la TCC son intervenciones bien establecidas para el tratamiento de adolescentes ⁽²⁵⁾.

A pesar del desarrollo reciente de varias modalidades de tratamiento que se ha encontrado para tratar simultáneamente a jóvenes con diagnóstico doble, hay pocos informes de modelos integrales que incorporen dosis completas de varias modalidades, aunque esto se ha propuesto en la literatura ⁽⁴⁾.

Programa de Intervención Breve para adolescentes (PIBA)

El Programa de Intervención Breve para adolescentes (PIBA), constituye una respuesta ante la demanda de tratamientos especializados para el abuso de sustancias de jóvenes en México, su objetivo es reducir el patrón de consumo y los problemas relacionados en estudiantes de secundaria y preparatoria que inician un consumo abusivo de drogas. La efectividad del PIBA como tratamiento contra el consumo de sustancias adictivas en adolescentes se ha reportado en diversos estudios a lo largo de más de diez años de investigación y considerando estos resultados, el CENADIC ha publicado el manual de intervención en varias ocasiones.

El PIBA, es un tratamiento cognitivo-conductual para jóvenes que consumen alguna sustancia adictiva como el alcohol, la marihuana, la cocaína y los inhalables; que reportan problemas relacionados y que no presentan dependencia hacia la droga. Este programa tiene como fundamento la Teoría del Aprendizaje Social (Bandura, 1986) y su objetivo es promover un cambio en el patrón de consumo de sustancias y mantener dicho cambio con la intención de evitar al máximo los problemas de salud y personales asociados con el consumo de alcohol y drogas.

Dentro de la información que se maneja en el programa se incluye: La evaluación del patrón de consumo, así como de los problemas asociados, el nivel de autoeficacia, las situaciones de consumo y el nivel de riesgo del adolescente. La retroalimentación personalizada sobre las consecuencias del abuso de sustancias.

Las seis sesiones de tratamiento en forma individual en las cuales se realizan diferentes ejercicios con base en los siguientes tópicos: 1. Aprendiendo a comunicarme. 2. Balanza de cambio. 3. Situaciones de riesgo. 4. Planes de acción. 5. Metas de vida. 6. Cruzando la meta. Cabe señalar que El Programa de Intervención Breve para adolescentes está dirigido a jóvenes de entre 14 y 18 años de edad, que inician el consumo abusivo de alguna droga (alcohol, cocaína, marihuana e inhalables), que reportan problemas relacionados con su consumo (peleas, resaca, accidentes etc.), y que no presentan dependencia hacia la droga (29).

Antecedentes de resultados obtenidos con la Prueba de intervención breve para adolescentes

Se realizó un estudio cuya selección de la muestra fue no probabilística, la edad promedio de los usuarios fue de 16 años ($DE = 1.8$); siendo 19 hombres y 6 mujeres. De los 25 sujetos, 17

consumían alcohol y 8 mariguana. 24 de los participantes mostraron una disminución en el patrón de consumo (cantidad y frecuencia de consumo), al comparar las mediciones de los datos recabados en las fases de línea base, tratamiento y seguimiento. Así mismo, se midieron cambios en el nivel de auto-eficacia (percepción de la capacidad de los sujetos para controlar sus situaciones de consumo), es decir, al finalizar el tratamiento los adolescentes se percibieron a sí mismos con mayor capacidad para controlar la cantidad de consumo en situaciones de riesgo. Además, al final del tratamiento los sujetos reportaron una reducción del número de problemas relacionados con su consumo ⁽³⁰⁾.

Otro estudio evaluó el efecto de dos modalidades de intervención breve sobre el patrón de consumo de alcohol en adolescentes pertenecientes a zonas urbanas y rurales del Estado de Aguascalientes, México. Para ello se realizó un Ensayo Clínico Aleatorizado con tres condiciones experimentales: Programa de Intervención Breve para Adolescentes PIBA (n=20), consejo breve (CB) (n=20) y grupo control en lista de espera (n=18), realizando seguimientos a los tres y seis meses, en adolescentes de 14 a 18 años de edad. El PIBA tuvo una duración de 5 sesiones y el consejo breve una sesión. Los adolescentes que recibieron el PIBA o el CB disminuyen significativamente su patrón de consumo de alcohol en comparación con los adolescentes que conformaron los grupos de control. El 90% de los que recibieron el PIBA y el 65% de los que recibieron el CB, a los seis meses de seguimiento, sus consumos fueron clasificados como de bajo riesgo ⁽³¹⁾.

Se realizó un estudio entre los años 2007 y 2011; participaron 70 adolescentes con consumo de alcohol que concluyeron un programa de intervención breve; 39 recibieron el Programa de Intervención Breve (PIBA) y 31 el Consejo Breve (CB). La muestra se obtuvo en escuelas secundarias y bachillerato de Aguascalientes, a partir de un proceso de aleatorización de un total de 98 adolescentes que recibieron el PIBA y de 82 que recibieron el CB. La edad promedio de los participantes fue de 16.2 años ($DE=0.92$); 31 hombres y 39 mujeres; 47 fueron participantes rurales y 23 urbanos. El 80% de los participantes eran estudiantes y 20% estudiaba y trabajaba. Se logró identificar tres tipos de estrategias para enfrentar situaciones de consumo en un grupo de adolescentes que terminaron un programa de intervención breve (PIBA o CB), siendo estas cognitivas, conductuales y emotivas. Lo cual mostró que, aun cuando se presentan recaídas, es posible que los adolescentes tomen decisiones que los alejen del consumo abusivo, logrando una moderación del mismo, e incluso, en algunos casos, la abstinencia ⁽³²⁾.

Entre el 2010 y el 2014 se realizó un estudio en el Centro de Prevención en Adicciones Dr. Héctor Ayala Velázquez (CPAHAV), en donde participaron 60 usuarios consumidores de sustancias de entre 16 y 20 años de edad, de ambos sexos, habitantes de la Ciudad de México. Se aplicó una evaluación previa y posterior al estímulo o intervención breve, a fin de medir el cambio en las variables dependientes. La muestra se obtuvo por conveniencia y de manera no aleatoria. Al comparar la preintervención vs. el seguimiento, se encontró que los adolescentes que participaron en el PIBA mantuvieron una reducción en su patrón de consumo (cantidad, frecuencia y tiempo de abstinencia) de alcohol, mariguana e inhalables; con los siguientes resultados: de los consumidores de alcohol, 69.2% mantuvo un consumo sin riesgo, respecto a la mariguana 83.3% reportó abstinencia o un consumo de bajo riesgo en el seguimiento, de los consumidores de inhalables, el 60% logró la abstinencia. Así mismo disminuyeron los problemas asociados con el consumo; e incrementaron su nivel de autoeficacia percibida. La mejoría fue mayor en quienes concluyeron la intervención breve que en quienes no terminaron todas las sesiones ⁽³³⁾.

Finalmente reducir o eliminar el consumo de sustancias en esta etapa temprana podría tener implicaciones significativas a largo plazo; sin embargo, los esfuerzos solo han sido moderadamente efectivos, con hasta un 86 % de jóvenes que vuelven a consumir dentro de los 12 meses posteriores al tratamiento ⁽³⁾.

Comprender los factores de riesgo y resiliencia, la neurobiología subyacente y las intervenciones óptimas sensibles al desarrollo es fundamental para abordar los problemas asociados con las sustancias en la adolescencia ⁽³⁴⁾.

El tratamiento adecuado de la comorbilidad psiquiátrica y la mejora del funcionamiento social, económico y familiar conducen a mejores resultados del tratamiento. El desarrollo de técnicas específicas para mejorar la autoeficacia, la motivación, las habilidades de afrontamiento y el funcionamiento en la comunidad son ejemplos concretos de cómo la identificación de factores asociados con resultados positivos ha llevado al desarrollo de nuevos tratamientos ⁽³⁵⁾.

Planteamiento del problema

La patología dual en los adolescentes se ha convertido en un problema de salud pública, las estrategias clínicas que mejoran la respuesta al tratamiento son necesarias para los resultados a largo plazo. La combinación de farmacoterapias con intervenciones psicosociales basadas en la evidencia puede ser una estrategia eficaz. Para ello se decide realizar un estudio en pacientes de Hospital Psiquiátrico Infantil con diagnóstico de patología dual. Con la finalidad de dar respuesta a la siguiente pregunta: ¿El programa de intervención breve en adolescentes (PIBA) es eficaz en la reducción de consumo de sustancias en adolescentes con patología dual?

Justificación

Los trastornos por uso de sustancias a menudo ocurren junto con una amplia gama de otros problemas mentales y de comportamiento. La alta tasa de trastornos concurrentes ha desafiado a los médicos y las instalaciones de tratamiento a buscar nuevos enfoques para integrar mejor los servicios de salud mental y abuso de sustancias en los regímenes de tratamiento. En el caso de los adolescentes con patología dual no se cuenta con intervenciones integrales para el manejo de dicha patología, lo cual ha condicionado que su evolución clínica sea tórpida. Por lo tanto es de crucial importancia buscar un modelo de intervención eficaz en el manejo de la patología dual. Para ello se decide evaluar la eficacia del programa de intervención breve en adolescentes en usuarios con riesgo moderado y alto de consumo según el ASSIST que a su vez tienen comórbido el diagnóstico de un trastorno mental. Si bien el PIBA no está dirigido para pacientes con estas características, se decide implementar como parte de la búsqueda de un tratamiento integral para los pacientes con patología dual.

Hipótesis alterna

El programa de intervención breve en adolescentes (PIBA) + el tratamiento farmacológico son eficaces para la reducción del consumo de sustancias en adolescentes con patología dual.

Hipótesis nula

El programa de intervención breve en adolescentes (PIBA) + el tratamiento farmacológico no son eficaces para la reducción del consumo de sustancias en adolescentes con patología

dual.

Objetivo general

Analizar la eficacia del programa de intervención breve en adolescentes (PIBA) + el tratamiento farmacológico en la reducción del consumo de sustancias en adolescentes con patología dual.

Material y métodos

Diseño de estudio: Experimental, longitudinal, prospectivo. Ensayo clínico aleatorizado con intervención de 6 semanas.

Muestra: Por conveniencia.

Desenlace: Eficacia del tratamiento evaluado a través de reducción de ≥ 10 puntos frecuencia de uso de sustancias total de la escala ASSIST.

Tamaño de la muestra: Se utilizó un cálculo de muestra para comparación de medias relacionadas utilizando el programa Epidat versión 4.2, obteniendo 20 sujetos para cada grupo. Considerando una pérdida del 20%, se consideraron necesarios 24 sujetos en cada grupo de tratamiento. Sin embargo, solo se recolectaron 11 pacientes, uno de ellos fue excluido por no terminar las evaluaciones.

Criterios de inclusión

- Edad 14 a 17 años, libre de tratamiento farmacológico por un mes previo a iniciar el estudio
- Hombres y mujeres.
- Diagnóstico Psiquiátricos: Trastornos de Ansiedad, Trastornos afectivos de tipo depresivos unipolar y Trastorno por déficit de atención e hiperactividad.
- Escala ASSIST con categoría de consumo de sustancias moderado o alto para: cannabis, alcohol, tabaco, cocaína, inhalantes.
- Aceptar tratamiento farmacológico.
- Disponibilidad para participar en el estudio durante 6 semanas y luego una vez al mes durante 2 meses.
- Que sepa leer y escribir.
- Escolaridad mínima primaria.

Criterios de exclusión

- Trastorno psicótico actual
- Trastorno bipolar
- Trastorno disocial grave en conflicto con la ley
- Ideación suicida actual o intento suicida en el último mes.
- Agitación psicomotora actual
- Auto y heteroagresividad actual

Criterios de eliminación

- Inasistencia $\geq 50\%$ de las sesiones de la intervención
- Llenado incompleto de instrumentos al inicio o al finalizar la intervención

Cuadro de operacionalización de variables

Nombre de la variable	Definición Conceptual	Tipo de Variable	Escala de medición	Definición operacional	Indicador
Patología dual	Se define como la co-ocurrencia o concomitancia entre trastornos por consumo de sustancias con otros trastornos psiquiátricos de forma secuencial o paralela a lo largo del ciclo vital.	Independiente	Cualitativa nominal	Cuestionario de Asignación Diagnóstica para Niños (CADI-N). Cuestionario de Asignación Diagnóstica para Padres (CADI-P). Indicadores de dependencia DSM-5.	Con patología dual. Sin patología dual.

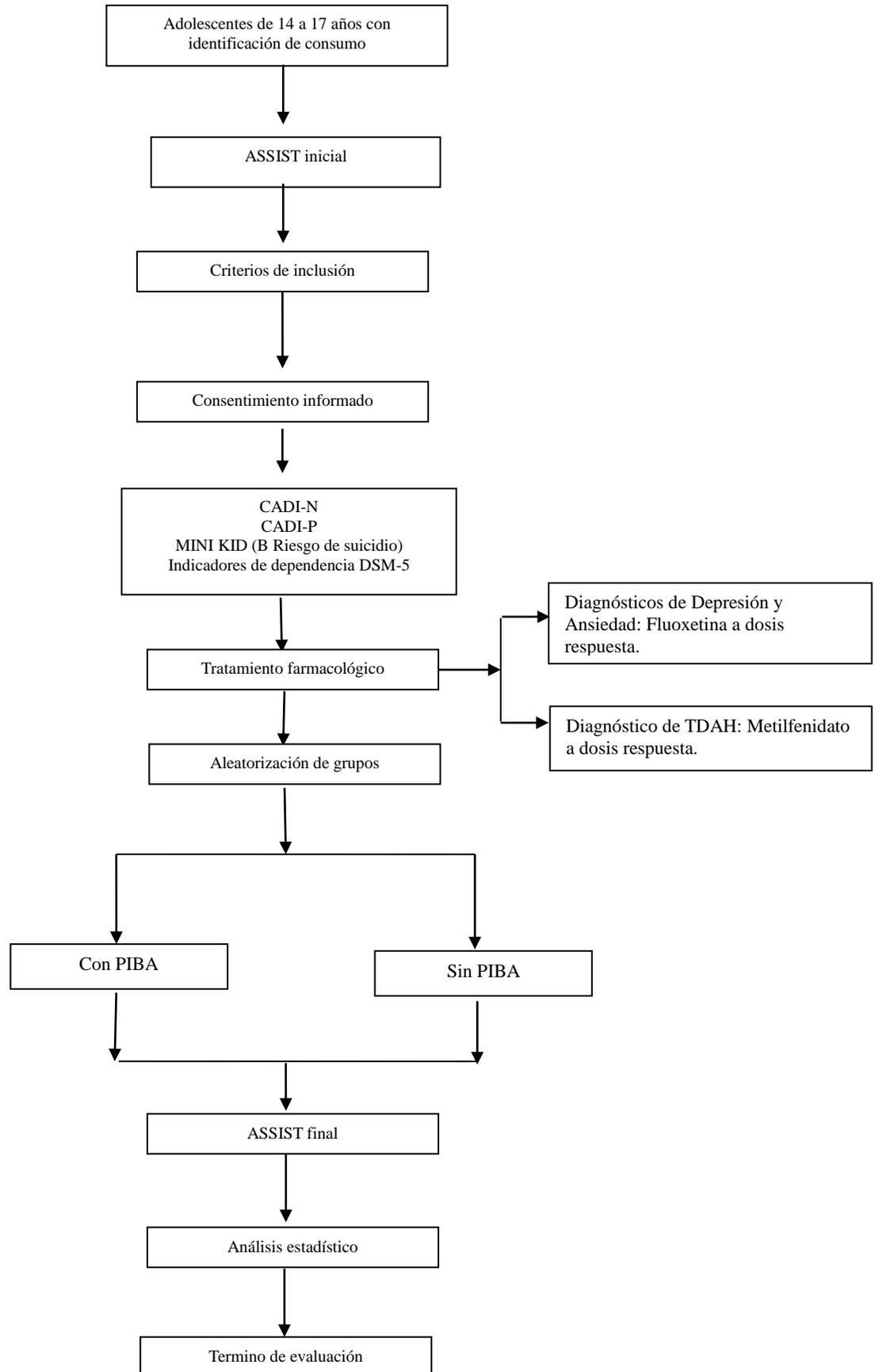
<p>Tipo de tratamiento recibido</p>	<p>Conjunto de medios (higiénicos, dietéticos, farmacológicos, quirúrgicos o físicos) que se ponen en práctica para curar o aliviar una enfermedad. Puede ser</p>	<p>Independiente</p>	<p>Cualitativa nominal</p>		<p>Tratamiento farmacológico. Tratamiento farmacológico. + PIBA.</p>
<p>Nivel de riesgo para consumo de sustancias</p>	<p>Es un cuestionario que indica la puntuación de riesgo para cada sustancia que el usuario informa haber consumido. La puntuación obtenida permite clasificar a los individuos según el nivel de riesgo y en cada caso se determina la intervención</p>	<p>Dependiente</p>	<p>Cuantitativa De razón</p>	<p>Prueba de detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias ASSIST</p>	<p>Riesgo bajo (0-3 puntos) Riesgo moderado (4-26 puntos) Riesgo alto (27 o + puntos)</p>

Procedimiento

1. Se obtuvo aprobación del proyecto de tesis por parte del Comité de Ética en Investigación y del Comité de Investigación del Hospital Psiquiátrico Infantil Dr. Juan N. Navarro.
2. Se seleccionaron pacientes con consumo de sustancias y un trastorno psiquiátrico en el servicio de Preconsulta.
3. Se aplicó la prueba de detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias (ASSIST) para evaluar el grado de riesgo de consumo de sustancias, se invitó a participar en protocolo a los usuarios con riesgo moderado-alto.
4. Se explicaron los objetivos del estudio, posibles beneficios y posibles riesgos y molestias, y se otorgó el consentimiento y asentimiento informado para su firma.
5. Se aplicaron los siguientes instrumentos: CADI-N, CADI-P, Indicadores de dependencia del DSM-5, con la finalidad de identificar trastornos mentales en los adolescentes y su gravedad.
6. La muestra se dividió en dos grupos de manera aleatoria, al primer grupo se le inició únicamente tratamiento farmacológico, al segundo grupo se le inició tratamiento farmacológico y la intervención psicoterapéutica con la Prueba de intervención breve en adicciones (PIBA) la cual constó de 6 sesiones, una por semana.
7. Al final de ambas intervenciones se aplicó nuevamente la prueba de detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias (ASSIST), para valorar la disminución en las medias de consumo para cada grupo.
8. Se realizaron 2 seguimientos, a la semana 10 y 14.

Se anexa oficio de aprobación del Comité Investigación.

Diagrama de flujo



Cronograma

ACTIVIDAD/TIEMPO	Abril- Junio 2021	Julio 2021	Agosto 2021- Enero 2022	Febrero- marzo 2022	Abril- Julio 2022
INICIO ELABORACIÓN DE PROTOCOLO	Y xxxxxxx				
REVISIÓN OBTENCIÓN DE APROBACION	Y	xxxxxxxxxxxxx			
SELECCIONAR PARTICIPANTES			xxxxxxxxxxxxx		
COLECCIÓN DE DATOS			xxxxx	xxxxx	
ANÁLISIS DE DATOS				xxxxx	
REDACCIÓN FINAL DE TESIS					xxxxx

Instrumentos de medición

-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 de la Prueba ASSIST y del Test de Identificación de los Trastornos Debidos al Consumo de Alcohol (AUDIT) ($r=0.50$), Fagerström ($r=0.61$) y el Cuestionario de uso de drogas (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 a la 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 (Humenuik et al., 2008).

-Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI-KID). Entrevista altamente estructura de rápida aplicación, desarrollada por Sheehan et. al, (1998) y validada al español en el módulo de externalizados por De la Peña y Colaboradores (2009). Evalúa 30 trastornos psiquiátricos de niños y adolescentes de acuerdo con el Manual diagnóstico y Estadístico para los Trastornos Mentales en su cuarta edición y la Clasificación Internacional de las Enfermedades en su décima Edición (CIE-10). Los niños se entrevistan juntos, aunque la pregunta va dirigida al niño y enseguida el clínico pregunta al papá en caso de requerir aclarar la respuesta. Está organizado por módulos, se utilizó el módulo B para evaluar el riesgo de suicidio de por vida y el riesgo suicida actual.

-Cuestionario de Asignación Diagnóstica para Padres (CADI-P). Es un instrumento diagnóstico que permite evaluar la gravedad de los trastornos. La muestra de validación incluyó a 526 niños y adolescentes en quienes uno de sus padres contestó el CADI-P. Se conformaron en dos grupos según su procedencia: Muestra Clínica (N=39, 79.5 % del sexo masculino, edad promedio de 11.8 años) y Muestra Comunitaria (N=487, 41.8% del sexo masculino, edad promedio 9.8 años). La consistencia interna para la muestra comunitaria fue de $\alpha = 0.91$, para la muestra clínica fue de $\alpha = 0.92$ y para el total de la muestra fue de $\alpha = 0.93$. En general los valores de α fueron mayores en la muestra clínica, los valores más

altos correspondieron a los del TDAH Combinado, Trastorno de Conducta y Trastorno Negativista Desafiante ($\alpha = 0.87$). Los puntajes promedio del cuestionario fueron mayores en todas las subescalas diagnósticas de la muestra clínica ($p < .0001$). Todos los diagnósticos fueron más frecuentes en el grupo clínico. El CADI-P tiene una adecuada consistencia interna, y validez discriminante y de criterio. (Tapia Guillén, et.al., 2018).

-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. Es un instrumento con excelentes datos psicométricos tanto en la consistencia interna, validez discriminante y validez de criterio.

- Indicadores de dependencia DSM-5. Es un cuestionario de indicadores de dependencia, el cual consta de 11 preguntas, las cuales miden la tolerancia a la sustancia, síndrome de abstinencia, consecuencias negativas relacionadas con el consumo y tiempo que dedica el adolescente a actividades relacionadas con el consumo. Como estimación general de gravedad, se considera que un trastorno es leve si se presentan 2 o 3 síntomas, moderado si tiene 3 o 4 síntomas, y es grave a partir de 6 o más síntomas.

- Auto-registro de consumo de alcohol y otras drogas. Formato en donde el sujeto reporta de manera prospectiva el día de consumo, número de tragos consumidos o cantidad de droga consumida, así como situación relacionada con el consumo.

Análisis estadístico

Para la descripción y comparación de las variables sociodemográficas por grupos de intervención se utilizaron promedios, desviaciones estándar y proporciones. Se usó la prueba t de student para comparar las variables continuas y χ^2 para las variables categóricas.

Se realizó la prueba de normalidad de Shapiro Wilk (utilizada en muestras menores a 50) en todas las mediciones del ASSIST; se encontró un valor de p mayor a 0.05, es decir sin significancia estadística, siendo este un indicador de distribución normal de los datos.

Para comparar las medias de los puntajes del ASSIST entre grupos se realizó prueba t de student de grupos independientes, para cada una de los tiempos de medición. No fue posible realizar un análisis de comparación múltiple debido a que el tamaño de muestra es pequeño. El análisis estadístico se realizó con el programa SPSS, versión 18. Se estableció el valor de p estadísticamente significativo en 0.05.

Consideraciones éticas

La bioética es la rama de la ética aplicada que reflexiona, delibera y hace planteamientos normativos y de políticas públicas para regular y resolver conflictos en la vida social, especialmente en las ciencias de la vida, así como en la práctica y en la investigación médica que afecten la vida en el planeta, tanto en la actualidad, como en futuras generaciones.

La investigación con seres humanos conlleva riesgos, esto hace necesario garantizar condiciones éticamente aceptables en la producción de conocimiento, considerando que el marco legal no es suficiente para elucidar o resolver los conflictos de orden moral o ético que se presentan en la actividad científica.

Toda investigación que involucre seres humanos debe llevarse a cabo de acuerdo con normas éticas universalmente reconocidas.

Los principios éticos que se cuidaron durante la investigación fueron:

Respeto a la autonomía. El respeto a la autonomía reconoce la capacidad de las personas para la toma de decisiones. Para asegurarse de ello se proporcionó una descripción comprensible de los procedimientos de investigación, propósito, riesgos y beneficios del estudio.

Beneficencia y no maleficencia

Estos principios están contenidos en el imperativo ético de maximizar los posibles beneficios y minimizar los daños o riesgos potenciales. Se identificaron factores clínicos y

sociodemográficos asociados a conductas suicidas, haciendo énfasis que durante el proceso no resultaron perjudicados los participantes, respetándose sus derechos fundamentales.

Justicia. El principio de justicia comprende la equidad e igualdad. Los participantes que cumplían con criterios de inclusión pudieron participar, previa descripción de protocolo y firmando consentimiento informado.

El protocolo fue sometido a revisión por el Comité de INVESTIGACIÓN Y EL DE ÉTICA en Investigación, considerándose que:

La investigación en seres humanos debe tener valor científico o social, y en consecuencia, ayudar a mejorar la salud o bienestar de la población, en el presente estudio se busca evaluar la efectividad del tratamiento farmacológico + la prueba de intervención breve en adiciones en el manejo de pacientes con patología dual.

La identificación y selección de los sujetos de investigación fue equitativa y con fines de investigación.

Se proporcionaron los riesgos y beneficios, explicándose que el presente estudio se considera de riesgo mínimo.

Se hizo énfasis en la protección de su privacidad y la posibilidad de retirarse del estudio sin ninguna repercusión en su estancia hospitalaria.

Finalmente se proporcionó el consentimiento informado en donde aceptaban y autorizaban su participación.

De acuerdo a las definiciones ya descritas se realizó el ASSIST al inicio y al término de la intervenciones, se integraron de grupos de manera aleatoria, a ambos se les proporcionará tratamiento farmacológico y a uno de ellos se les realizará el PIBA, respetando los principios bioéticos de autonomía, beneficencia y no maleficiencia, y justicia.

Cabe señalar que el presente estudio no tuvo costo para el participante y su finalidad fue mejorar la salud y el bienestar de los pacientes de nuestra institución.

De acuerdo al reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud, Título segundo, capítulo I, sobre los Aspectos Éticos de la Investigación en Seres Humanos el presente estudio se consideró de riesgo mayor que el mínimo.

Se anexa aprobación de Comité de ética.

Resultados

Tabla 1. Datos sociodemográficos de los adolescentes participantes.

	Intervención Farmacológica		Intervención Farmacológica + PIBA		<i>Pba. Estadística</i>	<i>p</i>
	n	%	n	%		
Sexo						
Masculino	4	80%	1	20%	FE	0.20
Femenino	1	20%	4	80%		
Ocupación						
Estudiante	0	0	4	80%	FE	0.01
Trabajo	1	20%	1	20%		
Sin ocupación	4	80%	0	0		
Asistencia escolar						
Sí	0	0	5	100%	FE	0.008
Desempeño escolar						
Muy bueno	0	0	1	20%	FE	0.46
Bueno	1	20%	0	0		
Regular	2	40%	1	20%		
Malo	2	40%	3	60%		
Tipo de familia						
Monoparental	1	20%	3	60%	FE	0.15
Biparental	4	80%	1	20%		
Extendida	0	0	1	20%		
Escolaridad Padre						
Primaria incompleta	1	20%	0	0	FE	0.61
Secundaria	1	20%	1	20%		
Preparatoria completa	1	20%	2	40%		
Preparatoria incompleta	1	20%	2	40%		
Licenciatura incompleta	1	20%	0	0		
Escolaridad Madre						
Primaria completa	1	20%	1	20%		
Secundaria completa	2	40%	1	20%		
Secundaria incompleta	1	20%	2	40%		

Licenciatura completa	1	20%	1	20%	FE	0.88
Padre consume						
Sí	3	60%	3	60%	FE	1.0
No	2	40%	1	20%		
Madre consume						
Sí	1	20%	3	60%	FE	0.52
No	3	60%	2	40%		
Cuidador primario						
Padre	1	20%	0	0	FE	0.09
Madre	4	80%	2	40%		
Abuelo	0	0	3	60%		
Ocupación cuidador primario						
Hogar	2	40%	2	40%	FE	1.0
Trabajo remunerado	3	60%	3	60%		
Ingreso mensual						
\$ 0- 4,999	1	10%	2	20%	FE	0.28
\$ 5,000- 9.999	2	20%	3	30%		
\$ 10,000- 15,000	2	20%	0	0		

Abreviaturas. PIBA: Programa de intervención breve para adolescentes.

En el presente estudio participaron 10 adolescentes de 13 a 17 años de edad, 5 mujeres y 5 hombres, con consumo de sustancias de leve a grave según la escala de ASSIST. Se dividieron en dos grupos de estudio de manera aleatoria, quedando en cada uno 5 participantes. El grupo de intervención farmacológica + PIBA tuvo un mayor número de participantes mujeres (n=4), mientras que el grupo de solo intervención farmacológica estuvo conformado en su mayoría por hombres (n=4). Se encontraron diferencias estadísticamente significativas en la ocupación de los adolescentes, ya que en el grupo de intervención farmacológica el total de los participantes (n=5) no acudían a la escuela, mientras que en el grupo de intervención con PIBA 4 de 5 estaban asistiendo a la escuela (p=0.008). En cuanto al tipo de familia, el grupo de intervención farmacológica la mayoría eran familias biparentales (n=4), mientras que en el grupo de intervención con PIBA la mayoría eran familias monoparentales (n=4).

Respecto a las características sociodemográficas de los padres, se identifica que la edad y el nivel educativo del padre son mayores, ya que 60% (n=6) de las madres tienen como escolaridad máxima secundaria, mientras que los padres el 60% (n=6) tiene la preparatoria. Identificándose a la par que, 60% (n=6) de los padres consumen sustancias psicoactivas, en comparación con el 40% (n=4) de las madres, haciendo énfasis en que tanto la madre como el padre en el grupo con intervención con PIBA, el consumo es mayor, con 60% respectivamente, además de que el 60% (n=3) de los usuarios tienen como cuidador primario al abuelo (a). Respecto a los ingresos mensuales, el 30% tenía ingresos por debajo de los \$4,999, mientras que el 50% de las familias percibía un ingreso de \$5,000- \$9.999 al mes.

Tabla 2. Características demográficas de las familias

Variable	Intervención Farmacológica n=5		Intervención Farmacológica + PIBA n=5		p
	Media	DE	Media	DE	
Edad caso	16	0.66	15.06	1.5	0.07
Años de estudio del caso	9.0	1.2	9.8	1.9	0.45
Número de integrantes de la familia	5.2	1.3	3.4	1.5	0.07
Número de hermanos	2.4	0.89	1.2	1.0	0.09
Edad del padre	43.6	2.3	43	10.9	0.90
Edad de la madre	39.4	4.3	40.4	7.9	0.81

La tabla dos muestra las características demográficas de las familias, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los grupos de intervención para la edad y años de estudio del caso, la edad del padre y de la madre, y en el número de integrantes de la familia.

Tabla 3. Comorbilidades psiquiátricas de acuerdo al autoreporte CADI-N.

Sujeto	Anorexia	Atracones	TDAH	TAG	TDM	T. Conducta	T. Negativista desafiante	TEPT	T. Explosivo intermitente	T. Insomnio
1				X	X		X	X		X
2			X		X	X	X			
3				X	X					
4		X	X	X	X		X			X
5			X	X	X		X	X		
6		X		X	X					X
7		X		X	X					
8	X		X	X	X	X	X	X		X
9		X	X	X	X	X	X		X	
10		X		X	X	X				X

Abreviaturas. TDAH Trastorno por déficit de atención e hiperactividad, TAG: Trastorno de ansiedad generalizada, TDM: Trastorno depresivo mayor, TEPT: Trastorno de estrés postraumático.

De acuerdo al cuestionario CADI-N, el 100% de los usuarios tuvo como diagnóstico Trastorno depresivo mayor, el 80% con Trastorno de ansiedad generalizada, siendo el tercer diagnóstico más frecuente el Trastorno negativista desafiante con un 60%.

Tabla 4. Comorbilidades psiquiátricas de acuerdo al reporte de los padres (CADI-P).

Sujeto	Anorexia	Atracones	TDAH	TAG	TDM	T. Conducta	T. Negativista desafiante	TEPT	T. Explosivo intermitente	T. Insomnio
1				X	X		X			X
2				X	X	X	X			X
3			X	X	X	X	X	X		
4		X	X	X	X					
5			X	X	X	X	X			
6		X	X	X	X	X	X	X	X	X
7				X	X					
8	X			X	X	X	X			
9				X	X		X			X
10			X	X	X			X		X

Abreviaturas. TDAH Trastorno por déficit de atención e hiperactividad, TAG: Trastorno de ansiedad

generalizada, TDM: Trastorno depresivo mayor, TEPT: Trastorno de estrés postraumático.

Lo cual también se vio reflejado en el cuestionario CADI-P, en donde los tres principales diagnósticos son el Trastorno depresivo mayor 100%, trastorno de ansiedad generalizada 100% y el trastorno negativista desafiante con un 70%.

Tabla 5. Sustancia consumida por participante, especificando intervención implementada.

Sujeto	Intervención	Tabaco	Alcohol	Cannabis	Cocaína	Anfetaminas	Solventes	Tranquilizantes	Alucinógenos	Total
1	Farmacológica	x	x	x	x			x	x	6
2	PIBA + Farmacológica	x	x	x						3
3	Farmacológica	x	x							2
4	Farmacológica	x	x	x	x	x				5
5	PIBA + Farmacológica	x	x	x		x	x			5
6	Farmacológica	x	x	x	x			x	x	6
7	PIBA + Farmacológica	x	x	x	x	x		x	x	7
8	PIBA + Farmacológica	x	x	x		x	x	x	x	7
9	PIBA + Farmacológica	x	x	x	x	x	x	x	x	8
10	Farmacológica	x	x	x	x	x	x	x	x	8

En la presente tabla podemos ver el número de sustancias que consumían cada uno de los participantes, identificando una media de consumo para el grupo farmacológico de 5.4 sustancias, con un mínimo de 2 y un máximo de 8, mientras que para el grupo de intervención farmacológica + PIBA, la media de consumo es de 6 sustancias, con un mínimo de consumo de 3 y un máximo de 8.

Tabla 6. Medias ASSIST por sustancia de consumo antes y durante el período de seguimiento

Variable	Intervención farmacológica		Intervención farmacológica + PIBA		Pb (g/l)	Valor p
	Media	DE	Media	DE		
Tabaco (n=10)						
- Basal	20.6	8.0	13.6	7.4	t (8)= -1.4	0.19
- 6 semanas	20.4	8.5	8.2	8.1	t (8)= -2.31	0.04
- 10 semanas	15.8	9.7	6.8	7.7	t (8)= -1.6	0.14
- 14 semanas	14	11.8	7.6	7.7	t(8)= -1.01	0.34

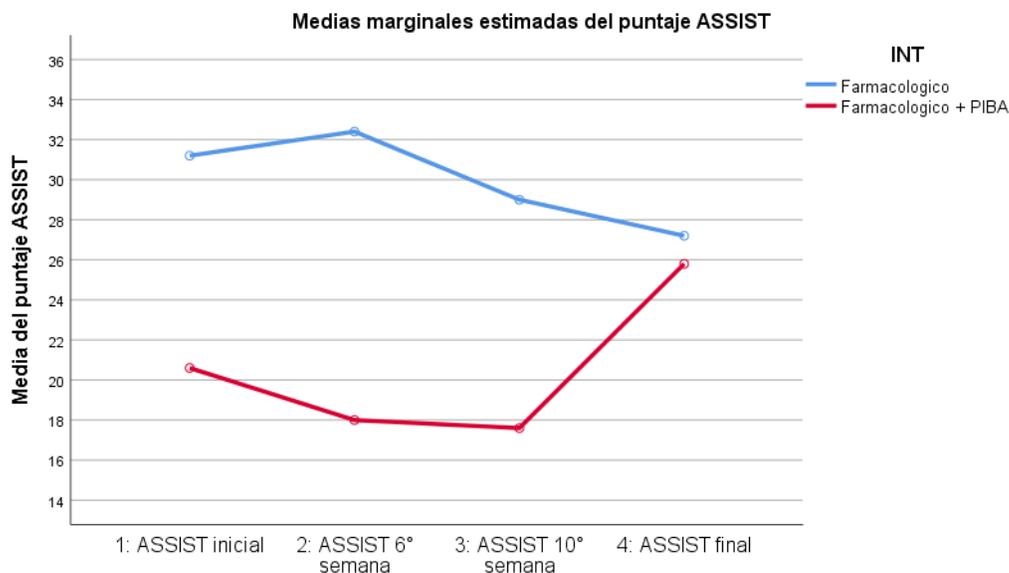
Alcohol (n= 10)						
- Basal	11.2	7.0	16.8	7.5	t (8)= 1.2	0.26
- 6 semanas	15.2	12.4	11.4	7.6	t(6.6)= -0.58	0.58
- 10 semanas	13.2	11.1	11.2	8.0	t(8)= -0.32	0.75
- 14 semanas	11.4	12.6	14	8.0	t(6.7)=0.38	0.71
Cannabis (n= 8)						
- Basal	14	13.7	18	12.7	t(8)=.52	0.61
- 6 semanas	18	11.3	20	12	t(8)=0.29	0.77
- 10 semanas	13	11.7	16.4	13.5	t(8): 0.42	0.68
- 14 semanas	11.2	13.1	20.2	11.1	t(8)= 1.17	0.27
Cocaína (n= 6)						
- Basal	10.8	11.3	8.4	10	t(8)=-0.34	0.74
- 6 semanas	9.6	10.7	6.2	9.6	t(8)=-0.52	0.61
- 10 semanas	6.2	5.7	3.0	4.2	t(8)=-1.0	0.34
- 14 semanas	4.4	6.0	7.4	9	t(7)=0.61	0.55
Anfetaminas(n= 5)						
- Basal	9.0	12.5	13.2	12.4	t(8)=0.53	0.61
- 6 semanas	5.2	11.6	6.8	15.2	t(8)=0.18	0.85
- 10 semanas	4.2	5.8	2.4	3.2	t(6)=-0.60	0.56
- 14 semanas	2.4	5.3	10.8	14.18	t(5)= 1.2	0.26
Solventes (n= 4)						
- Basal	9.6	13.4	5.4	9.0	t(7)= 0.57	0.58
- 6 semanas	10.8	15.5	3.4	7.6	t(6)= -0.95	0.37
- 10 semanas	14.2	19.4	1.8	4.0	t(4)= -1.39	0.23
- 14 semanas	14.2	19.4	5.2	7.6	t(5)= -.96	0.37
Sedantes(n= 6)						
- Basal	1.6	2.6	10	9.6	t(4)=0.88	0.12
- 6 semanas	0.4	0.89	4	8.9	t(4)= 0.89	0.42
- 10 semanas	0.4	0.89	2.4	5.3	t(4)= 0.82	0.45
- 14 semanas	3.4	.89	10.2	9.8	t(4)= 2.22	0.08
Alucinógenos (n= 6)						
- Basal	1.6	2.6	5.8	4.0	t(7)=1.93	0.09
- 6 semanas	0.4	0.89	4.4	9.8	t(4)=0.90	0.41
- 10 semanas	0.4	0.89	7.2	13.0	t(4)=1.16	0.30
- 14 semanas	3.4	0.89	7.4	9.0	t(4)=1.72	0.15

Abreviaturas. PIBA: Prueba de intervención breve en adicciones, ASSIST: Prueba de Detección de Consumo de alcohol, Tabaco y Sustancias.

Las comparaciones entre las medias del consumo para cada sustancia, mostraron valores de p mayores a 0.05 en la medición basal 0, post-intervención (semana 6), seguimiento 1 (semana 10), seguimiento 2 (semana 14), excepto para tabaco cuya media de consumo fue

menor para el grupo de tratamiento farmacológico + PIBA al terminar la intervención (semana 6) ($p=0.04$). Así mismo, es importante señalar que en lo que respecta al tabaco las medias de consumo intragrupos tienden a disminuir a lo largo del seguimiento. El mismo resultado de reducción se observa para cocaína y anfetaminas para ambos grupos, el cual se mantiene en el segundo seguimiento en la semana 14, ($p=0.55$ y $p=0.26$ respectivamente). Identificando también una leve disminución en el consumo de alcohol para el grupo de intervención farmacológica + PIBA en el segundo seguimiento en la semana 14. Observe también que existe policonsumo de cada sujeto del estudio, de tal manera que para algunas sustancias como solventes y anfetaminas el número de individuos para el análisis estadístico se reduce a menos de 5 participantes por grupo, lo cual limita las comparaciones entre grupos.

Gráfico 1. Medias marginales estimadas del puntaje ASSIST, inicial, post-intervención y en primer y segundo seguimiento, para cada intervención.



En el gráfico 1 podemos observar que los puntajes del ASSIST del grupo de solo tratamiento farmacológico son más altos. En la segunda medición el puntaje aumenta en el farmacológico y disminuye en el tratamiento combinado, en la tercera medición ambos reducen y al finalizar el seguimiento el grupo de intervención farmacológica + PIBA tuvo un incremento en la media de consumo.

Discusión

La prevención y el tratamiento de la patología dual en los adolescentes son temas importantes en la atención primaria en la actualidad. Los efectos negativos del consumo de sustancias a edades tempranas y sus repercusiones médico-sociales lo convierten en un importante problema de salud pública. Como ya lo mencionamos, la investigación durante la última década se ha centrado cada vez más en los adolescentes con patología dual, por lo que la creación de tratamientos multidisciplinarios eficaces, es vital para mejorar la calidad de vida y el pronóstico a corto y mediano plazo de los adolescentes con patología dual. Enfatizando que, en muchos casos, el consumo de sustancias y los trastornos psiquiátricos persisten hasta la edad adulta, con repercusiones psicológicas, físicas y sociales (Meier MH et al., 2016).

Si bien, el programa de intervención breve para adolescentes, ha tenido resultados satisfactorios en la reducción y/o remisión del consumo de sustancias en adolescentes sin un trastorno mental comórbido (Martínez et al., 2008, 2010, 2012 y Rodríguez et al., 2017), las características sociodemográficas, la comorbilidad con uno o más trastornos psiquiátricos y el consumo de más de una sustancia en un patrón de moderado a grave según el ASSIST, en nuestra población en estudio, pudieron haber influido en los resultados. Aún con las características de gravedad de esta muestra clínica, se encontró una media más baja en el consumo de tabaco en la semana 6, en el grupo de intervención con PIBA. Identificando también una leve disminución en el consumo de alcohol al término del segundo seguimiento en este grupo. Esto último ha sido reportado en estudios realizados previamente con esta intervención (Martínez et al., 2008, 2010, 2012 y Rodríguez et al., 2017).

Se han identificado varios factores asociados con un mayor riesgo de consumo de sustancias y su gravedad entre los adolescentes, como niveles más bajos de supervisión de los padres, niveles más altos de uso de sustancias por parte de los padres, antecedentes familiares de uso de sustancias, niveles más bajos de educación de los padres, (Ruberu TLM et al., 2022, Lee et al., 2018, Rusby et al., 2018, Domenic et al., 2003), los cuales se identificaron en el grupo de estudio, y que pudieran estar relacionados con la persistencia del consumo.

Dentro de los factores individuales, los predictores asociados con la respuesta al tratamiento,

tales como la gravedad del consumo, la comorbilidad psiquiátrica, los problemas relacionados con el consumo (personales y/o sociales), la motivación para dejar de hacerlo, los rasgos de la personalidad así como las habilidades de afrontamiento y la deserción escolar, pueden beneficiar o perpetuar el consumo de sustancias (Domenic et al., 2003).

Por lo que, al estar tan correlacionados los factores de riesgo individuales, familiares y sociales en los adolescentes con patología dual, la intervención farmacológica y psicoterapéutica dirigida únicamente al adolescente, pudiera no cubrir las necesidades ni resolver los conflictos y dificultades tanto personales como familiares, y con ello no ser efectiva en la reducción y/o remisión del consumo.

En una investigación realizada por Hulvershorn et al., 2016, proponen un modelo conceptual para tratar los trastornos de internalización y uso de sustancias concurrentes. El modelo se basa en la terapia cognitivo conductual individual, incorporando entrevistas motivacionales (uno de los puntos fuertes y estratégicos del PIBA), enfoques familiares/sistémicos, gestión de contingencias e intervenciones psicofarmacológicas. Lo cual también coincide con Fadus et al., 2019, en donde las modalidades de tratamiento primario que incluyen intervenciones psicosociales como las terapias basadas en la familia, la terapia cognitivo conductual y las intervenciones multicomponente (entrevista motivacional, terapia de mejora motivacional y manejo de contingencias), han tenido resultados más favorables en los adolescentes y sus familiares.

La implementación de intervenciones biopsicosociales, que incluyan a los adolescentes, su familia y su entorno social, deben ser parte del manejo integral en adolescentes con patología dual, considerándose de crucial importancia continuar con la investigación e implementación de planes de trabajo efectivos, evitando las repercusiones propias del consumo de sustancias y de los trastornos psiquiátricos.

Conclusiones

En los resultados del presente estudio, de acuerdo a los puntajes obtenidos en el ASSIST, no hubo una disminución en el consumo de sustancias en los adolescentes, excepto para tabaco; sin embargo, no podemos afirmar que las intervenciones implementadas, no sean efectivas o benéficas en los adolescentes con patología dual. Los resultados obtenidos se consideran preliminares ya que es necesario continuar con el reclutamiento de la muestra.

Limitaciones y recomendaciones.

El presente estudio tiene varias limitaciones las cuales enumeraré, con sus debidas recomendaciones:

1. El número de sujetos reclutados está por debajo de lo calculado en el tamaño de muestra, lo cual no permitió demostrar diferencias estadísticamente significativas entre grupos. Se sugiere continuar aplicando la intervención PIBA y una vez completada la muestra realizar el análisis estadístico apropiado, que incluya un análisis de medidas repetidas.
2. La heterogeneidad en el consumo de sustancias, lo cual reduce también el tamaño de muestra cuando se realizaron comparaciones para cada droga. Sin embargo, al aumentar la muestra esta limitación también se reduce.
3. Dado los principales diagnósticos comórbidos en los grupos de estudio, trastorno depresivo mayor, trastorno de ansiedad generalizada y el trastorno negativista desafiante, es posible que se requiera la combinación de psicoterapias, tal como lo sugiere el abordaje multimodal para el consumo de sustancias, el cual incluyen intervenciones conductuales, motivacionales y familiares.

Referencias

1. Arias, F., Szerman, N., Vega, P., Mesias, B., Basurte, I., Morant, C., & Babín, F. (2013). Estudio Madrid sobre prevalencia y características de los pacientes con patología dual en tratamiento en las redes de salud mental y de atención al drogodependiente. *Adicciones*, 25(2), 118-127.
2. Squeglia LM, Fadus MC, McClure EA, Tomko RL, Gray KM. Pharmacological Treatment of Youth Substance Use Disorders. *J Child Adolesc Psychopharmacol*. 2019;29(7):559-572. doi:10.1089/cap.2019.0009
3. Turuba R, Amarasekera A, Howard AM, et al. A qualitative study exploring how young people perceive and experience substance use services in British Columbia, Canada. *Subst Abuse Treat Prev Policy*. 2022;17(1):43. Published 2022 May 28. doi:10.1186/s13011-022-00456-4
4. Brewer S, Godley MD, Hulvershorn LA. Treating Mental Health and Substance Use Disorders in Adolescents: What Is on the Menu?. *Curr Psychiatry Rep*. 2017;19(1):5. doi:10.1007/s11920-017-0755-0
5. LeNoue SR, Riggs PD. Substance Abuse Prevention. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am*. 2016;25(2):297-305. doi:10.1016/j.chc.2015.11.007
6. Merikangas KR, He JP, Burstein M, et al. Lifetime prevalence of mental disorders in U.S. adolescents: results from the National Comorbidity Survey Replication--Adolescent Supplement (NCS-A). *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2010;49(10):980-989. doi:10.1016/j.jaac.2010.05.017
7. Johnston LD, O'Malley PM, Miech RA, Bachman JG, Schulenberg JE. Monitoreo de los resultados de la encuesta nacional Future sobre el uso de drogas, 1975–2016: Resumen, hallazgos clave sobre el uso de drogas en adolescentes. Ann Arbor: Instituto de Investigación Social, Universidad de Michigan; 2017.
8. Feinstein EC, Richter L, Foster SE. Addressing the critical health problem of adolescent substance use through health care, research, and public policy. *J Adolesc Health*. 2012;50(5):431-436. doi:10.1016/j.jadohealth.2011.12.033
9. Encuesta Nacional de Adicciones 2011. Disponible en: www.inprf.gob.mx,!www.conadic.gob.mx,www.cenadic.salud.gob.mx,!www.insp.mx
10. Encuesta Nacional de Consumo en Estudiantes 2014 (2014). (ENCODE). <https://www.gob.mx/salud/conadic/6documentos/encuesta-nacional-de-consumo-de->

drogas-en-estudiantes-2014-encode.

11. Encuesta nacional de consumo de drogas, alcohol y tabaco 2016-2017. ENCODAT. <https://encuestas.insp.mx/ena/encodat2017.php>
12. Zhou X, Qin B, Del Giovane C, et al. Efficacy and tolerability of antidepressants in the treatment of adolescents and young adults with depression and substance use disorders: a systematic review and meta-analysis. *Addiction*. 2015;110(1):38-48. doi:10.1111/add.12698
13. Reyad AA, Plaha K, Girgis E, Mishriky R. Fluoxetine in the Management of Major Depressive Disorder in Children and Adolescents: A Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials. *Hosp Pharm*. 2021;56(5):525-531. doi:10.1177/0018578720925384
14. Boaden K, Tomlinson A, Cortese S, Cipriani A. Antidepressants in Children and Adolescents: Meta-Review of Efficacy, Tolerability and Suicidality in Acute Treatment. *Front Psychiatry*. 2020;11:717. Published 2020 Sep 2. doi:10.3389/fpsy.2020.00717
15. Zhou X, Teng T, Zhang Y, et al. Comparative efficacy and acceptability of antidepressants, psychotherapies, and their combination for acute treatment of children and adolescents with depressive disorder: a systematic review and network meta-analysis. *Lancet Psychiatry*. 2020;7(7):581-601. doi:10.1016/S2215-0366(20)30137-1
16. Wehry AM, Beesdo-Baum K, Hennelly MM, Connolly SD, Strawn JR. Assessment and treatment of anxiety disorders in children and adolescents. *Curr Psychiatry Rep*. 2015;17(7):52. doi:10.1007/s11920-015-0591-z
17. Freidl EK, Stroeh OM, Elkins RM, Steinberg E, Albano AM, Rynn M. Assessment and Treatment of Anxiety Among Children and Adolescents. *Focus (Am Psychiatr Publ)*. 2017;15(2):144-156. doi:10.1176/appi.focus.20160047
18. Strawn JR, Sakolsky DJ, Rynn MA. Psychopharmacologic treatment of children and adolescents with anxiety disorders. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am*. 2012;21(3):527-539. doi:10.1016/j.chc.2012.05.003
19. Özgen H, Spijkerman R, Noack M, et al. Treatment of Adolescents with Concurrent Substance Use Disorder and Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: A Systematic Review. *J Clin Med*. 2021;10(17):3908. Published 2021 Aug 30. doi:10.3390/jcm10173908

20. Molina BS, Pelham WE Jr. Attention-deficit/hyperactivity disorder and risk of substance use disorder: developmental considerations, potential pathways, and opportunities for research. *Annu Rev Clin Psychol.* 2014;10:607-639. doi:10.1146/annurev-clinpsy-032813-153722.
21. Storebø OJ, Krogh HB, Ramstad E, et al. Methylphenidate for attention-deficit/hyperactivity disorder in children and adolescents: Cochrane systematic review with meta-analyses and trial sequential analyses of randomised clinical trials. *BMJ.* 2015;351:h5203. Published 2015 Nov 25. doi:10.1136/bmj.h5203
22. Coghill D, Banaschewski T, Cortese S, et al. The management of ADHD in children and adolescents: bringing evidence to the clinic: perspective from the European ADHD Guidelines Group (EAGG) [published online ahead of print, 2021 Oct 22]. *Eur Child Adolesc Psychiatry.* 2021;1-25. doi:10.1007/s00787-021-01871-x
23. Hulvershorn LA, Quinn PD, Scott EL. Treatment of Adolescent Substance Use Disorders and Co-Occurring Internalizing Disorders: A Critical Review and Proposed Model. *Curr Drug Abuse Rev.* 2015;8(1):41-49. doi:10.2174/1874473708666150514102745
24. Bo A, Hai AH, Jaccard J. Parent-based interventions on adolescent alcohol use outcomes: A systematic review and meta-analysis. *Drug Alcohol Depend.* 2018;191:98-109. doi:10.1016/j.drugalcdep.2018.05.031
25. Fadus MC, Squeglia LM, Valadez EA, Tomko RL, Bryant BE, Gray KM. Adolescent Substance Use Disorder Treatment: an Update on Evidence-Based Strategies. *Curr Psychiatry Rep.* 2019;21(10):96. Published 2019 Sep 14. doi:10.1007/s11920-019-1086-0
26. Rowe CL. Multidimensional family therapy: addressing co-occurring substance abuse and other problems among adolescents with comprehensive family-based treatment. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am.* 2010;19(3):563-576. doi:10.1016/j.chc.2010.03.008
27. Bukstein OG, Horner MS. Management of the adolescent with substance use disorders and comorbid psychopathology. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am.* 2010;19(3):609-623. doi:10.1016/j.chc.2010.03.011

28. Li L, Zhu S, Tse N, Tse S, Wong P. Effectiveness of motivational interviewing to reduce illicit drug use in adolescents: a systematic review and meta-analysis. *Addiction*. 2016;111(5):795-805. doi:10.1111/add.13285
29. Martínez Martínez, K. I., Salazar Garza, M. L., Pedroza Cabrera, F. J., Ruiz Torres, G. M., y Ayala Velázquez, H. E. Programa de Intervención Breve para Adolescentes que Inician el Consumo Abusivo de Alcohol y otras Drogas (PIBA) Manual del Terapeuta. 2012. 4ª edición. México.
30. Martínez Martínez Kalina Isela, Salazar Garza Martha Leticia, Pedroza Cabrera Francisco Javier, Ruiz Torres Gabriela Mariana, Ayala Velázquez Héctor Enrique. Resultados preliminares del Programa de Intervención Breve para Adolescentes que Inician el Consumo de Alcohol y otras Drogas. *Salud Ment [revista en la Internet]*. 2008 Abr [citado 2021 Nov 23]; 31(2): 119-127. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252008000200006&lng=es.
31. Martínez Martínez, Kalina Isela, Pedroza Cabrera, Francisco Javier, Salazar Garza, Martha Leticia, & Vacío Muro, Ma. de los Ángeles. Evaluación experimental de dos intervenciones breves para la reducción del consumo de alcohol de adolescentes. *Revista mexicana de análisis de la conducta*, (2010). 36(3), 35-53. <https://doi.org/10.5514/rmac.v36.i3.03>
32. Martínez M.K., Bárcenas M.A., Pacheco T.A., En voz de la experiencia: Estrategias de enfrentamiento en adolescentes que concluyeron un programa de intervención breve en consumo de alcohol. *Salud Mental* 2012;35:505-512.
33. Rodríguez D., Echeverría L., Martínez M.K, Morales C. S. Intervención breve para adolescentes que inician el consumo abusivo de alcohol y otras drogas: su eficacia en un escenario clínico. *Revista internacional de investigación en adicciones* 2017.3 (1).16-27. DOI: 10.28931/riiad.2017.1.03
34. Gray KM, Squeglia LM. Research Review: What have we learned about adolescent substance use?. *J Child Psychol Psychiatry*. 2018;59(6):618-627. doi:10.1111/jcpp.12783
35. Ciraulo DA, Piechniczek-Buczek J, Iscan EN. Outcome predictors in substance use disorders. *Psychiatr Clin North Am*. 2003;26(2):381-409. doi:10.1016/s0193-953x(02)00106-5

ANEXOS



HOSPITAL PSIQUIÁTRICO INFANTIL DR. JUAN N. NAVARRO
AV. SAN BUENAVENTURA 86, COLONIA BELISARIO DOMÍNGUEZ.
DELEGACIÓN TLALPAN. C.P. 14080
INSTITUTO NACIONAL DE SERVICIO MEDICO, ENSEÑANZA E INVESTIGACIÓN
AFILIADO A LA UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MÉXICO

Folio: _____

Consentimiento informado

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA FAMILIARES Y/O REPRESENTANTE LEGAL PARA LA PARTICIPACIÓN EN EL SIGUIENTE ESTUDIO 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”

Ciudad de México, _____ de 20_____.

Lo estamos invitando a usted y a su familiar _____ del cual es padre, tutor o representante legal a participar de manera voluntaria en un estudio de investigación que se realizará en el hospital Psiquiátrico Infantil Dr. Juan N. Navarro. El objetivo del estudio es comparar 2 intervenciones para saber cuál es el más eficaz para la reducción del consumo de sustancias, en personas que tienen un trastorno mental.

Las intervenciones consisten en recibir únicamente tratamiento farmacológico o la combinación de tratamiento farmacológico con el programa de intervención breve en adicciones.

Procedimientos del estudio.

Si usted y su familiar aceptan participar en este estudio, ambos deberán responder un cuestionario para la detección de consumo de alcohol, tabaco y otras sustancias (ASSIST), así como el Cuestionario de Asignación Diagnóstica para Niños (CADI-N) y el cuestionario de Asignación Diagnóstica para Padres (CADI-P). Estos cuestionarios son usados para el diagnóstico de trastornos psiquiátricos y evalúan la gravedad de los mismos. Adicionalmente, se le pedirá que complete un calendario de los últimos tres meses del año (LIBARE), donde se registrará la cantidad y frecuencia de la sustancia (s) que consume en un día típico.

Una vez que se hayan realizado todas estas valoraciones, se determinará de acuerdo al trastorno psiquiátrico principal, qué medicamento debe tomar su familiar. En caso de tener un trastorno de ansiedad o depresión, recibirá tratamiento con fluoxetina, un antidepresivo aprobado por la Secretaria de Salud para el manejo de ansiedad y depresión en niños y adolescentes. Si tuviera trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH), se dará tratamiento con metilfenidato, que es la primera opción de tratamiento para este trastorno y que está aceptado por la Secretaria de Salud para tratar los síntomas de este trastorno.

Posteriormente, se elegirá mediante el uso de un programa de computadora y al azar que tipo de intervención recibirá su familiar, pudiendo recibir uno de las siguientes 2:

1. Solo el tratamiento farmacológico.
2. Tratamiento farmacológico y un programa de intervención breve al adolescente llamado PIBA, que consiste en 6 sesiones de terapia cognitivo conductual en formato individual.

Posibles riesgos y molestias.

Usted y su familiar deberán invertir parte de su tiempo para las citas y traslados durante 6 semanas. Si usted y su familiar les tocan recibir la combinación de tratamiento farmacológico más el programa de intervención breve al adolescente llamado PIBA, las citas serán una vez por semana cuando empiece la intervención y después una vez al mes por tres meses. Si le toca recibir solo tratamiento farmacológico, deberá acudir una vez al mes durante 3 meses. En caso de faltar 3 veces a las terapias, se le daría de baja del estudio y podrá continuar recibiendo la atención médica en la consulta externa sin que se afecte la calidad que se le otorgue.

En relación a la aplicación de escalas y entrevistas, estas serán realizadas por un médico

especialista en psiquiatría infantil. Es posible que algunas preguntas generen cierta incomodidad para usted o su familiar al sentir que se invade su privacidad. En caso de presentarse esta incomodidad, se podrá suspender las entrevistas o aplicación de escalas en el momento que ustedes lo soliciten, pudiendo retomarse en otra cita en caso de que así lo deseen.

En relación a las terapias, éstas serán aplicadas por psicólogos(as) capacitados y con experiencia en la atención de niños y adolescente. Durante las terapias usted o su familiar pueden experimentar malestar psicológico intenso debido a que se pedirá que hablen acerca de sus problemas con el consumo de sustancias, pero también se les dará estrategias para enfrentarlas. Si el malestar psicológico es muy intenso usted puede manifestarlo al psicólogo(a), quien lo escuchará y le brindará apoyo emocional. En caso de que el paciente presente agitación durante las terapias, contamos con el servicio de atención continua para atenderlo de manera inmediata.

En cuanto al uso de medicamentos, la fluoxetina es un antidepresivo y sus posibles efectos secundarios más comunes son: náusea, disminución del apetito, diarrea o estreñimiento, boca seca, dolor de cabeza. Todos estos síntomas generalmente suelen durar un par de días y luego desaparecen; sin embargo, puede ocurrir que en algunos casos los efectos secundarios puedan persistir por varias semanas o meses. Si estos llegan a ser muy molestos, puede notificarlo al médico que esté a cargo de su seguimiento quien podrá valorar si debe continuar o no con la medicación.

En el caso del metilfenidato los efectos secundarios más comunes son: taquicardia, cefalea, disminución del apetito, y ansiedad en algunos casos. Estas molestias desaparecen en las horas siguientes después de suspender el medicamento.

Si su familiar decide no continuar la medicación o que el médico tratante decida hacer un cambio de prescripción médica diferente a la del protocolo, en ese momento usted dejará de participar en el estudio, sin que esto afecte la calidad de la atención en la consulta externa.

Así mismo, en caso que su familiar presente alguna de las molestias antes señaladas, también puede solicitar atención médica las 24 horas del día los 365 días del año y en el

servicio de admisión continua, área localizada dentro del Hospital Psiquiátrico Infantil Dr. Juan N. Navarro por la cual podrá ingresar a través de la puerta principal del hospital, bajando las escaleras y cruzando la explanada principal.

En caso que el adolescente acuda en estado de intoxicación a las citas médicas o terapias, también tendremos que canalizarlo al servicio de admisión continua de este hospital, en donde los médicos determinaran el tratamiento y la conducta a seguir. Esto dependerá de la gravedad de su estado de intoxicación.

Posibles beneficios

Si usted acepta participar en este estudio, el beneficio directo será que las consultas médicas y psicológicas que se aplican en el estudio serán de manera gratuita.

Como beneficio indirecto, con su participación en el estudio usted ayudará a conocer cuál tratamiento es el más efectivo para reducir el consumo de sustancias en adolescentes que tienen un trastorno mental.

Derecho a retirarse del estudio

Usted y su familiar son libres de retirarse del estudio en cualquier momento, sin que esto afecte la atención médica que su hijo(a) recibe en el hospital. Únicamente tiene que ponerse en contacto con la Dra. Patricia Zavaleta y notificarle que se retiran del estudio. Al salir del estudio, como ocurre en la atención habitual del hospital, usted comenzará a pagar los costos de las consultas que reciba de acuerdo a la asignación del nivel socioeconómico que le haya asignado el departamento de trabajo social

Confidencialidad

Toda la información que usted nos proporcione será confidencial ya que sus cuestionarios solo tendrán como identificador un código de letras y números, no se manejarán nombres en los documentos de la investigación. Los resultados generados en esta investigación, se reportarán como grupo, se utilizarán únicamente con fines de investigación y pueden llegar a publicarse en revistas científicas sin que se mencione la identidad de las personas que respondieron el cuestionario.

Personal de contacto para dudas y aclaraciones sobre el estudio.

Para cualquier pregunta o duda durante el estudio, usted puede ponerse en contacto con el Dr. Emmanuel Sarmiento Hernández, responsable del estudio, al teléfono 5573-4866 extensión 101, correo Emmanuel.sarmiento@salud.gob.mx o con la Dra. Patricia Zavaleta Ramírez, al teléfono 5563888026 o al correo electrónico patricia.zavaleta@salud.gob.mx.

Declaración del consentimiento informado

He leído cuál es el objetivo y en que consiste el estudio, se me ha explicado y entendido los siguientes puntos:

- Los riesgos y beneficios de participar en esta investigación.
- La decisión de participar en este estudio es completamente voluntaria.
- No habrá ninguna consecuencia para mi familiar en caso de que se decida no continuar en el estudio.
- El beneficio que obtendremos de participar en el estudio
- No se recibirá pago por mi participación ni la de mi familiar.
- Si durante el transcurso de la investigación deseo conocer los resultados que se estén generando, podré solicitarlo en todo momento al investigador principal del estudio.
- Los resultados serán analizados de forma grupal y no se publicarán resultados individuales, por lo que toda la información que se obtenga será manejada con claves asignadas; en ningún momento se me podrá identificar a mí o a mi familiar por nombre en estos resultados.

He podido hacer preguntas y expresar mis dudas, las cuales fueron aclaradas a mi satisfacción. Se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas y todas mis preguntas han sido contestadas a mi satisfacción. He recibido una copia de este consentimiento.

Al firmar este consentimiento estoy de acuerdo en participar en la investigación que aquí se

describe.

Nombre de la madre, padre o tutor: _____

Parentesco: _____

Firma: _____ Fecha: _____

Testigo 1

Nombre con letra de molde: _____

Parentesco: _____

Dirección _____

Firma: _____ Fecha: _____

Testigo 2

Nombre con letra de molde: _____

Parentesco: _____

Dirección _____

Firma: _____ Fecha: _____

Le he explicado el estudio de investigación al participante y he contestado todas sus preguntas. El participante expresa haber comprendido la información descrita en este documento y libremente da su consentimiento de participar en este estudio de investigación.

Investigador principal
Dr. Emmanuel Sarmiento Hernández

Investigador asociado
Dra. Patricia Zavaleta Ramírez



HOSPITAL PSIQUIÁTRICO INFANTIL DR. JUAN N. NAVARRO
AV. SAN BUENAVENTURA 86, COLONIA BELISARIO DOMÍNGUEZ.
DELEGACIÓN TLALPAN. C.P. 14080
HOSPITAL DE SERVICIO MEDICO, ENSEÑANZA E INVESTIGACIÓN
AFILIADO A LA UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MÉXICO

Folio: _____

CARTA DE ASENTIMIENTO

“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”

Ciudad de México _____ de 20_____.

Introducción

Hola, te estamos invitando a ti y tu familia a participar en un estudio de investigación que se llevará cabo en el Hospital Psiquiátrico Infantil Dr. Juan N. Navarro. El estudio se llama: *“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”*

¿Por qué se quiere hacer este estudio?

El consumo de drogas legales e ilegales (alcohol, cigarro, marihuana, cocaína, inhalantes) entre los adolescentes ha aumentado durante los últimos años y se sabe que los efectos de este consumo son más peligrosas para los adolescentes que para los adultos ya que en la adolescencia el cerebro está en desarrollo y las consecuencias de su consumo pueden afectar a todos las áreas de la vida, por ejemplo hay aumento del fracaso escolar, hay más

problemas de salud física y mental, más riesgo de accidentes. Los programas de tratamiento de adolescentes consumidores de drogas indican que son útiles en la reducción de la cantidad del consumo, por lo que queremos invitarte a participar en este estudio en el cual compararemos 2 diferentes tipos de terapia que son útiles para reducir el consumo de sustancias.

¿Por qué te invitamos a ti?

Te estamos invitando a participar ya que en la historia clínica detectamos que has tenido consumo de alguna droga y si decides participar ayudarás a identificar que terapia es más útil para reducir el consumo de sustancias.

¿Qué tendrás que hacer?

Si decides participar en este estudio, vendrás al hospital siempre acompañado por alguno de tus padres (tutores). Antes de iniciar el tratamiento tendrás que responder algunos cuestionarios que evalúan tus emociones, tu conducta y tu patrón de consumo de sustancias. Tu familiar responsable también responderá por separado estos cuestionarios. También un psiquiatra infantil te hará una entrevista para confirmar tu diagnóstico psiquiátrico y decidir que tratamiento farmacológico recibirás. Es importante que sepas que tus respuestas son muy importantes y no hay respuestas buenas o malas.

Después de aplicar los cuestionarios una computadora decidirá al azar que tratamiento vas a recibir, puede ocurrir que te toque recibir cualquiera de los siguientes:

- 1) Solo tratamiento farmacológico
- 2) Tratamiento farmacológico y terapias individuales (programa de intervención breve para adolescentes)

Todos los tratamientos duran 6 semanas y después haremos un seguimiento cada mes, durante 2 meses.

¿Cuáles son tus derechos como participante?

Tus papás o familiar responsable tienen que dar permiso para que tu participes en nuestro estudio, pero tú tienes derecho a decidir si participas o no.

Si decides no participar, tienes derecho a continuar con la atención médica habitual que se realiza en el hospital y nadie se molestará contigo. Incluso si dices "SI" ahora, tienes derecho a cambiar de idea más tarde y no pasará nada. Tú puedes retirarte del estudio si así lo

deseas, solo tienes que platicarlo con tu familiar responsable y con el doctor o psicóloga que te esté atendiendo.

¿Qué beneficios obtienes si decides participar?

El beneficio de participar es que las consultas que recibas serán de manera gratuita durante el tiempo que permanezcas en el estudio.

Pero hay otro beneficio indirecto y es que con tu participación ayudarás a conocer qué tipo de tratamiento es más eficaz para la reducción del consumo de sustancias en jóvenes que tienen algún diagnóstico psiquiátrico.

Confidencialidad de tu participación.

Toda la información es confidencial y no usaremos ningún dato como tu nombre o la de tus familiares, lo que pase con tus resultados y durante el estudio nadie lo sabrá, solo tus doctores de confianza. Tu identidad no será revelada en ningún documento, ya que las respuestas que des en tus cuestionarios solo podrán ser analizadas por los investigadores. Los resultados que se obtengan de la investigación se presentan en tablas que solo tienen números, no se mencionan nombres, ni datos personales.

_____ **SI QUIERO ENTRAR AL ESTUDIO**

_____ **NO QUIERO ENTRAR AL ESTUDIO.**

Declaración de los Padres o tutor:

Mi familiar parece entender el estudio en la medida de su capacidad y ha aceptado participar.

Nombre de la madre, padre o tutor: _____

Firma: _____ Fecha: _____

Testigo 1

Nombre con letra de molde: _____

Parentesco: _____

Dirección _____

Firma: _____ Fecha: _____

Testigo 2

Nombre con letra de molde: _____

Parentesco: _____

Dirección _____

Firma: _____ Fecha: _____

Le he explicado el estudio de investigación al participante y he contestado todas sus preguntas. Considero que comprendió la información descrita en este documento y libremente da su consentimiento de participar en este estudio de investigación.

Investigador principal
Dr. Emmanuel Sarmiento Hernández

Investigador asociado
Dra. Patricia Zavaleta Ramírez

Instrumentos

La prueba de detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias (ASSIST v3.1)

Nombre del trabajador clínico

Clinica

Identificación o nombre del usuario

Fecha

Introducción (léasela al usuario o adapte a las circunstancias locales)*

Las siguientes preguntas se refieren a su experiencia sobre el consumo de alcohol, tabaco y otras sustancias a lo largo de la vida y en los últimos tres meses. Estas sustancias se pueden fumar, ingerir, inhalar o inyectar (muestre la tarjeta de respuestas).

Algunas de estas sustancias pueden ser recetadas por un médico (como las anfetaminas, los sedantes, los analgésicos). Para esta entrevista, no se registrarán las medicinas **que han sido recetadas** por su médico. Sin embargo, si ha tomado esas medicinas por **otros** motivos que los recetados, o las ha tomado más a menudo o en dosis más altas que las recetadas, dígamelo.

Aunque también nos interesa conocer las diferentes drogas ilícitas que ha consumido, tenga la seguridad de que esa información será estrictamente confidencial.

Antes de hacer las preguntas, entregue al usuario la tarjeta de respuestas.

PREGUNTA 1 | A lo largo de la vida, ¿cuál de las siguientes sustancias ha consumido alguna vez? (solo las que consumió sin receta médica)

a Tabaco (cigarrillos, tabaco de mascar, puros, etc.)	No	Sí
b Bebidas alcohólicas (cerveza, vinos, licores, etc.)	No	Sí
c Cannabis (marihuana, mota, hierba, hachis, etc.)	No	Sí
d Cocaína (coca, crack, etc.)	No	Sí
e Estimulantes de tipo anfetamina (speed, anfetaminas, éxtasis, etc.)	No	Sí
f Inhalantes (óxido nítrico, pegamento, gasolina, solvente para pintura, etc.)	No	Sí
g Sedantes o pastillas para dormir (diazepam, alprazolam, flunitrazepam, midazolam, etc.)	No	Sí
h Alucinógenos (LSD, ácidos, hongos, ketamina, etc.)	No	Sí
i Opiáceos (heroína, morfina, metadona, buprenorfina, codeína, etc.)	No	Sí
j Otras, especifique: _____	No	Sí

Si todas las respuestas fueron negativas pregunte: "¿Ni siquiera cuando estaba en la escuela?"

Si la respuesta es negativa para todas las preguntas, detenga la entrevista.

Si la respuesta es afirmativa a cualquiera de estas preguntas, haga la pregunta 2 para cada sustancia que se haya consumido alguna vez.

PREGUNTA 2 En los últimos tres meses, ¿con qué frecuencia ha consumido las sustancias que mencionó (primera droga, segunda droga, etc.)?	Nunca	Una o dos veces	Mensualmente	Semanalmente	Diariamente o casi diariamente
a Tabaco (cigarrillos, tabaco de mascar, puros, etc.)	0	2	3	4	6
b Bebidas alcohólicas (cerveza, vinos, licores, etc.)	0	2	3	4	6
c Cannabis (marihuana, mota, hierba, hachis, etc.)	0	2	3	4	6
d Cocaína (coca, crack, etc.)	0	2	3	4	6
e Estimulantes de tipo anfetamina (speed, anfetaminas, éxtasis, etc.)	0	2	3	4	6
f Inhalantes (óxido nitroso, pegamento, gasolina, solvente para pintura, etc.)	0	2	3	4	6
g Sedantes o pastillas para dormir (diazepam, alprazolam, flunitrazepam, midazolam, etc.)	0	2	3	4	6
h Alucinógenos (LSD, ácidos, hongos, ketamina, etc.)	0	2	3	4	6
i Opiáceos (heroína, morfina, metadona, buprenorfina, codeína, etc.)	0	2	3	4	6
j Otras, especifique: _____	0	2	3	4	6

Si la respuesta es "Nunca" a todas las secciones de la pregunta 2, pase a la pregunta 6.

Si se ha consumido alguna sustancia de la pregunta 2 en los últimos tres meses, continúe con las preguntas 3, 4 y 5 para cada sustancia consumida.

PREGUNTA 3 En los últimos tres meses, ¿con qué frecuencia ha sentido un fuerte deseo o ansias de consumir (primera droga, segunda droga, etc.)?	Nunca	Una o dos veces	Mensualmente	Semanalmente	Diariamente o casi diariamente
a Tabaco (cigarrillos, tabaco de mascar, puros, etc.)	0	3	4	5	6
b Bebidas alcohólicas (cerveza, vinos, licores, etc.)	0	3	4	5	6
c Cannabis (marihuana, mota, hierba, hachis, etc.)	0	3	4	5	6
d Cocaína (coca, crack, etc.)	0	3	4	5	6
e Estimulantes de tipo anfetamina (speed, anfetaminas, éxtasis, etc.)	0	3	4	5	6
f Inhalantes (óxido nitroso, pegamento, gasolina, solvente para pintura, etc.)	0	3	4	5	6
g Sedantes o pastillas para dormir (diazepam, alprazolam, flunitrazepam, midazolam, etc.)	0	3	4	5	6
h Alucinógenos (LSD, ácidos, hongos, ketamina, etc.)	0	3	4	5	6
i Opiáceos (heroína, morfina, metadona, buprenorfina, codeína, etc.)	0	3	4	5	6
j Otras, especifique: _____	0	3	4	5	6

PREGUNTA 4 En los últimos tres meses, ¿con qué frecuencia el consumo de (primera droga, segunda droga, etc.) le ha causado problemas de salud, sociales, legales o económicos?	Nunca	Una o dos veces	Mensualmente	Semanalmente	Diariamente o casi diariamente
a Tabaco (cigarrillos, tabaco de mascar, puros, etc.)	0	4	5	6	7
b Bebidas alcohólicas (cerveza, vinos, licores, etc.)	0	4	5	6	7
c Cannabis (marihuana, mota, hierba, hachís, etc.)	0	4	5	6	7
d Cocaína (coca, crack, etc.)	0	4	5	6	7
e Estimulantes de tipo anfetamina (speed, anfetaminas, éxtasis, etc.)	0	4	5	6	7
f Inhalantes (óxido nitroso, pegamento, gasolina, solvente para pintura, etc.)	0	4	5	6	7
g Sedantes o pastillas para dormir (diazepam, alprazolam, flunitrazepam, midazolam, etc.)	0	4	5	6	7
h Alucinógenos (LSD, ácidos, hongos, ketamina, etc.)	0	4	5	6	7
i Opiáceos (heroína, morfina, metadona, buprenorfina, codeína, etc.)	0	4	5	6	7
j Otras, especifique: _____	0	4	5	6	7

PREGUNTA 5 En los últimos tres meses, ¿con qué frecuencia dejó de hacer lo que habitualmente se esperaba de usted por el consumo de (primera droga, segunda droga, etc.)?	Nunca	Una o dos veces	Mensualmente	Semanalmente	Diariamente o casi diariamente
a Tabaco (cigarrillos, tabaco de mascar, puros, etc.)					
b Bebidas alcohólicas (cerveza, vinos, licores, etc.)	0	5	6	7	8
c Cannabis (marihuana, mota, hierba, hachís, etc.)	0	5	6	7	8
d Cocaína (coca, crack, etc.)	0	5	6	7	8
e Estimulantes de tipo anfetamina (speed, anfetaminas, éxtasis, etc.)	0	5	6	7	8
f Inhalantes (óxido nitroso, pegamento, gasolina, solvente para pintura, etc.)	0	5	6	7	8
g Sedantes o pastillas para dormir (diazepam, alprazolam, flunitrazepam, midazolam, etc.)	0	5	6	7	8
h Alucinógenos (LSD, ácidos, hongos, ketamina, etc.)	0	5	6	7	8
i Opiáceos (heroína, morfina, metadona, buprenorfina, codeína, etc.)	0	5	6	7	8
j Otras, especifique: _____	0	4	5	6	7

Haga las preguntas 6 y 7 para todas las sustancias usadas alguna vez (es decir, las mencionadas en la pregunta 1).

PREGUNTA 6 ¿Un amigo, un familiar o alguien más alguna vez ha mostrado preocupación por sus hábitos de consumo de (primera droga, segunda droga, etc.)?	No, nunca	Sí, en los últimos 3 meses	Sí, pero no en los últimos 3 meses
a Tabaco (cigarrillos, tabaco de mascar, puros, etc.)	0	6	3
b Bebidas alcohólicas (cerveza, vinos, licores, etc.)	0	6	3
c Cannabis (marihuana, mota, hierba, hachís, etc.)	0	6	3
d Cocaína (coca, crack, etc.)	0	6	3
e Estimulantes de tipo anfetamina (speed, anfetaminas, éxtasis, etc.)	0	6	3
f Inhalantes (óxido nitroso, pegamento, gasolina, solvente para pintura, etc.)	0	6	3
g Sedantes o pastillas para dormir (diazepam, alprazolam, flunitrazepam, midazolam, etc.)	0	6	3
h Alucinógenos (LSD, ácidos, hongos, ketamina, etc.)	0	6	3
i Opiáceos (heroína, morfina, metadona, buprenorfina, codeína, etc.)	0	6	3
j Otras, especifique: _____	0	6	3
Haga las preguntas 6 y 7 para todas las sustancias usadas alguna vez (es decir, las mencionadas en la pregunta 1).			

PREGUNTA 7 ¿Ha intentado alguna vez reducir o eliminar el consumo de (primera droga, segunda droga) y no lo ha logrado?	No, nunca	Sí, en los últimos 3 meses	Sí, pero no en los últimos 3 meses
a Tabaco (cigarrillos, tabaco de mascar, puros, etc.)	0	6	3
b Bebidas alcohólicas (cerveza, vinos, licores, etc.)	0	6	3
c Cannabis (marihuana, mota, hierba, hachís, etc.)	0	6	3
d Cocaína (coca, crack, etc.)	0	6	3
e Estimulantes de tipo anfetamina (speed, anfetaminas, éxtasis, etc.)	0	6	3
f Inhalantes (óxido nitroso, pegamento, gasolina, solvente para pintura, etc.)	0	6	3
g Sedantes o pastillas para dormir (diazepam, alprazolam, flunitrazepam, midazolam, etc.)	0	6	3
h Alucinógenos (LSD, ácidos, hongos, ketamina, etc.)	0	6	3
i Opiáceos (heroína, morfina, metadona, buprenorfina, codeína, etc.)	0	6	3
j Otras, especifique: _____	0	6	3
Haga las preguntas 6 y 7 para todas las sustancias usadas alguna vez (es decir, las mencionadas en la pregunta 1).			

PREGUNTA 8 ¿Alguna vez ha consumido alguna droga por vía inyectada? (solo las que consumió sin receta médica)	No, nunca	Sí, en los últimos 3 meses	Sí, pero no en los últimos 3 meses
(Marque la casilla correspondiente)			

NOTA IMPORTANTE

A los usuarios que se han inyectado drogas en los últimos tres meses se les debe preguntar acerca de sus hábitos de inyección durante este período para determinar sus niveles de riesgo y el mejor curso de intervención.

Hábitos de inyectarse

- Cuatro días por mes, en promedio, durante los últimos tres meses o menos
- Más de cuatro días por mes, en promedio, durante los últimos tres meses



Lineamientos de intervención

- Intervención breve que incluye los riesgos de la tarjeta de inyección
- Evaluación adicional y tratamiento más intensivo

Cómo calcular la puntuación de consumo de una sustancia específica

Para cada sustancia (rotulada 'a' a la 'j') sume las puntuaciones de las preguntas 2 a la 7. No incluya los resultados de la pregunta 1 o de la pregunta 8 en esta puntuación. Por ejemplo, una puntuación para cannabis se calcularía como: **P2c + P3c + P4c + P5c + P6c + P7c.**

Observe que la pregunta 5 para tabaco no está codificada, y se calcula como: **P2a + P3a + P4a + P6a + P7a.**

Cuestionario de Asignación Diagnóstica para niños (CADI-N).

CADI Cédula de Asignación Diagnóstica. Auto reporte para niños y adolescentes 10- 18 años.

Elaborado: Dra. Lilia Albores Gallo



Auto reporte del adolescente 10-18	
<p>A continuación, hay una lista de conductas que los niños y jóvenes pueden o no realizar. Marca un círculo alrededor de aquellos que te describan ahora o dentro de los 6 últimos meses. Califica con: 2 si la conducta es muy cierta o casi siempre cierta, 1 si es ocasionalmente o de alguna manera cierto y 0 si no es cierto o no es aplicable a tu persona. Por favor contesta todos los puntos.</p>	
<p>0 1 2 1. Soy confiable</p> <p>0 1 2 2. Tengo dificultad para mantener la atención en tareas, conversaciones o lecturas.</p> <p>0 1 2 3. Tengo mucha energía</p> <p>0 1 2 4. Parece que no escucho cuando me hablan.</p> <p>0 1 2 5. Soy independiente</p> <p>0 1 2 6. No comprendo las emociones y sentimientos de los demás</p> <p>0 1 2 7. Soy desorganizado (a)</p> <p>0 1 2 8. Pierdo mis útiles escolares</p> <p>0 1 2 9. Me gusta ordenar las cosas</p> <p>0 1 2 10. Me distraigo fácil</p> <p>0 1 2 11. Soy olvidadizo (a) con tareas, mandados, llamadas, citas.</p> <p>0 1 2 12. Soy físicamente inquieto (a)</p> <p>0 1 2 13. Me molesto fácilmente</p> <p>0 1 2 14. Evito actividades tranquilas (Leer, juegos de mesa).</p> <p>0 1 2 15. Hablo mucho</p> <p>0 1 2 16. Tengo dificultad para esperar turnos (filas)</p> <p>0 1 2 17. Me preocupo excesivamente</p> <p>0 1 2 18. Soy responsable</p> <p>0 1 2 19. Soy nervioso (a)</p> <p>0 1 2 20. Tomo laxantes</p> <p>0 1 2 21. Difícilmente me quedo sentado(a) o quieto(a).</p> <p>0 1 2 22. Perdí el interés por actividades que antes disfrutaba.</p> <p>0 1 2 23. Me siento deprimido (a)</p> <p>0 1 2 24. Tengo sueño en el día</p> <p>0 1 2 25. Me siento culpable</p> <p>0 1 2 26. Repito palabras o frases</p> <p>0 1 2 27. Soy sociable</p> <p>0 1 2 28. Evito comer ciertos alimentos</p> <p>0 1 2 29. Me provocho el vómito</p> <p>0 1 2 30. Alguien me persigue o quiere dañarme</p> <p>0 1 2 31. Me cuesta trabajo poner atención y cometo errores por descuido.</p>	<p>0 1 2 32. Tengo excelente autoestima</p> <p>0 1 2 33. Duermo poco</p> <p>0 1 2 34. Intento cosas nuevas</p> <p>0 1 2 35. Tengo ideas extrañas. Menciona: _____ _____</p> <p>0 1 2 36. Soy atrevido</p> <p>0 1 2 37. Veo personas, cosas o animales que nadie más ve.</p> <p>0 1 2 38. Como mucho</p> <p>0 1 2 39. Falto a clases</p> <p>0 1 2 40. Tengo miedo excesivo a cosas, animales o situaciones. Menciona: _____ _____</p> <p>0 1 2 41. Cambio de postura, nuevo manos/pies.</p> <p>0 1 2 42. Tengo pensamientos repetitivos. Menciona: _____ _____</p> <p>0 1 2 43. Cuento, repito palabras o rezo para controlar mis pensamientos</p> <p>0 1 2 44. Salto de una idea a otra</p> <p>0 1 2 45. Pensamientos de muerte/morir</p> <p>0 1 2 46. Dejo al último las tareas que requieren mayor concentración</p> <p>0 1 2 47. Me canso fácil</p> <p>0 1 2 48. Estoy "en marcha" o moviéndome</p> <p>0 1 2 49. Me siento triste</p> <p>0 1 2 50. Soy capaz de resolver problemas</p> <p>0 1 2 51. Soy justo (a) con los demás</p> <p>0 1 2 52. Contesto antes de que completen la pregunta</p> <p>0 1 2 53. Soy optimista</p> <p>0 1 2 54. Tengo poca energía</p> <p>0 1 2 55. Soy puntual</p> <p>0 1 2 56. Soy lento (a)</p> <p>0 1 2 57. Cumpló con las metas que me propongo</p>
<p>0 1 2 58. Tengo poco control de mi nerviosismo</p> <p>0 1 2 59. Me siento agitado</p> <p>0 1 2 60. Orino en mi cama o ropa</p>	<p>0 1 2 61. Por momentos como mucho</p> <p>0 1 2 62. Soy rencoroso o vengativo</p> <p>0 1 2 63. Pierdo el control de lo que como</p>

Auto reporte del Niño y Adolescente 10-18

A continuación, hay una lista de conductas que los niños y jóvenes pueden o no realizar. Marca un círculo alrededor de aquellos que te describan ahora o dentro de los 6 últimos meses. Califica con: **2 si la conducta es muy cierta o casi siempre cierta, 1 si es ocasionalmente o de alguna manera cierto y 0 si no es cierto o no es aplicable a tu persona.** Por favor contesta todos los puntos.

0 1 2 63. Pierdo el control de lo que como	0 1 2 92. Evito relacionarme con las personas
0 1 2 64. Estoy convencido que partes de mi cuerpo son defectuosas.	0 1 2 93. Pierdo el control
0 1 2 65. Pienso sobre un accidente o agresión que sufrí o vi. Menciona: _____	0 1 2 94. Evito mirar a los ojos a las personas
0 1 2 66. Me preocupa enfermar	0 1 2 95. Soy cruel con animales
0 1 2 67. Interrumpo conversaciones y actividades de otros	0 1 2 96. He perdido peso sin planearlo
0 1 2 68. Finjo síntomas o enfermedades	0 1 2 97. Mis compañeros me molestan
0 1 2 69. Regreso comida a mi boca después de haberla pasado	0 1 2 98. Tengo dificultad para sostener una conversación
0 1 2 70. Me apasionan ciertos temas, ideas, o lecturas	0 1 2 99. Muevo una parte de mi cuerpo. Menciona: _____
0 1 2 71. Evito hablar con los otros	0 1 2 100. Evito compartir alegría, gustos e intereses con otros
0 1 2 72. Pienso que estoy gordo (a)	0 1 2 101. Me molestan los cambios
0 1 2 73. Me cuesta quedarme dormido (a)	0 1 2 102. Dejo al último las tareas que requieren mayor concentración
0 1 2 74. Molesto a otros	0 1 2 103. Tengo problemas de lenguaje. Menciona: _____
0 1 2 75. Como cosas no comestibles (yeso, tierra, gises, goma, etc.)	0 1 2 104. Inicio peleas
0 1 2 76. Me despierto en las noches o la madrugada	0 1 2 105. Se me dificulta concluir tareas y trabajos.
0 1 2 77. Enciendo fuego	0 1 2 106. Tartamudeo
0 1 2 78. Tengo mucho sueño en el día	0 1 2 107. Destruyo cosas ajenas
0 1 2 79. Lastimo con objetos o armas	0 1 2 108. Tengo mala autoestima
0 1 2 80. Soy explosivo (a)	0 1 2 109. Me gusta estar acompañado (a)
0 1 2 81. Ronco	0 1 2 110. Tengo dificultad para leer y/o escribir.
0 1 2 82. Lavo mucho mis manos	0 1 2 111. Entro a lugares prohibidos (casas, bodegas, autos)
0 1 2 83. Camino dormido (a)	0 1 2 112. Tengo tics. Menciona
0 1 2 84. Discuto con adultos	0 1 2 113. Me enojo fácilmente
0 1 2 85. Tengo pesadillas. Describe: _____	0 1 2 114. Temo subir de peso
0 1 2 86. Mantengo interés por las cosas	0 1 2 115. Ensucio con excremento mi cama o ropa
0 1 2 87. Robo	0 1 2 116. Me molesta seguir órdenes
0 1 2 88. Miento para beneficiarme	0 1 2 117. Despierto demasiado temprano
0 1 2 89. Me maltratan en casa. Describe: _____	0 1 2 118. Me escapo de casa
0 1 2 90. Guardo cosas	0 1 2 119. Culpo a otros por lo que hago
0 1 2 91. Me maltratan en la escuela. Describe: _____	

Auto reporte del Niño y Adolescente 10-18	
<p>A continuación, hay una lista de conductas que los niños y jóvenes pueden o no realizar. Marca un círculo alrededor de aquellos que te describan ahora o dentro de los 6 últimos meses. Califica con: 2 si la conducta es muy cierta o casi siempre cierta, 1 si es ocasionalmente o de alguna manera cierto y 0 si no es cierto o no es aplicable a tu persona. Por favor contesta todos los puntos.</p>	
<p>0 1 2 120. Amenazo a otros 0 1 2 121. Escucho ruidos o voces que nadie más oye 0 1 2 122. Soy cruel con personas 0 1 2 123. Soy cooperador (a) 0 1 2 124. Tengo confianza en mí mismo (a)</p> <p>Molestias físicas</p> <p>0 1 2 125. Sudo, tiemblo/siento hormigueo, adormecimiento 0 1 2 126. Me cuesta respirar bien / molestia en el pecho, siento los latidos de mi corazón 0 1 2 127. Manchas o ronchas en la piel 0 1 2 128. Náusea, vómito o molestia en abdomen 0 1 2 129. Mareo o debilidad 0 1 2 130. Miedo a morir 0 1 2 131. Dolor o dolores en el cuerpo 0 1 2 132. Dolor de cabeza 0 1 2 133. Otros. Describe: _____</p> <hr/> <p>Marca uno o más, si corresponde</p> <p>0 1 2 134. Jalo o arranco mi cabello 0 1 2 135. Me pellizco 0 1 2 136. Me corto</p> <p>Marca uno o más, si consumes:</p> <p>0 1 2 137. Alcohol 0 1 2 138. Cafeína (café, red bull, etc.) 0 1 2 139. Pegamento o Thinner 0 1 2 140. Tabaco 0 1 2 141. Otros Menciona:</p>	<p>142. He intentado suicidarme Nunca___ Alguna Vez___ Más de una vez___</p> <p>143. ¿Por tus problemas has sido enviado alguna vez con médico, psicólogo o psiquiatra? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p> <p>144. Marca uno o más si corresponde. Por tus problemas, has buscado ayuda con alguno de los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> o Médico o Psicólogo o Psiquiatra o Religioso o Maestro o Orientador o trabajador social. <p>0 1 2 145. Tengo molestias cuando menstrúo.</p>

Cuestionario de Asignación Diagnóstica para Padres (CADI-P).

CADI - PANIA Cédula de Asignación Diagnóstica para padres sobre la conducta del Niño(a) o Adolescente. /6- 18 años)

Elaborado por la Dra. Lilia Albores Gallo

Reporte del padre sobre la conducta del niño y el adolescente.			
A continuación hay una lista de conductas que los niños y jóvenes pueden o no realizar. Marque un círculo alrededor de aquellos QUE DESCRIBEN A SU HIJO (A) AHORA, O DENTRO DE LOS ÚLTIMOS 2 MESES.			0 1 2 30. Piensa/dice que alguien le persigue o quiere dañarle
Califique con:			0 1 2 31. Tiene dificultad para poner atención, comete errores por descuido
2 si la conducta es muy cierta o casi siempre cierta,			0 1 2 32. Tiene excelente autoestima
1 si es ocasionalmente o de alguna manera cierto			0 1 2 33. Duerme poco.
0 si no es cierto o no es aplicable a tu hijo (a).			0 1 2 34. Intenta cosas nuevas
Por favor contesta todas las preguntas.			0 1 2 35. Tiene ideas extrañas. Mencionar: _____
0 1 2	1. Es confiable		0 1 2 36. Es atrevido (a)
0 1 2	2. Tiene dificultad para mantener la atención en tareas, conversaciones o lecturas.		0 1 2 37. Ve personas, cosas o animales que nadie más ve.
0 1 2	3. Tiene mucha energía.		0 1 2 38. Come mucho
0 1 2	4. Parece no escuchar cuando le hablan.		0 1 2 39. Falta a clases
0 1 2	5. Es independiente		0 1 2 40. Tiene miedo excesivo a cosas, animales o situaciones. Mencionar: _____
0 1 2	6. No comprende las emociones y sentimientos de los demás		0 1 2 41. Cambia de postura. Mueve manos/pies
0 1 2	7. Es desorganizado (a)		0 1 2 42. Tiene pensamientos repetitivos. Mencionar: _
0 1 2	8. Pierde sus útiles escolares		0 1 2 43. Cuenta, repite palabras o reza para controlar pensamientos.
0 1 2	9. Le gusta ordenar las cosas.		0 1 2 44. Salta de una idea a otra
0 1 2	10. Se distrae fácilmente		0 1 2 45. Pensamientos de muerte/ morir
0 1 2	11. Es olvidadizo (a) con tareas, mandados, llamadas, citas.		0 1 2 46. Deja al último las tareas que requieren mayor concentración
0 1 2	12. Es físicamente inquieto (a)		0 1 2 47. Se cansa fácil
0 1 2	13. Se molesta fácilmente		0 1 2 48. Está "en marcha" o moviéndose
0 1 2	14. Evita actividades tranquilas (Leer, juegos de mesa)		0 1 2 49. Se siente triste
0 1 2	15. Habla mucho		0 1 2 50. Es capaz de resolver problemas
0 1 2	16. Tiene dificultad para esperar turnos (filas)		0 1 2 51. Es justo (a) con los demás
0 1 2	17. Se preocupa excesivamente		0 1 2 52. Contesta antes de que completen la pregunta
0 1 2	18. Es responsable		0 1 2 53. Es optimista
0 1 2	19. Es nervioso (a)		0 1 2 54. Tiene poca energía
0 1 2	20. Toma laxantes		0 1 2 55. Es puntual
0 1 2	21. Dificilmente se queda sentado(a) o quieto(a).		0 1 2 56. Es lento (a)
0 1 2	22. Perdió el interés por actividades que antes disfrutaba.		0 1 2 57. Cumple con las metas que se propone
0 1 2	23. Se siente deprimido (a)		0 1 2 58. Tiene poco control de su nerviosismo
0 1 2	24. Tiene sueño en el día		0 1 2 59. Se siente agitado (a)
0 1 2	25. Se siente culpable		0 1 2 60. Orina en su cama o ropa
0 1 2	26. Repite palabras o frases		0 1 2 61. Por momentos come mucho
0 1 2	27. Es sociable		0 1 2 62. Es rencoroso (a) o vengativo (a)
0 1 2	28. Evita comer ciertos alimentos		
0 1 2	29. Se provoca el vómito		

<p>Marque un círculo alrededor de aquellos QUE DESCRIBEN A SU HIJO (A) AHORA, O DENTRO DE LOS ÚLTIMOS 2 MESES.</p> <p>Califique con:</p> <p>2 si la conducta es muy cierta o casi siempre cierta, 1 si es ocasionalmente o de alguna manera cierto 0 si no es cierto o no es aplicable a tu hijo (a).</p> <p>Por favor contesta todos los puntos.</p> <p>0 1 2 63. Pierde el control de lo que come</p> <p>0 1 2 64. Está convencido (a) que partes de su cuerpo son defectuosas.</p> <p>0 1 2 65. Piensa sobre un accidente o agresión que sufrió o vio.</p> <p>0 1 2 66. Le preocupa enfermar.</p> <p>0 1 2 67. Interrumpe conversaciones y actividades de otros</p> <p>0 1 2 68. Finge síntomas o enfermedades</p> <p>0 1 2 69. Regresa comida a su boca después de haberla pasado</p> <p>0 1 2 70. Le apasionan ciertos temas, ideas, o lecturas</p> <p>0 1 2 71. Evita hablar con los otros</p> <p>0 1 2 72. Piensa que está gordo (a)</p> <p>0 1 2 73. Le cuesta quedarse dormido (a)</p> <p>0 1 2 74. Molesta a otros</p> <p>0 1 2 75. Come cosas no comestibles (gises, goma, yeso, tierra, etc.)</p> <p>0 1 2 76. Se despierta en las noches o la madrugada</p> <p>0 1 2 77. Enciende fuego</p> <p>0 1 2 78. Tiene mucho sueño en el día</p> <p>0 1 2 79. Lastima con objetos o armas</p> <p>0 1 2 80. Es explosivo (a)</p> <p>0 1 2 81. Ronca</p> <p>0 1 2 82. Lava mucho sus manos.</p> <p>0 1 2 83. Camina dormido (a)</p> <p>0 1 2 84. Discute con adultos</p> <p>0 1 2 85. Tiene pesadillas. Describe: _____</p> <hr/> <p>0 1 2 86. Mantiene interés por las cosas</p> <p>0 1 2 87. Roba</p> <p>0 1 2 88. Miente para beneficiarse</p> <p>0 1 2 89. Es maltratado (a) en casa. Describir: _____</p> <hr/> <p>0 1 2 90. Guarda cosas</p> <p>0 1 2 91. Es maltratado (a) en la escuela Describir: _____</p> <hr/>	<p>0 1 2 92. Evita relacionarse con las personas</p> <p>0 1 2 93. Pierde el control</p> <p>0 1 2 94. Evita mirar a los ojos de las personas</p> <p>0 1 2 95. Es cruel con animales</p> <p>0 1 2 96. Ha perdido peso sin planearlo</p> <p>0 1 2 97. Sus compañeros lo (a) molestan</p> <p>0 1 2 98. Tiene dificultad para sostener una conversación</p> <p>0 1 2 99. Mueve una parte de su cuerpo. Mencionar: _____</p> <hr/> <p>0 1 2 100. Evita compartir alegría, gustos e intereses con otros</p> <p>0 1 2 101. Le molestan los cambios</p> <p>0 1 2 102. Deja al último las tareas que requieren mayor concentración</p> <p>0 1 2 103. Tiene problemas de lenguaje. Mencionar: _____</p> <hr/> <p>0 1 2 104. Inicia peleas</p> <p>0 1 2 105. Tiene dificultad para concluir tareas y trabajos.</p> <p>0 1 2 106. Tartamudea</p> <p>0 1 2 107. Destruye cosas ajenas</p> <p>0 1 2 108. Tiene mala autoestima</p> <p>0 1 2 109. Le gusta estar acompañado (a)</p> <p>0 1 2 110. Tiene dificultad para leer y/o escribir. Mencionar: _____</p> <hr/> <p>0 1 2 111. Entra a lugares prohibidos (casas, bodegas, autos)</p> <p>0 1 2 112. Tiene tics. Mencionar: _____</p> <hr/> <p>0 1 2 113. Se enoja fácilmente</p> <p>0 1 2 114. Teme subir de peso</p> <p>0 1 2 115. Ensucia con excremento su cama o ropa</p> <p>0 1 2 116. Le molesta seguir órdenes</p> <p>0 1 2 117. Despierta demasiado temprano</p> <p>0 1 2 118. Se escapa de casa</p> <p>0 1 2 119. Culpa a otros por lo que hace</p>
--	---

- 0 1 2 120. Amenaza a otros
- 0 1 2 121. Escucha ruidos o voces que nadie más oye
- 0 1 2 122. Es cruel con personas
- 0 1 2 123. Es cooperador (a)
- 0 1 2 124. Tiene confianza en mí mismo (a)

Molestias físicas.

- 0 1 2 125. Sudor, temblor/ adormecimiento u hormigueo
- 0 1 2 126. Le cuesta respirar bien/molestia en el pecho, siente los latidos de su corazón
- 0 1 2 127. Manchas o ronchas en la piel
- 0 1 2 128. Náusea, vómito o molestia en abdomen
- 0 1 2 139. Mareo o debilidad
- 0 1 2 130. Miedo a morir
- 0 1 2 131. Dolor o dolores en el cuerpo
- 0 1 2 132. Dolor de cabeza
- 0 1 2 133. Otros. Describa: _____

Marque uno o más, si corresponde:

- 0 1 2 134. Jala o arranca su cabello
- 0 1 2 135. Se pellizca
- 0 1 2 136. Se corta

Marque uno o más, si su hijo(a) consume:

- 0 1 2 137. Alcohol
- 0 1 2 138. Cafeína (café, red bull, etc.)
- 0 1 2 139. Pegamento o Thinner
- 0 1 2 140. Tabaco
- 0 1 2 141. Otro (s) Mencione: _____

142. Ha intentado suicidarse?
Nunca___ Alguna Vez___ Más de una vez___

143. ¿Por sus problemas ha sido enviado alguna vez con médico psicólogo o psiquiatra? Sí___ No___

144. Marcar uno o más si corresponde. Por sus problemas, su hijo (a) ha buscado ayuda con alguno de los siguientes:

- Médico
- Psicólogo
- Psiquiatra
- Religioso
- Maestro

Orientador o trabajador social

0 1 2 145. Mi hija tiene molestias cuando menstrúa.

INDICADORES DE DEPENDENCIA DSM-V

No. de expediente: _____

Iniciales: _____ Fecha: _____

A continuación le solicitamos que identifique si se le han presentado cada uno de los eventos o sucesos que se le presentan a continuación, en los últimos 12 meses.

Realizar para cada una de las sustancias.

Pre-tratamiento	Post-tratamiento	1º seguimiento	2º seguimiento	3º seguimiento	4º seguimiento
-----------------	------------------	----------------	----------------	----------------	----------------

Instrucciones: Conteste afirmativa o negativamente las siguientes preguntas:

Preguntas	Sí	No
1. ¿Ha notado que el tiempo que lleva ingiriendo la sustancia y la cantidad con la que la consume han incrementado, respecto a sus propósitos de consumo?		
2. ¿Experimenta un deseo constante por consumir la sustancia o ha fracasado en sus intentos para abandonar o controlar el consumo?		
3. ¿Invierte mucho tiempo en actividades necesarias para conseguir la droga, consumirla o recuperarse de sus efectos?		
4. ¿Experimenta ansias o un fuerte deseo o necesidad por consumir la sustancia?		
5. ¿Tiene un consumo recurrente que le ocasiona el incumplimiento de sus principales deberes en el trabajo, la escuela o el hogar?		
6. ¿Ha continuado consumiendo, a pesar de que esto le ocasione frecuentes o severos problemas en sus relaciones interpersonales?		
7. ¿El consumo de la droga le provoca el abandono o reducción de importantes actividades laborales, académicas, sociales o recreativas?		
8. ¿Consume con frecuencia, aún en situaciones en las que pone en riesgo su integridad física?		
9. ¿Continúa consumiendo la droga a pesar de saber que le ocasiona o le intensifica un problema físico o psicológico?		
10. ¿Requiere consumir cantidades mayores de la droga para experimentar el efecto deseado? ó ¿La cantidad que consume de la droga ya no le ocasiona el efecto deseado?		
11. Cuando ha pasado cierto tiempo después de consumir la última dosis: ¿Presenta síntomas del síndrome de abstinencia como: ansiedad, deseo intenso por consumir, temblor, sudoración, taquicardia, náusea, vómito, insomnio, inapetencia, etc.?, o ¿Consume la sustancia o alguna similar para aliviar o quitar esos síntomas del síndrome de abstinencia?		
Puntaje Total		

LEVE (2-3 síntomas)	MODERADO (4-5 síntomas)	GRAVE (6 o MÁS síntomas)

	Leve (2-3 síntomas)	Moderado (4-5 síntomas)	Grave (6 o más sustancias)
Sustancia 1			
Sustancia 2			
Sustancia 3			
Sustancia 4			
Sustancia 5			

|

Autorregistro

Nombre: _____					
Sesión					
Mi meta para la semana:		No consumir		Reducir mi consumo	
Días de consumo:			Cantidad:		
Día	Cantidad	Bebida	Personas	Lugar	Bebí alcohol cuando



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.: HPIJNN-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 Cenicerós

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, HPIJNN-Presente

Dra. Laura Fritsche García-Comité de Ética en Investigación, HPIJNN-Presente

Archivo, HPIJNN-Presente





SALUD
SECRETARÍA DE SALUD



2020
LEONORA VICARIO
CENTENARIO DE SU NACIMIENTO



CCINSHAE
COMITÉ CONSULTIVO EN ÉTICA
INVESTIGACIÓN Y BIOMÉDICA



Ciudad de México a 25 de Septiembre 2020

Atención: Dr. Emmanuel I. Sarmiento Hernández

Por medio de la presente le comunico que en relación con su proyecto titulado "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."

El comité no encuentra inconveniente para emitir el dictamen de

APROBADO

En vista de que cumple los lineamientos bioéticos requeridos para su desarrollo.

Les deseamos éxito en su proyecto y quedamos atentos ante cualquier duda o comentario al respecto

Atentamente
Dr. Michel Gutiérrez Ceniceros
Presidente del Comité de Ética





SALUD
SECRETARÍA DE SALUD

SAP

SISTEMA NACIONAL
DE INVESTIGACIÓN
Epidemiológica y Salud Pública



Ciudad de México a 01 de febrero de 2022
Oficio No. SPPS/DGSAP/HPIJNN/008/2022
Asunto: Registro de tesis derivada

Dr. Emmanuel Isaías Sarmiento Hernández
Investigador responsable
HPIJNN
P r e s e n t e

En relación con el proyecto a su cargo y que se especifica a continuación:

Título del proyecto: "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".

Clave de registro: II3/05/0920.

Se informa que el proyecto que se especifica se registró en esta división como proyecto de tesis DERIVADO:

Título: "Eficacia del programa de intervención breve en la reducción de consumo de sustancias en adolescentes con patología dual".

Clave de registro: II3/05/0920/Tc

Tesis de: Especialidad en Psiquiatría infantil y del adolescente

Tesista: **Iveth Vianey Gaytán Barrera.**

Se notifican las siguientes obligaciones que adquieren el investigador y el tesista:

Deberá entregar durante la primera semana de noviembre un informe de avances del proyecto derivado así como envío de pdf's de los productos generados al e-mail investigacionhpi@gmail.com (presentaciones en congresos, etc.)
En este informe deberá identificar el número de expediente clínico del paciente (si es nueva recolección por enmienda o por proyecto nuevo) y asegurarse de la existencia en el expediente del HPI de la copia del consentimiento informado y la nota de investigación respectiva.

Sin más por el momento, reciba un cordial saludo.

A t e n t a m e n t e
Jefa de la División de Investigación

Dra. Patricia Zavaleta Ramírez
ccp. Archivo de la división de investigación.

En: San Pedro de Atlixco 25, San Pedro de Atlixco, Veracruz, México, C.P. 76100, México. Tel: 01 (228) 251 2221, 251 2222 y 251 2223, www.ssp.ssa.gob.mx y www.salud.gob.mx



2022 **Ricardo Flores Magón**
Día de Magón



SALUD
SECRETARÍA DE SALUD



Ciudad de México, 22 de agosto del 2022

Asunto: carta de aprobación

Resolución No.: HPIJNN-CEI-013-2022

Iveth Vianey Gaytán Barrera

TESISTA

Presente

Por medio de la presente hago constar que, he recibido la carta compromiso para el manejo ético de los datos derivados del proyecto de tesis: **"Eficacia del programa de intervención breve en la reducción de consumo de sustancias en adolescentes con patología dual"**, con número de registro I13/05/0920/Tc

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

c.c.p. Dr. Emmanuel I. Sarmiento Hernández-Director del hospital-presente

Dra. Armida Granados Rojas-Jefe de enseñanza y capacitación-presente

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

Dra. Laura Fritsche García-Comité de Ética en Investigación, HPIJNN-Presente

