



**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE HIDALGO**  
**INSTITUTO DE CIENCIAS DE LA SALUD**

Área Académica de Medicina  
Maestría en Salud Pública

**“Funcionalidad familiar y patología dual en usuarios  
residenciales en el Centro Estatal para la Atención Integral  
de las Adicciones, Hidalgo.”**

Proyecto terminal de carácter profesional para obtener el grado de:

**MAESTRO EN SALUD PÚBLICA**

**Presenta:**

Rafael Ángel Gómez Benumea

**Director de Proyecto Terminal:**

D. en C.A. Patricia Vázquez Alvarado

**Comité Tutorial:**

**Codirector:** M. en C. Carlos Eduardo Medina Solís

**Asesores:** M. en S.P. Juan Carlos Paz Bautista

Pachuca de Soto, Hidalgo, junio 2016.

## *Agradecimientos:*

¿En qué consiste la ciencia? En conocer a los hombres.

Confucio

*Agradezco a mi amada esposa Karla Miguel Jiménez y a mis dos pequeños consentidos Fanny y Leo, por su amor incondicional, su enorme paciencia respecto a mi pasión desmedida por la ciencia y la filosofía, su comprensión ante esas largas noches de desvelo y arduo trabajo escolar y por acompañarme en esta largo camino; sin ustedes, sin su amor, su paciencia, su comprensión y su apoyo incondicional no hubiera llegado al final de este proyecto que inició como un anhelo.*

*Agradezco a mi madre y padre, quienes me han dado todo lo que ha estado en sus manos para alcanzar mis sueños.*

*Agradezco a mis tutores por su guía, comprensión y tiempo para dar conclusión a la maestría en Salud Pública.*

*Gracias a la Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo y al Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología por abrirme sus puertas.*

▪	<b>ÍNDICE</b>	
▪	<b>GLOSARIO DE TERMINOS</b> .....	<b>5</b>
▪	<b>RELACIÓN DE TABLAS Y FIGURAS</b> .....	<b>7</b>
-	ÍNDICE DE TABLAS .....	7
-	ÍNDICE DE FIGURAS .....	27
▪	<b>RESUMEN</b> .....	<b>29</b>
▪	<b>INTRODUCCIÓN</b> .....	<b>31</b>
▪	<b>MARCO TEÓRICO</b> .....	<b>34</b>
▪	<b>PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA</b> .....	<b>48</b>
▪	<b>PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN</b> .....	<b>51</b>
▪	<b>JUSTIFICACIÓN</b> .....	<b>51</b>
▪	<b>OBJETIVOS</b> .....	<b>52</b>
-	OBJETIVO GENERAL: .....	52
-	OBJETIVOS ESPECÍFICOS: .....	52
▪	<b>MATERIAL Y MÉTODOS</b> .....	<b>53</b>
-	TIPO DE ESTUDIO .....	53
-	VARIABLES DE ESTUDIO .....	53
-	POBLACIÓN .....	53
-	CRITERIOS DE INCLUSIÓN .....	53
-	CRITERIOS DE EXCLUSIÓN .....	53
-	CRITERIOS DE ELIMINACIÓN .....	54
-	TAMAÑO DE MUESTRA .....	54
-	LOCALIZACIÓN .....	54
-	TIEMPO .....	54
-	INSTALACIONES .....	54
-	INSTRUMENTOS .....	55
-	LOGÍSTICA DE RECOLECCIÓN DE DATOS Y APLICACIÓN DE INSTRUMENTOS .....	57
-	OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES .....	58
▪	<b>HIPOTÉISIS DE TRABAJO</b> .....	<b>66</b>
▪	<b>ANÁLISIS Y RESULTADOS</b> .....	<b>66</b>
▪	<b>ASPECTOS ÉTICOS</b> .....	<b>67</b>
▪	<b>RESULTADOS</b> .....	<b>68</b>
-	<b>CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE LOS USUARIOS EN ESTANCIA RESIDENCIAL</b> .....	<b>68</b>
-	PERFIL DEL CONSUMO DE SUSTANCIAS EN USUARIOS RESIDENCIALES EN EL CENTRO ESTATAL PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS ADICCIONES. ....	71
-	POLICONSUMO EN USUARIOS RESIDENCIALES .....	87
-	ANTECEDENTES DE ATENCIÓN EN SALUD MENTAL DE USUARIOS RESIDENCIALES .....	88
-	PERFIL PSIQUIÁTRICO DE USUARIOS RESIDENCIALES .....	93
-	TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD EN USUARIOS RESIDENCIALES .....	99

-	PREVALENCIA DE PATOLOGÍA DUAL EN USUARIOS RESIDENCIALES .....	103
-	ANTECEDENTES DE ATENCIÓN EN SALUD MENTAL DE FAMILIARES DE PRIMER GRADO Y PERFIL DE LAS FAMILIAS DE USUARIOS RESIDENCIALES. ....	103
-	FUNCIONALIDAD FAMILIAR DE USUARIOS RESIDENCIALES. ....	108
-	INDICACIÓN DE TRATAMIENTO PSICOFARMACOLÓGICO EN USUARIOS RESIDENCIALES. ....	111
-	EVOLUCIÓN DE PERIODO DE INTERNAMIENTO EN USUARIOS EN ESTANCIA RESIDENCIAL. ....	113
■	<b>ANÁLISIS CUALITATIVO DE VARIABLES DE INTERÉS: PREVALENCIA GLOBAL, PREVALENCIA DE LOS EXPUESTOS Y NO EXPUESTOS Y RAZÓN DE MOMIOS.....</b>	<b>114</b>
-	ANÁLISIS CUALITATIVO DE VARIABLE INDEPENDIENTE FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y LA VARIABLE DEPENDIENTE PATOLOGÍA DUAL.....	114
-	ANÁLISIS CUALITATIVO DE VARIABLE DEPENDIENTE PATOLOGÍA DUAL SOBRE VARIABLES DE INTERÉS Y RAZÓN DE MOMIOS Y VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS DE INTERÉS. ....	134
-	ANÁLISIS CUALITATIVO DE LOS USUARIOS EN ESTANCIA RESIDENCIAL QUE CUMPLIERON CON EL DIAGNÓSTICO DE DEPENDENCIA AL ALCOHOL, VARIABLES DE INTERÉS Y RAZÓN DE MOMIOS.....	146
-	USUARIOS CON DEPENDENCIA ALCOHOL QUE INICIARON SU CONSUMO ANTES DE LOS 18 AÑOS DE EDAD Y DEPENDENCIA A OTRAS SUSTANCIAS. ....	155
-	USUARIOS CON DEPENDENCIA ALCOHOL EN ESTANCIA RESIDENCIAL Y PATRÓN DE CONSUMO.....	163
-	ANÁLISIS CUALITATIVO DE LAS VARIABLES RELACIONADAS CON LOS USUARIOS QUE CUMPLIERON CON LOS CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DE DEPENDENCIA AL CANNABIS, SU ASOCIACIÓN CON VARIABLES DE INTERÉS Y RAZÓN DE MOMIOS.....	184
-	USUARIOS EN ESTANCIA RESIDENCIAL QUE CUMPLIERON CON LOS CRITERIOS DE DEPENDENCIA A CANNABIS QUE INICIARON SU CONSUMO ANTES DE LOS 18 AÑOS, VARIABLES DE INTERÉS Y RAZÓN DE MOMIOS. ....	200
-	USUARIOS EN ESTANCIA RESIDENCIAL QUE CUMPLIERON CON LOS CRITERIOS DE DEPENDENCIA A CANNABIS Y PATRÓN DE CONSUMO.....	212
-	ANÁLISIS CUALITATIVO DE LOS USUARIOS EN ESTANCIA RESIDENCIAL QUE CUMPLIERON CON EL DIAGNÓSTICO DE DEPENDENCIA A SOLVENTES VOLÁTILES, VARIABLES DE INTERÉS Y RAZÓN DE MOMIOS. ....	228
-	ANÁLISIS CUALITATIVO DE LOS USUARIOS EN ESTANCIA RESIDENCIAL QUE CUMPLIERON CON EL DIAGNÓSTICO DE DEPENDENCIA A SOLVENTES VOLÁTILES E INICIARON SU CONSUMO DE SOLVENTES VOLÁTILES ANTES DE LOS 18 AÑOS DE EDAD.....	245
-	ANÁLISIS CUALITATIVO DE LOS USUARIOS EN ESTANCIA RESIDENCIAL QUE CUMPLIERON CON EL DIAGNÓSTICO DE DEPENDENCIA A SOLVENTES VOLÁTILES E INICIARON SU CONSUMO DE SOLVENTES ANTES DE LOS 18 AÑOS Y DEPENDENCIA A OTRAS SUSTANCIAS .....	248
-	ANÁLISIS CUALITATIVO DE LOS USUARIOS EN ESTANCIA RESIDENCIAL QUE CUMPLIERON CON EL DIAGNÓSTICO DE DEPENDENCIA A SOLVENTES VOLÁTILES Y PATRÓN DE CONSUMO DE SOLVENTES .....	251
-	ANÁLISIS CUALITATIVO DE LOS USUARIOS EN ESTANCIA RESIDENCIAL QUE CUMPLIERON CON EL DIAGNÓSTICO DE DEPENDENCIA A COCAÍNA, VARIABLES DE INTERÉS Y RAZÓN DE MOMIOS. ....	253
-	ANÁLISIS CUALITATIVO DE LOS USUARIOS CON DEPENDENCIA A COCAÍNA E INICIARON SU CONSUMO ANTES DE LOS 18 AÑOS DE EDAD A SU INGRESO A ESTANCIA RESIDENCIAL Y VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS. ....	257
-	ANÁLISIS CUALITATIVO DE PATRÓN DE CONSUMO EN USUARIOS CON DEPENDENCIA A COCAÍNA EN ESTANCIA RESIDENCIAL. ....	261
-	ANÁLISIS CUALITATIVO DE LOS USUARIOS EN ESTANCIA RESIDENCIAL QUE CUMPLIERON CON EL DIAGNÓSTICO DE DEPENDENCIA A ESTIMULANTES, VARIABLES DE INTERÉS Y RAZÓN DE MOMIOS.....	263
-	ANÁLISIS CUALITATIVO DE LOS USUARIOS EN ESTANCIA RESIDENCIAL QUE CUMPLIERON CON EL DIAGNÓSTICO DE DEPENDENCIA A ESTIMULANTES CON INICIO DE CONSUMO ANTES DE LOS 18 AÑOS DE EDAD. ....	271
-	ANÁLISIS CUALITATIVO DE LOS USUARIOS EN ESTANCIA RESIDENCIAL QUE CUMPLIERON CON EL DIAGNÓSTICO DE DEPENDENCIA A BENZODIACEPINAS, VARIABLES DE INTERÉS Y RAZÓN DE MOMIOS. ....	275
-	ANÁLISIS CUALITATIVO DE LOS USUARIOS EN ESTANCIA RESIDENCIAL QUE CUMPLIERON CON LOS DIAGNÓSTICOS DE EPISODIO DEPRESIVO, VARIABLES DE INTERÉS Y RAZÓN DE MOMIOS.....	278

- ANÁLISIS CUALITATIVO DE LOS USUARIOS EN ESTANCIA RESIDENCIAL QUE CUMPLIERON CON LOS DIAGNÓSTICOS DE TRASTORNO DISTÍMICO, VARIABLES DE INTERÉS Y RAZÓN DE MOMIOS. ....	281
- ANÁLISIS CUALITATIVO DE LOS USUARIOS EN ESTANCIA RESIDENCIAL QUE CUMPLIERON CON LOS DIAGNÓSTICOS DE TRASTORNO DEPRESIVO RECURRENTE, VARIABLES DE INTERÉS Y RAZÓN DE MOMIOS.....	303
- ANÁLISIS CUALITATIVO DE LOS USUARIOS EN ESTANCIA RESIDENCIAL QUE CUMPLIERON EL DIAGNÓSTICO PARA CUALQUIER TRASTORNO DEL ESTADO DE ÁNIMO (EPISODIO DEPRESIVO, TRASTORNO DISTÍMICO, TRASTORNO DEPRESIVO RECURRENTE), VARIABLES DE INTERÉS Y RAZÓN DE MOMIOS. ....	305
- ANÁLISIS CUALITATIVO DE LOS USUARIOS EN ESTANCIA RESIDENCIAL QUE CUMPLIERON EL DIAGNÓSTICO PARA CUALQUIER TRASTORNO DE ANSIEDAD (TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA, TRASTORNO DE FOBIA SOCIAL, TRASTORNO DE PÁNICO Y TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO), VARIABLES DE INTERÉS Y RAZÓN DE MOMIOS. ....	327
- ANÁLISIS CUALITATIVO DE LOS USUARIOS EN ESTANCIA RESIDENCIAL QUE CUMPLIERON EL DIAGNÓSTICO PARA CUALQUIER TRASTORNO DE LA CONDUCTA, VARIABLES DE INTERÉS Y RAZÓN DE MOMIOS. ....	336
- ANÁLISIS CUALITATIVO DE LOS USUARIOS EN ESTANCIA RESIDENCIAL QUE CUMPLIERON EL DIAGNÓSTICO PARA CUALQUIER TRASTORNO DE LA CONDUCTA Y VARIABLES ASOCIADAS A LA FUNCIÓN, ESTRUCTURA Y DINÁMICA FAMILIAR.....	348
- ANÁLISIS CUALITATIVO DE LOS USUARIOS EN ESTANCIA RESIDENCIAL QUE CUMPLIERON EL DIAGNÓSTICO PARA TRASTORNOS DE LA CONDUCTA DE TIPO NEGATIVISTA DESAFIANTE, VARIABLES DE INTERÉS Y RAZÓN DE MOMIOS. ....	350
- ANÁLISIS CUALITATIVO DE LOS USUARIOS EN ESTANCIA RESIDENCIAL QUE CUMPLIERON EL DIAGNÓSTICO PARA TRASTORNO DE LA CONDUCTA DE TIPO DISOCIAL, VARIABLES DE INTERÉS Y RAZÓN DE MOMIOS.....	355
- ANÁLISIS CUALITATIVO DE LOS USUARIOS EN ESTANCIA RESIDENCIAL QUE CUMPLIERON CRITERIOS DIAGNÓSTICOS PARA TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD DEL GRUPO A, VARIABLES DE INTERÉS Y RAZÓN DE MOMIOS. ....	368
- ANÁLISIS CUALITATIVO DE LOS USUARIOS EN ESTANCIA RESIDENCIAL QUE CUMPLIERON CRITERIOS DIAGNÓSTICOS PARA TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD DEL GRUPO B, VARIABLES DE INTERÉS Y RAZÓN DE MOMIOS. ....	373
▪ <b>RESUMEN DE ANÁLISIS CUALITATIVO</b> .....	<b>407</b>
▪ <b>DISCUSIÓN</b> .....	<b>439</b>
- ADICCIONES Y SALUD PÚBLICA.....	439
- FUNCIONALIDAD FAMILIAR COMO FACTOR DE RIESGO PARA EL DESARROLLO DE LA ADICCIÓN .....	442
- FUNCIÓN, ESTRUCTURA Y DINÁMICA FAMILIAR. ....	443
- FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y PATOLOGÍA DUAL.....	447
- MALTRATO INFANTIL COMO PRECURSOR DE TRASTORNOS PSIQUIÁTRICOS Y TRASTORNOS POR CONSUMO DE SUSTANCIAS. ....	450
- INICIO Y PROGRESIÓN DE CONSUMO DE SUSTANCIAS EN USUARIOS EN ESTANCIA RESIDENCIAL .....	457
- USUARIOS CON DEPENDENCIA CANNABIS EN ESTANCIA RESIDENCIAL .....	486
- USUARIOS CON DEPENDENCIA COCAÍNA EN ESTANCIA RESIDENCIAL.....	510
- USUARIOS CON DEPENDENCIA SOLVENTES VOLÁTILES EN ESTANCIA RESIDENCIAL .....	523
- USUARIOS CON DEPENDENCIA ESTIMULANTES (ANFETAMINAS Y METANFETAMINAS) EN ESTANCIA RESIDENCIAL .....	538
- USUARIOS CON DEPENDENCIA BENZODIACEPINAS EN ESTANCIA RESIDENCIAL .....	552
- USUARIOS CON EL DIAGNÓSTICO DE TRASTORNOS DE LA CONDUCTA EN ESTANCIA RESIDENCIAL .....	560
- USUARIOS CON EL DIAGNÓSTICO DE TRASTORNO DE LA PERSONALIDAD EN ESTANCIA RESIDENCIAL. ....	587
- USUARIOS CON EL DIAGNÓSTICO DE UN TRASTORNO DE LA PERSONALIDAD Y DEPENDENCIA ALCOHOL EN ESTANCIA RESIDENCIAL. ....	595
- USUARIOS CON EL DIAGNÓSTICO DE UNO O MÁS TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD Y DEPENDENCIA CANNABIS EN ESTANCIA RESIDENCIAL.....	604

- USUARIOS CON EL DIAGNÓSTICO DE TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD Y DEPENDENCIA A COCAÍNA EN ESTANCIA RESIDENCIAL. ....	610
- USUARIOS CON EL DIAGNÓSTICO DE TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD Y DEPENDENCIA A SOLVENTES VOLÁTILES EN ESTANCIA RESIDENCIAL. ....	617
- USUARIOS CON EL DIAGNÓSTICO DE TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD Y DEPENDENCIA A ESTIMULANTES EN ESTANCIA RESIDENCIAL. ....	622
- USUARIOS CON DIAGNÓSTICO DE TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD Y DEPENDENCIA A BENZODIACEPINAS EN ESTANCIA RESIDENCIAL. ....	626
- USUARIOS CON EL DIAGNÓSTICO DE TRASTORNO DE LA PERSONALIDAD Y ANTECEDENTES EN SALUD MENTAL EN ESTANCIA RESIDENCIAL. ....	627
- USUARIOS CON EL DIAGNÓSTICO DE TRASTORNO DE LA PERSONALIDAD Y ANTECEDENTES DE CONDUCTAS SUICIDAS EN ESTANCIA RESIDENCIAL. ....	630
- USUARIOS CON EL DIAGNÓSTICO DE TRASTORNO DE LA PERSONALIDAD Y ANTECEDENTES DE MALTRATO INFANTIL EN ESTANCIA RESIDENCIAL. ....	633
- USUARIOS EN ESTANCIA RESIDENCIAL CON TRASTORNO DE LA PERSONALIDAD Y DIAGNÓSTICO COMORBIDO DE TRASTORNOS DEL ESTADO DE ÁNIMO. ....	639
- USUARIOS EN ESTANCIA RESIDENCIAL CON TRASTORNO DE LA PERSONALIDAD Y DIAGNÓSTICO COMORBIDO DE TRASTORNO DE ANSIEDAD. ....	648
- USUARIOS CON EL DIAGNÓSTICO DE TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD, ESTRUCTURA, DINÁMICA Y FUNCIONALIDAD PERSONALIDAD EN ESTANCIA RESIDENCIAL. ....	652
- USUARIOS EN ESTANCIA RESIDENCIAL CON TRASTORNO DE LA PERSONALIDAD Y TRATAMIENTO PSICOFARMACOLÓGICO EN ESTANCIA RESIDENCIAL. ....	656
- EVOLUCIÓN DE USUARIOS CON EL DIAGNÓSTICO DE TRASTORNO DE LA PERSONALIDAD EN ESTANCIA RESIDENCIAL. ....	662
▪ <b>CONCLUSIONES</b> .....	<b>662</b>
▪ <b>PERSPECTIVAS</b> .....	<b>665</b>
▪ <b>RECOMENDACIONES</b> .....	<b>666</b>
- ESTRATEGIAS ENFOCADAS EN LA PREVENCIÓN. ....	666
- ESTRATEGIAS PARA LA ATENCIÓN A USUARIOS CON UN TRASTORNO POR CONSUMO DE SUSTANCIAS.....	666
- PROMOCIÓN DE LA SALUD MENTAL .....	666
- ACEPTACIÓN DEL FRACASO DE LAS POLÍTICAS GUBERNAMENTALES PARA LA SUPRESIÓN DE LA OFERTA.....	667
- REDIRECCIÓN DEL GASTO PÚBLICO PARA LA SUPRESIÓN DE LA OFERTA A LA REDUCCIÓN DE LA DEMANDA..	667
▪ <b>BIBLIOGRAFÍA</b> .....	<b>668</b>
▪ <b>ANEXOS</b> .....	<b>692</b>

## ▪ GLOSARIO DE TERMINOS

**Adicción:** Conjunto de patrones conductuales desadaptativos que producen una incapacidad para dominar el consumo de una sustancia a pesar de sus consecuencias negativas sobre múltiples áreas de la vida del individuo. Es un fenómeno multifactorial.

**Patología dual:** Presencia simultánea de uno o más trastornos psiquiátricos y dependencia a una o más sustancias.

**Funcionalidad familiar:** definida como la capacidad para enfrentar y superar cada una de las etapas del ciclo vital y las crisis por las que atraviesa, una familia funcional es aquella capaz de cumplir con las tareas encomendadas, de acuerdo a un ciclo vital en que se encuentre y en relación con las demandas que percibe del medio ambiente externo y es un factor determinante en la conservación de la salud o en la aparición de la enfermedad entre sus miembros.

**Familia disfuncional:** definida por una baja constancia en la crianza, baja estabilidad en la residencia, ingresos económicos inadecuados, violencia familiar, enfermedad mental de uno o ambos padres, consumo de sustancias por uno o ambos padres, separación marital, falta de consenso entre normas, hostilidad en la comunicación entre los diferentes subsistemas, baja a nula cohesión familiar y una dificultad continua para adaptarse a los cambios al interior o exterior de la familia.

**Cohesión familiar:** vínculo emocional y comunicacional que los miembros de la familia tienen entre sí necesario para la habilidad de la familia para cambiar y adaptarse en la presencia de cambios importantes, consta de cuatro niveles: cohesión relacionada, semirrelacionada, relacionada y aglutinada.

**Adaptabilidad familiar:** se define como la habilidad de una familia para ajustarse en cuanto a la estructura de poder, los roles y las relaciones con las distintas situaciones estresantes del exterior. Los cuatro niveles de adaptabilidad familiar son rígido, estructurado, flexible y caótico. La forma en que las familias se estructuran en términos de su nivel de adaptabilidad ha mostrado tener efectos más profundos en los niños desde la escuela hasta la religión o el comportamiento.

**Crisis familiar:** definida como un evento vital, presente y pasado, que ocasiona cambios en la funcionalidad de los miembros de la familia. El sano funcionamiento de la familia requiere que

estas crisis sean reconocidas y validadas por ella misma como problemas potenciales, a fin de poder ser resueltas favorablemente.

**Trastorno psiquiátrico:** es definido como un síndrome caracterizado por una alteración clínicamente significativa del estado cognitivo, la regulación emocional o el comportamiento de un individuo, que refleja una disfunción de los procesos psicológicos, biológicos o del desarrollo que subyacen en su función mental.

**Trastorno de la personalidad:** definido como un patrón permanente e inflexible de experiencia interna y de comportamiento que se aparta acusadamente de las expectativas de la cultura del sujeto, tiene su inicio en la adolescencia o principio de la edad adulta, es estable a lo largo del tiempo y comporta malestar o prejuicios para el sujeto.

**Diagnóstico multiaxial:** el sistema multiaxial implica una evaluación en varios ejes, cada uno de los cuales concierne a un área distinta de información que puede ayudar al clínico en el planeamiento del tratamiento y en la predicción de resultados. En la clasificación multiaxial DSM se incluyen cinco ejes: Eje I o trastornos psiquiátricos clínicos, Eje II o trastornos de la personalidad, Eje III o enfermedades médicas, Eje IV o problemas psicosociales y ambientales y Eje V o funcionalidad global.

**Trastornos del estado de ánimo:** definidos como un conjunto de trastornos cuya principal característica subyacente sería una alteración del estado de ánimo del individuo: Episodio depresivo, trastorno depresivo recurrente, trastorno distímico y trastorno bipolar.

**Trastornos de ansiedad:** definidos como un conjunto de trastornos caracterizados por miedo, ansiedad anormal y patológica: trastorno de ansiedad generalizada, trastorno de estrés postraumático, trastorno de ansiedad social, trastorno de pánico y fobia simple.

**Trastornos de la conducta:** trastorno del comportamiento, algunas veces diagnosticado en la infancia, que se caracteriza por comportamientos antisociales que violan los derechos de otros y los estándares y reglas sociales apropiados a la edad.

**Trastornos de la conducta alimentaria:** se definen como un síndrome caracterizado por miedo intenso a ganar peso, distorsión de la figura corporal y conductas de tipo restrictivas y purgativas, entre los cuales está la anorexia y la bulimia nerviosas.



## ▪ RELACIÓN DE TABLAS Y FIGURAS

### - Índice de tablas

<b>TABLA 1.</b> NIVEL DE ESCOLARIDAD, MOTIVO DE ABANDONO ESCOLAR Y EDAD DE ABANDONO DE ACTIVIDAD ESCOLAR EN USUARIOS RESIDENCIALES DEL CENTRO ESTATAL PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS ADICCIONES. ....	69
<b>TABLA 2.</b> ACTIVIDAD LABORAL ACTUAL, MOTIVO DE ABANDONO Y EDAD DE INICIO DE ACTIVIDAD LABORAL Y TIEMPO DE DESEMPLEO EN USUARIOS RESIDENCIALES A SU INGRESO CENTRO ESTATAL PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS ADICCIONES. ....	70
<b>TABLA 3.</b> EDAD DE INICIO DE CONSUMO DE TABACO Y NÚMERO DE CIGARROS CONSUMIDOS POR DÍA EN USUARIOS RESIDENCIALES PREVIO A SU INGRESO AL CENTRO ESTATAL PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS ADICCIONES. ....	72
<b>TABLA 4.</b> MOTIVO DE INICIO DE CONSUMO, PRESENCIA DE DESEO DE CONSUMO DE ALCOHOL Y SÍNTOMAS DE ABSTINENCIA POR SUPRESIÓN ETÍLICA EN EL MOMENTO DE INGRESO EN USUARIOS RESIDENCIALES DEL CENTRO ESTATAL PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS ADICCIONES. ....	74
<b>TABLA 5.</b> EDAD DE INICIO DE CONSUMO DE ETANOL EN AÑOS CUMPLIDOS, TIEMPO DE CONSUMO, PATRÓN INICIAL Y PATRÓN FINAL DE CONSUMO Y MÁXIMO PERIODO DE ABSTINENCIA DE USUARIOS RESIDENCIALES A SU INGRESO AL CENTRO ESTATAL PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS ADICCIONES. ....	75
<b>TABLA 6.</b> MOTIVO DE INICIO CONSUMO DE CANNABIS, PRESENCIA DE DESEO DE CONSUMO Y SÍNTOMAS DE ABSTINENCIA A SU INGRESO Y CONSECUENCIAS NEGATIVAS DERIVADAS DEL CONSUMO DE CANNABIS A SU INGRESO A ESTANCIA RESIDENCIAL EN EL CENTRO ESTATAL PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS ADICCIONES. ....	76
<b>TABLA 7.</b> EDAD DE INICIO DE CONSUMO DE CANNABIS EN AÑOS CUMPLIDOS, TIEMPO, PATRÓN INICIAL Y PATRÓN FINAL DE CONSUMO Y MÁXIMO PERIODO DE ABSTINENCIA EN USUARIOS RESIDENCIALES A SU INGRESO AL CENTRO ESTATAL PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS ADICCIONES. ....	77
<b>TABLA 8.</b> MOTIVO DE INICIO CONSUMO DE SOLVENTES VOLÁTILES, PRESENCIA DE DESEO DE CONSUMO Y SÍNTOMAS DE ABSTINENCIA A SU INGRESO Y CONSECUENCIAS NEGATIVAS DERIVADAS DEL CONSUMO DE CANNABIS A SU INGRESO A ESTANCIA RESIDENCIAL EN EL CENTRO ESTATAL PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS ADICCIONES. ....	79
<b>TABLA 9.</b> EDAD DE INICIO DE CONSUMO DE SOLVENTES VOLÁTILES EN AÑOS CUMPLIDOS, TIEMPO, PATRÓN INICIAL Y PATRÓN FINAL DE CONSUMO Y MÁXIMO PERIODO DE ABSTINENCIA EN USUARIOS RESIDENCIALES A SU INGRESO AL CENTRO ESTATAL PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS ADICCIONES. ....	80
<b>TABLA 10.</b> MOTIVO DE INICIO CONSUMO DE COCAÍNA, PRESENCIA DE DESEO DE CONSUMO Y SÍNTOMAS DE ABSTINENCIA A SU INGRESO Y CONSECUENCIAS NEGATIVAS DERIVADAS DEL CONSUMO DE CANNABIS A SU INGRESO A ESTANCIA RESIDENCIAL EN EL CENTRO ESTATAL PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS ADICCIONES. ....	81
<b>TABLA 11.</b> EDAD DE INICIO DE CONSUMO DE COCAÍNA EN AÑOS CUMPLIDOS, TIEMPO, PATRÓN INICIAL Y PATRÓN FINAL DE CONSUMO Y MÁXIMO PERIODO DE ABSTINENCIA EN USUARIOS RESIDENCIALES A SU INGRESO AL CENTRO ESTATAL PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS ADICCIONES. ....	82
<b>TABLA 12.</b> MOTIVO DE INICIO CONSUMO DE ESTIMULANTES, PRESENCIA DE DESEO DE CONSUMO Y SÍNTOMAS DE ABSTINENCIA A SU INGRESO Y CONSECUENCIAS NEGATIVAS DERIVADAS DEL CONSUMO DE ESTIMULANTES A SU INGRESO A ESTANCIA RESIDENCIAL EN EL CENTRO ESTATAL PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS ADICCIONES. ....	83
<b>TABLA 13.</b> EDAD DE INICIO DE CONSUMO DE ESTIMULANTES EN AÑOS CUMPLIDOS, TIEMPO, PATRÓN INICIAL Y PATRÓN FINAL DE CONSUMO Y MÁXIMO PERIODO DE ABSTINENCIA EN USUARIOS RESIDENCIALES A SU INGRESO AL CENTRO ESTATAL PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS ADICCIONES. ....	84
<b>TABLA 14.</b> MOTIVO DE INICIO CONSUMO DE BENZODIACEPINAS, PRESENCIA DE DESEO DE CONSUMO Y SÍNTOMAS DE ABSTINENCIA A SU INGRESO Y CONSECUENCIAS NEGATIVAS DERIVADAS DEL CONSUMO DE ESTIMULANTES A SU INGRESO A ESTANCIA RESIDENCIAL EN EL CENTRO ESTATAL PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS ADICCIONES. ....	86
<b>TABLA 15.</b> EDAD DE INICIO DE CONSUMO DE BENZODIACEPINAS EN AÑOS CUMPLIDOS, TIEMPO, PATRÓN INICIAL Y PATRÓN FINAL DE CONSUMO Y MÁXIMO PERIODO DE ABSTINENCIA EN USUARIOS RESIDENCIALES A SU INGRESO AL CENTRO ESTATAL PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS ADICCIONES. ....	87
<b>TABLA 16.</b> EVOLUCIÓN DE LOS TRASTORNOS DEL ESTADO DE ÁNIMO EN USUARIOS RESIDENCIALES A SU INGRESO AL CENTRO ESTATAL PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS ADICCIONES. ....	95
<b>TABLA 17.</b> EVOLUCIÓN DE LOS TRASTORNOS DE ANSIEDAD EN USUARIOS RESIDENCIALES A SU INGRESO AL CENTRO ESTATAL PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS ADICCIONES. ....	96
<b>TABLA 18.</b> EVOLUCIÓN DE LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA EN USUARIOS RESIDENCIALES A SU INGRESO AL CENTRO ESTATAL PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS ADICCIONES. ....	98
<b>TABLA 19.</b> EDAD MATERNA, NIVEL DE ESCOLARIDAD Y ACTIVIDAD LABORAL DE MADRES DE USUARIOS RESIDENCIALES A SU INGRESO AL CENTRO ESTATAL PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS ADICCIONES. ....	104

<b>TABLA 20.</b> ESTADO CIVIL Y MOTIVO DE SEPARACIÓN MATERNA DE USUARIOS RESIDENCIALES A SU INGRESO AL CENTRO ESTATAL PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS ADICCIONES. ....	105
<b>TABLA 21.</b> CONSUMO DE TABACO, ALCOHOL, SUSTANCIAS ILÍCITAS Y BENZODIACEPINAS DE MADRES DE USUARIOS RESIDENCIALES A SU INGRESO AL CENTRO ESTATAL PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS ADICCIONES. ....	105
<b>TABLA 22.</b> ANTECEDENTES DE ATENCIÓN PSICOLOGÍA Y PSIQUIÁTRICA EN MADRES DE USUARIOS RESIDENCIALES EN EL CENTRO ESTATAL PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS ADICCIONES. ....	106
<b>TABLA 23.</b> EDAD, NIVEL DE ESCOLARIDAD Y ACTIVIDAD LABORAL EN PADRE DE USUARIOS RESIDENCIALES EN EL CENTRO ESTATAL PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS ADICCIONES. ....	106
<b>TABLA 24.</b> CONSUMO DE TABACO, ALCOHOL SUSTANCIAS ILÍCITAS Y BENZODIACEPINAS EN PADRES DE USUARIOS RESIDENCIALES EN EL CENTRO ESTATAL PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS ADICCIONES. ....	107
<b>TABLA 25.</b> ANTECEDENTES DE ATENCIÓN PSICOLÓGICA Y PSIQUIÁTRICA EN PADRES DE USUARIOS RESIDENCIALES EN EL CENTRO ESTATAL PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS ADICCIONES. ....	108
<b>TABLA 26.</b> PRUEBA DE ASOCIACIÓN CHI-CUADRADA POSITIVA ENTRE FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y PATOLOGÍA DUAL EN USUARIOS RESIDENCIALES EN EL CENTRO ESTATAL PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS ADICCIONES. ....	114
<b>TABLA 27.</b> PRUEBA DE ASOCIACIÓN CHI-CUADRADA POSITIVA ENTRE FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y GÉNERO FEMENINO EN USUARIOS RESIDENCIALES EN EL CENTRO ESTATAL PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS ADICCIONES. ....	115
<b>TABLA 28.</b> PRUEBA DE ASOCIACIÓN CHI-CUADRADA POSITIVA ENTRE FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y ABANDONO ESCOLAR ANTES DE LOS 18 AÑOS DE EDAD EN USUARIOS RESIDENCIALES EN EL CENTRO ESTATAL PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS ADICCIONES. ....	116
<b>TABLA 29.</b> PRUEBA DE ASOCIACIÓN CHI-CUADRADA POSITIVA ENTRE FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y EL ANTECEDENTE DE ESTANCIA EN ANEXO EN USUARIOS RESIDENCIALES EN EL CENTRO ESTATAL PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS ADICCIONES. ....	117
<b>TABLA 30.</b> PRUEBA DE ASOCIACIÓN CHI-CUADRADA POSITIVA ENTRE FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y SOCIALIZACIÓN CON PARES COMO MOTIVO DE INICIO DE CONSUMO DE ALCOHOL EN USUARIOS RESIDENCIALES EN EL CENTRO ESTATAL PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS ADICCIONES. ....	118
<b>TABLA 31.</b> PRUEBA DE ASOCIACIÓN CHI-CUADRADA POSITIVA ENTRE FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y ANTECEDENTES DE ATENCIÓN PSIQUIÁTRICA PREVIA EN USUARIOS RESIDENCIALES EN EL CENTRO ESTATAL PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS ADICCIONES. ....	119
<b>TABLA 32.</b> PRUEBA DE ASOCIACIÓN CHI-CUADRADA POSITIVA ENTRE FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y ANTECEDENTES DE ATENCIÓN PSIQUIÁTRICA PREVIA EN USUARIOS RESIDENCIALES EN EL CENTRO ESTATAL PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS ADICCIONES. ....	120
<b>TABLA 33.</b> PRUEBA DE ASOCIACIÓN CHI-CUADRADA POSITIVA ENTRE FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y ANTECEDENTES DE INTENTO SUICIDA EN USUARIOS RESIDENCIALES EN EL CENTRO ESTATAL PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS ADICCIONES. ....	121
<b>TABLA 34.</b> PRUEBA DE ASOCIACIÓN CHI-CUADRADA POSITIVA ENTRE FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y ANTECEDENTES MALTRATO INFANTIL DE TIPO FÍSICO USUARIOS RESIDENCIALES EN EL CENTRO ESTATAL PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS ADICCIONES. ....	122
<b>TABLA 35.</b> PRUEBA DE ASOCIACIÓN CHI-CUADRADA POSITIVA ENTRE FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y ANTECEDENTES MALTRATO INFANTIL DE TIPO EMOCIONAL EN USUARIOS RESIDENCIALES EN EL CENTRO ESTATAL PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS ADICCIONES. ....	122
<b>TABLA 36.</b> PRUEBA DE ASOCIACIÓN CHI-CUADRADA POSITIVA ENTRE FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y SEPARACIÓN MATERNA EN USUARIOS RESIDENCIALES EN EL CENTRO ESTATAL PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS ADICCIONES. ....	123
<b>TABLA 37.</b> PRUEBA DE ASOCIACIÓN CHI-CUADRADA POSITIVA ENTRE FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y CONSUMO MATERNO DE BENZODIACEPINAS EN USUARIOS RESIDENCIALES EN EL CENTRO ESTATAL PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS ADICCIONES. ....	124
<b>TABLA 38.</b> PRUEBA DE ASOCIACIÓN CHI-CUADRADA POSITIVA ENTRE FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y ANTECEDENTE DE SEPARACIÓN PATERNA EN USUARIOS RESIDENCIALES EN EL CENTRO ESTATAL PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS ADICCIONES. ....	125
<b>TABLA 39.</b> PRUEBA DE ASOCIACIÓN CHI-CUADRADA POSITIVA ENTRE FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y DIAGNÓSTICO PSIQUIÁTRICO EN USUARIOS RESIDENCIALES EN EL CENTRO ESTATAL PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS ADICCIONES. ....	126
<b>TABLA 40.</b> PRUEBA DE ASOCIACIÓN CHI-CUADRADA POSITIVA ENTRE FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y DIAGNÓSTICO DE CUALQUIER TRASTORNO DE LA CONDUCTA EN USUARIOS RESIDENCIALES EN EL CENTRO ESTATAL PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS ADICCIONES. ....	127
<b>TABLA 41.</b> PRUEBA DE ASOCIACIÓN CHI-CUADRADA POSITIVA ENTRE FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y DIAGNÓSTICO DE TRASTORNO ANTISOCIAL DE LA PERSONALIDAD EN USUARIOS RESIDENCIALES EN EL CENTRO ESTATAL PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS ADICCIONES. ....	128
<b>TABLA 42.</b> PRUEBA DE ASOCIACIÓN CHI-CUADRADA POSITIVA ENTRE FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y DIAGNÓSTICO DE TRASTORNO DE INESTABILIDAD EMOCIONAL DE LA PERSONALIDAD TIPO LÍMITE EN USUARIOS RESIDENCIALES EN EL CENTRO ESTATAL PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS ADICCIONES. ....	129
<b>TABLA 43.</b> PRUEBA DE ASOCIACIÓN CHI-CUADRADA POSITIVA ENTRE FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y DIAGNÓSTICO DE CUALQUIER TRASTORNO DE LA PERSONALIDAD DEL GRUPO B EN USUARIOS RESIDENCIALES EN EL CENTRO ESTATAL PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS ADICCIONES. ....	129

<b>TABLA 44.</b> PRUEBA DE ASOCIACIÓN CHI-CUADRADA POSITIVA ENTRE FUNCIONALIDAD FAMILIAR E INICIO DE TRATAMIENTO PSICOFARMACOLÓGICO EN USUARIOS RESIDENCIALES EN EL CENTRO ESTADAL PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS ADICCIONES.	130
<b>TABLA 45.</b> PRUEBA DE ASOCIACIÓN CHI-CUADRADA POSITIVA ENTRE FUNCIONALIDAD FAMILIAR E INICIO DE TRATAMIENTO CON UN FÁRMACO ANTIDEPRESIVO EN USUARIOS RESIDENCIALES EN EL CENTRO ESTADAL PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS ADICCIONES.	131
<b>TABLA 46.</b> PRUEBA DE ASOCIACIÓN CHI-CUADRADA POSITIVA ENTRE FUNCIONALIDAD FAMILIAR E INICIO DE TRATAMIENTO CON UN FÁRMACO ANTIPSICÓTICO EN USUARIOS RESIDENCIALES EN EL CENTRO ESTADAL PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS ADICCIONES.	132
<b>TABLA 47.</b> PRUEBA DE ASOCIACIÓN CHI-CUADRADA POSITIVA ENTRE FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y ESTRUCTURA FAMILIAR MONOPARENTAL EN USUARIOS RESIDENCIALES EN EL CENTRO ESTADAL PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS ADICCIONES...	133
<b>TABLA 48.</b> PRUEBA DE ASOCIACIÓN CHI-CUADRADA POSITIVA ENTRE FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y COHESIÓN FAMILIAR NO RELACIONADA EN USUARIOS RESIDENCIALES EN EL CENTRO ESTADAL PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS ADICCIONES.	134
<b>TABLA 49.</b> PRUEBA DE ASOCIACIÓN CHI-CUADRADA POSITIVA ENTRE PATOLOGÍA DUAL Y ABANDONO DE ACTIVIDAD ESCOLAR SECUNDARIO A CONSUMO DE SUSTANCIAS EN USUARIOS RESIDENCIALES EN EL CENTRO ESTADAL PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS ADICCIONES.	135
<b>TABLA 50.</b> PRUEBA DE ASOCIACIÓN CHI-CUADRADA POSITIVA ENTRE PATOLOGÍA DUAL Y ABANDONO DE ACTIVIDAD LABORAL POR CONSUMO DE SUSTANCIAS EN USUARIOS RESIDENCIALES EN EL CENTRO ESTADAL PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS ADICCIONES.	136
<b>TABLA 51.</b> PRUEBA DE ASOCIACIÓN CHI-CUADRADA POSITIVA ENTRE PATOLOGÍA DUAL Y DEPENDENCIA A CANNABIS EN USUARIOS RESIDENCIALES EN EL CENTRO ESTADAL PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS ADICCIONES.	137
<b>TABLA 52.</b> PRUEBA DE ASOCIACIÓN CHI-CUADRADA POSITIVA ENTRE PATOLOGÍA DUAL E INICIO DE CONSUMO DE CANNABIS POR SOCIALIZACIÓN CON PARES EN USUARIOS RESIDENCIALES EN EL CENTRO ESTADAL PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS ADICCIONES.	137
<b>TABLA 53.</b> PRUEBA DE ASOCIACIÓN CHI-CUADRADA POSITIVA ENTRE PATOLOGÍA DUAL Y DEPENDENCIA A SOLVENTES VOLÁTILES EN USUARIOS RESIDENCIALES EN EL CENTRO ESTADAL PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS ADICCIONES.	138
<b>TABLA 54.</b> PRUEBA DE ASOCIACIÓN CHI-CUADRADA POSITIVA ENTRE PATOLOGÍA DUAL Y POLICONSUMO DE SUSTANCIAS EN USUARIOS RESIDENCIALES EN EL CENTRO ESTADAL PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS ADICCIONES.	139
<b>TABLA 55.</b> PRUEBA DE ASOCIACIÓN CHI-CUADRADA POSITIVA ENTRE PATOLOGÍA DUAL Y ANTECEDENTE DE INTENTO SUICIDA EN USUARIOS RESIDENCIALES EN EL CENTRO ESTADAL PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS ADICCIONES.	139
<b>TABLA 56.</b> PRUEBA DE ASOCIACIÓN CHI-CUADRADA POSITIVA ENTRE PATOLOGÍA DUAL Y ANTECEDENTE DE MALTRATO INFANTIL DE TIPO EMOCIONAL EN USUARIOS RESIDENCIALES EN EL CENTRO ESTADAL PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS ADICCIONES.	140
<b>TABLA 57.</b> PRUEBA DE ASOCIACIÓN CHI-CUADRADA POSITIVA ENTRE PATOLOGÍA DUAL Y ANTECEDENTE DE SEPARACIÓN MATERNA EN USUARIOS RESIDENCIALES EN EL CENTRO ESTADAL PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS ADICCIONES.	141
<b>TABLA 58.</b> PRUEBA DE ASOCIACIÓN CHI-CUADRADA POSITIVA ENTRE PATOLOGÍA DUAL Y ANTECEDENTE DE ATENCIÓN PSICOLÓGICA MATERNA EN USUARIOS RESIDENCIALES EN EL CENTRO ESTADAL PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS ADICCIONES.	142
<b>TABLA 59.</b> PRUEBA DE ASOCIACIÓN CHI-CUADRADA POSITIVA ENTRE PATOLOGÍA DUAL Y ANTECEDENTE DE SEPARACIÓN PATERNA EN USUARIOS RESIDENCIALES EN EL CENTRO ESTADAL PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS ADICCIONES.	142
<b>TABLA 60.</b> PRUEBA DE ASOCIACIÓN CHI-CUADRADA POSITIVA ENTRE PATOLOGÍA DUAL Y TRASTORNO DE INESTABILIDAD EMOCIONAL DE LA PERSONALIDAD DE TIPO IMPULSIVO EN USUARIOS RESIDENCIALES EN EL CENTRO ESTADAL PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS ADICCIONES.	143
<b>TABLA 61.</b> PRUEBA DE ASOCIACIÓN CHI-CUADRADA POSITIVA ENTRE PATOLOGÍA DUAL Y TRASTORNO DE INESTABILIDAD EMOCIONAL DE LA PERSONALIDAD DE TIPO LÍMITE EN USUARIOS RESIDENCIALES EN EL CENTRO ESTADAL PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS ADICCIONES.	144
<b>TABLA 62.</b> PRUEBA DE ASOCIACIÓN CHI-CUADRADA POSITIVA ENTRE PATOLOGÍA DUAL Y CUALQUIER TRASTORNO DE LA PERSONALIDAD DEL GRUPO B EN USUARIOS RESIDENCIALES EN EL CENTRO ESTADAL PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS ADICCIONES.	145
<b>TABLA 63.</b> PRUEBA DE ASOCIACIÓN CHI-CUADRADA POSITIVA ENTRE PATOLOGÍA DUAL Y CUALQUIER TRASTORNO DE LA PERSONALIDAD EN USUARIOS RESIDENCIALES EN EL CENTRO ESTADAL PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS ADICCIONES.	146
<b>TABLA 64.</b> PRUEBA DE ASOCIACIÓN CHI-CUADRADA POSITIVA ENTRE CONSUMO DE ALCOHOL Y ABANDONO ESCOLAR POR CONSUMO DE SUSTANCIAS EN USUARIOS RESIDENCIALES EN EL CENTRO ESTADAL PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS ADICCIONES.	148
<b>TABLA 65.</b> PRUEBA DE ASOCIACIÓN CHI-CUADRADA POSITIVA ENTRE CONSUMO DE ALCOHOL Y CONSUMO DE CANNABIS EN USUARIOS RESIDENCIALES EN EL CENTRO ESTADAL PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS ADICCIONES.	149
<b>TABLA 66.</b> PRUEBA DE ASOCIACIÓN CHI-CUADRADA POSITIVA ENTRE CONSUMO DE ALCOHOL Y CONSUMO DE SOLVENTES VOLÁTILES EN USUARIOS RESIDENCIALES EN EL CENTRO ESTADAL PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS ADICCIONES.	149
<b>TABLA 67.</b> PRUEBA DE ASOCIACIÓN CHI-CUADRADA POSITIVA ENTRE CONSUMO DE ALCOHOL Y CONSUMO DE SOLVENTES VOLÁTILES EN USUARIOS RESIDENCIALES EN EL CENTRO ESTADAL PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS ADICCIONES.	150
<b>TABLA 68.</b> PRUEBA DE ASOCIACIÓN CHI-CUADRADA POSITIVA ENTRE CONSUMO DE ALCOHOL Y ANTECEDENTES DE ABUSO SEXUAL EN LA INFANCIA EN USUARIOS RESIDENCIALES EN EL CENTRO ESTADAL PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS ADICCIONES.	151

<b>TABLA 69.</b> PRUEBA DE ASOCIACIÓN CHI-CUADRADA POSITIVA ENTRE CONSUMO DE ALCOHOL Y ANTECEDENTES DE VIOLACIÓN EN LA INFANCIA EN USUARIOS RESIDENCIALES EN EL CENTRO ESTATAL PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS ADICCIONES. ....	152
<b>TABLA 70.</b> PRUEBA DE ASOCIACIÓN CHI-CUADRADA POSITIVA ENTRE CONSUMO DE ALCOHOL Y ANTECEDENTES DE ATENCIÓN PSIQUIÁTRICA MATERNA EN USUARIOS RESIDENCIALES EN EL CENTRO ESTATAL PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS ADICCIONES.....	152
<b>TABLA 71.</b> PRUEBA DE ASOCIACIÓN CHI-CUADRADA POSITIVA ENTRE CONSUMO DE ALCOHOL Y DIAGNÓSTICO DE TRASTORNO DE LA CONDUCTA NEGATIVISTA – DESAFIANTE EN USUARIOS RESIDENCIALES EN EL CENTRO ESTATAL PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS ADICCIONES. ....	153
<b>TABLA 72.</b> PRUEBA DE ASOCIACIÓN CHI-CUADRADA POSITIVA ENTRE CONSUMO DE ALCOHOL Y TRASTORNO DE LA CONDUCTA DE TIPO DISOCIAL EN USUARIOS RESIDENCIALES EN EL CENTRO ESTATAL PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS ADICCIONES.....	154
<b>TABLA 73.</b> PRUEBA DE ASOCIACIÓN CHI-CUADRADA POSITIVA ENTRE CONSUMO DE ALCOHOL Y CUALQUIER TRASTORNO DE LA CONDUCTA EN USUARIOS RESIDENCIALES EN EL CENTRO ESTATAL PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS ADICCIONES. ....	155
<b>TABLA 74.</b> PRUEBA DE ASOCIACIÓN CHI-CUADRADA POSITIVA ENTRE INICIO DE CONSUMO DE ALCOHOL ANTES DE LOS 18 AÑOS DE EDAD Y DEPENDENCIA A CANNABIS EN USUARIOS RESIDENCIALES EN EL CENTRO ESTATAL PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS ADICCIONES.....	156
<b>TABLA 75.</b> PRUEBA DE ASOCIACIÓN CHI-CUADRADA POSITIVA ENTRE INICIO DE CONSUMO DE ALCOHOL ANTES DE LOS 18 AÑOS DE EDAD Y DEPENDENCIA SIMULTÁNEA A MÁS DE UNA SUSTANCIA EN USUARIOS RESIDENCIALES EN EL CENTRO ESTATAL PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS ADICCIONES. ....	157
<b>TABLA 76.</b> PRUEBA DE ASOCIACIÓN CHI-CUADRADA POSITIVA ENTRE INICIO DE CONSUMO DE ALCOHOL ANTES DE LOS 18 AÑOS DE EDAD Y SEPARACIÓN MATERNA EN USUARIOS RESIDENCIALES EN EL CENTRO ESTATAL PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS ADICCIONES.....	157
<b>TABLA 77.</b> PRUEBA DE ASOCIACIÓN CHI-CUADRADA POSITIVA ENTRE INICIO DE CONSUMO DE ALCOHOL ANTES DE LOS 18 AÑOS DE EDAD Y ESTABLECIMIENTO DE UN DIAGNÓSTICO PSIQUIÁTRICO A SU INGRESO EN USUARIOS RESIDENCIALES EN EL CENTRO ESTATAL PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS ADICCIONES. ....	158
<b>TABLA 78.</b> PRUEBA DE ASOCIACIÓN CHI-CUADRADA POSITIVA ENTRE INICIO DE CONSUMO DE ALCOHOL ANTES DE LOS 18 AÑOS DE EDAD Y CUALQUIER TRASTORNO DEL ESTADO DE ÁNIMO EN USUARIOS RESIDENCIALES EN EL CENTRO ESTATAL PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS ADICCIONES. ....	159
<b>TABLA 79.</b> PRUEBA DE ASOCIACIÓN CHI-CUADRADA POSITIVA ENTRE INICIO DE CONSUMO DE ALCOHOL ANTES DE LOS 18 AÑOS DE EDAD Y CUALQUIER TRASTORNO DE ANSIEDAD A SU INGRESO EN USUARIOS RESIDENCIALES EN EL CENTRO ESTATAL PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS ADICCIONES. ....	160
<b>TABLA 80.</b> PRUEBA DE ASOCIACIÓN CHI-CUADRADA POSITIVA ENTRE INICIO DE CONSUMO DE ALCOHOL ANTES DE LOS 18 AÑOS DE EDAD Y ESTRUCTURA FAMILIAR MONOPARENTAL EN USUARIOS RESIDENCIALES EN EL CENTRO ESTATAL PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS ADICCIONES. ....	161
<b>TABLA 81.</b> PRUEBA DE ASOCIACIÓN CHI-CUADRADA POSITIVA ENTRE INICIO DE CONSUMO DE ALCOHOL ANTES DE LOS 18 AÑOS DE EDAD Y FUNCIÓN FAMILIAR EN USUARIOS RESIDENCIALES EN EL CENTRO ESTATAL PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS ADICCIONES. ....	162
<b>TABLA 82.</b> PRUEBA DE ASOCIACIÓN CHI-CUADRADA POSITIVA ENTRE INICIO DE CONSUMO DE ALCOHOL ANTES DE LOS 18 AÑOS DE EDAD Y DIAGNÓSTICO DE PATOLOGÍA DUAL EN USUARIOS RESIDENCIALES EN EL CENTRO ESTATAL PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS ADICCIONES.....	163
<b>TABLA 83.</b> PRUEBA DE ASOCIACIÓN CHI-CUADRADA POSITIVA ENTRE TIEMPO DE CONSUMO DE ALCOHOL MAYOR A 116 MESES Y ABANDONO DE ACTIVIDAD ESCOLAR ANTES DE LOS 18 AÑOS DE EDAD EN USUARIOS RESIDENCIALES EN EL CENTRO ESTATAL PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS ADICCIONES. ....	164
<b>TABLA 84.</b> PRUEBA DE ASOCIACIÓN CHI-CUADRADA POSITIVA ENTRE TIEMPO DE CONSUMO DE ALCOHOL MAYOR A 116 MESES E INICIO DE ACTIVIDAD LABORAL ANTES DE LOS 15 AÑOS DE EDAD EN USUARIOS RESIDENCIALES EN EL CENTRO ESTATAL PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS ADICCIONES. ....	165
<b>TABLA 85.</b> PRUEBA DE ASOCIACIÓN CHI-CUADRADA POSITIVA ENTRE TIEMPO DE CONSUMO DE ALCOHOL MAYOR A 116 MESES Y ANTECEDENTE DE ESTANCIA EN GRUPO DE AYUDA MUTUA EN USUARIOS RESIDENCIALES EN EL CENTRO ESTATAL PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS ADICCIONES. ....	166
<b>TABLA 86.</b> PRUEBA DE ASOCIACIÓN CHI-CUADRADA POSITIVA ENTRE TIEMPO DE CONSUMO DE ALCOHOL MAYOR A 116 MESES Y PATRÓN FINAL DE CONSUMO DE ALCOHOL MAYOR A TRES LITROS DE DESTILADOS POR SEMANA EN USUARIOS RESIDENCIALES EN EL CENTRO ESTATAL PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS ADICCIONES. ....	167
<b>TABLA 87.</b> PRUEBA DE ASOCIACIÓN CHI-CUADRADA POSITIVA ENTRE TIEMPO DE CONSUMO DE ALCOHOL MAYOR A 116 MESES Y MÁXIMO PERIODO DE ABSTINENCIA DE CONSUMO DE ALCOHOL MENOR DE TRES MESES EN USUARIOS RESIDENCIALES EN EL CENTRO ESTATAL PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS ADICCIONES. ....	168
<b>TABLA 88.</b> PRUEBA DE ASOCIACIÓN CHI-CUADRADA POSITIVA ENTRE TIEMPO DE CONSUMO DE ALCOHOL MAYOR A 116 MESES Y PRESENCIA DE SÍNTOMAS DE ABSTINENCIA A SU INGRESO A ESTANCIA RESIDENCIAL EN USUARIOS EN EL CENTRO ESTATAL PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS ADICCIONES. ....	169

<b>TABLA 89.</b> PRUEBA DE ASOCIACIÓN CHI-CUADRADA POSITIVA ENTRE TIEMPO DE CONSUMO DE ALCOHOL MAYOR A 116 MESES Y CONSUMO DE CANNABIS EN USUARIOS EN ESTANCIA RESIDENCIAL EN EL CENTRO ESTATAL PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS ADICCIONES.....	170
<b>TABLA 90.</b> PRUEBA DE ASOCIACIÓN CHI-CUADRADA POSITIVA ENTRE TIEMPO DE CONSUMO DE ALCOHOL MAYOR A 116 MESES Y DEPENDENCIA SIMULTÁNEA A MÁS DE UNA SUSTANCIA EN USUARIOS EN ESTANCIA RESIDENCIAL EN EL CENTRO ESTATAL PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS ADICCIONES. ....	171
<b>TABLA 91.</b> PRUEBA DE ASOCIACIÓN CHI-CUADRADA POSITIVA ENTRE TIEMPO DE CONSUMO DE ALCOHOL MAYOR A 116 MESES Y ANTECEDENTES DE ATENCIÓN PSICOLÓGICA EN USUARIOS EN ESTANCIA RESIDENCIAL EN EL CENTRO ESTATAL PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS ADICCIONES. ....	172
<b>TABLA 92.</b> PRUEBA DE ASOCIACIÓN CHI-CUADRADA POSITIVA ENTRE TIEMPO DE CONSUMO DE ALCOHOL MAYOR A 116 MESES Y MALTRATO EMOCIONAL INFANTIL DE TIPO EMOCIONAL EN USUARIOS EN ESTANCIA RESIDENCIAL EN EL CENTRO ESTATAL PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS ADICCIONES. ....	172
<b>TABLA 93.</b> PRUEBA DE ASOCIACIÓN CHI-CUADRADA POSITIVA ENTRE TIEMPO DE CONSUMO DE ALCOHOL MAYOR A 116 MESES Y CUALQUIER TRASTORNO DE LA CONDUCTA EN USUARIOS EN ESTANCIA RESIDENCIAL EN EL CENTRO ESTATAL PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS ADICCIONES. ....	173
<b>TABLA 94.</b> PRUEBA DE ASOCIACIÓN CHI-CUADRADA POSITIVA ENTRE TIEMPO DE CONSUMO DE ALCOHOL MAYOR A 116 MESES Y DIAGNÓSTICO DE COHESIÓN FAMILIAR NO RELACIONADA POR MEDIO DEL FACES III EN USUARIOS EN ESTANCIA RESIDENCIAL EN EL CENTRO ESTATAL PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS ADICCIONES. ....	174
<b>TABLA 95.</b> PRUEBA DE ASOCIACIÓN CHI-CUADRADA POSITIVA ENTRE PATRÓN INICIAL DE CONSUMO MAYOR A UN LITRO DE DESTILADOS POR SEMANA Y ANTECEDENTES DE ATENCIÓN PSICOLÓGICA EN USUARIOS EN ESTANCIA RESIDENCIAL EN EL CENTRO ESTATAL PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS ADICCIONES. ....	175
<b>TABLA 96.</b> PRUEBA DE ASOCIACIÓN CHI-CUADRADA POSITIVA ENTRE PATRÓN INICIAL DE CONSUMO MAYOR A UN LITRO DE DESTILADOS POR SEMANA Y DIAGNÓSTICO DE TRASTORNO DISTÍMICO POR MEDIO DEL MINI EN USUARIOS EN ESTANCIA RESIDENCIAL EN EL CENTRO ESTATAL PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS ADICCIONES. ....	176
<b>TABLA 97.</b> PRUEBA DE ASOCIACIÓN CHI-CUADRADA POSITIVA ENTRE PATRÓN INICIAL DE CONSUMO MAYOR A UN LITRO DE DESTILADOS POR SEMANA Y DIAGNÓSTICO DE CUALQUIER TRASTORNO DE LA CONDUCTA EN USUARIOS EN EL CENTRO ESTATAL PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS ADICCIONES.....	177
<b>TABLA 98.</b> PRUEBA DE ASOCIACIÓN CHI-CUADRADA POSITIVA ENTRE PATRÓN INICIAL DE CONSUMO MAYOR A UN LITRO DE DESTILADOS POR SEMANA Y DIAGNÓSTICO DE CUALQUIER TRASTORNO DE LA CONDUCTA EN USUARIOS EN EL CENTRO ESTATAL PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS ADICCIONES.....	178
<b>TABLA 99.</b> PRUEBA DE ASOCIACIÓN CHI-CUADRADA POSITIVA ENTRE PATRÓN FINAL DE CONSUMO DE ALCOHOL MAYOR A TRES LITROS DE DESTILADOS POR SEMANA Y LA PRESENCIA DE DESEO DE CONSUMO (CRAVING) EN USUARIOS EN EL CENTRO ESTATAL PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS ADICCIONES.....	179
<b>TABLA 100.</b> PRUEBA DE ASOCIACIÓN CHI-CUADRADA POSITIVA ENTRE PATRÓN FINAL DE CONSUMO DE ALCOHOL MAYOR A TRES LITROS DE DESTILADOS POR SEMANA Y LA PRESENCIA DE SÍNTOMAS DE ABSTINENCIA A SU INGRESO DE USUARIOS EN EL CENTRO ESTATAL PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS ADICCIONES. ....	180
<b>TABLA 101.</b> PRUEBA DE ASOCIACIÓN CHI-CUADRADA POSITIVA ENTRE PATRÓN FINAL DE CONSUMO DE ALCOHOL MAYOR A TRES LITROS DE DESTILADOS POR SEMANA Y DEPENDENCIA SIMULTÁNEA A MÁS DE UNA SUSTANCIA A SU INGRESO DE USUARIOS EN EL CENTRO ESTATAL PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS ADICCIONES. ....	181
<b>TABLA 102.</b> PRUEBA DE ASOCIACIÓN CHI-CUADRADA POSITIVA ENTRE PATRÓN FINAL DE CONSUMO DE ALCOHOL MAYOR A TRES LITROS DE DESTILADOS POR SEMANA Y CONSUMO DE CANNABIS EN USUARIOS EN EL CENTRO ESTATAL PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS ADICCIONES. ....	182
<b>TABLA 103.</b> PRUEBA DE ASOCIACIÓN CHI-CUADRADA POSITIVA ENTRE PATRÓN FINAL DE CONSUMO DE ALCOHOL MAYOR A TRES LITROS DE DESTILADOS POR SEMANA Y CONSUMO DE CANNABIS EN USUARIOS EN EL CENTRO ESTATAL PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS ADICCIONES. ....	183
<b>TABLA 104.</b> PRUEBA DE ASOCIACIÓN CHI-CUADRADA POSITIVA ENTRE PATRÓN FINAL DE CONSUMO DE ALCOHOL MAYOR A TRES LITROS DE DESTILADOS POR SEMANA Y DIAGNÓSTICO DE ADAPTABILIDAD FAMILIAR CAÓTICA POR MEDIO DEL FACES III EN USUARIOS EN ESTANCIA RESIDENCIAL EN EL CENTRO ESTATAL PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS ADICCIONES. ....	184
<b>TABLA 105.</b> PRUEBA DE ASOCIACIÓN CHI-CUADRADA POSITIVA ENTRE CONSUMO DE CANNABIS Y ABANDONO DE ACTIVIDAD ESCOLAR POR CONSUMO DE SUSTANCIAS EN USUARIOS EN ESTANCIA RESIDENCIAL EN EL CENTRO ESTATAL PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS ADICCIONES. ....	186
<b>TABLA 106.</b> PRUEBA DE ASOCIACIÓN CHI-CUADRADA POSITIVA ENTRE CONSUMO DE CANNABIS E INICIO DE ACTIVIDAD LABORAL ANTES DE LOS 15 AÑOS DE EDAD EN USUARIOS EN ESTANCIA RESIDENCIAL EN EL CENTRO ESTATAL PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS ADICCIONES.....	187
<b>TABLA 107.</b> PRUEBA DE ASOCIACIÓN CHI-CUADRADA POSITIVA ENTRE CONSUMO DE CANNABIS Y PRESENCIA DE ANTECEDENTES PENALES EN USUARIOS EN ESTANCIA RESIDENCIAL EN EL CENTRO ESTATAL PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS ADICCIONES. ....	187

<b>TABLA 108.</b> PRUEBA DE ASOCIACIÓN CHI-CUADRADA POSITIVA ENTRE CONSUMO DE CANNABIS Y PRESENCIA DE ANTECEDENTES PENALES DE NARCOMENUDEO EN USUARIOS EN ESTANCIA RESIDENCIAL EN EL CENTRO ESTATAL PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS ADICCIONES. ....	188
<b>TABLA 109.</b> PRUEBA DE ASOCIACIÓN CHI-CUADRADA POSITIVA ENTRE CONSUMO DE CANNABIS Y ANTECEDENTE DE SEPARACIÓN CONYUGAL DE USUARIOS EN ESTANCIA RESIDENCIAL EN EL CENTRO ESTATAL PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS ADICCIONES. ....	189
<b>TABLA 110.</b> PRUEBA DE ASOCIACIÓN CHI-CUADRADA POSITIVA ENTRE CONSUMO DE CANNABIS Y CONSUMO DE ALCOHOL EN USUARIOS EN ESTANCIA RESIDENCIAL EN EL CENTRO ESTATAL PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS ADICCIONES. ....	190
<b>TABLA 111.</b> PRUEBA DE ASOCIACIÓN CHI-CUADRADA POSITIVA ENTRE CONSUMO DE CANNABIS Y CONSUMO DE ALCOHOL EN USUARIOS EN ESTANCIA RESIDENCIAL EN EL CENTRO ESTATAL PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS ADICCIONES. ....	190
<b>TABLA 112.</b> PRUEBA DE ASOCIACIÓN CHI-CUADRADA POSITIVA ENTRE CONSUMO DE CANNABIS Y DEPENDENCIA SIMULTÁNEA A MÁS DE UNA SUSTANCIA EN USUARIOS EN ESTANCIA RESIDENCIAL EN EL CENTRO ESTATAL PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS ADICCIONES. ....	191
<b>TABLA 113.</b> PRUEBA DE ASOCIACIÓN CHI-CUADRADA POSITIVA ENTRE CONSUMO DE CANNABIS Y ANTECEDENTE DE SEPARACIÓN MATERNA EN USUARIOS EN ESTANCIA RESIDENCIAL EN EL CENTRO ESTATAL PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS ADICCIONES. ....	192
<b>TABLA 114.</b> PRUEBA DE ASOCIACIÓN CHI-CUADRADA POSITIVA ENTRE CONSUMO DE CANNABIS Y ANTECEDENTE DE SEPARACIÓN PATERNA EN USUARIOS EN ESTANCIA RESIDENCIAL EN EL CENTRO ESTATAL PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS ADICCIONES. ....	193
<b>TABLA 115.</b> PRUEBA DE ASOCIACIÓN CHI-CUADRADA POSITIVA ENTRE CONSUMO DE CANNABIS Y DIAGNÓSTICO DE TRASTORNO DE LA CONDUCTA DE TIPO NEGATIVISTA - DESAFIANTE EN USUARIOS EN ESTANCIA RESIDENCIAL EN EL CENTRO ESTATAL PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS ADICCIONES. ....	194
<b>TABLA 116.</b> PRUEBA DE ASOCIACIÓN CHI-CUADRADA POSITIVA ENTRE CONSUMO DE CANNABIS Y DIAGNÓSTICO DE TRASTORNO DE LA CONDUCTA DE TIPO DISOCIAL EN USUARIOS EN ESTANCIA RESIDENCIAL EN EL CENTRO ESTATAL PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS ADICCIONES. ....	194
<b>TABLA 117.</b> PRUEBA DE ASOCIACIÓN CHI-CUADRADA POSITIVA ENTRE CONSUMO DE CANNABIS Y DIAGNÓSTICO DE CUALQUIER TRASTORNO DE LA CONDUCTA EN USUARIOS EN ESTANCIA RESIDENCIAL EN EL CENTRO ESTATAL PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS ADICCIONES. ....	195
<b>TABLA 118.</b> PRUEBA DE ASOCIACIÓN CHI-CUADRADA POSITIVA ENTRE CONSUMO DE CANNABIS Y DIAGNÓSTICO DE TRES TRASTORNOS PSIQUIÁTRICOS SIMULTÁNEOS EN USUARIOS EN ESTANCIA RESIDENCIAL EN EL CENTRO ESTATAL PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS ADICCIONES. ....	196
<b>TABLA 119.</b> PRUEBA DE ASOCIACIÓN CHI-CUADRADA POSITIVA ENTRE CONSUMO DE CANNABIS Y DIAGNÓSTICO DE TRES TRASTORNOS PSIQUIÁTRICOS SIMULTÁNEOS EN USUARIOS EN ESTANCIA RESIDENCIAL EN EL CENTRO ESTATAL PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS ADICCIONES. ....	197
<b>TABLA 120.</b> PRUEBA DE ASOCIACIÓN CHI-CUADRADA POSITIVA ENTRE CONSUMO DE CANNABIS E INICIO DE PSICOFARMACOLÓGICO EN USUARIOS EN ESTANCIA RESIDENCIAL EN EL CENTRO ESTATAL PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS ADICCIONES. ....	198
<b>TABLA 121.</b> PRUEBA DE ASOCIACIÓN CHI-CUADRADA POSITIVA ENTRE CONSUMO DE CANNABIS Y ESTRUCTURA FAMILIAR MONOPARENTAL EN USUARIOS EN ESTANCIA RESIDENCIAL EN EL CENTRO ESTATAL PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS ADICCIONES. ....	199
<b>TABLA 122.</b> PRUEBA DE ASOCIACIÓN CHI-CUADRADA POSITIVA ENTRE CONSUMO DE CANNABIS Y DIAGNÓSTICO DE PATOLOGÍA DUAL EN ESTANCIA RESIDENCIAL EN EL CENTRO ESTATAL PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS ADICCIONES. ....	199
<b>TABLA 123.</b> PRUEBA DE ASOCIACIÓN CHI-CUADRADA POSITIVA ENTRE INICIO DE CONSUMO DE CANNABIS ANTES DE LOS 18 AÑOS DE EDAD Y ABANDONO DE ACTIVIDAD ESCOLAR ANTES DE LOS 18 AÑOS DE EDAD EN USUARIOS EN ESTANCIA RESIDENCIAL EN EL CENTRO ESTATAL PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS ADICCIONES. ....	200
<b>TABLA 124.</b> PRUEBA DE ASOCIACIÓN CHI-CUADRADA POSITIVA ENTRE INICIO DE CONSUMO DE CANNABIS ANTES DE LOS 18 AÑOS DE EDAD Y PATRÓN FINAL DE CONSUMO DE CANNABIS MAYOR A 21 CIGARROS POR SEMANA USUARIOS EN ESTANCIA RESIDENCIAL EN EL CENTRO ESTATAL PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS ADICCIONES. ....	201
<b>TABLA 125.</b> PRUEBA DE ASOCIACIÓN CHI-CUADRADA POSITIVA ENTRE INICIO DE CONSUMO DE CANNABIS ANTES DE LOS 18 AÑOS DE EDAD Y PRESENCIA DE SÍNTOMAS DE ABSTINENCIA POR CANNABIS A SU INGRESO DE USUARIOS A ESTANCIA RESIDENCIAL EN EL CENTRO ESTATAL PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS ADICCIONES. ....	202
<b>TABLA 126.</b> PRUEBA DE ASOCIACIÓN CHI-CUADRADA POSITIVA ENTRE INICIO DE CONSUMO DE CANNABIS ANTES DE LOS 18 AÑOS DE EDAD Y ANTECEDENTE DE ATENCIÓN PSICOLÓGICA EN USUARIOS A ESTANCIA RESIDENCIAL EN EL CENTRO ESTATAL PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS ADICCIONES. ....	203
<b>TABLA 127.</b> PRUEBA DE ASOCIACIÓN CHI-CUADRADA POSITIVA ENTRE INICIO DE CONSUMO DE CANNABIS ANTES DE LOS 18 AÑOS DE EDAD Y EL DIAGNÓSTICO DE TRASTORNO DISTÍMICO POR MEDIO DE LA MINI EN USUARIOS A ESTANCIA RESIDENCIAL EN EL CENTRO ESTATAL PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS ADICCIONES. ....	204

<b>TABLA 128.</b> PRUEBA DE ASOCIACIÓN CHI-CUADRADA POSITIVA ENTRE INICIO DE CONSUMO DE CANNABIS ANTES DE LOS 18 AÑOS DE EDAD Y EL ESTABLECIMIENTO DE CUALQUIER TRASTORNO PSIQUIÁTRICO POR MEDIO DE LA MINI EN USUARIOS A ESTANCIA RESIDENCIAL EN EL CENTRO ESTATAL PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS ADICCIONES. ....	205
<b>TABLA 129.</b> PRUEBA DE ASOCIACIÓN CHI-CUADRADA POSITIVA ENTRE INICIO DE CONSUMO DE CANNABIS ANTES DE LOS 18 AÑOS DE EDAD E INICIO DE TRATAMIENTO PSICOFARMACOLÓGICO A SU INGRESO EN USUARIOS A ESTANCIA RESIDENCIAL EN EL CENTRO ESTATAL PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS ADICCIONES. ....	206
<b>TABLA 130.</b> PRUEBA DE ASOCIACIÓN CHI-CUADRADA POSITIVA ENTRE INICIO DE CONSUMO DE CANNABIS ANTES DE LOS 18 AÑOS DE EDAD Y DIAGNÓSTICO DE COHESIÓN FAMILIAR SEMIRELACIONADA POR MEDIO DEL FACES III EN USUARIOS A ESTANCIA RESIDENCIAL EN EL CENTRO ESTATAL PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS ADICCIONES. ....	207
<b>TABLA 131.</b> PRUEBA DE ASOCIACIÓN CHI-CUADRADA POSITIVA ENTRE INICIO DE CONSUMO DE CANNABIS ANTES DE LOS 18 AÑOS DE EDAD Y DIAGNÓSTICO DE COHESIÓN FAMILIAR NO RELACIONADA POR MEDIO DEL FACES III EN USUARIOS A ESTANCIA RESIDENCIAL. ....	208
<b>TABLA 132.</b> PRUEBA DE ASOCIACIÓN CHI-CUADRADA POSITIVA ENTRE INICIO DE CONSUMO DE CANNABIS ANTES DE LOS 18 AÑOS DE EDAD Y DIAGNÓSTICO DE CRISIS FAMILIAR POR MEDIO DE LA ESCALA DE EVENTOS CRÍTICOS DE HOLMES EN USUARIOS A ESTANCIA RESIDENCIAL EN EL CENTRO ESTATAL PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL PARA LAS ADICCIONES. ....	209
<b>TABLA 133.</b> PRUEBA DE ASOCIACIÓN CHI-CUADRADA POSITIVA ENTRE INICIO DE CONSUMO DE CANNABIS ANTES DE LOS 18 AÑOS DE EDAD Y DIAGNÓSTICO DE CRISIS FAMILIAR GRAVE POR MEDIO DE LA ESCALA DE EVENTOS CRÍTICOS DE HOLMES EN USUARIOS A ESTANCIA RESIDENCIAL EN EL CENTRO ESTATAL PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL PARA LAS ADICCIONES. ....	210
<b>TABLA 134.</b> PRUEBA DE ASOCIACIÓN CHI-CUADRADA POSITIVA ENTRE INICIO DE CONSUMO DE CANNABIS ANTES DE LOS 18 AÑOS DE EDAD Y DIAGNÓSTICO FAMILIA DISFUNCIONAL POR MEDIO DEL APGAR FAMILIAR EN USUARIOS EN ESTANCIA RESIDENCIAL EN EL CENTRO ESTATAL PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS ADICCIONES. ....	211
<b>TABLA 135.</b> PRUEBA DE ASOCIACIÓN CHI-CUADRADA POSITIVA ENTRE INICIO DE CONSUMO DE CANNABIS ANTES DE LOS 18 AÑOS DE EDAD Y DIAGNÓSTICO DE PATOLOGÍA DUAL EN USUARIOS EN ESTANCIA RESIDENCIAL EN EL CENTRO ESTATAL PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS ADICCIONES. ....	212
<b>TABLA 136.</b> PRUEBA DE ASOCIACIÓN CHI-CUADRADA POSITIVA ENTRE TIEMPO DE CONSUMO DE CANNABIS MAYOR A 61 MESES Y ABANDONO DE ACTIVIDAD ESCOLAR ANTES DE LOS 18 AÑOS EN USUARIOS EN ESTANCIA RESIDENCIAL EN EL CENTRO ESTATAL PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS ADICCIONES. ....	213
<b>TABLA 137.</b> PRUEBA DE ASOCIACIÓN CHI-CUADRADA POSITIVA ENTRE TIEMPO DE CONSUMO DE CANNABIS MAYOR A 61 MESES Y ANTECEDENTE DE ESTANCIA EN GRUPO DE AYUDA MUTUA (ANEXO) EN USUARIOS EN ESTANCIA RESIDENCIAL EN EL CENTRO ESTATAL PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS ADICCIONES. ....	214
<b>TABLA 138.</b> PRUEBA DE ASOCIACIÓN CHI-CUADRADA POSITIVA ENTRE TIEMPO DE CONSUMO DE CANNABIS MAYOR A 61 MESES Y CONSUMO DE COCAÍNA EN USUARIOS EN ESTANCIA RESIDENCIAL EN EL CENTRO ESTATAL PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS ADICCIONES. ....	215
<b>TABLA 139.</b> PRUEBA DE ASOCIACIÓN CHI-CUADRADA POSITIVA ENTRE TIEMPO DE CONSUMO DE CANNABIS MAYOR A 61 MESES Y DEPENDENCIA SIMULTÁNEA A MÁS DE UNA SUSTANCIA (POLICONSUMO) EN USUARIOS EN ESTANCIA RESIDENCIAL EN EL CENTRO ESTATAL PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS ADICCIONES. ....	215
<b>TABLA 140.</b> PRUEBA DE ASOCIACIÓN CHI-CUADRADA POSITIVA ENTRE TIEMPO DE CONSUMO DE CANNABIS MAYOR A 61 MESES Y DIAGNÓSTICO DE TRASTORNO DEPRESIVO RECURRENTE POR MEDIO DEL MINI EN USUARIOS EN ESTANCIA RESIDENCIAL EN EL CENTRO ESTATAL PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS ADICCIONES. ....	216
<b>TABLA 141.</b> PRUEBA DE ASOCIACIÓN CHI-CUADRADA POSITIVA ENTRE TIEMPO DE CONSUMO DE CANNABIS MAYOR A 61 MESES Y DIAGNÓSTICO DE TRASTORNO DE INESTABILIDAD EMOCIONAL DE LA PERSONALIDAD TIPO IMPULSIVO EN USUARIOS EN ESTANCIA RESIDENCIAL EN EL CENTRO ESTATAL PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS ADICCIONES. ....	217
<b>TABLA 142.</b> PRUEBA DE ASOCIACIÓN CHI-CUADRADA POSITIVA ENTRE TIEMPO DE CONSUMO DE CANNABIS MAYOR A 61 MESES Y DIAGNÓSTICO DE TRASTORNO ANACÁSTICO DE LA PERSONALIDAD EN USUARIOS EN ESTANCIA RESIDENCIAL EN EL CENTRO ESTATAL PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS ADICCIONES. ....	218
<b>TABLA 143.</b> PRUEBA DE ASOCIACIÓN CHI-CUADRADA POSITIVA ENTRE TIEMPO DE CONSUMO DE CANNABIS MAYOR A 61 MESES Y DIAGNÓSTICO DE TRASTORNO ANSIOSO DE LA PERSONALIDAD EN USUARIOS EN ESTANCIA RESIDENCIAL EN EL CENTRO ESTATAL PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS ADICCIONES. ....	219
<b>TABLA 144.</b> PRUEBA DE ASOCIACIÓN CHI-CUADRADA POSITIVA ENTRE TIEMPO DE CONSUMO DE CANNABIS MAYOR A 61 MESES Y DIAGNÓSTICO PATOLOGÍA DUAL EN USUARIOS EN ESTANCIA RESIDENCIAL EN EL CENTRO ESTATAL PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS ADICCIONES. ....	220
<b>TABLA 145.</b> PRUEBA DE ASOCIACIÓN CHI-CUADRADA POSITIVA ENTRE PATRÓN INICIAL DE CONSUMO MAYOR A 5 CIGARROS POR SEMANA Y ANTECEDENTES PENALES DE NARCÓMENEDEO EN EL CENTRO ESTATAL PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS ADICCIONES. ....	221
<b>TABLA 146.</b> PRUEBA DE ASOCIACIÓN CHI-CUADRADA POSITIVA ENTRE PATRÓN INICIAL DE CONSUMO MAYOR A 5 CIGARROS POR SEMANA Y DEPENDENCIA A COCAÍNA EN USUARIOS EN ESTANCIA RESIDENCIAL EN EL CENTRO ESTATAL PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS ADICCIONES. ....	222

<b>TABLA 147.</b> PRUEBA DE ASOCIACIÓN CHI-CUADRADA POSITIVA ENTRE PATRÓN INICIAL DE CONSUMO MAYOR A 5 CIGARROS POR SEMANA Y DEPENDENCIA A BENZODIACEPINAS EN USUARIOS EN ESTANCIA RESIDENCIAL EN EL CENTRO ESTATAL PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS ADICCIONES. ....	223
<b>TABLA 148.</b> PRUEBA DE ASOCIACIÓN CHI-CUADRADA POSITIVA ENTRE PATRÓN INICIAL DE CONSUMO MAYOR A 5 CIGARROS POR SEMANA Y ESTABLECIMIENTO DE DOS TRASTORNOS PSIQUIÁTRICOS SIMULTÁNEOS POR MEDIO DE LA MINI EN USUARIOS EN ESTANCIA RESIDENCIAL EN EL CENTRO ESTATAL PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS ADICCIONES. ....	224
<b>TABLA 149.</b> PRUEBA DE ASOCIACIÓN CHI-CUADRADA POSITIVA ENTRE PATRÓN INICIAL DE CONSUMO MAYOR A 5 CIGARROS POR SEMANA Y DIAGNÓSTICO DE FAMILIA DISFUNCIONAL POR MEDIO DEL APGAR FAMILIAR EN USUARIOS EN ESTANCIA RESIDENCIAL EN EL CENTRO ESTATAL PARA LA ATENCIÓN A LAS ADICCIONES. ....	225
<b>TABLA 150.</b> PRUEBA DE ASOCIACIÓN CHI-CUADRADA POSITIVA ENTRE PATRÓN INICIAL DE CONSUMO MAYOR A 5 CIGARROS POR SEMANA Y PATRÓN FINAL DE CONSUMO DE CANNABIS MAYOR A 21 CIGARROS POR SEMANA A SU INGRESO DE USUARIOS EN ESTANCIA RESIDENCIAL EN EL CENTRO ESTATAL PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS ADICCIONES. ....	226
<b>TABLA 151.</b> PRUEBA DE ASOCIACIÓN CHI-CUADRADA POSITIVA ENTRE PATRÓN INICIAL DE CONSUMO MAYOR A 5 CIGARROS POR SEMANA Y PATRÓN FINAL DE CONSUMO DE CANNABIS MAYOR A 21 CIGARROS POR SEMANA A SU INGRESO DE USUARIOS EN ESTANCIA RESIDENCIAL EN EL CENTRO ESTATAL PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS ADICCIONES. ....	227
<b>TABLA 152.</b> PRUEBA DE ASOCIACIÓN CHI-CUADRADA POSITIVA ENTRE PATRÓN INICIAL DE CONSUMO MAYOR A 5 CIGARROS POR SEMANA Y CONSUMO DE SOLVENTES VOLÁTILES EN USUARIOS EN ESTANCIA RESIDENCIAL EN EL CENTRO ESTATAL PARA LA ATENCIÓN A LAS ADICCIONES. ....	228
<b>TABLA 153.</b> PRUEBA DE ASOCIACIÓN CHI-CUADRADA POSITIVA CONSUMO DE SOLVENTES Y ESCOLARIDAD PRIMARIA EN USUARIOS EN ESTANCIA RESIDENCIAL EN EL CENTRO ESTATAL PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS ADICCIONES. ....	231
<b>TABLA 154.</b> PRUEBA DE ASOCIACIÓN CHI-CUADRADA POSITIVA CONSUMO DE SOLVENTES Y ABANDONO DE ACTIVIDAD ESCOLAR POR CONSUMO DE SUSTANCIAS EN USUARIOS EN ESTANCIA RESIDENCIAL EN EL CENTRO ESTATAL PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS ADICCIONES. ....	232
<b>TABLA 155.</b> PRUEBA DE ASOCIACIÓN CHI-CUADRADA POSITIVA CONSUMO DE SOLVENTES Y ABANDONO DE ACTIVIDAD ESCOLAR ANTES DE LOS 18 AÑOS DE EDAD EN USUARIOS EN ESTANCIA RESIDENCIAL EN EL CENTRO ESTATAL PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS ADICCIONES. ....	232
<b>TABLA 156.</b> PRUEBA DE ASOCIACIÓN CHI-CUADRADA POSITIVA CONSUMO DE SOLVENTES E INICIO DE ACTIVIDAD LABORAL ANTES DE LOS 15 AÑOS DE EDAD EN USUARIOS EN ESTANCIA RESIDENCIAL EN EL CENTRO ESTATAL PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS ADICCIONES. ....	233
<b>TABLA 157.</b> PRUEBA DE ASOCIACIÓN CHI-CUADRADA POSITIVA CONSUMO DE SOLVENTES Y DESEMPLEO ACTUAL EN USUARIOS EN ESTANCIA RESIDENCIAL EN EL CENTRO ESTATAL PARA LA ATENCIÓN A LAS ADICCIONES. ....	234
<b>TABLA 158.</b> PRUEBA DE ASOCIACIÓN CHI-CUADRADA POSITIVA CONSUMO DE SOLVENTES Y ABANDONO DE ACTIVIDAD LABORAL POR CONSUMO DE SUSTANCIAS EN USUARIOS EN ESTANCIA RESIDENCIAL EN EL CENTRO ESTATAL PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS ADICCIONES. ....	235
<b>TABLA 159.</b> PRUEBA DE ASOCIACIÓN CHI-CUADRADA POSITIVA CONSUMO DE SOLVENTES Y ANTECEDENTES PENALES EN USUARIOS EN ESTANCIA RESIDENCIAL EN EL CENTRO ESTATAL PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS ADICCIONES. ....	235
<b>TABLA 160.</b> PRUEBA DE ASOCIACIÓN CHI-CUADRADA POSITIVA CONSUMO DE SOLVENTES Y ANTECEDENTES DE MALTRATO INFANTIL DE TIPO EMOCIONAL EN USUARIOS EN ESTANCIA RESIDENCIAL EN EL CENTRO ESTATAL PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS ADICCIONES. ....	236
<b>TABLA 161.</b> PRUEBA DE ASOCIACIÓN CHI-CUADRADA POSITIVA CONSUMO DE SOLVENTES Y ANTECEDENTES DE SEPARACIÓN MATERNA EN USUARIOS EN ESTANCIA RESIDENCIAL EN EL CENTRO ESTATAL PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS ADICCIONES. ....	237
<b>TABLA 162.</b> PRUEBA DE ASOCIACIÓN CHI-CUADRADA POSITIVA CONSUMO DE SOLVENTES Y ANTECEDENTES DE SEPARACIÓN PATERNA EN USUARIOS EN ESTANCIA RESIDENCIAL EN EL CENTRO ESTATAL PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS ADICCIONES. ....	238
<b>TABLA 163.</b> PRUEBA DE ASOCIACIÓN CHI-CUADRADA POSITIVA CONSUMO DE SOLVENTES Y ANTECEDENTES DE SEPARACIÓN PATERNA EN USUARIOS EN ESTANCIA RESIDENCIAL EN EL CENTRO ESTATAL PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS ADICCIONES. ....	239
<b>TABLA 164.</b> PRUEBA DE ASOCIACIÓN CHI-CUADRADA POSITIVA CONSUMO DE SOLVENTES Y DIAGNÓSTICO DE TRASTORNO DE LA CONDUCTA DE TIPO DISOCIAL EN USUARIOS EN ESTANCIA RESIDENCIAL EN EL CENTRO ESTATAL PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS ADICCIONES. ....	240
<b>TABLA 165.</b> PRUEBA DE ASOCIACIÓN CHI-CUADRADA POSITIVA CONSUMO DE SOLVENTES Y DIAGNÓSTICO DE CUALQUIER TRASTORNO DE LA CONDUCTA DE TIPO DISOCIAL EN USUARIOS EN ESTANCIA RESIDENCIAL EN EL CENTRO ESTATAL PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL LAS ADICCIONES. ....	240
<b>TABLA 166.</b> PRUEBA DE ASOCIACIÓN CHI-CUADRADA POSITIVA CONSUMO DE SOLVENTES Y DIAGNÓSTICO PARA CUALQUIER TRASTORNO PSIQUIÁTRICO POR MEDIO DEL MINI EN USUARIOS EN ESTANCIA RESIDENCIAL EN EL CENTRO ESTATAL PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS ADICCIONES. ....	241
<b>TABLA 167.</b> PRUEBA DE ASOCIACIÓN CHI-CUADRADA POSITIVA CONSUMO DE SOLVENTES Y DIAGNÓSTICO PARA DOS TRASTORNOS PSIQUIÁTRICOS SIMULTÁNEOS POR MEDIO DEL MINI EN USUARIOS EN ESTANCIA RESIDENCIAL EN EL CENTRO ESTATAL PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS ADICCIONES. ....	242



<b>TABLA 168.</b> PRUEBA DE ASOCIACIÓN CHI-CUADRADA POSITIVA CONSUMO DE SOLVENTES Y DIAGNÓSTICO DE TRASTORNO ANSIOSO DE LA PERSONALIDAD EN USUARIOS EN ESTANCIA RESIDENCIAL EN EL CENTRO ESTATAL PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS ADICCIONES.....	243
<b>TABLA 169.</b> PRUEBA DE ASOCIACIÓN CHI-CUADRADA POSITIVA CONSUMO DE SOLVENTES Y DIAGNÓSTICO DE TRASTORNO ANSIOSO DE LA PERSONALIDAD EN USUARIOS EN ESTANCIA RESIDENCIAL EN EL CENTRO ESTATAL PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS ADICCIONES.....	244
<b>TABLA 170.</b> PRUEBA DE ASOCIACIÓN CHI-CUADRADA POSITIVA CONSUMO DE SOLVENTES Y DIAGNÓSTICO DE PATOLOGÍA DUAL EN USUARIOS EN ESTANCIA RESIDENCIAL EN EL CENTRO ESTATAL PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS ADICCIONES. ....	245
<b>TABLA 171.</b> PRUEBA DE ASOCIACIÓN CHI-CUADRADA POSITIVA PARA LA VARIABLE INICIO DE CONSUMO DE SOLVENTES VOLÁTILES ANTES DE LOS 18 AÑOS DE EDAD Y ESCOLARIDAD PRIMARIA EN USUARIOS EN ESTANCIA RESIDENCIAL EN EL CENTRO ESTATAL PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS ADICCIONES. ....	246
<b>TABLA 172.</b> PRUEBA DE ASOCIACIÓN CHI-CUADRADA POSITIVA PARA LA VARIABLE INICIO DE CONSUMO DE SOLVENTES ANTES DE LOS 18 AÑOS DE EDAD Y ABANDONO DE ACTIVIDAD ESCOLAR POR CONSUMO DE SUSTANCIAS EN USUARIOS EN ESTANCIA RESIDENCIAL EN EL CENTRO ESTATAL PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS ADICCIONES. ....	247
<b>TABLA 173.</b> PRUEBA DE ASOCIACIÓN CHI-CUADRADA POSITIVA PARA LA VARIABLE INICIO DE CONSUMO DE SOLVENTES VOLÁTILES ANTES DE LOS 18 AÑOS DE EDAD Y DIAGNÓSTICO SEPARACIÓN MATERNA EN USUARIOS EN ESTANCIA RESIDENCIAL EN EL CENTRO ESTATAL PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS ADICCIONES. ....	248
<b>TABLA 174.</b> PRUEBA DE ASOCIACIÓN CHI-CUADRADA POSITIVA EDAD DE INICIO DE CONSUMO DE SOLVENTES VOLÁTILES ANTES DE LOS 18 AÑOS DE EDAD Y CONSUMO DE CANNABIS EN USUARIOS EN ESTANCIA RESIDENCIAL EN EL CENTRO ESTATAL PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS ADICCIONES. ....	249
<b>TABLA 175.</b> PRUEBA DE ASOCIACIÓN CHI-CUADRADA POSITIVA EDAD DE INICIO DE CONSUMO DE SOLVENTES VOLÁTILES ANTES DE LOS 18 AÑOS DE EDAD Y DEPENDENCIA SIMULTÁNEA A MÁS DE UNA SUSTANCIA EN USUARIOS EN ESTANCIA RESIDENCIAL EN EL CENTRO ESTATAL PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS ADICCIONES. ....	249
<b>TABLA 176.</b> PRUEBA DE ASOCIACIÓN CHI-CUADRADA POSITIVA EDAD DE INICIO DE CONSUMO DE SOLVENTES VOLÁTILES ANTES DE LOS 18 AÑOS DE EDAD Y PATRÓN INICIAL DE CONSUMO DE SOLVENTES VOLÁTILES MAYOR A UNA LATA DE 250GR POR SEMANA EN ESTANCIA RESIDENCIAL EN EL CENTRO ESTATAL PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS ADICCIONES. ....	250
<b>TABLA 177.</b> PRUEBA DE ASOCIACIÓN CHI-CUADRADA POSITIVA PARA LAS VARIABLES PRESENCIA DE DESEO DE CONSUMO DE SOLVENTES VOLÁTILES A SU INGRESO Y PATRÓN FINAL DE CONSUMO MAYOR A TRES LATAS DE 250 GRAMOS POR SEMANA EN USUARIOS EN ESTANCIA RESIDENCIAL EN EL CENTRO ESTATAL PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS ADICCIONES. ....	251
<b>TABLA 178.</b> PRUEBA DE ASOCIACIÓN CHI-CUADRADA POSITIVA PARA LAS VARIABLES INICIO DE TRATAMIENTO PSICOFARMACOLÓGICO Y PATRÓN FINAL DE CONSUMO DE SOLVENTE VOLÁTIL MAYOR A TRES LATAS DE 250 GRAMOS POR SEMANA EN USUARIOS EN ESTANCIA RESIDENCIAL EN EL CENTRO ESTATAL PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS ADICCIONES. ....	252
<b>TABLA 179.</b> PRUEBA DE ASOCIACIÓN CHI-CUADRADA POSITIVA PARA LAS VARIABLES CONSUMO DE COCAÍNA Y ABANDONO DE ACTIVIDAD ESCOLAR ANTES DE LOS 18 AÑOS DE EDAD EN USUARIOS EN ESTANCIA RESIDENCIAL EN EL CENTRO ESTATAL PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS ADICCIONES.....	254
<b>TABLA 180.</b> PRUEBA DE ASOCIACIÓN CHI-CUADRADA POSITIVA PARA LAS VARIABLES CONSUMO DE COCAÍNA Y DEPENDENCIA SIMULTÁNEA A MÁS DE UNA SUSTANCIA EN USUARIOS EN ESTANCIA RESIDENCIAL EN EL CENTRO ESTATAL PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS ADICCIONES. ....	255
<b>TABLA 181.</b> PRUEBA DE ASOCIACIÓN CHI-CUADRADA POSITIVA PARA LAS VARIABLES CONSUMO DE COCAÍNA Y DIAGNÓSTICO DE TRASTORNO DE PÁNICO POR MEDIO DE LA MINI EN USUARIOS EN ESTANCIA RESIDENCIAL EN EL CENTRO ESTATAL PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS ADICCIONES.....	256
<b>TABLA 182.</b> TABLA 2x2 PARA PRUEBA DE ASOCIACIÓN CHI-CUADRADA POSITIVA PARA LAS VARIABLES CONSUMO DE COCAÍNA E INICIO DE TRATAMIENTO PSICOFARMACOLÓGICO CON UN ANTICONVULSIVANTE A SU INGRESO DE USUARIOS EN ESTANCIA RESIDENCIAL EN EL CENTRO ESTATAL PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS ADICCIONES.....	257
<b>TABLA 183.</b> TABLA 2x2 PARA PRUEBA DE ASOCIACIÓN CHI-CUADRADA POSITIVA PARA LAS VARIABLES INICIO DE CONSUMO DE COCAÍNA ANTES DE LOS 18 AÑOS DE EDAD Y ABANDONO DE ACTIVIDAD ESCOLAR ANTES DE LOS 18 AÑOS DE EDAD EN USUARIOS EN ESTANCIA RESIDENCIAL EN EL CENTRO ESTATAL PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS ADICCIONES. ....	258
<b>TABLA 184.</b> TABLA 2x2 PARA PRUEBA DE ASOCIACIÓN CHI-CUADRADA POSITIVA PARA LAS VARIABLES INICIO DE CONSUMO DE COCAÍNA ANTES DE LOS 18 AÑOS DE EDAD E INICIO DE ACTIVIDAD LABORAL ANTES DE LOS 15 AÑOS DE EDAD EN USUARIOS EN ESTANCIA RESIDENCIAL EN EL CENTRO ESTATAL PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS ADICCIONES. ....	259
<b>TABLA 185.</b> TABLA 2x2 PARA PRUEBA DE ASOCIACIÓN CHI-CUADRADA POSITIVA PARA LAS VARIABLES INICIO DE CONSUMO DE COCAÍNA ANTES DE LOS 18 AÑOS DE EDAD Y PRESENCIA DE ANTECEDENTES PENALES EN USUARIOS EN ESTANCIA RESIDENCIAL EN EL CENTRO ESTATAL PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS ADICCIONES. ....	260
<b>TABLA 186.</b> TABLA 2x2 PARA PRUEBA DE ASOCIACIÓN CHI-CUADRADA POSITIVA PARA LAS VARIABLES INICIO DE CONSUMO DE COCAÍNA ANTES DE LOS 18 AÑOS DE EDAD Y DIAGNÓSTICO DE TRASTORNO DE INESTABILIDAD EMOCIONAL DE LA PERSONALIDAD TIPO IMPULSIVO EN USUARIOS EN ESTANCIA RESIDENCIAL EN EL CENTRO ESTATAL PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS ADICCIONES. ....	261

<b>TABLA 187.</b> TABLA 2x2 PARA PRUEBA DE ASOCIACIÓN CHI-CUADRADA POSITIVA PARA LAS VARIABLES PATRÓN INICIAL DE CONSUMO DE COCAÍNA MAYOR A TRES GRAMOS POR SEMANA Y ABANDONO DE ACTIVIDAD LABORAL POR CONSUMO DE SUSTANCIAS EN USUARIOS EN ESTANCIA RESIDENCIAL EN EL CENTRO ESTATAL PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS ADICCIONES. ....	262
<b>TABLA 188.</b> TABLA 2x2 PARA PRUEBA DE ASOCIACIÓN CHI-CUADRADA POSITIVA PARA LAS VARIABLES PATRÓN INICIAL DE CONSUMO DE COCAÍNA MAYOR A TRES GRAMOS POR SEMANA Y DIAGNÓSTICO DE TRASTORNO ANTISOCIAL DE LA PERSONALIDAD EN USUARIOS EN ESTANCIA RESIDENCIAL EN EL CENTRO ESTATAL PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS ADICCIONES. ....	263
<b>TABLA 189.</b> TABLA 2x2 PARA PRUEBA DE ASOCIACIÓN CHI-CUADRADA POSITIVA PARA LAS VARIABLES CONSUMO DE ESTIMULANTES Y EDAD COMPRENDIDA ENTRE LOS 13 A 25 AÑOS DE EDAD EN USUARIOS EN ESTANCIA RESIDENCIAL EN EL CENTRO ESTATAL PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS ADICCIONES. ....	265
<b>TABLA 190.</b> TABLA 2x2 PARA PRUEBA DE ASOCIACIÓN CHI-CUADRADA POSITIVA PARA LAS VARIABLES CONSUMO DE ESTIMULANTES Y CONSUMO DE ALCOHOL EN USUARIOS EN ESTANCIA RESIDENCIAL EN EL CENTRO ESTATAL PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS ADICCIONES. ....	266
<b>TABLA 191.</b> TABLA 2x2 PARA PRUEBA DE ASOCIACIÓN CHI-CUADRADA POSITIVA PARA LAS VARIABLES CONSUMO DE ESTIMULANTES Y DEPENDENCIA A SIMULTÁNEA A MÁS DE UNA SUSTANCIA EN USUARIOS EN ESTANCIA RESIDENCIAL EN EL CENTRO ESTATAL PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS ADICCIONES. ....	267
<b>TABLA 192.</b> TABLA 2x2 PARA PRUEBA DE ASOCIACIÓN CHI-CUADRADA POSITIVA PARA LAS VARIABLES CONSUMO DE ESTIMULANTES Y ANTECEDENTE DE SEPARACIÓN MATERNA EN USUARIOS EN ESTANCIA RESIDENCIAL EN EL CENTRO ESTATAL PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS ADICCIONES. ....	267
<b>TABLA 193.</b> TABLA 2x2 PARA PRUEBA DE ASOCIACIÓN CHI-CUADRADA POSITIVA PARA LAS VARIABLES CONSUMO DE ESTIMULANTES Y ANTECEDENTE DE SEPARACIÓN PATERNA EN USUARIOS EN ESTANCIA RESIDENCIAL EN EL CENTRO ESTATAL PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS ADICCIONES. ....	268
<b>TABLA 194.</b> TABLA 2x2 PARA PRUEBA DE ASOCIACIÓN CHI-CUADRADA POSITIVA PARA LAS VARIABLES CONSUMO DE ESTIMULANTES Y DIAGNÓSTICO TRASTORNO DISTÍMICO POR MEDIO DE LA MINI EN USUARIOS EN ESTANCIA RESIDENCIAL EN EL CENTRO ESTATAL PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS ADICCIONES. ....	269
<b>TABLA 195.</b> TABLA 2x2 PARA PRUEBA DE ASOCIACIÓN CHI-CUADRADA POSITIVA PARA LAS VARIABLES CONSUMO DE ESTIMULANTES Y DIAGNÓSTICO TRASTORNO DEPRESIVO RECURRENTE POR MEDIO DE LA MINI EN USUARIOS EN ESTANCIA RESIDENCIAL EN EL CENTRO ESTATAL PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS ADICCIONES. ....	270
<b>TABLA 196.</b> TABLA 2x2 PARA PRUEBA DE ASOCIACIÓN CHI-CUADRADA POSITIVA PARA LAS VARIABLES CONSUMO DE ESTIMULANTES Y DIAGNÓSTICO DE CUALQUIER TRASTORNO DEL ESTADO DE ÁNIMO POR MEDIO DE LA MINI EN USUARIOS EN ESTANCIA RESIDENCIAL EN EL CENTRO ESTATAL PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS ADICCIONES. ....	270
<b>TABLA 197.</b> TABLA 2x2 PARA PRUEBA DE ASOCIACIÓN CHI-CUADRADA POSITIVA PARA LAS VARIABLES CONSUMO DE ESTIMULANTES Y DIAGNÓSTICO DE CUALQUIER TRASTORNO DE LA CONDUCTA EN USUARIOS EN ESTANCIA RESIDENCIAL EN EL CENTRO ESTATAL PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS ADICCIONES. ....	271
<b>TABLA 198.</b> TABLA 2x2 PARA PRUEBA DE ASOCIACIÓN CHI-CUADRADA POSITIVA PARA LAS VARIABLES CONSUMO DE ESTIMULANTES ANTES DE LOS 18 AÑOS DE EDAD Y CONSUMO DE ALCOHOL EN USUARIOS EN ESTANCIA RESIDENCIAL EN EL CENTRO ESTATAL PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS ADICCIONES. ....	272
<b>TABLA 199.</b> TABLA 2x2 PARA PRUEBA DE ASOCIACIÓN CHI-CUADRADA POSITIVA PARA LAS VARIABLES CONSUMO DE ESTIMULANTES ANTES DE LOS 18 AÑOS DE EDAD Y CONSUMO DE ALCOHOL EN USUARIOS EN ESTANCIA RESIDENCIAL EN EL CENTRO ESTATAL PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS ADICCIONES. ....	273
<b>TABLA 200.</b> TABLA 2x2 PARA PRUEBA DE ASOCIACIÓN CHI-CUADRADA POSITIVA PARA LAS VARIABLES CONSUMO DE ESTIMULANTES ANTES DE LOS 18 AÑOS DE EDAD Y EN ANTECEDENTE DE MALTRATO INFANTIL DE TIPO FÍSICO EN USUARIOS EN ESTANCIA RESIDENCIAL EN EL CENTRO ESTATAL PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS ADICCIONES. ....	274
<b>TABLA 201.</b> TABLA 2x2 PARA PRUEBA DE ASOCIACIÓN CHI-CUADRADA POSITIVA PARA LAS VARIABLES CONSUMO DE ESTIMULANTES ANTES DE LOS 18 AÑOS DE EDAD Y EN ANTECEDENTE DE MALTRATO INFANTIL DE TIPO EMOCIONAL EN USUARIOS EN ESTANCIA RESIDENCIAL EN EL CENTRO ESTATAL PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS ADICCIONES. ....	275
<b>TABLA 202.</b> TABLA 2x2 PARA PRUEBA DE ASOCIACIÓN CHI-CUADRADA POSITIVA PARA LAS VARIABLES CONSUMO DE BENZODIACEPINAS Y ANTECEDENTES PENALES EN USUARIOS EN ESTANCIA RESIDENCIAL EN EL CENTRO ESTATAL PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS ADICCIONES. ....	277
<b>TABLA 203.</b> TABLA 2x2 PARA PRUEBA DE ASOCIACIÓN CHI-CUADRADA POSITIVA PARA LAS VARIABLES CONSUMO DE BENZODIACEPINAS Y ANTECEDENTES DE TRATAMIENTO PSICOFARMACOLÓGICO PREVIO A SU INGRESO EN USUARIOS EN ESTANCIA RESIDENCIAL EN EL CENTRO ESTATAL PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS ADICCIONES. ....	278
<b>TABLA 204.</b> TABLA 2x2 PARA PRUEBA DE ASOCIACIÓN CHI-CUADRADA POSITIVA PARA LAS VARIABLES EPISODIO DEPRESIVO Y ANTECEDENTES DE INTENTO SUICIDA A SU INGRESO EN USUARIOS EN ESTANCIA RESIDENCIAL EN EL CENTRO ESTATAL PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS ADICCIONES. ....	279
<b>TABLA 205.</b> TABLA 2x2 PARA PRUEBA DE ASOCIACIÓN CHI-CUADRADA POSITIVA PARA LAS VARIABLES EPISODIO DEPRESIVO Y TRASTORNO DISTÍMICO POR MEDIO DE LA MINI EN USUARIOS EN ESTANCIA RESIDENCIAL EN EL CENTRO ESTATAL PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS ADICCIONES. ....	279

<b>TABLA 206.</b> TABLA 2x2 PARA PRUEBA DE ASOCIACIÓN CHI-CUADRADA POSITIVA PARA LAS VARIABLES EPISODIO DEPRESIVO Y TRASTORNO DE INESTABILIDAD EMOCIONAL DE LA PERSONALIDAD TIPO LÍMITE EN USUARIOS EN ESTANCIA RESIDENCIAL EN EL CENTRO ESTATAL PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS ADICCIONES. ....	280
<b>TABLA 207.</b> TABLA 2x2 PARA PRUEBA DE ASOCIACIÓN CHI-CUADRADA POSITIVA PARA LAS VARIABLES EPISODIO DEPRESIVO Y TRASTORNO DEPENDIENTE DE LA PERSONALIDAD EN USUARIOS EN ESTANCIA RESIDENCIAL EN EL CENTRO ESTATAL PARA LA ATENCIÓN A LAS ADICCIONES. ....	281
<b>TABLA 208.</b> TABLA 2x2 PARA PRUEBA DE ASOCIACIÓN CHI-CUADRADA POSITIVA PARA LAS VARIABLES TRASTORNO DISTÍMICO POR MEDIO DE LA MINI Y CONSUMO DE ESTIMULANTES EN USUARIOS EN ESTANCIA RESIDENCIAL EN EL CENTRO ESTATAL PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS ADICCIONES. ....	282
<b>TABLA 209.</b> TABLA 2x2 PARA PRUEBA DE ASOCIACIÓN CHI-CUADRADA POSITIVA PARA LAS VARIABLES TRASTORNO DISTÍMICO POR MEDIO DE LA MINI Y ANTECEDENTES DE INTENTO SUICIDA EN USUARIOS EN ESTANCIA RESIDENCIAL EN EL CENTRO ESTATAL PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS ADICCIONES. ....	283
<b>TABLA 210.</b> TABLA 2x2 PARA PRUEBA DE ASOCIACIÓN CHI-CUADRADA POSITIVA PARA LAS VARIABLES TRASTORNO DISTÍMICO POR MEDIO DE LA MINI Y ANTECEDENTES DE ABUSO SEXUAL EN LA INFANCIA EN USUARIOS EN ESTANCIA RESIDENCIAL EN EL CENTRO ESTATAL PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS ADICCIONES. ....	284
<b>TABLA 211.</b> TABLA 2x2 PARA PRUEBA DE ASOCIACIÓN CHI-CUADRADA POSITIVA PARA LAS VARIABLES TRASTORNO DISTÍMICO POR MEDIO DE LA MINI Y ANTECEDENTES DE VIOLACIÓN EN LA INFANCIA EN USUARIOS EN ESTANCIA RESIDENCIAL EN EL CENTRO ESTATAL PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS ADICCIONES. ....	284
<b>TABLA 212.</b> TABLA 2x2 PARA PRUEBA DE ASOCIACIÓN CHI-CUADRADA POSITIVA PARA LAS VARIABLES TRASTORNO DISTÍMICO POR MEDIO DE LA MINI Y ANTECEDENTES MALTRATO INFANTIL DE TIPO FÍSICO EN USUARIOS EN ESTANCIA RESIDENCIAL EN EL CENTRO ESTATAL PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS ADICCIONES. ....	285
<b>TABLA 213.</b> TABLA 2x2 PARA PRUEBA DE ASOCIACIÓN CHI-CUADRADA POSITIVA PARA LAS VARIABLES TRASTORNO DISTÍMICO POR MEDIO DE LA MINI Y ANTECEDENTES MALTRATO INFANTIL DE TIPO EMOCIONAL EN USUARIOS EN ESTANCIA RESIDENCIAL EN EL CENTRO ESTATAL PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS ADICCIONES. ....	286
<b>TABLA 214.</b> TABLA 2x2 PARA PRUEBA DE ASOCIACIÓN CHI-CUADRADA POSITIVA PARA LAS VARIABLES TRASTORNO DISTÍMICO POR MEDIO DE LA MINI Y ANTECEDENTES DE SEPARACIÓN MATERNA USUARIOS EN ESTANCIA RESIDENCIAL EN EL CENTRO ESTATAL PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS ADICCIONES. ....	287
<b>TABLA 215.</b> TABLA 2x2 PARA PRUEBA DE ASOCIACIÓN CHI-CUADRADA POSITIVA PARA LAS VARIABLES TRASTORNO DISTÍMICO POR MEDIO DE LA MINI Y ANTECEDENTES DE SEPARACIÓN PATERNA USUARIOS EN ESTANCIA RESIDENCIAL EN EL CENTRO ESTATAL PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS ADICCIONES. ....	287
<b>TABLA 216.</b> TABLA 2x2 PARA PRUEBA DE ASOCIACIÓN CHI-CUADRADA POSITIVA PARA LAS VARIABLES DIAGNÓSTICO DE TRASTORNO DISTÍMICO Y DIAGNÓSTICO DE TRASTORNO DEPRESIVO RECURRENTE POR MEDIO DE LA MINI EN USUARIOS EN ESTANCIA RESIDENCIAL EN EL CENTRO ESTATAL PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS ADICCIONES. ....	288
<b>TABLA 217.</b> TABLA 2x2 PARA PRUEBA DE ASOCIACIÓN CHI-CUADRADA POSITIVA PARA LAS VARIABLES DIAGNÓSTICO DE TRASTORNO DISTÍMICO Y DIAGNÓSTICO DE TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA POR MEDIO DE LA MINI EN USUARIOS EN ESTANCIA RESIDENCIAL EN EL CENTRO ESTATAL PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS ADICCIONES. ....	289
<b>TABLA 218.</b> TABLA 2x2 PARA PRUEBA DE ASOCIACIÓN CHI-CUADRADA POSITIVA PARA LAS VARIABLES DIAGNÓSTICO DE TRASTORNO DISTÍMICO Y DIAGNÓSTICO DE CUALQUIER TRASTORNO DE ANSIEDAD POR MEDIO DE LA MINI EN USUARIOS EN ESTANCIA RESIDENCIAL EN EL CENTRO ESTATAL PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS ADICCIONES. ....	290
<b>TABLA 219.</b> TABLA 2x2 PARA PRUEBA DE ASOCIACIÓN CHI-CUADRADA POSITIVA PARA LAS VARIABLES DIAGNÓSTICO DE TRASTORNO DISTÍMICO Y DIAGNÓSTICO DE TRASTORNO DE LA CONDUCTA DISOCIAL EN USUARIOS EN ESTANCIA RESIDENCIAL EN EL CENTRO ESTATAL PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS ADICCIONES. ....	291
<b>TABLA 220.</b> TABLA 2x2 PARA PRUEBA DE ASOCIACIÓN CHI-CUADRADA POSITIVA PARA LAS VARIABLES DIAGNÓSTICO DE TRASTORNO DISTÍMICO Y DIAGNÓSTICO DE DOS TRASTORNO PSIQUIÁTRICOS SIMULTÁNEOS POR MEDIO DE LA MINI EN USUARIOS EN ESTANCIA RESIDENCIAL EN EL CENTRO ESTATAL PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS ADICCIONES. ....	291
<b>TABLA 221.</b> TABLA 2x2 PARA PRUEBA DE ASOCIACIÓN CHI-CUADRADA POSITIVA PARA LAS VARIABLES DIAGNÓSTICO DE TRASTORNO DISTÍMICO Y DIAGNÓSTICO DE TRES TRASTORNO PSIQUIÁTRICOS SIMULTÁNEOS POR MEDIO DE LA MINI EN USUARIOS EN ESTANCIA RESIDENCIAL EN EL CENTRO ESTATAL PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS ADICCIONES. ....	292
<b>TABLA 222.</b> TABLA 2x2 PARA PRUEBA DE ASOCIACIÓN CHI-CUADRADA POSITIVA PARA LAS VARIABLES DIAGNÓSTICO DE TRASTORNO DISTÍMICO Y DIAGNÓSTICO DE CUATRO TRASTORNO PSIQUIÁTRICOS SIMULTÁNEOS POR MEDIO DE LA MINI EN USUARIOS EN ESTANCIA RESIDENCIAL EN EL CENTRO ESTATAL PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS ADICCIONES. ....	293
<b>TABLA 223.</b> TABLA 2x2 PARA PRUEBA DE ASOCIACIÓN CHI-CUADRADA POSITIVA PARA LAS VARIABLES DIAGNÓSTICO DE TRASTORNO DISTÍMICO POR MEDIO DE LA MINI Y TRASTORNO PARANOIDE DE LA PERSONALIDAD EN USUARIOS EN ESTANCIA RESIDENCIAL EN EL CENTRO ESTATAL PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS ADICCIONES. ....	294
<b>TABLA 224.</b> TABLA 2x2 PARA PRUEBA DE ASOCIACIÓN CHI-CUADRADA POSITIVA PARA LAS VARIABLES DIAGNÓSTICO DE TRASTORNO DISTÍMICO POR MEDIO DE LA MINI Y TRASTORNO ESQUIZOTÍPICO DE LA PERSONALIDAD EN USUARIOS EN ESTANCIA RESIDENCIAL EN EL CENTRO ESTATAL PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL LAS ADICCIONES. ....	295

<b>TABLA 225.</b> TABLA 2x2 PARA PRUEBA DE ASOCIACIÓN CHI-CUADRADA POSITIVA PARA LAS VARIABLES DIAGNÓSTICO DE TRASTORNO DISTÍMICO POR MEDIO DE LA MINI Y TRASTORNO DE LA INESTABILIDAD EMOCIONAL DE TIPO IMPULSIVO DE LA PERSONALIDAD EN USUARIOS EN ESTANCIA RESIDENCIAL EN EL CENTRO ESTATAL PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS ADICCIONES. ....	295
<b>TABLA 226.</b> TABLA 2x2 PARA PRUEBA DE ASOCIACIÓN CHI-CUADRADA POSITIVA PARA LAS VARIABLES DIAGNÓSTICO DE TRASTORNO DISTÍMICO POR MEDIO DE LA MINI Y TRASTORNO DE LA INESTABILIDAD EMOCIONAL DE TIPO LÍMITE DE LA PERSONALIDAD EN USUARIOS EN ESTANCIA RESIDENCIAL EN EL CENTRO ESTATAL PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS ADICCIONES. ....	296
<b>TABLA 227.</b> TABLA 2x2 PARA PRUEBA DE ASOCIACIÓN CHI-CUADRADA POSITIVA PARA LAS VARIABLES DIAGNÓSTICO DE TRASTORNO DISTÍMICO POR MEDIO DE LA MINI Y CUALQUIER TRASTORNO DE LA PERSONALIDAD DEL GRUPO B EN USUARIOS EN ESTANCIA RESIDENCIAL EN EL CENTRO ESTATAL PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS ADICCIONES. ....	297
<b>TABLA 228.</b> TABLA 2x2 PARA PRUEBA DE ASOCIACIÓN CHI-CUADRADA POSITIVA PARA LAS VARIABLES DIAGNÓSTICO DE TRASTORNO DISTÍMICO POR MEDIO DE LA MINI Y TRASTORNO DEPENDIENTE DE LA PERSONALIDAD EN USUARIOS EN ESTANCIA RESIDENCIAL EN EL CENTRO ESTATAL PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS ADICCIONES. ....	298
<b>TABLA 229.</b> TABLA 2x2 PARA PRUEBA DE ASOCIACIÓN CHI-CUADRADA POSITIVA PARA LAS VARIABLES DIAGNÓSTICO DE TRASTORNO DISTÍMICO POR MEDIO DE LA MINI Y CUALQUIER TRASTORNO DE LA PERSONALIDAD EN USUARIOS EN ESTANCIA RESIDENCIAL EN EL CENTRO ESTATAL PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS ADICCIONES. ....	299
<b>TABLA 230.</b> TABLA 2x2 PARA PRUEBA DE ASOCIACIÓN CHI-CUADRADA POSITIVA PARA LAS VARIABLES DIAGNÓSTICO DE TRASTORNO DISTÍMICO POR MEDIO DE LA MINI E INICIO DE TRATAMIENTO CON UN ANTIDEPRESIVO A SU INGRESO DE USUARIOS EN ESTANCIA RESIDENCIAL EN EL CENTRO ESTATAL PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS ADICCIONES. ....	299
<b>TABLA 231.</b> TABLA 2x2 PARA PRUEBA DE ASOCIACIÓN CHI-CUADRADA POSITIVA PARA LAS VARIABLES DIAGNÓSTICO DE TRASTORNO DISTÍMICO POR MEDIO DE LA MINI E INICIO DE TRATAMIENTO CON UN ANTIPSICÓTICO A SU INGRESO DE USUARIOS EN ESTANCIA RESIDENCIAL EN EL CENTRO ESTATAL PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS ADICCIONES. ....	300
<b>TABLA 232.</b> TABLA 2x2 PARA PRUEBA DE ASOCIACIÓN CHI-CUADRADA POSITIVA PARA LAS VARIABLES DIAGNÓSTICO DE TRASTORNO DISTÍMICO POR MEDIO DE LA MINI E INICIO DE TRATAMIENTO CON UN ANTICONVULSIVANTE A SU INGRESO DE USUARIOS EN ESTANCIA RESIDENCIAL EN EL CENTRO ESTATAL PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS ADICCIONES. ....	301
<b>TABLA 233.</b> TABLA 2x2 PARA PRUEBA DE ASOCIACIÓN CHI-CUADRADA POSITIVA PARA LAS VARIABLES DIAGNÓSTICO DE TRASTORNO DISTÍMICO POR MEDIO DE LA MINI Y ESTRUCTURA FAMILIAR MONOPARENTAL EN INGRESO DE USUARIOS EN ESTANCIA RESIDENCIAL EN EL CENTRO ESTATAL PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS ADICCIONES. ....	302
<b>TABLA 234.</b> TABLA 2x2 PARA PRUEBA DE ASOCIACIÓN CHI-CUADRADA POSITIVA PARA LAS VARIABLES DIAGNÓSTICO DE TRASTORNO DISTÍMICO POR MEDIO DE LA MINI Y DIAGNÓSTICO DE COHESIÓN FAMILIAR NO RELACIONADA POR MEDIO DEL FACES III EN USUARIOS EN ESTANCIA RESIDENCIAL EN EL CENTRO ESTATAL PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS ADICCIONES. ....	302
<b>TABLA 235.</b> TABLA 2x2 PARA PRUEBA DE ASOCIACIÓN CHI-CUADRADA POSITIVA PARA LAS VARIABLES DIAGNÓSTICO DE TRASTORNO DISTÍMICO POR MEDIO DE LA MINI Y ANTECEDENTE DE SUICIDIO EN USUARIOS EN ESTANCIA RESIDENCIAL EN EL CENTRO ESTATAL PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS ADICCIONES. ....	303
<b>TABLA 236.</b> TABLA 2x2 PARA PRUEBA DE ASOCIACIÓN CHI-CUADRADA POSITIVA PARA LAS VARIABLES DIAGNÓSTICO DE TRASTORNO DISTÍMICO Y DIAGNÓSTICO DE TRES TRASTORNOS PSIQUIÁTRICOS SIMULTÁNEOS POR MEDIO DE LA MINI EN USUARIOS EN ESTANCIA RESIDENCIAL EN EL CENTRO ESTATAL PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS ADICCIONES. ....	304
<b>TABLA 237.</b> TABLA 2x2 PARA PRUEBA DE ASOCIACIÓN CHI-CUADRADA POSITIVA PARA LAS VARIABLES DIAGNÓSTICO DE TRASTORNO DISTÍMICO Y DIAGNÓSTICO DE CUATRO TRASTORNOS PSIQUIÁTRICOS SIMULTÁNEOS POR MEDIO DE LA MINI EN USUARIOS EN ESTANCIA RESIDENCIAL EN EL CENTRO ESTATAL PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS ADICCIONES. ....	305
<b>TABLA 238.</b> TABLA 2x2 PARA PRUEBA DE ASOCIACIÓN CHI-CUADRADA POSITIVA PARA LAS VARIABLES DIAGNÓSTICO PARA CUALQUIER TRASTORNO DEL ESTADO DE ÁNIMO POR MEDIO DE LA MINI Y GENERO FEMENINO EN USUARIOS EN ESTANCIA RESIDENCIAL EN EL CENTRO ESTATAL PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS ADICCIONES. ....	306
<b>TABLA 239.</b> TABLA 2x2 PARA PRUEBA DE ASOCIACIÓN CHI-CUADRADA POSITIVA PARA LAS VARIABLES DIAGNÓSTICO PARA CUALQUIER TRASTORNO DEL ESTADO DE ÁNIMO POR MEDIO DE LA MINI Y CONSUMO DE ESTIMULANTES EN USUARIOS EN ESTANCIA RESIDENCIAL EN EL CENTRO ESTATAL PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS ADICCIONES. ....	307
<b>TABLA 240.</b> TABLA 2x2 PARA PRUEBA DE ASOCIACIÓN CHI-CUADRADA POSITIVA PARA LAS VARIABLES DIAGNÓSTICO PARA CUALQUIER TRASTORNO DEL ESTADO DE ÁNIMO POR MEDIO DE LA MINI Y ANTECEDENTE DE ATENCIÓN PSICOLÓGICA POR CONSUMO DE SUSTANCIAS EN USUARIOS EN ESTANCIA RESIDENCIAL EN EL CENTRO ESTATAL PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS ADICCIONES. ....	308
<b>TABLA 241.</b> TABLA 2x2 PARA PRUEBA DE ASOCIACIÓN CHI-CUADRADA POSITIVA PARA LAS VARIABLES DIAGNÓSTICO PARA CUALQUIER TRASTORNO DEL ESTADO DE ÁNIMO POR MEDIO DE LA MINI Y ANTECEDENTE DE INTENTO SUICIDA EN USUARIOS EN ESTANCIA RESIDENCIAL EN EL CENTRO ESTATAL PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS ADICCIONES. ....	309
<b>TABLA 242.</b> TABLA 2x2 PARA PRUEBA DE ASOCIACIÓN CHI-CUADRADA POSITIVA PARA LAS VARIABLES DIAGNÓSTICO PARA CUALQUIER TRASTORNO DEL ESTADO DE ÁNIMO POR MEDIO DE LA MINI Y ANTECEDENTE DE ABUSO SEXUAL EN LA INFANCIA EN USUARIOS EN ESTANCIA RESIDENCIAL EN EL CENTRO ESTATAL PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS ADICCIONES. ....	310
<b>TABLA 243.</b> TABLA 2x2 PARA PRUEBA DE ASOCIACIÓN CHI-CUADRADA POSITIVA PARA LAS VARIABLES DIAGNÓSTICO PARA CUALQUIER TRASTORNO DEL ESTADO DE ÁNIMO POR MEDIO DE LA MINI Y ANTECEDENTE DE VIOLACIÓN EN LA INFANCIA EN USUARIOS EN ESTANCIA RESIDENCIAL EN EL CENTRO ESTATAL PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS ADICCIONES. ....	310

<b>TABLA 244.</b> TABLA 2X2 PARA PRUEBA DE ASOCIACIÓN CHI-CUADRADA POSITIVA PARA LAS VARIABLES DIAGNÓSTICO PARA CUALQUIER TRASTORNO DEL ESTADO DE ÁNIMO POR MEDIO DE LA MINI Y ANTECEDENTE DE MALTRATO INFANTIL DE TIPO FÍSICO EN USUARIOS EN ESTANCIA RESIDENCIAL EN EL CENTRO ESTATAL PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL LAS ADICCIONES. ....	311
<b>TABLA 245.</b> TABLA 2X2 PARA PRUEBA DE ASOCIACIÓN CHI-CUADRADA POSITIVA PARA LAS VARIABLES DIAGNÓSTICO PARA CUALQUIER TRASTORNO DEL ESTADO DE ÁNIMO POR MEDIO DE LA MINI Y ANTECEDENTE DE MALTRATO INFANTIL DE TIPO EMOCIONAL EN USUARIOS EN ESTANCIA RESIDENCIAL EN EL CENTRO ESTATAL PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS ADICCIONES. ....	312
<b>TABLA 246.</b> TABLA 2X2 PARA PRUEBA DE ASOCIACIÓN CHI-CUADRADA POSITIVA PARA LAS VARIABLES DIAGNÓSTICO PARA CUALQUIER TRASTORNO DEL ESTADO DE ÁNIMO POR MEDIO DE LA MINI Y ANTECEDENTE DE SEPARACIÓN MATERNA EN USUARIOS EN ESTANCIA RESIDENCIAL EN EL CENTRO ESTATAL PARA LA ATENCIÓN A INTEGRAL DE LAS ADICCIONES. ....	313
<b>TABLA 247.</b> TABLA 2X2 PARA PRUEBA DE ASOCIACIÓN CHI-CUADRADA POSITIVA PARA LAS VARIABLES DIAGNÓSTICO PARA CUALQUIER TRASTORNO DEL ESTADO DE ÁNIMO POR MEDIO DE LA MINI Y ANTECEDENTE DE SEPARACIÓN PATERNA EN USUARIOS EN ESTANCIA RESIDENCIAL EN EL CENTRO ESTATAL PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS ADICCIONES. ....	314
<b>TABLA 248.</b> TABLA 2X2 PARA PRUEBA DE ASOCIACIÓN CHI-CUADRADA POSITIVA PARA LAS VARIABLES DIAGNÓSTICO PARA CUALQUIER TRASTORNO DEL ESTADO DE ÁNIMO POR MEDIO DE LA MINI Y ANTECEDENTE CONSUMO PATERNO DE ALCOHOL EN USUARIOS EN ESTANCIA RESIDENCIAL EN EL CENTRO ESTATAL PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS ADICCIONES. ....	314
<b>TABLA 249.</b> TABLA 2X2 PARA PRUEBA DE ASOCIACIÓN CHI-CUADRADA POSITIVA PARA LAS VARIABLES DIAGNÓSTICO PARA CUALQUIER TRASTORNO DEL ESTADO DE ÁNIMO Y TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA POR MEDIO DE LA MINI EN USUARIOS EN ESTANCIA RESIDENCIAL EN EL CENTRO ESTATAL PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS ADICCIONES. ....	315
<b>TABLA 250.</b> TABLA 2X2 PARA PRUEBA DE ASOCIACIÓN CHI-CUADRADA POSITIVA PARA LAS VARIABLES DIAGNÓSTICO PARA CUALQUIER TRASTORNO DEL ESTADO DE ÁNIMO Y PARA CUALQUIER TRASTORNO DE ANSIEDAD POR MEDIO DE LA MINI EN USUARIOS EN ESTANCIA RESIDENCIAL EN EL CENTRO ESTATAL PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS ADICCIONES. ....	316
<b>TABLA 251.</b> TABLA 2X2 PARA PRUEBA DE ASOCIACIÓN CHI-CUADRADA POSITIVA PARA LAS VARIABLES DIAGNÓSTICO PARA CUALQUIER TRASTORNO DEL ESTADO DE ÁNIMO Y DIAGNÓSTICO DE DOS TRASTORNOS PSIQUIÁTRICOS SIMULTÁNEOS POR MEDIO DE LA MINI EN USUARIOS EN ESTANCIA RESIDENCIAL EN EL CENTRO ESTATAL PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS ADICCIONES. ....	317
<b>TABLA 252.</b> TABLA 2X2 PARA PRUEBA DE ASOCIACIÓN CHI-CUADRADA POSITIVA PARA LAS VARIABLES DIAGNÓSTICO PARA CUALQUIER TRASTORNO DEL ESTADO DE ÁNIMO Y DIAGNÓSTICO DE TRES TRASTORNOS PSIQUIÁTRICOS SIMULTÁNEOS POR MEDIO DE LA MINI EN USUARIOS EN ESTANCIA RESIDENCIAL EN EL CENTRO ESTATAL PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS ADICCIONES. ....	318
<b>TABLA 253.</b> TABLA 2X2 PARA PRUEBA DE ASOCIACIÓN CHI-CUADRADA POSITIVA PARA LAS VARIABLES DIAGNÓSTICO PARA CUALQUIER TRASTORNO DEL ESTADO DE ÁNIMO Y DIAGNÓSTICO DE CUATRO TRASTORNOS PSIQUIÁTRICOS SIMULTÁNEOS POR MEDIO DE LA MINI EN USUARIOS EN ESTANCIA RESIDENCIAL EN EL CENTRO ESTATAL PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS ADICCIONES. ....	319
<b>TABLA 254.</b> TABLA 2X2 PARA PRUEBA DE ASOCIACIÓN CHI-CUADRADA POSITIVA PARA LAS VARIABLES DIAGNÓSTICO PARA CUALQUIER TRASTORNO DEL ESTADO DE ÁNIMO POR MEDIO DE LA MINI Y TRASTORNO DE PARANOIDE DE LA PERSONALIDAD EN USUARIOS EN ESTANCIA RESIDENCIAL EN EL CENTRO ESTATAL PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS ADICCIONES. ....	320
<b>TABLA 255.</b> TABLA 2X2 PARA PRUEBA DE ASOCIACIÓN CHI-CUADRADA POSITIVA PARA LAS VARIABLES DIAGNÓSTICO PARA CUALQUIER TRASTORNO DEL ESTADO DE ÁNIMO POR MEDIO DE LA MINI Y CUALQUIER TRASTORNO DE LA PERSONALIDAD DEL GRUPO A EN USUARIOS EN ESTANCIA RESIDENCIAL EN EL CENTRO ESTATAL PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE A LAS ADICCIONES. ....	320
<b>TABLA 256.</b> TABLA 2X2 PARA PRUEBA DE ASOCIACIÓN CHI-CUADRADA POSITIVA PARA LAS VARIABLES DIAGNÓSTICO PARA CUALQUIER TRASTORNO DEL ESTADO DE ÁNIMO POR MEDIO DE LA MINI Y TRASTORNO DE LA INESTABILIDAD EMOCIONAL DE LA PERSONALIDAD TIPO IMPULSIVO EN USUARIOS EN ESTANCIA RESIDENCIAL EN EL CENTRO ESTATAL PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS ADICCIONES. ....	321
<b>TABLA 257.</b> TABLA 2X2 PARA PRUEBA DE ASOCIACIÓN CHI-CUADRADA POSITIVA PARA LAS VARIABLES DIAGNÓSTICO PARA CUALQUIER TRASTORNO DEL ESTADO DE ÁNIMO POR MEDIO DE LA MINI Y TRASTORNO DE LA INESTABILIDAD EMOCIONAL DE LA PERSONALIDAD TIPO LÍMITE EN USUARIOS EN ESTANCIA RESIDENCIAL EN EL CENTRO ESTATAL PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS ADICCIONES. ....	322
<b>TABLA 258.</b> TABLA 2X2 PARA PRUEBA DE ASOCIACIÓN CHI-CUADRADA POSITIVA PARA LAS VARIABLES DIAGNÓSTICO PARA CUALQUIER TRASTORNO DEL ESTADO DE ÁNIMO POR MEDIO DE LA MINI Y CUALQUIER TRASTORNO DE LA PERSONALIDAD DEL GRUPO B EN USUARIOS EN ESTANCIA RESIDENCIAL EN EL CENTRO ESTATAL PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS ADICCIONES. ....	323
<b>TABLA 259.</b> TABLA 2X2 PARA PRUEBA DE ASOCIACIÓN CHI-CUADRADA POSITIVA PARA LAS VARIABLES DIAGNÓSTICO PARA CUALQUIER TRASTORNO DEL ESTADO DE ÁNIMO POR MEDIO DE LA MINI Y TRASTORNO DEPENDIENTE LA PERSONALIDAD EN USUARIOS EN ESTANCIA RESIDENCIAL EN EL CENTRO ESTATAL PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS ADICCIONES. ....	324
<b>TABLA 260.</b> TABLA 2X2 PARA PRUEBA DE ASOCIACIÓN CHI-CUADRADA POSITIVA PARA LAS VARIABLES DIAGNÓSTICO PARA CUALQUIER TRASTORNO DEL ESTADO DE ÁNIMO POR MEDIO DE LA MINI Y TRASTORNO ANSIOSO LA PERSONALIDAD EN USUARIOS EN ESTANCIA RESIDENCIAL EN EL CENTRO ESTATAL PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS ADICCIONES. ....	325
<b>TABLA 261.</b> TABLA 2X2 PARA PRUEBA DE ASOCIACIÓN CHI-CUADRADA POSITIVA PARA LAS VARIABLES DIAGNÓSTICO PARA CUALQUIER TRASTORNO DEL ESTADO DE ÁNIMO POR MEDIO DE LA MINI Y CUALQUIER TRASTORNO LA PERSONALIDAD EN USUARIOS EN ESTANCIA RESIDENCIAL EN EL CENTRO ESTATAL PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS ADICCIONES. ....	325

<b>TABLA 262.</b> TABLA 2x2 PARA PRUEBA DE ASOCIACIÓN CHI-CUADRADA POSITIVA PARA LAS VARIABLES DIAGNÓSTICO PARA CUALQUIER TRASTORNO DEL ESTADO DE ÁNIMO POR MEDIO DE LA MINI Y ESTRUCTURA FAMILIAR MONOPARENTAL EN USUARIOS EN ESTANCIA RESIDENCIAL EN EL CENTRO ESTATAL PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS ADICCIONES. ....	326
<b>TABLA 263.</b> TABLA 2x2 PARA PRUEBA DE ASOCIACIÓN CHI-CUADRADA POSITIVA PARA LAS VARIABLES DIAGNÓSTICO DE TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA E INICIO DE ACTIVIDAD LABORAL ANTES DE LOS 15 AÑOS DE EDAD EN USUARIOS EN ESTANCIA RESIDENCIAL EN EL CENTRO ESTATAL PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS ADICCIONES. ....	328
<b>TABLA 264.</b> TABLA 2x2 PARA PRUEBA DE ASOCIACIÓN CHI-CUADRADA POSITIVA PARA LAS VARIABLES DIAGNÓSTICO DE TRASTORNO DE PÁNICO POR MEDIO DE LA MINI Y CONSUMO DE SOLVENTES VOLÁTILES EN USUARIOS EN ESTANCIA RESIDENCIAL EN EL CENTRO ESTATAL PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS ADICCIONES. ....	329
<b>TABLA 265.</b> TABLA 2x2 PARA PRUEBA DE ASOCIACIÓN CHI-CUADRADA POSITIVA PARA LAS VARIABLES DIAGNÓSTICO DE TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA POR MEDIO DE LA MINI Y ANTECEDENTES DE MALTRATO INFANTIL DE TIPO EMOCIONAL EN USUARIOS EN ESTANCIA RESIDENCIAL EN EL CENTRO ESTATAL PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS ADICCIONES. ....	330
<b>TABLA 266.</b> TABLA 2x2 PARA PRUEBA DE ASOCIACIÓN CHI-CUADRADA POSITIVA PARA LAS VARIABLES DIAGNÓSTICO DE TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA Y CUALQUIER TRASTORNO DE ANSIEDAD POR MEDIO DE LA MINI EN USUARIOS EN ESTANCIA RESIDENCIAL EN EL CENTRO ESTATAL PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS ADICCIONES. ....	331
<b>TABLA 267.</b> TABLA 2x2 PARA PRUEBA DE ASOCIACIÓN CHI-CUADRADA POSITIVA PARA LAS VARIABLES DIAGNÓSTICO DE TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA Y DIAGNÓSTICOS DE DOS TRASTORNOS PSIQUIÁTRICOS SIMULTÁNEOS POR MEDIO DE LA MINI EN USUARIOS EN ESTANCIA RESIDENCIAL EN EL CENTRO ESTATAL PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS ADICCIONES. ....	331
<b>TABLA 268.</b> TABLA 2x2 PARA PRUEBA DE ASOCIACIÓN CHI-CUADRADA POSITIVA PARA LAS VARIABLES DIAGNÓSTICO DE TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA Y DIAGNÓSTICOS DE TRES TRASTORNOS PSIQUIÁTRICOS SIMULTÁNEOS POR MEDIO DE LA MINI EN USUARIOS EN ESTANCIA RESIDENCIAL EN EL CENTRO ESTATAL PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS ADICCIONES. ....	332
<b>TABLA 269.</b> TABLA 2x2 PARA PRUEBA DE ASOCIACIÓN CHI-CUADRADA POSITIVA PARA LAS VARIABLES DIAGNÓSTICO DE TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA Y DIAGNÓSTICOS DE CUATRO TRASTORNOS PSIQUIÁTRICOS SIMULTÁNEOS POR MEDIO DE LA MINI EN USUARIOS EN ESTANCIA RESIDENCIAL EN EL CENTRO ESTATAL PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS ADICCIONES. ....	333
<b>TABLA 270.</b> TABLA 2x2 PARA PRUEBA DE ASOCIACIÓN CHI-CUADRADA POSITIVA PARA LAS VARIABLES DIAGNÓSTICO DE TRASTORNO DE FOBIA SOCIAL Y DIAGNÓSTICOS DE CUATRO TRASTORNOS PSIQUIÁTRICOS SIMULTÁNEOS POR MEDIO DE LA MINI EN USUARIOS EN ESTANCIA RESIDENCIAL EN EL CENTRO ESTATAL PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS ADICCIONES. ....	334
<b>TABLA 271.</b> TABLA 2x2 PARA PRUEBA DE ASOCIACIÓN CHI-CUADRADA POSITIVA PARA LAS VARIABLES DIAGNÓSTICO DE TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA POR MEDIO DE LA MINI Y TRASTORNO DE INESTABILIDAD EMOCIONAL DE LA PERSONALIDAD TIPO IMPULSIVO EN USUARIOS EN ESTANCIA RESIDENCIAL EN EL CENTRO ESTATAL PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS ADICCIONES. ....	335
<b>TABLA 272.</b> TABLA 2x2 PARA PRUEBA DE ASOCIACIÓN CHI-CUADRADA POSITIVA PARA LAS VARIABLES DIAGNÓSTICO DE TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA POR MEDIO DE LA MINI Y TRASTORNO DE ANSIOSO DE LA PERSONALIDAD EN USUARIOS EN ESTANCIA RESIDENCIAL EN EL CENTRO ESTATAL PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS ADICCIONES. ....	336
<b>TABLA 273.</b> TABLA 2x2 PARA PRUEBA DE ASOCIACIÓN CHI-CUADRADA POSITIVA PARA LAS VARIABLES DIAGNÓSTICO DE CUALQUIER TRASTORNO DE LA CONDUCTA Y ABANDONO DE ACTIVIDAD ESCOLAR POR CONSUMO DE SUSTANCIAS EN USUARIOS EN ESTANCIA RESIDENCIAL EN EL CENTRO ESTATAL PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS ADICCIONES. ....	337
<b>TABLA 274.</b> TABLA 2x2 PARA PRUEBA DE ASOCIACIÓN CHI-CUADRADA POSITIVA PARA LAS VARIABLES DIAGNÓSTICO DE CUALQUIER TRASTORNO DE LA CONDUCTA E INICIO DE ACTIVIDAD LABORAL ANTES DE LOS 15 AÑOS DE EDAD EN USUARIOS EN ESTANCIA RESIDENCIAL EN EL CENTRO ESTATAL PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS ADICCIONES. ....	338
<b>TABLA 275.</b> TABLA 2x2 PARA PRUEBA DE ASOCIACIÓN CHI-CUADRADA POSITIVA PARA LAS VARIABLES DIAGNÓSTICO DE CUALQUIER TRASTORNO DE LA CONDUCTA Y ANTECEDENTES PENALES EN USUARIOS EN ESTANCIA RESIDENCIAL EN EL CENTRO ESTATAL PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS ADICCIONES. ....	338
<b>TABLA 276.</b> TABLA 2x2 PARA PRUEBA DE ASOCIACIÓN CHI-CUADRADA POSITIVA PARA LAS VARIABLES DIAGNÓSTICO DE CUALQUIER TRASTORNO DE LA CONDUCTA Y CONSUMO DE ALCOHOL EN USUARIOS EN ESTANCIA RESIDENCIAL EN EL CENTRO ESTATAL PARA LA ATENCIÓN A LAS ADICCIONES. ....	339
<b>TABLA 277.</b> TABLA 2x2 PARA PRUEBA DE ASOCIACIÓN CHI-CUADRADA POSITIVA PARA LAS VARIABLES DIAGNÓSTICO DE CUALQUIER TRASTORNO DE LA CONDUCTA Y CONSUMO DE CANNABIS EN USUARIOS EN ESTANCIA RESIDENCIAL EN EL CENTRO ESTATAL PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS ADICCIONES. ....	340
<b>TABLA 278.</b> TABLA 2x2 PARA PRUEBA DE ASOCIACIÓN CHI-CUADRADA POSITIVA PARA LAS VARIABLES DIAGNÓSTICO DE CUALQUIER TRASTORNO DE LA CONDUCTA Y CONSUMO DE SOLVENTES VOLÁTILES EN USUARIOS EN ESTANCIA RESIDENCIAL EN EL CENTRO ESTATAL PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS ADICCIONES. ....	341
<b>TABLA 279.</b> TABLA 2x2 PARA PRUEBA DE ASOCIACIÓN CHI-CUADRADA POSITIVA PARA LAS VARIABLES DIAGNÓSTICO DE CUALQUIER TRASTORNO DE LA CONDUCTA Y ANTECEDENTES DE ABUSO SEXUAL EN LA INFANCIA EN USUARIOS EN ESTANCIA RESIDENCIAL EN EL CENTRO ESTATAL PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS ADICCIONES. ....	342
<b>TABLA 280.</b> TABLA 2x2 PARA PRUEBA DE ASOCIACIÓN CHI-CUADRADA POSITIVA PARA LAS VARIABLES DIAGNÓSTICO DE CUALQUIER TRASTORNO DE LA CONDUCTA Y ANTECEDENTES DE VIOLACIÓN EN LA INFANCIA EN USUARIOS EN ESTANCIA RESIDENCIAL EN EL CENTRO ESTATAL PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS ADICCIONES. ....	342

<b>TABLA 281.</b> TABLA 2x2 PARA PRUEBA DE ASOCIACIÓN CHI-CUADRADA POSITIVA PARA LAS VARIABLES DIAGNÓSTICO DE CUALQUIER TRASTORNO DE LA CONDUCTA Y ANTECEDENTES DE MALTRATO INFANTIL DE TIPO EMOCIONAL EN USUARIOS EN ESTANCIA RESIDENCIAL EN EL CENTRO ESTATAL PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS ADICCIONES. ....	343
<b>TABLA 282.</b> TABLA 2x2 PARA PRUEBA DE ASOCIACIÓN CHI-CUADRADA POSITIVA PARA LAS VARIABLES DIAGNÓSTICO DE CUALQUIER TRASTORNO DE LA CONDUCTA Y ANTECEDENTES DE SEPARACIÓN MATERNA EN USUARIOS EN ESTANCIA RESIDENCIAL EN EL CENTRO ESTATAL PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS ADICCIONES. ....	344
<b>TABLA 283.</b> TABLA 2x2 PARA PRUEBA DE ASOCIACIÓN CHI-CUADRADA POSITIVA PARA LAS VARIABLES DIAGNÓSTICO DE CUALQUIER TRASTORNO DE LA CONDUCTA Y DEPENDENCIA SIMULTÁNEA A MÁS DE UNA SUSTANCIA EN USUARIOS EN ESTANCIA RESIDENCIAL EN EL CENTRO ESTATAL PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS ADICCIONES. ....	345
<b>TABLA 284.</b> TABLA 2x2 PARA PRUEBA DE ASOCIACIÓN CHI-CUADRADA POSITIVA PARA LAS VARIABLES DIAGNÓSTICO DE CUALQUIER TRASTORNO DE LA CONDUCTA Y TRASTORNO DE INESTABILIDAD EMOCIONAL DE LA PERSONALIDAD TIPO IMPULSIVO EN USUARIOS EN ESTANCIA RESIDENCIAL EN EL CENTRO ESTATAL PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS ADICCIONES. ....	346
<b>TABLA 285.</b> TABLA 2x2 PARA PRUEBA DE ASOCIACIÓN CHI-CUADRADA POSITIVA PARA LAS VARIABLES DIAGNÓSTICO DE CUALQUIER TRASTORNO DE LA CONDUCTA E INICIO DE TRATAMIENTO PSICOFARMACOLÓGICO CON UN ANTIDEPRESIVO AL INGRESO DE USUARIOS EN ESTANCIA RESIDENCIAL EN EL CENTRO ESTATAL PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS ADICCIONES. ....	347
<b>TABLA 286.</b> TABLA 2x2 PARA PRUEBA DE ASOCIACIÓN CHI-CUADRADA POSITIVA PARA LAS VARIABLES DIAGNÓSTICO DE CUALQUIER TRASTORNO DE LA CONDUCTA E INICIO DE TRATAMIENTO PSICOFARMACOLÓGICO CON UN ANTIPSICÓTICO AL INGRESO DE USUARIOS EN ESTANCIA RESIDENCIAL EN EL CENTRO ESTATAL PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS ADICCIONES. ....	348
<b>TABLA 287.</b> TABLA 2x2 PARA PRUEBA DE ASOCIACIÓN CHI-CUADRADA POSITIVA PARA LAS VARIABLES DIAGNÓSTICO DE CUALQUIER TRASTORNO DE LA CONDUCTA Y ESTRUCTURA FAMILIAR MONOPARENTAL EN USUARIOS EN ESTANCIA RESIDENCIAL EN EL CENTRO ESTATAL PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS ADICCIONES. ....	349
<b>TABLA 288.</b> TABLA 2x2 PARA PRUEBA DE ASOCIACIÓN CHI-CUADRADA POSITIVA PARA LAS VARIABLES DIAGNÓSTICO DE CUALQUIER TRASTORNO DE LA CONDUCTA Y DIAGNÓSTICO DE FAMILIA DISFUNCIONAL POR MEDIO DEL APGAR FAMILIAR EN USUARIOS EN ESTANCIA RESIDENCIAL EN EL CENTRO ESTATAL PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS ADICCIONES. ....	349
<b>TABLA 289.</b> TABLA 2x2 PARA PRUEBA DE ASOCIACIÓN CHI-CUADRADA POSITIVA PARA LAS VARIABLES DIAGNÓSTICO DE LA TRASTORNO DE LA CONDUCTA DE TIPO NEGATIVISTA – DESAFIANTE E INICIO DE ACTIVIDAD LABORAL ANTES DE LOS 15 AÑOS DE EDAD EN USUARIOS EN ESTANCIA RESIDENCIAL EN EL CENTRO ESTATAL PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS ADICCIONES. ....	351
<b>TABLA 290.</b> TABLA 2x2 PARA PRUEBA DE ASOCIACIÓN CHI-CUADRADA POSITIVA PARA LAS VARIABLES DIAGNÓSTICO DE TRASTORNO DE LA CONDUCTA DE TIPO NEGATIVISTA – DESAFIANTE Y CONSUMO DE ALCOHOL EN USUARIOS EN ESTANCIA RESIDENCIAL EN EL CENTRO ESTATAL PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS ADICCIONES. ....	352
<b>TABLA 291.</b> TABLA 2x2 PARA PRUEBA DE ASOCIACIÓN CHI-CUADRADA POSITIVA PARA LAS VARIABLES DIAGNÓSTICO DE TRASTORNO DE LA CONDUCTA DE TIPO NEGATIVISTA – DESAFIANTE Y CONSUMO DE CANNABIS EN USUARIOS EN ESTANCIA RESIDENCIAL EN EL CENTRO ESTATAL PARA LA ATENCIÓN A INTEGRAL DE LAS ADICCIONES. ....	352
<b>TABLA 292.</b> TABLA 2x2 PARA PRUEBA DE ASOCIACIÓN CHI-CUADRADA POSITIVA PARA LAS VARIABLES DIAGNÓSTICO DE TRASTORNO DE LA CONDUCTA DE TIPO NEGATIVISTA – DESAFIANTE Y DIAGNÓSTICO DE TRES TRASTORNOS PSIQUIÁTRICOS POR MEDIO DE LA MINI EN USUARIOS EN ESTANCIA RESIDENCIAL EN EL CENTRO ESTATAL PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS ADICCIONES. ....	353
<b>TABLA 293.</b> TABLA 2x2 PARA PRUEBA DE ASOCIACIÓN CHI-CUADRADA POSITIVA PARA LAS VARIABLES DIAGNÓSTICO DE TRASTORNO DE LA CONDUCTA DE TIPO NEGATIVISTA DESAFIANTE Y DIAGNÓSTICO DE CUATRO TRASTORNOS PSIQUIÁTRICOS POR MEDIO DE LA MINI EN USUARIOS EN ESTANCIA RESIDENCIAL EN EL CENTRO ESTATAL PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS ADICCIONES. ....	354
<b>TABLA 294.</b> TABLA 2x2 PARA PRUEBA DE ASOCIACIÓN CHI-CUADRADA POSITIVA PARA LAS VARIABLES DIAGNÓSTICO DE TRASTORNO DE LA CONDUCTA DISOCIAL Y ANTECEDENTE DE ESCOLARIDAD PRIMARIA EN USUARIOS EN ESTANCIA RESIDENCIAL EN EL CENTRO ESTATAL PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS ADICCIONES. ....	355
<b>TABLA 295.</b> TABLA 2x2 PARA PRUEBA DE ASOCIACIÓN CHI-CUADRADA POSITIVA PARA LAS VARIABLES DIAGNÓSTICO TRASTORNO DE LA CONDUCTA DISOCIAL Y ANTECEDENTE DE ABANDONO ESCOLAR POR EXPULSIÓN EN USUARIOS EN ESTANCIA RESIDENCIAL EN EL CENTRO ESTATAL PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS ADICCIONES. ....	356
<b>TABLA 296.</b> TABLA 2x2 PARA PRUEBA DE ASOCIACIÓN CHI-CUADRADA POSITIVA PARA LAS VARIABLES DIAGNÓSTICO DE TRASTORNO DE LA CONDUCTA DISOCIAL Y ANTECEDENTE DE ABANDONO ESCOLAR POR EXPULSIÓN EN USUARIOS EN ESTANCIA RESIDENCIAL EN EL CENTRO ESTATAL PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS ADICCIONES. ....	357
<b>TABLA 297.</b> TABLA 2x2 PARA PRUEBA DE ASOCIACIÓN CHI-CUADRADA POSITIVA PARA LAS VARIABLES DIAGNÓSTICO DE TRASTORNO DE LA CONDUCTA DISOCIAL Y ANTECEDENTE PENALES EN USUARIOS EN ESTANCIA RESIDENCIAL EN EL CENTRO ESTATAL PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS ADICCIONES. ....	358
<b>TABLA 298.</b> TABLA 2x2 PARA PRUEBA DE ASOCIACIÓN CHI-CUADRADA POSITIVA PARA LAS VARIABLES DIAGNÓSTICO DE TRASTORNO DE LA CONDUCTA DISOCIAL Y ANTECEDENTE PENALES EN USUARIOS EN ESTANCIA RESIDENCIAL EN EL CENTRO ESTATAL PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL LAS ADICCIONES. ....	359
<b>TABLA 299.</b> TABLA 2x2 PARA PRUEBA DE ASOCIACIÓN CHI-CUADRADA POSITIVA PARA LAS VARIABLES DIAGNÓSTICO DE TRASTORNO DE LA CONDUCTA DISOCIAL Y CONSUMO DE CANNABIS EN USUARIOS EN ESTANCIA RESIDENCIAL EN EL CENTRO ESTATAL PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL LAS ADICCIONES. ....	360

<b>TABLA 300.</b> TABLA 2x2 PARA PRUEBA DE ASOCIACIÓN CHI-CUADRADA POSITIVA PARA LAS VARIABLES DIAGNÓSTICO DE TRASTORNO DE LA CONDUCTA DISOCIAL Y CONSUMO DE SOLVENTES VOLÁTILES EN USUARIOS EN ESTANCIA RESIDENCIAL EN EL CENTRO ESTATAL PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL LAS ADICCIONES. ....	360
<b>TABLA 301.</b> TABLA 2x2 PARA PRUEBA DE ASOCIACIÓN CHI-CUADRADA POSITIVA PARA LAS VARIABLES DIAGNÓSTICO DE TRASTORNO DE LA CONDUCTA DISOCIAL Y CONSUMO DE ESTIMULANTES EN USUARIOS EN ESTANCIA RESIDENCIAL EN EL CENTRO ESTATAL PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS ADICCIONES. ....	361
<b>TABLA 302.</b> TABLA 2x2 PARA PRUEBA DE ASOCIACIÓN CHI-CUADRADA POSITIVA PARA LAS VARIABLES DIAGNÓSTICO DE TRASTORNO DE LA CONDUCTA DISOCIAL Y CONSUMO DE BENZODIACEPINAS EN USUARIOS EN ESTANCIA RESIDENCIAL EN EL CENTRO ESTATAL PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS ADICCIONES. ....	362
<b>TABLA 303.</b> TABLA 2x2 PARA PRUEBA DE ASOCIACIÓN CHI-CUADRADA POSITIVA PARA LAS VARIABLES DIAGNÓSTICO DE TRASTORNO DE LA CONDUCTA DISOCIAL Y DEPENDENCIA SIMULTÁNEA A MÁS DE UNA SUSTANCIA EN USUARIOS EN ESTANCIA RESIDENCIAL EN EL CENTRO ESTATAL PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS ADICCIONES. ....	363
<b>TABLA 304.</b> TABLA 2x2 PARA PRUEBA DE ASOCIACIÓN CHI-CUADRADA POSITIVA PARA LAS VARIABLES DIAGNÓSTICO DE TRASTORNO DE LA CONDUCTA DISOCIAL Y ANTECEDENTE DE SEPARACIÓN MATERNA EN USUARIOS EN ESTANCIA RESIDENCIAL EN EL CENTRO ESTATAL PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL PARA LAS ADICCIONES. ....	364
<b>TABLA 305.</b> TABLA 2x2 PARA PRUEBA DE ASOCIACIÓN CHI-CUADRADA POSITIVA PARA LAS VARIABLES DIAGNÓSTICO DE TRASTORNO DE LA CONDUCTA DISOCIAL Y ANTECEDENTE DE SEPARACIÓN PATERNA EN USUARIOS EN ESTANCIA RESIDENCIAL EN EL CENTRO ESTATAL PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS ADICCIONES. ....	365
<b>TABLA 306.</b> TABLA 2x2 PARA PRUEBA DE ASOCIACIÓN CHI-CUADRADA POSITIVA PARA LAS VARIABLES DIAGNÓSTICO DE TRASTORNO DE LA CONDUCTA DISOCIAL Y DIAGNÓSTICO DE TRES TRASTORNOS PSIQUIÁTRICOS SIMULTÁNEOS POR MEDIO DE LA MINI AL INGRESO DE USUARIOS A ESTANCIA RESIDENCIAL EN EL CENTRO ESTATAL PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL PARA LAS ADICCIONES. ....	366
<b>TABLA 307.</b> TABLA 2x2 PARA PRUEBA DE ASOCIACIÓN CHI-CUADRADA POSITIVA PARA LAS VARIABLES DIAGNÓSTICO DE TRASTORNO DE LA CONDUCTA DISOCIAL Y DIAGNÓSTICO DE TRASTORNO DE INESTABILIDAD EMOCIONAL DE LA PERSONALIDAD TIPO IMPULSIVO AL INGRESO DE USUARIOS A ESTANCIA RESIDENCIAL EN EL CENTRO ESTATAL PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL PARA LAS ADICCIONES. ....	367
<b>TABLA 308.</b> TABLA 2x2 PARA PRUEBA DE ASOCIACIÓN CHI-CUADRADA POSITIVA PARA LAS VARIABLES DIAGNÓSTICO DE TRASTORNO DE LA CONDUCTA DISOCIAL Y ESTRUCTURA FAMILIAR MONOPARENTAL AL INGRESO DE USUARIOS A ESTANCIA RESIDENCIAL EN EL CENTRO ESTATAL PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL PARA LAS ADICCIONES. ....	368
<b>TABLA 309.</b> TABLA 2x2 PARA PRUEBA DE ASOCIACIÓN CHI-CUADRADA POSITIVA PARA LAS VARIABLES DIAGNÓSTICO DE TRASTORNO ESQUIZOIDE DE LA PERSONALIDAD Y CUALQUIER TRASTORNO DEL GRUPO A AL INGRESO DE USUARIOS A ESTANCIA RESIDENCIAL EN EL CENTRO ESTATAL PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL PARA LAS ADICCIONES. ....	369
<b>TABLA 310.</b> TABLA 2x2 PARA PRUEBA DE ASOCIACIÓN CHI-CUADRADA POSITIVA PARA LAS VARIABLES DIAGNÓSTICO DE TRASTORNO PARANOIDE DE LA PERSONALIDAD Y CUALQUIER TRASTORNO DEL GRUPO A AL INGRESO DE USUARIOS A ESTANCIA RESIDENCIAL EN EL CENTRO ESTATAL PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL PARA LAS ADICCIONES. ....	370
<b>TABLA 311.</b> TABLA 2x2 PARA PRUEBA DE ASOCIACIÓN CHI-CUADRADA POSITIVA PARA LAS VARIABLES DIAGNÓSTICO DE TRASTORNO ESQUIZOIDE DE LA PERSONALIDAD Y EL DIAGNÓSTICO DE FAMILIA EN CRISIS POR MEDIO DE LA ESCALA DE EVENTOS CRÍTICOS DEL HOLMES AL INGRESO DE USUARIOS A ESTANCIA RESIDENCIAL EN EL CENTRO ESTATAL PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL PARA LAS ADICCIONES. ....	370
<b>TABLA 312.</b> TABLA 2x2 PARA PRUEBA DE ASOCIACIÓN CHI-CUADRADA POSITIVA PARA LAS VARIABLES DIAGNÓSTICO DE TRASTORNO ESQUIZOTÍPICO DE LA PERSONALIDAD Y EL DIAGNÓSTICO DE CUATRO TRASTORNOS PSIQUIÁTRICOS SIMULTÁNEOS POR MEDIO DE LA MINI AL INGRESO DE USUARIOS A ESTANCIA RESIDENCIAL EN EL CENTRO ESTATAL PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL PARA LAS ADICCIONES. ....	371
<b>TABLA 313.</b> TABLA 2x2 PARA PRUEBA DE ASOCIACIÓN CHI-CUADRADA POSITIVA PARA LAS VARIABLES DIAGNÓSTICO DE TRASTORNO ESQUIZOTÍPICO DE LA PERSONALIDAD Y EL DIAGNÓSTICO DE TRASTORNO DE INESTABILIDAD EMOCIONAL TIPO LÍMITE AL INGRESO DE USUARIOS A ESTANCIA RESIDENCIAL EN EL CENTRO ESTATAL PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL PARA LAS ADICCIONES. ....	372
<b>TABLA 314.</b> TABLA 2x2 PARA PRUEBA DE ASOCIACIÓN CHI-CUADRADA POSITIVA PARA LAS VARIABLES DIAGNÓSTICO DE TRASTORNO ESQUIZOTÍPICO DE LA PERSONALIDAD Y EL DIAGNÓSTICO ADAPTABILIDAD CAÓTICA POR MEDIO DEL FACES III AL INGRESO DE USUARIOS A ESTANCIA RESIDENCIAL EN EL CENTRO ESTATAL PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL PARA LAS ADICCIONES. ....	373
<b>TABLA 315.</b> TABLA 2x2 PARA PRUEBA DE ASOCIACIÓN CHI-CUADRADA POSITIVA PARA LAS VARIABLES DIAGNÓSTICO DE TRASTORNO HISTRIÓNICO DE LA PERSONALIDAD Y EL DIAGNÓSTICO DE TRASTORNO ANTISOCIAL DE LA PERSONALIDAD AL INGRESO DE USUARIOS A ESTANCIA RESIDENCIAL EN EL CENTRO ESTATAL PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL PARA LAS ADICCIONES. ....	374
<b>TABLA 316.</b> TABLA 2x2 PARA PRUEBA DE ASOCIACIÓN CHI-CUADRADA POSITIVA PARA LAS VARIABLES DIAGNÓSTICO DE TRASTORNO HISTRIÓNICO DE LA PERSONALIDAD Y EL DIAGNÓSTICO CUALQUIER TRASTORNO DE LA PERSONALIDAD DEL GRUPO B AL INGRESO DE USUARIOS A ESTANCIA RESIDENCIAL EN EL CENTRO ESTATAL PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL PARA LAS ADICCIONES. ....	375
<b>TABLA 317.</b> TABLA 2x2 PARA PRUEBA DE ASOCIACIÓN CHI-CUADRADA POSITIVA PARA LAS VARIABLES DIAGNÓSTICO DE TRASTORNO HISTRIÓNICO DE LA PERSONALIDAD Y EL DIAGNÓSTICO CUALQUIER TRASTORNO DE LA PERSONALIDAD DEL GRUPO C AL INGRESO DE USUARIOS A ESTANCIA RESIDENCIAL EN EL CENTRO ESTATAL PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL PARA LAS ADICCIONES. ....	376



<b>TABLA 318.</b> TABLA 2x2 PARA PRUEBA DE ASOCIACIÓN CHI-CUADRADA POSITIVA PARA LAS VARIABLES DIAGNÓSTICO DE TRASTORNO HISTRIÓNICO DE LA PERSONALIDAD Y ESTRUCTURA FAMILIAR MONOPARENTAL AL INGRESO DE USUARIOS A ESTANCIA RESIDENCIAL EN EL CENTRO ESTATAL PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL PARA LAS ADICCIONES.....	377
<b>TABLA 319.</b> TABLA 2x2 PARA PRUEBA DE ASOCIACIÓN CHI-CUADRADA POSITIVA PARA LAS VARIABLES DIAGNÓSTICO DE TRASTORNO HISTRIÓNICO DE LA PERSONALIDAD Y DIAGNÓSTICO DE COHESIÓN FAMILIAR NO RELACIONADA POR MEDIO DEL FACES III AL INGRESO DE USUARIOS A ESTANCIA RESIDENCIAL EN EL CENTRO ESTATAL PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL PARA LAS ADICCIONES. ....	378
<b>TABLA 320.</b> TABLA 2x2 PARA PRUEBA DE ASOCIACIÓN CHI-CUADRADA POSITIVA PARA LAS VARIABLES DIAGNÓSTICO DE TRASTORNO HISTRIÓNICO DE LA PERSONALIDAD Y DIAGNÓSTICO DE CRISIS FAMILIAR GRAVE POR MEDIO DE LA ESCALA DE EVENTOS CRÍTICOS DE HOLMES AL INGRESO DE USUARIOS A ESTANCIA RESIDENCIAL EN EL CENTRO ESTATAL PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL PARA LAS ADICCIONES.....	378
<b>TABLA 321.</b> TABLA 2x2 PARA PRUEBA DE ASOCIACIÓN CHI-CUADRADA POSITIVA PARA LAS VARIABLES DIAGNÓSTICO DE TRASTORNO NARCISISTA DE LA PERSONALIDAD Y EL TRASTORNO ANACÁSTICO DE LA PERSONALIDAD AL INGRESO DE USUARIOS A ESTANCIA RESIDENCIAL EN EL CENTRO ESTATAL PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL PARA LAS ADICCIONES.....	379
<b>TABLA 322.</b> TABLA 2x2 PARA PRUEBA DE ASOCIACIÓN CHI-CUADRADA POSITIVA PARA LAS VARIABLES DIAGNÓSTICO DE TRASTORNO ANTISOCIAL DE LA PERSONALIDAD Y ANTECEDENTES PENALES AL INGRESO DE USUARIOS A ESTANCIA RESIDENCIAL EN EL CENTRO ESTATAL PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL PARA LAS ADICCIONES.....	380
<b>TABLA 323.</b> TABLA 2x2 PARA PRUEBA DE ASOCIACIÓN CHI-CUADRADA POSITIVA PARA LAS VARIABLES DIAGNÓSTICO DE TRASTORNO ANTISOCIAL DE LA PERSONALIDAD Y DIAGNÓSTICO DE FAMILIA DISFUNCIONAL POR MEDIO DEL APGAR FAMILIAR AL INGRESO DE USUARIOS A ESTANCIA RESIDENCIAL EN EL CENTRO ESTATAL PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL PARA LAS ADICCIONES.....	381
<b>TABLA 324.</b> TABLA 2x2 PARA PRUEBA DE ASOCIACIÓN CHI-CUADRADA POSITIVA PARA LAS VARIABLES DIAGNÓSTICO DE TRASTORNO ANTISOCIAL DE LA PERSONALIDAD Y ESTRUCTURA FAMILIAR MONOPARENTAL AL INGRESO DE USUARIOS A ESTANCIA RESIDENCIAL EN EL CENTRO ESTATAL PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL PARA LAS ADICCIONES.....	382
<b>TABLA 325.</b> TABLA 2x2 PARA PRUEBA DE ASOCIACIÓN CHI-CUADRADA POSITIVA PARA LAS VARIABLES DIAGNÓSTICO DE TRASTORNO DE INESTABILIDAD EMOCIONAL DE LA PERSONALIDAD TIPO LÍMITE Y ANTECEDENTES DE INTENTO SUICIDA AL INGRESO DE USUARIOS A ESTANCIA RESIDENCIAL EN EL CENTRO ESTATAL PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL PARA LAS ADICCIONES.....	383
<b>TABLA 326.</b> TABLA 2x2 PARA PRUEBA DE ASOCIACIÓN CHI-CUADRADA POSITIVA PARA LAS VARIABLES DIAGNÓSTICO DE TRASTORNO DE INESTABILIDAD EMOCIONAL DE LA PERSONALIDAD TIPO LÍMITE Y DIAGNÓSTICO DE TRASTORNO DE INESTABILIDAD EMOCIONAL DE LA PERSONALIDAD TIPO LÍMITE AL INGRESO DE USUARIOS A ESTANCIA RESIDENCIAL EN EL CENTRO ESTATAL PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL PARA LAS ADICCIONES.....	384
<b>TABLA 327.</b> TABLA 2x2 PARA PRUEBA DE ASOCIACIÓN CHI-CUADRADA POSITIVA PARA LAS VARIABLES DIAGNÓSTICO DE TRASTORNO DE INESTABILIDAD EMOCIONAL DE LA PERSONALIDAD TIPO IMPULSIVO Y DIAGNÓSTICO DE TRASTORNO DE LA PERSONALIDAD DEL GRUPO B AL INGRESO DE USUARIOS A ESTANCIA RESIDENCIAL EN EL CENTRO ESTATAL PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL PARA LAS ADICCIONES.....	385
<b>TABLA 328.</b> TABLA 2x2 PARA PRUEBA DE ASOCIACIÓN CHI-CUADRADA POSITIVA PARA LAS VARIABLES DIAGNÓSTICO DE TRASTORNO DE INESTABILIDAD EMOCIONAL DE LA PERSONALIDAD TIPO IMPULSIVO Y DIAGNÓSTICO DE TRASTORNO ANSIOSO DE LA PERSONALIDAD AL INGRESO DE USUARIOS A ESTANCIA RESIDENCIAL EN EL CENTRO ESTATAL PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL PARA LAS ADICCIONES.....	386
<b>TABLA 329.</b> TABLA 2x2 PARA PRUEBA DE ASOCIACIÓN CHI-CUADRADA POSITIVA PARA LAS VARIABLES DIAGNÓSTICO DE TRASTORNO DE INESTABILIDAD EMOCIONAL DE LA PERSONALIDAD TIPO IMPULSIVO E INICIO DE TRATAMIENTO PSICOFARMACOLÓGICO EN USUARIOS A ESTANCIA RESIDENCIAL EN EL CENTRO ESTATAL PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS ADICCIONES.....	387
<b>TABLA 330.</b> TABLA 2x2 PARA PRUEBA DE ASOCIACIÓN CHI-CUADRADA POSITIVA PARA LAS VARIABLES DIAGNÓSTICO DE TRASTORNO DE INESTABILIDAD EMOCIONAL DE LA PERSONALIDAD TIPO IMPULSIVO E INICIO DE TRATAMIENTO PSICOFARMACOLÓGICO CON UN ANTIDEPRESIVO EN USUARIOS A ESTANCIA RESIDENCIAL EN EL CENTRO ESTATAL PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS ADICCIONES.....	388
<b>TABLA 331.</b> TABLA 2x2 PARA PRUEBA DE ASOCIACIÓN CHI-CUADRADA POSITIVA PARA LAS VARIABLES DIAGNÓSTICO DE TRASTORNO DE INESTABILIDAD EMOCIONAL DE LA PERSONALIDAD TIPO IMPULSIVO E INICIO DE TRATAMIENTO PSICOFARMACOLÓGICO CON UN ANTIPSICÓTICO EN USUARIOS A ESTANCIA RESIDENCIAL EN EL CENTRO ESTATAL PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS ADICCIONES.....	389
<b>TABLA 332.</b> TABLA 2x2 PARA PRUEBA DE ASOCIACIÓN CHI-CUADRADA POSITIVA PARA LAS VARIABLES DIAGNÓSTICO DE TRASTORNO DE INESTABILIDAD EMOCIONAL DE LA PERSONALIDAD TIPO IMPULSIVO E INICIO DE TRATAMIENTO PSICOFARMACOLÓGICO CON UN ANTICONVULSIVO EN USUARIOS A ESTANCIA RESIDENCIAL EN EL CENTRO ESTATAL PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS ADICCIONES.....	390
<b>TABLA 333.</b> TABLA 2x2 PARA PRUEBA DE ASOCIACIÓN CHI-CUADRADA POSITIVA PARA LAS VARIABLES DIAGNÓSTICO DE TRASTORNO DE INESTABILIDAD EMOCIONAL DE LA PERSONALIDAD TIPO IMPULSIVO Y DIAGNÓSTICO DE COHESIÓN FAMILIAR RÍGIDA POR MEDIO DEL FACES III EN USUARIOS A ESTANCIA RESIDENCIAL EN EL CENTRO ESTATAL PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS ADICCIONES.....	391

<b>TABLA 334.</b> TABLA 2x2 PARA PRUEBA DE ASOCIACIÓN CHI-CUADRADA POSITIVA PARA LAS VARIABLES DIAGNÓSTICO DE TRASTORNO DE INESTABILIDAD EMOCIONAL DE LA PERSONALIDAD TIPO IMPULSIVO Y DIAGNÓSTICO DE PATOLOGÍA DUAL EN USUARIOS A ESTANCIA RESIDENCIAL EN EL CENTRO ESTATAL PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS ADICCIONES. ....	392
<b>TABLA 335.</b> TABLA 2x2 PARA PRUEBA DE ASOCIACIÓN CHI-CUADRADA POSITIVA PARA LAS VARIABLES DIAGNÓSTICO DE TRASTORNO DE INESTABILIDAD EMOCIONAL DE LA PERSONALIDAD TIPO LÍMITE Y GÉNERO FEMENINO EN USUARIOS A ESTANCIA RESIDENCIAL EN EL CENTRO ESTATAL PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS ADICCIONES. ....	393
<b>TABLA 336.</b> TABLA 2x2 PARA PRUEBA DE ASOCIACIÓN CHI-CUADRADA POSITIVA PARA LAS VARIABLES DIAGNÓSTICO DE TRASTORNO DE INESTABILIDAD EMOCIONAL DE LA PERSONALIDAD TIPO LÍMITE Y ANTECEDENTE DE INTENTO SUICIDA EN USUARIOS A ESTANCIA RESIDENCIAL EN EL CENTRO ESTATAL PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS ADICCIONES. ....	394
<b>TABLA 337.</b> TABLA 2x2 PARA PRUEBA DE ASOCIACIÓN CHI-CUADRADA POSITIVA PARA LAS VARIABLES DIAGNÓSTICO DE TRASTORNO DE INESTABILIDAD EMOCIONAL DE LA PERSONALIDAD TIPO LÍMITE Y ANTECEDENTE DE MALTRATO INFANTIL DE TIPO FÍSICO EN USUARIOS A ESTANCIA RESIDENCIAL EN EL CENTRO ESTATAL PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS ADICCIONES. ....	394
<b>TABLA 338.</b> TABLA 2x2 PARA PRUEBA DE ASOCIACIÓN CHI-CUADRADA POSITIVA PARA LAS VARIABLES DIAGNÓSTICO DE TRASTORNO DE INESTABILIDAD EMOCIONAL DE LA PERSONALIDAD TIPO LÍMITE Y ANTECEDENTE DE MALTRATO INFANTIL DE TIPO EMOCIONAL EN USUARIOS A ESTANCIA RESIDENCIAL EN EL CENTRO ESTATAL PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS ADICCIONES. ....	395
<b>TABLA 339.</b> TABLA 2x2 PARA PRUEBA DE ASOCIACIÓN CHI-CUADRADA POSITIVA PARA LAS VARIABLES DIAGNÓSTICO DE TRASTORNO DE INESTABILIDAD EMOCIONAL DE LA PERSONALIDAD TIPO LÍMITE Y ANTECEDENTE DE SEPARACIÓN MATERNA EN USUARIOS A ESTANCIA RESIDENCIAL EN EL CENTRO ESTATAL PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS ADICCIONES. ....	396
<b>TABLA 340.</b> TABLA 2x2 PARA PRUEBA DE ASOCIACIÓN CHI-CUADRADA POSITIVA PARA LAS VARIABLES DIAGNÓSTICO DE TRASTORNO DE INESTABILIDAD EMOCIONAL DE LA PERSONALIDAD TIPO LÍMITE Y ANTECEDENTE DE SEPARACIÓN PATERNA EN USUARIOS A ESTANCIA RESIDENCIAL EN EL CENTRO ESTATAL PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS ADICCIONES. ....	397
<b>TABLA 341.</b> TABLA 2x2 PARA PRUEBA DE ASOCIACIÓN CHI-CUADRADA POSITIVA PARA LAS VARIABLES DIAGNÓSTICO DE TRASTORNO DE INESTABILIDAD EMOCIONAL DE LA PERSONALIDAD TIPO LÍMITE Y DIAGNÓSTICO DE TRES TRASTORNOS PSIQUIÁTRICOS SIMULTÁNEOS POR MEDIO DE LA MINI EN USUARIOS A ESTANCIA RESIDENCIAL EN EL CENTRO ESTATAL PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS ADICCIONES. ....	398
<b>TABLA 342.</b> TABLA 2x2 PARA PRUEBA DE ASOCIACIÓN CHI-CUADRADA POSITIVA PARA LAS VARIABLES DIAGNÓSTICO DE TRASTORNO DE INESTABILIDAD EMOCIONAL DE LA PERSONALIDAD TIPO LÍMITE Y DIAGNÓSTICO DE TRASTORNO DE LA PERSONALIDAD ESQUIZOTÍPICO EN USUARIOS A ESTANCIA RESIDENCIAL EN EL CENTRO ESTATAL PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS ADICCIONES. ....	399
<b>TABLA 343.</b> TABLA 2x2 PARA PRUEBA DE ASOCIACIÓN CHI-CUADRADA POSITIVA PARA LAS VARIABLES DIAGNÓSTICO DE TRASTORNO DE INESTABILIDAD EMOCIONAL DE LA PERSONALIDAD TIPO LÍMITE Y DIAGNÓSTICO DE CUALQUIER TRASTORNO DE LA PERSONALIDAD DEL GRUPO B EN USUARIOS A ESTANCIA RESIDENCIAL EN EL CENTRO ESTATAL PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS ADICCIONES. ....	400
<b>TABLA 344.</b> TABLA 2x2 PARA PRUEBA DE ASOCIACIÓN CHI-CUADRADA POSITIVA PARA LAS VARIABLES DIAGNÓSTICO DE TRASTORNO DE INESTABILIDAD EMOCIONAL DE LA PERSONALIDAD TIPO LÍMITE Y DIAGNÓSTICO DE TRASTORNO ANSIOSO DE PERSONALIDAD EN USUARIOS A ESTANCIA RESIDENCIAL EN EL CENTRO ESTATAL PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS ADICCIONES. ....	401
<b>TABLA 345.</b> TABLA 2x2 PARA PRUEBA DE ASOCIACIÓN CHI-CUADRADA POSITIVA PARA LAS VARIABLES DIAGNÓSTICO DE TRASTORNO DE INESTABILIDAD EMOCIONAL DE LA PERSONALIDAD TIPO LÍMITE E INICIO DE TRATAMIENTO PSICOFARMACOLÓGICO AL INGRESO DE USUARIOS A ESTANCIA RESIDENCIAL EN EL CENTRO ESTATAL PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS ADICCIONES. ....	402
<b>TABLA 346.</b> TABLA 2x2 PARA PRUEBA DE ASOCIACIÓN CHI-CUADRADA POSITIVA PARA LAS VARIABLES DIAGNÓSTICO DE TRASTORNO DE INESTABILIDAD EMOCIONAL DE LA PERSONALIDAD TIPO LÍMITE E INICIO DE TRATAMIENTO PSICOFARMACOLÓGICO CON UN ANTIDEPRESIVO AL INGRESO DE USUARIOS A ESTANCIA RESIDENCIAL EN EL CENTRO ESTATAL PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS ADICCIONES. ....	403
<b>TABLA 347.</b> TABLA 2x2 PARA PRUEBA DE ASOCIACIÓN CHI-CUADRADA POSITIVA PARA LAS VARIABLES DIAGNÓSTICO DE TRASTORNO DE INESTABILIDAD EMOCIONAL DE LA PERSONALIDAD TIPO LÍMITE E INICIO DE TRATAMIENTO PSICOFARMACOLÓGICO CON UN ANTIPSCÓTICO AL INGRESO DE USUARIOS A ESTANCIA RESIDENCIAL EN EL CENTRO ESTATAL PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS ADICCIONES. ....	404
<b>TABLA 348.</b> TABLA 2x2 PARA PRUEBA DE ASOCIACIÓN CHI-CUADRADA POSITIVA PARA LAS VARIABLES DIAGNÓSTICO DE TRASTORNO DE INESTABILIDAD EMOCIONAL DE LA PERSONALIDAD TIPO LÍMITE Y DIAGNÓSTICO DE COHESIÓN FAMILIAR NO RELACIONADA POR MEDIO DEL FACES III AL INGRESO DE USUARIOS A ESTANCIA RESIDENCIAL EN EL CENTRO ESTATAL PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS ADICCIONES. ....	405
<b>TABLA 349.</b> TABLA 2x2 PARA PRUEBA DE ASOCIACIÓN CHI-CUADRADA POSITIVA PARA LAS VARIABLES DIAGNÓSTICO DE TRASTORNO DE INESTABILIDAD EMOCIONAL DE LA PERSONALIDAD TIPO LÍMITE Y DIAGNÓSTICO DE FAMILIA DISFUNCIONAL POR MEDIO DEL APGAR FAMILIAR AL INGRESO DE USUARIOS A ESTANCIA RESIDENCIAL EN EL CENTRO ESTATAL PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS ADICCIONES. ....	406
<b>TABLA 350.</b> TABLA 2x2 PARA PRUEBA DE ASOCIACIÓN CHI-CUADRADA POSITIVA PARA LAS VARIABLES DIAGNÓSTICO DE TRASTORNO DE INESTABILIDAD EMOCIONAL DE LA PERSONALIDAD TIPO LÍMITE Y DIAGNÓSTICO DE FAMILIA DISFUNCIONAL POR MEDIO DEL	

APGAR FAMILIAR AL INGRESO DE USUARIOS A ESTANCIA RESIDENCIAL EN EL CENTRO ESTATAL PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS ADICCIONES. ....	407
<b>TABLA 351.</b> CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS: ESCOLARIDAD DE USUARIOS CON DEPENDENCIA ALCOHOL EN ESTANCIA RESIDENCIAL EN EL CENTRO ESTATAL PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS ADICCIONES. ....	469
<b>TABLA 352.</b> CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS: ACTIVIDAD LABORAL EN USUARIOS CON DEPENDENCIA ALCOHOL EN USUARIOS EN ESTANCIA RESIDENCIAL EN EL CENTRO ESTATAL PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL PARA LAS ADICCIONES. ....	470
<b>TABLA 353.</b> CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS: ESCOLARIDAD EN USUARIOS CON DEPENDENCIA A CANNABIS EN ESTANCIA RESIDENCIAL EN EL CENTRO ESTATAL PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL PARA LAS ADICCIONES. ....	489
<b>TABLA 354.</b> CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS: ACTIVIDAD LABORAL EN USUARIOS CON DEPENDENCIA A CANNABIS EN USUARIOS EN ESTANCIA RESIDENCIAL EN EL CENTRO ESTATAL PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL PARA LAS ADICCIONES. ....	491
<b>TABLA 355.</b> CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS: ESCOLARIDAD EN USUARIOS CON DEPENDENCIA A COCAÍNA EN ESTANCIA RESIDENCIAL EN EL CENTRO ESTATAL PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL PARA LAS ADICCIONES. ....	513
<b>TABLA 356.</b> CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS: USUARIOS CON DEPENDENCIA A COCAÍNA EN ESTANCIA RESIDENCIAL EN EL CENTRO ESTATAL PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL PARA LAS ADICCIONES. ....	514
<b>TABLA 357.</b> CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS: ESCOLARIDAD DE USUARIOS CON DEPENDENCIA A SOLVENTES EN ESTANCIA RESIDENCIAL EN EL CENTRO ESTATAL PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL PARA LAS ADICCIONES. ....	527
<b>TABLA 358.</b> CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS: ACTIVIDAD LABORAL EN USUARIOS CON DEPENDENCIA A SOLVENTES VOLÁTILES EN ESTANCIA RESIDENCIAL EN EL CENTRO ESTATAL PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL PARA LAS ADICCIONES. ....	528
<b>TABLA 359.</b> CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS: ESCOLARIDAD EN USUARIOS CON DEPENDENCIA A ESTIMULANTES EN ESTANCIA RESIDENCIAL EN EL CENTRO ESTATAL PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL PARA LAS ADICCIONES. ....	542
<b>TABLA 360.</b> CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS: ACTIVIDAD LABORAL EN USUARIOS CON DEPENDENCIA A ESTIMULANTES EN ESTANCIA RESIDENCIAL EN EL CENTRO ESTATAL PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS ADICCIONES. ....	542
<b>TABLA 361.</b> CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS: ESCOLARIDAD EN USUARIOS CON DEPENDENCIA A BENZODIACEPINAS EN ESTANCIA RESIDENCIAL EN EL CENTRO ESTATAL PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL PARA LAS ADICCIONES. ....	554
<b>TABLA 362.</b> CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS: ACTIVIDAD LABORAL EN USUARIOS CON DEPENDENCIA A BENZODIACEPINAS EN ESTANCIA RESIDENCIAL EN EL CENTRO ESTATAL PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL PARA LAS ADICCIONES. ....	555
<b>TABLA 363.</b> CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS: ESCOLARIDAD EN USUARIOS CON EL DIAGNÓSTICO DE CUALQUIER TRASTORNO DE LA CONDUCTA EN ESTANCIA RESIDENCIAL EN EL CENTRO ESTATAL PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL PARA LAS ADICCIONES. ....	563
<b>TABLA 364.</b> CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS: ACTIVIDAD LABORAL EN USUARIOS EN ESTANCIA RESIDENCIAL EN EL CENTRO ESTATAL PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL PARA LAS ADICCIONES. ....	566
<b>TABLA 365.</b> CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS: ESCOLARIDAD EN USUARIOS CON EL DIAGNÓSTICO DE TRASTORNO DE LA PERSONALIDAD EN ESTANCIA RESIDENCIAL EN EL CENTRO DE ATENCIÓN INTEGRAL PARA LAS ADICCIONES. ....	594
<b>TABLA 366.</b> CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS: ACTIVIDAD LABORAL CON EL DIAGNÓSTICO DE TRASTORNO DE LA PERSONALIDAD EN ESTANCIA RESIDENCIAL EN EL CENTRO ESTATAL PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS ADICCIONES. ....	595
<b>TABLA 367.</b> COMPARATIVA ENTRE TRES DIFERENTES ESTUDIOS TRANSVERSALES SOBRE LA PREVALENCIA DE TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD EN USUARIOS CON DEPENDENCIA A UNA O MÁS SUSTANCIAS (FERNÁNDEZ – MONTALVO: INVENTARIO DE PERSONALIDAD DE MILLON; PAOLA CASADIO: EXAMEN INTERNACIONAL PARA LOS TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD Y GÓMEZ BENUMEA: CUESTIONARIO PARA LOS TRASTORNOS DE PERSONALIDAD DE SALAMANCA). ....	598
<b>TABLA 368.</b> PATRÓN DE CONSUMO DE ALCOHOL EN USUARIOS CON EL DIAGNÓSTICO UNO O MÁS TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD EN ESTANCIA RESIDENCIAL EN EL CENTRO ESTATAL PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS ADICCIONES. ....	603
<b>TABLA 369.</b> ABSTINENCIA, DESEO DE CONSUMO Y SÍNTOMAS DE ABSTINENCIA EN USUARIOS CON EL DIAGNÓSTICO DE UNO O MÁS TRASTORNO DE LAS PERSONALIDAD EN ESTANCIA RESIDENCIAL EN EL CENTRO ESTATAL PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL A LAS ADICCIONES. ....	604
<b>TABLA 370.</b> COMPARATIVO ENTRE PREVALENCIA DE CONSUMO DE CANNABIS EN USUARIOS CON EL DIAGNÓSTICO DE UNO O MÁS TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD (ARIAS: INVENTARIO DE LA PERSONALIDAD DE MILLON, GÓMEZ: CUESTIONARIO PARA LOS TRASTORNOS DE PERSONALIDAD DE SALAMANCA). ....	605
<b>TABLA 371.</b> PREVALENCIA DE CONSUMO DE CANNABIS EN MENORES DE 18 AÑOS DE EDAD QUE CURSABAN CON EL DIAGNÓSTICO DE UNO O MÁS TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD EN ESTANCIA RESIDENCIAL EN EL CENTRO ESTATAL PARA LA ATENCIÓN A LAS ADICCIONES. ....	607
<b>TABLA 372.</b> PATRÓN DE CONSUMO DE CANNABIS EN USUARIOS CON EL DIAGNÓSTICO DE UNO O MÁS TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD EN ESTANCIA RESIDENCIAL EN EL CENTRO ESTATAL PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS ADICCIONES. ....	608
<b>TABLA 373.</b> PATRÓN DE CONSUMO EN CANNABIS USUARIOS CON EL DIAGNÓSTICO DE UNO O MÁS TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD EN ESTANCIA RESIDENCIAL EN EL CENTRO ESTATAL PARA LA ATENCIÓN A LAS ADICCIONES. ....	610
<b>TABLA 374.</b> COMPARATIVO SOBRE LA PREVALENCIA DE TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD EN USUARIOS CON DEPENDENCIA A COCAÍNA (ARIAS F: INVENTARIO DE LA PERSONALIDAD DE MILLON Y GÓMEZ B: CUESTIONARIO DE LOS TRASTORNOS DE PERSONALIDAD DE SALAMANCA). ....	612
<b>TABLA 375.</b> USUARIOS CON EL DIAGNÓSTICO DE UN TRASTORNO DE LA PERSONALIDAD QUE INICIO SU CONSUMO ANTES DE LOS 18 AÑOS DE EDAD EN ESTANCIA RESIDENCIAL EN EL CENTRO ESTATAL PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS ADICCIONES. ....	614

<b>TABLA 376.</b> PATRÓN DE CONSUMO DE COCAÍNA EN USUARIOS CON EL DIAGNÓSTICO DE UN TRASTORNO DE LA PERSONALIDAD EN ESTANCIA RESIDENCIAL EN EL CENTRO ESTATAL PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL PARA LAS ADICCIONES. ....	616
<b>TABLA 377.</b> PATRÓN DE CONSUMO DE COCAÍNA EN USUARIOS CON EL DIAGNÓSTICO DE TRASTORNO DE LA PERSONALIDAD EN ESTANCIA RESIDENCIAL EN EL CENTRO ESTATAL PARA LAS ADICCIONES. ....	617
<b>TABLA 378.</b> PREVALENCIA DE CONSUMO DE SOLVENTES VOLÁTILES EN USUARIOS CON EL DIAGNÓSTICO DE TRASTORNO DE LA PERSONALIDAD EN ESTANCIA RESIDENCIAL EN EL CENTRO ESTATAL PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL A LAS ADICCIONES. ....	618
<b>TABLA 379.</b> USUARIOS CON EL DIAGNÓSTICO DE TRASTORNO DE LA PERSONALIDAD E INICIO DE CONSUMO DE SOLVENTES VOLÁTILES ANTES DE LOS 18 AÑOS DE EDAD EN ESTANCIA RESIDENCIAL EN EL CENTRO ESTATAL PARA LA ATENCIÓN A LAS ADICCIONES. ....	619
<b>TABLA 380.</b> PATRÓN DE CONSUMO DE SOLVENTES VOLÁTILES EN USUARIOS CON UN DIAGNÓSTICO DE TRASTORNO DE LA PERSONALIDAD EN ESTANCIA RESIDENCIAL EN EL CENTRO ESTATAL PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL PARA LAS ADICCIONES. ....	620
<b>TABLA 381.</b> PATRÓN DE CONSUMO DE SOLVENTES VOLÁTILES EN USUARIOS CON EL DIAGNÓSTICO DE TRASTORNO DE LA PERSONALIDAD EN ESTANCIA RESIDENCIAL EN EL CENTRO ESTATAL PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL PARA LAS ADICCIONES. ....	621
<b>TABLA 382.</b> PREVALENCIA DE CONSUMO DE ESTIMULANTES EN USUARIOS CON EL DIAGNÓSTICO DE TRASTORNO DE LA PERSONALIDAD EN ESTANCIA RESIDENCIAL EN EL CENTRO ESTATAL PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL PARA LAS ADICCIONES. ....	622
<b>TABLA 383.</b> USUARIOS CON EL DIAGNÓSTICO DE TRASTORNO DE LA PERSONALIDAD EN ESTANCIA RESIDENCIAL EN EL CENTRO ESTATAL PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL PARA LAS ADICCIONES QUE INICIARON SU CONSUMO DE ESTIMULANTES ANTES DE LOS 18 AÑOS DE EDAD. ....	623
<b>TABLA 384.</b> PATRÓN DE CONSUMO DE ESTIMULANTES EN USUARIOS CON EL DIAGNÓSTICO DE UN TRASTORNO DE LA PERSONALIDAD EN ESTANCIA RESIDENCIAL EN EL CENTRO ESTATAL PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL PARA LAS ADICCIONES. ....	625
<b>TABLA 385.</b> PATRÓN DE CONSUMO DE ESTIMULANTES EN USUARIOS CON EL DIAGNÓSTICO DE TRASTORNO DE LA PERSONALIDAD EN ESTANCIA RESIDENCIAL EN EL CENTRO ESTATAL PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL PARA LAS ADICCIONES. ....	626
<b>TABLA 386.</b> ANTECEDENTE DE ATENCIÓN EN SALUD MENTAL EN USUARIOS CON UN DIAGNÓSTICO DE TRASTORNO DE LA PERSONALIDAD EN ESTANCIA RESIDENCIAL EN EL CENTRO ESTATAL PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL PARA LAS ADICCIONES. ....	627
<b>TABLA 387.</b> ANTECEDENTES DE SALUD MENTAL EN USUARIOS CON EL DIAGNÓSTICO DE TRASTORNO DE LA PERSONALIDAD EN ESTANCIA RESIDENCIAL EN EL CENTRO ESTATAL PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL PARA LAS ADICCIONES. ....	628
<b>TABLA 388.</b> ANTECEDENTES DE ATENCIÓN EN SALUD MENTAL EN USUARIOS CON EL DIAGNÓSTICO DE UN TRASTORNO DE LA PERSONALIDAD DEL GRUPO C EN ESTANCIA RESIDENCIAL EN EL CENTRO ESTATAL PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS ADICCIONES. ....	630
<b>TABLA 389.</b> ANTECEDENTE DE INTENTO SUICIDA EN USUARIOS CON EL DIAGNÓSTICO DE UN TRASTORNO DE LA PERSONALIDAD EN ESTANCIA RESIDENCIAL EN EL CENTRO ESTATAL PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL PARA LAS ADICCIONES. ....	631
<b>TABLA 390.</b> ANTECEDENTES DE MALTRATO INFANTIL EN USUARIOS CON EL DIAGNÓSTICO DE TRASTORNO DE LA PERSONALIDAD EN ESTANCIA RESIDENCIAL EN EL CENTRO DE ESTATAL PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS ADICCIONES. ....	634
<b>TABLA 391.</b> ANTECEDENTES DE MALTRATO INFANTIL EN USUARIOS CON EL DIAGNÓSTICO DE TRASTORNO DE LA PERSONALIDAD EN ESTANCIA RESIDENCIAL EN EL CENTRO ESTATAL PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL PARA LAS ADICCIONES. ....	635
<b>TABLA 392.</b> ANTECEDENTES DE MALTRATO INFANTIL EN USUARIOS CON EL DIAGNÓSTICO DE TRASTORNO DE LA PERSONALIDAD DEL GRUPO C EN ESTANCIA RESIDENCIAL EN EL CENTRO ESTATAL PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS ADICCIONES. ....	638
<b>TABLA 393.</b> USUARIOS CON EL DIAGNÓSTICO DE UN TRASTORNO DE LA PERSONALIDAD Y UN DIAGNÓSTICO COMORBIDO DE TRASTORNO DE ESTADO DE ÁNIMO EN ESTANCIA RESIDENCIAL EN EL CENTRO ESTATAL PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS ADICCIONES. ....	641
<b>TABLA 394.</b> TRASTORNOS DEL ESTADO DE ÁNIMO EN USUARIOS EN ESTANCIA RESIDENCIAL CON UN TRASTORNO DE LA PERSONALIDAD DEL GRUPO B EN EL CENTRO DE ATENCIÓN INTEGRAL PARA LAS ADICCIONES. ....	645
<b>TABLA 395.</b> TRASTORNOS DEL ESTADO DE ÁNIMO EN USUARIOS CON EL DIAGNÓSTICO DE UN TRASTORNO DE LA PERSONALIDAD DEL GRUPO C EN ESTANCIA RESIDENCIAL EN EL CENTRO ESTATAL PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL PARA LAS ADICCIONES. ....	647
<b>TABLA 396.</b> TRASTORNOS POR ANSIEDAD EN USUARIOS CON EL DIAGNÓSTICO DE UN TRASTORNO DE LA PERSONALIDAD DEL GRUPO C EN ESTANCIA RESIDENCIAL EN EL CENTRO ESTATAL PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL PARA LAS ADICCIONES. ....	649
<b>TABLA 397.</b> TRASTORNOS POR ANSIEDAD EN USUARIOS CON EL DIAGNÓSTICO DE UN TRASTORNO DE LA PERSONALIDAD DEL GRUPO B EN ESTANCIA RESIDENCIAL EN EL CENTRO ESTATAL PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL PARA LAS ADICCIONES. ....	650
<b>TABLA 398.</b> TRASTORNOS DE ANSIEDAD EN USUARIOS CON EL DIAGNÓSTICO DE TRASTORNO DE LA PERSONALIDAD DEL GRUPO C EN ESTANCIA RESIDENCIAL EN EL CENTRO ESTATAL PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL PARA LAS ADICCIONES. ....	651
<b>TABLA 399.</b> DINÁMICA Y FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN USUARIOS CON EL DIAGNÓSTICO DE TRASTORNO DE LA PERSONALIDAD DEL GRUPO A EN ESTANCIA RESIDENCIAL EN EL CENTRO ESTATAL PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL PARA LAS ADICCIONES. ....	653
<b>TABLA 400.</b> DINÁMICA Y FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN USUARIOS CON EL DIAGNÓSTICO DE UN TRASTORNO DE LA PERSONALIDAD DEL GRUPO B EN ESTANCIA RESIDENCIAL EN EL CENTRO ESTATAL PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL PARA LAS ADICCIONES. ....	654
<b>TABLA 401.</b> DINÁMICA FAMILIAR Y FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN USUARIOS CON EL DIAGNÓSTICO DE TRASTORNO DE LA PERSONALIDAD DEL GRUPO B EN ESTANCIA RESIDENCIAL EN EL CENTRO ESTATAL PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL PARA LAS ADICCIONES. ....	655
<b>TABLA 402.</b> DINÁMICA Y FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN USUARIOS CON EL DIAGNÓSTICO DE UN TRASTORNO DE LA PERSONALIDAD DEL GRUPO C EN ESTANCIA RESIDENCIAL EN EL CENTRO ESTATAL PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL PARA LAS ADICCIONES. ....	656

<b>TABLA 403.</b> TRATAMIENTO PSICOFARMACOLÓGICO EN USUARIOS CON EL DIAGNÓSTICO DE UN TRASTORNO DE LA PERSONALIDAD DEL GRUPO A EN ESTANCIA RESIDENCIAL EN EL CENTRO ESTATAL PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL PARA LAS ADICCIONES. ....	657
<b>TABLA 404.</b> TRATAMIENTO PSICOFARMACOLÓGICO EN USUARIOS CON EL DIAGNÓSTICO DE TRASTORNO DE LA PERSONALIDAD DEL GRUPO B EN ESTANCIA RESIDENCIAL EN EL CENTRO ESTATAL PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL PARA LAS ADICCIONES. ....	658
<b>TABLA 405.</b> TRATAMIENTO PSICOFARMACOLÓGICO EN USUARIOS CON EL DIAGNÓSTICO DE UN TRASTORNO DE LA PERSONALIDAD DEL GRUPO C EN ESTANCIA RESIDENCIAL EN EL CENTRO ESTATAL PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL PARA LAS ADICCIONES. ....	661

- Índice de figuras.

<b>FIGURA 1.</b> EDAD EN AÑOS CUMPLIDOS DE USUARIOS EN ESTANCIA RESIDENCIAL EN EL CENTRO ESTATAL PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS ADICCIONES .....	68
<b>FIGURA 2.</b> TIPOS DE ANTECEDENTES PENALES EN USUARIOS RESIDENCIALES EN EL CENTRO ESTATAL PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS ADICCIONES .....	70
<b>FIGURA 3.</b> ANTECEDENTE ESTANCIA EN CENTRO DE RESIDENCIAL DE AYUDA MUTUA PARA LA ATENCIÓN A LAS ADICCIONES: TOTAL DE INTERNAMIENTOS Y TIEMPO DE ESTANCIA PROMEDIO DE USUARIOS RESIDENCIALES EN CENTRO ESTATAL PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS ADICCIONES. ....	71
<b>FIGURA 4.</b> PREVALENCIA DE CONSUMO DE TABACO EN USUARIOS RESIDENCIALES EN EL CENTRO ESTATAL PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS ADICCIONES. ....	72
<b>FIGURA 5.</b> PREVALENCIA DE DEPENDENCIA AL ALCOHOL EN USUARIOS RESIDENCIALES EN EL CENTRO ESTATAL PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS ADICCIONES. ....	73
<b>FIGURA 6.</b> PREVALENCIA DE DEPENDENCIA A CANNABIS DE USUARIOS RESIDENCIALES EN EL CENTRO ESTATAL PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS ADICCIONES. ....	75
<b>FIGURA 7.</b> PREVALENCIA DE DEPENDENCIA A SOLVENTES EN USUARIOS RESIDENCIALES EN EL CENTRO ESTATAL PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS ADICCIONES. ....	78
<b>FIGURA 8.</b> PREVALENCIA DE DEPENDENCIA A COCAÍNA EN USUARIOS RESIDENCIALES EN EL CENTRO ESTATAL PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS ADICCIONES. ....	80
<b>FIGURA 9.</b> PREVALENCIA DE DEPENDENCIA A ESTIMULANTES EN USUARIOS RESIDENCIALES EN EL CENTRO ESTATAL PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS ADICCIONES. ....	83
<b>FIGURA 10.</b> PREVALENCIA DE DEPENDENCIA A BENZODIACEPINAS EN USUARIOS RESIDENCIALES EN EL CENTRO ESTATAL PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS ADICCIONES. ....	85
<b>FIGURA 11.</b> PREVALENCIA POLICONSUMO EN USUARIOS RESIDENCIALES EN EL CENTRO ESTATAL PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS ADICCIONES. ....	87
<b>FIGURA 12.</b> NÚMERO DE SUSTANCIAS CONSUMIDAS SIMULTÁNEAMENTE EN LOS USUARIOS RESIDENCIALES EN EL CENTRO ESTATAL PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS ADICCIONES. ....	88
<b>FIGURA 13.</b> ANTECEDENTES DE ATENCIÓN PSICOLÓGICA USUARIO RESIDENCIAL PREVIO A SU INGRESO EL CENTRO ESTATAL PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS ADICCIONES. ....	89
<b>FIGURA 14.</b> ANTECEDENTES DE ATENCIÓN PSIQUIÁTRICA EN USUARIO RESIDENCIAL PREVIO A SU INGRESO EL CENTRO ESTATAL PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS ADICCIONES. ....	89
<b>FIGURA 15.</b> ANTECEDENTES DE TRATAMIENTO PSICOFARMACOLÓGICO EN USUARIO RESIDENCIAL PREVIO A SU INGRESO EL CENTRO ESTATAL PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS ADICCIONES. ....	90
<b>FIGURA 16.</b> ANTECEDENTES DE INTENTO SUICIDA Y MÉTODO EMPLEADO EN USUARIO RESIDENCIAL PREVIO A SU INGRESO EL CENTRO ESTATAL PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS ADICCIONES. ....	91
<b>FIGURA 17.</b> ANTECEDENTES DE INTENTO SUICIDA Y MÉTODO EMPLEADO EN USUARIO RESIDENCIAL PREVIO A SU INGRESO EL CENTRO ESTATAL PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS ADICCIONES. ....	91
<b>FIGURA 18.</b> ANTECEDENTES Y TIPO DE MALTRATO DURANTE LA INFANCIA EN USUARIO RESIDENCIAL PREVIO A SU INGRESO EL CENTRO ESTATAL PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS ADICCIONES. ....	92
<b>FIGURA 19.</b> PREVALENCIA DE DIAGNÓSTICOS PSIQUIÁTRICOS EN USUARIOS RESIDENCIALES A SU INGRESO Y PREVALENCIA POSTERIOR A APLICACIÓN DE LA ENTREVISTA INTERNACIONAL NEUROPSIQUIÁTRICA (MINI) EN EL CEAIA. ....	93
<b>FIGURA 20.</b> PREVALENCIA DE TRASTORNOS DEL ESTADO DE ÁNIMO EN USUARIOS RESIDENCIALES A SU INGRESO POSTERIOR A APLICACIÓN DE LA ENTREVISTA INTERNACIONAL NEUROPSIQUIÁTRICA (MINI) EN EL CENTRO ESTATAL PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS ADICCIONES. ....	94
<b>FIGURA 21.</b> PREVALENCIA DE TRASTORNOS DE LA CONDUCTA EN USUARIOS RESIDENCIALES A SU INGRESO POSTERIOR A APLICACIÓN DE LA ENTREVISTA INTERNACIONAL NEUROPSIQUIÁTRICA (MINI) EN EL CENTRO ESTATAL PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS ADICCIONES. ....	95

<b>FIGURA 22.</b> PREVALENCIA DE TRASTORNOS DE LA CONDUCTA EN USUARIOS RESIDENCIALES A SU INGRESO POSTERIOR A APLICACIÓN DE LA ENTREVISTA INTERNACIONAL NEUROPSIQUIÁTRICA (MINI) EN EL CENTRO ESTATAL PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS ADICCIONES.....	97
<b>FIGURA 23.</b> DIAGNÓSTICOS DE TRASTORNOS PSIQUIÁTRICOS SIMULTÁNEOS REALIZADOS A SU INGRESO CON LA ENTREVISTA NEUROPSIQUIÁTRICA INTERNACIONAL (MINI) EN USUARIOS RESIDENCIALES EN EL CENTRO ESTATAL PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS ADICCIONES.....	99
<b>FIGURA 24.</b> PREVALENCIA GLOBAL Y DE LOS DIFERENTES GRUPOS DE TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD EVALUADOS CON EL CUESTIONARIO DE SALAMANCA PARA TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD EN USUARIOS RESIDENCIALES EN EL CENTRO ESTATAL PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS ADICCIONES.....	100
<b>FIGURA 25.</b> PREVALENCIA DE LOS TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD DEL GRUPO A EVALUADOS CON EL CUESTIONARIO DE SALAMANCA PARA TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD EN USUARIOS RESIDENCIALES EN EL CENTRO ESTATAL PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS ADICCIONES.....	101
<b>FIGURA 26.</b> PREVALENCIA DE LOS TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD DEL GRUPO B EVALUADOS CON EL CUESTIONARIO DE SALAMANCA PARA TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD EN USUARIOS RESIDENCIALES EN EL CENTRO ESTATAL PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS ADICCIONES.....	102
<b>FIGURA 27.</b> PREVALENCIA DE LOS TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD DEL GRUPO C EVALUADOS CON EL CUESTIONARIO DE SALAMANCA PARA TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD EN USUARIOS RESIDENCIALES EN EL CENTRO ESTATAL PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS ADICCIONES.....	102
<b>FIGURA 28.</b> PREVALENCIA PATOLOGÍA DUAL EN USUARIOS RESIDENCIALES EN EL CENTRO ESTATAL PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS ADICCIONES.....	103
<b>FIGURA 29.</b> ESTRUCTURA FAMILIAR DE USUARIOS RESIDENCIALES EN EL CENTRO ESTATAL PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS ADICCIONES.....	108
<b>FIGURA 30.</b> FUNCIONALIDAD FAMILIAR EVALUADA POR MEDIO DE APGAR EN FAMILIARES DE PRIMER GRADO DE USUARIOS RESIDENCIALES EN EL CENTRO ESTATAL PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS ADICCIONES.....	109
<b>FIGURA 31.</b> COHESIÓN FAMILIAR EVALUADA POR MEDIO DEL FACES III EN FAMILIARES DE PRIMER GRADO DE USUARIOS RESIDENCIALES EN EL CENTRO ESTATAL PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS ADICCIONES.....	110
<b>FIGURA 32.</b> ADAPTABILIDAD FAMILIAR EVALUADA POR MEDIO DEL FACES III EN FAMILIARES DE PRIMER GRADO DE USUARIOS RESIDENCIALES EN EL CENTRO ESTATAL PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS ADICCIONES.....	110
<b>FIGURA 33.</b> CRISIS FAMILIAR EVALUADA POR MEDIO DE LA ESCALA DE HOLMES EN FAMILIARES DE PRIMER GRADO DE USUARIOS RESIDENCIALES EN EL CENTRO ESTATAL PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS ADICCIONES.....	111
<b>FIGURA 34.</b> PRESCRIPCIÓN DE PSICOFÁRMACOS EN USUARIOS EN ESTANCIA RESIDENCIAL EN EL CENTRO ESTATAL PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS ADICCIONES.....	112
<b>FIGURA 35.</b> EVOLUCIÓN DE TRATAMIENTO RESIDENCIAL EN USUARIOS DEL CENTRO ESTATAL PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS ADICCIONES.....	113
<b>FIGURA 36.</b> ASOCIACIÓN ENTRE DEPENDENCIA ALCOHOL Y OTRAS SUSTANCIAS EN USUARIOS EN ESTANCIA RESIDENCIAL EN EL CENTRO ESTATAL PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS ADICCIONES.....	147
<b>FIGURA 37.</b> USUARIOS CON DEPENDENCIA A CANNABIS Y SU ASOCIACIÓN CON OTRAS SUSTANCIAS DE CONSUMO EN EL CENTRO ESTATAL PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LA ADICCIONES.....	185
<b>FIGURA 38.</b> USUARIOS CON DEPENDENCIA A SOLVENTES VOLÁTILES Y SU ASOCIACIÓN CON LA DEPENDENCIA A OTRAS SUSTANCIAS EN USUARIO EN ESTANCIA RESIDENCIAL EN EL CENTRO ESTATAL PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL PARA LAS ADICCIONES.....	229
<b>FIGURA 39.</b> PRUEBA DE ASOCIACIÓN CHI-CUADRADA POSITIVA ENTRE EDAD COMPRENDIDA ENTRE LOS 13 A 25 AÑOS Y CONSUMO DE SOLVENTES EN USUARIOS EN ESTANCIA RESIDENCIAL EN EL CENTRO ESTATAL PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS ADICCIONES.....	230
<b>FIGURA 40.</b> USUARIOS CON CONSUMO DE COCAÍNA Y SU RELACIÓN CON EL CONSUMO DE OTRAS SUSTANCIAS A SU INGRESO A ESTANCIA RESIDENCIAL EN EL CENTRO ESTATAL PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL A LAS ADICCIONES.....	253
<b>FIGURA 41.</b> USUARIOS CON CONSUMO DE ESTIMULANTES Y SU RELACIÓN CON EL CONSUMO DE OTRAS SUSTANCIAS A SU INGRESO A ESTANCIA RESIDENCIAL EN EL CENTRO ESTATAL PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL A LAS ADICCIONES.....	264
<b>FIGURA 42.</b> USUARIOS CON CONSUMO DE BENZODIACEPINAS Y SU RELACIÓN CON EL CONSUMO DE OTRAS SUSTANCIAS A SU INGRESO A ESTANCIA RESIDENCIAL EN EL CENTRO ESTATAL PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL A LAS ADICCIONES.....	276
<b>FIGURA 43.</b> EDAD DE INICIO Y PROGRESIÓN DE CONSUMO DE SUSTANCIAS EN USUARIOS EN ESTANCIA RESIDENCIAL EN EL CENTRO ESTATAL PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL PARA LAS ADICCIONES.....	460
<b>FIGURA 44.</b> SUSTANCIA DE IMPACTO Y PRESENCIA DE DEPENDENCIA SIMULTÁNEA A MÁS DE DOS SUSTANCIAS EN USUARIOS EN ESTANCIA RESIDENCIAL EN EL CENTRO ESTATAL PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS ADICCIONES.....	463

## ▪ RESUMEN

La adicción es definida como un conjunto de patrones conductuales desadaptativos que producen una incapacidad para dominar el consumo de una sustancia a pesar de sus consecuencias negativas sobre múltiples áreas de la vida del individuo. Es un fenómeno multifactorial, que incluye las etapas de producción, tráfico, distribución, consumo y secuelas de tipo social, económico y médico derivadas de la dependencia. La teoría de sistemas en familia enfatiza que la adicción a una sustancia es un aprendizaje basado en la copia de los modelos parentales y juega un papel decisivo en el desarrollo de conductas de alto riesgo y la literatura psiquiátrica internacional enfatiza que el desarrollo de trastornos psiquiátricos son precedidos por el antecedente de una historia familiar de maltrato y negligencia infantil.

Estudio de tipo observacional, transversal y analítico cuyo objetivo es estudiar la relación entre la funcionalidad familiar y la presencia de patología dual por medio de la Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional, el cuestionario de Salamanca de personalidad, el APGAR familiar, el FACES III y la Escala de Eventos Críticos de Thomas Holmes en usuarios residenciales en el Centro Estatal para la Atención Integral de las Adicciones en Pachuca de Soto, Hidalgo.

Participaron 200 usuarios en estancia residencial durante el lapso de octubre del 2014 a octubre del 2015, el 88.5% de los usuarios cumplieron con los criterios para patología dual, el 95.5% cumplieron con el diagnóstico para un trastorno de la personalidad con una prevalencia mayor del Grupo B. El 76.5% de los usuarios provenía de una familia disfuncional, el modo de cohesión familiar más común fue la no relacionada en el 44.5% y el modo de adaptabilidad fue el caótico en el 43.8%. El 88% de las familias presentaron crisis familiar en el momento de ingresar a su usuario en estancia residencial. La asociación entre funcionalidad familiar y patología dual fue positiva, confiriendo un riesgo del 4.23 mayor para el desarrollo de patología dual cuando se pertenece una familia disfuncional.

## ▪ PALABRAS CLAVE:

Funcionalidad familiar, crisis familiar, patología dual, trastornos psiquiátricos, trastornos de la personalidad.

▪ **ABSTRACT**

Addiction is defined as a set of maladaptive behavioral patterns that produce an inability to dominate the consumption of a substance despite its negative consequences on multiple areas of the individual's life. It is a multifactorial phenomenon, which includes the stages of production, traffic, distribution, consumption and social, economic and medical consequences derived from dependence. Family systems theory emphasizes that substance addiction is learning based on the copying of parental models and plays a decisive role in the development of high-risk behaviors and the international psychiatric literature emphasizes that the development of psychiatric disorders are preceded by the antecedent of a family history of child maltreatment and neglect.

An observational, cross-sectional and analytical study whose objective is to study the relationship between family function and the presence of dual pathology through the International Neuropsychiatric Interview, the Salamanca personality questionnaire, the family APGAR, the FACES III and the Critical Events of Thomas Holmes in residential users at the State Center for Comprehensive Addiction Care in Pachuca de Soto, Hidalgo.

Participants included 200 users in a residential stay during the period from October 2014 to October 2015, 88.5% of users met the criteria for dual pathology, 95.5% met the diagnosis for a personality disorder with a higher prevalence of Group B. 76.5% of the users came from a dysfunctional family, the most common mode of family cohesion was unrelated in 44.5% and the mode of adaptability was chaotic in 43.8%. 88% of the families presented a family crisis at the moment of entering their user in a residential stay. The association between familial functionality and dual pathology was positive, conferring a 4.23 greater risk for the development of dual pathology when a dysfunctional family is involved.

▪ **KEYWORDS:**

Family function, family crisis, dual pathology, psychiatric disorders, personality disorders.



## ▪ INTRODUCCIÓN

La adicción es definida como un conjunto de patrones conductuales desadaptativos que producen una incapacidad para dominar el consumo de una sustancia a pesar de sus consecuencias negativas sobre múltiples áreas de la vida del individuo (Bierut, 2010), además, es considerada un fenómeno multifactorial, que no sólo incluye el abuso y dependencia, sino que comprende las etapas de producción, tráfico, distribución, consumo y secuelas de tipo social, económico y médico derivadas de la dependencia, asimismo, afecta a todos los grupos de la población y tiene implicaciones importantes en la salud pública de una nación (Medina-Mora, 2013).

Las adicciones representan un problema creciente de salud pública, las drogas ilícitas contribuyen con el 0,8% y el alcohol con el 0,7% de la carga mundial de mortalidad y discapacidad (OMS, 2011) y sólo en Estados Unidos representó un gasto total de 180 mil millones de dólares en 2002 de los cuales 16 billones fueron empleados para la atención médica por el consumo de sustancias, 30 billones para combatir el crimen derivado del tráfico de sustancias y 134 billones de dólares debido a la pérdida de productividad en población económicamente activa (Nicosia, 2010).

El consumo de sustancias a nivel mundial continua en ascenso progresivo respecto a los reportes mundiales sobre las adicciones realizados en el 2008 y 2010 por la Oficina de las Naciones Unidas contra las Drogas y el Delito (UNODC), en este último año se reportó un incremento significativo de la prevalencia a lo largo de la vida de consumo de alguna sustancia del 3.5% al 5.7% (155 a 250 millones de usuarios) y en 2012 se reportó un nuevo incremento de 5.7% a 7% (162 a 324 millones de personas) (UNODC, 2014). El número de consumidores problema permanece relativamente estable a lo largo del 2008, 2010 y 2012 con una frecuencia del 10 al 15% (16 a 38 millones de personas). La atención en salud para las adicciones, desafortunadamente, continua estable; sólo uno de siete consumidores con dependencia a una sustancia reciben atención médica especializada (70% de todos los consumidores problema, esto es, entre 11 y 33.5 millones) (David, 2012).

México muestra una tendencia al alza en relación al consumo de alguna sustancia ilícita y médica no prescrita a lo largo de la vida con un incremento de la incidencia del 1.6% en 2008 al 1.8% en 2011, respecto al consumo de marihuana, primer droga ilícita de impacto en la población mexicana, la cual registró un incremento del 1.0% al 1.2% del 2008 al 2011, la cocaína, segunda droga de

mayor consumo, mostro un ascenso del 0.3% al 0.5%. Durante el periodo de 2008 a 2011 se agregaron 100,000 personas como dependientes a alguna sustancia ilícita (de 450,000 en 2008 a 550,000 en 2011). La prevalencia de consumo de sustancias sigue siendo predominante en varones (1.3%) respecto a las mujeres (0.2%) y en el periodo del 2008 al 2011 el consumo en hombres pasó de 2.8 a 33.3% y el de las mujeres se mantuvo en 0.9%. El promedio de edad de inicio de consumo de sustancias ilícitas en la población mexicana se estableció a los 18.8 años. Respecto al alcohol, primera sustancia de consumo en México, mostró un incremento en su consumo del 4.1% a 5.5% del 2002 al 2008 y se registraron, en este mismo periodo, incrementos significativos en relación al consumo por sexos (8.3 a 9.7% en hombres y 0.4% a 1.7% en mujeres). En cuanto a su distribución regional, el norte del país mantiene las prevalencias más altas de consumo de sustancias ilícitas, especialmente en Tamaulipas y en el centro del país el Estado de Hidalgo (ENA, 2011).

El desarrollo de la enfermedad adictiva requiere la exposición inicial a la sustancia de abuso (consumo experimental), el establecimiento de su uso habitual y, posteriormente, la adicción e integración a un estilo de vida, cada uno de estos pasos está influenciado por factores genéticos y ambientales (Bierut, 2011). La influencia genética en el desarrollo de la adicción se ha establecido a través de múltiples estudios de familia, gemelos y adopción, la heredabilidad estimada para explicar la conducta adictiva para el alcohol oscila el 50% al 70%, para el inicio de consumo de nicotina del 50% y para su dependencia del 59%, respecto a las drogas ilícitas, se ha estimado una heredabilidad para los estimulantes, tranquilizantes y heroína del 33%, 27% y 54% respectivamente (Burmeister, 2009). Los factores de ambientales juegan un papel importante en el inicio de la conducta adictiva, pero no en su mantenimiento (Goldman, 2012). Entre los factores de riesgo ambientales destaca el consumo de alcohol y drogas ilícitas durante el inicio de la adolescencia, lo cual incrementa el riesgo cuatro veces más de desarrollar dependencia después de los 20 años de edad (Dick, 2012), disponibilidad de la sustancia, el consumo de sustancias ilegales por parte de uno de los padres, enfermedad mental no tratada en uno o ambos padres, violencia doméstica y una historia de maltrato y negligencia infantil (Wells, 2009). Los factores genéticos y ambientales determinantes para el desarrollo de la enfermedad adictiva se intersectan al interior de la familia, respecto a los factores ambientales, la familia es una unidad que forma parte de una comunidad más amplia; la familia y la sociedad están en constante interacción, de tal manera, que los comportamientos individuales al interior de la familia son reflejo de la sociedad en su conjunto (Vlado Jukie, 2012).

Cabe mencionar que la familia proporciona los fundamentos básicos para la iniciación y promoción de la salud y las enfermedades en los individuos, asimismo modela y define los comportamientos normales y anormales. La teoría de sistemas en familia enfatiza que la adicción a una sustancia es un aprendizaje basado en la copia de los modelos parentales y juega un papel decisivo en el desarrollo de conductas de alto riesgo (Hosseinbor, 2012). Una historia familiar de adicción se asocia a un incremento en la severidad de los trastornos por uso de sustancias, una mayor gravedad en la disfunción familiar y una disminución en la generación de redes sociales de apoyo (Wilson, 2013).

Los trastornos psiquiátricos presentan una alta comorbilidad con los trastornos adictivos (patología dual), entre los más frecuentes destacan el trastorno por déficit de atención e hiperactividad, trastorno de la conducta, trastorno bipolar, esquizofrenia, depresión mayor, trastornos de ansiedad y trastornos de la personalidad (trastorno límite y antisocial), la prevalencia entre pacientes psiquiátricos y adicción oscila entre el 36 a 60% (Kelly, 2013). Una prevalencia similar de trastornos psiquiátricos se observa entre los usuarios de sustancias estimada en 40% al 76%, entre los trastornos psiquiátricos más frecuente entre usuarios se encuentran las conductas suicidas, la depresión mayor, trastorno de angustia, trastorno bipolar y trastorno de ansiedad generalizada (Arias, 2013). La coexistencia de un trastorno por uso de sustancias y un trastorno psiquiátrico implica un peor pronóstico en la evolución de la enfermedad, mayor demanda de servicios de atención médica y social especializada y un mayor desgaste social y psicológico (Mannelli, 2013), asimismo, impacta negativamente la calidad de vida, se asocia a elevadas tasas de gravedad de la adicción y de sintomatología psiquiátrica concurrente, conductas suicidas, incremento en el número de recaídas y abandono de tratamiento, conductas sexuales de riesgo (múltiples parejas y sexo sin protección), contagio de VIH, virus de la hepatitis B y C y otras enfermedades de transmisión sexual, conducta violenta, delictiva, criminal y encarcelamiento, así como indigencia, vagabundeo y problemas de ajuste social de tipo laboral, escolar y financiero (Marín-Navarrete, 2015), igualmente, implica una mayor carga financiera para los familiares del usuario de sustancias comparado con otras enfermedades de naturaleza crónica como la diabetes mellitus y el asma (Thomas Ray, 2009), por ello es indispensable evaluar cómo influye la funcionalidad familiar en el desarrollo, evolución y pronóstico de la comorbilidad entre los trastornos por usos de sustancias y los trastornos psiquiátricos.

## ▪ MARCO TEÓRICO

La adicción es una conducta encaminada a la satisfacción imperativa de un afecto apetitivo, derivada de la exposición a un agente adictivo (juego, sexo, videojuegos, sustancias lícitas e ilícitas, etc.) y caracterizada por una preocupación recurrente sobre esta conducta apetitiva, la necesidad imperativa e inmediata de su satisfacción temporal y la pérdida de control sobre esta conducta, la cual deriva en efectos adversos que repercuten en la función familiar, social y médica (Sussman, 2011), cuyo sustrato biológico se localiza en el sistema de recompensa encefálico y la corteza prefrontal (Boettiger, 2009).

La etiología de la adicción es multifactorial, entre los factores de riesgo para el desarrollo de una conducta adictiva destacan factores intrínsecos como son el genotipo, el sexo, la edad, edad de inicio de consumo, una conducta adictiva previa o un trastorno psiquiátrico preexistente, entre los factores externos, se encuentran la disponibilidad de la sustancia adictiva, la aprobación social, la disfunción familiar y el patrón de crianza, el maltrato infantil y el estatus socioeconómico, un tercer elemento comprende la naturaleza del agente adictivo (propiedad psicoactivas, farmacocinéticas y modo de uso) (Goldman, 2012).

Las conductas adictivas a una sustancia lícita o ilícita no sólo incluye el abuso y dependencia a dicha sustancia, sino que engloba las etapas de producción, tráfico, distribución, consumo, secuelas de tipo social, económico y médico, asimismo, afecta a todos los grupos de la población y tiene implicaciones importantes en la salud pública de una nación. (Medina-Mora, 2013).

Las adicciones representan un problema creciente de salud pública, las drogas ilícitas contribuyen con el 0,8% y el alcohol con el 0,7% de la carga mundial de mortalidad y discapacidad (OMS, 2011) y sólo en Estados Unidos representó un gasto total de 180 mil millones de dólares en 2002 de los cuales 16 billones fueron empleados para la atención médica por el consumo de sustancias, 30 billones para combatir el crimen derivado del tráfico de sustancias y 134 billones de dólares debido a la pérdida de productividad en población económicamente activa (Nicosia, 2010).

El consumo de sustancias a nivel mundial continua en ascenso progresivo respecto a los reportes mundiales sobre las adicciones realizados en el 2008 y 2010 por la Oficina de las Naciones Unidas

contra las Drogas y el Delito (ONUDD), en este último año se reportó un incremento significativo de la prevalencia a lo largo de la vida de consumo de alguna sustancia del 3.5% al 5.7% (155 a 250 millones de usuarios) y en 2012 se reportó un nuevo incremento de 5.7% a 7% (162 a 324 millones de personas) (UNODC, 2014).

La prevalencia de consumidores problema permanece relativamente estable a lo largo del 2008, 2010 y 2012 con una prevalencia del 10 al 15% (16 a 38 millones de personas). La atención en salud para las adicciones, desafortunadamente, continúa estable; sólo uno de siete consumidores problemáticos reciben atención médica especializada (70% de todos los consumidores problema, esto es, entre 11 y 33.5 millones) (David, 2012).

México no es la excepción, muestra una tendencia continua a la alza en relación al consumo de alguna sustancia ilícita y médica no prescrita a lo largo de la vida con un incremento de la prevalencia del 1.6% en 2008 al 1.8% en 2011. El consumo de marihuana, primer droga ilícita de impacto en la población mexicana, registró un incremento del 1.0% al 1.2% del 2008 al 2011, la cocaína, segunda droga de mayor consumo, mostró un ascenso del 0.3% al 0.5%. (ENA, 2011). Durante el periodo de 2008 a 2011 se agregaron 100,000 personas como dependientes a alguna sustancia ilícita (de 450,000 en 2008 a 550,000 en 2011). La prevalencia de consumo de sustancias sigue siendo predominante en varones (1.3%) respecto a las mujeres (0.2%) y en el periodo del 2008 al 2011 el consumo en hombres pasó de 2.8 a 33.3% y el de las mujeres se mantuvo en 0.9%. El promedio de edad de inicio de consumo de sustancias ilícitas en la población mexicana se estableció a los 18.8 años. Respecto al alcohol, primera sustancia de consumo en México, mostró un incremento en su consumo del 4.1% a 5.5% del 2002 al 2008 y se registraron, en este mismo periodo, incrementos significativos en relación al consumo por sexos (8.3 a 9.7% en hombres y 0.4% a 1.7% en mujeres). En cuanto a su distribución regional, el norte del país mantiene las prevalencias más altas de consumo de sustancias ilícitas, especialmente en Tamaulipas y en el centro del país el Estado de Hidalgo (ENA, 2011).

El incremento de consumo de sustancias lícitas e ilícitas en México tiene varias explicaciones, una de ellas apuntan al crecimiento demográfico, la rápida tasa de urbanización y el cierre de la brecha del consumo entre hombres y mujeres (Villatoro, 2012).

Entre los determinantes macrosociales implicados en el incremento del número de consumidores destaca el desarrollo social y económico desigual, la deficiente oferta de oportunidades educativas y laborales, la migración, el cambio en los roles de género y los nuevos cambios a los que se ha sujetado la familia en su papel como elemento socializador y protector frente a los riesgos externos que afrontan sus miembros (Medina Mora, 2001).

El desarrollo de la enfermedad adictiva requiere la exposición inicial a la sustancia de abuso (consumo experimental), el establecimiento de su uso habitual y, posteriormente, la adicción e integración a un estilo de vida, cada uno de estos pasos está influenciado por factores genéticos y ambientales (Bierut, 2011). La influencia genética en el desarrollo de la adicción se ha establecido a través de múltiples estudios de familia, gemelos y adopción, la heredabilidad estimada para explicar la conducta adictiva para el alcohol oscila el 50% al 70%, para el inicio de consumo de nicotina del 50% y para su dependencia del 59%, respecto a las drogas ilícitas, se ha estimado una heredabilidad para los estimulantes, tranquilizantes y heroína del 33%, 27% y 54% respectivamente (Burmeister, 2009).

Se han propuesto diferentes teorías biológicas no excluyentes para entender el fenómeno de la adicción como el modelo de deficiencia en la recompensa, el modelo de la prominencia de incentivo y el modelo de alostasis, cada uno de estos modelos tiene características únicas, pero comparten un elemento en común: el neurocircuito de la motivación o recompensa, en estos modelos, los bucles cortico-estriado-tálamo-pálido-cortical conforman un elemento central que subyace a todas las conductas de recompensa (Potenza M, 2011).

Otras regiones cerebrales y circuitos contribuyen de manera importante a los comportamientos de motivación, entre éstas se destacan la amígdala, la cual proporcionar una importante fuente de información afectiva relacionada con el estímulo adictivo, el hipocampo aporta información sobre la memoria contextual y asocia dicha conducta con la memoria instrumental, el hipotálamo y el septum determinan el control homeostático resultante de los cambios inducidos por la conducta adictiva en el eje hipotalámico-hipofisario-adrenal (HHA) y la ínsula está relacionada con el procesamiento interoceptivo, cada uno de estos elementos intervienen en la neurobiología de la adicción (Krystal, 2001).

El proceso adictivo se establece por medio de cambios neuronales a largo plazo (neuroplasticidad), los cuales son responsables del establecimiento de las conductas características de dicho proceso como es el craving (apetencia), la búsqueda compulsiva de la conducta adictiva y la recaída (Niehuaus, 2009).

Los factores genéticos y ambientales determinantes para el inicio y desarrollo de la enfermedad adictiva se intersectan al interior de la familia, respecto a los factores ambientales, la familia es una unidad que forma parte de una comunidad más amplia; la familia y la sociedad están en constante interacción, de tal manera, que los comportamientos individuales al interior de la familia son reflejo de la sociedad en su conjunto (Vlado Jukie, 2012). Cabe mencionar que la familia proporciona los fundamentos básicos para la iniciación y promoción de la salud y las enfermedades en los individuos, asimismo, modela y define los comportamientos normales y anormales (Sugaya Nagasi, 2011).

La familia es el soporte de la socialización primaria y secundaria, posteriormente, este papel pasa a ser adoptado por el barrio, la escuela y el trabajo (Georgas, 2006), es, asimismo, el principal factor de impacto en la cultura del individuo y su personalidad, la familia es, por lo tanto, el fundamento esencial para el desarrollo del individuo y un predictor para su desempeño futuro al interior de la sociedad (Louro, 2005).

La funcionalidad familiar es definida como la capacidad para enfrentar y superar cada una de las etapas del ciclo vital y las crisis por las que atraviesa, una familia funcional es aquella capaz de cumplir con las tareas encomendadas, de acuerdo a un ciclo vital en que se encuentre y en relación con las demandas que percibe del medio ambiente externo y es un factor determinante en la conservación de la salud o en la aparición de la enfermedad entre sus miembros (Barbado, 2004).

Existen diferentes modelos para configurar la funcionalidad familiar, el modelo de factores de riesgo postula que cada uno de los miembros de una familia tienen la posibilidad de desviarse de una conducta sana y generadora de bienestar, estas conductas dependen del equilibrio establecido entre las necesidades y recursos con que dispone la familia, la capacidad de modificar estos factores de riesgo y limitar los daños, este modelo propone como recursos para el afrontamiento de crisis

las características de la personalidad de cada uno de sus integrantes, la cohesión y adaptabilidad de sus miembros y las redes de apoyo (Framo, 1981). Un segundo modelo para explicar la funcionalidad familiar es el derivado de la teoría sistémica estructural, este modelo considera a la familia como un sistema, el cual está conformado por subsistemas determinados por la interacción de sus miembros para establecer un funcionamiento adecuado o inadecuado (Sauceda, 1991).

La funcionalidad familiar es alcanzada cuando los objetivos familiares o funciones básicas se cumplen adecuadamente y a plenitud (seguridad económica, afectiva, social y sexual) (Manuchin, 1977). Este último modelo propone que la estructura de la familia funcional se caracteriza por reglas de interacción claras y precisas para el óptimo desarrollo individual y grupal, la autoridad es compartida y adaptable a cada una de las fases del ciclo vital, existe un adecuado grado de flexibilidad y cohesión que permite una comunicación asertiva, clara y directa entre los diferentes subsistemas sin minar la autoridad de cada uno y adaptabilidad necesaria para afrontar las crisis familiares al interior y exterior de ésta (Anzures, 2008).

La teoría de sistemática estructural define a la familia como un sistema capaz de evitar o generar enfermedad y propiciar o entorpecer el proceso de rehabilitación en la medida en que cumpla con sus funciones básicas (Herrera, 2003), este sistema integra múltiples generaciones y se ha caracterizado por subsistemas de funcionamiento interno y está influido por una variedad de sistemas externos relacionados en continua transformación, viviendo cambios y modificaciones que son distintos en cada momento de su evolución. (Herrera, 1997). Las principales funciones de este sistema son brindar a todos y cada uno de sus miembros seguridad afectiva, seguridad económica, propiciar a la pareja pleno goce de sus funciones sexuales, dar a los hijos la noción firme y vivenciada del modelo sexual que les permita identificaciones claras y adecuadas y enseñar respuestas adaptativas a sus miembros para la interacción social (Gallegos, 2007).

La teoría sistemática estructural enfatiza que la adicción a una sustancia es un aprendizaje basado en la copia de los modelos parentales y juega un papel decisivo en el desarrollo de conductas de alto riesgo (Hosseinbor, 2012).



La familia disfuncional se caracterizan por una baja constancia en la crianza, baja estabilidad en la residencia, ingresos económicos inadecuados, violencia familiar, enfermedad mental de uno o ambos padres, consumo de sustancias por uno o ambos padres, separación marital, falta de consenso entre normas, hostilidad en la comunicación entre los diferentes subsistemas, baja a nula cohesión familiar y una dificultad continua para adaptarse a los cambios al interior o exterior de la familia (Becoña, 2012). Cabe destacar, que los adolescentes que viven en hogares monoparentales o en familiar reconstituidas tienen mayores posibilidades de derivar en una adicción (Crano, 2009). De hecho, éstas mismas características que definen a una familia disfuncional, son tomadas como factores de riesgo para el inicio de consumo de sustancias en los adolescentes, esto es: abuso o dependencia de sustancias por parte de uno o ambos padres, enfermedad mental en uno o ambos padres, violencia doméstica y maltrato infantil, pobre supervisión por parte de los padres de la conducta de sus hijos, bajo involucramiento emocional y afectivo e inadecuado cumplimiento de los roles paternos (NIDA, 2003).

Un ambiente familiar disfuncional también ha sido establecido como un precursor de trastornos mentales en la adolescencia y la adultez (Harrington, 2001). La presencia de depresión en la adultez se ha asociado con abuso sexual o físico, negligencia y maltrato infantil, ausencia de cohesión familiar y violencia familiar (Reinherz, 2003), el inicio de los trastornos de ansiedad se han relacionado con el maltrato infantil y pobres relaciones maritales (Nomura, 2002) y las conductas suicidas con abuso físico y sexual y trastorno mental materno (Fergusson, 1995). Estudios de cohorte prospectivos realizados durante largos periodos de tiempo, que van desde 10-37 años avalan la opinión de que el abuso de los padres (físico y sexual, abandono y maltrato) en la infancia está indisolublemente asociado con el desarrollo de trastornos psiquiátricos comunes en la adultez (Scott Weich, 2009).

Una historia familiar de adicción se asocia con un incremento en la severidad de los trastornos por uso de sustancias, una mayor gravedad en la disfunción familiar y una disminución en la generación de redes sociales de apoyo (Wilson, 2013). Los individuos con un diagnóstico dual, esto es, la concurrencia de un trastorno psiquiátrico y un trastorno adictivo a sustancias, tienen una mayor frecuencia de antecedentes familiares de dependencia problemática a una o múltiples sustancias y estos antecedentes pueden determinar la severidad del trastorno adictivo y generar un mayor

número de consecuencias negativas tanto en el usuario como en sus familiares (Morean, 2009). Un segundo aspecto de relevancia en los usuarios que cursan con diagnóstico dual son los antecedentes de trastornos psiquiátricos en familiares de primer grado, lo cual puede incrementar la vulnerabilidad para un trastorno de dependencia a sustancias (Comptois, 2005), por ejemplo, la esquizofrenia tiene una heredabilidad aproximada 70% en gemelos monocigotos y del 60% cuando ambos padres la padecen (Kendler, 1983) y una comorbilidad con el consumo de sustancias del 50% (Caroff, 2009), entre las sustancias de mayor consumo en pacientes con esquizofrenia se encuentra el alcohol (20 a 60%), la cannabis (12 a 42%) y la cocaína (15 al 50%) (Chamber, 2001).

El término patología dual en psiquiatría y en adictología hace referencia a la coexistencia de un trastorno por abuso de sustancias y un trastorno psiquiátrico en una misma persona. Existe un número importante de razones por las cuales han recibido actualmente una mayor atención. En primer lugar, existen muchos estudios que demuestran un desproporcionado número de personas con un trastorno por abuso de sustancias que tienen un trastorno psiquiátrico, en segundo lugar, lo inverso es cierto: una alta proporción de pacientes psiquiátricos tienen un trastorno por abuso de sustancias (Sheehan, 1993), estos pacientes “duales” constituyen un reto terapéutico desde la perspectiva social y clínica (Mèlich, 2008), utilizan con mayor frecuencia los servicios de urgencias, requieren más hospitalizaciones psiquiátricas y se encuentran más expuesto a las consecuencias derivadas de conductas de alto riesgo, como infecciones por VIH-SIDA y hepatitis C (King, 2000).

Es importante mencionar, que las tasas de recaídas son más frecuentes en esta población, entre los factores clínicos para el reinicio de consumo de sustancias destacan los síntomas depresivos, los cuales se han postulado como un predictor a corto plazo y altos niveles de craving asociados ansiedad y detonados por estresores vitales cotidianos (Sinha, 2011).

La prevalencia de la patología dual varía ampliamente, de acuerdo a la metodología empleada, la selección de los casos, los tipos de entrevista aplicados y el lugar de realización de los estudios epidemiológicos, lo cual genera una amplia variedad de prevalencias, no obstante, se acepta de manera general un rango del 20 al 50% en población general y del 40 al 80% en población clínica (Marín-Navarrete, 2015), no obstante, la prevalencia de la patología dual se sitúa en un rango del 15 al 80% (Nocon, 2007), este rango es atribuido a diversos factores como la heterogeneidad de las

muestras, los lugares en que son recabados los datos, los instrumentos de evaluación diagnóstica empleados y las comorbilidades médicas concurrentes (Brown, 2008).

El Epidemiological Catchment Area (ECA), realizado en 1980, encontró que el 45% de los alcohólicos y el 72% de los consumidores de sustancias ilícitas tuvieron un trastorno psiquiátrico y el National Comorbidity Survey (NCS), realizado en Estados Unidos en 1991, reportó que 10 millones de personas presentaban un diagnóstico dual; 60% de los hombres y más del 70% de las mujeres con un diagnóstico dependencia al alcohol tuvieron al menos un diagnóstico psiquiátrico en algún punto de sus vidas, se reportó un odds ratio (OR) de 2.4 para la comorbilidad a lo largo de la vida de cualquier trastorno psiquiátrico, evaluado por el DSM III-R, y trastorno por uso de alcohol u otras drogas, aproximadamente la mitad (51.4%) de los participantes del estudio con un trastorno por uso de sustancias cumplieron los criterios para un trastorno psiquiátrico comorbido al menos una vez en la vida, mientras que el 50.9% de los participantes que cursaron con un diagnóstico psiquiátrico cumplieron los criterios para un trastorno por consumo de sustancias; la prevalencia a los 12 meses de trastornos psiquiátricos para consumidores de sustancias fue del 42.7% y para aquellos que cursaban con un diagnóstico psiquiátrico, la prevalencia fue del 14.7% para consumo de sustancias (Kessler, 2004).

En 2001 el National Household Survey on Drug Abuse, realizado en Estados Unidos, reportó una concurrencia del 20% de dependencia al alcohol y drogas ilícitas en pacientes con un trastorno psiquiátrico grave (Drake, 2001). Un estudio piloto sobre la prevalencia de patología dual en pacientes en tratamiento en la Comunidad de Madrid mostró una prevalencia de patología dual del 34% del total de la muestra, estos se distribuían en 96 sujetos procedentes de la red de drogas (70.59% de los pacientes duales y 36.78% de los pacientes atendidos en los centros de drogas) y 40 de la red de salud mental (29.41% del total de duales y 28.78% de los pacientes atendidos en la red de salud mental), los diagnósticos psiquiátricos más frecuentes fueron los trastornos del humor, los trastornos de personalidad y la esquizofrenia (Szerman, 2011).

En cambio, el estudio de Madrid sobre prevalencia de patología dual en consumidores de cannabis, mostró que el 76,5% de los adictos al cannabis tenían un diagnóstico dual con una prevalencia

mayoritaria de los trastornos del humor y de la ansiedad y el 51% de los adictos a cannabis tenían un diagnóstico de trastorno de la personalidad (Arias, 2013).

En Inglaterra la mayoría de los estudios sobre patología dual se han enfocado principalmente a conjuntos de pacientes con un trastorno mental grave asociado a un trastorno por consumo de sustancias, la prevalencia oscila desde un 5% a un 68% (Sabrina, 2008).

En México, se cuenta sólo con dos estudios sobre la prevalencia de patología dual, el primero de ellos, realizado por Marín-Navarrete y colaboradores en un centro Residencial de Ayuda-Mutua para la Atención de las Adicciones, mostró una prevalencia de patología dual del 75.2%; entre los adictos a cualquier droga ilícita se reportó una prevalencia del 85.9%, en los adictos al alcohol del 78.9% y el 70% de la muestra presentó más de dos trastornos psiquiátricos del eje I. (Marín Navarrete, 2013).

Actualmente se postulan tres hipótesis importantes que intentan explicar la relación de los trastornos duales (Sanvisens, 2009):

1. Dos o más factores independientes entre sí: cada uno de ellos tiene cursos clínicos diferentes y tratamientos independientes. Esta concurrencia puede explicarse por:
  - a) Modelo de la independencia biológica: ambos factores son independientes.
  - b) Modelo del factor común: ambos trastornos son consecuencia de los mismos factores predisponentes.
2. Modelo del trastorno por dependencia de sustancias primario: el primer trastorno influye en el desarrollo del segundo y, una vez instaurado el segundo, se desarrolla con curso independiente. Ambas condiciones deben ser tratadas durante todo el tiempo que sea necesario.
3. Modelo del trastorno psiquiátrico primario: el segundo trastorno aparece para mitigar los problemas asociados al primero. Se propugna que, mediante la resolución del primero, el segundo trastorno desaparece.

Los trastornos psiquiátricos que presentan una mayor comorbilidad con los trastornos por consumo de sustancias son el trastorno por déficit de atención e hiperactividad (50%), trastornos de la conducta (15%), el trastorno bipolar, la esquizofrenia, la depresión mayor, los trastornos de ansiedad y trastornos de la personalidad (trastorno límite y antisocial) y la prevalencia entre pacientes psiquiátricos y adicción oscila entre el 36 a 60% (Kelly, 2013).

Una prevalencia similar de trastornos psiquiátricos se observa entre los usuarios de sustancias estimada en un 40% a 76%, entre los trastornos psiquiátricos más frecuente entre usuarios se encuentran las conductas suicidas, la depresión mayor, trastorno de angustia, trastorno bipolar y trastorno de ansiedad generalizada (Arias, 2013).

La prevalencia global de los trastornos de la personalidad (TP) varía ampliamente en los diferentes estudios epidemiológicos con una oscilación de 5.9 a 22.5%. El NESARC (National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions), realizado en Estados Unidos, indica una comorbilidad en el 28.6% en los consumidores de alcohol, para cualquier trastorno de la personalidad (TP) y la comorbilidad con el consumo de sustancia fue del 47.7%, mientras que en el 16,4% de sujetos que fueron diagnosticados con un trastorno de la personalidad presentaban una comorbilidad del 6.5% con dependencia al alcohol y otras sustancias ilícitas. Los trastornos relacionados con la dependencia al alcohol u otras sustancias ilícitas fue el trastorno de personalidad antisocial, histriónico y dependiente y los trastornos mostraban. Las asociaciones entre TP obsesivo-compulsivo, histriónico, esquizoide y antisocial y trastornos específicos de uso de alguna sustancia fueron significativamente más fuertes en mujeres, mientras que en hombres lo fueron más entre TP dependiente y dependencia de sustancias. En España, un reciente estudio epidemiológico sobre patología dual en población clínica que demandaba asistencia, promovido por la Sociedad Española de Patología Dual, obtuvo una prevalencia de trastornos de la personalidad del 71%, se emplearon instrumento de medida la entrevista PDQ4+, con la que se apreció presencia destacada de los trastornos «depresivo» (25%), límite (25%) y paranoide (24%), seguidos por evitativo (23%), obsesivo-compulsivo (22%) y antisocial (20%) (Szerman, 2008).

Los estudios epidemiológicos muestran una alta prevalencia y asociación entre los trastornos afectivos y los trastornos por consumo de sustancias. La concurrencia de trastornos depresivos y

trastorno por consumo de sustancias en estudios realizados en población de consumidores está entre el 12 y el 88% en muestras de pacientes que reciben tratamiento ambulatorio y el 27% en pacientes que no han solicitado tratamiento (Compton, 2009). Por otra parte, la existencia de episodio depresivo mayor se ha asociado con una peor curso clínico pacientes con un trastorno por consumo de sustancias (Hasin, 2002).

El Epidemiological Catchment Area (ECA) muestra que casi el 24% de los pacientes con trastornos de ansiedad sufren un trastorno de abuso de sustancias comorbido durante toda su vida (17,9% cursa con el diagnóstico de abuso o dependencia y 11,9% con el diagnóstico de abuso de alcohol o dependencia de otras drogas). Por otra parte, el 19,4% de los pacientes con diagnóstico de abuso o dependencia al alcohol desarrollarán a lo largo de su vida un trastorno de ansiedad comorbido, y la prevalencia a lo largo de la vida asciende al 28,3% en el caso del diagnóstico de abuso o dependencia a otras drogas (27.5% para el cannabis, 33.3% para cocaína, 31.6% para opiáceos, 42.9% para los barbitúricos, 32.7% para las anfetaminas y el 46.0% para los alucinógenos) (Regier, 1990).

Los datos derivados de la Encuesta Nacional de replicación de comorbilidad (NCSR) indican que el 27% de los pacientes con trastorno de pánico sin agorafobia sufren un trastorno por consumo de sustancias comorbido y asciende a un 37.7% para el trastorno de pánico con agorafobia. (Kessler, 2006).

De manera similar, la Encuesta Epidemiológica Nacional sobre Alcohol y Condiciones relacionadas (NESARC) la prevalencia encontrada en el último año entre la comorbilidad por trastorno de uso de sustancias y trastorno de ansiedad fue al alrededor de 18%; la fobia específica fue la comorbilidad más frecuente (10,5%). Sin embargo, los trastornos que tienen un mayor riesgo de comorbilidad riesgo que aparece en la población con consumo de sustancias con respecto a las poblaciones no expuestas al consumo de drogas incluyen: trastorno de pánico con agorafobia (OR = 3,1), trastorno de ansiedad generalizada (OR = 2,3) y el trastorno de pánico sin agorafobia (OR = 2,1) (Grant, 2004).

Específicamente en el caso del trastorno de ansiedad generalizada, que es uno de los trastornos de ansiedad que presenta más dificultades para el diagnóstico en los consumidores de drogas, los últimos datos de este estudio muestran que la prevalencia del trastorno de ansiedad generalizada y los trastornos por consumo de sustancias es del 2.04%, mientras que la prevalencia a lo largo de la vida de los trastornos de ansiedad no asociados con los trastornos por uso de sustancias son del 2 al 10%, la mitad de los pacientes que sufren durante toda su vida un trastorno de ansiedad generalizada tienen patología dual. Por otra parte, los pacientes duales muestran una serie de características diferentes, como el aumento de la frecuencia en el sexo masculino, antecedentes familiares de consumo de alcohol u otra sustancia (Alegría, 2010).

El Estudio Europeo Epidemiológico de los Trastornos Mentales (ESEMeD) encontró una asociación estadísticamente significativa entre el abuso o dependencia del alcohol y diferentes trastornos de ansiedad, con alto riesgo encontrado en la asociación entre la dependencia del alcohol y trastornos de ansiedad (OR = 11,2) y la agorafobia (OR=10,7) (Alonso, 2004).

Una dificultad inicial es que la mayoría de los profesionales son los principales expertos y competentes en un solo campo, ya sea de salud mental o de tratamiento del consumo por sustancias. Estos pacientes reciben atención en forma de "la puerta giratoria". Se acercan ya sea al sistema de salud mental o a un programa de tratamiento de abuso de sustancias y, a continuación, se hace referencia a otro programa por parte de los profesionales de la atención. A veces, cada uno de estos sistemas se niega a tratar a estos pacientes debido a los problemas implicados en el tratamiento de una combinación de síntomas tales. Para este tipo de pacientes es necesario crear un modelo de tratamiento separado, combinando la atención del problema de abuso de sustancias y atención a la patología mental del paciente, de acuerdo con sus rasgos de personalidad individuales (Yitzchak, 2007).

Muchos factores están relacionados en la asociación entre el abuso de sustancias y otros trastornos psiquiátricos, entre estos factores el tipo de sustancia que se consume y su efecto en la calidad del sujeto son importantes, como lo son sus rasgos de personalidad y la naturaleza de la enfermedad mental. El abuso de sustancias puede tener un aspecto positivo y un efecto perjudicial sobre el paciente, ya que la sustancia puede ser un medicamento y estos medicamentos pueden ser abusados.

El efecto de cada paciente puede variar en diferentes momentos en el tiempo. Entre los factores de riesgo que han sido tomados como predictivos para la dependencia a una sustancia de abuso destaca el inicio de la edad de consumo, una edad menor a los 18 años ha sido fuertemente asociada con el desarrollo de la dependencia a una sustancia lícita y/o ilícita (OEA: Drogas y Salud Pública, 2012), por lo que es indispensable evaluar cómo influye la funcionalidad familiar en el desarrollo, evolución y pronóstico de la comorbilidad entre los trastornos por usos de sustancias y los trastornos psiquiátricos.

La comorbilidad entre un trastorno por consumo de sustancias y trastorno psiquiátrico implica un reto para el tratamiento de las adicciones y los trastornos psiquiátricos comorbidos, al menos en México, no se tiene un sistema de atención que implique el tratamiento de ambas condiciones, por un lado, cuenta con un sistema de unidades llamadas CAPA (centros de atención a la prevención de la adicción), donde la presencia de un trastorno psiquiátrico es un criterio de exclusión para la atención de la persona con un trastorno por uso de sustancias, además no se cuenta con espacios especializados para el tratamiento integral de estos pacientes en las unidades de hospitalización psiquiátrica y no se cuenta en las unidades de atención para las adicciones espacios para el tratamiento integral de los pacientes adictos que cursa con un trastorno psiquiátrico (Souza, 2010).

Una tercera opción emergente para el tratamiento de las adicciones, al menos en México, es la propuesta empírica llamado "Anexo" o centros residenciales de Ayuda Mutua, donde se proporciona la detención voluntaria o involuntariamente por períodos mínimos de tres meses a un año y cuya filosofía de atención es basado en el programa de Alcohólicos Anónimos (AA), también el 24% de los directores de estos centros de atención residencial sólo tienen un alto nivel de educación mínimo, el 31% tienen educación secundaria superior y el 19%. La formación del personal que trabaja con pacientes con adicción en estos centros de rehabilitación es mínimo, el 58% de los implicados en el cuidado de los pacientes sólo tienen estudios especializado en adicciones en el 33% y 2% sólo título de licenciatura. Sólo un 20 por ciento de los 394 "Anexos" para la atención a pacientes con un trastorno de adicciones que están registrados oficialmente en el Estado de México cumple con la Ley General de Salud (Zamudio, 2015).



La falta de espacio físico para el tratamiento integral de los pacientes que se presentan con un diagnóstico dual, hay que añadir un presupuesto financiero para los programas de atención de salud mental comprende sólo el 2% del total de gasto en salud designado en todo el territorio mexicano de este 2% para los servicios de salud mental, el 80% se deriva al mantenimiento y administración de los hospitales psiquiátricos. Un segundo elemento involucrado en el cuidado de la salud mental en general y, en particular, en las adicciones, es el nihilismo terapéutico, lo que implica una formación insuficiente del personal de salud en los tres niveles de atención a las adicciones y problemas de salud mental. Un tercer elemento es la falta de aplicación de los protocolos de intervención y, cuando existen, se aplican de forma inadecuada y forma ineficiente por lo que es imprescindible la ausencia de evaluación de la funcionalidad (IESM-OMS, 2011).

La coexistencia de un trastorno por uso de sustancias y un trastorno psiquiátrico implica un peor pronóstico en la evolución de la enfermedad, mayor demanda de servicios de atención médica y social especializada y un mayor desgaste social y psicológico (Mannelli, 2013), igualmente, implica una mayor carga financiera para los familiares del usuario de sustancias comparado con otras enfermedades de naturaleza crónica como la diabetes mellitus y el asma (Thomas Ray, 2009), por ello es indispensable establecer un diagnóstico oportuno de ambas comorbilidades para brindar un tratamiento integral que involucre a un equipo multidisciplinario.

## ▪ PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Los trastornos por abuso y/o dependencia a una o más sustancias lícitas y/o ilícitas representan un desafío global a la salud pública de una nación, es un fenómeno globalizado y multifactorial, en ascenso continuo respecto a su incidencia y prevalencia, que implica no sólo consecuencias médicas, laborales, sociales, familiares y económicas sufridas por el consumidor, sino también representa una sobrecarga y desgaste social y económico para los familiares del usuario.

Las adicciones también implican la producción masiva de las sustancias adictivas, su tráfico y venta, así como las redes de crimen organizado que sustentan su economía y las consecuencias sociales de este mercado, que representa el 1% del PIB mundial, son la violencia y desintegración social. Esta problemática derivada del fenómeno de la adicción, tomada en su conjunto, es estudiada a partir del paradigma oferta-demanda.

La oferta es representada por la producción (siembra, cosecha y procesamiento), el tráfico de sustancias lícitas e ilícitas (almacenamiento y transporte nacional e internacional) y la venta (narcomenudeo) y en la otra mano, tenemos la demanda, representada por la población blanco quien adquiere el producto al final de la cadena generada por la oferta, este último punto es de interés para la generación y diseño de intervenciones contra las adicciones, ya que al interior de este sistema económico informal, los productores captan el 1% de las ganancias globales del narcotráfico, el 35% los traficantes y el 64% los narcomenudistas, por lo que la prevención universal, selectiva y específica a nivel social, familiar e individual, así como el tratamiento residencial y rehabilitación de usuarios y familiares se presentan como una ventana de oportunidad para la disminución de la oferta a través de la reducción significativa de la demanda. No obstante, la mayoría de los esfuerzos a nivel internacional y nacional se han enfocado en la supresión de la oferta, lo que ha originado un gasto monetario creciente, principalmente en seguridad pública, por ejemplo, en México se invirtió sólo en el año del 2010, 52 mil millones de pesos en seguridad pública contra 6 mil millones de pesos en prevención y tratamiento integral para el manejo de los consumidores a lo largo del 2001 al 2010, de cada 16 dólares invertidos para el manejo de las adicciones, sólo se ha destinado un dólar a la prevención y atención médica y psicológica de los consumidores.

A pesar de que la evidencia empírica demuestra que la supresión de la demanda es menos costosa que las estrategias dirigidas contra supresión de la oferta, se continúa aplicando este paradigma con escaso impacto en la incidencia (demanda).

La literatura especializada indica que las estrategias para suprimir la oferta tienen un impacto más pequeño de lo esperado, son de carácter temporal y local y, además, son más costosas que las estrategias encaminadas a la disminución de la demanda (prevención y tratamiento), asimismo, la supresión de la oferta sólo es exitosa cuando los precursores de una sustancia (efedrina en relación a la elaboración de metanfetaminas) presenta un mercado centralizado.

La prevención se destaca como una estrategia factible para la reducción de la demanda y para ser efectiva y generar un impacto significativo, debe ser dirigida a los grupos más vulnerables de la población como son los adolescentes y al control de los factores de riesgo con mayor asociación con el desarrollo de una dependencia a una o múltiples sustancias lícitas e ilícitas, entre estos se destaca la edad de inicio de consumo, la percepción social y la presencia de un trastorno psiquiátrico previo, ambos, población vulnerable y factores de riesgo, se intersectan al interior de la familia.

La familia es la unidad social básica, es el punto de partida para la socialización primaria y el desarrollo de conductas saludables y socialmente adaptativas, además, una unidad familiar funcional proporciona factores de protección para el desarrollo de una conducta adictiva como es una adecuada y continua supervisión conductual de sus miembros, adaptabilidad ante crisis internas y externas, cohesión por medio del establecimiento de límites entre los diferentes subsistemas, claridad y cumplimiento de los roles paternos, medidas disciplinarias positivas, inclusión de sus miembros en la toma de decisiones y una percepción convencional en relación al consumo de sustancias lícitas e ilícitas.

En cambio, una familia disfuncional ha sido considerada por la teoría estructural sistémica como un factor determinante para el desarrollo de conductas de alto riesgo como es la adicción a través del aprendizaje de los modelos parentales, entre los factores con una mayor fuerza de asociación para el inicio de una conducta adictiva se encuentran la dependencia de uno a ambos padres a una

sustancia adictiva, presencia de violencia intrafamiliar y de pareja (física, psicológica, sexual y económica), maltrato y/o abandono infantil, familias monoparentales, abuso físico y/o sexual y una historia familiar de trastornos psiquiátricos no tratados en uno o ambos padres, esto último, también ha sido considerado como un predictor no sólo para el desarrollo de un trastorno adictivo sino para el inicio de un trastorno psiquiátrico en la edad adulta (depresión mayor, conductas suicidas y ansiedad) y cuando ambos se presentan en un mismo individuo se denomina patología dual.

En la patología dual, la detección de la comorbilidad psiquiátrica es de importancia capital en la formulación de estrategias de prevención específicas y selectivas y en el tratamiento y rehabilitación de las adicciones (reducción de la demanda), ya que la concurrencia de ambos trastornos predicen un curso tórpido, crónico y recidivante, baja adherencia, bajo mantenimiento de la abstinencia y abandono de los tratamientos psicológicos y farmacológicos, una mayor demanda y consumo servicios médicos, peor pronóstico y, sobre todo y de mayor trascendencia para esta población dual, la ausencia de un tratamiento especializado e integral, que permita su reintegración social.

La relación entre la familia disfuncional y la patología dual no ha sido lo suficientemente estudiada como un punto de encuentro entre la comorbilidad dual: el conocimiento de las características de la dinámica familiar en población altamente vulnerable permitirá establecer cómo ésta influye en la gravedad de la adicción, cómo determina su evolución, qué papel juega en el proceso de rehabilitación y en la inserción social posterior al tratamiento residencial, asimismo, el conocimiento de los factores de riesgo derivados de la disfuncionalidad familiar proporcionaran elementos para determinar cómo estos están implicados en la presentación y desarrollo de la patología dual, cómo condiciona la percepción social de los usuarios en relación al consumo de sustancias y ayudará a la conformación de estrategias dirigidas a la atención integral del trastorno psiquiátrico y el trastorno adictivo, de tal manera, que la carga social, económica y familiar se reduzca tanto en los usuarios como en los familiares de estos.

## ▪ **PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN**

Ante la apremiante necesidad de establecer nuevas estrategias de intervención para la reducción de la demanda a través de la prevención selectiva dirigida a familias disfuncionales y la promoción de un ámbito familiar estructurado para la reintegración del usuario posterior a su rehabilitación por medio del tratamiento residencial, el presente protocolo de investigación tiene la finalidad de responder a la siguiente pregunta de estudio:

¿Cómo influye la funcionalidad familiar en la presencia de patología dual en usuarios en tratamiento residencial?

La respuesta que propone aportar este protocolo de investigación permitirá brindar una atención integral a los usuarios en tratamiento residencial y brindar una nueva orientación para el abordaje de un creciente problema de salud pública a nivel nacional e internacional.

## ▪ **JUSTIFICACIÓN**

La adicción a una sustancia lícita y/o ilícita es un fenómeno multifacético y es un rubro prioritario para la salud pública a nivel internacional y nacional, que tiene repercusiones importantes en los individuos que cursan con un trastorno de abuso y/o dependencia a una sustancia, sus familiares y la sociedad en su conjunto. De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud (OMS), el alcoholismo produce 69.4 millones de días perdidos por discapacidad (DALYs).

A pesar de los costos económicos, sociales y familiares derivados del fenómeno de la adicción, continúa siendo un tema de escasa indagación y producción científica en el país, sólo se ha reportado en la literatura científica mexicana dos artículos relacionados con la prevalencia del diagnóstico dual en tratamiento residencial y prácticamente ningún reporte científico que estudie las características de la funcionalidad familiar en estos pacientes, su impacto y su relación con el curso y pronóstico de la patología dual, tema de importancia capital si tenemos en cuenta la elevada prevalencia de diagnóstico dual en pacientes con un trastorno adictivo es del 50 a 70%.

Por ello es indispensable conocer los factores de riesgo asociados al inicio de una conducta adictiva y cómo la funcionalidad familiar impacta en su presentación y rehabilitación, de tal modo que, permita el desarrollo de protocolos en donde se contemple la detección y diagnóstico oportuno de la patología dual, se brinde una atención integral al proceso adictivo y al trastorno psiquiátrico y mejore la evolución y pronóstico de esta población con escaso acceso a servicios médicos especializados.

## ▪ **OBJETIVOS**

### - Objetivo general:

Evaluar la relación entre funcionalidad familiar y patología dual en usuarios residenciales del Centro Estatal para la Atención Integral de las Adicciones (CEAIA).

### - Objetivos específicos:

1. Describir las características socioeconómicas y demográficas de los usuarios residenciales incluidos en el protocolo de estudio.
2. Recabar los factores de riesgo familiar específicos para patología dual:
  - a) Antecedentes familiares en primer grado de consumo de sustancias.
  - b) Antecedentes familiares en primer grado de atención psiquiatría y/ psicológica.
3. Cuantificar la prevalencia de patología dual en usuarios residenciales en el CEAIA.
  - a) Prevalencia de Trastorno del Eje I
  - b) Prevalencia de trastornos del Eje II
4. Diferenciar si la dependencia es a una sola sustancia (monoconsumo) o a múltiples sustancias (policonsumo) en usuarios residenciales del CEAIA.
5. Determinar la funcionalidad familiar en usuarios residenciales del CEAIA.

6. Relacionar la prevalencia de patología dual y la funcionalidad familiar en usuarios en tratamiento residencial del CEAIA.

#### ▪ **MATERIAL Y MÉTODOS**

- Tipo de estudio

Transversal, observacional y analítico

- Variables de estudio

Variable Independiente: Funcionalidad familiar

Variable Dependiente: Patología dual

- Población

El universo de estudio serán todos aquellos usuarios de sexo masculino y femenino que sean internados en el Centro Estatal para la Atención Integral de las Adicciones y sus representantes legales durante el periodo comprendido entre el primero de Octubre del 2014 al 30 de Octubre del año 2015 y cumplan las siguientes características:

- Criterios de inclusión

1. Usuarios en tratamiento residencial en CEAIA

- a) Mayores de 13 años y menores de 65 años
- b) Cumplan con por lo menos dos semanas en tratamiento residencial para completar evaluación de funcionalidad y dinámica familiar
- c) Acepten ser integrado al protocolo de estudio

2. Familiar asignado como representante legal de usuarios en tratamiento residencial

- a) Acepte ser integrado al protocolo de estudio
- b) Complete los cuestionarios sobre funcionalidad y dinámica familiar

- Criterios de exclusión

1. Usuarios en tratamiento residencial en CEAIA

- a) Menores de 13 años

- b) No acepten participar en el estudio
- c) Cuenten con deterioro cognitivo y/o discapacidad intelectual
- 2. Familiar asignado como representante legal de usuario en tratamiento residencial
  - a) Mayor de 18 años y menores de 65 años
  - b) No acepte ser incluido en el estudio
  - c) Cuenten con deterioro cognitivo
- Criterios de eliminación
  - a) Usuarios que no llenaron de manera correcta los instrumentos de autoevaluación
  - b) Usuarios que llenaron de forma incompleta los instrumentos de autoevaluación
  - c) Usuarios que no cumplieron con el protocolo de atención familiar en tratamiento residencial.
  - d) Familiares que no llenaron correctamente los instrumentos de evaluación de función y dinámica familiar.
- Tamaño de muestra

El tamaño de muestra requerida comprenderá a todos los usuarios que ingresen al Centro Estatal para la Atención Integral para las Adicciones para iniciar estancia residencial a partir del mes de octubre del 2014 al mes de octubre de 2015.

- Localización

Centro Estatal para la Atención integral a las Adicciones, Pachuca de Soto, Estado de Hidalgo.

- Tiempo

Primero de octubre del año 2014 al treinta de octubre del año 2015.

- Instalaciones

El Centro Estatal para la Atención Integral de las Adicciones (CEAIA) se localiza en el Bulevar Donaldo Colosio número 100, colonia Colosio, en el municipio de Pachuca de Soto, Hidalgo. Se inicia operación del CEAIA en el año 2009, cuenta con una unidad para el manejo ambulatorio denominado Unidad de Especialidades Médicas, Centro para la Atención Primaria en Adicciones



(CAPA UNEME) y una unidad para el manejo residencial. Al interior de la unidad residencial se cuenta con un área específica para varones que cuenta con 30 camas, área específica para mujeres con 30 camas, diez camas para infante – adolescentes hombres y diez camas para infante – adolescentes mujeres.

La estancia residencial está constituida por tres periodos de 28 días. En relación a los recursos humanos se cuenta con tres médicos generales, tres enfermeras, un psiquiatra cuatro psicólogos individuales y cuatro psicólogos familiares.

- Instrumentos

1. Cuestionario sociodemográfico para usuarios residenciales.

Cuestionario que contiene los reactivos relacionados con las características sociodemográficas, antecedentes laborales, clínicos y antecedentes familiares asociados al inicio de consumo de sustancias.

2. Entrevista internacional Neuropsiquiátrica (MINI)

Entrevista diagnóstica estructurada de breve duración que explora los principales trastornos psiquiátricos del Eje I definidos en el Manual Diagnóstico y Estadístico cuarta edición revisada (DSM IV TR) y la Clasificación Internacional de Enfermedades décima edición en la (CIE 10). Se han realizado estudios de validez y confiabilidad comparando la MINI con la Entrevista Estructurada para los Trastornos del Eje I (CIDI I) los criterios diagnósticos de la CIE 10, mostrando una validez y confiabilidad altas y aceptables, disponible en 33 idiomas y validada en México en el año 2000. Consta de 16 módulos que evalúan los trastornos de los psiquiátricos del eje I más comunes.

3. Cuestionario de personalidad de Salamanca

Instrumento de tamizaje desarrollado con base en los criterios internacionales de diagnóstico, autoaplicable y de breve ejecución con sensibilidad y especificidad adecuada que detección de 11 trastornos de la personalidad a través de 22 ítems. Según la nomenclatura del DSM-IVTR: paranoide, esquizoide, esquizotípico, histriónico, antisocial, narcisista y dependiente; y según la nomenclatura de la CIE-10: trastorno de inestabilidad emocional subtipo impulsivo, trastorno de inestabilidad emocional subtipo límite, anancástico y ansioso. Cada trastorno es evaluado por

medio de dos preguntas con cuatro posibilidades de respuesta (falso: 0 puntos; verdadero a veces: 1 punto; verdadero con frecuencia: 2 puntos; verdadero siempre: 3 puntos). El punto de corte establecido para cada trastorno es de 2/3.

#### 4. APGAR Familiar

Instrumento diseñado para ser autoaplicado en personas con diferente nivel socioeconómico y diversos contextos socioculturales, está diseñado con base en la premisa de que los miembros de una familia perciben el funcionamiento familiar y pueden manifestar el grado de funcionalidad familiar, su uso es válido y confiable en mayores de 15 años. Evalúa cinco ítems: adaptabilidad, cooperación, desarrollo y capacidad resolutive. Tiene cinco preguntas con un rango: siempre = 4, casi siempre = 3, algunas veces = 2, casi nunca = 1 y nunca = 0. La interpretación del resultado es: 0 a 3 puntos = Familia altamente disfuncional, 4 a 6 puntos = Moderada disfuncionalidad y 7 a 10 puntos = Familia funcional.

#### 5. FACES III

Instrumento estructurado con base en la teoría sistémica familiar, evalúa la adaptabilidad y cohesión familiar, dimensiones primarias que explican la conducta familiar, cuenta con una escala que incluye cinco opciones con valores del 1 al 5 (1 = nunca, 2 = casi nunca, 3 = algunas veces, 4 = casi siempre y 5 = siempre), puede ser contestada por cualquier miembro de la familia con edad mayor a 12 años. Instrumento validado en la Universidad Nacional Autónoma de México. Este instrumento permite clasificar la adaptabilidad familiar en cuatro dimensiones de acuerdo al puntaje obtenido (rígida, estructurada, flexible y caótica) y la cohesión también en cuatro dimensiones (no relacionada, semirelacionada, relacionada y aglutinada).

#### 6. Escala de Eventos críticos de Thomas Holmes

Evalúa la presencia de eventos críticos la interior de la familia que determina la presencia de crisis la cual influye en la dinámica familiar en el lapso de los últimos 8 meses previos a su aplicación, es un cuestionario autoaplicable constituido por 43 ítem cuyo valor va de mayor a menor de acuerdo a al evento que puede generar más estrés al menor evento, su interpretación tiene base en el siguiente puntaje: 0 a 149 = No hay problemas importantes, 150 a 199 = Crisis leve, 200 a 299 = Crisis moderada y más de 300 = Crisis grave, según Thomas Holmes y Richard Rahe, diseñadores

del cuestionario, este último puntaje puede ser sinónimo de enfermedad psicósomática en la persona a quien se le aplicó el cuestionario.

- Logística de recolección de datos y aplicación de instrumentos

Los datos correspondientes a la aplicación del cuestionario sociodemográfico serán registrados durante la entrevista inicial del usuario a su ingreso al Centro Estatal para la Atención Integral de las Adicciones para su tratamiento residencial, momento en que se le invitará a participar en el protocolo de investigación, se le explicará en que consiste el protocolo de investigación por realizarse y la importancia de su cooperación para el desarrollo de estrategias integrales de atención y se le solicitará firmar su carta de consentimiento informado en caso de aceptar su integración al protocolo de estudio.

La evaluación psiquiátrica se realizará en un segundo momento, donde se aplicará la Entrevista Internacional Neuropsiquiátrica para el establecimiento de los diagnósticos de dependencia a una o múltiples sustancias y trastorno psiquiátrico comorbido en caso de estar presente.

La recolección de datos relacionados con los antecedentes de familiares de consumo y trastornos psiquiátricos en familiares de primer grado, la función familiar (APGAR familiar), su dinámica (FACES III) y la evaluación de presencia o ausencia de crisis familiar (Escala de eventos críticos) serán recabados en un tercer momento del expediente del usuario residencial, posterior a su aplicación por el terapeuta familiar.

Los familiares detectados con un trastorno por dependencia a sustancias y/o un trastorno psiquiátrico actual serán referidos al Módulo de Salud correspondiente y, en un cuarto momento, se establecerán las relaciones estadísticas entre las variables dependientes e independientes para ser comunicadas al terapeuta individual y familiar para establecer estrategias integrales de atención al usuario residencial y sus familiares.

- Operacionalización de variables

<b>Variables sociodemográficas y clínicos de usuario residencial</b>				
<b>Variable e instrumento</b>	<b>Definición</b>	<b>Tipo de variable</b>	<b>Codificación</b>	
Edad	Años cumplidos en momento del estudio	Cuantitativa discreta	Años cumplidos	
Sexo	Captados como hombres y mujeres	Cualitativa nominal	Hombres	1
			Mujeres	2
Escolaridad	Grado de escolaridad cursado hasta el momento en que se realiza estudio	Cualitativa ordinal	Analfabeta	1
			Primaria incompleta	2
			Primaria completa	3
			Secundaria	4
			Bachillerato	5
			Carrera Técnica	6
			Licenciatura	7
			Posgrado	8
Abandono de actividad escolar	Motivo por el cual abandona la actividad escolar	Cualitativa nominal	Situación económica	1
			Inicio de actividad laboral	2
			Inicio de consumo	3
			Migración	4
			Inicio de vida conyugal	5
			Otras	6
Motivo de atención psicológica	Motivo por el cual recibe por primera vez atención psicológica	Cualitativa nominal	Problemas de conducta	1
			Consumo de sustancias	2
			Alteraciones del estado de ánimo	3
			Alteraciones sensoriales	4
			Trastornos de ansiedad	5
Antecedentes de atención psiquiátrica	Antecedente de atención psiquiátrica previo a tratamiento residencial	Cualitativa nominal	No cuenta con antecedente de atención psiquiátrica	1
			Si cuenta con antecedente de atención psiquiátrica	2
Motivo de atención psiquiátrica	Motivo por el cual recibe atención psiquiátrica por primera vez	Cualitativa nominal	Problemas de conducta	1
			Consumo de sustancias	2
			Alteraciones del estado de ánimo	3
			Alteraciones sensoriales	4
			Trastornos de ansiedad	5
Antecedente de tratamiento psicofarmacológico	Antecedente de prescripción de psicofármacos	Cualitativa nominal	No cuenta con antecedentes de tratamiento psicofarmacológico	1
			Si cuenta con antecedente de tratamiento psicofarmacológico	2

<b>Variables sociodemográficas y clínicas de usuario residencial</b>				
<b>Variable e instrumento</b>	<b>Definición</b>	<b>Tipo de variable</b>	<b>Codificación</b>	
Tipo de tratamiento psicofarmacológico prescrito	Categoría genérica de tratamientos prescritos previos a tratamiento residencial	Cualitativa nominal	Antidepresivo	1
			Antipsicótico	2
			Tranquilizantes	3
			Anticonvulsivantes	4
			Estimulantes	5
Antecedentes de intento suicida	Registro de antecedente de autolesiones con el objetivo de quitarse la vida	Cualitativa nominal	Si cuenta con antecedentes de suicidio	1
			No cuenta con antecedentes	2
Número de intentos suicidas	Registro del número de intentos de consumir suicidio	Cuantitativa discreta	Número de intentos suicidas	
Modo de intento suicida más reciente	Registro del método de intento suicida más reciente	Cualitativa nominal	Ahorcamiento	1
			Arma de fuego	2
			Objeto punzocortante	3
			Caída	4
			Sobredosis de fármacos	5
Antecedentes de abuso sexual	Registro de antecedente de abuso sexual como froturismo, tocamiento, etc.	Cualitativa nominal	Cuenta con antecedente	1
			No cuenta con antecedente	2
Antecedentes de maltrato físico en la infancia	Registro de maltrato físico descrito como golpes contusos, lesiones con objetos, etc.	Cualitativa nominal	Cuenta con antecedentes	1
			No cuenta con antecedentes	2
Antecedentes de maltrato emocional en la infancia	Registro de maltrato infantil descrito como humillaciones, denigraciones y vejaciones.	Cualitativa nominal	Cuenta con antecedentes	1
			No cuenta con antecedentes	2
<b>Variables sociodemográficas y clínicas de familiares en primer grado de usuario residencial</b>				
<b>Variable e instrumento</b>	<b>Definición</b>	<b>Tipo de variable</b>	<b>Codificación</b>	
Clasificación familiar	Tipo de familia en momento de realización de estudio	Cualitativa ordinal	Familia nuclear	1
			Familia monoparental	2
			Familia compuesta	3
			Familia extensa	4
<b>Madre de usuario residencial</b>				
Edad	Años cumplidos en momento de registro de estudio	Cuantitativa discreta	Edad en años cumplidos	
Escolaridad	Grado de escolaridad cursado en momento de estudio	Cualitativa ordinal	Analfabeta	1
			Primaria incompleta	2
			Primaria completa	3
			Secundaria	4
			Bachillerato	5
			Carrera técnica	6
			Licenciatura	7
			Posgrado	8
Ocupación actual	Registro de actividad laboral en momento de estudio	Cualitativa nominal	Estudiante	1
			Empleada	2
			Autoempleada	3
			Jubilada	4
			Desempleada	5
			Hogar	6

Madre de usuario residencial				
Variable e instrumento	Definición	Tipo de variable	Codificación	
Estado civil	Registro legal de relación sentimental actual	Cualitativa nominal	Soltera Unión libre Casada Separada Divorciada Viuda	1 2 3 4 5 6
Motivo de separación de conyugue	Motivo por el cual madre de usuario se separa de pareja sentimental o cónyuge	Cualitativa nominal	Infidelidad Violencia intrafamiliar Consumo de sustancias Abandono	1 2 3 4
Consumo de tabaco materno	Presencia de consumo de tabaco de madre de usuario residencial	Cualitativa nominal	Si consume tabaco No consume tabaco	1 2
Patrón de consumo de tabaco materno	Número de cigarrillos fumados al día	Cuantitativa discreta	Número de cigarrillos fumados por día	
Consumo de alcohol materno	Presencia de consumo de alcohol de madre de usuario residencial	Cualitativa nominal	Si consume alcohol No consume alcohol	1 2
Patrón de consumo materno de alcohol	Cantidad de consumo de alcohol referido como litros de destilados	Cualitativa ordinal	Sin consumo Consumo de un litro de destilados en los últimos 6 meses Consumo de un litro de destilados en el último mes Consumo de un litro de destilados en la última semana Consumo de más de un litro de destilados en la última semana	0 1 2 3 4
Consumo de sustancias ilícitas maternas	Registro de antecedente de consumo y/o abuso de sustancias	Cualitativa nominal	No cuenta con antecedente de consumo de sustancias Cuenta con antecedentes de consumo de sustancias	1 2
Tipo de sustancia ilícita materna consumida	Registro de sustancia ilícita materna consumida	Cualitativa nominal	Ninguna Cannabis Cocaína Cocaína base Solventes Alucinógenos Opioides Otros	0 1 2 3 4 5 6 7
Consumo materno de benzodiazepínicos	Registro de antecedente o consumo actual de benzodiazepinas	Cualitativa nominal	Si consumo de benzodiazepinas No consumo de benzodiazepinas	1 2
Tipo de benzodiazepina consumida	Registro del tipo de benzodiazepina consumida por madre de usuario residencial	Cualitativa nominal	Clonazepam Alprazolam Bromacepam Lorazepam Diacepam Otras	1 2 3 4 5 6
Antecedentes de atención psicológica materna	Registro de antecedente de atención psicológica de madre de usuario residencial	Cualitativa nominal	Si cuenta con antecedente No cuenta con antecedente	1 2
Antecedentes de atención psiquiátrica materna	Registro de antecedente de atención psiquiátrica de madre de usuario residencial	Cualitativa nominal	Si cuenta con antecedente No cuenta con antecedente	1 2

<b>Madre de usuario residencial</b>				
<b>Variable e instrumento</b>	<b>Definición</b>	<b>Tipo de variable</b>	<b>Codificación</b>	
Antecedentes de atención psiquiátrica materna	Registro de antecedente de atención psiquiátrica de madre de usuario residencial	Cualitativa nominal	Si cuenta con antecedente	1
			No cuenta con antecedente	2
Antecedentes de atención médica materna	Registro de antecedente de atención médica de madre de usuario residencial	Cualitativa nominal	Si cuenta con antecedente	1
			No cuenta con antecedente	2
<b>Padre de usuario residencial</b>				
Edad	Años cumplidos en momento de registro	Cualitativa discreta	Edad en años cumplidos	
Escolaridad	Grado de escolaridad cursa en momento de estudio	Cualitativa ordinal	Analfabeta	1
			Primaria incompleta	2
			Primaria completa	3
			Secundaria	4
			Bachillerato	5
			Carrera técnica	6
			Licenciatura	7
			Posgrado	8
Estado civil	Registro legal de relación sentimental actual	Cualitativa nominal	Soltero	1
			Unión libre	2
			Casado	3
			Separado	4
			Divorciado	5
			Viudo	6
Ocupación actual	Registro de actividad laboral en momento de estudio	Cualitativa nominal	Estudiante	1
			Empleado	2
			Autoempleado	3
			Jubilado	4
			Desempleado	5
			Hogar	6
Consumo de tabaco paterno	Presencia de consumo de tabaco de padre de usuario residencial	Cualitativa nominal	Si consume tabaco	1
			No consume tabaco	2
Patrón de consumo de tabaco paterno	Número de cigarrillos fumados al día	Cuantitativa discreta	Número de cigarrillos fumados por día	
Consumo de alcohol paterno	Presencia de consumo de alcohol de padre de usuario residencial	Cualitativa nominal	Si consume alcohol	1
			No consume alcohol	2
Patrón de consumo paterno de alcohol	Cantidad de consumo de alcohol referido como litros de destilados	Cualitativa ordinal	Sin consumo	0
			Consumo de un litro de destilados en los últimos 6 meses	1
			Consumo de un litro de destilados en el último mes	2
			Consumo de un litro de destilados en la última semana	3
			Consumo de más de un litro de destilados en la última semana	4
Consumo de sustancias ilícitas paterno	Registro de antecedente de consumo y/o abuso de sustancias	Cualitativa nominal	No cuenta con antecedente de consumo de sustancias	1
			Cuenta con antecedentes de consumo de sustancias	2

<b>Padre de usuario residencial</b>				
<b>Variable e instrumento</b>	<b>Definición</b>	<b>Tipo de variable</b>	<b>Codificación</b>	
Tipo de sustancia ilícita paterna consumida	Registro de sustancia ilícita paterna consumida	Cualitativa nominal	Ninguna Cannabis Cocaína Cocaína base Solventes Alucinógenos Opioides Otros	0 1 2 3 4 5 6 7
Consumo paterno de benzodiazepínicos	Registro de antecedente o consumo actual de benzodiazepinas	Cualitativa nominal	Si consumo de benzodiazepinas No consumo de benzodiazepinas	1 2
Tipo de benzodiazepina consumida	Registro del tipo de benzodiazepina consumida por padre de usuario residencial	Cualitativa nominal	Clonazepam Alprazolam Bromacepam Lorazepam Diacepam Otras	1 2 3 4 5 6
Antecedentes de atención psicológica paterna	Registro de antecedente de atención psicológica de padre de usuario residencial	Cualitativa nominal	Si cuenta con antecedente No cuenta con antecedente	1 2
Antecedentes de atención psiquiátrica paterna	Registro de antecedente de atención psiquiátrica de madre de usuario residencial	Cualitativa nominal	Si cuenta con antecedente No cuenta con antecedente	1 2
Antecedentes de atención médica paterna	Registro de antecedente de atención psiquiátrica de madre de usuario residencial	Cualitativa nominal	Si cuenta con antecedente No cuenta con antecedente	1 2
<b>Variables Dependientes: Funcionalidad Familiar</b>				
APGAR FAMILIAR Funcionalidad familiar	Percepción del grado de funcionalidad familiar	Cualitativa ordinal	Funcional Moderadamente disfuncional Altamente disfuncional	1 2 3
FACES III Cohesión familiar	Grado en que los miembros de una familia se interesan por ella, se comprometen y se ayudan mutuamente.	Cualitativa nominal	No relacionada Semirelacionada Relacionada Aglutinada	1 2 3 4
FACES III Adaptabilidad familiar	Habilidad de una familia para ajustarse en su estructura, roles y relaciones ante un estresor	Cualitativa nominal	Rígida Estructurada Flexible Caótica	1 2 3 4
EVENTOS CRÍTICOS Crisis familiar	Eventos estresantes al interior de la familia en los últimos 6 meses	Cualitativa ordinal	No hay crisis Crisis leve Crisis moderada Crisis grave	1 2 3 4



Variables Independientes: Patología Dual				
Variable e instrumento	Definición	Tipo de variable	Codificación	
Entrevista Internacional Neuropsiquiátrica (MINI)  Trastornos psiquiátricos del Eje I	Síndrome caracterizado por una alteración clínicamente significativa del estado cognitivo, emocional o conductual asociado a una discapacidad social, laboral y familiar.	Cualitativa nomina	Trastorno depresivo Trastorno recurrente Trastorno distímico Riesgo suicida Trastorno de ansiedad Trastorno de angustia Agorafobia Fobia social Trastorno estrés Esquizofrenia Bulimia Nerviosa Anorexia Nerviosa Trastorno bipolar Trastorno obsesivo compulsivo	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14
Tiempo de evolución de trastorno del Eje I	Tiempo referido desde la presencia y detección por usuario residencial de los síntomas característicos de un trastorno psiquiátrico.	Cuantitativa discreta	Tiempo referido en meses	
Cuestionario de Personalidad de Salamanca	Patrón de conducta persistente que se desvía notablemente de las expectativas culturales del individuo manifestado en la cognición, afectividad y funcionamiento, genera un malestar significativo en la funcionalidad social, laboral y familiar.	Cualitativo nominal	Paranoide Esquizoide Esquizotípico Histriónico Antisocial Narcisista Inestabilidad emocional impulsivo Inestabilidad emocional límite Dependiente Anancástico Ansioso	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11
Cuestionario de Personalidad de Salamanca	Puntaje obtenido en rasgo de personalidad seleccionado por usuario residencial.	Cuantitativa discreta	Calificación obtenida a partir del punto de corte definido en tres puntos para considerar un rasgo positivo	

<b>VARIABLES INDEPENDIENTES: PATOLOGÍA DUAL</b>				
<b>Variable e instrumento</b>	<b>Definición</b>	<b>Tipo de variable</b>	<b>Codificación</b>	
Consumo de tabaco	Registro de consumo de tabaco por usuario residencial a su ingreso	Cualitativa nominal	Si consume tabaco	1
			No consume tabaco	2
Edad de inicio de consumo de tabaco	Edad en años de inicio de consumo de tabaco por usuario residencial a su ingreso	Cuantitativa discreta	Edad de inicio de consumo de tabaco	
Número de cigarros consumidos	Número de cigarros de tabaco consumido por usuario residencial a su ingreso	Cuantitativa discreta	Número de cigarros consumidos al día	
Tipio de sustancia consumida	Registro del tipo de sustancia consumida por usuario residencial a su ingreso	Cualitativa nominal	Alcohol	1
			Cannabis	2
			Cocaína	3
			Solventes	4
			Estimulantes	5
			Benzodiacepinas	6
Motivo de inicio de consumo de sustancia	Registro del motivo de inicio de consumo de una sustancia por el usuario residencial a su ingreso a unidad residencial	Cualitativa nominal	Socialización	1
			Imitación	2
			Curiosidad	3
			Afrontamiento emocional	4
Patrón de consumo inicial de sustancia seleccionada	Registro de cantidad de consumo inicial aproximada por semana indicada por el usuario residencial a su ingreso	Cualitativa continua	Alcohol: Litros de destilados por semana	
			Cannabis: cigarros estándar (5 gramos) por semana	
			Cocaína: gramos consumidos por semana (1 grapa o papel = ¼ de gramo)	
			Estimulantes: gramos consumidos por semana	
			Solventes: latas de PVC (250ml) consumidos por semana	
			Benzodiacepinas: tabletas consumidas por semana	
Patrón de consumo actual de sustancia seleccionada	Registro de cantidad de consumo actual aproximada por semana previo a ingreso a unidad residencial	Cualitativa continua	Alcohol: Litros de destilados por semana	
			Cannabis: cigarros estándar (5 gramos) por semana	
			Cocaína: gramos consumidos por semana (1 grapa o papel = ¼ de gramo)	
			Estimulantes: gramos consumidos por semana	
			Solventes: latas de PVC (250ml) consumidos por semana	
			Benzodiacepinas: tabletas consumidas por semana	

<b>VARIABLES INDEPENDIENTES: PATOLOGÍA DUAL</b>				
<b>Variable e instrumento</b>	<b>Definición</b>	<b>Tipo de variable</b>	<b>Codificación</b>	
Máximo periodo de abstinencia de sustancia seleccionada	Registro del máximo periodo de tiempo continuo sin consumo de la sustancia seleccionada	Cuantitativa discreta	Meses de abstinencia de consumo de sustancia seleccionada	
Deseo de consumo (craving) de usuario por sustancia seleccionada a su ingreso	Registro del deseo de consumo de sustancia seleccionada a su ingreso a unidad residencial	Cualitativa nominal	Si hay deseo de consumo	1
			No hay deseo de consumo	2
Presencia de síntomas de abstinencia por suspensión de sustancia seleccionada	Registro de presencia de síntomas de abstinencia de sustancia seleccionada	Cualitativa nominal	Si hay síntomas de abstinencia	1
			No hay síntomas de abstinencia	2
Consecuencias derivadas del consumo de sustancia seleccionada	Registro de consecuencias más comúnmente referidas por usuarios residenciales	Cualitativa nominal	Accidentes	1
			Familiares	2
			Penales	3
			Sociales	4
			Otras	5
Policonsumo de sustancias	Registro del consumo de más de dos sustancias seleccionadas en un mismo periodo de tiempo (excepto nicotina)	Cualitativa nominal	Presencia de policonsumo	1
			Sin policonsumo	2
Registro de Patología Dual	Registro del consumo de más de dos sustancias seleccionadas en un mismo periodo de tiempo (excepto nicotina)	Cualitativa nominal	Presencia de policonsumo	1
			Sin policonsumo	2
<b>Indicación de psicofármaco durante estancia residencial</b>				
Indicación de psicofármaco	Registro de psicofármaco indicado posterior a evaluación psiquiatría a su ingreso a unidad residencial	Cualitativa nominal	Indicación de psicofármaco	1
			Sin indicación	2
Indicación de antidepresivo	Registro de antidepresivo indicado posterior a evaluación psiquiátrica a su ingreso a unidad residencial	Cualitativa nominal	Indicación de antidepresivo	1
			Sin indicación	2
Tipo de antidepresivo indicado	Registro de antidepresivo indicado posterior a evaluación psiquiátrica a su ingreso a unidad residencial	Cualitativa nominal	Fluoxetina	1
			Sertralina	2
			Citalopram	3
			Escitalopram	4
			Fluvoxamina	5
			Mirtazapina	6
Indicación de antipsicótico	Registro de antipsicótico indicado posterior a su evaluación psiquiátrica a su ingreso a unidad residencial	Cualitativa nominal	Indicación de antipsicótico	1
			Sin indicación	2
Tipo de antipsicótico indicado	Registro de antipsicótico indicado posterior a evaluación psiquiátrica a su ingreso a unidad residencial	Cualitativa nominal	Olanzapina	1
			Risperidona	2
			Quetiapina	3
			Ziprazidona	4
			Aripiprazol	5
			Haloperidol	6

<b>Indicación de psicofármaco durante estancia residencial</b>				
<b>Variable e instrumento</b>	<b>Definición</b>	<b>Tipo de variable</b>	<b>Codificación</b>	
Indicación de estabilizador del estado de ánimo	Registro de estabilizador del estado de ánimo posterior a su evaluación psiquiátrica a su ingreso a unidad residencial	Cualitativa nominal	Indicación de estabilizador de estado de ánimo	1
			Sin indicación	2
Tipo de estabilizador del estado de ánimo indicado	Registro del tipo de estabilizador del estado de ánimo posterior a su evaluación psiquiátrica a su ingreso a unidad residencial	Cualitativa nominal	Valproato de magnesio	1
			Valproato semisodico	2
			Carbamacepina	3
			Topiramato	4
Indicación de otros psicofármacos	Registro de otros psicofármacos posterior a su evaluación psiquiátrica a su ingreso a unidad residencial	Cualitativa nominal	Hidroxizina	1
			Metilfenifato	2
			Atomoxetina	3
			Zolpidem	4
<b>Evolución de estancia residencial</b>				
Evolución de estancia residencial	Registro de progreso de estancia residencial y baja por alta voluntaria o faltas al reglamento	Cualitativa nominal	Alta voluntaria	1
			Baja por faltas a reglamento	2
			Conclusión de estancia residencial	3

## ▪ HIPOTÉISIS DE TRABAJO

La patología dual es dependiente de la función familiar en usuarios en tratamiento residencial en el Centro Estatal para la Atención Integral a las Adicciones.

## ▪ ANÁLISIS Y RESULTADOS

Los datos obtenidos por medio del cuestionario sociodemográfico y los instrumentos de evaluación propuestos para la evaluación de la funcionalidad familiar, dinámica familiar y crisis familiar, así como patología dual serán registrados y analizados en el programa estadístico SPSS versión 22.

Se analizará distribución de variables de interés a través de medidas de tendencia central (media, mediana y moda) y de dispersión (desviación estándar). Se destacará frecuencia de patología dual en usuarios residenciales de CEAlA, prevalencia de monoconsumo y policonsumo, así como presentación de antecedentes de trastorno psiquiátrico y/o de consumo en familiares de primer grado.

Las principales variables independientes (funcionalidad familiar, dinámica familiar y crisis familiar) y la variable dependiente (patología dual) serán relacionadas por medio de análisis bivariado para establecer la dependencia entre variables independientes y la variable dependiente (patología dual) por medio de prueba de hipótesis estadística Chi cuadrada y t Student al 95%.

Se aplicará razón de momios e intervalos de confianza al 95% para las variables de interés y con asociación positiva, además, se evaluará la relación entre antecedentes familiares y patología dual en familiares de primer grado y la patología dual en usuarios en tratamiento residencial en CEAIA.

#### ▪ ASPECTOS ÉTICOS

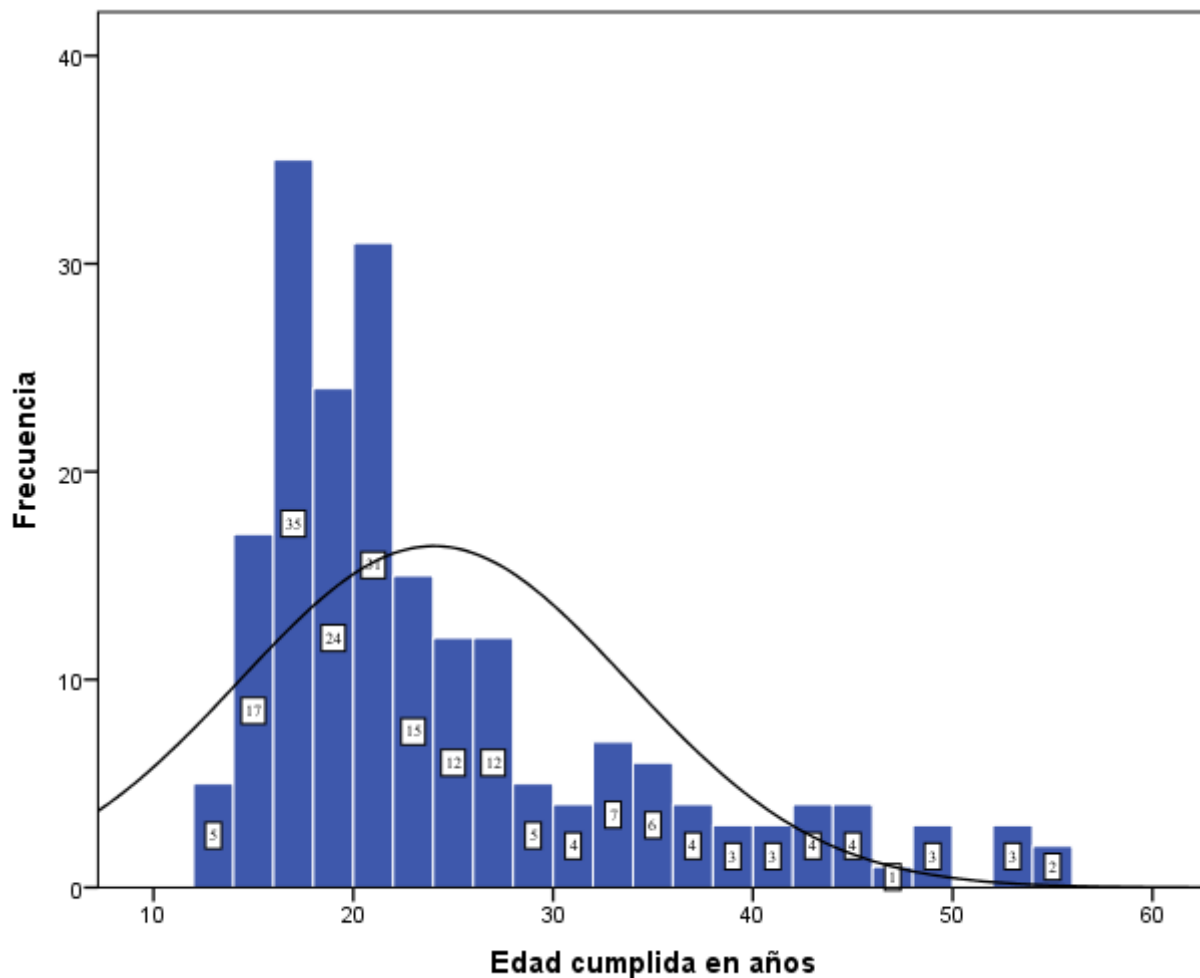
Los procedimientos se planearán de acuerdo a lo estipulado en el Reglamento de la Ley General de Salud en materia de investigación para la salud, Título segundo, Capítulo primero, Artículo 17, Sección 1; investigación sin riesgos.

Las técnicas empleadas y métodos de investigación no implican la realización de ninguna intervención o modificación intencionada en las variables fisiológicas, psicológicas y sociales de los individuos que participarán en el estudio, ya que los instrumentos empleados para la recolección de datos son cuestionarios autoaplicables, entrevistas estructuradas y revisión del expediente clínico.

▪ **RESULTADOS**

- Características sociodemográficas de los usuarios en estancia residencial

El total de las observaciones recabadas desde octubre del año 2014 a octubre del 2015 fue de 200 usuarios en estancia residencial en el Centro Estatal para la Atención Integral de las Adicciones (CEAIA), el 84.0% de la población que ingreso para tratamiento residencial estuvo representada por varones, la edad promedio de los residentes fue de 24.03 años con una desviación estándar de 9.717 años, una edad mínima de 13 años y máxima de 55 años.



**Figura 1.** Edad en años cumplidos de usuarios en estancia residencial en el Centro Estatal para la Atención Integral de las Adicciones

Fuente: Funcionalidad familiar y patología dual en usuarios residenciales en Centro Estatal para la Atención Integral de las Adicciones, Hidalgo, 2015

En relación a los antecedentes sociodemográficos de los usuarios en estancia residencial en CEAIA, el 64.5% de la muestra se encontraba soltero en el momento de su ingreso a la unidad residencial, el 13.5% en unión libre, el 16.0% separado, el 4.7% se estaba casado, el 1.0% divorciado y sólo el 0.5% viudo en el momento del estudio.

Respecto a la escolaridad, el 50.5% de los participantes contaban con un máximo nivel de estudios de secundaria, el 23.5% de los usuarios refirieron sólo tener primaria completa, seguido por el 17.5% que contaban con bachillerato completo, 3.5% refirió no concluir la primaria, el 3.8% indicaron contar con licenciatura concluida y sólo el 0.5% contaban con un nivel de posgrado.

La principal causa de abandono de la actividad escolar fue el inicio de consumo de sustancias en el 53% de la población seguido del inicio de actividad laboral en el 16.5%, el bajo rendimiento académico y la expulsión por alteraciones de la conducta en el plantel escolar representó el 8.0% respectivamente. La edad media de abandono escolar fue a los 16.36 años con una edad mínima de abandono escolar a los 7 años y una máxima de 35 años.

Escolaridad en usuarios residenciales en el CEAIA					
Escolaridad		Motivo de abandono escolar	Porcentaje	Edad de abandono escolar (años)	
Grado escolar	Porcentaje	Bajos recursos económicos	4.0	Media	16.36
Analfabeta	1.0	Inicio de actividad laboral	16.5		
Primaria incompleta	3.5	Inicio de consumo de sustancias	53.0		
Primaria	23.5	Bajo rendimiento escolar	8.40	DE	3.593
Secundaria	50.5	Expulsión por conducta	8.00		
Bachillerato	17.5	Inicio de vida conyugal	7.00	Mínimo	7.00
Carrera técnica	0.5				
Licenciatura	3.0	Migración	1.50	Máximo	35.00
Posgrado	0.5	Otras	3.60		

**Tabla 1.** Nivel de escolaridad, motivo de abandono escolar y edad de abandono de actividad escolar en usuarios residenciales del Centro Estatal para la Atención Integral de las Adicciones.

Fuente: Funcionalidad familiar y patología dual en usuarios residenciales en Centro Estatal para la Atención Integral de las Adicciones, Hidalgo, 2015

La edad promedio de inicio de la actividad laboral en usuarios residenciales durante el lapso de estudio fue de 14.89 años, no obstante, el 62.5% de los usuarios se encontraban desempleados, 15.5% contaban con empleo, el 13.5% generaban sus propios ingresos y sólo el 8.5% cursaban un grado escolar en el momento de su ingreso.

El promedio de tiempo sin desempeño laboral en usuarios residenciales fue de 4.26 meses, el 61.0% de los usuarios abandonaron su actividad laboral debido al consumo de sustancias y el 39.0% por iniciar tratamiento residencial.

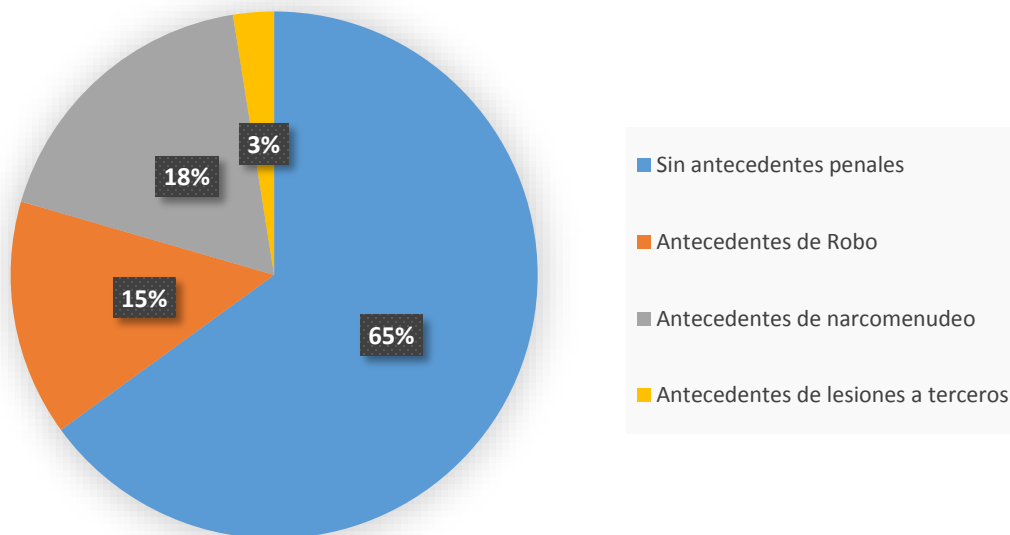
Actividad laboral en usuarios residenciales en el CEAIA						
Actividad laboral	Porcentaje	Motivo de abandono de actividad laboral	Porcentaje	Edad de inicio de actividad labora (años)		Tiempo de desempleo (meses)
				Media		
Estudiante	8.5	Tratamiento residencial	39.0	DE	2.981	8.079
Empleado	15.5			Mínimo	6.00	1.00
Autoempleado	13.6			Máximo	28.0	72.0
Desempleado	62.5	Consumo de sustancias	61.0			

**Tabla 2.** Actividad laboral actual, motivo de abandono y edad de inicio de actividad laboral y tiempo de desempleo en usuarios residenciales a su ingreso Centro Estatal para la Atención Integral de las Adicciones.

Fuente: Funcionalidad familiar y patología dual en usuarios residenciales en Centro Estatal para la Atención Integral de las Adicciones, Hidalgo, 2015

El 35.0% de los usuarios residenciales contaba con antecedentes penales a su ingreso al CEAIA, de este total, 41.1% refirió presentar antecedentes por robo, el 51.4% indico se procesado por narcomenudeo y el 7.2% contaban con el antecedente de lesiones a terceras personas.

### Antecedentes penales de usuarios residenciales del CEAIA



**Figura 2.** Tipos de antecedentes penales en usuarios residenciales en el Centro Estatal para la Atención Integral de las Adicciones

Fuente: Funcionalidad familiar y patología dual en usuarios residenciales en Centro Estatal para la Atención Integral de las Adicciones, Hidalgo, 2015



Sólo el 18.5% de los usuarios en estancia residencial refirieron el antecedente de un internamiento previo en un Centro Residencial de Ayuda-Mutua para la Atención de las Adicciones (“anexo”), de este total, el 61.2% de los participantes contaron con en el antecedente de estancia en un anexo, el 22.6% contó con dos internamientos y sólo el 2.7% tuvo un total de diez internamientos previos a su ingreso al CEAIA

Antecedentes de estancia en grupo de ayuda mutua (anexo)				
Sin antecedentes	81.5%	Porcentaje	Tiempo de estancia promedio	Porcentaje
Antecedentes	18.5%			
Un internamiento		61.2	Un mes	2.5
Dos internamientos		22.8	Dos meses	2.0
Tres internamientos		2.7	Tres meses	8.5
Cuatro internamientos		2.7	Cuatro meses	1.5
Seis internamientos		2.7	Cinco meses	1.0
Siete internamientos		2.7	Seis meses	1.0
Nueve internamientos		2.7	Ocho meses	0.5
Diez internamientos		2.7	Doce meses	1.5

**Figura 3.** Antecedente estancia en Centro de Residencial de Ayuda Mutua para la Atención a las Adicciones: total de internamientos y tiempo de estancia promedio de usuarios residenciales en Centro Estatal para la Atención Integral de las Adicciones.

Fuente: Funcionalidad familiar y patología dual en usuarios residenciales en Centro Estatal para la Atención Integral de las Adicciones, Hidalgo, 2015

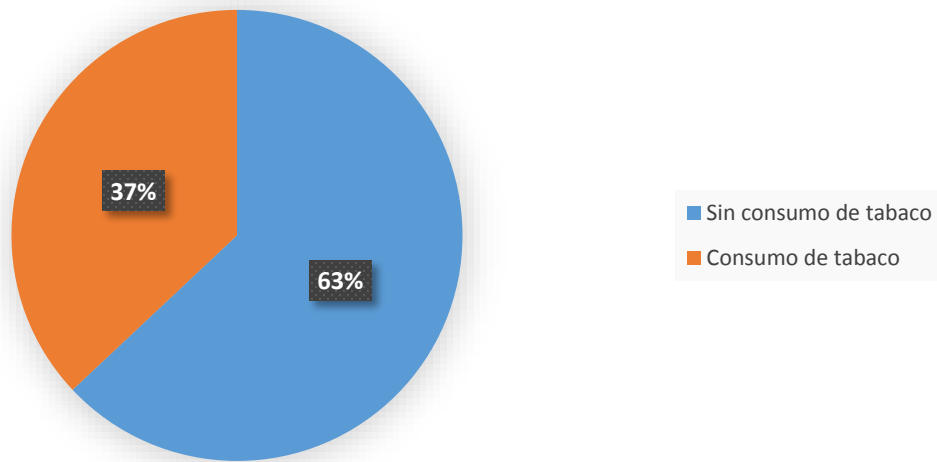
- Perfil del consumo de sustancias en usuarios residenciales en el Centro Estatal para la Atención Integral de las Adicciones.

a) Consumo de tabaco en usuarios residenciales

El consumo de tabaco estuvo presente en el 63% de los usuarios residenciales del Centro Estatal para la Atención Integral de las Adicciones, la edad promedio de inicio de consumo de tabaco fue a 14.78 años con una desviación estándar de 4.605 años, se indicó, asimismo, una edad mínima de inicio de 8 años y una edad máxima de 45 años, la edad con más común de inicio de consumo de tabaco fue a la edad de 15 años.

Se reportó por los usuarios en estancia residencial un consumo, que el 8.5% de los consumidores de tabaco fumaban en promedio tres cigarros al día, el 8% cinco cigarros al día, el 6.5% diez cigarros al día y sólo el 1.0% indicó consumir hasta 40 cigarros diariamente.

### Consumo de tabaco en usuarios residenciales en el CEAIA



**Figura 4.** Prevalencia de consumo de tabaco en usuarios residenciales en el Centro Estatal para la Atención Integral de las Adicciones.

Fuente: Funcionalidad familiar y patología dual en usuarios residenciales en Centro Estatal para la Atención Integral de las Adicciones, Hidalgo, 2015

El consumo promedio de cigarros por día de los usuarios residenciales al momento de su ingreso fue de 6.78 cigarros con una desviación estándar de 7.176 cigarros por día, un consumo mínimo de un cigarro al día y máximo de 40 cigarros al día. La cantidad de cigarros más consumida al día por los usuarios residenciales fue de 10 cigarros en el momento de su ingreso.

Consumo de tabaco en usuarios residenciales del CEAIA		
Frecuencias	Edad de inicio de consumo de tabaco (años)	Número de cigarros consumidos al día (cigarros/día)
Media	14.78	6.78
Desviación estándar	4.605	7.176
Mínimo	8.00	1.00
Máximo	45.00	40.00

**Tabla 3.** Edad de inicio de consumo de tabaco y número de cigarros consumidos por día en usuarios residenciales previo a su ingreso al Centro Estatal para la Atención integral de las Adicciones.

Fuente: Funcionalidad familiar y patología dual en usuarios residenciales en Centro Estatal para la Atención Integral de las Adicciones, Hidalgo, 2015

## b) Consumo de alcohol en usuarios residenciales

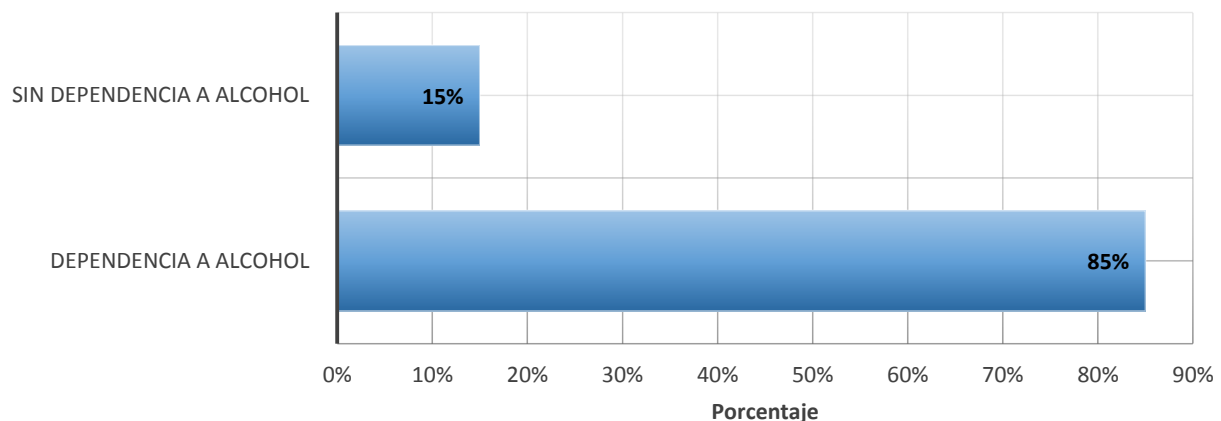
El 85.0% de los usuarios residenciales cumplieron los criterios de dependencia a etanol al ser evaluados a su ingreso al Centro Estatal para la Atención Integral de las Adicciones.

El 59.5% de los usuarios inicio el consumo de alcohol motivado por la socialización con sus pares, el 13.0% lo realizó por imitación, el 9% por curiosidad y sólo en 3.5% indicó iniciar el consumo de alcohol por afrontamiento emocional derivado de estresores vitales cotidianos.

El 72.35% de los usuarios a quienes se les estableció diagnóstico de dependencia a etanol refirió deseo de consumo (craving) de alcohol a su ingreso a unidad residencial.

El 12.35% presentó síntomas de abstinencia por supresión etflica a su ingreso a la unidad residencial, manifestados por temblor distal fino, diaforesis, palpitaciones, taquicardia, así como hipertensión arterial reactiva.

### Dependencia a alcohol en usuarios residencial del CEAIA



**Figura 5.** Prevalencia de dependencia al alcohol en usuarios residenciales en el Centro Estatal para la Atención Integral de las Adicciones.

Fuente: Funcionalidad familiar y patología dual en usuarios residenciales en Centro Estatal para la Atención Integral de las Adicciones, Hidalgo, 2015

El 88.4% de los usuarios tuvieron repercusiones negativas en la dinámica de su familia debido a la dependencia al alcohol, el 5.8% indicaron repercusiones negativas en sus redes sociales referidas

como abandono por pares durante su consumo de alcohol, el 2.9% señaló sufrir un accidente automovilístico durante su consumo y el 2.9% tuvo consecuencias penales.

El promedio de edad para iniciar el consumo de etanol fue a los 14.62 años con una desviación estándar de 2.608 años.

Consumo de alcohol en usuarios residenciales del CEAIA							
Motivo de inicio de consumo		Deseo por consumo de alcohol a su ingreso		Síntomas de abstinencia en ingreso		Consecuencias negativas	
Sin consumo de alcohol	15.0%						
Consumo de alcohol	85.0%						
Socialización	59.5%	Presencia	72.3%	Abstinencia	12.3%	Accidentes	2.9%
Imitación	13.0%					Familiares	88.4%
Curiosidad	9.0%	Ausencia	27.7%	Sin abstinencia	87.7%	Penales	2.9%
Afrontamiento	3.5%					Sociales	5.8%

**Tabla 4.** Motivo de inicio de consumo, presencia de deseo de consumo de alcohol y síntomas de abstinencia por supresión etífica en el momento de ingreso en usuarios residenciales del Centro Estatal para la Atención Integral de las Adicciones.

Fuente: Funcionalidad familiar y patología dual en usuarios residenciales en Centro Estatal para la Atención Integral de las Adicciones, Hidalgo, 2015

La edad más común para iniciar el consumo de etanol fue a los 15 años, se refirió, asimismo, una edad mínima de 8 años y una edad máxima de 29 años para el inicio de consumo de alcohol.

La media de tiempo de consumo de etanol, desde el inicio su ingesta fue de 116.91 meses (9.74 años), el lapso de tiempo más frecuente de consumo en los usuarios residenciales fue de 42 meses (3.5 años), con un periodo mínimo de tiempo de consumo de 6 meses y un máximo de 480 meses (40 años) y una desviación estándar de 107.346 meses (8.94 años).

El periodo promedio de abstinencia continua fue de 5.53 meses en el momento de su ingreso a su internamiento a la unidad residencial, el lapso de tiempo continuo más común de abstinencia fue de sólo un mes, el periodo de abstinencia continua mínima de fue de cero meses, debido a que el periodo máximo de abstinencia registrado por los usuarios no llegaron a completar un mes de abstinencia continua y el máximo periodo fue de 156 meses (13 años). El consumo promedio inicial de alcohol fue de 0.897 litros de destilados por semana y la media final de consumo, ingesta de alcohol actual a su ingreso a unidad residencial, fue de 3.535 litros por semana, el consumo inicial

mínimo de etanol fue de medio litro de destilados por semana y el inicial máximo de 7 litros por semana, en cambio, el mínimo final de ingesta de etanol en el momento de su ingreso a la unidad residencial fue de medio litro de destilados y un máximo de 40 litros por semana. El consumo de alcohol más común en la muestra fue de un litro de destilados al día.

Edad de inicio, tiempo y patrón de consumo de etanol en usuarios residencial del CEAIA					
Frecuencias	Edad de inicio de consumo (años)	Tiempo de consumo (meses)	Patrón inicial de consumo (litros destilados/semana)	Patrón actual de consumo (litros destilados/semana)	Máximo periodo de abstinencia (meses)
Media	14.62	116.91	0.897	3.535	5.53
Moda	15.00	48.00	0.500	1.000	0.00
DE	2.608	107.461	1.0013	4.717	16.813
Mínimo	8.00	6.00	0.500	0.500	0.00
Máximo	29.00	480.00	7.000	42.00	156.00

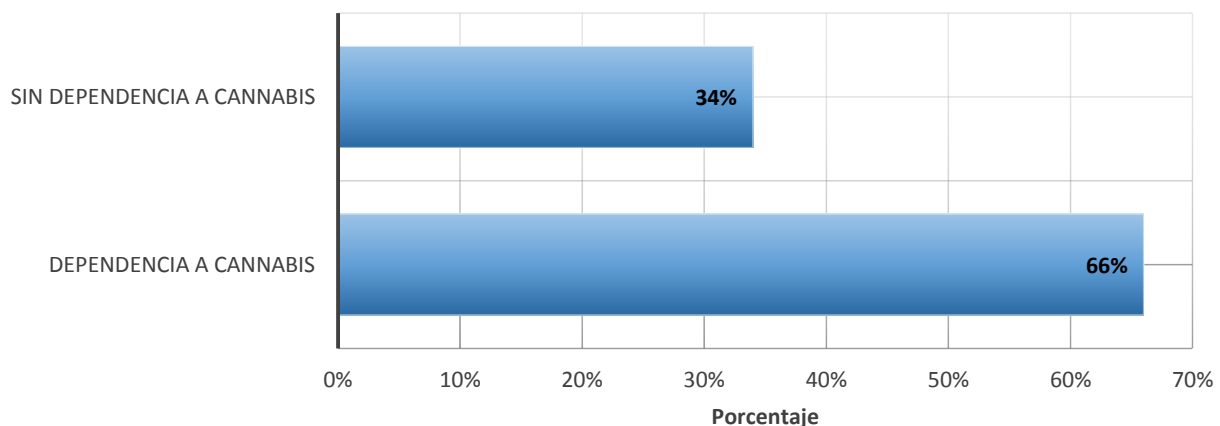
**Tabla 5.** Edad de inicio de consumo de etanol en años cumplidos, tiempo de consumo, patrón inicial y patrón final de consumo y máximo periodo de abstinencia de usuarios residenciales a su ingreso al Centro Estatal para la Atención integral de las Adicciones.

Fuente: Funcionalidad familiar y patología dual en usuarios residenciales en Centro Estatal para la Atención Integral de las Adicciones, Hidalgo, 2015

c) Consumo de cannabis en usuarios residenciales

El cannabis fue la segunda sustancia de mayor consumo referida por los usuarios residenciales, el 66.0% de los usuarios cumplieron con los criterios de dependencia a esta sustancia.

**Dependencia a cannabinoides en usuarios residenciales del CEAIA**



**Figura 6.** Prevalencia de dependencia a cannabis de usuarios residenciales en el Centro Estatal para la Atención Integral de las Adicciones.

Fuente: Funcionalidad familiar y patología dual en usuarios residenciales en Centro Estatal para la Atención Integral de las Adicciones, Hidalgo, 2015

La edad promedio de inicio de consumo de cannabis en los usuarios en estancia residencial en el CEAIA fue a los 14.84 años.

Del 66% de los usuarios que cumplieron con los criterios para dependencia a cannabis en el momento de su ingreso a la unidad residencial, el 64.3% de ellos refirió como principal motivo de consumo la socialización con sus pares, el 18.9% de los consumidores de cannabis refirieron iniciar su consumo motivados por la curiosidad, el 10.6% lo hicieron por imitación de sus pares y sólo el 6.2% iniciaron a consumir cannabis por afrontamiento emocional de estresores vitales cotidianos.

En el momento a su ingreso a la unidad residencial, el 93.9% de los consumidores refirió deseos de consumir cannabis (craving) y el 61.3% presentaron síntomas de abstinencia.

El 83.3% los consumidores de cannabis indicaron consecuencias negativas en sus familiares relacionadas con el consumo de cannabis, el 15.2% señalaron contar con una orden judicial para su internamiento en el CEAIA por ser detenidos por la policía acusados de narcomenudeo y declarados como adictos, 0.7% refirió consecuencias sociales negativas por el consumo de cannabis manifestadas como pérdida de actividad laboral y el 0.7% estuvo involucrado en un accidente automovilístico por intoxicación con cannabinoides.

Consumo de cannabis en usuarios residenciales del CEAIA							
Motivo de inicio de consumo		Deseo por consumo de cannabis a su ingreso		Síntomas de abstinencia por cannabis en ingreso		Consecuencias negativas por consumo de cannabis	
Sin consumo de cannabis	34.0%						
Consumo de cannabis	66.0%						
Socialización	64.3%	Presencia	93.9%	Con Abstinencia	61.3%	Accidentes	0.7%
Imitación	10.6%					Familiares	83.3%
Curiosidad	18.9%					Penales	15.2%
Afrontamiento	6.2%	Ausencia	6.1%	Sin abstinencia	38.7%	Sociales	0.7%

**Tabla 6.** Motivo de inicio consumo de cannabis, presencia de deseo de consumo y síntomas de abstinencia a su ingreso y consecuencias negativas derivadas del consumo de cannabis a su ingreso a estancia residencial en el Centro Estatal para la Atención integral de las Adicciones.

Fuente: Funcionalidad familiar y patología dual en usuarios residenciales en Centro Estatal para la Atención Integral de las Adicciones, Hidalgo,

El promedio de tiempo de consumo de cannabis en los usuarios en estancia residencial reportado a su ingreso fue de 61.93 meses (5.16 años), el lapso de tiempo más común de consumo fue de 24

meses (2 años), con un periodo mínimo de consumo de un mes y un periodo máximo de consumo de cannabis de 372 meses (31 años) y una desviación estándar de 70.916 meses de consumo de cannabis (5.9 años).

La media de tiempo continuo de abstinencia referido por los usuarios en estancia residencial fue de 3.11 meses, con un periodo mínimo de abstinencia de cero meses y un periodo máximo de 108 meses (9 años) y una desviación estándar de 9.905 meses de abstinencia continua.

El promedio inicial de consumo de cannabis indicado por los usuarios a su ingreso fue de 5.24 cigarros por semana, la cantidad de consumo inicial más común registrada fue de un cigarro de cannabis por semana y el máximo consumo inicial de cannabis fue de 140 cigarros por semana (20 cigarros por semana) y la desviación estándar de consumo inicial fue de 13.240 cigarros por semana.

El consumo actual promedio de los usuarios a su ingreso a estancia residencial fue de 21.652 cigarros de cannabis por semana, el consumo mínimo actual reportado fue de un cigarro de cannabis por semana y el consumo máximo fue de 100 cigarros de cannabis por semana (14 cigarros al día) con una desviación estándar de 15.521 cigarros por semana.

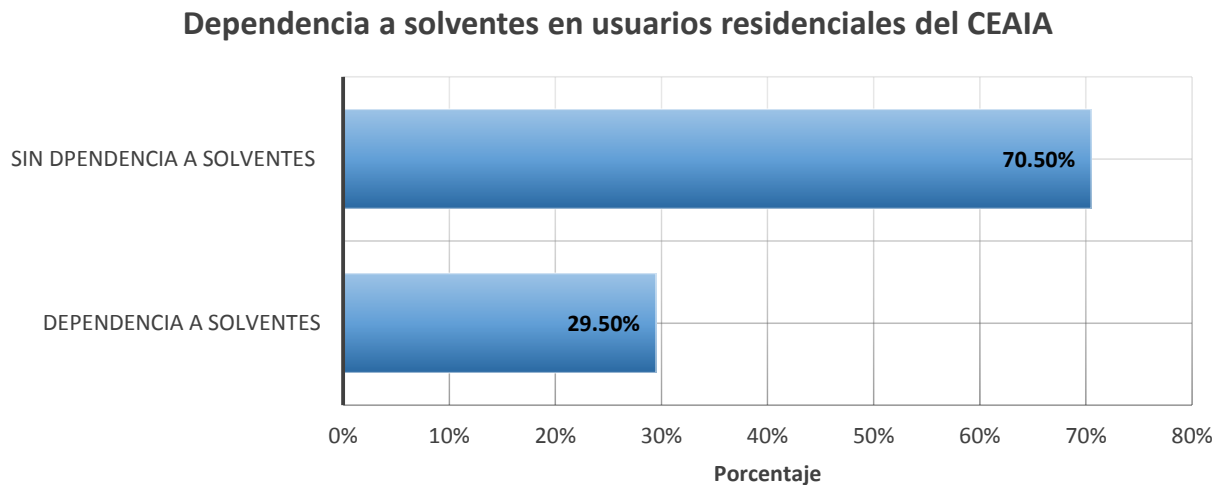
Edad de inicio, tiempo y patrón de consumo de cannabis en usuarios residencial del CEAIA					
Frecuencias	Edad de inicio de consumo (años)	Tiempo de consumo (meses)	Patrón inicial de consumo (cigarros/semana)	Patrón actual de consumo (cigarros/semana)	Máximo periodo de abstinencia (meses)
<b>Media</b>	14.84	61.93	5.24	21.65	3.11
<b>Moda</b>	15.00	24.00	1.00	21.00	0.00
<b>DE</b>	2.281	70.916	13.240	15.521	9.905
<b>Mínimo</b>	10.00	1.00	0.500	1.00	0.00
<b>Máximo</b>	25.00	372.00	140.0	100.00	108.00

**Tabla 7.** Edad de inicio de consumo de cannabis en años cumplidos, tiempo, patrón inicial y patrón final de consumo y máximo periodo de abstinencia en usuarios residenciales a su ingreso al Centro Estatal para la Atención integral de las Adicciones

Fuente: Funcionalidad familiar y patología dual en usuarios residenciales en Centro Estatal para la Atención Integral de las Adicciones, Hidalgo, 2015.

d) Consumo de solventes volátiles en usuarios residenciales

La tercera sustancia de consumo más prevalente en los usuarios en estancia residencial en el CEAIA fueron los solventes volátiles con una prevalencia del 29.5%.



**Figura 7.** Prevalencia de dependencia a solventes en usuarios residenciales en el Centro Estatal para la Atención Integral de las Adicciones.

Fuente: Funcionalidad familiar y patología dual en usuarios residenciales en Centro Estatal para la Atención Integral de las Adicciones, Hidalgo, 2015

Del 29.5% de los usuarios con diagnóstico para dependencia a solventes volátiles a su ingreso a la unidad residencial, el 64.4% refirió iniciar el consumo de solventes motivado por la socialización con sus pares, el 20.5% indicó su comienzo de consumo por imitación de sus pares, el 8.4% para afrontar emocionalmente los estresores vitales diarios y el 6.7% inicio su consumo motivado por curiosidad.

El 76.2% de los usuarios con dependencia a solventes volátiles al ser evaluados a su ingreso para estancia residencial refirió deseo de consumo de solventes y el 1.6% indicó presencia de síntomas de abstinencia posterior a la suspensión de consumo de solventes volátiles a su ingreso al CEAIA.

El 93.2% de los usuarios que contaban con el diagnóstico de a solventes volátiles indicaron tener consecuencias negativas en el ámbito familiar derivadas del consumo de solventes, el 5.0% en el ámbito social manifestado como pérdida de su actividad laboral o escolar y sólo el 1.6% refirió sufrir un accidente secundario a consumo de solventes.



La edad de inicio promedio de consumo de solventes volátiles fue a la edad de 16.37 años con una desviación estándar de 4.437 años cumplidos.

Dependencia a solventes en usuarios residenciales del CEAIA							
Motivo de inicio de consumo		Deseo por consumo de solventes volátiles a su ingreso		Síntomas de abstinencia en ingreso		Consecuencias negativas	
Sin consumo de solventes	71.8%						
Con consumo de solventes	28.2%						
Socialización	64.4%	Presencia	76.2%	Abstinencia	1.6%	Accidentes	1.6%
Imitación	20.5%					Familiares	93.4%
Curiosidad	6.7%	Sin presencia	23.8%	Sin abstinencia	98.4%	Penales	0.0%
Afrontamiento	8.4%					Sociales	5.0%

**Tabla 8.** Motivo de inicio consumo de solventes volátiles, presencia de deseo de consumo y síntomas de abstinencia a su ingreso y consecuencias negativas derivadas del consumo de cannabis a su ingreso a estancia residencial en el Centro Estatal para la Atención integral de las Adicciones.

Fuente: Funcionalidad familiar y patología dual en usuarios residenciales en Centro Estatal para la Atención Integral de las Adicciones, Hidalgo, 2015.

La edad más común de inicio para el consumo de solventes en usuarios residenciales fue los 16 años, la edad mínima de inicio de consumo de solventes fue a 11 años y la edad máxima de inicio de consumo de solventes fue a la edad de los 32 años. El tiempo promedio de evolución de consumo de solventes de los usuarios a su ingreso a la unidad residencial fue de 40.66 meses (3.38 años), el tiempo de consumo mínimo fue de un mes y el periodo de tiempo de consumo máximo de solventes volátiles fue de 348 meses (29 años). Se calculó una desviación estándar de 61.479 meses (5.12 años) de consumo de solventes.

El patrón promedio de consumo inicial solventes volátiles referido por los usuarios residenciales en el CEAIA fue de 1.017 latas de solventes de 250 gramos por semana, el consumo mínimo de solventes por semana reportado fue de 0.5 latas de solventes por semana y un consumo máximo inicial de 7 latas de solvente a la semana (una lata por día), la cantidad más común solventes consumida fue de 0.5 latas de solvente por semana y una desviación estándar de 1.021 latas de solventes consumidas por semana. El patrón actual de consumo de solventes volátiles a su ingreso a estancia residencial fue de 3.169 latas de solventes de 250 gramos por semana, la cantidad mínima consumida por semana fue de 0.5 latas de solventes por semana y máximo consumo por semana

fue de 14 latas por semana. La cantidad más común de solventes volátiles consumidos fue de una lata por semana y una desviación estándar 3.274 latas consumidas por semana en el momento de su ingreso. Se indicó un periodo promedio de abstinencia de 5.29 meses, un periodo mínimo de abstinencia que no completaba la totalidad de un mes y un periodo máximo de abstinencia continuo de 72 meses (6 años) con una desviación estándar de 12.357 meses.

Edad de inicio, tiempo y patrón de consumo de solventes volátiles en usuarios residencial del CEAIA					
Frecuencias	Edad de inicio de consumo (años)	Tiempo de consumo (meses)	Patrón inicial de consumo (latas/semana)	Patrón actual de consumo (latas/semana)	Máximo periodo de abstinencia (meses)
Media	15.00	40.66	1.017	3.169	5.29
DE	4.437	61.469	1.021	3.274	12.357
Mínimo	11.00	1.00	0.500	0.500	0.00
Máximo	32.00	348.00	7.000	14.00	72.00

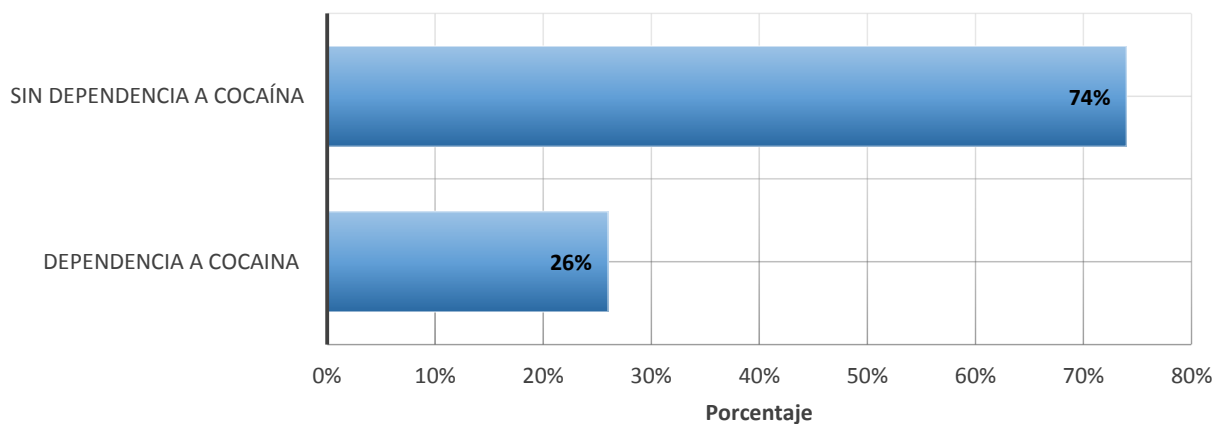
**Tabla 9.** Edad de inicio de consumo de solventes volátiles en años cumplidos, tiempo, patrón inicial y patrón final de consumo y máximo periodo de abstinencia en usuarios residenciales a su ingreso al Centro Estatal para la Atención integral de las Adicciones

Fuente: Funcionalidad familiar y patología dual en usuarios residenciales en Centro Estatal para la Atención Integral de las Adicciones, Hidalgo, 2015.

e) Consumo de cocaína en usuarios residenciales

La prevalencia de dependencia a cocaína, en su modalidad de tipo clorhidrato de cocaína y cocaína base comprendió el 26.0% de los usuarios en estancia residencial y fue la cuarta sustancia consumida por usuarios residenciales.

**Dependencia a cocaína en usuarios residenciales del CEAIA**



**Figura 8.** Prevalencia de dependencia a cocaína en usuarios residenciales en el Centro Estatal para la Atención Integral de las Adicciones.

Fuente: Funcionalidad familiar y patología dual en usuarios residenciales en Centro Estatal para la Atención Integral de las Adicciones, Hidalgo, 2015

El principal motivo de consumo fue la socialización con pares, a continuación se indicó la imitación en un 8.2% y finalmente el 4.1% inicio consumo motivado por el afrontamiento emocional.

Del total de usuarios que cursaron con el diagnóstico de dependencia a cocaína, el 74.8% refirieron deseo de consumo (craving) a su ingreso a unidad residencial, el 4.2% presentó síntomas de abstinencia y el 87.6% de los usuarios indicaron consecuencias familiares derivadas del consumo de cocaína.

El 8.2% de los usuarios que indicaron dependencia a cocaína contaban con antecedentes penales y el 4.2% con consecuencia sociales derivadas del consumo.

Dependencia a cocaína en usuarios residenciales del CEAIA							
Motivo de inicio de consumo		Deseo por consumo de cocaína a su ingreso		Síntomas de abstinencia en ingreso		Consecuencias negativas	
Sin consumo de cocaína	78.2%						
Con consumo de cocaína	21.8%						
Socialización	87.6%	Presencia	74.8%	Abstinencia	4.2%	Accidentes	0.0%
Imitación	8.2%					Familiares	87.6%
Curiosidad	0.0%	Ausencia	25.2%	Sin abstinencia	95.8%	Penales	8.2%
Afrontamiento	4.1%					Sociales	4.2%

**Tabla 10.** Motivo de inicio consumo de cocaína, presencia de deseo de consumo y síntomas de abstinencia a su ingreso y consecuencias negativas derivadas del consumo de cannabis a su ingreso a estancia residencial en el Centro Estatal para la Atención integral de las Adicciones.

Fuente: Funcionalidad familiar y patología dual en usuarios residenciales en Centro Estatal para la Atención Integral de las Adicciones, Hidalgo, 2015.

La edad promedio de inicio de consumo de cocaína en usuarios residenciales fue de 18.69 años con una desviación estándar de 4.596 años, una edad mínima de inicio de consumo de cocaína de 12 años y una edad máxima de 40 años, la edad más común de inicio de consumo fue a los 18.50 años.

El tiempo promedio de consumo de cocaína fue de 61.46 meses (5.12 años) con una desviación estándar de 65.626 (5.48 años), un mínimo de tiempo de consumo de un mes y un máximo de 256 meses (21.3 años)

El patrón inicial promedio de consumo fue de 1.894 gramos de cocaína a la semana con una desviación estándar de 5.593 gramos por semana, el consumo mínimo inicial fue de medio gramo

por semana y el máximo consumo inicial por semana de 21 gramos y el consumo inicial más común en usuarios residenciales fue de 0.5 gramos de cocaína a la semana.

El patrón actual de cocaína reportado por los usuarios con diagnóstico de dependencia al momento de su ingreso a estancia residencial fue de 5.577 gramos de cocaína por semana con desviación estándar de 5.650 gramos por semana, un consumo mínimo de medio gramo y un consumo máximo de 28 gramos por semana.

El máximo periodo de abstinencia continuo en usuarios con diagnóstico de dependencia a cocaína fue de 8.04 meses con una desviación estándar de 13.916 meses (1.15 años).

Edad de inicio, tiempo y patrón de consumo de cocaína en usuarios residencial del CEAIA					
Frecuencias	Edad de inicio de consumo (años)	Tiempo de consumo (meses)	Patrón inicial de consumo (gramos/semana)	Patrón actual de consumo (gramos/semana)	Máximo periodo de abstinencia (meses)
Media	18.69	61.49	1.894	5.577	8.04
DE	4.596	65.626	5.593	5.650	13.966
Mínimo	12.00	1.00	0.50	0.50	0.00
Máximo	40.00	256.00	21.00	28.00	60.00

**Tabla 11.** Edad de inicio de consumo de cocaína en años cumplidos, tiempo, patrón inicial y patrón final de consumo y máximo periodo de abstinencia en usuarios residenciales a su ingreso al Centro Estatal para la Atención integral de las Adicciones.

Fuente: Funcionalidad familiar y patología dual en usuarios residenciales en Centro Estatal para la Atención Integral de las Adicciones, Hidalgo, 2015.

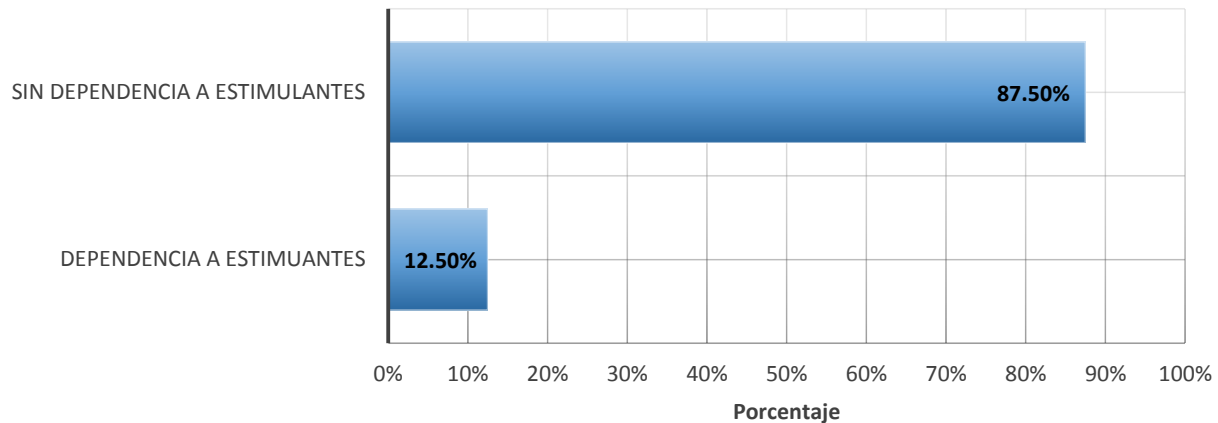
#### f) Consumo de estimulantes en usuarios residenciales

Los estimulantes comprendieron la quinta sustancia más frecuentemente consumida por los usuarios residenciales del CEAIA.

El 12.5% de los residentes a su ingreso cumplió con los criterios diagnósticos de dependencia a estimulantes (anfetaminas y metanfetaminas).

La edad promedio de inicio de consumo de estimulantes en usuarios en estancia residencial fue a los 17.46 años con una desviación estándar de 2.943 años, la edad mínima de inicio de consumo fue de 13 años y la máxima edad de inicio de consumo de 40 años. La edad promedio de inicio de consumo en usuarios en estancia residencial fue de 17.50 años.

### Dependencia a estimulantes en usuarios residenciales del CEAIA



**Figura 9.** Prevalencia de dependencia a estimulantes en usuarios residenciales en el Centro Estatal para la Atención Integral de las Adicciones.

Fuente: Funcionalidad familiar y patología dual en usuarios residenciales en Centro Estatal para la Atención Integral de las Adicciones, Hidalgo, 2015

El principal motivo de inicio de consumo en usuarios en estancia residencial con diagnóstico de dependencia a estimulantes fue la socialización con pares en el 78%, seguido por la imitación de los pares en el 17% y el 5% estuvo motivado por la curiosidad.

Los usuarios que cumplieron los criterios para dependencia a estimulantes refirieron a su ingreso a estancia residencial deseos de consumo (craving) por anfetaminas o metanfetaminas fue del 73%, el 90% de ellos indicaron contar con consecuencias familiares negativas derivadas del consumo de estimulantes, el 5% consecuencias negativas de índole social y sólo el 5% refirieron sufrir un accidente automovilístico por consumo de estimulantes.

Dependencia a estimulantes en usuarios residenciales del CEAIA							
Motivo de inicio de consumo		Deseo por consumo a su ingreso		Síntomas de abstinencia en ingreso		Consecuencias negativas	
Sin consumo de estimulantes	87.5%						
Consumo de estimulantes	12.5%						
Socialización	78.0%	Presencia	73.0%	Abstinencia	0.00%	Accidentes	5.0%
Imitación	17.0%					Familiares	90.0%
Curiosidad	5.0%					Penales	0.0
Afrontamiento	0.0%	Ausencia	27.0%	Sin abstinencia	100%	Sociales	5.0%

**Tabla 12.** Motivo de inicio consumo de estimulantes, presencia de deseo de consumo y síntomas de abstinencia a su ingreso y consecuencias negativas derivadas del consumo de estimulantes a su ingreso a estancia residencial en el Centro Estatal para la Atención integral de las Adicciones.

Fuente: Funcionalidad familiar y patología dual en usuarios residenciales en Centro Estatal para la Atención Integral de las Adicciones, Hidalgo, 2015.

La edad mínima de inicio de consumo de estimulantes fue los 13 años y la edad máxima a los 24 años, la edad más común de inicio de consumo fue a los 15 años.

El tiempo promedio de consumo de estimulantes fue de 37.15 meses (3.09 años) con una desviación estándar fue de 42.215 meses (3.51 años), se indicó un tiempo mínimo de dos meses y un tiempo máximo de consumo de 144 meses (12 años).

El patrón promedio inicial de consumo de estimulantes en usuarios residenciales fue de 3.915 gramos a la semana con una desviación estándar de 13.512 gramos por semana, un patrón inicial de consumo mínimo de medio gramo y un patrón inicial máximo de 70 gramos por semana. El consumo inicial más común fue de un gramo de estimulantes por semana.

El patrón actual promedio de consumo referido por los usuarios con diagnóstico de dependencia a estimulantes a su ingreso a estancia residencial fue de 3.973 gramos por semana con una desviación estándar de 3.995 gramos por semana, el patrón actual mínimo fue de un gramo por semana y el patrón actual máximo de consumo de 14 gramos.

El tiempo promedio de abstinencia continuo de consumo de estimulantes fue 6 meses.

Edad de inicio, tiempo y patrón de consumo de estimulantes en usuarios residencial del CEAIA					
Frecuencias	Edad de inicio de consumo (años)	Tiempo de consumo (meses)	Patrón inicial de consumo (gramos/semana)	Patrón actual de consumo (gramos/semana)	Máximo periodo de abstinencia (meses)
<b>Media</b>	17.46	37.15	13.915	3.973	6.00
<b>DE</b>	2.943	42.215	13.512	3.995	5.381
<b>Mínimo</b>	13.00	2.00	0.500	1.00	0.00
<b>Máximo</b>	24.00	144.00	70.00	14.00	6.00

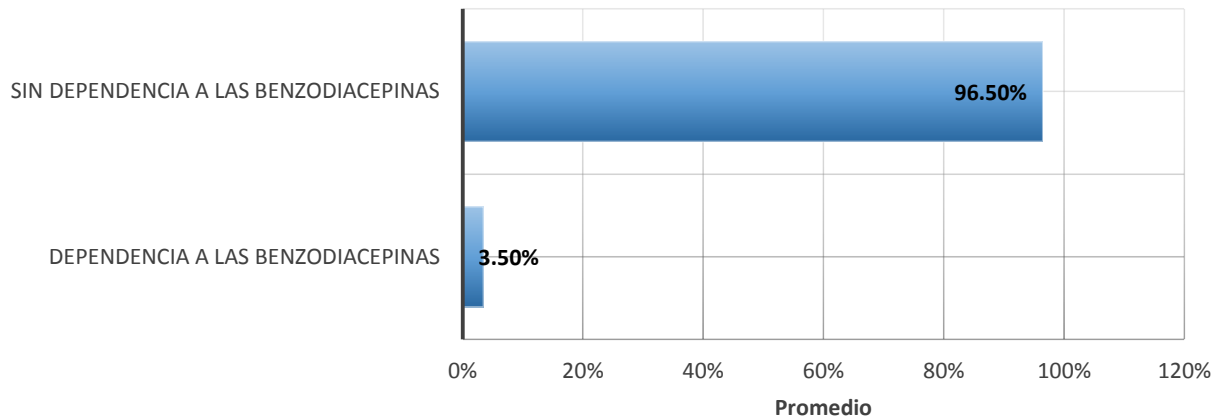
**Tabla 13.** Edad de inicio de consumo de estimulantes en años cumplidos, tiempo, patrón inicial y patrón final de consumo y máximo periodo de abstinencia en usuarios residenciales a su ingreso al Centro Estatal para la Atención integral de las Adicciones

Fuente: Funcionalidad familiar y patología dual en usuarios residenciales en Centro Estatal para la Atención Integral de las Adicciones, Hidalgo, 2015.

#### g) Consumo de benzodiazepinas en usuarios residenciales

El consumo de benzodiazepinas fue la última sustancia reportada por los usuarios en estancia residencial que cumplía con los criterios diagnósticos de dependencia. La prevalencia de consumo en usuarios en estancia residencial reportada a su ingreso fue del 3.5%.

### Dependencia a Benzodiazepinas en usuarios del CEAIA



**Figura 10.** Prevalencia de dependencia a benzodiazepinas en usuarios residenciales en el Centro Estatal para la Atención Integral de las Adicciones.

Fuente: Funcionalidad familiar y patología dual en usuarios residenciales en Centro Estatal para la Atención Integral de las Adicciones, Hidalgo, 2015

La edad de inicio promedio de consumo de benzodiazepinas fue a la edad de 19.57 años con una desviación estándar de 8.842 años, una edad mínima de 13 años y una edad máxima de inicio de consumo de benzodiazepinas a los 38 años. La edad más común de inicio fue a los 14 años.

El principal motivo de inicio de consumo en usuarios con diagnóstico de dependencia a las benzodiazepinas fue la socialización con pares reportado en un 57.3%, el siguiente motivo de inicio de consumo fue el afrontamiento emocional en el 28.5% y la imitación sólo fue reportada en el 14.2%.

El 100% de los usuarios que ingresaron a unidad residencial con el diagnóstico de dependencia a benzodiazepinas indicaron presencia de deseo su consumo (craving).

El 14.2% de los usuarios con dependencia a benzodiazepinas indicó presentar síntomas de abstinencia a su ingreso a estancia residencial y el 100% de los usuarios con dependencia reportó consecuencias negativas familiares derivadas de su consumo.

Dependencia a benzodicepinas en usuarios residenciales del CEAIA							
Motivo de inicio de consumo		Deseo de por consumo de benzodicepinas a su ingreso		Síntomas de abstinencia a su ingreso		Consecuencias negativas	
Sin consumo de benzodicepinas	96.50%						
Con consumo de benzodicepinas	3.50%						
Socialización	57.3%	Presencia	100%	Abstinencia	14.2%	Accidentes	0.0
Imitación	14.2%					Familiares	100%
Curiosidad	0.0	Ausencia	0.0	Sin abstinencia	85.8%	Penales	0.0
Afrontamiento	28.5%					Sociales	0.0

**Tabla 14.** Motivo de inicio consumo de benzodicepinas, presencia de deseo de consumo y síntomas de abstinencia a su ingreso y consecuencias negativas derivadas del consumo de estimulantes a su ingreso a estancia residencial en el Centro Estatal para la Atención integral de las Adicciones.

Fuente: Funcionalidad familiar y patología dual en usuarios residenciales en Centro Estatal para la Atención Integral de las Adicciones, Hidalgo, 2015.

La edad mínima de inicio de consumo de benzodicepinas fue a la edad de 13 años y la edad máxima de inicio de consumo fue de 38 años.

El tiempo de consumo promedio de benzodicepinas en usuarios reportado al ingreso a estancia residencial fue de 42.86 meses (3.57 años) con una desviación estándar de 77.10 meses (6.42 años), el tiempo mínimo de consumo fue de dos meses y el tiempo máximo fue de 216 (18 años). El periodo de tiempo más común de consumo de benzodicepinas fue de 24 meses (dos años).

A su ingreso a estancia residencial se indicó por los usuarios con dependencia a benzodicepinas un patrón inicial de consumo de 6.143 tabletas de dos miligramos de clonazepam por semana con una desviación estándar de 5.843 tabletas por semana, un consumo mínimo inicial de una tableta de dos miligramo de clonazepam, y un consumo máximo de 14 tabletas por semana. El consumo inicial más común fue de dos tabletas de dos miligramos de conazepam por semana.

El patrón actual de consumo por los usuarios con dependencia a benzodicepinas referido al ingreso fue de 7.426 tabletas de dos miligramos por semana con una desviación estándar de 6.924 tabletas por semana, un patrón actual de consumo mínimo de una tableta por semana y un consumo máximo de 20 tabletas de clonazepam por semana. El patrón actual de consumo más comúnmente reportado fue de cuatro tabletas por semana.



En relación al tiempo promedio de abstinencia continua fue de 5.86 meses con una desviación estándar de 9.045 meses y un periodo máximo de abstinencia de 24 meses (2 años).

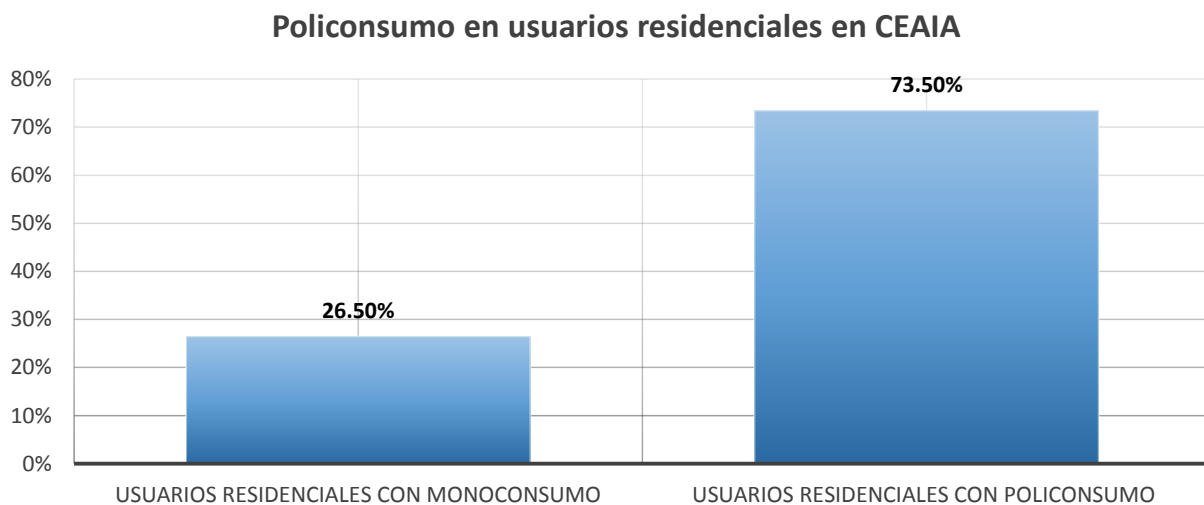
Edad de inicio, tiempo y patrón de consumo de benzodiazepinas en usuarios residencial del CEAIA					
Frecuencias	Edad de inicio de consumo (años)	Tiempo de consumo (meses)	Patrón inicial de consumo (tabletas/semana)	Patrón actual de consumo (tabletas/semana)	Máximo periodo de abstinencia (meses)
Media	19.57	42.86	6.143	7.462	5.86
Moda	14.00	24.00	2.000	4.000	0.00
DE	8.842	77.10	5.843	6.924	9.045
Mínimo	13.00	2.00	1.000	1.000	0.00
Máximo	38.00	216.0	14.00	20.00	24.00

**Tabla 15.** Edad de inicio de consumo de benzodiazepinas en años cumplidos, tiempo, patrón inicial y patrón final de consumo y máximo periodo de abstinencia en usuarios residenciales a su ingreso al Centro Estatal para la Atención integral de las Adicciones.

Fuente: Funcionalidad familiar y patología dual en usuarios residenciales en Centro Estatal para la Atención Integral de las Adicciones, Hidalgo, 2015.

- Policonsumo en usuarios residenciales

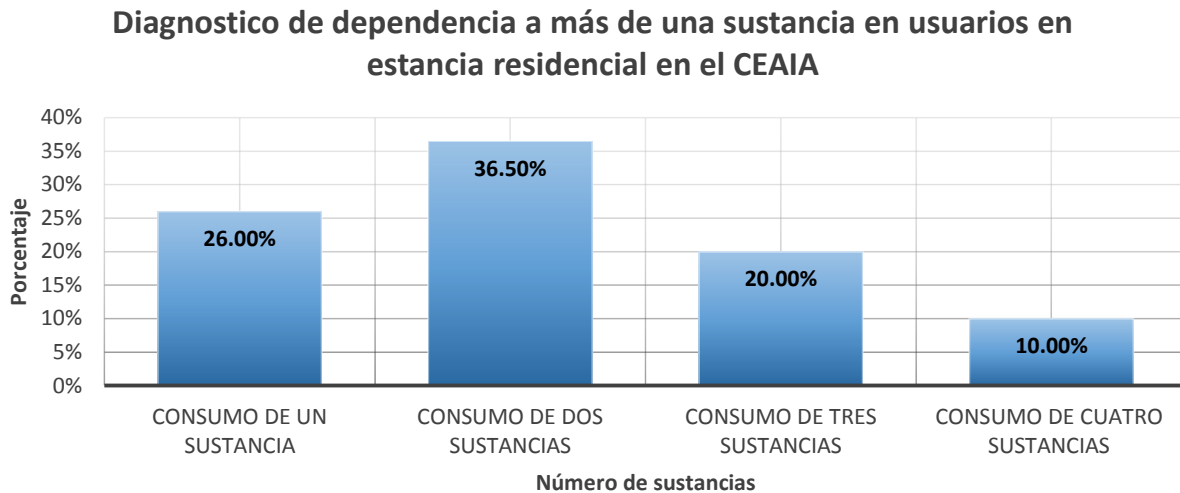
El 73.5% de los usuarios en estancia residencial cumplieron criterios para la dependencia a más de dos sustancias (excepto nicotina) en el momento de su ingreso y evaluación inicial al Centro Estatal para la Atención Integral de las adicciones.



**Figura 11.** Prevalencia policonsumo en usuarios residenciales en el Centro Estatal para la Atención Integral de las Adicciones

Fuente: Funcionalidad familiar y patología dual en usuarios residenciales en Centro Estatal para la Atención Integral de las Adicciones, Hidalgo, 2015

El 26.0% de los usuarios en estancia residencial cumplieron con los criterios diagnósticos para dependencia a una sola sustancia, el 36.5% cumplió los criterios para el diagnóstico dependencia a dos sustancias, el 27.5% a tres sustancias y el 10.0% para dependencia a cuatro sustancias de forma simultánea en el momento de su ingreso.



**Figura 12.** Número de sustancias consumidas simultáneamente en los usuarios residenciales en el Centro Estatal para la Atención Integral de las Adicciones.

Fuente: Funcionalidad familiar y patología dual en usuarios residenciales en Centro Estatal para la Atención Integral de las Adicciones, Hidalgo, 2015

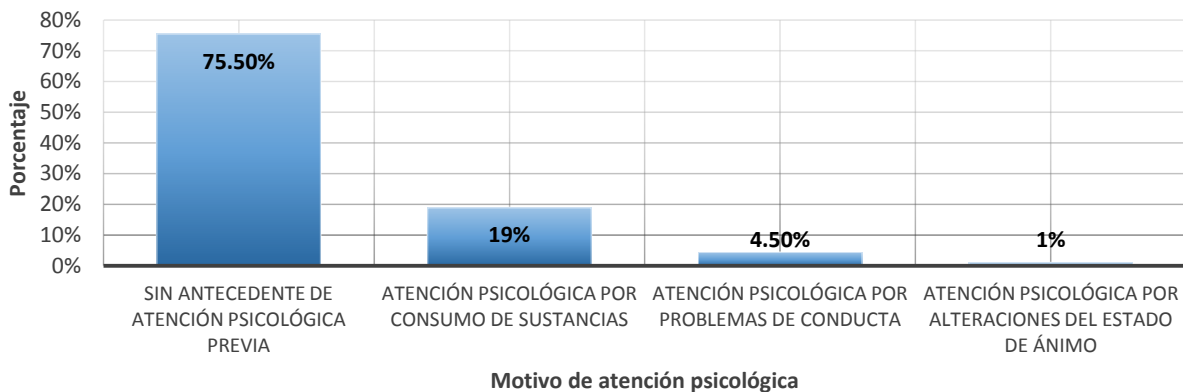
- Antecedentes de atención en salud mental de usuarios residenciales.

a) Antecedentes de atención en salud mental en usuarios residenciales previo a su ingreso

El 75.5% de los usuarios a su ingreso a estancia residencial indicaron no contar con el antecedente de atención psicológica previa y sólo el 24.5% recibieron algún tipo de atención psicológica previa a su ingreso.

De aquellos usuarios que contaban con el antecedente de atención psicológica previa, el 77.5% indicaron iniciar terapia psicológica debido al consumo de sustancias, el 18.3% por problemas de conducta y el 4.2% debido a alteraciones del estado de ánimo.

### Antecedentes de atención psicológica en usuarios residenciales previos a su ingreso a CEAIA

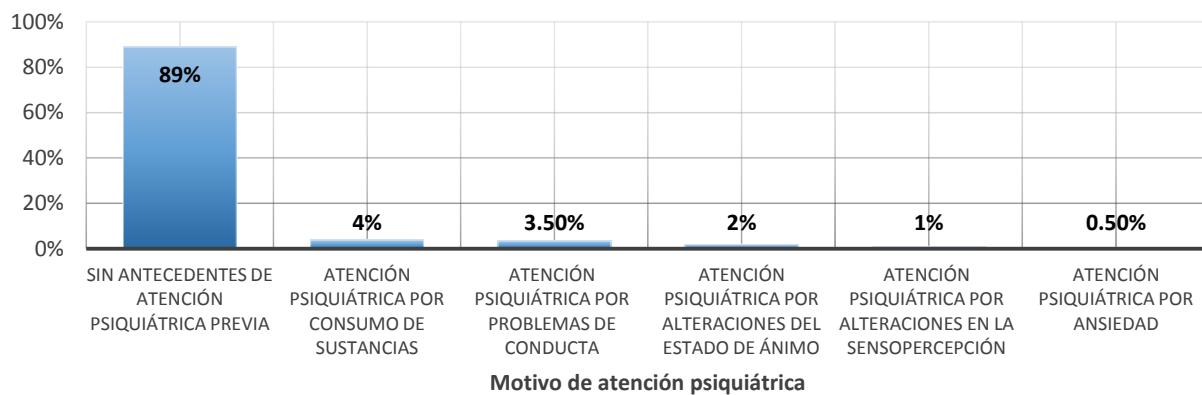


**Figura 13.** Antecedentes de atención psicológica usuario residencial previo a su ingreso el Centro Estatal para la Atención Integral de las Adicciones.

Fuente: Funcionalidad familiar y patología dual en usuarios residenciales en Centro Estatal para la Atención Integral de las Adicciones, Hidalgo, 2015

El 89% de los usuarios residenciales no indicaron el antecedente de atención psiquiátrica previa a su ingreso a unidad residencial y sólo el 11% señalaron contar con el antecedente de atención psiquiátrica. El 4.0% señaló recibir atención psiquiátrica por consumo de sustancias, el por problemas de conducta de inicio en nivel escolar primaria, el 2.0% por alteración en el estado de ánimo, el 1% por alteraciones en la sensopercepción y el 0.5% por presencia de síntomas de ansiedad.

### Antecedentes de atención psiquiátrica previa en usuarios residenciales en el CEAIA



**Figura 14.** Antecedentes de atención psiquiátrica en usuario residencial previo a su ingreso el Centro Estatal para la Atención Integral de las Adicciones.

Fuente: Funcionalidad familiar y patología dual en usuarios residenciales en Centro Estatal para la Atención Integral de las Adicciones, Hidalgo, 2015

El 11% de los usuarios en estancia residencial que contaron con el antecedente de atención psiquiátrica previa indicaron ser tratados previamente con algún psicofármaco al momento de su ingreso.

El tratamiento psicofarmacológico previo a su ingreso a estancia residencial fueron los antipsicóticos, empleado en un 4.5% en aquellos usuarios con antecedente de atención psiquiátrica, le siguieron los antidepresivos en el 3.5%, los estimulantes tipo metilfenidato y atomoxetina en el 1.5%, las benzodiacepinas en el 1% y los anticonvulsivantes en el 0.5%.



**Figura 15.** Antecedentes de tratamiento psicofarmacológico en usuario residencial previo a su ingreso el Centro Estatal para la Atención Integral de las Adicciones.

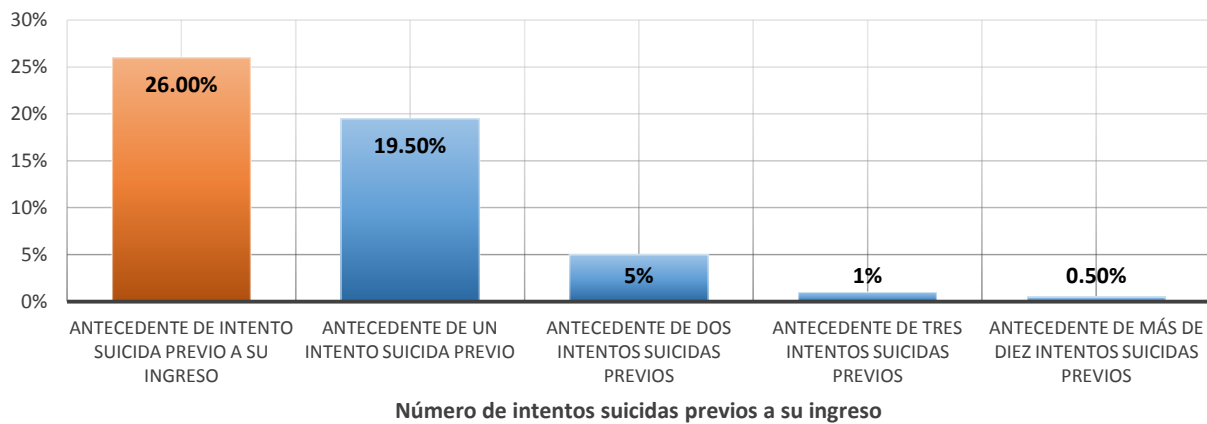
Fuente: Funcionalidad familiar y patología dual en usuarios residenciales en Centro Estatal para la Atención Integral de las Adicciones, Hidalgo, 2015

#### b) Antecedentes de conducta suicida en usuarios residenciales

El 26.0% de los usuarios en estancia residencial refirieron el antecedente de intento suicida previo a su ingreso.

Del total de usuarios en estancia residencial que refirieron a su ingreso el antecedente de intento suicida, 75% indicaron contar con un intento suicida previo a su ingreso, el 19.3% indicaron dos intentos suicidas previos, el 3.8% indicó tres intentos y el 1.9% señaló contar con diez intentos suicidas previos.

### Antecedente de intento suicida previo en usuarios a su ingreso a estancia residencial

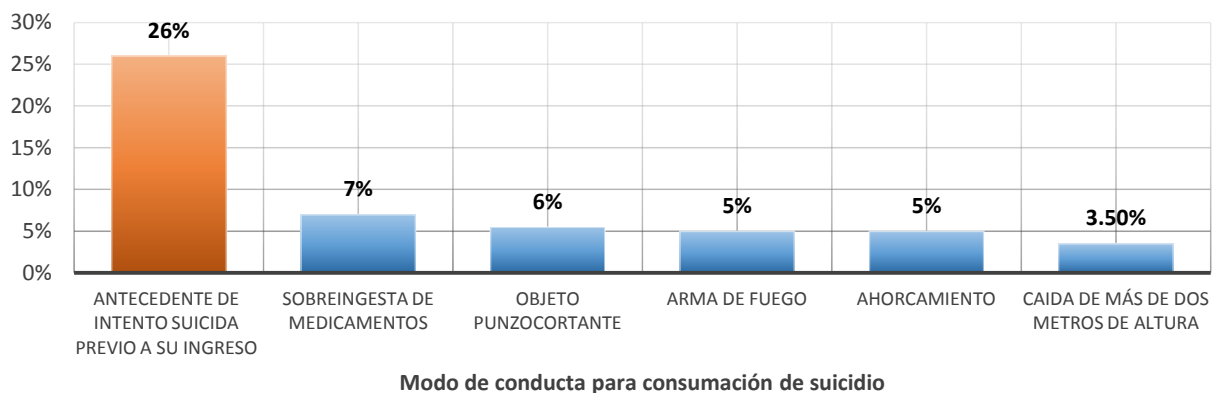


**Figura 16.** Antecedentes de intento suicida y método empleado en usuario residencial previo a su ingreso el Centro Estatal para la Atención Integral de las Adicciones.

Fuente: Funcionalidad familiar y patología dual en usuarios residenciales en Centro Estatal para la Atención Integral de las Adicciones, Hidalgo, 2015

El 26% de los usuarios en estancia residencial que refirieron el antecedente de intento suicida previo a su ingreso, el 26.9% indicaron intentar consumir el acto suicida por sobreingesta de medicamentos, el 21.2% intento consumir la conducta suicida por medio de la lesión con un objeto punzo cortante, el 19.2% intento consumirlo por medio del ahorcamiento, el 19.2% fue por medio de arma de fuego y el 13.4% arrojándose de una altura mayor de dos metros con la finalidad de consumir el acto suicida.

### Modo de conducta suicida previa a su ingreso a estancia residencia en el CEAIA



**Figura 17.** Antecedentes de intento suicida y método empleado en usuario residencial previo a su ingreso el Centro Estatal para la Atención Integral de las Adicciones.

Fuente: Funcionalidad familiar y patología dual en usuarios residenciales en Centro Estatal para la Atención Integral de las Adicciones, Hidalgo, 2015

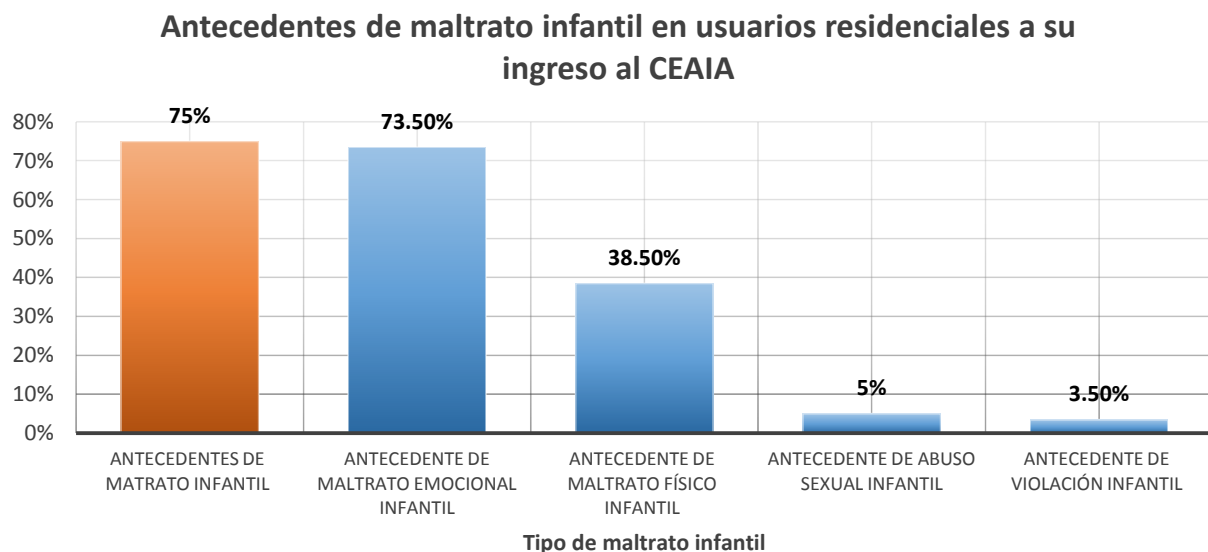
El antecedente de intento suicidio en los usuarios residenciales comprendió el 26% y aquellos usuarios que no contaron un antecedente de intento suicida fue en 74.0%. No se evaluó la presencia de ideación suicida.

c) Antecedentes de maltrato infantil en usuarios residenciales

El 75% de los usuarios en estancia residencial reportaron algún tipo de maltrato durante su infancia y adolescencia al momento de su ingreso a CEAIA.

El 5.0% de los usuarios en estancia residencial refirieron el antecedente de abuso sexual durante su infancia y el 3.5% antecedente de violación durante su infancia durante su ingreso al CEAIA.

El 38.5% de los usuarios residenciales refirieron antecedentes maltrato infantil de tipo físico durante su infancia y adolescencia y el 73.5% indicaron a su ingreso el antecedente de maltrato emocional durante su infancia y adolescencia.



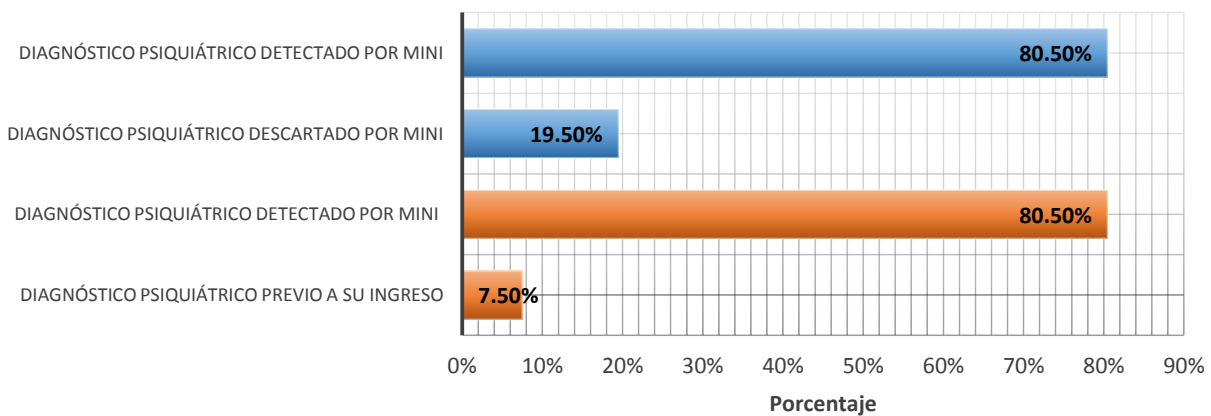
**Figura 18.** Antecedentes y tipo de maltrato durante la infancia en usuario residencial previo a su ingreso el Centro Estatal para la Atención Integral de las Adicciones.

Fuente: Funcionalidad familiar y patología dual en usuarios residenciales en Centro Estatal para la Atención Integral de las Adicciones, Hidalgo, 2015

- Perfil psiquiátrico de usuarios residenciales

En el momento de su ingreso a estancia residencial en el CEAIA sólo el 7.5% de los usuarios contaba con un diagnóstico psiquiátrico previo a su ingreso, posterior a su evaluación psiquiátrica con la Entrevista Internacional Neuropsiquiátrica (MINI), la prevalencia de los trastornos psiquiátricos se elevó a un 80.5%.

**Detección de trastornos psiquiátricos en usuarios residenciales previo y posterior a su ingreso al CEAIA**



**Figura 19.** Prevalencia de diagnósticos psiquiátricos en usuarios residenciales a su ingreso y prevalencia posterior a aplicación de la Entrevista Internacional Neuropsiquiátrica (MINI) en el CEAIA.

Fuente: Funcionalidad familiar y patología dual en usuarios residenciales en Centro Estatal para la Atención Integral de las Adicciones, Hidalgo, 2015

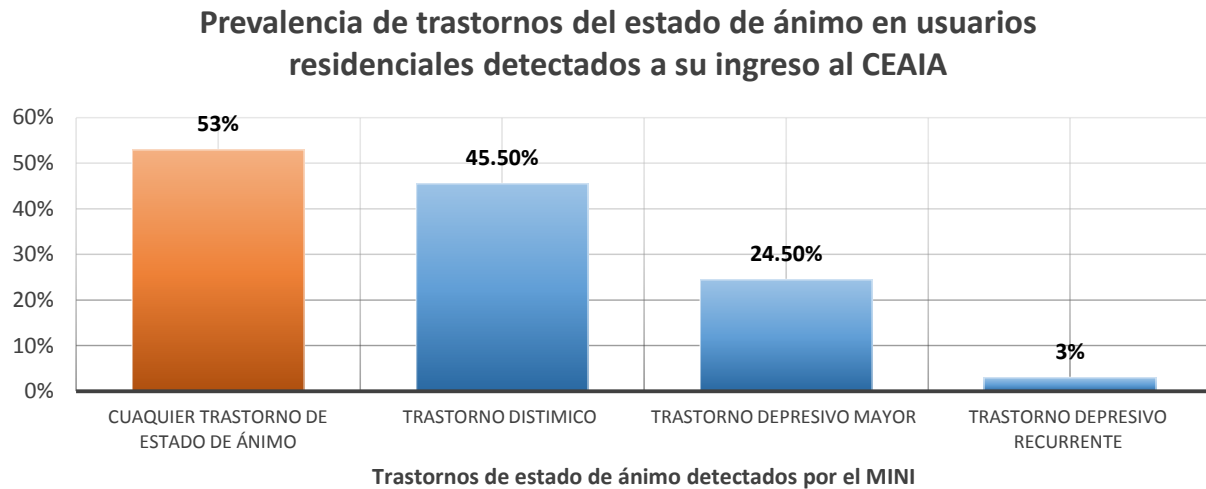
a) Prevalencia de los trastornos del estado de ánimo en usuarios residenciales

La prevalencia para cualquier trastorno del estado de ánimo (trastorno depresivo mayor, trastorno depresivo recurrente y trastorno distímico) en usuarios residenciales fue del 53.0%.

El trastorno del estado de ánimo más frecuente entre los usuarios residenciales fue el trastorno distímico con una prevalencia del 45.5% con una evolución promedio de 75.36 meses (6.28 años), una desviación estándar de 71.637 meses (5.96 años), una evolución mínima de 24 meses (2 años) y una evolución máxima de 360 meses (30 años).

El periodo de evolución más común en usuarios en estancia residencial que cursaban con este diagnóstico fue de 36 meses (3 años).

El 35.1% de los pacientes que cursaron con el diagnóstico de trastorno distímico presentaron al mismo tiempo criterios diagnósticos para un trastorno depresivo mayor y el 83.3% de los pacientes que cursaban con un trastorno depresivo recurrente cumplieron los criterios para un trastorno distímico (depresión doble).



**Figura 20.** Prevalencia de trastornos del estado de ánimo en usuarios residenciales a su ingreso posterior a aplicación de la Entrevista Internacional Neuropsiquiátrica (MINI) en el Centro Estatal para la Atención Integral de las Adicciones

Fuente: Funcionalidad familiar y patología dual en usuarios residenciales en Centro Estatal para la Atención Integral de las Adicciones, Hidalgo, 2015

En relación al trastornos depresivo mayor, el 24.5% de los usuarios en estancia residencia cumplieron con los criterios para su detección a su ingreso, el promedio de evolución fue de 9.41 meses con una desviación estándar de 7.945 meses, el periodo mínimo de evolución fue de dos meses y el máximo periodo fue de 48 meses (2 años). El periodo de evolución más común del trastorno depresivo en usuarios en estancia residencial fue de 12 meses.

El trastorno depresivo recurrente comprendió una prevalencia de 3.0% en usuarios en estancia residencia, el promedio de evolución fue de 74.67 meses (6.22 años) con una desviación estándar de 57.488 meses (4.79 años), el periodo mínimo de evolución fue de 24 meses (años) y el periodo máximo de evolución reportado fue de 180 meses (15 años).

El periodo más común de evolución del trastorno depresivo recurrente fue de 24 meses (dos años).



Evolución de los trastornos del estado de ánimo en usuarios residenciales en el CEAIA			
Frecuencia	Trastorno distímico (meses)	Trastornos depresivo mayor (meses)	Trastorno depresivo recurrente (meses)
Media	75.36	9.41	74.67
DE	71.637	7.945	57.488
Mínimo	24.00	2.00	24.00
Máximo	360.00	24.00	180

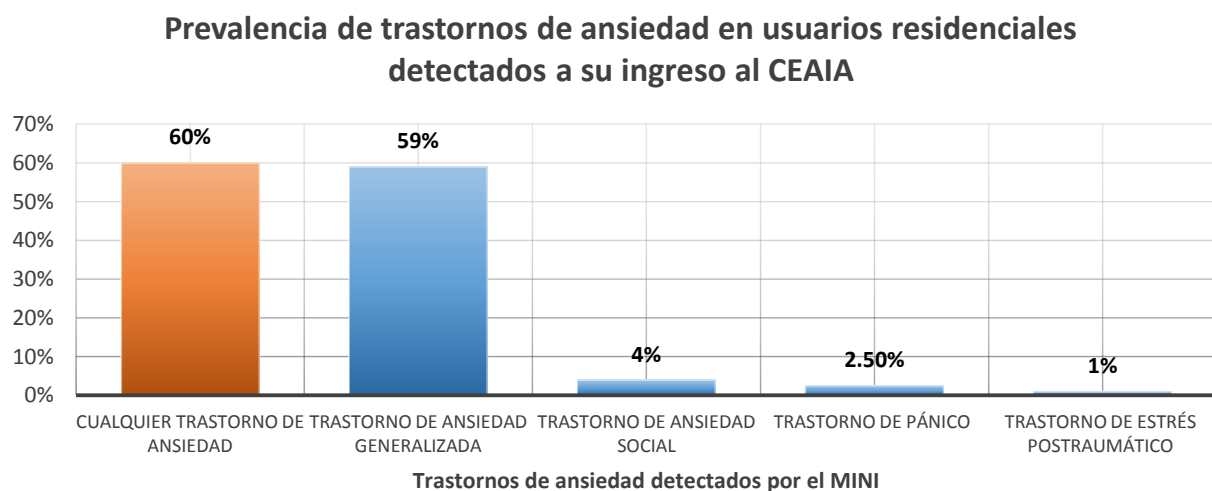
**Tabla 16.** Evolución de los trastornos del estado de ánimo en usuarios residenciales a su ingreso al Centro Estatal para la Atención integral de las Adicciones.

Fuente: Funcionalidad familiar y patología dual en usuarios residenciales en Centro Estatal para la Atención Integral de las Adicciones, Hidalgo, 2015.

### b) Prevalencia de los trastornos de ansiedad en usuarios residenciales

La prevalencia para cualquier trastorno de ansiedad (trastorno de ansiedad generalizada, trastorno de fobia social, trastornos de estrés postraumático y trastorno de pánico) en usuarios residenciales diagnosticado a su ingreso fue del 60%.

El trastorno de ansiedad más común en usuarios en estancia residencial fue el trastorno de ansiedad generalizada con una prevalencia del 59%. La prevalencia del trastorno de pánico fue del 4%, la prevalencia del trastorno de ansiedad social del 2.5% y la del trastorno de estrés postraumático del 1%.



**Figura 21.** Prevalencia de trastornos de la conducta en usuarios residenciales a su ingreso posterior a aplicación de la Entrevista Internacional Neuropsiquiátrica (MINI) en el Centro Estatal para la Atención Integral de las Adicciones

Fuente: Funcionalidad familiar y patología dual en usuarios residenciales en Centro Estatal para la Atención Integral de las Adicciones, Hidalgo, 2015

El 80% de los usuarios que cursaban con el diagnóstico de trastorno de ansiedad social cumplieron criterios diagnósticos para el trastorno de ansiedad generalizada, el 87.5% de los usuarios que cumplieron con los criterios diagnósticos de trastorno de pánico también fueron detectados con un trastorno de ansiedad generalizada, de igual forma, el 100% de los usuarios que cursaron con el diagnóstico de trastorno de estrés postraumático cumplieron con los criterios para el trastorno de ansiedad generalizada.

La evolución del trastorno de ansiedad generalizada reportada por los usuarios a su ingreso a estancia residencial fue en promedio de 40.27 (3.35 años) con una desviación estándar de 45.342 meses (3.77 años), el periodo mínimo de evolución fue de 6 meses y el periodo máximo de 348 meses (29 años). El periodo más común de evolución fue de 24 meses (2 años).

La evolución promedio del trastorno de pánico fue de 42 meses (3.5 años) con una desviación estándar de 68.034 años (5.33 años), el periodo mínimo referido fue de 6 meses y el máximo de 192 meses (16 años). Le periodo de evolución más común fue de 6 meses.

En relación a la evolución del trastorno de ansiedad social, se reportó un promedio de 127 meses (10.58 años) con una desviación estándar de 125.456 meses (10.45 años), el periodo mínimo de evolución fue de 36 meses (3 años) y el máximo de 348 meses (29 años).

El periodo más común de evolución del trastorno de ansiedad social en usuarios en estancia residencial fue de 36 meses (tres años).

Evolución de los trastornos del estado de ansiedad en usuarios residenciales en el CEAIA			
Frecuencia	Trastorno de ansiedad generalizada (meses)	Trastorno de fobia social (meses)	Trastorno de pánico (meses)
Media	40.27	127.00	42.00
DE	45.342	125.456	68.034
Mínimo	6.00	36.00	6.00
Máximo	348.00	348.00	192.00

**Tabla 17.** Evolución de los trastornos de ansiedad en usuarios residenciales a su ingreso al Centro Estatal para la Atención integral de las Adicciones.

Fuente: Funcionalidad familiar y patología dual en usuarios residenciales en Centro Estatal para la Atención Integral de las Adicciones, Hidalgo, 2015.

El trastorno de estrés postraumático comprendió una evolución promedio de 95 meses (7.91 años) con una desviación estándar de 35.355 meses (2.94 años).

c) Prevalencia de los trastornos de conducta en usuarios residenciales

La prevalencia de cualquier trastorno de la conducta en usuarios residenciales en el CEAIA detectados a su ingreso fue del 25%, la prevalencia de trastornos de la conducta de tipo negativista – desafiante fue de 13.5% y del trastorno de la conducta disocial fue del 11.5%.



**Figura 22.** Prevalencia de trastornos de la conducta en usuarios residenciales a su ingreso posterior a aplicación de la Entrevista Internacional Neuropsiquiátrica (MINI) en el Centro Estatal para la Atención Integral de las Adicciones.

Fuente: Funcionalidad familiar y patología dual en usuarios residenciales en Centro Estatal para la Atención Integral de las Adicciones, Hidalgo, 2015

La evolución promedio del trastorno de la conducta de tipo negativista – desafiante reportado por usuarios a su ingreso a estancia residencial fue de 54.44 meses (2.94 años) con una desviación estándar de 24.074 meses, (2 años) un periodo mínimo de evolución de 12 meses y un periodo máximo de 120 meses (10 años). El periodo más común de evolución en usuarios residenciales indicado a su ingreso fue de 36 meses (3 años)

En relación al trastorno de la conducta de tipo disocial, el promedio de evolución señalado en usuarios en estancia residencial a su ingreso fue de 38.61 meses (3.21 años) con una desviación estándar de 8.830 meses, un periodo mínimo de 24 meses (2 años) y un periodo máximo de

evolución de 48.00 meses (4 años). El periodo más comúnmente reportado fue de 36 meses (tres años).

Evolución de los trastornos de conducta en usuarios residenciales en el CEAIA		
Frecuencia	Trastorno de la conducta negativista – desafiante (meses)	Trastorno de la conducta disocial (meses)
Media	54.44	38.61
DE	24.074	8.830
Mínimo	12.00	24.00
Máximo	120.00	48.00

**Tabla 18.** Evolución de los trastornos de la conducta en usuarios residenciales a su ingreso al Centro Estatal para la Atención integral de las Adicciones.

Fuente: Funcionalidad familiar y patología dual en usuarios residenciales en Centro Estatal para la Atención Integral de las Adicciones, Hidalgo, 2015.

#### d) Prevalencia de los trastornos de la conducta alimentaria

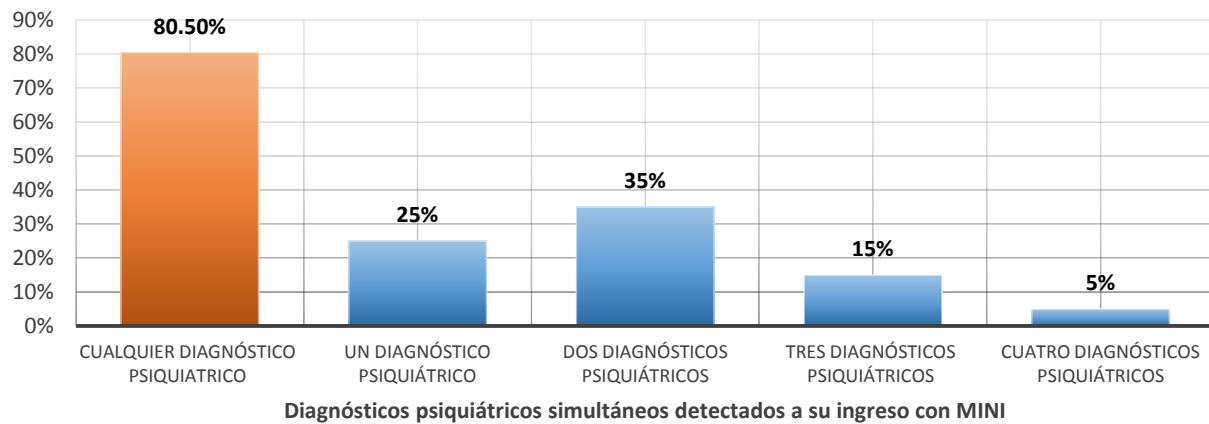
En relación a los trastornos de la conducta alimentaria, sólo se registró una prevalencia del 1.5% en los usuarios residenciales en el CEAIA, siendo la bulimia nerviosa de tipo purgativo el único trastorno alimentario indicado, se reportaron un caso en un hombre y un caso en una mujer.

La evolución promedio de los trastornos de la conducta alimentaria fue de 66 meses (5.5 años) con una desviación estándar de 42.426 meses, una evolución mínima de 36 meses (3 años) y una evolución máxima de 96 meses (8 años).

#### e) Número de trastornos psiquiátrico en usuarios residenciales

La prevalencia de trastornos psiquiátricos en usuarios residenciales en el Centro Estatal para la Atención Integral de las Adicciones comprendió al 80% de los usuarios, el diagnóstico de los trastornos psiquiátricos y la presencia simultánea de más de uno en un mismo usuarios se realizó por medio de la Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional (MINI) a su ingreso: el 25% de los usuarios en estancia residencial cursaron con un solo diagnóstico psiquiátrico, el 35% con dos diagnósticos psiquiátricos simultáneos, el 15% con tres diagnósticos y el 5% con cuatro diagnósticos psiquiátricos simultáneos detectados a su ingreso.

### Diagnósticos psiquiátricos simultáneos en usuarios residenciales detectados a su ingreso al CEAIA



**Figura 23.** Diagnósticos de trastornos psiquiátricos simultáneos realizados a su ingreso con la Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional (MINI) en usuarios residenciales en el Centro Estatal para la Atención Integral de las Adicciones.

Fuente: Funcionalidad familiar y patología dual en usuarios residenciales en Centro Estatal para la Atención Integral de las Adicciones, Hidalgo, 2015

#### - Trastornos de la personalidad en usuarios residenciales.

##### a) Prevalencia global de los rasgos de personalidad

La prevalencia para cualquier rasgo de personalidad en usuarios residenciales en el CEAIA que cumplieron con los criterios para un o más trastornos de personalidad evaluados por medio del cuestionario de Salamanca fue del 95.5% y sólo 4.5% de los usuarios no cumplió con ninguno de los criterios de tamizaje para trastornos de personalidad en el Cuestionario de Salamanca.

Los trastornos de la personalidad del grupo A comprenden el trastorno paranoide de la personalidad, el trastorno esquizoide de la personalidad y el trastorno esquizotípico de la personalidad, la prevalencia global como grupo en usuarios en estancia residencial fue del 48%.

Los trastornos de la personalidad de Grupo B están integrados por el trastorno histriónico de la personalidad, el trastorno narcisista de la personalidad, el trastorno antisocial de la personalidad, el trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad tipo limite e impulsivo, su prevalencia global en usuarios en estancia residencial fue del 86%.

Los trastornos de la personalidad del Grupo C están conformados por el trastorno anacástico de la personalidad (trastorno obsesivo compulsivo en el DSM), el trastorno ansioso de la personalidad (trastorno evitativo en el DSM) y el trastorno dependiente de la personalidad, su prevalencia global en usuarios en estancia residencial fue del 70.5%



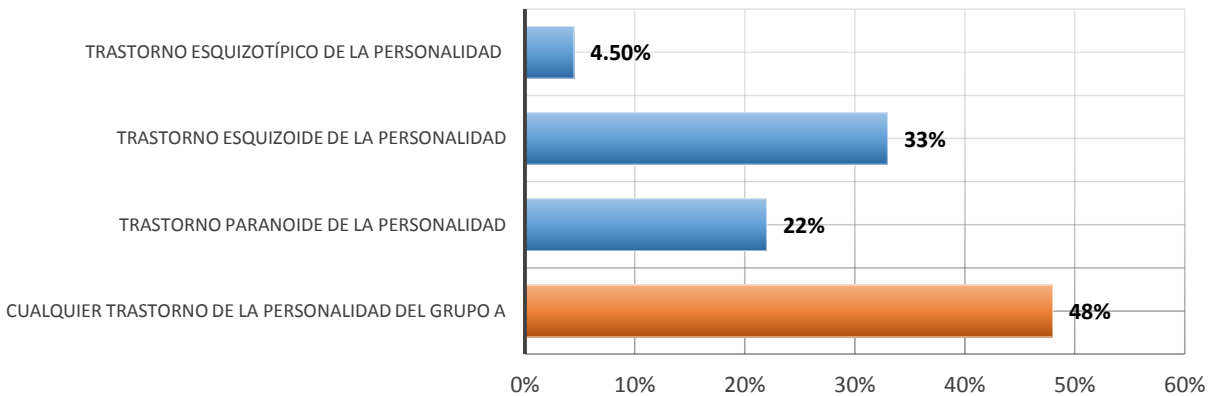
**Figura 24.** Prevalencia global y de los diferentes grupos de trastornos de la personalidad evaluados con el Cuestionario de Salamanca para trastornos de la personalidad en usuarios residenciales en el Centro Estatal para la Atención Integral de las Adicciones.

Fuente: Funcionalidad familiar y patología dual en usuarios residenciales en Centro Estatal para la Atención Integral de las Adicciones, Hidalgo, 2015

La prevalencia de los trastornos de la personalidad del Grupo A en usuarios residenciales fue del 22% para el trastorno de la personalidad de tipo paranoide, del 33% para el trastorno de la personalidad esquizoide y para el trastorno de la personalidad esquizotípica del 4.5%.

El 91.6% de los usuarios en estancia residencial que cumplieron con los criterios diagnósticos para cualquier trastorno de la personalidad del Grupo A, presentaron un trastorno de la personalidad del Grupo B y el 78.12% de los usuarios que contaban con un diagnóstico para cualquier trastorno del Grupo A cumplieron con criterios para un trastorno de la personalidad del Grupo C.

### Prevalencia de los trastornos de la personalidad del Grupo A en usuarios residenciales a su ingreso al CEAIA



**Figura 25.** Prevalencia de los trastornos de la personalidad del Grupo A evaluados con el Cuestionario de Salamanca para trastornos de la personalidad en usuarios residenciales en el Centro Estatal para la Atención Integral de las Adicciones.

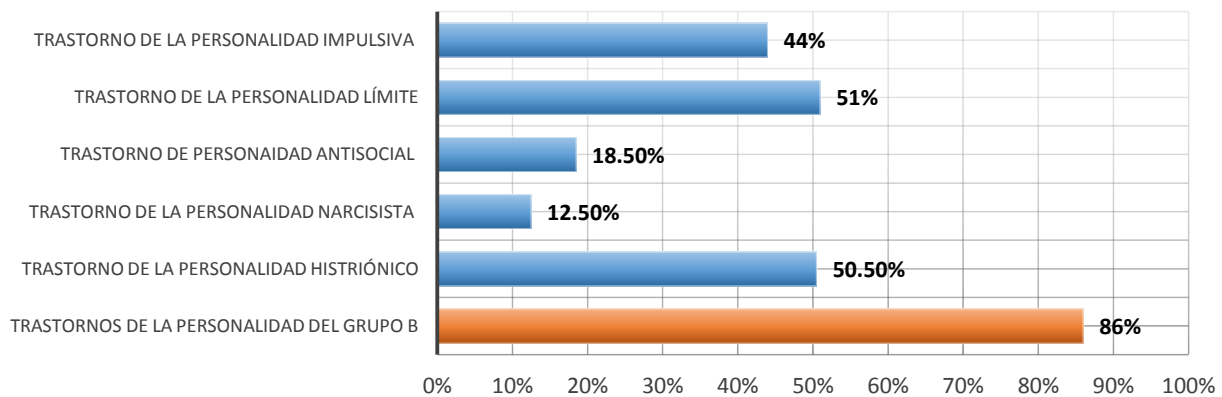
Fuente: Funcionalidad familiar y patología dual en usuarios residenciales en Centro Estatal para la Atención Integral de las Adicciones, Hidalgo, 2015

La prevalencia de los trastornos de la personalidad del Grupo B en usuarios residenciales fue del 86%, la prevalencia para el trastorno de la personalidad de tipo histriónico fue del 50.5%, para el trastorno de personalidad narcisista del 12.5%, para el trastorno de la personalidad antisocial del 18.5% y para el trastorno de la inestabilidad emocional de la personalidad tipo limite e impulsivo del 51% y 44%, respectivamente.

El 51.1% de los usuarios en estancia residencial que cumplieron con los criterios diagnósticos para cualquier trastorno de la personalidad del Grupo B, presentaron un trastorno de la personalidad del Grupo A y el 73.2% de los usuarios que contaban con un diagnóstico para cualquier trastorno del Grupo B cumplieron con criterios para un trastorno de la personalidad del Grupo C.

La prevalencia de los trastornos de la personalidad del Grupo C en usuarios residenciales fue del 70.5%, la prevalencia para el trastorno de la personalidad de tipo anacástico (trastorno obsesivo compulsivo en el DSM) comprendió el 20.5%, el trastorno de la personalidad dependiente estuvo presente en el 20.5% y el trastorno ansioso de la personalidad (trastorno evitativo de la personalidad) en el 46.5% de los usuarios en estancia residencial.

### Prevalencia de los trastornos de la personalidad de Grupo B en usuarios residenciales a su ingreso al CEAIA

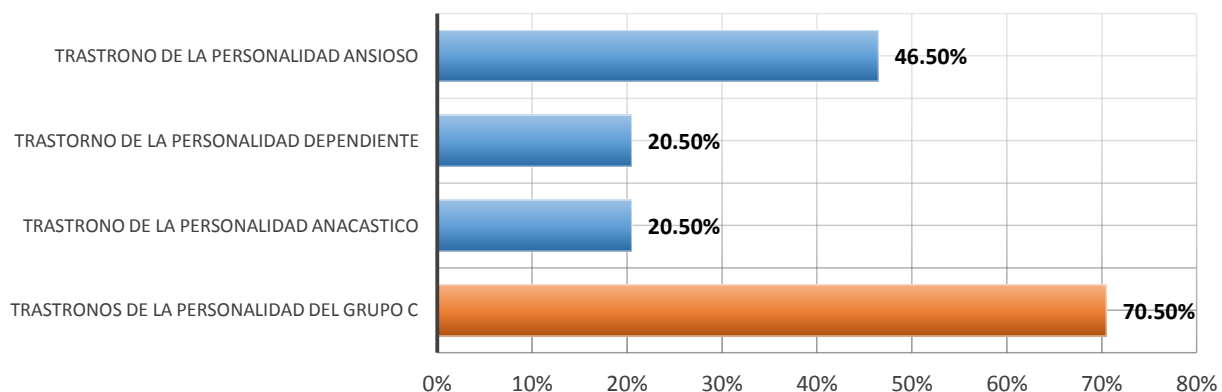


**Figura 26.** Prevalencia de los trastornos de la personalidad del Grupo B evaluados con el Cuestionario de Salamanca para trastornos de la personalidad en usuarios residenciales en el Centro Estatal para la Atención Integral de las Adicciones.

Fuente: Funcionalidad familiar y patología dual en usuarios residenciales en Centro Estatal para la Atención Integral de las Adicciones, Hidalgo, 2015

El 89% de los usuarios en estancia residencial que cumplieron con los criterios diagnósticos para cualquier trastorno de la personalidad del Grupo C, presentaron un trastorno de la personalidad del Grupo B y el 53% de los usuarios que contaban con un diagnóstico para cualquier trastorno del Grupo C cumplieron con criterios para un trastorno de la personalidad del Grupo A.

### Prevalencia de los trastornos de la personalidad del Grupo C en usuarios residenciales detectados al ingreso al CEAIA



**Figura 27.** Prevalencia de los trastornos de la personalidad del Grupo C evaluados con el Cuestionario de Salamanca para trastornos de la personalidad en usuarios residenciales en el Centro Estatal para la Atención Integral de las Adicciones.

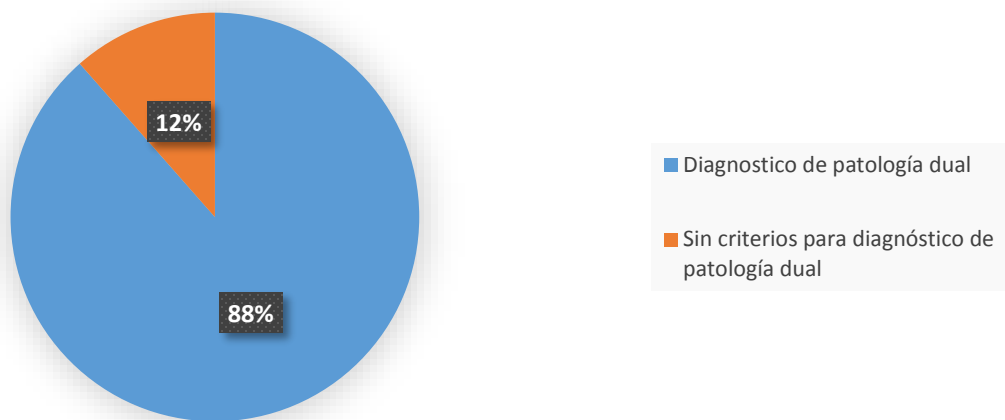
Fuente: Funcionalidad familiar y patología dual en usuarios residenciales en Centro Estatal para la Atención Integral de las Adicciones, Hidalgo, 2015



- Prevalencia de patología dual en usuarios residenciales

La prevalencia de patología dual fue del 88.5% en usuarios residenciales en el Centro Estatal para la Atención Integral de la Adicciones, es decir, el 88.5% cumplieron criterios para uno o más trastornos psiquiátrico y dependencia a una o más sustancias al momento de su ingreso evaluados por medio de la Entrevista Internacional Neuropsiquiátrica (MINI).

**Prevalencia de Patología Dual en usuarios en estancia residencial en el CEAIA**



**Figura 28.** Prevalencia patología dual en usuarios residenciales en el Centro Estatal para la Atención Integral de las Adicciones

Fuente: Funcionalidad familiar y patología dual en usuarios residenciales en Centro Estatal para la Atención Integral de las Adicciones, Hidalgo, 2015

- Antecedentes de atención en salud mental de familiares de primer grado y perfil de las familias de usuarios residenciales.

a) Antecedentes sociodemográficos maternos de usuarios residenciales

Los familiares de primer grado de los usuarios residenciales quienes, en su mayor parte, fungen como representantes legales son sus madres, la edad promedio fue de 47.27 años con una desviación estándar de 11.891 años, la edad mínima referida fue de 28 años y edad máxima de 89 años, la edad más común indicada fue de 48 años.

En relación a su nivel de escolaridad de las madres de los usuarios en estancia residencial el 5% no sabía leer ni escribir, el 9.5% reportó primaria incompleta, el 19% primaria completa, el 38.5% completo estudios de nivel medio superior, el 10.5% indicó bachillerato terminado, el 8% carrera técnica, el 9% licenciatura y el 0.5% contaba con un nivel escolar de posgrado.

El 44.5% de las madres de los usuarios residenciales contaban con empleo, el 39.5% se dedicaban al hogar, el 13.5% mantenían una actividad laboral auto remunerada, el 1% indicó encontrarse jubilada y el 1.5% se encontraba desempleada en el momento del ingreso de su usuario.

Características sociodemográficas de familiares de primera grado de usuarios residenciales					
Edad materna (años cumplidos)		Nivel escolar materno		Actividad laboral materna	
<b>Media</b>	47.27	Analfabeta	5.00%	Empleada	44.5%
		Primaria incompleta	9.50%		
<b>DE</b>	11.891	Primaria completa	19.00%	Autoempleada	13.5%
		Secundaria	38.50%		
<b>Mínimo</b>	28.00	Bachillerato	10.50%	Desempleada	1.5%
		Carrera técnica	8.00%		
<b>Máximo</b>	89.00	Licenciatura	9.00%	Dedicada al hogar	39.5%
		Posgrado	0.5%		

**Tabla 19.** Edad materna, nivel de escolaridad y actividad laboral de madres de usuarios residenciales a su ingreso al Centro Estatal para la Atención integral de las Adicciones.

Fuente: Funcionalidad familiar y patología dual en usuarios residenciales en Centro Estatal para la Atención Integral de las Adicciones, Hidalgo, 2015.

El estado civil de las madres de los usuarios residenciales comprendió encontrarse en 50% separadas de su pareja conyugal, el 37% refirieron estar casadas, el 11% indicaron ser viudas y el 2% se encontraban en unión libre en el momento del ingreso de sus usuarios a la unidad residencial.

El motivo de separación de las madres de los usuarios residenciales, en primer lugar, comprendió la violencia intrafamiliar presente en el 26.5%, a continuación, en un 11% se refirió separación de su pareja conyugal por infidelidad, la tercera causa de separación de su pareja actual fue en el 10% el consumo de sustancias paterno y el cuarto lugar se indicó la separación de pareja por abandono, principalmente por migración en el 5.5%

Características sociodemográficas de familiares de primer grado de usuarios residenciales			
Estado civil materno		Motivo de separación	
		No separada	47.00%
Unión libre	2.00%	Infidelidad	11.00%
Casada	37.00%	Violencia familiar	26.50%
Separada	50.00%	Abandono	5.50%
Viuda	11.00%	Consumo de sustancias paterno	10.00%

**Tabla 20.** Estado civil y motivo de separación materna de usuarios residenciales a su ingreso al Centro Estatal para la Atención integral de las Adicciones.

Fuente: Funcionalidad familiar y patología dual en usuarios residenciales en Centro Estatal para la Atención Integral de las Adicciones, Hidalgo, 2015.

### b) Perfil materno de consumo de sustancias lícitas e ilícitas en usuarios residenciales

El consumo de tabaco en las madres de los usuarios residenciales sólo comprendió el 8.5%, el consumo de alcohol el 5% con un patrón promedio de consumo en el 4% de un litro de destilados al mes y el 2% un litro de destilados por semana. Respecto al consumo de sustancias ilícitas, sólo el 0.5% las madres de usuarios lo reportó y el 3% indicó consumo de benzodiazepinas.

Perfil materno de consumo de sustancias lícitas e ilícitas de usuarios residenciales					
Consumo de tabaco maternos		Consumo de alcohol materno		Patrón de consumo de etanol,	
Consumo de tabaco	8.5%	Consumo de alcohol	5.0%	Un litro destilado/mes	5.0%
Sin consumo de tabaco	91.5%	Sin consumo de alcohol	95.0%	Un litro de destilados/semana	2.0%
Consumo de sustancias ilícitas			Consumo de benzodiazepinas materno		
Consumo de sustancias de ilícitas		0.5%	Consumo de benzodiazepinas		3.0%
Sin consumo de sustancias ilícitas		99.5%	Sin consumo de benzodiazepinas		97.0%

**Tabla 21.** Consumo de tabaco, alcohol, sustancias ilícitas y benzodiazepinas de madres de usuarios residenciales a su ingreso al Centro Estatal para la Atención integral de las Adicciones.

Fuente: Funcionalidad familiar y patología dual en usuarios residenciales en Centro Estatal para la Atención Integral de las Adicciones, Hidalgo, 2015.

### c) Antecedentes de salud mental materna en usuarios residenciales

El 21% de las madres de los usuarios residenciales refirieron contaron con el antecedente de atención psicológica, el 1.5% de atención psiquiátrica y 41% indicó contar con el diagnóstico de una enfermedad crónica – degenerativa.

Antecedentes maternos de atención en salud mental en usuarios residenciales			
Antecedentes de atención psicológica		Antecedente de atención psiquiátrica	
Antecedente de atención	21.00%	Antecedente de atención	1.50%
Sin antecedente de atención	79.00%	Sin antecedente de atención	98.5%

**Tabla 22.** Antecedentes de atención psicológica y psiquiátrica en madres de usuarios residenciales en el Centro Estatal para la Atención integral de las Adicciones.

Fuente: Funcionalidad familiar y patología dual en usuarios residenciales en Centro Estatal para la Atención Integral de las Adicciones, Hidalgo, 2015.

#### d) Antecedentes sociodemográficos paternos de usuarios residenciales

La edad promedio de los padres de los usuarios residenciales fue de 50.52 años con una desviación estándar de 12.450 años y una edad mínima de 27 años y una edad máxima de 88 años. La edad paterna más común fue de 50 años.

En nivel de escolaridad paterno predominante fue la primaria completa en un 34%, a continuación el grado escolar más común fue la secundaria concluida en el 32.5%, el bachillerato concluido comprendió el 13.5%, la primaria incompleta el 7% y la licenciatura el 2%.

El 39.5% de los padres se encontraban empleados, el 48% generaban sus propios recursos económicos, el 5% en el momento del ingreso de su usuarios residencial estaba desempleado y el 7.5% contaban con una pensión.

Características sociodemográficas de familiares de primera grado de usuarios residenciales					
Edad paterna (años cumplidos)		Nivel escolar paterna		Actividad labor paterna	
<b>Media</b>	50.52	Analfabeta	2.50%	Empleado	39.5%
		Primaria incompleta	7.00%		
<b>DE</b>	12.450	Primaria completa	34.00%	Autoempleado	48.0%
		Secundaria	32.50%		
<b>Mínimo</b>	27.00	Bachillerato	13.50%	Desempleado	5.0%
		Carrera técnica	8.00%		
<b>Máximo</b>	88.00	Licenciatura	2.00%	Jubilado	7.50%
		Posgrado	0.50%		

**Tabla 23.** Edad, nivel de escolaridad y actividad laboral en padre de usuarios residenciales en el Centro Estatal para la Atención integral de las Adicciones.

Fuente: Funcionalidad familiar y patología dual en usuarios residenciales en Centro Estatal para la Atención Integral de las Adicciones, Hidalgo, 2015.

Respecto al estado civil paterno, el 51% refirió encontrarse separado de su actual pareja, el 46% indicó estar casado, el 2% en unión libre y el 1% viudo.

e) Perfil paterno de consumo de sustancias lícitas e ilícitas en usuarios residenciales

El consumo de tabaco en los padres de los usuarios residenciales comprendió el 16%, el patrón promedio de consumo de tabaco fue de 5.6 cigarros al día con una desviación estándar de 5.914, un consumo mínimo referido de un cigarro al día y un consumo máximo de 20 cigarros por día. En relación al consumo de alcohol, el 71% los padres de los usuarios en estancia residencial refirieron consumirlo. Del total de padres con consumo de alcohol, el 9.3% refirió un patrón promedio de consumo de un litro de destilados al mes, el 76.7% señaló un patrón promedio de ingesta de un litro de destilados por semana y el 14% ingería más de un litro por semana de destilados. Respecto al consumo de sustancias ilícitas, se reportó una prevalencia del 0.5% de consumo de cannabis y del 4% de consumo de cocaína en los padres de usuarios residenciales y ausencia completa de consumo de benzodiazepinas.

Perfil paterno de consumo de sustancias lícitas e ilícitas de usuarios residenciales					
Consumo de tabaco paterno		Consumo de alcohol paterno		Patrón de consumo de etanol paterno	
Consumo de tabaco	16.0%	Consumo de alcohol	71.0%	Un litro destilado/mes	9.3%
Sin consumo de tabaco	84.0%	Sin consumo de alcohol	29.0%	Un litro de destilados/semana	76.7%
				Más de un litro de destilados/semana	14.0%
Consumo de sustancias ilícitas			Consumo de benzodiazepinas materno		
Consumo de sustancias de ilícitas		4.50%	Consumo de benzodiazepinas		0.00%
Sin consumo de sustancias ilícitas		95.5%	Sin consumo de benzodiazepinas		100.00%

**Tabla 24.** Consumo de tabaco, alcohol sustancias ilícitas y benzodiazepinas en padres de usuarios residenciales en el Centro Estatal para la Atención integral de las Adicciones.

Fuente: Funcionalidad familiar y patología dual en usuarios residenciales en Centro Estatal para la Atención Integral de las Adicciones, Hidalgo, 2015.

f) Antecedentes de salud mental paternos en usuarios residenciales

Sólo el 0.5% de los padres de los usuarios residenciales contaron con el antecedente de atención en salud mental de tipo psicológico, ninguno indicó recibir atención psiquiátrica en el momento del ingreso de su usuario a unidad residencial.

<b>Antecedentes paternos de atención en salud mental en usuarios residenciales</b>			
<b>Antecedentes de atención psicológica</b>		<b>Antecedente de atención psiquiátrica</b>	
Antecedente de atención	0.5%	Antecedente de atención	0.00%
Sin antecedente de atención	99.5%	Sin antecedente de atención	100.00%

**Tabla 25.** Antecedentes de atención psicológica y psiquiátrica en padres de usuarios residenciales en el Centro Estatal para la Atención integral de las Adicciones.

Fuente: Funcionalidad familiar y patología dual en usuarios residenciales en Centro Estatal para la Atención Integral de las Adicciones, Hidalgo, 2015.

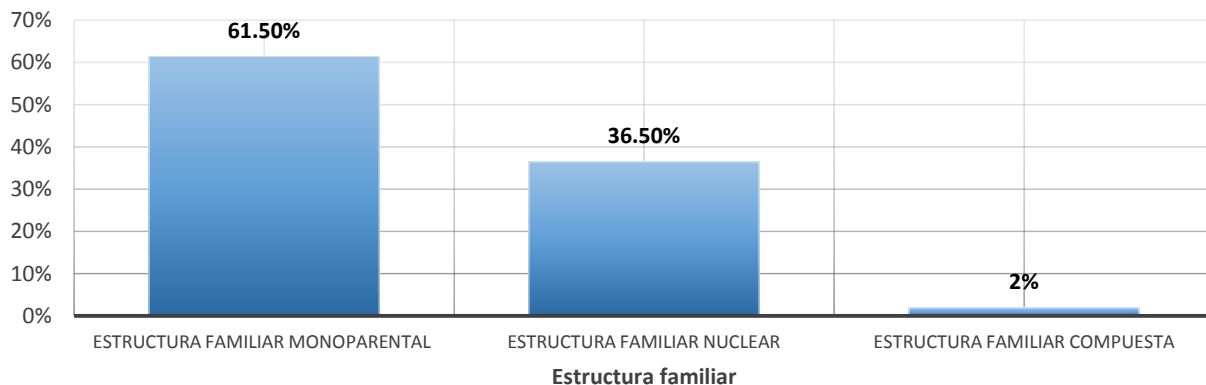
El 36% de los padres de los usuarios en estancia residencial reportó cursar con una enfermedad crónica degenerativa en el momento del ingreso de su usuario a estancia residencial.

- Funcionalidad familiar de usuarios residenciales.

a) Estructura familiar de usuarios residenciales

La estructura familiar predominante en los usuarios en estancia residencial fue la estructura monoparental con una prevalencia del 61.5%, le siguió la familia de estructura nuclear en un 36.5% y la familia de estructura compuesta con un 2%.

**Estructura familiar reportada por los usuarios a su ingreso a estancia residencial en el CEIA**

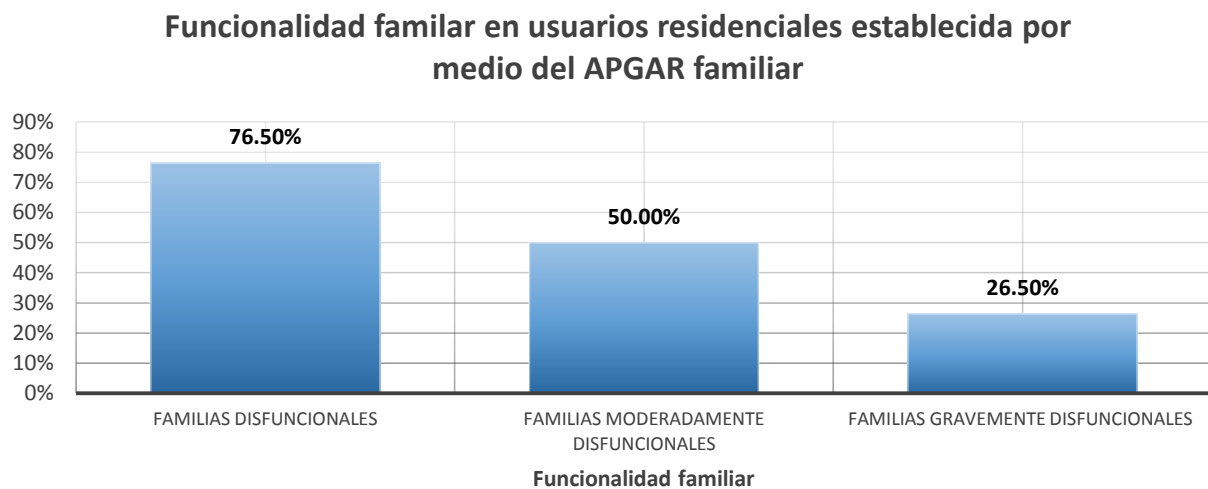


**Figura 29.** Estructura familiar de usuarios residenciales en el Centro Estatal para la Atención Integral de las Adicciones.

Fuente: Funcionalidad familiar y patología dual en usuarios residenciales en Centro Estatal para la Atención Integral de las Adicciones, Hidalgo, 2015

### b) Funcionalidad familiar en usuarios residenciales

La funcionalidad familiar en usuarios residenciales fue evaluada por medio del APGAR familiar, el 76.5% de las familias fueron diagnosticadas como disfuncionales.



**Figura 30.** Funcionalidad familiar evaluada por medio de APGAR en familiares de primer grado de usuarios residenciales en el Centro Estatal para la Atención Integral de las Adicciones

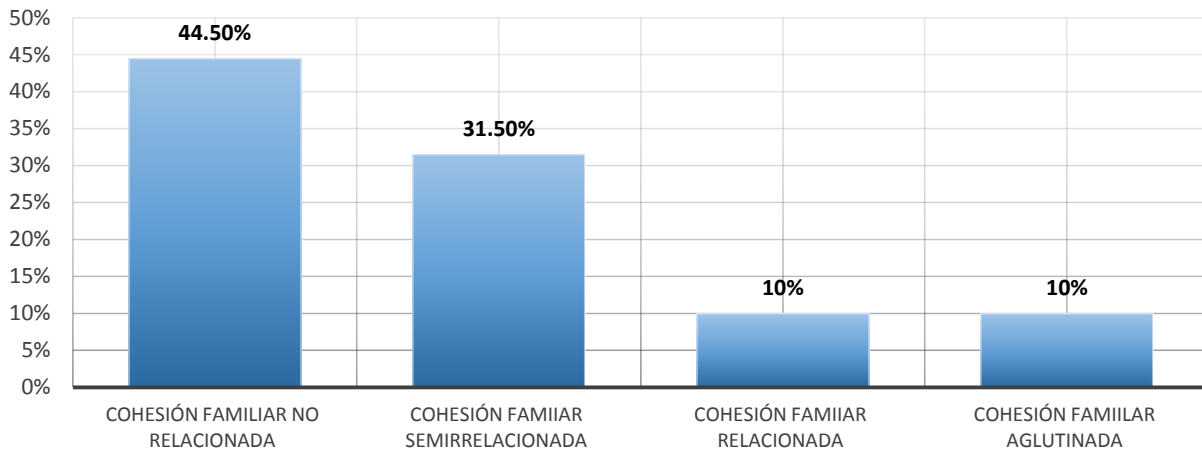
Fuente: Funcionalidad familiar y patología dual en usuarios residenciales en Centro Estatal para la Atención Integral de las Adicciones, Hidalgo, 2015

El 50% de las familias disfuncionales fueron diagnosticadas con una disfunción moderada y el 26.5% con una disfunción grave.

### c) Dinámica familiar en usuarios residenciales

La cohesión familiar, capacidad de entablar una comunicación efectiva entre los miembros de una familia para generar alternativas a los estresores internos y externos, medida por medio del FACES III (family adaptability and cohesion evaluation scales) aplicado a los familiares de primer grado de los usuarios residenciales mostró que el 44.5% de las familias presentaban una cohesión no relacionada, el 31.5% una cohesión semirelacionada, el 12% una cohesión aglutinada y el 12% una cohesión relacionada.

### Cohesión familiar en usuarios residenciales en e CEAIA

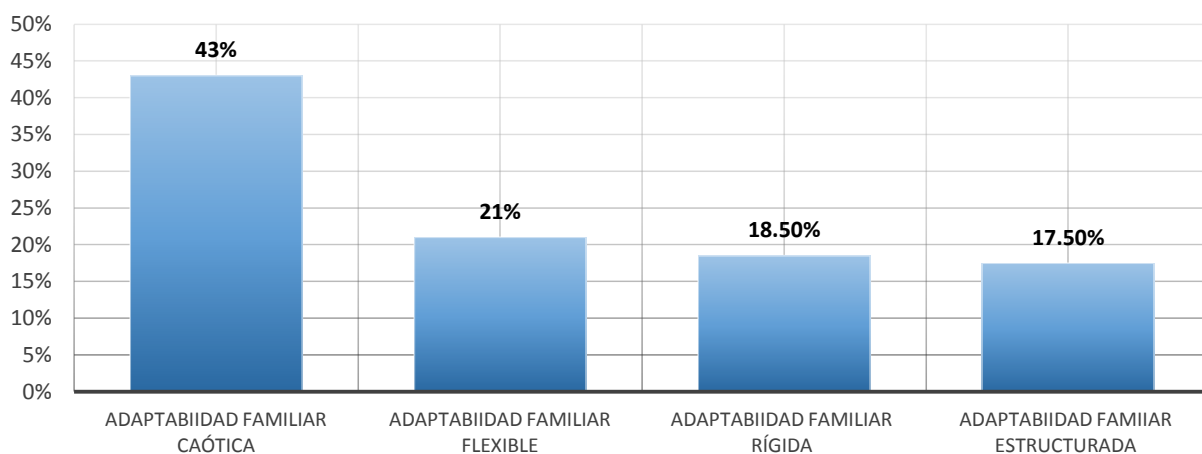


**Figura 31.** Cohesión familiar evaluada por medio del FACES III en familiares de primer grado de usuarios residenciales en el Centro Estatal para la Atención Integral de las Adicciones.

Fuente: Funcionalidad familiar y patología dual en usuarios residenciales en Centro Estatal para la Atención Integral de las Adicciones, Hidalgo, 2015

La adaptabilidad familiar, es decir, la capacidad de la familia para generar estrategias resolutivas para afrontar estresores externos y/o internos, medida a través del FACES III, mostró un predominio de las estrategias de afrontamiento de tipo caótico en un 43% de las familias de los usuarios residenciales, la segunda estrategia más común fue el afrontamiento de tipo flexible con un 21%, la tercera estrategia fue de tipo rígido el 18.5% de las familias de los usuarios residenciales y la última estrategia fue estructurada con el 17.5%.

### Adaptabilidad familiar en usuarios residenciales en el CEAIA

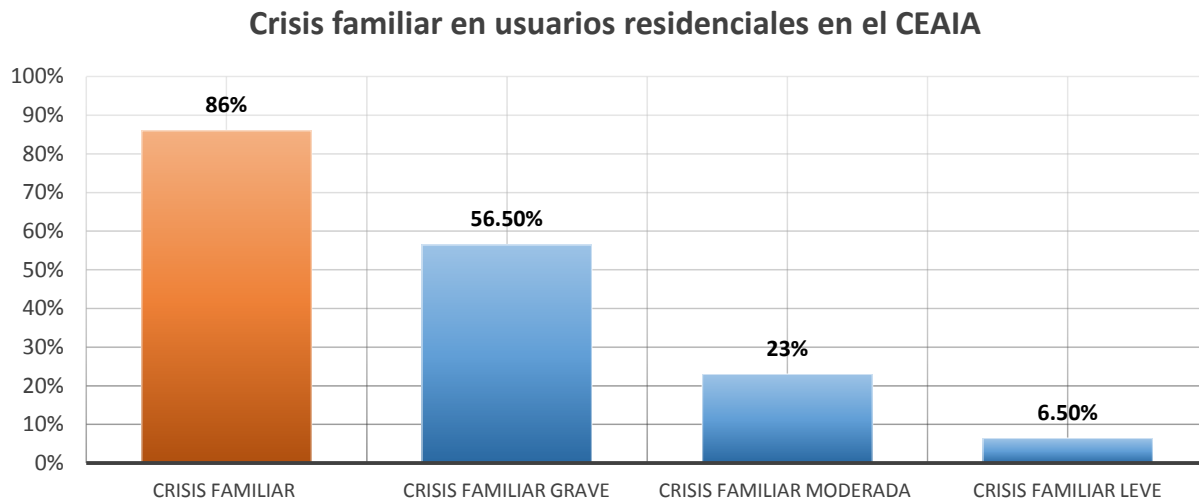


**Figura 32.** Adaptabilidad familiar evaluada por medio del FACES III en familiares de primer grado de usuarios residenciales en el Centro Estatal para la Atención Integral de las Adicciones.

Fuente: Funcionalidad familiar y patología dual en usuarios residenciales en Centro Estatal para la Atención Integral de las Adicciones, Hidalgo, 2015



La presencia de crisis familiar, evaluada por medio de la Escala de Holmes en familiares de primer grado de usuarios residenciales mostró que el 86% de las familia presentan crisis familiar al ingreso a la unidad residencial, el 56.5% de las familias presentaron una crisis familiar grave, el 23% una crisis familiar moderada, el 6.5% una crisis familiar leve y el 14% de las familias no presentaron ningún tipo de crisis a su ingreso.



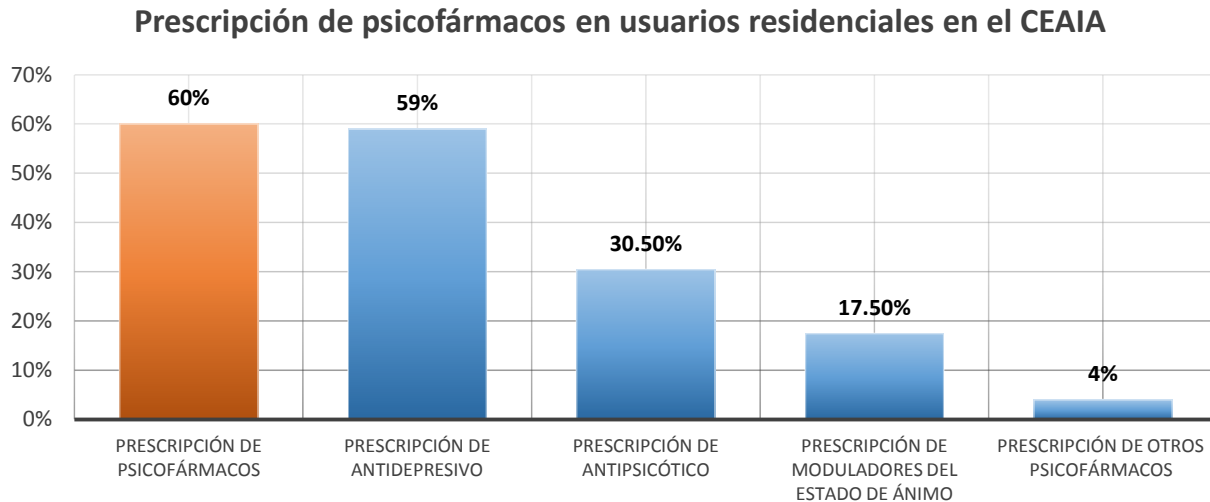
**Figura 33.** Crisis familiar evaluada por medio de la Escala de Holmes en familiares de primer grado de usuarios residenciales en el Centro Estatal para la Atención Integral de las Adicciones.

Fuente: Funcionalidad familiar y patología dual en usuarios residenciales en Centro Estatal para la Atención Integral de las Adicciones, Hidalgo, 2015

- Indicación de tratamiento psicofarmacológico en usuarios residenciales.

Posterior a la evaluación psiquiátrica en el momento del ingreso de los usuarios a estancia residencial en el CEAIA, se estableció tratamiento psicofarmacológico de acuerdo a los diagnósticos establecidos por la Entrevista Internacional Neuropsiquiátrica y por medio de una entrevista clínica estructurada, el 60% de los usuarios a su ingreso se les inició algún tipo de psicofármaco, dentro de las tres categorías más comunes son los antidepresivos, los antipsicóticos y los moduladores de estado de ánimo y otros fármacos para el manejo de la sintomatología detectada. Los psicofármacos con mayor prescripción fueron los antidepresivos en el 59% de los usuarios en estancia residencial, a continuación, los psicofármacos en segundo lugar más prescritos fueron los antipsicóticos en el 30.5% de los usuarios y en tercer lugar los ocuparon los anticonvulsivantes, empleados como moduladores del estado de ánimo y control de la impulsividad en el 17.5% de los usuarios en estancia residencial.

El 4% de los usuarios en estancia residencial fueron prescritos con otros psicofármacos como metilfenidato e hidroxizina, entre otros.



**Figura 34.** Prescripción de psicofármacos en usuarios en estancia residencial en el Centro Estatal para la Atención Integral de las Adicciones.

Fuente: Funcionalidad familiar y patología dual en usuarios residenciales en Centro Estatal para la Atención Integral de las Adicciones, Hidalgo, 2015

En relación a los antidepresivos, el más prescrito fue la Sertralina en el 44.5%, el segundo antidepresivo fue la Fluoxetina en el 40.35% y en último lugar el Citalopram en el 15.12%.

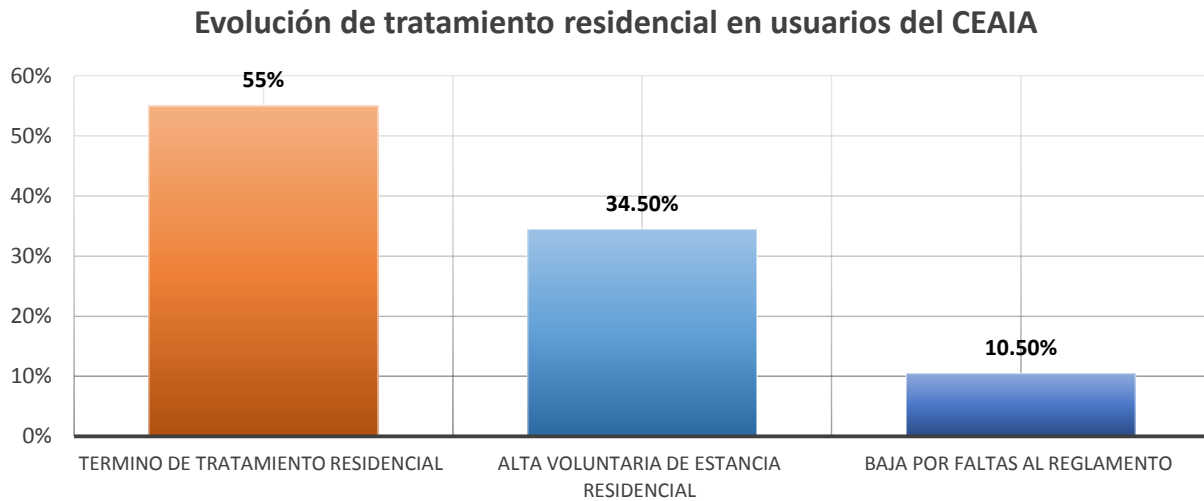
El principal antipsicótico prescrito fue la Olanzapina en el 64%, le siguió la Risperidona en el 35% y la Quetiapina en el 1%

El principal anticonvulsivo empleado como estabilizador de estado de ánimo fue el Valproato de magnesio en el 79.5%, la Carbamacepina en el 12% y por último la Oxcarbacepina en el 8.5%.

Otros psicofármacos prescritos fueron la Atomoxetina en el 0.3%, la hidroxizina en el 3% y el metifenidato en el 0.3%.

- Evolución de periodo de internamiento en usuarios en estancia residencial.

Durante la realización del presente estudio el 55% de los usuarios en estancia residencial cumplieron su periodo de internamiento de 90 días, el 34.5% solicitó su alta voluntaria y el 10.5% fue dado de baja de su estancia residencial por faltas al reglamento.



**Figura 35.** Evolución de tratamiento residencial en usuarios del Centro Estatal para la Atención Integral de las Adicciones.

Fuente: Funcionalidad familiar y patología dual en usuarios residenciales en Centro Estatal para la Atención Integral de las Adicciones, Hidalgo, 2015

▪ **ANÁLISIS CUALITATIVO DE VARIABLES DE INTERÉS: PREVALENCIA GLOBAL, PREVALENCIA DE LOS EXPUESTOS Y NO EXPUESTOS Y RAZÓN DE MOMIOS**

- Análisis cualitativo de variable independiente funcionalidad familiar y la variable dependiente patología dual.

La asociación principal de la variable independiente funcionalidad familiar y variable dependiente patología dual fue positiva para la prueba de asociación Chi – cuadrada ( $X^2 = 15.764$ ,  $gl = 1$ ,  $p = 0.000$ ) con una razón de momios de 5.467 con un IC 95%: 1.985 – 9.020.

Existe un riesgo 5.467 veces mayor de que los usuarios cuya familia fue calificada como disfuncional por medio del APGAR familiar cumplan con los criterios diagnósticos para patología dual a su ingreso a estancia residencial.

Prevalencia global: El 76.5% de las familias de los usuarios en estancia residencial fueron calificadas como disfuncionales a su ingreso por medio del APGAR familiar.

Prevalencia de global de los expuestos: el 86.4% de los usuarios que cumplieron con los criterios de para el diagnóstico de patología dual a su ingreso a estancia residencial provenían de una familia disfuncional.

Prevalencia de los expuestos: el 93.46% de las familias calificadas como disfuncionales por medio del APGAR familiar contaban con un usuario que cumplió con los criterios diagnósticos para patología dual a su ingreso a estancia residencial

Prevalencia de los no expuestos: el 72.34% de las familias calificadas como funcionales por medio del APGAR familiar indicaron contar con un usuario que cumplió los criterios de patología dual a su ingreso a unidad residencial.

		Diagnóstico de patología dual		Total
		Si	No	
Funcionalidad familiar	Familia disfuncional	143	10	153
	Familia funcional	34	13	47
Total		177	23	200

**Tabla 26.** Prueba de asociación Chi-cuadrada positiva entre funcionalidad familiar y patología dual en usuarios residenciales en el Centro Estatal para la Atención integral de las Adicciones.

Fuente: Funcionalidad familiar y patología dual en usuarios residenciales en Centro Estatal para la Atención Integral de las Adicciones, Hidalgo, 2015

- a) Análisis cualitativo de variable independiente funcionalidad familiar y la variables sociodemográficas de interés y razón de momios.

La asociación entre la variable independiente funcionalidad familiar y las mujeres usuarias que cursaban con un diagnóstico de dependencia a una o más sustancias fue positiva para la prueba de asociación Chi – cuadrada ( $X^2 = 6.306$  gl = 1,  $p = 0.012$ ) con una razón de momios de 5.488 y un IC 95%: 1.260 – 23.904: existe un riesgo de 5.488 veces mayor de que las usuarias con el diagnóstico de dependencia a una o más sustancias presentaran una familia calificada como disfuncional por medio del APGAR familiar a su ingreso a estancia residencial.

Prevalencia de global: 20.91% de los usuarios del género femenino con el diagnóstico de dependencia a una o más sustancias indicaron provenir de una familia disfuncional a su ingreso a estancia residencial.

Prevalencia de los expuestos: el 19.1% de las familias calificadas como disfuncionales por medio del APGAR familiar contaban con un usuario del género femenino que cumplió con los criterios diagnósticos para dependencia a una o más sustancias a estancia residencial.

Prevalencia de los no expuestos: El 4.25% de las familias calificadas como funcionales por medio del APGAR familiar indicaron contar con un usuario del género femenino que cumplió los criterios diagnósticos para la dependencia a una o más sustancias a su ingreso a unidad residencial.

		Género femenino		Total
		Femenino	No Femenino	
Funcionalidad familiar	Familia disfuncional	30	123	153
	Familia funcional	2	45	47
Total		32	168	200

**Tabla 27.** Prueba de asociación Chi-cuadrada positiva entre funcionalidad familiar y género femenino en usuarios residenciales en el Centro Estatal para la Atención integral de las Adicciones.

Fuente: Funcionalidad familiar y patología dual en usuarios residenciales en Centro Estatal para la Atención Integral de las Adicciones, Hidalgo, 2015

La asociación entre la variable independiente funcionalidad familiar y la variable abandono de edad escolar antes de los 18 años en usuarios con diagnóstico de dependencia a una o más sustancias fue positiva para la prueba de asociación Chi – cuadrada ( $X^2 = 8.842$ , gl = 1,  $p = 0.003$ ) con una razón de momios de 2.488 y con un IC 95%: 1.361 – 4.379: existe un riesgo de 2.488 veces mayor de

abandonar las actividades escolares antes de los 18 años de edad en usuarios residenciales que cursan con un diagnóstico de dependencia a una o más sustancias cuya familia fue calificada como disfuncional por medio del APGAR familiar.

Prevalencia de global: el 94.44% de los usuarios con el antecedente de abandono de la actividad escolar antes de 18 años de edad a su ingreso a estancia residencial cumplió criterios para una familia disfuncional por medio del APGAR familiar.

Prevalencia de los expuestos: el 86.92% de las familias calificadas como disfuncionales por medio del APGAR familiar refirieron el antecedente de abandono de actividad escolar antes de los 18 años de edad a su ingreso a estancia residencial.

Prevalencia de los no expuestos: el 68.08% de las familias calificadas como funcionales por medio del APGAR familiar indicaron contar con un usuario con el antecedente de abandono de actividad escolar antes de los 18 años de edad a su ingreso a estancia residencial.

		Edad de abandono escolar menor a los 18 años		Total
		Si	No	
Funcionalidad familiar	Familia disfuncional	133	20	153
	Familia funcional	32	15	47
Total		165	35	200

**Tabla 28.** Prueba de asociación Chi-cuadrada positiva entre funcionalidad familiar y abandono escolar antes de los 18 años de edad en usuarios residenciales en el Centro Estatal para la Atención integral de las Adicciones.

Fuente: Funcionalidad familiar y patología dual en usuarios residenciales en Centro Estatal para la Atención Integral de las Adicciones, Hidalgo, 2015

La asociación entre la variable independiente funcionalidad familiar y el antecedente de estancia en internamiento en grupo de Ayuda Mutua (anexo) fue positiva para la prueba de asociación Chi – cuadrada ( $X^2 = 4.066$ ,  $gl = 1$ ,  $p = 0.044$ ) con una razón de momios de 1.166 y un IC 95%: 1.034 – 1.316:

Existe un riesgo de 1.166 veces mayor de contar con el antecedente de internamiento en un Grupo de Ayuda Mutua (anexo) en usuarios residenciales cuya familia fue calificada como disfuncional por medio del APGAR familiar.

Prevalencia de global: el 24.18 de los usuarios con el antecedente de internamiento en un Grupo de Ayuda Mutua (anexo) a su ingreso a estancia residencial cumplió criterios por medio del APGAR familiar para una familia disfuncional.

Prevalencia de los expuestos: el 21.56% de las familias calificadas como disfuncionales por medio del APGAR familiar refirieron que su usuario contaban con el antecedente internamiento en Grupo de Ayuda Mutua (anexo) su ingreso a estancia residencial.

Prevalencia de los no expuestos: el 8.51% de las familias calificadas como funcionales por medio del APGAR familiar indicaron contar con un usuario con el antecedente de internamiento en grupo de Ayuda Mutua a su ingreso a estancia residencial.

		Antecedente de estancia en anexo		Total
		Si	No	
Funcionalidad familiar	Familia disfuncional	33	120	153
	Familia funcional	4	43	47
Total		37	163	200

**Tabla 29.** Prueba de asociación Chi-cuadrada positiva entre funcionalidad familiar y el antecedente de estancia en anexo en usuarios residenciales en el Centro Estatal para la Atención integral de las Adicciones.

Fuente: Funcionalidad familiar y patología dual en usuarios residenciales en Centro Estatal para la Atención Integral de las Adicciones, Hidalgo, 2015

- b) Análisis cualitativo de variable independiente funcionalidad familiar y variables asociadas al consumo de sustancias.

La asociación entre la variable independiente funcionalidad familiar e inicio de consumo de alcohol por socialización con pares fue positiva para la prueba de asociación Chi – cuadrada ( $X^2 = 8.974$ ,  $gl = 1$ ,  $p = 0.003$ ) con una razón de momios de 1.451 y un IC 95%: 1.179 – 1.787.

Existe un riesgo de 1.451 veces mayor de contar con el antecedente de iniciar el consumo de alcohol por socialización con pares en usuarios residenciales cuya familia fue calificada como disfuncional por medio del APGAR familiar.

Prevalencia de global: el 52.28% de los usuarios que indicó el antecedente de inicio de consumo de alcohol por socialización con pares cumplió criterios diagnósticos para una familia disfuncional a su ingreso a estancia residencial por medio del APGAR familiar.

Prevalencia de los expuestos: el 42.75% de las familias calificadas como disfuncionales por medio del APGAR familiar refirieron que su usuario contaban con el antecedente iniciar su consumo de alcohol por socialización con pares a su ingreso a estancia residencial.

Prevalencia de los no expuestos: el 21.27% de las familias calificadas como funcionales por medio del APGAR familiar indicaron contar con un usuario con el antecedente de iniciar su consumo de alcohol por socialización con pares a su ingreso a estancia residencial.

		Motivo de inicio de consumo alcohol socialización		Total
		Si	No	
Funcionalidad familiar	Familia disfuncional	70	83	153
	Familia funcional	10	37	47
Total		80	120	200

**Tabla 30.** Prueba de asociación Chi-cuadrada positiva entre funcionalidad familiar y socialización con pares como motivo de inicio de consumo de alcohol en usuarios residenciales en el Centro Estatal para la Atención integral de las Adicciones.

Fuente: Funcionalidad familiar y patología dual en usuarios residenciales en Centro Estatal para la Atención Integral de las Adicciones, Hidalgo, 2015

c) Análisis cualitativo de variable independiente funcionalidad familiar y las variables asociadas a los antecedentes de salud mental de usuarios en estancia residencial.

La asociación entre la variable independiente funcionalidad familiar y antecedente de atención psiquiátrica previa en usuarios indicada a su ingreso a internamiento residencial fue positiva para la prueba de asociación Chi – cuadrada ( $X^2 = 4.583$ ,  $gl = 1$ ,  $p = 0.032$ ) con una razón de momios de 1.126 y un IC 95%: 1.045 – 1.213.

Existe un riesgo de 1.126 veces mayor de contar con un antecedente de atención psiquiátrica previa en usuarios residenciales cuya familia fue calificada como disfuncional por medio del APGAR familiar.



Prevalencia de global: el 13.72% de los usuarios que contaban con el antecedente de atención psiquiátrica previa a su internamiento a estancia residencial cumplieron criterios diagnósticos por medio del APGAR familiar para una familia disfuncional a su ingreso a estancia residencial.

Prevalencia de los expuestos: el 13.07% de las familias calificadas como disfuncionales por medio del APGAR familiar refirieron que su usuario contaban con el antecedente de atención psiquiátrica previa a su ingreso a estancia residencial.

Prevalencia de los no expuestos: el 2.12% de las familias calificadas como funcionales por medio del APGAR familiar indicaron contar con un usuario con el antecedente de atención psiquiátrica previa a su ingreso a estancia residencial.

		Antecedentes de atención psiquiátrica		Total
		Si	No	
Funcionalidad familiar	Familia disfuncional	20	133	153
	Familia funcional	1	46	47
Total		21	179	200

**Tabla 31.** Prueba de asociación Chi-cuadrada positiva entre funcionalidad familiar y antecedentes de atención psiquiátrica previa en usuarios residenciales en el Centro Estatal para la Atención integral de las Adicciones.

Fuente: Funcionalidad familiar y patología dual en usuarios residenciales en Centro Estatal para la Atención Integral de las Adicciones, Hidalgo, 2015

La asociación entre la variable independiente funcionalidad familiar y antecedente de tratamiento psicofarmacológico en usuarios previo a su internamiento en unidad residencial fue positiva para la prueba de asociación Chi – cuadrada ( $X^2 = 4.940$ ,  $gl = 1$ ,  $p = 0.026$ ) con una razón de momios de 1.134 y un IC 95%: 1.051 – 1.224.

Existe un riesgo de 1.134 veces mayor de contar con el antecedente de tratamiento psicofarmacológico previo en usuarios residenciales cuya familia fue calificada como disfuncional por medio del APGAR familiar.

Prevalencia de global: el 14.37% de los usuarios con el antecedente de inicio de tratamiento psicofarmacológico previo a su ingreso a estancia residencial cumplieron criterios para una familia disfuncional por medio del APGAR familiar.

Prevalencia de los expuestos: el 13.72% de las familias calificadas como disfuncionales por medio del APGAR familiar refirieron que su usuario contaban con el antecedente de tratamiento psicofarmacológico previo a su ingreso a estancia residencial.

Prevalencia de los no expuestos: el 2.12% de las familias calificadas como funcionales por medio del APGAR familiar indicaron contar con un usuario con el antecedente de tratamiento psicofarmacológico previo a su ingreso a estancia residencial.

		Antecedentes de tratamiento psicofarmacológico		Total
		Si	No	
Funcionalidad familiar	Si	21	132	153
	No	1	46	47
Total		22	178	200

**Tabla 32.** Prueba de asociación Chi-cuadrada positiva entre funcionalidad familiar y antecedentes de atención psiquiátrica previa en usuarios residenciales en el Centro Estatal para la Atención integral de las Adicciones.

Fuente: Funcionalidad familiar y patología dual en usuarios residenciales en Centro Estatal para la Atención Integral de las Adicciones, Hidalgo, 2015

La asociación entre la variable independiente funcionalidad familiar y antecedente de intento suicida en usuarios previo a su internamiento a unidad residencial fue positiva para la prueba de asociación Chi – cuadrada ( $X^2 = 9.767$ ,  $gl = 1$ ,  $p = 0.002$ ) con una razón de momios de 1.333 y un IC 95%: 1.161 – 1.531.

Existe un riesgo de 1.333 veces mayor de contar con el antecedente de intento suicida en usuarios residenciales que cursan cuya familia fue calificada como disfuncional por medio del APGAR familiar.

Prevalencia de global: el 33.98% de los usuarios con el antecedente de intento suicida previo a su ingreso a estancia residencial cumplieron criterios diagnósticos por medio del APGAR familiar para una familia disfuncional.

Prevalencia de los expuestos: el 31.37% de las familias calificadas como disfuncionales por medio del APGAR familiar indicó que su usuario contaban con el antecedente de intento suicida previo a su ingreso a estancia residencial.

Prevalencia de los no expuestos: el 8.51% de las familias calificadas como funcionales por medio del APGAR familiar indicó que su usuario contaba con el antecedente de intento suicida previo a su ingreso a estancia residencial.

		Antecedentes de intento suicida		Total
		Si	No	
Funcionalidad familiar	Familia disfuncional	48	105	153
	Familia funcional	4	43	47
Total		52	148	200

**Tabla 33.** Prueba de asociación Chi-cuadrada positiva entre funcionalidad familiar y antecedentes de intento suicida en usuarios residenciales en el Centro Estatal para la Atención integral de las Adicciones.

Fuente: Funcionalidad familiar y patología dual en usuarios residenciales en Centro Estatal para la Atención Integral de las Adicciones, Hidalgo, 2015

La asociación entre la variable independiente funcionalidad familiar y el antecedente de maltrato físico en la infancia en usuarios a su ingreso a unidad residencial fue positiva para la prueba de asociación Chi – cuadrada ( $X^2 = 7.697$ ,  $gl = 1$ ,  $p = 0.006$ ) con una razón de momios de 1.401 y un IC 95%:1.142 – 1.718:

Existe un riesgo de 1.401 veces mayor de contar con en el antecedente de maltrato infantil de tipo físico en usuarios residenciales cuya familia fue calificada como disfuncional por medio del APGAR familiar.

Prevalencia de global: el 50.36% de los usuarios con el antecedente de maltrato en la infancia de tipo físico indicaron calificaron por medio APGAR familiar provenir de una familia disfuncional.

Prevalencia de los expuestos: 43.79% de las familias calificadas como disfuncionales por medio del APGAR familiar indicaron que su usuario contaba con el antecedente de maltrato infantil de tipo físico a su ingreso a estancia residencial.

Prevalencia de los no expuestos: el 21.17% de las familias calificadas como funcionales por medio del APGAR familiar indicaron que su contaba con el antecedente de maltrato infantil de tipo físico a su ingreso a estancia residencial.

		Antecedentes de maltrato físico en la infancia		Total
		Si	No	
Funcionalidad familiar	Si	67	86	153
	No	10	37	47
Total		77	123	200

**Tabla 34.** Prueba de asociación Chi-cuadrada positiva entre funcionalidad familiar y antecedentes maltrato infantil de tipo físico usuarios residenciales en el Centro Estatal para la Atención integral de las Adicciones.

Fuente: Funcionalidad familiar y patología dual en usuarios residenciales en Centro Estatal para la Atención Integral de las Adicciones, Hidalgo, 2015

La asociación entre la variable independiente funcionalidad familiar y el antecedente de maltrato emocional en la infancia en usuarios a su ingreso a internamiento a unidad residencial fue positiva para la prueba de asociación Chi – cuadrada ( $X^2 = 19.032$ ,  $gl = 1$ ,  $p = 0.000$ ) con una razón de momios de 2.694 y un IC 95%: 1.751 – 4.145: existe un riesgo de 2.694 veces mayor de contar con en el antecedente de maltrato infantil de tipo emocional en usuarios residenciales cuya familia fue calificada como disfuncional por medio del APGAR familiar.

Prevalencia de global: el 96.07% de los usuarios con el antecedente de maltrato de tipo emocional en la infancia a su ingreso a estancia residencial cumplió criterios por medio del APGAR familiar para una familia disfuncional.

Prevalencia de los expuestos: 81.04% de las familias calificadas como disfuncionales por medio del APGAR familiar indicó que su usuario contaba con el antecedente de maltrato infantil de tipo emocional a su ingreso a estancia residencial.

Prevalencia de los no expuestos: el 48.93% de las familias calificadas como funcionales por medio del APGAR familiar indicó que su usuario contaba con el antecedente de maltrato infantil de tipo emocional a su ingreso a estancia residencial.

		Antecedentes de maltrato emocional en la infancia		Total
		Si	No	
Funcionalidad familiar	Familia disfuncional	124	29	153
	Familia funcional	23	24	47
Total		147	53	200

**Tabla 35.** Prueba de asociación Chi-cuadrada positiva entre funcionalidad familiar y antecedentes maltrato infantil de tipo emocional en usuarios residenciales en el Centro Estatal para la Atención integral de las Adicciones.

Fuente: Funcionalidad familiar y patología dual en usuarios residenciales en Centro Estatal para la Atención Integral de las Adicciones, Hidalgo, 2015

d) Análisis cualitativo de variable independiente funcionalidad familiar y antecedentes familiares de usuarios en estancia residencial.

La asociación entre la variable independiente funcionalidad familiar y el antecedente de separación materna en usuarios con internamiento en unidad residencial fue positiva para la prueba de asociación Chi – cuadrada ( $X^2 = 10.544$ ,  $gl = 1$ ,  $p = 0.001$ ) con una razón de momios de 3.107 y con IC 95%: 1.539 – 6.271.

Existe un riesgo de 3.107 veces mayor de que los usuarios cuya familia fue calificada como disfuncional por medio del APGAR familiar indiquen el antecedente de separación materna a su ingreso a estancia residencial.

Prevalencia de global: el 69.93% de los usuarios con el antecedente de separación materna cumplieron criterios por medio del APGAR familiar para una familia disfuncional a su ingreso a estancia residencial.

Prevalencia de los expuestos: 56.86% de las familias calificadas como disfuncionales por medio del APGAR familiar presentaron el antecedente de separación materna indicado por su usuario a su ingreso a estancia residencial.

Prevalencia de los no expuestos: el 0.29% de las familias calificadas como funcionales por medio del APGAR familiar presentaron el antecedente de separación materna indicado por su usuario a su ingreso a estancia residencial.

		Estado civil materno separada		Total
		Si	No	
Funcionalidad familiar	Familia disfuncional	87	66	153
	Familia funcional	14	33	47
Total		101	99	200

**Tabla 36.** Prueba de asociación Chi-cuadrada positiva entre funcionalidad familiar y separación materna en usuarios residenciales en el Centro Estatal para la Atención integral de las Adicciones.

Fuente: Funcionalidad familiar y patología dual en usuarios residenciales en Centro Estatal para la Atención Integral de las Adicciones, Hidalgo, 2015

La asociación entre la variable independiente funcionalidad familiar y el antecedente de consumo de benzodiazepinas materna en usuarios en estancia residencial fue positiva para la prueba de asociación Chi – cuadrada ( $X^2 = 4.411$ ,  $gl = 1$ ,  $p = 0.011$ ) con una razón de momios de 7.023 y un IC 95%: 1.244 – 39.650.

Existe un riesgo de 7.023 veces mayor de que los usuarios cuya familia fue calificada disfuncional por medio del APGAR familiar contaran con el antecedente de consumo materno de benzodiazepinas a su ingreso.

Prevalencia de global: 3.92% de los usuarios en estancia residencial con una familia calificada por medio del APGAR familiar como disfuncional indicaron a su ingreso el antecedente de consumo de benzodiazepinas materno.

Prevalencia de los expuestos: 2.61% de las familias calificadas como disfuncionales por medio del APGAR familiar presentaron el antecedente de consumo de benzodiazepinas materno.

Prevalencia de los no expuestos: el 8.51% de las familias calificadas como funcionales por medio del APGAR familiar presentaron el antecedente de consumo materno de benzodiazepinas.

		Consumo materno de benzodiazepinas		Total
		Si	No	
Funcionalidad familiar	Familia disfuncional	2	151	153
	Familia funcional	4	43	47
Total		6	194	200

**Tabla 37.** Prueba de asociación Chi-cuadrada positiva entre funcionalidad familiar y consumo materno de benzodiazepinas en usuarios residenciales en el Centro Estatal para la Atención integral de las Adicciones.

Fuente: Funcionalidad familiar y patología dual en usuarios residenciales en Centro Estatal para la Atención Integral de las Adicciones, Hidalgo, 2015

La asociación entre la variable independiente funcionalidad familiar y el antecedente de separación paterna en usuarios en estancia residencial fue positiva para la prueba de asociación Chi – cuadrada ( $X^2 = 9.851$ ,  $gl = 1$ ,  $p = 0.002$ ) con una razón de momios de 1.654 y un IC 95%: 1.247 – 2.195: existe un riesgo de 1.654 veces mayor de referir el antecedente de separación paterna en usuarios residenciales al momento de su ingreso cuya familia fue calificada como disfuncional por medio del APGAR familiar.

Prevalencia de global: el 70.58% de los usuarios en estancia residencial cuya familia fue calificada como disfuncional por medio del APGAR familiar indicaron a su ingreso el antecedente de separación paterna.

Prevalencia de los expuestos: 61.43% de las familias calificadas como disfuncionales por medio del APGAR familiar presentaron el antecedente de separación paterna.

Prevalencia de los no expuestos: el 34.04% de las familias calificadas como funcionales por medio del APGAR familiar presentaron el antecedente de separación paterna.

		Papa estado civil separado		Total
		Si	No	
Funcionalidad familiar	Familia disfuncional	92	61	153
	Familia funcional	16	31	47
Total		108	92	200

**Tabla 38.** Prueba de asociación Chi-cuadrada positiva entre funcionalidad familiar y antecedente de separación paterna en usuarios residenciales en el Centro Estatal para la Atención integral de las Adicciones.

Fuente: Funcionalidad familiar y patología dual en usuarios residenciales en Centro Estatal para la Atención Integral de las Adicciones, Hidalgo, 2015

e) Análisis cualitativo de variable dependiente funcionalidad familiar y trastornos psiquiátricos detectados por medio de la MINI en usuarios residenciales.

La asociación entre la variable independiente funcionalidad familiar y el diagnóstico de cualquier trastorno psiquiátrico en usuarios en estancia residencial fue positiva para la prueba de asociación Chi – cuadrada ( $X^2 = 6.032$ ,  $gl = 1$ ,  $p = 0.014$ ) con una razón de momios de 2.550 y un IC 95%: 1.187 – 5.346: existe un riesgo 2.520 veces mayor de que los usuarios cuya familia fue calificada como disfuncional por medio del APGAR familiar cumplan los criterios diagnósticos para cualquier trastorno psiquiátrico a su ingreso a estancia residencial.

Prevalencia de global: el 95.03% de los usuarios en estancia residencial cuya familia fue calificada como disfuncional por medio del APGAR familiar cumplieron a su ingreso con los criterios diagnósticos para cualquier trastorno psiquiátrico.

Prevalencia de los expuestos: 84.31% de las familias calificadas como disfuncionales por medio del APGAR familiar indicaron contar con un usuario que cumplió con los criterios diagnósticos para cualquier trastorno psiquiátrico.

Prevalencia de los no expuestos: el 68.05% de las familias calificadas como funcionales por medio del APGAR familiar indicaron contar con un usuario que cumplió con los criterios diagnósticos para cualquier trastorno psiquiátrico.

		Usuario con diagnóstico psiquiátrico		Total
		Si	No	
Funcionalidad familiar	Familia disfuncional	129	24	153
	Familia funcional	32	15	47
Total		161	39	200

**Tabla 39.** Prueba de asociación Chi-cuadrada positiva entre funcionalidad familiar y diagnóstico psiquiátrico en usuarios residenciales en el Centro Estatal para la Atención integral de las Adicciones.

Fuente: Funcionalidad familiar y patología dual en usuarios residenciales en Centro Estatal para la Atención Integral de las Adicciones, Hidalgo, 2015

La asociación entre la variable independiente funcionalidad familiar y el diagnóstico de cualquier trastorno de la conducta en usuarios en estancia residencial fue positiva para la prueba de asociación Chi – cuadrada ( $X^2 = 4.904$ ,  $gl = 1$ ,  $p = 0.027$ ) con una razón de momios de 2.748 y un IC 95%: 1.093 – 6.960:

Existe un riesgo de 2.748 veces mayor en usuarios cuya familia fue calificada como disfuncional por medio del APGAR familiar de cumplir con los criterios diagnósticos para cualquier trastorno de la conducta a su ingreso a estancia residencial.

Prevalencia de global: el 32.67% de los usuarios en estancia residencial cuya familia fue calificada como disfuncional por medio del APGAR familiar cumplieron a su ingreso con los criterios diagnósticos para cualquier trastorno de la conducta.

Prevalencia de los expuestos: 28.75% de las familias calificadas como disfuncionales por medio del APGAR familiar indicaron contar con un usuario que cumplió con los criterios diagnósticos para cualquier trastorno de la conducta.



La prevalencia de los no expuestos: el 12.37% de las familias calificadas como funcionales por medio del APGAR familiar indicaron contar con un usuario que cumplió con los criterios diagnósticos para cualquier trastorno de la conducta.

		Trastornos de la conducta		Total
		Si	No	
Funcionalidad familiar	Familia disfuncional	44	109	153
	Familia funcional	6	41	47
Total		50	150	200

**Tabla 40.** Prueba de asociación Chi-cuadrada positiva entre funcionalidad familiar y diagnóstico de cualquier trastorno de la conducta en usuarios residenciales en el Centro Estatal para la Atención integral de las Adicciones.

Fuente: Funcionalidad familiar y patología dual en usuarios residenciales en Centro Estatal para la Atención Integral de las Adicciones, Hidalgo, 2015

La asociación entre la variable independiente funcionalidad familiar y el diagnóstico de trastorno de la personalidad antisocial en usuarios en estancia residencial fue positiva para la prueba de asociación Chi – cuadrada ( $X^2 = 8.268$ ,  $gl = 1$ ,  $p = 0.004$ ) con una razón de momios de 6.674 y un IC 95%: 1.541 – 28.906.

Existe un riesgo de 6.674 veces mayor en usuarios cuya familia fue calificada como disfuncional por medio del APGAR familiar de cumplir con los criterios diagnósticos de trastorno de la personalidad antisocial a su ingreso estancia residencial.

Prevalencia de global: el 24.18% de los usuarios en estancia residencial cuya familia fue calificada por medio del APGAR familiar con disfuncional cumplieron a su ingreso con los criterios diagnósticos para trastorno de la personalidad antisocial

Prevalencia de los expuestos: 22.87% de las familias calificadas como disfuncionales por medio del APGAR familiar indicaron contar con un usuario que cumplió con los criterios diagnósticos para trastorno antisocial de la personalidad.

Prevalencia de los no expuestos: el 4.25% de las familias calificadas como funcionales por medio del APGAR familiar indicaron contar con un usuario que cumplió con los criterios diagnósticos de trastorno de la personalidad antisocial.

		Trastorno antisocial de la personalidad		Total
		Si	No	
Funcionalidad familiar	Familia disfuncional	35	118	153
	Familia funcional	2	35	47
Total		37	150	200

**Tabla 41.** Prueba de asociación Chi-cuadrada positiva entre funcionalidad familiar y diagnóstico de trastorno antisocial de la personalidad en usuarios residenciales en el Centro Estatal para la Atención integral de las Adicciones.

Fuente: Funcionalidad familiar y patología dual en usuarios residenciales en Centro Estatal para la Atención Integral de las Adicciones, Hidalgo, 2015

La asociación entre la variable independiente funcionalidad familiar y el diagnóstico de trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad tipo límite en usuarios en estancia residencial fue positiva para la prueba de asociación Chi – cuadrada ( $X^2 = 11.063$ ,  $gl = 1$ ,  $p = 0.001$ ) con una razón de momios de 3.191 con un IC 95%: 1.581 – 6.443:

Existe un riesgo de 3.191 veces mayor de que los usuarios con cuya familia fue calificada como disfuncional por medio del APGAR familiar cumplan criterios diagnósticos de trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad de tipo límite al momento de su ingreso a estancia residencial.

Prevalencia de global: el 66.66%% de los usuarios en estancia residencial cuya familia fue calificada como con disfuncional por medio del APGAR familiar cumplieron con los criterios diagnósticos para el trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad tipo límite a su ingreso.

Prevalencia de los expuestos: 57.51% de las familias calificadas como disfuncionales por medio del APGAR familiar indicaron contar con un usuario que cumplió con los criterios diagnósticos para el trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad de tipo limite a su ingreso.

Prevalencia de los no expuestos: el 29.78% de las familias calificadas como funcionales por medio del APGAR familiar indicaron contar con un usuario que cumplió con los criterios diagnósticos para el trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad de tipo límite.

		Trastorno límite de la personalidad		Total
		Si	No	
Funcionalidad familiar	Familia disfuncional	88	65	153
	Familia funcional	14	33	47
Total		102	98	200

**Tabla 42.** Prueba de asociación Chi-cuadrada positiva entre funcionalidad familiar y diagnóstico de trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad tipo límite en usuarios residenciales en el Centro Estatal para la Atención integral de las Adicciones.

Fuente: Funcionalidad familiar y patología dual en usuarios residenciales en Centro Estatal para la Atención Integral de las Adicciones, Hidalgo, 2015

La asociación entre la variable independiente funcionalidad familiar y el diagnóstico de cualquier trastorno de la personalidad del grupo B en usuarios en estancia residencial fue positiva para la prueba de asociación Chi – cuadrada ( $X^2 = 9.521$ ,  $gl = 1$ ,  $p = 0.002$ ) con una razón de momios de 3.191 y un IC 95%: 1.581 – 6.443: existe un riesgo de 3.518 veces mayor en usuarios cuya familia fue calificada como disfuncional por medio del APGAR familiar de cumplir con criterios diagnósticos para cualquier trastorno de la personalidad del grupo B al momento de su ingreso.

Prevalencia de global: el 88.95% de los usuarios en estancia residencial cuya familia fue calificada como disfuncional por medio del APGAR familiar cumplieron a su ingreso con los criterios diagnósticos para cualquier trastorno de la personalidad del grupo B.

Prevalencia de los expuestos: 90.19% de las familias calificadas como disfuncionales por medio del APGAR familiar indicaron contar con un usuario que cumplió con los criterios diagnósticos para cualquier trastorno de la personalidad del grupo B y la prevalencia de los no expuestos: el 72.34% de las familias calificadas como funcionales por medio del APGAR familiar indicaron contar con un usuario que cumplió con los criterios diagnósticos para cualquier trastorno de la personalidad del grupo B.

		Trastorno de la personalidad del Grupo B		Total
		Si	No	
Funcionalidad familiar	Familia disfuncional	138	15	153
	Familia funcional	34	13	47
Total		172	28	200

**Tabla 43.** Prueba de asociación Chi-cuadrada positiva entre funcionalidad familiar y diagnóstico de cualquier trastorno de la personalidad del Grupo B en usuarios residenciales en el Centro Estatal para la Atención integral de las Adicciones.

Fuente: Funcionalidad familiar y patología dual en usuarios residenciales en Centro Estatal para la Atención Integral de las Adicciones, Hidalgo, 2015

La asociación entre la variable independiente funcionalidad familiar y la variable inicio de tratamiento psicofarmacológico en usuarios a su ingreso a estancia residencial fue positiva para la prueba de asociación Chi – cuadrada ( $X^2 = 6.008$ ,  $gl = 1$ ,  $p = 0.014$ ) con una razón de momios de 1.567 y un IC 95%: 1.122 – 2.191.

Existe un riesgo de 1.567 veces mayor usuarios en estancia residencial cuya familia fue calificada como disfuncional por medio del APGAR familiar de iniciar tratamiento psicofarmacológico a su ingreso a estancia residencial.

Prevalencia de global: el 78.43% de los usuarios en estancia residencial con cuya familia fue calificada como disfuncional por medio del APGAR familiar cumplieron a su ingreso con los criterios diagnósticos iniciar tratamiento psicofarmacológico a su ingreso.

Prevalencia de los expuestos: el 64.70% de las familias calificadas como disfuncionales por medio del APGAR familiar indicaron contar con un usuario que cumplió con los criterios diagnósticos para inicio de tratamiento psicofarmacológico a su ingreso.

Prevalencia de los no expuestos: el 44.68% de las familias calificadas como funcionales por medio del APGAR familiar indicaron contar con un usuario que cumplió con los criterios diagnósticos para iniciar tratamiento psicofarmacológico a su ingreso.

		Tratamiento psicofarmacológico en estancia residencial		Total
		Si	No	
Funcionalidad familiar	Familia disfuncional	99	54	153
	Familia funcional	21	26	47
Total		120	80	200

**Tabla 44.** Prueba de asociación Chi-cuadrada positiva entre funcionalidad familiar e inicio de tratamiento psicofarmacológico en usuarios residenciales en el Centro Estatal para la Atención integral de las Adicciones.

Fuente: Funcionalidad familiar y patología dual en usuarios residenciales en Centro Estatal para la Atención Integral de las Adicciones, Hidalgo, 2015

La asociación entre la variable independiente funcionalidad familiar e inicio de tratamiento psicofarmacológico con un fármaco antidepresivo en usuarios en estancia residencial fue positiva

para la prueba de asociación Chi – cuadrada ( $X^2 = 6.870$ ,  $gl = 1$ ,  $p = 0.009$ ) con una razón de momios de 2.405 y un IC 95%: 1.236 – 4.681: existe un riesgo de 2.405 veces mayor en usuarios en estancia residencial cuya familia fue calificada como disfuncional por medio del APGAR familiar de cumplir criterios para iniciar tratamiento psicofarmacológico con un fármaco antidepresivo a su ingreso a estancia residencial.

Prevalencia de global: el 77.12% de los usuarios en estancia residencial cuya familia fue calificada como disfuncional por medio del APGAR familiar cumplieron a su ingreso con los criterios diagnósticos iniciar tratamiento psicofarmacológico con un antidepresivo a su ingreso.

Prevalencia de los expuestos: el 66.05% de las familias calificadas como disfuncionales por medio del APGAR familiar indicaron contar con un usuario que cumplió con los criterios diagnósticos para inicio de tratamiento psicofarmacológico con un antidepresivo a su ingreso.

Prevalencia de los no expuestos: el 42.55% de las familias calificadas como funcionales por medio del APGAR familiar indicaron contar con un usuario que cumplió con los criterios diagnósticos para iniciar tratamiento psicofarmacológico con un antidepresivo a su ingreso.

		Tratamiento psicofarmacológico con cualquier antidepresivo		Total
		Si	No	
Funcionalidad familiar	Familia disfuncional	98	55	153
	Familia funcional	20	27	47
Total		118	82	200

**Tabla 45.** Prueba de asociación Chi-cuadrada positiva entre funcionalidad familiar e inicio de tratamiento con un fármaco antidepresivo en usuarios residenciales en el Centro Estatal para la Atención integral de las Adicciones.

Fuente: Funcionalidad familiar y patología dual en usuarios residenciales en Centro Estatal para la Atención Integral de las Adicciones, Hidalgo, 2015

La asociación entre la variable independiente funcionalidad familiar e inicio de tratamiento psicofarmacológico con un fármaco antipsicótico en usuarios en estancia residencial fue positiva para la prueba de asociación Chi – cuadrada ( $X^2 = 11.434$ ,  $gl = 1$ ,  $p = 0.001$ ) con una razón de momios de 4.849 y un IC 95% (1.813 – 12.971): existe un riesgo de 4.849 veces mayor en usuarios

en estancia residencial cuya familia fue calificada como disfuncional por medio del APGAR familiar de iniciar tratamiento psicofarmacológico con un antipsicótico a su ingreso.

Prevalencia de global: el 39.68% de los usuarios en estancia residencial cuya familia fue calificada como disfuncional por medio del APGAR familiar cumplieron a su ingreso con los criterios diagnósticos para iniciar tratamiento psicofarmacológico con un antipsicótico a su ingreso.

Prevalencia de los expuestos: el 36.60% de las familias calificadas como disfuncionales por medio del APGAR familiar indicaron contar con un usuario que cumplió con los criterios diagnósticos para inicio de tratamiento psicofarmacológico con un antipsicótico a su ingreso.

Prevalencia de los no expuestos: el 10.68% de las familias calificadas como funcionales por medio del APGAR familiar indicaron contar con un usuario que cumplió con los criterios diagnósticos para iniciar tratamiento psicofarmacológico con un antipsicótico a su ingreso.

		tratamiento psicofarmacológico con cualquier antipsicótico		Total
		Si	No	
Funcionalidad familiar	Familia disfuncional	56	97	153
	Familia funcional	5	42	47
Total		61	139	200

**Tabla 46.** Prueba de asociación Chi-cuadrada positiva entre funcionalidad familiar e inicio de tratamiento con un fármaco antipsicótico en usuarios residenciales en el Centro Estatal para la Atención integral de las Adicciones.

Fuente: Funcionalidad familiar y patología dual en usuarios residenciales en Centro Estatal para la Atención Integral de las Adicciones, Hidalgo, 2015

- f) Análisis cualitativo de variable dependiente funcionalidad familiar y las variables asociadas a la estructura y dinámica familiar.

La asociación entre la variable independiente funcionalidad familiar y estructura familiar monoparental en usuarios a su ingreso a estancia residencial fue positiva para la prueba de asociación Chi – cuadrada ( $X^2 = 11.524$ ,  $gl = 1$ ,  $p = 0.001$ ) con una razón de momios de 3.128 y un IC 95%: 1.524 – 6.139: existe un riesgo de 3.128 veces mayor en usuarios en estancia residencial

cuya familia fue calificada como disfuncional por medio del APGAR familiar de reportar una estructura familiar monoparental a su ingreso a internamiento.

Prevalencia de global: el 80.39% de los usuarios en estancia residencial cuya familia fue calificada con disfuncional por medio del APGAR familiar indicaron a su ingreso una estructura familiar monoparental.

Prevalencia de los expuestos: el 67.97% de las familias calificadas como disfuncionales por medio del APGAR familiar presentaron una estructura familiar monoparental.

Prevalencia de los no expuestos: el 40.42% de las familias calificadas como funcionales por medio del APGAR familiar presentaron una estructura familiar monoparental.

		Familia monoparental		Total
		Si	No	
Funcionalidad familiar	Familia disfuncional	104	49	153
	Familia funcional	19	28	47
Total		123	77	200

**Tabla 47.** Prueba de asociación Chi-cuadrada positiva entre funcionalidad familiar y estructura familiar monoparental en usuarios residenciales en el Centro Estatal para la Atención integral de las Adicciones.

Fuente: Funcionalidad familiar y patología dual en usuarios residenciales en Centro Estatal para la Atención Integral de las Adicciones, Hidalgo, 2015

La asociación entre la variable independiente funcionalidad familiar y cohesión familiar no relacionada en usuarios en estancia residencial fue positiva para la prueba de asociación Chi – cuadrada ( $X^2 = 18.784$ ,  $gl = 1$ ,  $p = 0.000$ ) con una razón de momios de 5.484 y un IC 95%: 2.405 – 12.506: existe un riesgo de 5.484 veces mayor en usuarios en estancia residencial cuya familia fue calificada como disfuncional por medio del APGAR familiar de reportar una cohesión familiar no relacionada a su ingreso a internamiento.

Prevalencia de global: el 58.16% de los usuarios en estancia residencial cuya familia fue calificada como disfuncional por medio del APGAR familiar cumplieron con los criterios diagnósticos para una cohesión no relacionada a su ingreso.

Prevalencia de los expuestos: el 52.94% de las familias calificadas como disfuncionales por medio del APGAR familiar cumplieron con los criterios diagnóstico para una cohesión no relacionada al ingreso de su usuario.

La prevalencia de los no expuestos: el 17.02% de las familias calificadas como funcionales por medio del APGAR familiar cumplieron con los criterios diagnósticos para una cohesión no relacionada al momento del ingreso de su usuario.

		Cohesión familiar no relacionada		Total
		Si	No	
Funcionalidad familiar	Familia disfuncional	81	72	153
	Familia funcional	8	39	47
Total		111	89	200

**Tabla 48.** Prueba de asociación Chi-cuadrada positiva entre funcionalidad familiar y cohesión familiar no relacionada en usuarios residenciales en el Centro Estatal para la Atención integral de las Adicciones.

Fuente: Funcionalidad familiar y patología dual en usuarios residenciales en Centro Estatal para la Atención Integral de las Adicciones, Hidalgo, 2015

- Análisis cualitativo de variable dependiente patología dual sobre variables de interés y razón de momios y variables sociodemográficas de interés.

La asociación entre la variable dependiente patología dual y la variable antecedente de abandono de actividad escolar por consumo de una o más sustancias en usuarios en estancia residencial fue positiva para la prueba de asociación Chi – cuadrada ( $X^2 = 5.312$ ,  $gl = 1$ ,  $p = 0.021$ ) con una razón de momios de 1.838 y un IC 95%: 1.977 – 3.456: existe un riesgo de 1.838 veces mayor en usuarios con el diagnóstico de patología dual de contar con el antecedente de abandono de la actividad escolar debido al consumo de una o más sustancias a su ingreso a estancia residencial.

Prevalencia global de patología dual: el 88.5% de los usuarios en estancia residencial cumplieron los criterios diagnósticos para patología dual a su ingreso.

Prevalencia de global: el 59.88% de los usuarios en estancia residencial con el diagnóstico de patología dual reportaron el antecedente de abandono de actividad escolar por consumo de una o más sustancias a su ingreso a internamiento.



Prevalencia de los expuestos: el 55.93% de los usuarios con el antecedente de abandono de actividad escolar por consumo de sustancias cumplió criterios diagnósticos para patología dual a su ingreso a internamiento.

Prevalencia de los no expuestos: el 30.43% de los usuarios con el antecedente abandono de actividad escolar por consumo de una o más sustancias no cumplió con los criterios diagnósticos para patología dual a su ingreso a internamiento.

		Motivo de abandono escolar consumo de sustancias		Total
		Si	No	
Patología dual	Si	99	78	177
	No	7	16	23
Total		106	95	200

**Tabla 49.** Prueba de asociación Chi-cuadrada positiva entre patología dual y abandono de actividad escolar secundario a consumo de sustancias en usuarios residenciales en el Centro Estatal para la Atención integral de las Adicciones.

Fuente: Funcionalidad familiar y patología dual en usuarios residenciales en Centro Estatal para la Atención Integral de las Adicciones, Hidalgo, 2015

La asociación entre la variable dependiente patología dual y la variable antecedente abandono de actividad laboral por consumo de una o más sustancias en usuarios en estancia residencial fue positiva para la prueba de asociación Chi – cuadrada ( $X^2 = 5.225$ ,  $gl = 1$ ,  $p = 0.022$ ) con una razón de momios de 1.632 y un IC 95%: 1.968 – 2.749.

Existe un riesgo de 1.632 veces mayor en usuarios que cumplieron los criterios diagnósticos de patología dual de indicar el antecedente de abandonar la actividad laboral por consumo de una o más sustancias a su ingreso a estancia residencial.

Prevalencia de global: el 68.92% de los usuarios en estancia residencial que cumplieron con los criterios diagnósticos para patología dual indicaron suspender su actividad laboral por consumo de una o más sustancias a su ingreso a internamiento

Prevalencia de los expuestos: el 63.84% de los usuarios en estancia residencial que suspendieron su actividad laboral por consumo de una o más sustancias cumplieron con los criterios diagnósticos de patología dual a su ingreso a internamiento.

La prevalencia de los no expuestos: el 39.13%% de los usuarios en estancia residencial que suspendieron su actividad laboral por consumo de una o más sustancias no cumplieron con los criterios diagnósticos de patología dual a su ingreso a internamiento.

		Motivo de abandono de actividad laboral		Total
		laboral		
		Si	No	
Diagnóstico de patología dual	Si	113	64	177
	No	9	14	23
Total		122	78	200

**Tabla 50.** Prueba de asociación Chi-cuadrada positiva entre patología dual y abandono de actividad laboral por consumo de sustancias en usuarios residenciales en el Centro Estatal para la Atención integral de las Adicciones.

Fuente: Funcionalidad familiar y patología dual en usuarios residenciales en Centro Estatal para la Atención Integral de las Adicciones, Hidalgo, 2015

- a) Análisis cualitativo de variable dependiente patología dual y variables asociadas al consumo de sustancias.

La asociación entre la variable dependiente patología dual y dependencia a cannabis en usuarios a su ingreso a estancia residencial fue positiva para la prueba de asociación Chi – cuadrada ( $X^2 = 8.361$ ,  $gl = 1$ ,  $p = 0.004$ ) con una razón de momios de 1.776 y un IC 95%: 1.057 – 2.984: existe un riesgo de 1.776 veces mayor en usuarios con dependencia a cannabis de cumplir con los criterios diagnósticos para patología dual a su ingreso a estancia residencial.

Prevalencia de global: el 74.57% de los usuarios que cumplieron con los criterios diagnósticos para patología dual presentaron criterios para el diagnóstico de dependencia a cannabis a su ingreso a estancia residencial.

Prevalencia de los expuestos: el 69.49% de los usuarios en estancia residencial que cumplieron con los criterios diagnósticos para dependencia a cannabis presentaron criterios diagnósticos de patología dual a su ingreso a internamiento y la prevalencia de los no expuestos: el 39.13% de los usuarios en estancia residencial que cumplieron con los criterios diagnósticos para dependencia a cannabis no presentaron los criterios diagnósticos de patología dual a su ingreso a internamiento.

		Consumo de cannabis		Total
		Si	No	
Diagnóstico de patología dual	Si	123	54	177
	No	9	14	23
Total		132	68	200

**Tabla 51.** Prueba de asociación Chi-cuadrada positiva entre patología dual y dependencia a cannabis en usuarios residenciales en el Centro Estatal para la Atención integral de las Adicciones.

Fuente: Funcionalidad familiar y patología dual en usuarios residenciales en Centro Estatal para la Atención Integral de las Adicciones, Hidalgo, 2015

La asociación entre la variable dependiente patología dual y la variable inicio de consumo de cannabis por socialización con pares en usuarios en estancia residencial fue positiva para la prueba de asociación Chi – cuadrada ( $X^2 = 4.584$ ,  $gl = 1$ ,  $p = 0.032$ ) con una razón de momios de 2.079 y un IC 95%: 1.942 – 4.591: existe un riesgo de 2.079 veces mayor en usuarios que cumplieron con los criterios de patología dual de referir el antecedente de iniciar el consumo de cannabis motivado por la socialización con sus pares a su ingreso a unidad residencial.

Prevalencia de global: el 48.02% de los usuarios en estancia residencial que cumplieron con los criterios diagnósticos para patología dual refirieron iniciar el consumo de cannabis motivados por la socialización con pares a su ingreso a internamiento.

Prevalencia de los expuestos: el 45.19% de los usuarios en estancia residencial que indicaron iniciar el consumo de cannabis motivado por la socialización con sus pares cumplió con los criterios diagnósticos para patología dual a su ingreso a internamiento.

Prevalencia de los no expuestos: el 21.73% de los usuarios en estancia residencial que indicaron iniciar el consumo de cannabis motivados por la socialización con sus pares no presentaron los criterios diagnósticos de patología dual a su ingreso a internamiento.

		Motivo de inicio de consumo de cannabis por socialización		Total
		Si	No	
Diagnóstico de patología dual	Si	80	97	177
	No	5	18	23
Total		85	115	200

**Tabla 52.** Prueba de asociación Chi-cuadrada positiva entre patología dual e inicio de consumo de cannabis por socialización con pares en usuarios residenciales en el Centro Estatal para la Atención integral de las Adicciones.

Fuente: Funcionalidad familiar y patología dual en usuarios residenciales en Centro Estatal para la Atención Integral de las Adicciones, Hidalgo, 2015  
 UAEH, ICSA; Maestría en Salud Pública

La asociación entre la variable dependiente patología dual y la variable dependencia a solventes en usuarios en estancia residencial fue positiva para la prueba de asociación Chi – cuadrada ( $X^2 = 5.409$ ,  $gl = 1$ ,  $p = 0.020$ ) con una razón de momios de 3.703 y un IC 95%: 1.968 – 14.163.

Existe un riesgo de 3.703 veces mayor en usuarios con dependencia a solventes de cumplir criterios diagnósticos para patología dual a su ingreso a estancia residencial.

Prevalencia de global: el 33.33% de los usuarios con dependencia a solventes cumplieron con los criterios diagnósticos para patología dual a su ingreso a estancia residencial.

Prevalencia de los expuestos: el 32.20% de los usuarios con diagnóstico de patología dual cumplió con los criterios diagnósticos para dependencia a solventes a su ingreso a estancia residencial.

Prevalencia de los no expuestos: el 8.69% de los usuarios dependencia a solventes no presentaron criterios diagnósticos para patología dual a su ingreso.

		Consumo de solventes		Total
		Si	No	
Diagnóstico de patología dual	Si	57	120	177
	No	2	21	23
Total		59	141	200

**Tabla 53.** Prueba de asociación Chi-cuadrada positiva entre patología dual y dependencia a solventes volátiles en usuarios residenciales en el Centro Estatal para la Atención integral de las Adicciones.

Fuente: Funcionalidad familiar y patología dual en usuarios residenciales en Centro Estatal para la Atención Integral de las Adicciones, Hidalgo, 2015

La asociación entre la variable independiente patología dual y la variable policonsumo de sustancias en usuarios a su ingreso a estancia residencial fue positiva para la prueba de asociación Chi – cuadrada ( $X^2 = 6068$ ,  $gl = 1$ ,  $p = 0.014$ ) con una razón de momios de 1.462 y un IC 95%: 1.980 – 2.180:

Existe un riesgo de 1.462 veces mayor en usuarios con dependencia múltiples sustancias para el establecimiento de diagnóstico de patología dual a su ingreso a estancia residencial.

Prevalencia de global: el 83.65% de los usuarios con dependencia simultánea a más de una sustancia cumplieron con los criterios diagnósticos para patología dual a su ingreso a estancia residencial.

Prevalencia de los expuestos: el 76.27% de los usuarios con diagnóstico de patología dual cumplió con los criterios diagnósticos para dependencia simultánea a más de una sustancia a su ingreso a estancia residencial y la prevalencia de los no expuestos: el 50.17% de los usuarios con dependencia simultánea a más de una sustancia no cumplió con los criterios diagnósticos para patología dual a su ingreso a estancia residencial.

		Policonsumo de sustancias		Total
		Si	No	
Diagnóstico de patología dual	Si	135	42	177
	No	12	11	23
Total		147	53	200

**Tabla 54.** Prueba de asociación Chi-cuadrada positiva entre patología dual y policonsumo de sustancias en usuarios residenciales en el Centro Estatal para la Atención integral de las Adicciones.

Fuente: Funcionalidad familiar y patología dual en usuarios residenciales en Centro Estatal para la Atención Integral de las Adicciones, Hidalgo, 2015

b) Análisis cualitativo de variable dependiente patología dual y variables asociadas a los antecedentes de salud mental en usuarios en estancia residencial.

La asociación entre la variable dependiente patología dual y el antecedente de intento suicida en usuarios en estancia residencial fue positiva para la prueba de asociación Chi – cuadrada ( $X^2 = 9.131$ ,  $gl = 1$ ,  $p = 0.003$ ) con una razón de momios de 0.706 y un IC 95%: 0.642 – 0.777: la ausencia de criterios diagnósticos para patología dual es un factor protector para conductas suicidas en usuarios en estancia residencial con dependencia a una o más sustancias.

		Antecedentes de intento suicida		Total
		Si	No	
Diagnóstico de patología dual	Si	52	125	177
	No	0	23	23
Total		52	148	200

**Tabla 55.** Prueba de asociación Chi-cuadrada positiva entre patología dual y antecedente de intento suicida en usuarios residenciales en el Centro Estatal para la Atención integral de las Adicciones.

Fuente: Funcionalidad familiar y patología dual en usuarios residenciales en Centro Estatal para la Atención Integral de las Adicciones, Hidalgo, 2015

La asociación entre la variable independiente patología dual y el antecedentes maltrato infantil emocional en usuarios a su ingreso a estancia residencial fue positiva para la prueba de asociación Chi – cuadrada ( $X^2 = 15.762$ ,  $gl = 1$ ,  $p = 0.000$ ) con una razón de momios de 5.504 y un IC 95%: 2.216 – 13.670: existe un riesgo de 5.504 veces mayor en usuarios con antecedente de maltrato infantil emocional de cumplir criterios diagnósticos para patología dual a su ingreso a estancia residencial.

Prevalencia de global: el 83.05% de los usuarios con el antecedente de maltrato infantil de tipo emocional cumplieron con los criterios diagnósticos para patología dual a su ingreso a estancia residencial.

Prevalencia de los expuestos: el 77.96% de los usuarios con diagnóstico de patología dual indicó el antecedente de maltrato infantil de tipo emocional a su ingreso a estancia residencial.

Prevalencia de los no expuestos: el 39.13% de los usuarios con el antecedente de maltrato infantil de tipo emocional no cumplió con los criterios diagnósticos para patología dual a su ingreso a estancia residencial.

		Antecedentes de maltrato emocional en la infancia		Total
		Si	No	
Patología dual	Si	138	39	177
	No	9	14	23
Total		147	53	200

**Tabla 56.** Prueba de asociación Chi-cuadrada positiva entre patología dual y antecedente de maltrato infantil de tipo emocional en usuarios residenciales en el Centro Estatal para la Atención integral de las Adicciones.

Fuente: Funcionalidad familiar y patología dual en usuarios residenciales en Centro Estatal para la Atención Integral de las Adicciones, Hidalgo, 2015

- c) Análisis cualitativo de variable dependiente patología dual y variables asociadas al consumo de sustancias.

La asociación entre la variable independiente patología dual y el antecedentes separación materna en usuarios a su ingreso a estancia residencial fue positiva para la prueba de asociación Chi – cuadrada ( $X^2 = 4.186$ ,  $gl = 1$ ,  $p = 0.041$ ) con una razón de momios de 1.745 y un IC 95%: 1.926 –

3.287: existe un riesgo de 1.745 veces mayor en usuarios con antecedente de separación materna para el establecimiento de diagnóstico de patología dual a su ingreso a unidad residencial.

Prevalencia de global: el 57.06% de los usuarios con el antecedente de separación materna cumplieron con los criterios diagnósticos para patología dual a su ingreso a estancia residencial.

Prevalencia de los expuestos: el 53.10% de los usuarios con diagnóstico de patología dual cumplió indicó el antecedente de separación materna a su ingreso a estancia residencial.

Prevalencia de los no expuestos: el 30.43% de los usuarios con el antecedente de separación materna no cumplió con los criterios diagnósticos para patología dual a su ingreso a estancia residencial.

		Estado civil materno separado		Total
		Si	No	
Diagnóstico de patología dual	Si	94	83	177
	No	7	16	23
Total		101	99	200

**Tabla 57.** Prueba de asociación Chi-cuadrada positiva entre patología dual y antecedente de separación materna en usuarios residenciales en el Centro Estatal para la Atención integral de las Adicciones.

Fuente: Funcionalidad familiar y patología dual en usuarios residenciales en Centro Estatal para la Atención Integral de las Adicciones, Hidalgo, 2015

La asociación entre la variable independiente patología dual y el antecedentes de atención materna psicológica en usuarios a su ingreso a estancia residencial fue positiva para la prueba de asociación Chi – cuadrada ( $X^2 = 4.344$ ,  $gl = 1$ ,  $p = 0.037$ ) con una razón de momios de 6.632 y un IC 95%: 1.867 – 50.712: existe un riesgo de 6.632 veces mayor en usuarios con antecedente de atención psicológica materna para el establecimiento de diagnóstico de patología dual a su ingreso a unidad residencial.

Prevalencia de global: el 23.72% de los usuarios con el antecedente de atención materna psicológica cumplieron con los criterios diagnósticos para patología dual a su ingreso a estancia residencial.

Prevalencia de los expuestos: el 23.16% de los usuarios con diagnóstico de patología dual indicó el antecedente de atención materna psicológica a su ingreso a estancia residencial.

Prevalencia de los no expuestos: el 4.34% de los usuarios con el antecedente atención psicológica materna no cumplió con los criterios diagnósticos para patología dual a su ingreso a estancia residencial.

		Antecedentes de atención psicológica materna		Total
		Si	No	
Diagnóstico de patología dual	Si	41	136	177
	No	1	22	23
Total		42	158	200

**Tabla 58.** Prueba de asociación Chi-cuadrada positiva entre patología dual y antecedente de atención psicológica materna en usuarios residenciales en el Centro Estatal para la Atención integral de las Adicciones.

Fuente: Funcionalidad familiar y patología dual en usuarios residenciales en Centro Estatal para la Atención Integral de las Adicciones, Hidalgo, 2015

La asociación entre la variable independiente patología dual y el antecedente de separación paterna en usuarios a su ingreso a estancia residencial fue positiva para la prueba de asociación Chi – cuadrada ( $X^2 = 5.810$ ,  $gl = 1$ ,  $p = 0.016$ ) con una razón de momios de 3.038 y un IC 95%: 1.190 – 7.751: existe un riesgo de 5.810 veces mayor en usuarios con antecedente de separación paterna a su ingreso a unidad residencial para el establecimiento de diagnóstico de patología dual.

Prevalencia de global: el 51.97% de los usuarios con el antecedente de separación paterna cumplieron con los criterios diagnósticos para patología dual a su ingreso a estancia residencial.

Prevalencia de los expuestos: el 42.93% de los usuarios con diagnóstico de patología dual indicó el antecedente de separación paterna a su ingreso a estancia residencial y la prevalencia de los no expuestos: el 69.56% de los usuarios con el antecedente de separación paterna no cumplió con los criterios diagnósticos para patología dual a su ingreso a estancia residencial.

		Papa estado civil separado		Total
		Si	No	
Diagnóstico de patología dual	Si	76	101	177
	No	16	7	23
Total		92	108	200

**Tabla 59.** Prueba de asociación Chi-cuadrada positiva entre patología dual y antecedente de separación paterna en usuarios residenciales en el Centro Estatal para la Atención integral de las Adicciones.

Fuente: Funcionalidad familiar y patología dual en usuarios residenciales en Centro Estatal para la Atención Integral de las Adicciones, Hidalgo, 2015



- d) Análisis cualitativo de la variable dependiente patología dual y trastornos de personalidad en usuarios en estancia residencial.

La asociación entre la variable dependiente patología dual y el trastorno de la personalidad de la inestabilidad emocional tipo impulsivo en usuarios a su ingreso a estancia residencial fue positiva para la prueba de asociación Chi – cuadrada ( $X^2 = 13.490$ ,  $gl = 1$ ,  $p = 0.000$ ) con una razón de momios de 5.653 y con un IC 95%: 1.491 – 21.431: existe un riesgo de 5.653 veces mayor en usuarios con el diagnóstico de trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad tipo impulsivo para cumplir criterios para el diagnóstico de patología dual a su ingreso a unidad residencial.

Prevalencia de global: el 50.28% de los usuarios con el diagnóstico de trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad tipo impulsivo cumplieron con los criterios diagnósticos para patología dual a su ingreso a estancia residencial.

Prevalencia de los expuestos: el 49.15% de los usuarios con diagnóstico de patología dual cumplió criterios diagnósticos trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad tipo impulsivo a su ingreso a estancia residencial.

Prevalencia de los no expuestos: el 8.69% de los usuarios con el diagnóstico trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad de tipo impulsivo no cumplieron criterios diagnósticos para patología dual a su ingreso a estancia residencial.

		Trastorno impulsivo de la personalidad		Total
		Si	No	
Diagnóstico de patología dual	Si	87	90	177
	No	2	21	23
Total		89	111	200

**Tabla 60.** Prueba de asociación Chi-cuadrada positiva entre patología dual y trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad de tipo impulsivo en usuarios residenciales en el Centro Estatal para la Atención integral de las Adicciones.

Fuente: Funcionalidad familiar y patología dual en usuarios residenciales en Centro Estatal para la Atención Integral de las Adicciones, Hidalgo, 2015

La asociación entre la variable independiente patología dual y el trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad tipo limite en usuarios a su ingreso a estancia residencial fue positiva

para la prueba de asociación Chi – cuadrada ( $X^2 = 11.747$ ,  $gl = 1$ ,  $p = 0.001$ ) con una razón de momios de 3.184 y un IC 95%: 1.294 – 7.834: existe un riesgo de 3.184 veces mayor en usuarios con el diagnóstico de trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad tipo límite de cumplir criterios diagnósticos de patología dual a su ingreso a unidad residencial.

Prevalencia de global: el 57.62% de los usuarios con el diagnóstico de trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad tipo limite cumplieron con los criterios diagnósticos para patología dual a su ingreso a estancia residencial.

Prevalencia de los expuestos: el 53.36% de los usuarios con diagnóstico de patología dual cumplió criterios diagnósticos trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad tipo límite a su ingreso a estancia residencial.

Prevalencia de los no expuestos: el 17.39% de los usuarios con el diagnóstico trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad tipo límite no cumplieron con los criterios diagnósticos para patología dual a su ingreso a estancia residencial.

		Trastorno límite de la personalidad		Total
		Si	No	
Diagnóstico de patología dual	Si	98	79	177
	No	4	19	23
Total		102	98	200

**Tabla 61.** Prueba de asociación Chi-cuadrada positiva entre patología dual y trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad de tipo límite en usuarios residenciales en el Centro Estatal para la Atención integral de las Adicciones.

Fuente: Funcionalidad familiar y patología dual en usuarios residenciales en Centro Estatal para la Atención Integral de las Adicciones, Hidalgo, 2015

La asociación entre la variable independiente patología dual y cualquier trastorno de la personalidad del grupo B en usuarios a su ingreso a estancia residencial fue positiva para la prueba de asociación Chi – cuadrada ( $X^2 = 5.830$ ,  $gl = 1$ ,  $p = 0.016$ ) con una razón de momios de 1.267 y un IC 95%: 1.962 – 1.669.

Existe un riesgo de 1.267 veces mayor en usuarios con el diagnóstico de cualquier trastorno de la personalidad del tipo B de cumplir criterios diagnósticos para patología dual a su ingreso a estancia residencial.

Prevalencia de global: el 97.17% de los usuarios con cualquier diagnóstico de trastorno de la personalidad del grupo B cumplieron con los criterios diagnósticos para patología dual a su ingreso a estancia residencial.

Prevalencia de los expuestos: el 88.13% de los usuarios con diagnóstico de patología dual cumplió criterios diagnósticos para cualquier trastorno de la personalidad del grupo B a su ingreso a estancia residencial.

Prevalencia de los no expuestos: el 69.56% de los usuarios con el diagnóstico de cualquier trastorno de la personalidad del Grupo B no cumplieron con los criterios diagnósticos para patología dual a su ingreso a estancia residencial.

		Trastorno de la personalidad del Grupo B		Total
		Si	No	
Diagnóstico de patología dual	Si	156	21	177
	No	16	7	23
Total		172	28	200

**Tabla 62.** Prueba de asociación Chi-cuadrada positiva entre patología dual y cualquier trastorno de la personalidad del Grupo B en usuarios residenciales en el Centro Estatal para la Atención integral de las Adicciones.

Fuente: Funcionalidad familiar y patología dual en usuarios residenciales en Centro Estatal para la Atención Integral de las Adicciones, Hidalgo, 2015

La asociación entre la variable independiente patología dual y cualquier trastorno de la personalidad en usuarios a su ingreso a estancia residencial fue positiva para la prueba de asociación Chi – cuadrada ( $X^2 = 10.050$ ,  $gl = 1$ ,  $p = 0.002$ ) con una razón de momios de 1.176 y con un IC 95%:1.974 – 1.421.

Existe un riesgo de 1.176 veces mayor en usuarios con el diagnóstico de cualquier trastorno de la personalidad para cumplir criterios diagnósticos de patología dual a su ingreso a estancia residencial.

Prevalencia de global: el 92.67% de los usuarios con el diagnóstico de patología dual cumplió con los criterios para cualquier trastorno de la personalidad a su ingreso a estancia residencial.

Prevalencia de los expuestos: el 90.05% de los usuarios con diagnóstico de patología dual cumplió criterios diagnósticos para cualquier trastorno de la personalidad del grupo B a su ingreso a estancia residencial.

Prevalencia de los no expuestos: el 69.56% de los usuarios con el diagnóstico de cualquier trastorno de la personalidad del Grupo B no cumplieron con los criterios diagnósticos para patología dual a su ingreso a estancia residencial.

		Diagnóstico de patología dual		Total
		Si	No	
Cualquier trastorno de la personalidad	Si	172	19	191
	No	5	4	9
Total		177	23	200

**Tabla 63.** Prueba de asociación Chi-cuadrada positiva entre patología dual y cualquier trastorno de la personalidad en usuarios residenciales en el Centro Estatal para la Atención integral de las Adicciones.

Fuente: Funcionalidad familiar y patología dual en usuarios residenciales en Centro Estatal para la Atención Integral de las Adicciones, Hidalgo, 2015

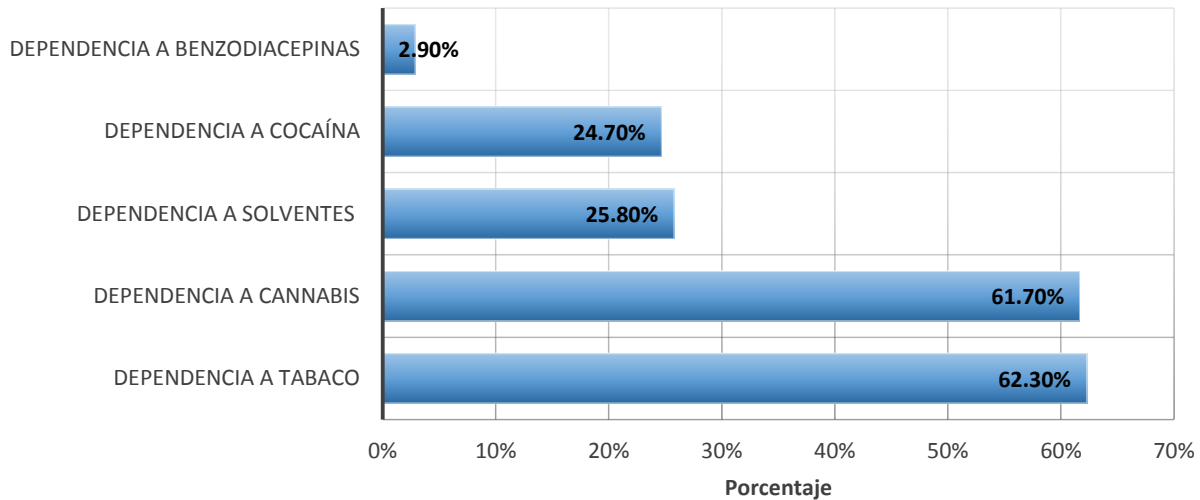
- Análisis cualitativo de los usuarios en estancia residencial que cumplieron con el diagnóstico de dependencia al alcohol, variables de interés y razón de momios.
  - a) Usuarios con dependencia alcohol que cumplieron criterios para el diagnóstico de dependencia a otras sustancias.

El 62.3% de los residentes que contaban el diagnóstico de dependencia a etanol en el momento de su ingreso a unidad residencial cumplieron con el diagnóstico de dependencia a nicotina y el 61.7% de los residentes que cursaban con el diagnóstico de dependencia a etanol en el momento de su ingreso a unidad residencial, cumplieron con el diagnóstico de dependencia a cannabis.

El 24.7% de los residentes que cursaron con el diagnóstico de dependencia a etanol en el momento de su ingreso a unidad residencial cumplieron con el diagnóstico de dependencia cocaína, el 25.8% de los residentes que cursaron con el diagnóstico de dependencia a etanol en el momento de su ingreso a unidad residencial cumplieron con el diagnóstico de dependencia solventes volátiles y el 2.9%

de los residentes que cursaron con el diagnóstico dependencia a etanol en el momento de su ingreso a unidad residencial cumplieron con el diagnóstico de dependencia benzodiacepinas.

**Usuarios residenciales en el CEAIA con dependencia a alcohol con dependencia a otras sustancias a su ingreso**



**Figura 36.** Asociación entre dependencia alcohol y otras sustancias en usuarios en estancia residencial en el Centro Estatal para la Atención Integral de las Adicciones.

Fuente: Funcionalidad familiar y patología dual en usuarios residenciales en Centro Estatal para la Atención Integral de las Adicciones, Hidalgo, 2015

b) Usuarios con dependencia alcohol en estancia residencial, variables sociodemográficas de interés y razón de momios

La asociación entre la variable usuarios con dependencia alcohol y la variable abandono de actividad escolar por consumo de sustancias fue positiva para la prueba de asociación Chi – cuadrada ( $X^2 = 5.858$ ,  $gl = 1$ ,  $p = 0.016$ ) con una razón de momios de 1.484 con un IC 95%: 1.140 – 1.933: existe un riesgo de 1.484 veces mayor en usuarios con el diagnóstico de dependencia alcohol indiquen a su ingreso a estancia residencial el antecedente de abandono de actividad escolar por consumo de sustancias.

Prevalencia de global: el 62.35% de los usuarios con el diagnóstico de dependencia alcohol indicó el antecedente de abandono de actividad escolar por consumo de sustancias a su ingreso a estancia residencial.

Prevalencia de los expuestos: el 49.41% de los usuarios que indicó el antecedente de abandono de actividad escolar secundario al consumo de sustancias cumplió con los criterios diagnósticos de dependencia alcohol a su ingreso a estancia residencial.

Prevalencia de los no expuestos: el 77.33% de los usuarios que indicó el antecedente de abandono de la actividad escolar por consumo de sustancias no cumplió con los criterios de dependencia alcohol a su ingreso a estancia residencial.

		Motivo de abandono escolar consumo de sustancias		Total
		Si	No	
Consumo de alcohol	Si	84	86	170
	No	22	8	30
Total		106	94	200

**Tabla 64.** Prueba de asociación Chi-cuadrada positiva entre consumo de alcohol y abandono escolar por consumo de sustancias en usuarios residenciales en el Centro Estatal para la Atención integral de las Adicciones.

Fuente: Funcionalidad familiar y patología dual en usuarios residenciales en Centro Estatal para la Atención Integral de las Adicciones, Hidalgo, 2015

- c) Usuarios con dependencia alcohol en estancia residencial y variables asociadas a la dependencia.

La asociación entre usuarios con dependencia alcohol y la variable dependencia a consumo de cannabis fue positiva para la prueba de asociación Chi – cuadrada ( $X^2 = 9.059$ ,  $gl = 1$ ,  $p = 0.003$ ) con una razón de momios de 1.457 y un IC 95%: 1.232 – 1.724.

Existe un riesgo de 1.457 veces mayor en usuarios con el diagnóstico de dependencia alcohol de que a su ingreso a estancia residencial cumplan con los criterios diagnósticos de dependencia a cannabis.

Prevalencia de global: el 77.64% de los usuarios con el diagnóstico de dependencia alcohol cumplió con los criterios de dependencia cannabis a su ingreso a estancia residencial.

Prevalencia de los expuestos: 61.76% de los usuarios con dependencia a cannabis cumplieron los criterios de diagnósticos de dependencia alcohol a su ingreso a estancia residencial.

Prevalencia de los no expuestos: el 90% de los usuarios sin dependencia alcohol cumplió con los criterios diagnósticos para dependencia a cannabis a su ingreso a estancia residencial.

		Consumo de cannabis		Total
		Si	No	
Consumo de alcohol	Si	105	65	170
	No	27	3	30
Total		132	68	200

**Tabla 65.** Prueba de asociación Chi-cuadrada positiva entre consumo de alcohol y consumo de cannabis en usuarios residenciales en el Centro Estatual para la Atención integral de las Adicciones.

Fuente: Funcionalidad familiar y patología dual en usuarios residenciales en Centro Estatual para la Atención Integral de las Adicciones, Hidalgo, 2015

La asociación entre usuarios con dependencia alcohol y la variable dependencia a consumo de solventes volátiles fue positiva para la prueba de asociación Chi – cuadrada ( $X^2 = 7.132$ ,  $gl = 1$ ,  $p = 0.008$ ) con una razón de momios de 1.932 y un IC 95%: 1.245 – 2.997: existe un riesgo de 1.932 veces mayor en usuarios con el diagnóstico de dependencia alcohol que a su ingreso a estancia residencial cumplan con los criterios para el diagnóstico de dependencia a solventes volátiles.

Prevalencia de global: el 34.70% de los usuarios con el diagnóstico de dependencia alcohol cumplió con los criterios de dependencia solventes volátiles a su ingreso a estancia residencial.

Prevalencia de los expuestos: 25.88% de los usuarios con dependencia a solventes volátiles cumplió criterios diagnósticos para dependencia al alcohol.

Prevalencia de los no expuestos: el 90% de los usuarios sin dependencia alcohol cumplió con los criterios diagnósticos para dependencia a cannabis a su ingreso a estancia residencial.

		Consumo de solventes		Total
		Si	No	
Consumo de alcohol	Si	44	126	170
	No	15	15	15
Total		59	141	200

**Tabla 66.** Prueba de asociación Chi-cuadrada positiva entre consumo de alcohol y consumo de solventes volátiles en usuarios residenciales en el Centro Estatual para la Atención integral de las Adicciones.

Fuente: Funcionalidad familiar y patología dual en usuarios residenciales en Centro Estatual para la Atención Integral de las Adicciones, Hidalgo, 2015

La asociación entre usuarios con dependencia alcohol y la variable dependencia a consumo de estimulantes fue positiva para la prueba de asociación Chi – cuadrada ( $X^2 = 9.882$ ,  $gl = 1$ ,  $p = 0.002$ ) con una razón de momios de 3.188 y un IC 95%: 1.554 – 6.539: existe un riesgo de 3.188 veces mayor en usuarios con el diagnóstico de dependencia alcohol que cumplan con los criterios para el diagnóstico de dependencia a estimulantes a su ingreso a estancia residencial.

Prevalencia de global: el 14.70% de los usuarios con el diagnóstico de dependencia alcohol cumplió con los criterios de dependencia estimulantes a su ingreso a estancia residencial.

Prevalencia de los expuestos: 9.41% de los usuarios con dependencia a estimulantes cumplió criterios diagnósticos para dependencia al alcohol.

Prevalencia de los no expuestos: el 30% de los usuarios sin dependencia alcohol cumplió con los criterios diagnósticos para dependencia a estimulantes a su ingreso a estancia residencial.

		Consumo de estimulantes		Total
		Si	No	
Consumo de alcohol	Si	16	154	170
	No	9	21	30
Total		25	175	200

**Tabla 67.** Prueba de asociación Chi-cuadrada positiva entre consumo de alcohol y consumo de solventes volátiles en usuarios residenciales en el Centro Estatal para la Atención integral de las Adicciones.

Fuente: Funcionalidad familiar y patología dual en usuarios residenciales en Centro Estatal para la Atención Integral de las Adicciones, Hidalgo, 2015

#### d) Usuarios con dependencia alcohol en estancia residencial y antecedentes de salud mental

La asociación entre usuarios con dependencia alcohol y la variable antecedentes de abuso sexual en la infancia fue positiva para la prueba de asociación Chi – cuadrada ( $X^2 = 16.718$ ,  $gl = 1$ ,  $p = 0.000$ ) con una razón de momios de 10.375 y un IC 95%: 2.729 – 39.448.

Existe un riesgo de 10.375 veces mayor en usuarios con el antecedente de abuso sexual en la infancia de cumplir criterios diagnósticos de dependencia alcohol a su ingreso a estancia residencial.



Prevalencia de global: el 5.88% de los usuarios con el diagnóstico de dependencia alcohol indicó el antecedente de abuso sexual en la infancia a su ingreso a estancia residencial.

Prevalencia de los expuestos: 40% de los usuarios con el antecedente de abuso sexual en la infancia cumplió criterios diagnósticos para dependencia al alcohol.

Prevalencia de los no expuestos: el 87.36% de los usuarios con dependencia alcohol no indicaron el antecedente de abuso sexual en la infancia a su ingreso a estancia residencial.

		Consumo de alcohol		Total
		Si	No	
Antecedentes de abuso sexual en la infancia	Si	4	6	10
	No	166	24	190
Total		170	30	200

**Tabla 68.** Prueba de asociación Chi-cuadrada positiva entre consumo de alcohol y antecedentes de abuso sexual en la infancia en usuarios residenciales en el Centro Estatal para la Atención integral de las Adicciones.

Fuente: Funcionalidad familiar y patología dual en usuarios residenciales en Centro Estatal para la Atención Integral de las Adicciones, Hidalgo, 2015

La asociación entre usuarios con dependencia alcohol y la variable antecedentes de violación en la infancia fue positiva para la prueba de asociación Chi – cuadrada ( $X^2 = 10.104$ ,  $gl = 1$ ,  $p = 0.001$ ) con una razón de momios de 8.564 y un IC 95%: 1.812 – 40.468.

Existe un riesgo de 8.564 veces mayor en usuarios con el antecedente de violación en la infancia de cumplir los criterios diagnósticos de dependencia alcohol a su ingreso a estancia residencial.

Prevalencia de global: el 4.11% de los usuarios con el diagnóstico de dependencia alcohol indicó el antecedente de violación en la infancia a su ingreso a estancia residencial.

Prevalencia de los expuestos: 42.85% de los usuarios con el antecedente de violación en la infancia cumplió criterios diagnósticos para dependencia al alcohol.

Prevalencia de los no expuestos: el 86.52% de los usuarios con dependencia alcohol no indicaron el antecedente de violación en la infancia a su ingreso a estancia residencial.

		Consumo de alcohol		Total
		Si	No	
Antecedentes de violación en la infancia	Si	3	4	7
	No	167	26	193
Total		170	30	200

**Tabla 69.** Prueba de asociación Chi-cuadrada positiva entre consumo de alcohol y antecedentes de violación en la infancia en usuarios residenciales en el Centro Estatal para la Atención integral de las Adicciones.

Fuente: Funcionalidad familiar y patología dual en usuarios residenciales en Centro Estatal para la Atención Integral de las Adicciones, Hidalgo, 2015

e) Usuarios con dependencia alcohol en estancia residencial y antecedentes familiares

La asociación entre usuarios con dependencia alcohol y la variable antecedentes de atención psiquiátrica materna fue positiva para la prueba de asociación Chi – cuadrada ( $X^2 = 6.377$ ,  $gl = 1$ ,  $p = 0.012$ ) con una razón de momios de 12.071 y un IC 95%: 1.059 – 137.604: existe un riesgo de 12.071 veces mayor en usuarios con el diagnóstico de dependencia alcohol que a su ingreso a estancia residencial indiquen el antecedente de atención psiquiátrica materna.

Prevalencia de global: el 1.7% de los usuarios con el diagnóstico de dependencia alcohol indicó el antecedente de atención psiquiátrica materna a su ingreso a estancia residencial.

Prevalencia de los expuestos: 33.33% de los usuarios con el antecedente de atención psiquiátrica materna cumplió criterios diagnósticos para dependencia al alcohol.

Prevalencia de los no expuestos: el 85.78% de los usuarios con dependencia alcohol no indicaron el antecedente de atención psiquiátrica materna a su ingreso a estancia residencial.

		Consumo de alcohol		Total
		Si	No	
Antecedentes de atención psiquiátrica materna	Si	1	2	3
	No	169	28	197
Total		170	30	200

**Tabla 70.** Prueba de asociación Chi-cuadrada positiva entre consumo de alcohol y antecedentes de atención psiquiátrica materna en usuarios residenciales en el Centro Estatal para la Atención integral de las Adicciones.

Fuente: Funcionalidad familiar y patología dual en usuarios residenciales en Centro Estatal para la Atención Integral de las Adicciones, Hidalgo, 2015

- f) Usuarios con dependencia alcohol en estancia residencial y trastorno psiquiátricos en usuarios en estancia residencial.

La asociación entre usuarios con dependencia alcohol y la variable trastorno de la conducta negativista – desafiante fue positiva para la prueba de asociación Chi – cuadrada ( $X^2 = 5.240$ ,  $gl = 1$ ,  $p = 0.022$ ) con una razón de momios de 2.386 y un IC 95%: 1.151 – 4.947: existe un riesgo de 2.386 veces mayor en usuarios con el diagnóstico de dependencia alcohol de cumplir los criterios diagnósticos de trastorno de la conducta negativista – desafiante a su ingreso a estancia residencial.

Prevalencia de global: el 17.64% de los usuarios con el diagnóstico de dependencia alcohol cumplió con los criterios diagnósticos de trastorno de la conducta negativista – desafiante a su ingreso a estancia residencial.

Prevalencia de los expuestos: 63.33% de los usuarios con el diagnóstico de trastorno de la conducta de tipo negativista – desafiante cumplió criterios diagnósticos para dependencia al alcohol.

Prevalencia de los no expuestos: el 87.28% de los usuarios con dependencia alcohol no cumplieron con los criterios diagnósticos para el trastorno de la conducta de tipo negativista – desafiante a su ingreso a estancia residencial.

		Consumo de alcohol		Total
		No	Si	
Trastorno de la conducta negativista desafiante	No	22	151	173
	Si	8	19	27
Total		30	170	200

**Tabla 71.** Prueba de asociación Chi-cuadrada positiva entre consumo de alcohol y diagnóstico de trastorno de la conducta negativista – desafiante en usuarios residenciales en el Centro Estatal para la Atención integral de las Adicciones.

Fuente: Funcionalidad familiar y patología dual en usuarios residenciales en Centro Estatal para la Atención Integral de las Adicciones, Hidalgo, 2015

La asociación entre usuarios con dependencia alcohol y la variable trastorno de la conducta disocial fue positiva para la prueba de asociación Chi – cuadrada ( $X^2 = 4.856$ ,  $gl = 1$ ,  $p = 0.028$ ) con una razón de momios de 2.479 con un IC 95% (1.115 – 5.511): existe un riesgo de 2.479 veces mayor

en usuarios con el diagnóstico de dependencia alcohol cumplen los criterios diagnósticos de trastorno de la conducta disocial a su ingreso a estancia residencial.

Prevalencia de global: el 13.52% de los usuarios con el diagnóstico de dependencia alcohol cumplió con los criterios diagnósticos para el trastorno de la conducta disocial a su ingreso a estancia residencial.

Prevalencia de los expuestos: 69.56% de los usuarios con el diagnóstico de trastorno de la conducta disocial cumplió criterios diagnósticos para dependencia al alcohol.

Prevalencia de los no expuestos: el 87.00% de los usuarios con dependencia alcohol no cumplieron con los criterios diagnósticos para el trastorno de la conducta de tipo disocial.

		Trastorno de la conducta disocial		Total
		Si	No	
Consumo de alcohol	Si	16	7	30
	No	154	23	177
Total		170	30	200

**Tabla 72.** Prueba de asociación Chi-cuadrada positiva entre consumo de alcohol y trastorno de la conducta de tipo disocial en usuarios residenciales en el Centro Estatal para la Atención integral de las Adicciones.

Fuente: Funcionalidad familiar y patología dual en usuarios residenciales en Centro Estatal para la Atención Integral de las Adicciones, Hidalgo, 2015

La asociación entre usuarios con dependencia alcohol y la variable cualquier trastorno de la conducta fue positiva para la prueba de asociación Chi – cuadrada ( $X^2 = 11.765$ ,  $gl = 1$ ,  $p = 0.001$ ) con una razón de momios de 2.429 y un IC 95% (1.527 – 3.862):

Existe un riesgo de 2.429 veces mayor en usuarios con el diagnóstico de dependencia alcohol que a su ingreso a estancia residencial cumplen los criterios diagnósticos para cualquier trastorno de la conducta.

Prevalencia de global: el 29.41% de los usuarios con el diagnóstico de dependencia alcohol cumplió con los criterios diagnósticos para cualquier trastorno de la conducta a su ingreso a estancia residencial.

Prevalencia de los expuestos: 20.58% de los usuarios con el diagnóstico para cualquier trastorno de la conducta cumplió criterios diagnósticos para dependencia al alcohol.

Prevalencia de los no expuestos: el 50% de los usuarios con dependencia alcohol no cumplieron con los criterios diagnósticos para el trastorno de la conducta de tipo disocial.

		Trastornos de la conducta		Total
		Si	No	
Consumo de alcohol	Si	35	135	170
	No	15	15	30
Total		50	150	200

**Tabla 73.** Prueba de asociación Chi-cuadrada positiva entre consumo de alcohol y cualquier trastorno de la conducta en usuarios residenciales en el Centro Estatal para la Atención integral de las Adicciones.

Fuente: Funcionalidad familiar y patología dual en usuarios residenciales en Centro Estatal para la Atención Integral de las Adicciones, Hidalgo, 2015

- Usuarios con dependencia alcohol que iniciaron su consumo antes de los 18 años de edad y dependencia a otras sustancias.

La asociación entre la variable usuarios con dependencia al alcohol que iniciaron su consumo antes de los 18 años y la variable dependencia a cannabis fue positiva para la prueba de asociación Chi – cuadrada ( $X^2 = 5.356$ ,  $gl = 1$ ,  $p = 0.021$ ) con una razón de momios de 3.805 y un IC 95%: 1.633 – 22.857: existe un riesgo de 3.805 veces mayor en usuarios con dependencia al alcohol que inició su consumo antes de los 18 años de edad para cursar con el diagnóstico de dependencia a cannabis a su ingreso a estancia residencial.

Prevalencia de global: el 69.02% de los usuarios con el diagnóstico de dependencia alcohol que iniciaron su consumo antes de los 18 años de edad cumplió con los criterios diagnósticos para dependencia a cannabis a su ingreso a estancia residencial.

Prevalencia de los expuestos: 63.41% de los usuarios con el diagnóstico de dependencia a cannabis indicaron iniciar su consumo de alcohol antes de los 18 años de edad a su ingreso a estancia residencial.

Prevalencia de los no expuestos: el 16.66% de los usuarios con dependencia a cannabis indicó iniciar su consumo de alcohol después de los 18 años de edad a su ingreso a estancia residencial.

		Consumo de cannabis		Total
		Si	No	
Inicio de consumo de alcohol menor a los 18 años	Si	104	60	164
	No	1	5	6
Total		105	65	170

**Tabla 74.** Prueba de asociación Chi-cuadrada positiva entre inicio de consumo de alcohol antes de los 18 años de edad y dependencia a cannabis en usuarios residenciales en el Centro Estatal para la Atención integral de las Adicciones.

Fuente: Funcionalidad familiar y patología dual en usuarios residenciales en Centro Estatal para la Atención Integral de las Adicciones, Hidalgo, 2015

La asociación entre la variable usuarios con dependencia al alcohol que iniciaron su consumo antes de los 18 años y la variable policonsumo de sustancias fue positiva para la prueba de asociación Chi – cuadrada ( $X^2 = 5.887$ ,  $gl = 1$ ,  $p = 0.015$ ) con una razón de momios de 2.305 y un IC 95%: 1.741 – 7.169.

Existe un riesgo de 2.305 veces mayor en usuarios con dependencia al alcohol que inició su consumo antes de los 18 años de edad para cumplir el diagnóstico de dependencia a más de una sustancia en estancia residencial.

Prevalencia de global: el 78.04% de los usuarios con el diagnóstico de dependencia alcohol que iniciaron su consumo antes de los 18 años de edad cumplió con los criterios diagnósticos para dependencia a múltiples sustancias a su ingreso a estancia residencial.

Prevalencia de los expuestos: 76.82% de los usuarios con el diagnóstico de dependencia a múltiples sustancias inició su consumo de alcohol antes de los 18 años de edad a su ingreso a estancia residencial.

Prevalencia de los no expuestos: el 33.33% de los usuarios con dependencia a múltiples sustancias señaló inicio su consumo de alcohol después de los 18 años de edad a su ingreso a estancia residencial.

		Policonsumo de sustancias		Total
		Si	No	
Inicio de consumo de alcohol menor a los 18 años	Si	126	36	164
	No	2	4	6
Total		128	42	170

**Tabla 75.** Prueba de asociación Chi-cuadrada positiva entre inicio de consumo de alcohol antes de los 18 años de edad y dependencia simultánea a más de una sustancia en usuarios residenciales en el Centro Estatal para la Atención integral de las Adicciones.

Fuente: Funcionalidad familiar y patología dual en usuarios residenciales en Centro Estatal para la Atención Integral de las Adicciones, Hidalgo, 2015

- a) Usuarios con dependencia alcohol que iniciaron su consumo antes de los 18 años de edad y su asociación con sus antecedentes familiares de interés.

La asociación entre la variable usuarios con dependencia al alcohol que iniciaron su consumo antes de los 18 años y la variable separación materna fue positiva para la prueba de asociación Chi cuadrada ( $X^2 = 5865$ ,  $gl = 1$ ,  $p = 0.015$ ) con una razón de momios de 0.497 y un IC 95%: 0.426 – 0.579; la ausencia de separación materna confiere un factor protector para el inicio de consumo de alcohol antes de los 18 años de edad en usuarios su ingreso a unidad residencial.

Prevalencia de global: el 50.30% de los usuarios con el diagnóstico de dependencia alcohol que iniciaron su consumo antes de los 18 años de edad indicó el antecedente de separación materna a su ingreso a estancia residencial.

Prevalencia de los expuestos: 50.30% de los usuarios que indicaron el antecedente de separación materna a su ingreso a estancia residencial inicio su consumo de alcohol antes de los 18 años de edad.

		Estado civil materno separada		Total
		Si	No	
Inicio de consumo de alcohol menor a los 18 años	Si	83	82	165
	No	0	6	6
Total		83	86	171

**Tabla 76.** Prueba de asociación Chi-cuadrada positiva entre inicio de consumo de alcohol antes de los 18 años de edad y separación materna en usuarios residenciales en el Centro Estatal para la Atención integral de las Adicciones.

Fuente: Funcionalidad familiar y patología dual en usuarios residenciales en Centro Estatal para la Atención Integral de las Adicciones, Hidalgo, 2015

b) Usuarios con dependencia alcohol que iniciaron su consumo antes de los 18 años de edad y su asociación con trastornos psiquiátricos

La asociación entre la variable usuarios con dependencia al alcohol que iniciaron su consumo antes de los 18 años y la variable diagnóstico de cualquier trastorno psiquiátrico fue positiva para la prueba de asociación Chi – cuadrada ( $X^2 = 8.465$ ,  $gl = 1$ ,  $p = 0.004$ ) con una razón de momios de 2.451 y un IC 95%: 1.789 – 7.618: existe un riesgo de 2.451 veces mayor en usuarios con dependencia al alcohol que inició su consumo antes de los 18 años de edad para cumplir con los criterios diagnósticos para cualquier trastorno psiquiátrico a su ingreso a estancia residencial.

Prevalencia de global: el 82.92% de los usuarios con el diagnóstico de dependencia alcohol que iniciaron su consumo antes de los 18 años de edad cumplió con los criterios diagnósticos para cualquier trastorno psiquiátrico a su ingreso a estancia residencial.

Prevalencia de los expuestos: 82.70% de los usuarios con un diagnóstico psiquiátrico inició a su ingreso a estancia residencial iniciar el consumo de alcohol antes de los 18 años de edad.

Prevalencia de los no expuestos: el 33.33% de los usuarios con un diagnóstico psiquiátrico señaló a su ingreso a estancia residencial iniciar su consumo de alcohol después de los 18 años de edad.

		Usuario con diagnóstico psiquiátrico		Total
		Si	No	
Inicio de consumo de alcohol menor a los 18 años	Si	134	30	164
	No	2	4	6
Total		136	34	170

**Tabla 77.** Prueba de asociación Chi-cuadrada positiva entre inicio de consumo de alcohol antes de los 18 años de edad y establecimiento de un diagnóstico psiquiátrico a su ingreso en usuarios residenciales en el Centro Estatal para la Atención integral de las Adicciones.

Fuente: Funcionalidad familiar y patología dual en usuarios residenciales en Centro Estatal para la Atención Integral de las Adicciones, Hidalgo, 2015

La asociación entre la variable usuarios con dependencia al alcohol que iniciaron su consumo antes de los 18 años y la variable diagnóstico de cualquier trastorno del estado de ánimo fue positiva para la prueba de asociación Chi – cuadrada ( $X^2 = 4.009$ ,  $gl = 1$ ,  $p = 0.045$ ) con una razón de momios de 3.476 y un IC 95%: 1.578 – 20.899: existe un riesgo de 3.476 veces mayor en usuarios con



dependencia al alcohol que inició su consumo antes de los 18 años de edad para cumplir con los criterios diagnósticos de cualquier trastorno del estado de ánimo a su ingreso a estancia residencial.

Prevalencia de global: el 60.97% de los usuarios con el diagnóstico de dependencia alcohol que iniciaron su consumo antes de los 18 años de edad cumplió con los criterios diagnósticos para cualquier trastorno del estado de ánimo a su ingreso a estancia residencial.

Prevalencia de los expuestos: 57.92% de los usuarios que cumplieron criterios diagnósticos para cualquier trastorno del estado de ánimo a su ingreso a estancia residencial señaló iniciar su consumo de alcohol antes de los 18 años.

Prevalencia de los no expuestos: el 83.33% de los usuarios que cumplieron criterios diagnósticos para cualquier trastorno del estado de ánimo a su ingreso a estancia residencial señaló inicio su consumo de alcohol después de los 18 años de edad a su ingreso a estancia residencial.

		Cualquier trastorno del estado de ánimo		Total
		Si	No	
Inicio de consumo de alcohol menor a los 18 años	Si	95	69	164
	No	5	1	6
Total		100	70	170

**Tabla 78.** Prueba de asociación Chi-cuadrada positiva entre inicio de consumo de alcohol antes de los 18 años de edad y cualquier trastorno del estado de ánimo en usuarios residenciales en el Centro Estatal para la Atención integral de las Adicciones.

Fuente: Funcionalidad familiar y patología dual en usuarios residenciales en Centro Estatal para la Atención Integral de las Adicciones, Hidalgo, 2015

La asociación entre la variable usuarios con dependencia al alcohol que iniciaron su consumo antes de los 18 años y la variable diagnóstico de cualquier trastorno de ansiedad fue positiva para la prueba de asociación Chi – cuadrada ( $X^2 = 5.025$ ,  $gl = 1$ ,  $p = 0.025$ ) con una razón de momios de 3.732 y un IC 95%: 1.621 – 22.422.

Existe un riesgo de 3.732 veces mayor en usuarios con dependencia al alcohol que inició su consumo antes de los 18 años de edad para cumplir criterios diagnósticos para cualquier trastorno de ansiedad a su ingreso a estancia residencial.

Prevalencia de global: el 62.80% de los usuarios con el diagnóstico de dependencia alcohol que iniciaron su consumo antes de los 18 años de edad cumplió con los criterios diagnósticos para cualquier trastorno de ansiedad a su ingreso a estancia residencial.

Prevalencia de los expuestos: 62.19% de los usuarios que cumplieron criterios diagnósticos para cualquier trastorno de ansiedad a su ingreso a estancia residencial señaló iniciar su consumo de alcohol antes de los 18 años.

Prevalencia de los no expuestos: el 16.66% de los usuarios que cumplieron criterios diagnósticos para cualquier trastorno del estado de ansiedad a su ingreso a estancia residencial señaló iniciar su consumo de alcohol después de los 18 años de edad a su ingreso a estancia residencial.

		Cualquier trastorno de ansiedad		Total
		Si	No	
Inicio de consumo de alcohol menor a los 18 años	Si	102	62	164
	No	1	5	6
Total		103	67	170

**Tabla 79.** Prueba de asociación Chi-cuadrada positiva entre inicio de consumo de alcohol antes de los 18 años de edad y cualquier trastorno de ansiedad a su ingreso en usuarios residenciales en el Centro Estatal para la Atención integral de las Adicciones.

Fuente: Funcionalidad familiar y patología dual en usuarios residenciales en Centro Estatal para la Atención Integral de las Adicciones, Hidalgo, 2015

- c) Usuarios con dependencia alcohol que iniciaron su consumo antes de los 18 años de edad y su asociación con su funcionalidad, estructura y dinámica familiar.

La asociación entre la variable usuarios con dependencia al alcohol que iniciaron su consumo antes de los 18 años y la variable estructura familiar monoparental fue positiva para la prueba de asociación Chi – cuadrada ( $X^2 = 4.866$ ,  $gl = 1$ ,  $p = 0.027$ ) con una razón de momios de 3.695 y un IC 95%: 1.615 – 22.204.

Existe un riesgo de 3.695 veces mayor en usuarios con dependencia al alcohol que inició su consumo antes de los 18 años de edad de referir pertenecer a una estructura familiar monoparental al momento de su ingreso a estancia residencial.

Prevalencia de global: el 62.19% de los usuarios con el diagnóstico de dependencia alcohol que iniciaron su consumo antes de los 18 años de edad señaló a su ingreso a estancia residencial pertenecer a una familia con estructura monoparental.

Prevalencia de los expuestos: 61.58% de los usuarios que indicaron pertenecer a un familia con estructura monoparental su ingreso a estancia residencial, inició su consumo de alcohol antes de los 18 años.

Prevalencia de los no expuestos: el 16.66% de los usuarios que señalaron pertenecer a una estructura familiar monoparental a su ingreso a estancia residencial, inició su consumo de alcohol después de los 18 años de edad.

		Familia monoparental		Total
		Si	No	
Inicio de consumo de alcohol menor a los 18 años	Si	101	63	164
	No	1	5	6
Total		102	68	170

**Tabla 80.** Prueba de asociación Chi-cuadrada positiva entre inicio de consumo de alcohol antes de los 18 años de edad y estructura familiar monoparental en usuarios residenciales en el Centro Estadal para la Atención integral de las Adicciones.

Fuente: Funcionalidad familiar y patología dual en usuarios residenciales en Centro Estadal para la Atención Integral de las Adicciones, Hidalgo, 2015

La asociación entre la variable usuarios con dependencia al alcohol que iniciaron su consumo antes de los 18 años y la variable funcionalidad familiar fue positiva para la prueba de asociación Chi – cuadrada ( $X^2 = 5.634$ ,  $gl = 1$ ,  $p = 0.018$ ) con una razón de momios de 2.287 y un IC 95%: 1.735 – 7.113.

Existe un riesgo de 2.287 veces mayor en usuarios con dependencia al alcohol que inició su consumo antes de los 18 años de edad de que su familia sea calificada como disfuncional por medio del APGAR familiar al momento de su ingreso a estancia residencial.

Prevalencia de global: el 77.43% de los usuarios con el diagnóstico de dependencia alcohol que iniciaron su consumo antes de los 18 años de edad, su familia fue calificada como disfuncional por medio del APGAR familiar su ingreso a estancia residencial.

Prevalencia de los expuestos: 76.21% de los usuarios cuya familia fue calificada como disfuncional por medio del APGAR familiar a su ingreso a estancia residencial, inició su consumo de alcohol antes de los 18 años de edad.

Prevalencia de los no expuestos: el 33.33% de los usuarios cuya familia fue calificada como disfuncional por medio del APGAR familiar a su ingreso a estancia residencial, inició su consumo de alcohol después de los 18 años de edad.

		Funcionalidad familiar		Total
		Familia Disfuncional	Familia funcional	
Inicio de consumo de alcohol menor a los 18 años	Si	125	39	164
	No	2	4	6
Total		127	43	170

**Tabla 81.** Prueba de asociación Chi-cuadrada positiva entre inicio de consumo de alcohol antes de los 18 años de edad y función familiar en usuarios residenciales en el Centro Estatal para la Atención integral de las Adicciones.

Fuente: Funcionalidad familiar y patología dual en usuarios residenciales en Centro Estatal para la Atención Integral de las Adicciones, Hidalgo, 2015

d) Usuarios con dependencia alcohol que iniciaron su consumo antes de los 18 años de edad y la variable patología dual.

La asociación entre la variable usuarios con dependencia alcohol que iniciaron su consumo antes de los 18 años y la variable patología dual fue positiva para la prueba de asociación Chi – cuadrada ( $X^2 = 16.946$ ,  $gl = 1$ ,  $p = 0.000$ ) con una razón de momios de 17.295 y un IC 95%: 2.946 – 101.540.

Existe un riesgo de 17.295 veces mayor en usuarios con dependencia al alcohol que inició su consumo antes de los 18 años de edad para el establecimiento del diagnóstico de patología dual al momento de su ingreso a estancia residencial.

Prevalencia de global: el 90.85% de los usuarios con el diagnóstico de dependencia alcohol que iniciaron su consumo antes de los 18 años de edad cumplió con los criterios de patología dual a su ingreso a estancia residencial.

Prevalencia de los expuestos: 89.63% de los usuarios que cumplieron con los criterios diagnósticos para patología dual a su ingreso a estancia residencial iniciaron el consumo de su consumo de alcohol antes de los 18 años de edad.

Prevalencia de los no expuestos: el 33.33% de los usuarios que cumplieron criterios diagnósticos para patología dual a su ingreso a estancia residencial señalaron iniciar su consumo de alcohol después de los 18 años de edad.

		Diagnóstico de patología dual		Total
		Si	No	
Inicio de consumo de alcohol menor a los 18 años	Si	147	17	164
	No	2	4	6
Total		149	21	170

**Tabla 82.** Prueba de asociación Chi-cuadrada positiva entre inicio de consumo de alcohol antes de los 18 años de edad y diagnóstico de patología dual en usuarios residenciales en el Centro Estatal para la Atención integral de las Adicciones.

Fuente: Funcionalidad familiar y patología dual en usuarios residenciales en Centro Estatal para la Atención Integral de las Adicciones, Hidalgo, 2015

- Usuarios con dependencia alcohol en estancia residencial y patrón de consumo

a) Tiempo de evolución de consumo alcohol y variables sociodemográficas de interés

La asociación entre la variable tiempo de consumo mayor a 116 meses (9 años) en usuarios que cumplieron con el diagnóstico de dependencia al alcohol y la variable abandono escolar antes de los 18 años de edad fue positiva para la prueba de asociación Chi – cuadrada ( $X^2 = 5.106$ ,  $gl = 1$ ,  $p = 0.024$ ) con una razón de momios de 2.403 y un IC 95%: 1.109 – 5.208.

Existe un riesgo de 2.403 veces mayor en usuarios con dependencia al alcohol con un tiempo de evolución de consumo mayor a 116 meses (9 años) para el abandono de la actividad escolar antes de los 18 años al momento de su ingreso a estancia residencial.

Prevalencia de global: el 81.02% de los usuarios con el diagnóstico de dependencia alcohol con una evolución de consumo mayor a 116 meses (9 años) señalaron a su ingreso a estancia residencial abandonar la actividad escolar antes de los 18 años de edad.

Prevalencia de los expuestos: 69.34% de los usuarios que indicaron abandonar la actividad escolar antes de los 18 años de edad refirieron una evolución de consumo de alcohol mayor a 116 meses a su ingreso a estancia residencial.

Prevalencia de los no expuestos: el 48.48% de los usuarios que indicaron abandonar su actividad escolar antes de los 18 años de edad refirieron una evolución de consumo de alcohol menor a 116 meses a su ingreso a estancia residencial.

		Tiempo de consumo de alcohol mayor a 116 meses (9 años)		Total
		Si	No	
Edad de abandono escolar menor a los 18 años	Si	95	42	137
	No	16	17	33
Total		111	59	170

**Tabla 83.** Prueba de asociación Chi-cuadrada positiva entre tiempo de consumo de alcohol mayor a 116 meses y Abandono de actividad escolar antes de los 18 años de edad en usuarios residenciales en el Centro Estatal para la Atención integral de las Adicciones.

Fuente: Funcionalidad familiar y patología dual en usuarios residenciales en Centro Estatal para la Atención Integral de las Adicciones, Hidalgo, 2015

La asociación entre la variable tiempo de consumo mayor a 116 meses (9 años) en usuarios que cumplieron con el diagnóstico de dependencia al alcohol y la variable inicio de actividad laboral antes de los 15 años fue positiva para la prueba de asociación Chi – cuadrada ( $X^2 = 3.843$ ,  $gl = 1$ ,  $p = 0.050$ ) con una razón de momios de 1.890 y un IC 95%: 1.997 – 3.585: existe un riesgo de 1.890 veces mayor en con dependencia al alcohol con una evolución de consumo mayor a 116 meses (9 años) de iniciar su actividad laboral antes de los 15 años.

Prevalencia de global: el 88.28% de los usuarios con el diagnóstico de dependencia alcohol con una evolución de consumo mayor a 116 meses (9 años) señalaron a su ingreso a estancia residencial iniciar actividad laboral antes de los 15 años de edad.

La prevalencia de los expuestos: 63.06% de los usuarios que indicaron iniciar actividad laboral antes de los 15 años de edad, refirieron una evolución de consumo de alcohol mayor a 116 meses a su ingreso a estancia residencial.

Prevalencia de los no expuestos: el 47.45% de los usuarios que indicaron iniciar su actividad laboral antes de los 15 años edad, refirieron una evolución de consumo de alcohol menor a 116 meses a su ingreso a estancia residencial.

		Inicio de actividad laboral antes de los 15 años		Total
		Si	No	
Tiempo de consumo de alcohol mayor a 116 meses	Si	70	41	111
	No	28	31	59
Total		98	72	170

**Tabla 84.** Prueba de asociación Chi-cuadrada positiva entre tiempo de consumo de alcohol mayor a 116 meses e inicio de actividad laboral antes de los 15 años de edad en usuarios residenciales en el Centro Estatal para la Atención integral de las Adicciones.

Fuente: Funcionalidad familiar y patología dual en usuarios residenciales en Centro Estatal para la Atención Integral de las Adicciones, Hidalgo, 2015

La asociación entre la variable tiempo de consumo mayor a 116 meses (9 años) en usuarios con dependencia alcohol y la variable antecedente de estancia en anexo fue positiva para la prueba de asociación Chi – cuadrada ( $X^2 = 7.750$ ,  $gl = 1$ ,  $p = 0.005$ ) con una razón de momios de 1.240 y un IC 95%: 1.040 – 1.479:

Existe un riesgo de 1.240 veces mayor en usuarios con dependencia al alcohol con una evolución de consumo mayor a 116 meses (9 años) de contar con el antecedente de estancia en un anexo al momento de su ingreso a estancia residencial.

Prevalencia de global: el 27.02% de los usuarios con el diagnóstico de dependencia alcohol con una evolución de consumo mayor a 116 meses (9 años) señalaron a su ingreso a estancia residencial contar con el antecedente de por lo menos un internamiento en un “anexo”.

Prevalencia de los expuestos: 11.71% de los usuarios que indicaron contar con el antecedente de por lo menos un internamiento en un “anexo”, señalaron a su ingreso a estancia residencial una evolución de consumo de alcohol mayor a 116 meses.

Prevalencia de los no expuestos: el 38.35% de los usuarios que indicaron contar con el antecedente de por lo menos un internamiento en un “anexo”, refirieron una evolución de consumo de alcohol menor a 116 meses a su ingreso a estancia residencial.

		Antecedente de estancia en anexo		Total
		Si	No	
Tiempo de consumo de alcohol mayor a 116 meses	Si	13	98	111
	No	17	42	59
Total		30	140	170

**Tabla 85.** Prueba de asociación Chi-cuadrada positiva entre tiempo de consumo de alcohol mayor a 116 meses y antecedente de estancia en Grupo de Ayuda mutua en usuarios residenciales en el Centro Estatal para la Atención integral de las Adicciones.

Fuente: Funcionalidad familiar y patología dual en usuarios residenciales en Centro Estatal para la Atención Integral de las Adicciones, Hidalgo, 2015

b) Tiempo de evolución de consumo alcohol y variables asociadas a patrón de consumo de alcohol.

La asociación entre la variable tiempo de consumo mayor a 116 meses (9 años) en usuarios que cumplieron con el diagnóstico de dependencia al alcohol y la variable patrón actual de consumo alcohol mayor a tres litros de destilados por semana fue positiva para la prueba de asociación Chi – cuadrada ( $X^2 = 13.999$ ,  $gl = 1$ ,  $p = 0.000$ ) con una razón de momios de 1.887 y un IC 95%: 1.287 – 2.767.

Existe un riesgo de 1.887 veces mayor en usuarios con dependencia al alcohol con una evolución de consumo mayor a 116 meses (9 años) de presentar un patrón de consumo mayor a tres litros de destilados por semana al momento de su ingreso a estancia residencial.

Prevalencia de global: el 71.17% de los usuarios con el diagnóstico de dependencia alcohol con una evolución de consumo mayor a 116 meses (9 años) señalaron a su un patrón de consumo mayor a tres litros de destilados por semana a ingreso su a estancia residencial.

Prevalencia de los expuestos: 36.03% de los usuarios con dependencia alcohol que indicaron un patrón de consumo mayor a tres litros de destilados por semana, señalaron a su ingreso a estancia residencial una evolución de consumo de alcohol mayor a 116 meses.

Prevalencia de los no expuestos: el 66.10% de los usuarios con dependencia alcohol con un patrón de consumo mayor a tres litros de destilados por semana, refirieron una evolución de consumo de alcohol menor a 116 meses a su ingreso a estancia residencial.



		Patrón final de consumo de alcohol mayor a tres litros de destilados por semana		Total
		Si	No	
Tiempo de consumo de alcohol mayor a 116 meses	Si	40	71	111
	No	39	20	59
Total		79	91	170

**Tabla 86.** Prueba de asociación Chi-cuadrada positiva entre tiempo de consumo de alcohol mayor a 116 meses y patrón final de consumo de alcohol mayor a tres litros de destilados por semana en usuarios residenciales en el Centro Estatal para la Atención integral de las Adicciones.

Fuente: Funcionalidad familiar y patología dual en usuarios residenciales en Centro Estatal para la Atención Integral de las Adicciones, Hidalgo, 2015

La asociación entre la variable tiempo de consumo mayor a 116 meses (9 años) en usuarios que cumplieron con el diagnóstico de dependencia al alcohol y la variable máximo periodo de abstinencia continua menor a tres meses fue positiva para la prueba de asociación Chi – cuadrada ( $X^2 = 6.236$ ,  $gl = 1$ ,  $p = 0.013$ ) con una razón de momios de 2.607 y un IC 95%: 1.211 – 5.611.

Existe un riesgo de 2.607 veces mayor en usuarios con dependencia al alcohol con una evolución de consumo mayor a 116 meses (9 años) de indicar un periodo menor de tres meses de abstinencia continua al momento de su ingreso a estancia residencial.

Prevalencia de global: el 30.63% de los usuarios con el diagnóstico de dependencia alcohol con una evolución de consumo mayor a 116 meses (9 años) señalaron un periodo de abstinencia continua menor a tres meses por semana a ingreso su a estancia residencial.

Prevalencia de los expuestos: 14.41% de los usuarios con dependencia alcohol que indicaron periodo de abstinencia continuo menor a tres meses, señalaron a su ingreso a estancia residencial una evolución de consumo de alcohol mayor a 116 meses.

Prevalencia de los no expuestos: el 30.50% de los usuarios con dependencia alcohol que indicaron un periodo de abstinencia continua menor a tres meses, refirieron una evolución de consumo de alcohol menor a 116 meses a su ingreso a estancia residencial.

		Máximo periodo de abstinencia de consumo de alcohol menor a tres meses		Total
		Si	No	
Tiempo de consumo de alcohol mayor a 116 meses	Si	15	95	111
	No	18	41	59
Total		34	136	170

**Tabla 87.** Prueba de asociación Chi-cuadrada positiva entre tiempo de consumo de alcohol mayor a 116 meses y máximo periodo de abstinencia de consumo de alcohol menor de tres meses en usuarios residenciales en el Centro Estatal para la Atención integral de las Adicciones.

Fuente: Funcionalidad familiar y patología dual en usuarios residenciales en Centro Estatal para la Atención Integral de las Adicciones, Hidalgo, 2015

La asociación entre la variable tiempo de consumo mayor a 116 meses (9 años) en usuarios que cumplieron con el diagnóstico de dependencia al alcohol y la variable presencia de síntomas de abstinencia a su ingreso a estancia residencial fue positiva para la prueba de asociación Chi – cuadrada ( $X^2 = 10.800$ ,  $gl = 1$ ,  $p = 0.001$ ) con una razón de momios de 1.228 y un IC 95%: 1.057 – 1.428.

Existe un riesgo de 1.228 veces mayor en usuarios con dependencia alcohol con una evolución de consumo mayor a 116 meses (9 años) de indicar la presencia de síntomas de abstinencia etílica al momento de su ingreso a estancia residencial.

Prevalencia de global: el 18.91% de los usuarios con el diagnóstico de dependencia alcohol con una evolución de consumo mayor a 116 meses presentaron síntomas de abstinencia etílica a ingreso su a estancia residencial.

Prevalencia de los expuestos: 6.30% de los usuarios con síntomas de abstinencia etílica a su ingreso a estancia residencial contaban con una evolución de consumo de alcohol mayor a 116 meses.

La Prevalencia de los no expuestos: el 23.72% de los usuarios con dependencia alcohol con síntomas de abstinencia etílica a su ingreso a estancia residencial, refirieron una evolución de consumo de alcohol menor a 116 meses.

		Presencia de síntomas de abstinencia a su ingreso		Total
		Si	No	
Tiempo de consumo de alcohol mayor a 116 meses	Si	7	104	111
	No	14	45	59
Total		21	149	170

**Tabla 88.** Prueba de asociación Chi-cuadrada positiva entre tiempo de consumo de alcohol mayor a 116 meses y presencia de síntomas de abstinencia a su ingreso a estancia residencial en usuarios en el Centro Estatal para la Atención integral de las Adicciones.

Fuente: Funcionalidad familiar y patología dual en usuarios residenciales en Centro Estatal para la Atención Integral de las Adicciones, Hidalgo, 2015

- c) Tiempo de evolución de consumo alcohol y variables asociadas a la dependencia a otras sustancias.

La asociación entre la variable tiempo de consumo mayor a 116 meses (9 años) en usuarios que cumplieron con el diagnóstico de dependencia alcohol y la variable diagnóstico de dependencia a cannabis fue positiva para la prueba de asociación Chi – cuadrada ( $X^2 = 9.798$ ,  $gl = 1$ ,  $p = 0.002$ ) con una razón de momios de 1.536 y un IC 95%: 1.134 – 2.079.

Existe un riesgo de 1.536 veces mayor en usuarios con dependencia al alcohol con una evolución de consumo mayor a 116 meses (9 años) cumplan los criterios diagnóstico de dependencia a cannabis al momento de su ingreso en estancia residencial.

Prevalencia de global: el 94.59% de los usuarios con el diagnóstico de dependencia alcohol con una evolución de consumo mayor a 116 meses presentaron criterios diagnósticos para dependencia a cannabis en su ingreso a estancia residencial.

Prevalencia de los expuestos: 70.27% de los usuarios con dependencia a cannabis contaban con una evolución de consumo de alcohol mayor a 116 meses a su ingreso a estancia residencial.

Prevalencia de los no expuestos: el 45.76% de los usuarios con dependencia cannabis contaban con una evolución de consumo de alcohol menor a 116 meses a su ingreso a estancia residencial.

		Consumo de cannabis		Total
		Si	No	
Tiempo de consumo de alcohol mayor a 116 meses	Si	78	33	111
	No	27	32	59
Total		105	65	170

**Tabla 89.** Prueba de asociación Chi-cuadrada positiva entre tiempo de consumo de alcohol mayor a 116 meses y consumo de cannabis en usuarios en estancia residencial en el Centro Estatal para la Atención integral de las Adicciones.

Fuente: Funcionalidad familiar y patología dual en usuarios residenciales en Centro Estatal para la Atención Integral de las Adicciones, Hidalgo, 2015

La asociación entre la variable tiempo de consumo mayor a 116 meses (9 años) en usuarios con el diagnóstico de dependencia al alcohol y la variable diagnóstico de dependencia a más de una sustancia fue positiva para la prueba de asociación Chi – cuadrada ( $X^2 = 9.901$ ,  $gl = 1$ ,  $p = 0.002$ ) con una razón de momios de 1.350 y un IC 95%: 1.089 – 1.694.

Existe un riesgo de 1.350 veces mayor en usuarios con dependencia al alcohol con una evolución de consumo mayor a 116 meses (9 años) para cumplir con el diagnóstico de dependencia a más de una sustancia a su ingreso a estancia residencial.

Prevalencia de global: el 86.71% de los usuarios con el diagnóstico de dependencia simultánea a más de una sustancia (policonsumo) indicó a su ingreso a estancia residencial una evolución de consumo de alcohol mayor a 116 meses (9 años).

Prevalencia de los expuestos: 71.87% de los usuarios con una evolución de consumo de alcohol mayor a 116 meses cumplió criterios diagnósticos para la dependencia simultánea (policonsumo) a más de una sustancia a su ingreso a estancia residencial.

La prevalencia de los no expuestos: 45.23% de los usuarios con una evolución de consumo de alcohol mayor 116 meses no cumplió con los criterios diagnósticos para la dependencia simultánea (policonsumo) a su ingreso a estancia residencial.

		Tiempo de consumo de alcohol mayor a 116 meses		Total
		Si	No	
Policonsumo de sustancias	Si	92	23	128
	No	19	36	42
Total		111	59	170

**Tabla 90.** Prueba de asociación Chi-cuadrada positiva entre tiempo de consumo de alcohol mayor a 116 meses y dependencia simultánea a más de una sustancia en usuarios en estancia residencial en el Centro Estatal para la Atención integral de las Adicciones.

Fuente: Funcionalidad familiar y patología dual en usuarios residenciales en Centro Estatal para la Atención Integral de las Adicciones, Hidalgo, 2015

d) Tiempo de evolución de consumo alcohol y variables asociadas antecedentes de salud mental de usuarios en estancia residencial.

La asociación entre la variable tiempo de consumo mayor a 116 meses (9 años) en usuarios que cumplieron con el diagnóstico de dependencia al alcohol y la variable antecedente de atención psicológica fue positiva para la prueba de asociación Chi – cuadrada ( $X^2 = 5.052$ ,  $gl = 1$ ,  $p = 0.025$ ) con una razón de momios de 1.223 y un IC 95%: 1.006 – 1.486.

Existe un riesgo de 1.233 veces mayor en usuarios con dependencia al alcohol con una evolución de consumo mayor a 116 meses (9 años) de indicar el antecedente de atención psicológica al momento de su ingreso a estancia residencial.

Prevalencia de global: el 34.23% de los usuarios con dependencia alcohol con una evolución de consumo mayor a 116 meses (9 años) señalaron el antecedente de atención psicológica a su ingreso a estancia residencial.

Prevalencia de los expuestos: 17.11% de los usuarios que contaban con el antecedente de atención psicológica indicaron una evolución de consumo de alcohol mayor a 116 meses a su ingreso a estancia residencial.

Prevalencia de los no expuestos: 32.20% de los usuarios que contaban con el antecedente de atención psicológica indicó una evolución de consumo de alcohol menor 116 meses a su ingreso a estancia residencial.

		Antecedentes de atención psicológica		Total
		Si	No	
Tiempo de consumo de alcohol mayor a 116 meses	Si	19	92	111
	No	19	40	59
Total		38	132	170

**Tabla 91.** Prueba de asociación Chi-cuadrada positiva entre tiempo de consumo de alcohol mayor a 116 meses y antecedentes de atención psicológica en usuarios en estancia residencial en el Centro Estatal para la Atención integral de las Adicciones.

Fuente: Funcionalidad familiar y patología dual en usuarios residenciales en Centro Estatal para la Atención Integral de las Adicciones, Hidalgo, 2015

La asociación entre la variable tiempo de consumo mayor a 116 meses (9 años) en usuarios con diagnóstico de dependencia al alcohol y la variable antecedente de maltrato infantil de tipo emocional fue positiva para la prueba de asociación Chi – cuadrada ( $X^2 = 4.199$ ,  $gl = 1$ ,  $p = 0.040$ ) con una razón de momios de 2.045 y un IC 95%: 1.025 – 4.080: existe un riesgo de 2.045 veces mayor en usuarios con el antecedente de maltrato infantil de tipo emocional de contar con una evolución de consumo de alcohol mayor a 116 meses (9 años) a su ingreso a estancia residencial.

Prevalencia de global: el 86.71% de los usuarios con el antecedente de maltrato infantil de tipo emocional indicó una evolución de consumo de alcohol mayor a 116 meses (9 años) a su ingreso a estancia residencial.

Prevalencia de los expuestos: 67.18% de los usuarios con una evolución de consumo mayor a 116 meses (9 años) contaba con el antecedente de maltrato infantil de tipo emocional a su ingreso a estancia residencial y la prevalencia de los no expuestos: 53.19% de los usuarios con una evolución de consumo mayor de 116 meses (9 años) no contaban con el antecedente de maltrato infantil de tipo emocional a su ingreso a estancia residencial.

		Tiempo de consumo de alcohol mayor a 116 meses (9 años)		Total
		Si	No	
Antecedentes de maltrato emocional en la infancia	Si	86	37	123
	No	25	22	47
Total		111	59	170

**Tabla 92.** Prueba de asociación Chi-cuadrada positiva entre tiempo de consumo de alcohol mayor a 116 meses y maltrato emocional infantil de tipo emocional en usuarios en estancia residencial en el Centro Estatal para la Atención integral de las Adicciones.

Fuente: Funcionalidad familiar y patología dual en usuarios residenciales en Centro Estatal para la Atención Integral de las Adicciones, Hidalgo, 2015

- e) Tiempo de evolución de consumo alcohol y variables asociadas al diagnóstico de trastornos psiquiátricos en usuario en estancia residencial.

La asociación entre la variable tiempo de consumo mayor a 116 meses (9 años) en usuarios con el diagnóstico de dependencia al alcohol y la variable diagnóstico de cualquier trastorno de la conducta fue positiva para la prueba de asociación Chi – cuadrada ( $X^2 = 10.538$ ,  $gl = 1$ ,  $p = 0.001$ ) con una razón de momios de 4.119 y un IC 95%: 1.527 – 11.111.

Existe un riesgo de 4.119 veces mayor en usuarios dependencia al alcohol con una evolución de consumo mayor a 116 meses (9 años) de cumplir con los criterios diagnósticos para cualquier trastorno de la conducta al momento de su ingreso a estancia residencial.

Prevalencia de global: el 31.53% de los usuarios con una evolución de consumo de alcohol mayor a 116 meses (9 años) cumplió con los criterios diagnósticos para cualquier trastorno de la conducta a su ingreso a estancia residencial.

Prevalencia de los expuestos: 27.92% de los usuarios con el diagnóstico de cualquier trastorno de la conducta indicó una evolución de consumo de alcohol mayor a 116 meses (9 años) a su ingreso a estancia residencial.

Prevalencia de los no expuestos: 6.77% de los usuarios con el diagnóstico de cualquier trastorno de la conducta indicó una evolución de consumo alcohol menor de 116 meses (9 años) a su ingreso a estancia residencial.

		Trastornos de la conducta		Total
		Si	No	
Tiempo de consumo de alcohol mayor a 116 meses (9 años)	Si	31	80	111
	No	4	55	59
Total		35	135	170

**Tabla 93.** Prueba de asociación Chi-cuadrada positiva entre tiempo de consumo de alcohol mayor a 116 meses y cualquier trastorno de la conducta en usuarios en estancia residencial en el Centro Estatal para la Atención integral de las Adicciones.

Fuente: Funcionalidad familiar y patología dual en usuarios residenciales en Centro Estatal para la Atención Integral de las Adicciones, Hidalgo, 2015

- f) Tiempo de evolución de consumo alcohol, funcionalidad, estructura y dinámica familiar en usuario en estancia residencial.

La asociación entre la variable tiempo de consumo mayor a 116 meses (9 años) en usuarios con el diagnóstico de dependencia al alcohol y la variable cohesión familiar no relacionada fue positiva para la prueba de asociación Chi – cuadrada ( $X^2 = 4.736$ ,  $gl = 1$ ,  $p = 0.030$ ) con una razón de momios de 1.515 y un IC 95%: 1.016 – 2.259: existe un riesgo de 1.515 veces mayor en usuarios con dependencia al alcohol con una evolución de consumo mayor a 116 meses (9 años) de cumplir con los criterios diagnósticos del FACE III de cohesión familiar no relacionada al momento de su ingreso a estancia residencial.

Prevalencia de global: el 69.36% de los usuarios con una evolución de consumo de alcohol mayor a 116 meses (9 años) de cumplir con los criterios diagnósticos del FACE III para una cohesión familiar no relacionada a su ingreso a estancia residencial.

Prevalencia de los expuestos: 51.35% de los usuarios que cumplió los criterios del FACE III para una cohesión no relacionada indicó una evolución de consumo de alcohol mayor a 116 meses (9 años) a su ingreso a estancia residencial.

Prevalencia de los no expuestos: 633.89% de los usuarios que cumplió con los criterios diagnósticos del FACE III para una cohesión familiar no relacionada indicó una evolución de consumo alcohol menor de 116 meses (9 años) a su ingreso a estancia residencial.

		Cohesión familiar no relacionada		Total
		Si	No	
Tiempo de consumo de alcohol mayor a 116 meses	Si	57	54	111
	No	20	39	59
Total		77	93	170

**Tabla 94.** Prueba de asociación Chi-cuadrada positiva entre tiempo de consumo de alcohol mayor a 116 meses y diagnóstico de cohesión familiar no relacionada por medio del FACES III en usuarios en estancia residencial en el Centro Estatal para la Atención integral de las Adicciones.

Fuente: Funcionalidad familiar y patología dual en usuarios residenciales en Centro Estatal para la Atención Integral de las Adicciones, Hidalgo, 2015



g) Patrón inicial de consumo de alcohol mayor a un litro de destilados por semana y antecedentes de salud mental.

La asociación entre la variable patrón inicial de consumo mayor a un litro de destilados por semana y la variable antecedente de atención psicológica fue positiva para la prueba de asociación Chi – cuadrada ( $X^2 = 4.678$ ,  $gl = 1$ ,  $p = 0.031$ ) con una razón de momios de 1.199 y un IC 95%: 1.030 – 1.395:

Existe un riesgo de 1.199 veces mayor en usuarios con dependencia al alcohol que iniciaron su consumo de alcohol con un patrón inicial de más de un litro de destilados por semana de contar con el antecedente de atención psicológica al momento de su ingreso a estancia residencial.

Prevalencia de global: el 23.60% de los usuarios con dependencia alcohol con un patrón inicial de consumo más de un litro de destilados por semana indicaron el antecedente de atención psicológica a su ingreso a estancia residencial.

Prevalencia de los expuestos: 13.11% de los usuarios con el antecedente de atención psicológica a indicó un patrón inicial de consumo de alcohol de más de un litro por semana a su ingreso a estancia residencial.

Prevalencia de los no expuestos: 27.52% de los usuarios con el antecedente de atención psicológica indicó un patrón inicial de consumo de alcohol menor a un litro de destilados a su ingreso a estancia residencial.

		Antecedentes de atención psicológica		Total
		Si	No	
Patrón inicial de consumo mayor a un litro de destilados por semana	Si	8	53	61
	No	30	79	109
Total		38	132	170

**Tabla 95.** Prueba de asociación Chi-cuadrada positiva entre patrón inicial de consumo mayor a un litro de destilados por semana y antecedentes de atención psicológica en usuarios en estancia residencial en el Centro Estatal para la Atención integral de las Adicciones.

Fuente: Funcionalidad familiar y patología dual en usuarios residenciales en Centro Estatal para la Atención Integral de las Adicciones, Hidalgo, 2015

h) Patrón inicial de consumo de alcohol mayor a un litro de destilados por semana y diagnóstico de trastornos psiquiátricos en usuarios en estancia residencial.

La asociación entre la variable patrón de consumo inicial mayor a un litro de destilados por semana y la variable diagnóstico de trastorno distímico fue positiva para la prueba de asociación Chi – cuadrada ( $X^2 = 6.020$ ,  $gl = 1$ ,  $p = 0.014$ ) con una razón de momios de 1.199 con un IC 95%: 1.496 – 2.045.

Existe un riesgo de 1.199 veces mayor en usuarios con dependencia al alcohol que iniciaron su consumo con un patrón inicial de más de un litro de destilados por semana de cumplir con los criterios diagnósticos de trastorno distímico al momento de su ingreso a estancia residencial.

Prevalencia de global: el 77.21% de los usuarios que indicaron iniciar su consumo de alcohol con más de un litro de destilados por semana cumplieron con los criterios diagnósticos para trastorno distímico a su ingreso a estancia residencial.

Prevalencia de los expuestos: 47.36% de los usuarios que cumplieron criterios diagnósticos para trastorno distímico a su ingreso a estancia residencial, indicó un patrón inicial de consumo de alcohol mayor a un litro de destilados por semana.

Prevalencia de los no expuestos: 27.47% de los usuarios que cumplieron con los criterios diagnósticos de trastorno distímico a su ingreso a estancia residencial, indicó un patrón inicial de consumo de alcohol menor a un litro de destilados.

		Patrón inicial de consumo mayor a un litro de destilados al día		Total
		Si	No	
Trastorno distímico	Si	36	42	79
	No	25	66	91
Total		61	109	170

**Tabla 96.** Prueba de asociación Chi-cuadrada positiva entre patrón inicial de consumo mayor a un litro de destilados por semana y diagnóstico de trastorno distímico por medio del MINI en usuarios en estancia residencial en el Centro Estatal para la Atención Integral de las Adicciones.

Fuente: Funcionalidad familiar y patología dual en usuarios residenciales en Centro Estatal para la Atención Integral de las Adicciones, Hidalgo, 2015

La asociación entre la variable patrón inicial mayor a un litro de destilados por semana y la variable diagnóstico de trastorno de la conducta fue positiva para la prueba de asociación Chi – cuadrada ( $X^2 = 6.727$ ,  $gl = 1$ ,  $p = 0.009$ ) con una razón de momios de 3.323 y un IC 95%: 1.293 – 8.538: existe un riesgo de 3.323 veces mayor en usuarios con dependencia al alcohol que inició su consumo con un patrón de ingesta mayor a litro de destilados por semana de cumplir con los criterios diagnósticos para cualquier trastorno de la conducta a su ingreso a estancia residencial.

Prevalencia de global: el 57.37% de los usuarios que indicaron iniciar su consumo de alcohol con más de un litro de destilados por semana cumplieron con los criterios diagnósticos para cualquier trastorno de la conducta a su ingreso a estancia residencial.

Prevalencia de los expuestos: 9.83% de los usuarios que cumplieron criterios diagnósticos para cualquier trastorno de la conducta a su ingreso a estancia residencial, indicó un patrón inicial de consumo de alcohol mayor a un litro de destilados por semana.

Prevalencia de los no expuestos: 21.48% de los usuarios que cumplieron con los criterios diagnósticos para cualquier trastorno de la conducta a su ingreso a estancia residencial, indicó un patrón inicial de consumo de alcohol menor a un litro de destilados por semana.

		Trastornos de la conducta		Total
		Si	No	
Patrón inicial de consumo mayor a un litro de destilados al día	Si	6	55	61
	No	29	80	109
Total		35	135	170

**Tabla 97.** Prueba de asociación Chi-cuadrada positiva entre patrón inicial de consumo mayor a un litro de destilados por semana y diagnóstico de cualquier trastorno de la conducta en usuarios en el Centro Estatal para la Atención Integral de las Adicciones.

Fuente: Funcionalidad familiar y patología dual en usuarios residenciales en Centro Estatal para la Atención Integral de las Adicciones, Hidalgo, 2015

- i) Patrón inicial de consumo de alcohol mayor a un litro de destilados por semana e inicio de tratamiento psicofarmacológico en usuarios en estancia residencial.

La asociación entre la variable patrón inicial de consumo mayor a un litro de destilados por semana y la variable inicio de tratamiento psicofarmacológico fue positiva para la prueba de asociación Chi – cuadrada ( $X^2 = 4.365$ ,  $gl = 1$ ,  $p = 0.037$ ) con una razón de momios de 2.024 y un IC 95%:

1.039 – 3.944: existe un riesgo de 2.024 veces mayor en usuarios con dependencia alcohol que inició su consumo con un patrón de ingesta de más de un litro de destilados por semana de iniciar tratamiento psicofarmacológico al momento de su ingreso en estancia residencial.

Prevalencia de global: el 59.80% de los usuarios que indicaron iniciar su consumo de alcohol con más de un litro de destilados por semana cumplieron con los criterios diagnósticos para inicio de tratamiento psicofarmacológico a su ingreso a estancia residencial.

Prevalencia de los expuestos: 70.49% de los usuarios que cumplieron criterios diagnósticos para iniciar tratamiento psicofarmacológico a su ingreso a estancia residencial, indicó un patrón inicial de consumo de alcohol mayor a un litro de destilados por semana.

Prevalencia de los no expuestos: 54.12% de los usuarios que cumplieron con los criterios diagnósticos para iniciar tratamiento psicofarmacológico a su ingreso a estancia residencial, indicó un patrón inicial de consumo de alcohol menor a un litro de destilados.

		Tratamiento psicofarmacológico en estancia residencial		Total
		Si	No	
Patrón inicial de consumo mayor a un litro de destilados al por semana	Si	43	18	61
	No	59	50	109
Total		102	68	170

**Tabla 98.** Prueba de asociación Chi-cuadrada positiva entre patrón inicial de consumo mayor a un litro de destilados por semana y diagnóstico de cualquier trastorno de la conducta en usuarios en el Centro Estatal para la Atención Integral de las Adicciones.

Fuente: Funcionalidad familiar y patología dual en usuarios residenciales en Centro Estatal para la Atención Integral de las Adicciones, Hidalgo, 2015

- j) Patrón actual de consumo de alcohol mayor a tres litros de destilados por semana y variables asociadas al consumo de alcohol en usuarios en estancia residencial.

La asociación entre la variable patrón actual de consumo mayor a tres litro de destilados por semana y la variable presencia de deseo de consumo (craving) fue positiva para la prueba de asociación Chi – cuadrada ( $X^2 = 13.894$ ,  $gl = 1$ ,  $p = 0.000$ ) con una razón de momios de 4.046 y un IC 95%: 1.887 – 8.679: existe un riesgo de 4.046 veces mayor en usuarios dependientes alcohol con patrón

actual de consumo de más de tres litros de destilados por semana de presentar deseo de consumo de alcohol (craving) al momento de su ingreso a estancia residencial.

Prevalencia de global: el 64.22% de los usuarios dependientes alcohol con un patrón actual de consumo mayo a tres litros de destilados por semana presentaron deseo de consumo (craving) a su ingreso a estancia residencial.

Prevalencia de los expuestos: 55.28% de los usuarios con deseo de consumo (craving) por alcohol indicó su ingreso a estancia residencial un patrón actual de consumo de alcohol mayor a tres litros de destilados por semana.

Prevalencia de los no expuestos: 23.40% de los usuarios con deseo de consumo (craving) por alcohol a su ingreso a estancia residencial indicó un patrón actual de consumo de alcohol menor a tres litro de destilados por semana.

		Patrón final de consumo de alcohol mayor a tres litros de destilados por semana		Total
		Si	No	
Presencia de craving por alcohol a su ingreso	Si	68	55	123
	No	11	36	47
Total		79	91	170

**Tabla 99.** Prueba de asociación Chi-cuadrada positiva entre patrón final de consumo de alcohol mayor a tres litros de destilados por semana y la presencia de deseo de consumo (craving) en usuarios en el Centro Estatal para la Atención Integral de las Adicciones.

Fuente: Funcionalidad familiar y patología dual en usuarios residenciales en Centro Estatal para la Atención Integral de las Adicciones, Hidalgo, 2015

La asociación entre la variable patrón actual de consumo mayor a tres litro de destilados por semana y la variable síntomas de abstinencia por supresión etílica fue positiva para la prueba de asociación Chi – cuadrada ( $X^2 = 18.652$ ,  $gl = 1$ ,  $p = 0.000$ ) con una razón de momios de 14.092 y un IC 95%: 3.165 – 62.736: existe un riesgo de 14.092 veces mayor en usuarios con dependencia alcohol con patrón actual de consumo mayor de tres litros de destilados por semana de presentar síntomas de supresión etílica al momento de su ingreso en estancia residencial.

Prevalencia de global: el 26.6% de los usuarios dependientes alcohol con un patrón actual de consumo mayo a tres litros de destilados por semana presentaron síntomas de supresión etílica a su ingreso a estancia residencial.

Prevalencia de los expuestos: 24.05% de los usuarios con síntomas de supresión etílica a su ingreso a estancia residencial indicó un patrón actual de consumo de alcohol mayor a tres litros de destilados por semana.

Prevalencia de los no expuestos: 2.19% de los usuarios con síntomas de supresión etílica a su ingreso a estancia residencial indicó un patrón actual de consumo de alcohol menor a tres litro de destilados por semana.

		Presencia de síntomas de abstinencia a su ingreso		Total
		Si	No	
Patrón final de consumo de alcohol mayor a tres litros de destilados por semana	Si	19	60	79
	No	2	89	91
Total		21	149	170

**Tabla 100.** Prueba de asociación Chi-cuadrada positiva entre patrón final de consumo de alcohol mayor a tres litros de destilados por semana y la presencia de síntomas de abstinencia a su ingreso de usuarios en el Centro Estatal para la Atención integral de las Adicciones.

Fuente: Funcionalidad familiar y patología dual en usuarios residenciales en Centro Estatal para la Atención Integral de las Adicciones, Hidalgo, 2015

k) Patrón actual de consumo de alcohol mayor de tres litros de destilados por semana y diagnóstico de dependencia a otras sustancias.

La asociación entre la variable patrón actual de consumo mayor a tres litros de destilados por semana y la variable diagnóstico de dependencia más de una sustancia fue positiva para la prueba de asociación Chi – cuadrada ( $X^2 = 11.430$ ,  $gl = 1$ ,  $p = 0.001$ ) con una razón de momios de 3.480 y un IC 95%: 1.653 – 7.326: existe un riesgo de 3.480 veces mayor en usuarios con dependencia alcohol con patrón actual de consumo mayor a tres litros de destilados por semana de presentar criterios diagnósticos para la dependencia simultánea (policonsumo) a ingreso a estancia residencial.

Prevalencia de global: el 61.71% de los usuarios dependientes alcohol con un patrón actual de consumo mayo a tres litros de destilados por semana cumplieron criterios diagnósticos para dependencia simultánea a más de una sustancia a su ingreso a estancia residencial.

Prevalencia de los expuestos: 39.06% de los usuarios con criterios de dependencia simultánea a más de una sustancia indicó un patrón actual de consumo de alcohol mayor a tres litros de destilados por semana.

Prevalencia de los no expuestos: 64.04% de los usuarios con criterios de dependencia simultánea a más de una sustancia indicó un patrón actual de consumo de alcohol menor a tres litro de destilados por semana.

		Patrón final de consumo de alcohol mayor a tres litros de destilados por semana		Total
		Si	No	
Policonsumo de sustancias	Si	50	78	128
	No	29	13	42
Total		79	91	170

**Tabla 101.** Prueba de asociación Chi-cuadrada positiva entre patrón final de consumo de alcohol mayor a tres litros de destilados por semana y dependencia simultánea a más de una sustancia a su ingreso de usuarios en el Centro Estatal para la Atención Integral de las Adicciones.

Fuente: Funcionalidad familiar y patología dual en usuarios residenciales en Centro Estatal para la Atención Integral de las Adicciones, Hidalgo, 2015

La asociación entre la variable patrón actual de consumo mayor a tres litro de destilados por semana y la variable diagnóstico de dependencia a cannabis fue positiva para la prueba de asociación Chi – cuadrada ( $X^2 = 6.083$ ,  $gl = 1$ ,  $p = 0.014$ ) con una razón de momios de 2.197 y un IC 95%: 1.170 – 4.126: existe un riesgo de 2.197 veces mayor en usuarios en estancia residencial con dependencia al alcohol con patrón actual de ingesta de más de tres litros de destilados por semana de presentar el diagnóstico de dependencia a cannabis al momento de su ingreso.

Prevalencia de global: el 75.23% de los usuarios dependientes alcohol con un patrón actual de consumo mayo a tres litros de destilados por semana cumplieron criterios diagnósticos para dependencia a cannabis a su ingreso a estancia residencial-

Prevalencia de los expuestos: 39.04% de los usuarios con criterios de dependencia a cannabis indicó un patrón actual de consumo de alcohol mayor a tres litros de destilados por semana.

Prevalencia de los no expuestos: 58.46% de los usuarios con criterios de dependencia cannabis indicó un patrón actual de consumo de alcohol menor a tres litros de destilados por semana.

		Patrón final de consumo de alcohol mayor a tres litros de destilados por semana		Total
		Si	No	
Consumo de cannabis	Si	41	64	105
	No	38	27	65
Total		79	91	170

**Tabla 102.** Prueba de asociación Chi-cuadrada positiva entre patrón final de consumo de alcohol mayor a tres litros de destilados por semana y consumo de cannabis en usuarios en el Centro Estadal para la Atención Integral de las Adicciones.

Fuente: Funcionalidad familiar y patología dual en usuarios residenciales en Centro Estadal para la Atención Integral de las Adicciones, Hidalgo, 2015

- 1) Patrón actual de consumo de alcohol mayor a tres litros de destilados por semana y diagnóstico de trastornos psiquiátricos en usuarios en estancia residencial.

La asociación entre la variable patrón actual de consumo mayor a tres litro de destilados por semana y la variable diagnóstico de cualquier trastorno de la conducta fue positiva para la prueba de asociación Chi – cuadrada ( $X^2 = 5.676$ ,  $gl = 1$ ,  $p = 0.017$ ) con una razón de momios de 2.614 y un IC 95%: 1.166 – 5.859: existe un riesgo de 2.614 veces mayor en usuarios en estancia residencial con dependencia al alcohol con patrón actual de ingesta de más de tres litros de destilados por semana de presentar el diagnóstico de trastorno de la conducta al momento de su ingreso.

Prevalencia de global: el 74.30% de los usuarios dependientes alcohol con un patrón actual de consumo mayo a tres litros de destilados por semana cumplieron criterios diagnósticos para cualquier trastorno de la conducta a su ingreso a estancia residencial.

Prevalencia de los expuestos: 12.65% de los usuarios con criterios para cualquier trastorno de la conducta indicó un patrón actual de consumo de alcohol mayor a tres litros de destilados por semana.



Prevalencia de los no expuestos: 27.47% de los usuarios con criterios para cualquier trastorno de la conducta indicó un patrón actual de consumo de alcohol menor a tres litros de destilados por semana.

		Trastornos de la conducta		Total
		Si	No	
Patrón final de consumo de alcohol mayor a tres litros de destilados por semana	Si	10	69	79
	No	25	66	91
Total		35	135	170

**Tabla 103.** Prueba de asociación Chi-cuadrada positiva entre patrón final de consumo de alcohol mayor a tres litros de destilados por semana y consumo de cannabis en usuarios en el Centro Estatal para la Atención Integral de las Adicciones.

Fuente: Funcionalidad familiar y patología dual en usuarios residenciales en Centro Estatal para la Atención Integral de las Adicciones, Hidalgo, 2015

m) Patrón actual de consumo de alcohol mayor a tres litro de destilados por semana y funcionalidad, estructura y dinámica familiar.

La asociación entre la variable patrón actual de consumo mayor a tres litro de destilados por semana y el diagnóstico de adaptabilidad familiar caótica por medio del FACES III fue positiva para la prueba de asociación Chi – cuadrada ( $X^2 = 4.505$ ,  $gl = 1$ ,  $p = 0.034$ ) con una razón de momios de 2.614 y un IC 95%: 1.049 – 3.608.

Existe un riesgo de 2.614 veces mayor en usuarios en estancia residencial con dependencia al alcohol con patrón actual de ingesta de más de tres litros de destilados por semana de presentar el diagnóstico de adaptabilidad familiar caótica al momento de su ingreso.

Prevalencia de global: el 94.93% de los usuarios dependientes alcohol con un patrón actual de consumo mayo a tres litros de destilados por semana cumplieron criterios diagnósticos para una adaptabilidad familiar caótica por medio del FACES III a su ingreso a estancia residencial.

Prevalencia de los expuestos: 35.44% de los usuarios con criterios diagnósticos para una adaptabilidad familiar caótica por medio del FACES III indicó un patrón actual de consumo de alcohol mayor a tres litros de destilados por semana.

Prevalencia de los no expuestos: 51.64% de los usuarios con criterios diagnósticos para una adaptabilidad familiar caótica por medio del FACE III indicó un patrón actual de consumo de alcohol menor a tres litros de destilados por semana.

		Adaptabilidad familiar caótica		Total
		Si	No	
Patrón final de consumo de alcohol mayor a tres litros de destilados por semana	Si	28	51	79
	No	47	44	91
Total		75	95	170

**Tabla 104.** Prueba de asociación Chi-cuadrada positiva entre patrón final de consumo de alcohol mayor a tres litros de destilados por semana y diagnóstico de adaptabilidad familiar caótica por medio del FACES III en usuarios en estancia residencial en el Centro Estatal para la Atención Integral de las Adicciones.

Fuente: Funcionalidad familiar y patología dual en usuarios residenciales en Centro Estatal para la Atención Integral de las Adicciones, Hidalgo, 2015

- Análisis cualitativo de las variables relacionadas con los usuarios que cumplieron con los criterios diagnósticos de dependencia al cannabis, su asociación con variables de interés y razón de momios

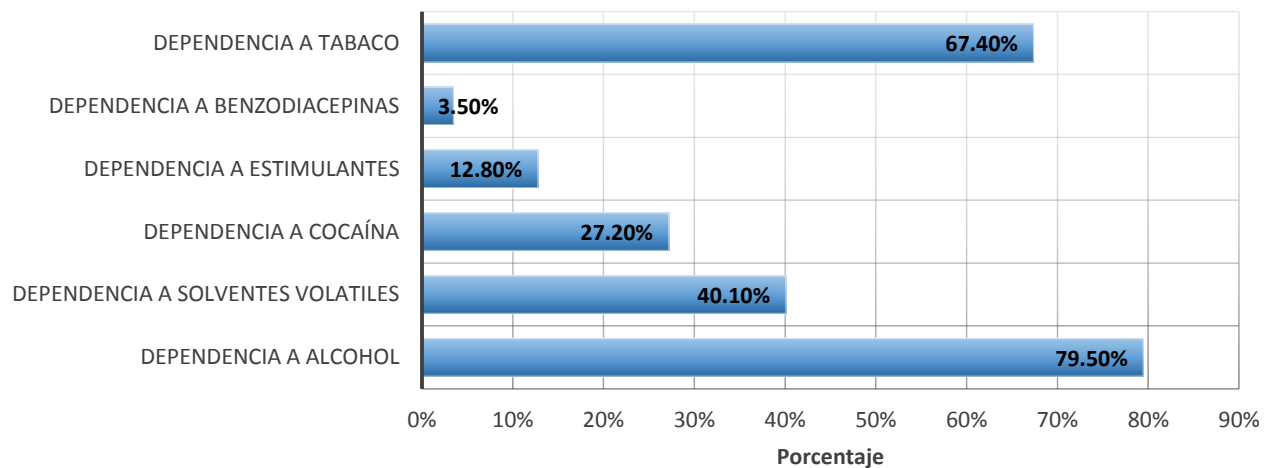
El 79.5% de los residentes con diagnóstico de dependencia a cannabis en el momento de su ingreso a unidad residencial cumplieron con el diagnóstico de dependencia a etanol, el 67.4% de los residentes con diagnóstico de dependencia a cannabis en el momento de su ingreso contaba con dependencia a tabaco y el 40.1% de los residentes con diagnóstico de dependencia a cannabis en el momento de su ingreso cumplieron con el diagnóstico dependencia a solventes volátiles.

El 27.2% de los residentes con diagnóstico de dependencia a cannabis cumplieron con los diagnósticos de dependencia a cocaína.

El 12.8% de los residentes con diagnóstico de dependencia a cannabis en el momento de su ingreso a unidad residencial cumplieron con el diagnóstico de dependencia a estimulantes.

El 3.5% de los residentes con diagnóstico de dependencia a cannabis en el momento de su ingreso a unidad residencial cumplieron con el diagnóstico de dependencia a benzodiazepinas.

### Usuarios residenciales en el CEAIA con dependencia a cannabis y dependencia a otras sustancias



**Figura 37.** Usuarios con dependencia a cannabis y su asociación con otras sustancias de consumo en el Centro Estatal para la Atención Integral de la Adicciones.

Fuente: Funcionalidad familiar y patología dual en usuarios residenciales en Centro Estatal para la Atención Integral de las Adicciones, Hidalgo, 2015

- a) Usuarios en estancia residencial que cumplieron con los criterios de dependencia a cannabis y variables sociodemográficas de interés.

La asociación entre la variable dependencia a cannabis y la variable suspensión de escolar por consumo de sustancias fue positiva para la prueba de asociación Chi cuadrada ( $X^2 = 17.632$ ,  $gl = 1$ ,  $p = 0.000$ ) con una razón de momios de 3.659 y un IC 95%: 1.969 – 6.799: existe un riesgo de 3.659 veces mayor en usuarios en estancia residencial de abandonar su actividad escolar por dependencia a cannabis.

Prevalencia de global: el 80.30% de los usuarios que refirieron abandonar su actividad escolar por consumo de sustancias cumplió criterios diagnósticos de dependientes a cannabis a su ingreso a estancia residencial.

Prevalencia de los expuestos: 63.63% de los usuarios con criterios diagnósticos para dependencia a cannabis indicó abandonar su actividad escolar por consumo de sustancias a su ingreso a estancia residencial.

Prevalencia de los no expuestos: 32.35% de los usuarios sin criterios diagnósticos para dependencia a cannabis indicó abandonar su actividad escolar por consumo sustancias a su ingreso a estancia residencial.

		Motivo de abandono escolar por consumo de sustancias		Total
		Si	No	
Consumo de cannabis	Si	84	48	132
	No	22	46	68
Total		106	94	200

**Tabla 105.** Prueba de asociación Chi-cuadrada positiva entre consumo de cannabis y abandono de actividad escolar por consumo de sustancias en usuarios en estancia residencial en el Centro Estatal para la Atención Integral de las Adicciones.

Fuente: Funcionalidad familiar y patología dual en usuarios residenciales en Centro Estatal para la Atención Integral de las Adicciones, Hidalgo, 2015

La asociación entre la variable dependencia a cannabis y la variable inicio de actividad laboral antes de los 15 años de edad fue positiva para la prueba de asociación Chi – cuadrada ( $X^2 = 9.301$ ,  $gl = 1$ ,  $p = 0.002$ ) con una razón de momios de 1.382 y un IC 95% 1.106 – 1.726.

Existe un riesgo 1.382 veces mayor en usuarios con el diagnóstico de dependencia a cannabis de iniciar su actividad laboral antes de los 15 años de edad.

Prevalencia de global: el 87.12% de los usuarios que refirieron iniciar su actividad escolar antes de los 15 años de edad cumplió criterios diagnósticos para dependencia a cannabis a su ingreso a estancia residencial.

Prevalencia de los expuestos: 65.15% de los usuarios con criterios diagnósticos para dependencia a cannabis indicó a su ingreso a estancia residencial iniciar su actividad laboral antes de los 15 años de edad.

Prevalencia de los no expuestos: 42.64% de los usuarios sin criterios diagnósticos para dependencia a cannabis indicó a su ingreso a estancia residencial iniciar su actividad laboral antes de los 15 años de edad.

		Inicio de actividad laboral antes de los 15 años		Total
		Si	No	
Consumo de cannabis	Si	86	46	132
	No	29	39	68
Total		115	85	200

**Tabla 106.** Prueba de asociación Chi-cuadrada positiva entre consumo de cannabis e inicio de actividad laboral antes de los 15 años de edad en usuarios en estancia residencial en el Centro Estatal para la Atención Integral de las Adicciones.

Fuente: Funcionalidad familiar y patología dual en usuarios residenciales en Centro Estatal para la Atención Integral de las Adicciones, Hidalgo, 2015

La asociación entre la variable de dependencia a cannabis y la variable antecedentes penales fue positiva para la prueba de asociación Chi cuadrada ( $X^2 = 18.652$ ,  $gl = 1$ ,  $p = 0.000$ ) con una razón de momios de 1.548 y un IC 95%: 1.291 – 1.856: existe un riesgo 1.548 veces mayor en usuarios con dependencia a cannabis de indicar a su ingreso a estancia residencial antecedentes penales.

Prevalencia de global: el 53.03% de los usuarios que indicó antecedentes penales a su ingreso a estancia residencial cumplió con los criterios diagnósticos de dependencia a cannabis.

Prevalencia de los expuestos: 45.45% de los usuarios con criterios diagnósticos para dependencia a cannabis indicó a su ingreso a estancia residencial contar con antecedentes penales.

Prevalencia de los no expuestos: 14.70% de los usuarios sin criterios diagnósticos para dependencia a cannabis indicó a su ingreso a estancia residencial contar con antecedentes penales.

		Antecedentes penales		Total
		Si	No	
Consumo de cannabis	Si	60	72	132
	No	19	58	68
Total		70	130	200

**Tabla 107.** Prueba de asociación Chi-cuadrada positiva entre consumo de cannabis y presencia de antecedentes penales en usuarios en estancia residencial en el Centro Estatal para la Atención Integral de las Adicciones.

Fuente: Funcionalidad familiar y patología dual en usuarios residenciales en Centro Estatal para la Atención Integral de las Adicciones, Hidalgo, 2015

La asociación entre la variable dependencia a cannabis y la variable antecedentes penales por narcomenudeo fue positiva para la prueba de asociación Chi – cuadrada ( $X^2 = 7.913$ ,  $gl = 1$ ,  $p = 0.005$ ) con una razón de momios de 3.867 y un IC 95% 1.429 – 10.466: existe un riesgo 3.867

veces mayor en usuarios con dependencia a cannabis de indicar a su ingreso a estancia residencial antecedentes penales de narcomenudeo.

Prevalencia de global: el 27.27% de los usuarios que indicaron el antecedente penal de narcomenudeo a su ingreso, cumplió con los criterios diagnósticos de dependencia a cannabis.

Prevalencia de los expuestos: 23.48% de los usuarios con criterios diagnósticos para dependencia a cannabis indicó a su ingreso a estancia residencial contar con antecedentes penales de narcomenudeo y la prevalencia de los no expuestos: 7.35% de los usuarios con antecedentes penales de narcomenudeo no indicó dependencia a cannabis a su ingreso a estancia residencial.

		Antecedentes de narcomenudeo		Total
		Si	No	
Consumo de cannabis	Si	31	101	132
	No	5	63	68
Total		36	164	200

**Tabla 108.** Prueba de asociación Chi-cuadrada positiva entre consumo de cannabis y presencia de antecedentes penales de narcomenudeo en usuarios en estancia residencial en el Centro Estatal para la Atención Integral de las Adicciones.

Fuente: Funcionalidad familiar y patología dual en usuarios residenciales en Centro Estatal para la Atención Integral de las Adicciones, Hidalgo, 2015

La asociación entre la variable dependencia a cannabis y el estado civil separado en usuarios en estancia residencial fue positivo para la prueba de asociación Chi – cuadrada ( $X^2 = 9.162$ ,  $gl = 1$ ,  $p = 0.002$ ) con una razón de momios de 2.750 y un IC 95%: 1.365 – 5.521.

Existe un riesgo 2.750 veces mayor en usuarios con dependencia a cannabis de reportar a su ingreso el antecedentes de separación conyugal.

Prevalencia de global: el 21.96% de los usuarios que indicaron el antecedente de separación conyugal cumplió criterios diagnósticos de dependencia a cannabis.

Prevalencia de los expuestos: 9.09% de los usuarios con criterios diagnósticos para dependencia a cannabis indicó a su ingreso a estancia residencial contar con el antecedente de separación conyugal.

Prevalencia de los no expuestos: 25% de los usuarios con el antecedente separación conyugal no cumplió con los criterios diagnósticos para dependencia a cannabis a su ingreso a estancia residencial.

		Estado civil separado		Total
		Si	No	
Consumo de cannabis	Si	12	120	132
	No	17	51	68
Total		29	171	200

**Tabla 109.** Prueba de asociación Chi-cuadrada positiva entre consumo de cannabis y antecedente de separación conyugal de usuarios en estancia residencial en el Centro Estatal para la Atención Integral de las Adicciones.

Fuente: Funcionalidad familiar y patología dual en usuarios residenciales en Centro Estatal para la Atención Integral de las Adicciones, Hidalgo, 2015

- b) Usuarios en estancia residencial que cumplieron con los criterios de dependencia a cannabis y variables asociadas con el diagnóstico de dependencia a otras sustancias.

La asociación entre la variable dependencia a cannabis y dependencia alcohol en usuarios en estancia residencial fue positivo para la prueba de asociación Chi – cuadrada ( $X^2 = 9.059$ ,  $gl = 1$ ,  $p = 0.003$ ) con una razón de momios de 1.202 y un IC 95%: 1.087 – 1.329.

Existe un riesgo 1.202 veces mayor en usuarios con dependencia a cannabis de cumplir con los criterios diagnósticos de dependencia alcohol a su ingreso a estancia residencial.

Prevalencia de global: el 77.64% de los usuarios con dependencia a cannabis cumplió criterios diagnósticos para dependencia alcohol a su ingreso a estancia residencial.

Prevalencia de los expuestos: 61.76% de los usuarios con dependencia alcohol cumplió criterios para dependencia a cannabis a su ingreso a estancia residencial.

Prevalencia de los no expuestos: 90% usuarios sin el diagnóstico de dependencia alcohol cumplió criterios diagnósticos para la dependencia a cannabis a su ingreso a estancia residencial.

		Consumo de cannabis		Total
		Si	No	
Consumo de alcohol	Si	105	65	170
	No	27	3	30
Total		132	68	200

**Tabla 110.** Prueba de asociación Chi-cuadrada positiva entre consumo de cannabis y consumo de alcohol en usuarios en estancia residencial en el Centro Estatal para la Atención Integral de las Adicciones.

Fuente: Funcionalidad familiar y patología dual en usuarios residenciales en Centro Estatal para la Atención Integral de las Adicciones, Hidalgo, 2015

La asociación entre la variable dependencia a cannabis y la variable dependencia solventes en usuarios en estancia residencial fue positivo para la prueba de asociación Chi – cuadrada ( $X^2 = 21.179$ ,  $gl = 1$ ,  $p = 0.000$ ) con una razón de momios de 6.932 y un IC 95%: 2.798 – 17.177: existe un riesgo 6.932 veces mayor en usuarios con dependencia a cannabis de cumplir criterios diagnósticos de dependencia solventes volátiles a su ingreso a estancia residencial.

Prevalencia de global: el 44.69% de los usuarios con dependencia a solventes volátiles cumplió criterios diagnósticos para dependencia cannabis a su ingreso a estancia residencial.

Prevalencia de los expuestos: 40.15% de los usuarios con dependencia cannabis cumplió criterios diagnósticos para dependencia a solventes volátiles a su ingreso a estancia residencial.

Prevalencia de los no expuestos: 8.82% usuarios con dependencia a solventes volátiles no cumplió criterios diagnósticos para dependencia a cannabis a su ingreso a estancia residencial.

		Consumo de solventes		Total
		Si	No	
Consumo de cannabis	Si	53	79	132
	No	6	62	68
Total		59	141	200

**Tabla 111.** Prueba de asociación Chi-cuadrada positiva entre consumo de cannabis y consumo de alcohol en usuarios en estancia residencial en el Centro Estatal para la Atención Integral de las Adicciones.

Fuente: Funcionalidad familiar y patología dual en usuarios residenciales en Centro Estatal para la Atención Integral de las Adicciones, Hidalgo, 2015

La asociación entre la variable dependencia a cannabis y la variable dependencia simultánea a más de una sustancia (policonsumo) en usuarios en estancia residencial fue positivo para la prueba de



asociación Chi – cuadrada ( $X^2 = 77.213$ ,  $gl = 1$ ,  $p = 0.000$ ) con una razón de momios de 25.056 y un IC 95%: 10.808 – 58.032: existe un riesgo 25.056 veces mayor en usuarios con dependencia a cannabis de cumplir con los criterios diagnósticos de dependencia simultánea a más de una sustancia (policonsumo) a su ingreso a estancia residencial.

Prevalencia de global: el 89.79% de los usuarios con dependencia simultánea a más una sustancia (policonsumo) cumplió criterios diagnósticos para dependencia cannabis a su ingreso a estancia residencial.

Prevalencia de los expuestos: 83.67% de los usuarios con dependencia cannabis cumplió criterios diagnósticos para dependencia simultánea a más de una sustancia a su ingreso a estancia residencial.

Prevalencia de los no expuestos: 16.98% de los usuarios con dependencia a cannabis no cumplió criterios diagnósticos para dependencia simultánea a más de una sustancia a su ingreso a estancia residencial.

		Consumo de cannabis		Total
		Si	No	
Policonsumo de sustancias	Si	123	24	147
	No	9	44	53
Total		68	132	200

**Tabla 112.** Prueba de asociación Chi-cuadrada positiva entre consumo de cannabis y dependencia simultánea a más de una sustancia en usuarios en estancia residencial en el Centro Estatal para la Atención Integral de las Adicciones.

Fuente: Funcionalidad familiar y patología dual en usuarios residenciales en Centro Estatal para la Atención Integral de las Adicciones, Hidalgo, 2015

- c) Usuarios en estancia residencial que cumplieron con los criterios de dependencia a cannabis y variables asociadas con los antecedentes familiares.

La asociación entre la variable dependencia a cannabis y la variable antecedente de separación materna en usuarios en estancia residencial fue positivo para la prueba de asociación Chi – cuadrada ( $X^2 = 7.776$ ,  $gl = 1$ ,  $p = 0.005$ ) con una razón de momios de 2.334 y un IC 95%: 1.279 –

4.261: existe un riesgo 2.334 veces mayor en con dependencia a cannabis de reportar el antecedente de separación materna a su ingreso a estancia residencial.

Prevalencia de global: el 76.51% de los usuarios que refirieron el antecedente de separación materna cumplió criterios diagnósticos para dependencia cannabis a su ingreso a estancia residencial.

Prevalencia de los expuestos: 57.57% de los usuarios con dependencia cannabis refirió el antecedente de separación materna a su ingreso a estancia residencial.

Prevalencia de los no expuestos: 32.89% de los usuarios con el antecedente de separación materna indicado a su ingreso a estancia residencial no cumplió con los criterios diagnósticos de dependencia a cannabis.

		Estado civil materno separada		Total
		Si	No	
Consumo de cannabis	Si	76	56	132
	No	25	43	76
Total		101	99	200

**Tabla 113.** Prueba de asociación Chi-cuadrada positiva entre consumo de cannabis y antecedente de separación materna en usuarios en estancia residencial en el Centro Estatal para la Atención Integral de las Adicciones.

Fuente: Funcionalidad familiar y patología dual en usuarios residenciales en Centro Estatal para la Atención Integral de las Adicciones, Hidalgo, 2015

La asociación entre la variable dependencia a cannabis y la variable antecedente de separación paterna en usuarios en estancia residencial fue positivo para la prueba de asociación Chi – cuadrada ( $X^2 = 4.051$ ,  $gl = 1$ ,  $p = 0.044$ ) con una razón de momios de 2.334 y un IC 95%: 1.366 – 1.834.

Existe un riesgo 2.334 veces mayor en usuarios con el diagnóstico de dependencia a cannabis de reportar el antecedente de separación paterna a su ingreso.

Prevalencia de global: el 69.69% de los usuarios que refirieron el antecedente de separación paterna cumplió criterios diagnósticos para dependencia cannabis a su ingreso a estancia residencial.

Prevalencia de los expuestos: 40.90% de los usuarios con dependencia cannabis refirió el antecedente de separación paterna a su ingreso a estancia residencial.

Prevalencia de los no expuestos: 55.88% de los usuarios con el antecedente de separación paterna indicado a su ingreso a estancia residencial no cumplió con los criterios diagnósticos de dependencia a cannabis.

		Estado civil paterno separado		Total
		Si	No	
Consumo de cannabis	Si	54	78	132
	No	38	30	68
Total		92	108	200

**Tabla 114.** Prueba de asociación Chi-cuadrada positiva entre consumo de cannabis y antecedente de separación paterna en usuarios en estancia residencial en el Centro Estatal para la Atención Integral de las Adicciones.

Fuente: Funcionalidad familiar y patología dual en usuarios residenciales en Centro Estatal para la Atención Integral de las Adicciones, Hidalgo, 2015

- d) Usuarios en estancia residencial que cumplieron con los criterios de dependencia a cannabis y variables asociadas con trastornos psiquiátricos.

La asociación entre la variable dependencia a cannabis y el diagnóstico de trastorno de la conducta negativista – desafiante en usuarios en estancia residencial fue positivo para la prueba de asociación Chi – cuadrada ( $X^2 = 12.767$ ,  $gl = 1$ ,  $p = 0.000$ ) con una razón de momios de 16.434 y un IC 95% (2.197 – 123.958): existe un riesgo 12.767 veces mayor en usuarios con el diagnóstico de dependencia a cannabis de cumplir con los criterios diagnósticos de trastorno de la conducta negativista – desafiante a su ingreso a estancia residencial.

Prevalencia de global: el 20.45% de los usuarios con el diagnóstico de trastorno de la conducta negativista – desafiante cumplió criterios diagnósticos para dependencia cannabis a su ingreso a estancia residencial.

Prevalencia de los expuestos: 19.69% de los usuarios con dependencia cannabis cumplió con los criterios diagnósticos de trastorno de la conducta negativista – desafiante a su a su ingreso a estancia residencial.

Prevalencia de los no expuestos: 1.44% de los usuarios con el diagnóstico de trastorno de la conducta negativista – desafiante no cumplió con los criterios diagnósticos de dependencia a cannabis.

		Trastorno de la conducta negativista - desafiante		Total
		Si	No	
Consumo de cannabis	Si	26	106	132
	No	1	67	68
Total		27	173	200

**Tabla 115.** Prueba de asociación Chi-cuadrada positiva entre consumo de cannabis y diagnóstico de trastorno de la conducta de tipo negativista - desafiante en usuarios en estancia residencial en el Centro Estatal para la Atención Integral de las Adicciones.

Fuente: Funcionalidad familiar y patología dual en usuarios residenciales en Centro Estatal para la Atención Integral de las Adicciones, Hidalgo, 2015

La asociación entre la variable dependencia a cannabis y el diagnóstico de trastorno de la conducta disocial en usuarios en estancia residencial fue positivo para la prueba de asociación Chi – cuadrada ( $X^2 = 13.388$ ,  $gl = 1$ ,  $p = 0.000$ ) con una razón de momios de 1.211 y un IC 95% (1.120 – 1.310): existe un riesgo 1.211 veces mayor en usuarios con el diagnóstico de dependencia a cannabis de cumplir con los criterios de trastorno de la conducta disocial a su ingreso a estancia residencial.

Prevalencia de global: el 17.42% de los usuarios con dependencia a cannabis cumplió criterios diagnósticos para dependencia cannabis a su ingreso a estancia residencial.

Prevalencia de los expuestos: 17.42% de los usuarios el diagnóstico de trastorno de la conducta de tipo disocial cumplió con los criterios diagnósticos para dependencia a cannabis a su ingreso a estancia residencial.

		Trastorno de la conducta disocial		Total
		Si	No	
Consumo de cannabis	Si	23	109	132
	No	0	68	68
Total		23	177	200

**Tabla 116.** Prueba de asociación Chi-cuadrada positiva entre consumo de cannabis y diagnóstico de trastorno de la conducta de tipo disocial en usuarios en estancia residencial en el Centro Estatal para la Atención Integral de las Adicciones.

Fuente: Funcionalidad familiar y patología dual en usuarios residenciales en Centro Estatal para la Atención Integral de las Adicciones, Hidalgo, 2015

La asociación entre la variable dependencia a cannabis y el diagnóstico de cualquier trastorno de la conducta en usuarios en estancia residencial fue positivo para la prueba de asociación Chi – cuadrada ( $X^2 = 30.422$ ,  $gl = 1$ ,  $p = 0.000$ ) con una razón de momios de 39.554 y un IC 95% (5.322 – 293.986): existe un riesgo 39.554 veces mayor en usuarios con el diagnóstico de dependencia a cannabis de cumplir con los criterios diagnósticos para cualquier trastorno de la conducta a su ingreso a estancia residencial.

Prevalencia de global: el 37.87% de los usuarios con el diagnóstico de cualquier trastorno de la conducta cumplió criterios diagnósticos para dependencia cannabis a su ingreso a estancia residencial.

Prevalencia de los expuestos: 37.12% de los usuarios con dependencia cannabis cumplió con los criterios diagnósticos para cualquier trastorno de la conducta a su ingreso a estancia residencial.

Prevalencia de los no expuestos: 1.47% de los usuarios con el diagnóstico de cualquier trastorno de la conducta no cumplió con los criterios diagnósticos de dependencia a cannabis.

		Trastornos de la conducta		Total
		Si	No	
Consumo de cannabis	Si	49	83	132
	No	1	67	68
Total		50	150	200

**Tabla 117.** Prueba de asociación Chi-cuadrada positiva entre consumo de cannabis y diagnóstico de cualquier trastorno de la conducta en usuarios en estancia residencial en el Centro Estatal para la Atención Integral de las Adicciones.

Fuente: Funcionalidad familiar y patología dual en usuarios residenciales en Centro Estatal para la Atención Integral de las Adicciones, Hidalgo, 2015

La asociación entre la variable dependencia a cannabis y el establecimiento de tres diagnósticos psiquiátricos simultáneos en usuarios en estancia residencial fue positivo para la prueba de asociación Chi – cuadrada ( $X^2 = 4.725$ ,  $gl = 1$ ,  $p = 0.030$ ) con una razón de momios de 2.944 y un IC 95% (1.073 – 8.078): existe un riesgo 2.944 veces mayor en con dependencia a cannabis de cumplir con los criterios diagnóstico para tres trastornos psiquiátricos simultáneos a su ingreso a estancia residencial.

Prevalencia de global: el 22.72% de los usuarios con tres diagnósticos psiquiátricos simultáneos cumplió con los criterios para dependencia cannabis a su ingreso a estancia residencial.

Prevalencia de los expuestos: 18.93% de los usuarios con dependencia cannabis cumplió criterios diagnósticos para tres trastornos psiquiátricos a su ingreso a estancia residencial.

Prevalencia de los no expuestos: 7.35% de los usuarios con tres criterios diagnósticos psiquiátricos no cumplió con los criterios diagnósticos de dependencia a cannabis.

		Usuario con tres diagnósticos		Total
		Si	No	
Consumo de cannabis	Si	25	107	132
	No	5	63	68
Total		30	170	200

**Tabla 118.** Prueba de asociación Chi-cuadrada positiva entre consumo de cannabis y diagnóstico de tres trastornos psiquiátricos simultáneos en usuarios en estancia residencial en el Centro Estatal para la Atención Integral de las Adicciones.

Fuente: Funcionalidad familiar y patología dual en usuarios residenciales en Centro Estatal para la Atención Integral de las Adicciones, Hidalgo, 2015

- e) Usuarios en estancia residencial que cumplieron con los criterios de dependencia a cannabis y variables asociadas a trastornos de la personalidad.

La asociación entre la variable dependencia a cannabis y al variable trastorno de la personalidad esquizoide en usuarios en estancia residencial fue positivo para la prueba de asociación Chi – cuadrada ( $X^2 = 7.384$ ,  $gl = 1$ ,  $p = 0.007$ ) con una razón de momios de 2.944 y un IC 95% (1.719 – 2.526).

Existe un riesgo 2.944 veces mayor en usuarios con dependencia a cannabis de cumplir con los criterios diagnóstico de trastorno de personalidad esquizoide a su ingreso en estancia residencial.

Prevalencia de global: el 50% de los usuarios con el diagnóstico de trastorno de la personalidad de tipo esquizoide cumplió con los criterios para dependencia cannabis a su ingreso a estancia residencial.

Prevalencia de los expuestos: 26% de los usuarios con dependencia cannabis cumplió criterios diagnósticos para trastorno de la personalidad esquizoide a su ingreso a estancia residencial.

Prevalencia de los no expuestos: 45.58% de los usuarios con el diagnóstico de trastorno de la personalidad esquizoide no cumplió con los criterios diagnósticos de dependencia a cannabis.

		Trastorno esquizoide de la personalidad		Total
		Si	No	
Consumo de cannabis	Si	35	97	132
	No	31	37	68
Total		66	137	200

**Tabla 119.** Prueba de asociación Chi-cuadrada positiva entre consumo de cannabis y diagnóstico de tres trastornos psiquiátricos simultáneos en usuarios en estancia residencial en el Centro Estatal para la Atención Integral de las Adicciones.

Fuente: Funcionalidad familiar y patología dual en usuarios residenciales en Centro Estatal para la Atención Integral de las Adicciones, Hidalgo, 2015

- f) Usuarios en estancia residencial que cumplieron con los criterios de dependencia a cannabis y tratamiento psicofarmacológico a su ingreso a unidad residencial.

La asociación entre la variable dependencia a cannabis y el inicio de tratamiento con cualquier psicofármaco de tipo antipsicótico en usuarios en estancia residencial fue positivo para la prueba de asociación Chi – cuadrada ( $X^2 = 4.775$ ,  $gl = 1$ ,  $p = 0.029$ ) con una razón de momios de 2.133 y un IC 95% (1.073 – 4.241).

Existe un riesgo 2.133 veces mayor en usuarios con el diagnóstico de dependencia a cannabis de iniciar tratamiento psicofarmacológico con cualquier antipsicótico a su ingreso a estancia residencial.

Prevalencia de global: el 46.21% de los usuarios que cumplieron criterios para el inicio de tratamiento con un antipsicótico a su ingreso a estancia residencial eran dependientes a cannabis.

Prevalencia de los expuestos: 35.60% de los usuarios con dependencia cannabis cumplió criterios para iniciar tratamiento con un antipsicótico a su ingreso a estancia residencial

Prevalencia de los no expuestos: 20.58% de los usuarios que a su ingreso cumplieron con los criterios para el tratamiento con un antipsicótico no cumplió con los criterios diagnósticos de dependencia a cannabis.

		tratamiento psicofarmacológico con cualquier antipsicótico		Total
		Si	No	
Consumo de cannabis	Si	47	85	132
	No	14	54	68
Total		139	61	200

**Tabla 120.** Prueba de asociación Chi-cuadrada positiva entre consumo de cannabis e inicio de psicofarmacológico en usuarios en estancia residencial en el Centro Estatal para la Atención Integral de las Adicciones.

Fuente: Funcionalidad familiar y patología dual en usuarios residenciales en Centro Estatal para la Atención Integral de las Adicciones, Hidalgo, 2015

- g) Usuarios en estancia residencial que cumplieron con los criterios de dependencia a cannabis y funcionalidad, estructura y dinámica familiar.

La asociación entre la variable dependencia a cannabis y la variable estructura familiar monoparental en usuarios en estancia residencial fue positivo para la prueba de asociación Chi – cuadrada ( $X^2 = 4.377$ ,  $gl = 1$ ,  $p = 0.036$ ) con una razón de momios de 1.886 y un IC 95% (1.037 – 3.428).

Existe un riesgo 1.886 veces mayor en usuarios dependencia a cannabis de reportar provenir de una estructura familiar monoparental a su ingreso a estancia residencial.

Prevalencia de global: el 22.72% de los usuarios con tres diagnósticos psiquiátricos simultáneos cumplió con los criterios para dependencia cannabis a su ingreso a estancia residencial.

Prevalencia de los expuestos: 18.93% de los usuarios con dependencia cannabis cumplió criterios diagnósticos para tres trastornos psiquiátricos a su ingreso a estancia residencial.

Prevalencia de los no expuestos: 7.35% de los usuarios con tres criterios diagnósticos psiquiátricos no cumplió con los criterios diagnósticos de dependencia a cannabis.



		Familia monoparental		Total
		Si	No	
Consumo de cannabis	Si	88	44	123
	No	35	33	77
Total		132	68	200

**Tabla 121.** Prueba de asociación Chi-cuadrada positiva entre consumo de cannabis y estructura familiar monoparental en usuarios en estancia residencial en el Centro Estatal para la Atención Integral de las Adicciones.

Fuente: Funcionalidad familiar y patología dual en usuarios residenciales en Centro Estatal para la Atención Integral de las Adicciones, Hidalgo, 2015

- h) Usuarios en estancia residencial que cumplieron con los criterios de dependencia a cannabis y el establecimiento del diagnóstico de patología dual.

La asociación entre la variable dependencia a cannabis y el diagnóstico de patología dual en usuarios en estancia residencial fue positivo para la prueba de asociación Chi – cuadrada ( $X^2 = 8.361$ ,  $gl = 1$ ,  $p = 0.004$ ) con una razón de momios de 3.020 con un IC 95% (1.378 – 6.618): existe un riesgo de 3.020 veces mayor en usuarios con dependencia a cannabis de cumplir con los criterios diagnósticos de patología dual a su ingreso.

Prevalencia de global fue del 74.54% en los usuarios con dependencia a cannabis que cumplió criterios para diagnóstico de patología dual a su ingreso a estancia residencial, la prevalencia de los expuestos fue del 69.49% en usuarios con el diagnóstico dual que contaban con el diagnóstico de dependencia a cannabis.

Prevalencia de los no expuestos fue del 39.8% de los usuarios con dependencia a cannabis, pero que no cumplió con los criterios diagnósticos para el diagnóstico de patología dual a su ingreso a estancia residencia.

		Consumo de cannabis		Total
		Si	No	
Diagnóstico de patología dual	Si	123	54	177
	No	9	14	23
Total		132	60	200

**Tabla 122.** Prueba de asociación Chi-cuadrada positiva entre consumo de cannabis y diagnóstico de patología dual en estancia residencial en el Centro Estatal para la Atención Integral de las Adicciones.

Fuente: Funcionalidad familiar y patología dual en usuarios residenciales en Centro Estatal para la Atención Integral de las Adicciones, Hidalgo, 2015

- Usuarios en estancia residencial que cumplieron con los criterios de dependencia a cannabis que iniciaron su consumo antes de los 18 años, variables de interés y razón de momios.

La asociación entre la variable inicio de consumo de cannabis antes de los 18 años de edad y la variable abandono escolar antes de los 18 años fue positivo para la prueba de asociación Chi – cuadrada ( $X^2 = 8.763$ ,  $gl = 1$ ,  $p = 0.003$ ) con una razón de momios de 7.267 y un IC 95% (1.642 – 32.156)

Existe un riesgo de 7.267 veces mayor en usuarios con dependencia a cannabis que iniciaron su consumo antes de los 18 años de abandonar su actividad escolar antes de los 18 años.

Prevalencia de global: el 91.12% de los usuarios con el antecedente de abandono de actividad escolar antes de los 18 años de edad cumplió criterios diagnósticos para dependencia a cannabis a su ingreso a estancia residencial.

Prevalencia de los expuestos: 87.80% de los usuarios con dependencia a cannabis indicó abandonar su actividad escolar antes de los 18 años de edad a su ingreso a estancia residencial.

La prevalencia de los no expuestos: 50% de los usuarios con el antecedente de abandono de actividad escolar antes de los 18 años de edad no cumplió con los criterios diagnósticos para patología dual a su ingreso a estancia residencial.

		Edad de abandono escolar menor a los 18 años		Total
		Si	No	
Inicio de consumo de cannabis menor a los 18 años de edad	Si	109	15	124
	No	4	4	8
Total		113	19	132

**Tabla 123.** Prueba de asociación Chi-cuadrada positiva entre inicio de consumo de cannabis antes de los 18 años de edad y abandono de actividad escolar antes de los 18 años de edad en usuarios en estancia residencial en el Centro Estatal para la Atención Integral de las Adicciones.

Fuente: Funcionalidad familiar y patología dual en usuarios residenciales en Centro Estatal para la Atención Integral de las Adicciones, Hidalgo, 2015

- a) Usuarios en estancia residencial que cumplieron con los criterios de dependencia a cannabis que iniciaron su consumo antes de los 18 años y variables de patrón de consumo de cannabis.

La asociación entre la variable inicio de consumo de cannabis antes de los 18 años de edad y la variable patrón actual de consumo mayor a 21 cigarros de cannabis por semana fue positivo para la prueba de asociación Chi – cuadrada ( $X^2 = 6.312$ ,  $gl = 1$ ,  $p = 0.012$ ) con una razón de momios de 4.645 y un IC 95% (1.738 – 29.233): existe un riesgo de 4.645 veces mayor en usuarios con el diagnóstico de dependencia a cannabis que iniciaron su consumo antes de los 18 años de edad de presentar un patrón de consumo actual mayor de 21 cigarros de marihuana por semana a su ingreso a estancia residencial.

Prevalencia de global: el 58.87% de los usuarios con dependencia a cannabis que inició su consumo antes de los 18 años de edad, indicó un patrón actual de consumo mayor de 21 cigarros de marihuana por semana a su ingreso estancia residencial.

Prevalencia de los expuestos: 87.90% de los usuarios con dependencia a cannabis con un patrón actual de consumo de mayor a 21 cigarros de marihuana por semana indicó iniciar su consumo antes de los 18 años de edad contaban con el diagnóstico de patología dual a su a su ingreso a estancia residencial y la prevalencia de los no expuestos: 12.5% de los usuarios con dependencia a cannabis con un patrón actual de consumo mayor a 21 cigarros por semana que inició su consumo después de los 18 años de edad no cumplió criterios diagnósticos de patología dual indicó iniciar su consumo de cannabis después de los 18 años de edad a su ingreso a estancia residencia.

		Patrón final de consumo de cannabis mayor a 21 cigarros por semana		Total
		Si	No	
Inicio de consumo de cannabis menor a los 18 años	Si	72	52	124
	No	1	7	8
Total		73	59	132

**Tabla 124.** Prueba de asociación Chi-cuadrada positiva entre inicio de consumo de cannabis antes de los 18 años de edad y patrón final de consumo de cannabis mayor a 21 cigarros por semana usuarios en estancia residencial en el Centro Estatal para la Atención Integral de las Adicciones.

Fuente: Funcionalidad familiar y patología dual en usuarios residenciales en Centro Estatal para la Atención Integral de las Adicciones, Hidalgo, 2015

La asociación entre la variable inicio de consumo de cannabis antes de los 18 años de edad y la variable presencia de deseo de consumo (craving) de cannabis fue positivo para la prueba de asociación Chi – cuadrada ( $X^2 = 4.750$ ,  $gl = 1$ ,  $p = 0.029$ ) con una razón de momios de 5.267 y un IC 95% (1.020 – 27.195): existe un riesgo de 5.267 veces mayor en usuarios con el diagnóstico de dependencia a cannabis que iniciaron su consumo antes de los 18 años de edad de presentar deseo de consumo (craving) a su ingreso a estancia residencial.

Prevalencia de global: el 62.32% de los usuarios con dependencia a cannabis que inició su consumo antes de los 18 años de edad presento deseo de consumo (craving) por cannabis a su ingreso a estancia residencial.

Prevalencia de los expuestos: 63.70% de los usuarios con síntomas de deseo de consumo (craving) por cannabis a su ingreso a estancia residencial inició su consumo antes de los 18 años de edad.

Prevalencia de los no expuestos: 25% de los usuarios con deseo de consumo (craving) por cannabis a su ingreso a estancia residencial inicio su consumo después de los 18 años de edad.

		Presencia de deseo de consumo por cannabis a su ingreso		Total
		Si	No	
Inicio de consumo de cannabis menor a los 18 años	Si	79	45	124
	No	2	6	8
Total		81	51	132

**Tabla 125.** Prueba de asociación Chi-cuadrada positiva entre inicio de consumo de cannabis antes de los 18 años de edad y presencia de síntomas de abstinencia por cannabis a su ingreso de usuarios a estancia residencial en el Centro Estatal para la Atención Integral de las Adicciones.

Fuente: Funcionalidad familiar y patología dual en usuarios residenciales en Centro Estatal para la Atención Integral de las Adicciones, Hidalgo, 2015

- b) Usuarios en estancia residencial que cumplieron con los criterios de dependencia a cannabis e iniciaron su consumo antes de los 18 años y variables de antecedente de atención en salud mental.

La asociación entre la variable inicio de consumo de cannabis antes de los 18 años de edad y la variable antecedente de atención psicológica por consumo de sustancias fue positivo para la prueba

de asociación Chi – cuadrada ( $X^2 = 4.994$ ,  $gl = 1$ ,  $p = 0.026$ ) con una razón de momios de 4.636 y un IC 95% (1.076 – 19.974): existe un riesgo de 4.636 veces mayor en usuarios el diagnóstico de dependencia a cannabis que iniciaron su consumo antes de los 18 años de referir el antecedente de atención psicológica previa por consumo de sustancias a su ingreso a estancia residencial.

Prevalencia de global: el 20.96% de los usuarios con el antecedente de atención psicológica previa a su ingreso a estancia residencial inició su consumo de cannabis antes de los 18 años de edad.

Prevalencia de los expuestos: 17.74% de los usuarios con dependencia a cannabis que inicio su consumo antes de los 18 años indicaron a su ingreso a estancia residencial el antecedente de atención psicológica por consumo de sustancias.

Prevalencia de los no expuestos: 50% de los usuarios con el antecedente de atención psicológica previa a su ingreso indicó iniciar su consumo de cannabis después de los 18 años de edad.

		Motivo de atención psicológica por consumo de sustancias		Total
		Si	No	
Inicio de consumo de cannabis menor a los 18 años	Si	102	22	124
	No	4	4	8
Total		106	26	132

**Tabla 126.** Prueba de asociación Chi-cuadrada positiva entre inicio de consumo de cannabis antes de los 18 años de edad y antecedente de atención psicológica en usuarios a estancia residencial en el Centro Estatal para la Atención Integral de las Adicciones.

Fuente: Funcionalidad familiar y patología dual en usuarios residenciales en Centro Estatal para la Atención Integral de las Adicciones, Hidalgo, 2015

- c) Usuarios en estancia residencial que cumplieron con los criterios de dependencia a cannabis que iniciaron su consumo antes de los 18 años y variables de trastornos psiquiátricos diagnosticados al ingreso a estancia residencial.

La asociación entre la variable inicio de consumo de cannabis antes de los 18 años de edad y la variable diagnóstico de trastorno distímico fue positivo para la prueba de asociación Chi – cuadrada ( $X^2 = 3.894$ ,  $gl = 1$ ,  $p = 0.048$ ) con una razón de momios de 3.871 y un IC 95% (1.432 – 24.431):

existe un riesgo de 3.871 veces mayor en usuarios con dependencia a cannabis que iniciaron su consumo antes de los 18 años de cumplir criterios diagnósticos de trastorno distímico a su ingreso a estancia residencial.

Prevalencia de global: el 49.19% de los usuarios con el diagnóstico de trastorno distímico a su ingreso a estancia residencial indicó iniciar su consumo de cannabis antes de los 18 años de edad.

Prevalencia de los expuestos: 48.38% de los con dependencia a cannabis que inicio su consumo antes de los 18 años de edad cumplió criterios diagnósticos para trastorno distímico a su ingreso a estancia.

Prevalencia de los no expuestos: 12.5% de los usuarios con el diagnóstico de trastorno distímico a su ingreso a estancia residencial indicó iniciar el consumo cannabis después de los 18 años de edad.

		Trastorno distímico		Total
		Si	No	
Inicio de consumo de cannabis menor a los 18 años	Si	60	64	124
	No	1	7	8
Total		61	71	132

**Tabla 127.** Prueba de asociación Chi-cuadrada positiva entre inicio de consumo de cannabis antes de los 18 años de edad y el diagnóstico de trastorno distímico por medio de la MINI en usuarios a estancia residencial en el Centro Estatal para la Atención integral de las Adicciones.

Fuente: Funcionalidad familiar y patología dual en usuarios residenciales en Centro Estatal para la Atención Integral de las Adicciones, Hidalgo, 2015

La asociación entre la variable inicio de consumo de cannabis antes de los 18 años de edad y el establecimiento de cualquier diagnóstico de trastorno psiquiátrico fue positivo para la prueba de asociación Chi – cuadrada ( $X^2 = 13.818$ ,  $gl = 1$ ,  $p = 0.000$ ) con una razón de momios de 2.323 y un IC 95% (1.947 – 5.696).

Existe un riesgo de 2.323 veces mayor en usuarios con dependencia a cannabis que iniciaron su consumo antes de los 18 años de cursar cualquier diagnóstico psiquiátrico a su ingreso a estancia residencial.

Prevalencia de global: el 89.51% de los usuarios con criterios diagnósticos para cualquier trastorno psiquiátrico a su ingreso a estancia residencial indicó iniciar su consumo de cannabis antes de los 18 años de edad.

Prevalencia de los expuestos: el 87.09% de los usuarios con dependencia a cannabis que inicio su consumo antes de los 18 años de edad cumplió criterios diagnósticos para cualquier trastorno psiquiátrico a su ingreso a estancia residencial.

Prevalencia de los no expuestos: 37.5% de los usuarios con criterios diagnósticos para cualquier trastorno psiquiátrico a su ingreso a estancia residencial indicó iniciar el consumo cannabis después de los 18 años de edad.

		Usuario con diagnóstico psiquiátrico		Total
		Si	No	
Inicio de consumo de cannabis menor a los 18 años	Si	108	16	124
	No	3	5	8
Total		111	21	132

**Tabla 128.** Prueba de asociación Chi-cuadrada positiva entre inicio de consumo de cannabis antes de los 18 años de edad y el establecimiento de cualquier trastorno psiquiátrico por medio de la MINI en usuarios a estancia residencial en el Centro Estatal para la Atención Integral de las Adicciones.

Fuente: Funcionalidad familiar y patología dual en usuarios residenciales en Centro Estatal para la Atención Integral de las Adicciones, Hidalgo, 2015

La asociación entre la variable inicio de consumo de cannabis antes de los 18 años de edad y el inicio de tratamiento psicofarmacológico a su ingreso fue positivo para la prueba de asociación Chi – cuadrada ( $X^2 = 4.304$ ,  $gl = 1$ ,  $p = 0.038$ ) con una razón de momios de 4.915 y un IC 95% (1.953 – 25.360): existe un riesgo de 4.915 veces mayor en usuarios con dependencia a cannabis que iniciaron su consumo antes de los 18 años de cumplir los criterios para iniciar tratamiento psicofarmacológico a ingreso a estancia residencial.

Prevalencia de global: el 63.70% de los usuarios con criterios diagnósticos para iniciar tratamiento psicofarmacológico a su ingreso a estancia residencial indicó iniciar su consumo de cannabis antes de los 18 años de edad.

Prevalencia de los expuestos: el 62.09% de los usuarios con dependencia a cannabis que inicio su consumo antes de los 18 años de edad cumplió criterios diagnósticos para iniciar tratamiento psicofarmacológico a su ingreso a estancia residencial.

Prevalencia de los no expuestos: 33.33% de los usuarios con criterios diagnósticos para iniciar tratamiento farmacológico a su ingreso a estancia residencial indicó a su ingreso a estancia residencial indicó iniciar el consumo cannabis después de los 18 años de edad.

		Tratamiento psicofarmacológico en estancia residencial		Total
		Si	No	
Inicio de consumo de cannabis menor a los 18 años	Si	77	47	124
	No	2	6	8
Total		79	53	132

**Tabla 129.** Prueba de asociación Chi-cuadrada positiva entre inicio de consumo de cannabis antes de los 18 años de edad e inicio de tratamiento psicofarmacológico a su ingreso en usuarios a estancia residencial en el Centro Estatal para la Atención Integral de las Adicciones.

Fuente: Funcionalidad familiar y patología dual en usuarios residenciales en Centro Estatal para la Atención Integral de las Adicciones, Hidalgo, 2015

- d) Usuarios en estancia residencial que cumplieron con los criterios de dependencia a cannabis que iniciaron su consumo antes de los 18 años y variables asociadas a funcionalidad, estructura y dinámica familiar.

La asociación entre la variable inicio de consumo de cannabis antes de los 18 años de edad y el diagnóstico de cohesión familiar semirelacionada fue positivo para la prueba de asociación Chi – cuadrada ( $X^2 = 6.978$ ,  $gl = 1$ ,  $p = 0.008$ ) con una razón de momios de 7.054 y un IC 95% (1.360 – 36.580): existe un riesgo de 7.545 veces mayor en usuarios con el diagnóstico de dependencia a cannabis que iniciaron su consumo antes de los 18 años de cursar con el diagnóstico de cohesión familiar semirelacionada por medio del FACE III a su ingreso en estancia residencial.

Prevalencia de global: el 34.67% de los usuarios con criterios diagnósticos del FACES III para cohesión familiar semirelacionada a su ingreso a estancia residencial inició su consumo de cannabis antes de los 18 años de edad.



Prevalencia de los expuestos: el 29.83% de los usuarios con dependencia a cannabis que inicio su consumo antes de los 18 años de edad cumplió criterios diagnósticos del FACES III para el diagnóstico de cohesión familiar semirelacionada a su ingreso a estancia residencial.

Prevalencia de los no expuestos: 75% de los usuarios con criterios diagnósticos del FACES III para cohesión familiar semirelacionada a su ingreso a estancia residencial indicó iniciar su consumo de cannabis después de los 18 años de edad.

		Cohesión familiar semirelacionada		Total
		Si	No	
Inicio de consumo de cannabis menor a los 18 años	Si	87	37	124
	No	2	6	8
Total		89	43	132

**Tabla 130.** Prueba de asociación Chi-cuadrada positiva entre inicio de consumo de cannabis antes de los 18 años de edad y diagnóstico de cohesión familiar semirelacionada por medio del FACES III en usuarios a estancia residencial en el Centro Estatal para la Atención Integral de las Adicciones.

Fuente: Funcionalidad familiar y patología dual en usuarios residenciales en Centro Estatal para la Atención Integral de las Adicciones, Hidalgo, 2015

La asociación entre la variable inicio de consumo de cannabis antes de los 18 años de edad y el diagnóstico de cohesión familiar no relacionada fue positivo para la prueba de asociación Chi – cuadrada ( $X^2 = 3.894$ ,  $gl = 1$ ,  $p = 0.048$ ) con una razón de momios de 3.871 y un IC 95% (1.613 – 24.431).

Existe un riesgo de 7.045 veces mayor en usuarios con dependencia a cannabis que iniciaron su consumo antes de los 18 años de cumplir criterios del FACE III para el diagnóstico de cohesión familiar no relacionada a ingreso a estancia residencial.

Prevalencia de global: el 49.19% de los usuarios con criterios diagnósticos del FACES III para cohesión familiar no relacionada a su ingreso a estancia residencial inició su consumo de cannabis antes de los 18 años de edad.

Prevalencia de los expuestos: el 48.38% de los usuarios con dependencia a cannabis que inicio su consumo antes de los 18 años de edad cumplió criterios diagnósticos del FACES III para el diagnóstico de cohesión familiar no relacionada a su ingreso a estancia residencial.

Prevalencia de los no expuestos: 16.66% de los usuarios con criterios diagnósticos del FACES III para cohesión familiar no relacionada a su ingreso a estancia residencial indicó iniciar su consumo de cannabis después de los 18 años de edad.

		Cohesión familiar no relacionada		Total
		Si	No	
Inicio de consumo de cannabis menor a los 18 años	Si	60	64	124
	No	1	7	8
Total		61	71	132

**Tabla 131.** Prueba de asociación Chi-cuadrada positiva entre inicio de consumo de cannabis antes de los 18 años de edad y diagnóstico de cohesión familiar no relacionada por medio del FACES III en usuarios a estancia residencial.

Fuente: Funcionalidad familiar y patología dual en usuarios residenciales en Centro Estatal para la Atención Integral de las Adicciones, Hidalgo, 2015

La asociación entre la variable inicio de consumo de cannabis antes de los 18 años de edad y el diagnóstico de crisis familiar fue positivo para la prueba de asociación Chi – cuadrada ( $X^2 = 8.762$ ,  $gl = 1$ ,  $p = 0.003$ ) con una razón de momios de 1.758 con un IC 95% (1.877 – 3.526).

Existe un riesgo de 1.758 veces mayor en usuarios con dependencia a cannabis que iniciaron su consumo antes de los 18 años de presentar el diagnóstico de crisis familiar a ingreso en estancia residencial.

Prevalencia de global: el 91.12% de los usuarios con criterios diagnósticos para crisis familiar por medio de la escala de Holmes a su ingreso a estancia residencial inició su consumo de cannabis antes de los 18 años de edad.

Prevalencia de los expuestos: el 87.90% de los usuarios con dependencia a cannabis que inicio su consumo antes de los 18 años de edad cumplió criterios diagnósticos para crisis familiar por medio de la escala de Holmes a su ingreso a estancia residencial.

Prevalencia de los no expuestos: 50% de los usuarios con criterios diagnósticos para crisis familiar por medio de la escala de Holmes a su ingreso a estancia residencial indicó iniciar su consumo de cannabis después de los 18 años de edad.

		Familia en crisis al ingreso de usuario		Total
		Si	No	
Inicio de consumo de cannabis menor a los 18 años	Si	109	15	124
	No	4	4	8
Total		113	19	132

**Tabla 132.** Prueba de asociación Chi-cuadrada positiva entre inicio de consumo de cannabis antes de los 18 años de edad y diagnóstico de crisis familiar por medio de la Escala de Eventos Críticos de Holmes en usuarios a estancia residencial en el Centro Estatal para la Atención Integral para las Adicciones.

Fuente: Funcionalidad familiar y patología dual en usuarios residenciales en Centro Estatal para la Atención Integral de las Adicciones, Hidalgo, 2015

La asociación entre la variable inicio de consumo de cannabis antes de los 18 años de edad y el diagnóstico de crisis familiar grave fue positivo para la prueba de asociación Chi – cuadrada ( $X^2 = 5.616$ ,  $gl = 1$ ,  $p = 0.018$ ) con una razón de momios de 4.452 y un IC 95% (1.707 – 28.033).

Existe un riesgo de 4.452 veces mayor en usuarios con dependencia a cannabis que iniciaron su consumo antes de los 18 años de cursar con el diagnóstico de crisis familiar grave por medio de la escala de Holmes a ingreso a estancia residencial.

Prevalencia de global: el 56.45% de los usuarios con criterios diagnósticos para crisis familiar grave por medio de la escala de Holmes a su ingreso a estancia residencial inició su consumo de cannabis antes de los 18 años de edad.

Prevalencia de los expuestos: el 55.64% de los usuarios con dependencia a cannabis que inicio su consumo antes de los 18 años de edad cumplió criterios diagnósticos para crisis familiar grave por medio de la escala de Holmes a su ingreso a estancia residencial.

Prevalencia de los no expuestos: 14.28% de los usuarios con criterios diagnósticos para crisis familiar grave por medio de la escala de Holmes a su ingreso a estancia residencial indicó iniciar su consumo de cannabis después de los 18 años de edad.

		Crisis familiar grave		Total
		Si	No	
Inicio de consumo de cannabis menor a los 18 años	Si	69	55	124
	No	1	7	8
Total		70	62	132

**Tabla 133.** Prueba de asociación Chi-cuadrada positiva entre inicio de consumo de cannabis antes de los 18 años de edad y diagnóstico de crisis familiar grave por medio de la Escala de Eventos Críticos de Holmes en usuarios a estancia residencial en el Centro Estatal para la Atención Integral para las Adicciones.

Fuente: Funcionalidad familiar y patología dual en usuarios residenciales en Centro Estatal para la Atención Integral de las Adicciones, Hidalgo, 2015

La asociación entre la variable inicio de consumo de cannabis antes de los 18 años de edad y la variable familia disfuncional fue positiva para la prueba de asociación Chi – cuadrada ( $X^2 = 4.569$ ,  $gl = 1$ ,  $p = 0.033$ ) con una razón de momios de 1.629 y un IC 95% (1.811 – 3.274).

Existe un riesgo de 1.629 veces mayor en usuarios en estancia residencial con el diagnóstico de dependencia a cannabis que iniciaron su consumo antes de los 18 años de establecer el diagnóstico de familia disfuncional por medio del APGAR familiar a su ingreso a estancia residencial.

Prevalencia de global: el 84.67% de los usuarios con criterios diagnósticos del APGAR familiar para una familia disfuncional a su ingreso a estancia residencial inició su consumo de cannabis antes de los 18 años de edad.

Prevalencia de los expuestos: el 81.45% de los usuarios con dependencia a cannabis que inicio su consumo antes de los 18 años de edad cumplió criterios diagnósticos del APGAR familiar para una familia disfuncional a su ingreso a estancia residencial.

Prevalencia de los no expuestos: 50% de los usuarios con criterios diagnósticos del APGAR familiar para una familia disfuncional a su ingreso a estancia residencial indicó su consumo de cannabis después de los 18 años de edad.

		Funcionalidad familiar		Total
		Si	No	
Inicio de consumo de cannabis menor a los 18 años	Si	101	23	124
	No	4	4	8
Total		105	27	132

**Tabla 134.** Prueba de asociación Chi-cuadrada positiva entre inicio de consumo de cannabis antes de los 18 años de edad y diagnóstico familia disfuncional por medio del APGAR familiar en usuarios en estancia residencial en el Centro Estatal para la Atención Integral de las Adicciones.

Fuente: Funcionalidad familiar y patología dual en usuarios residenciales en Centro Estatal para la Atención Integral de las Adicciones, Hidalgo, 2015

- e) Usuarios en estancia residencial que cumplieron con los criterios de dependencia a cannabis que iniciaron su consumo antes de los 18 años y el diagnóstico de patología dual a su ingreso a estancia residencial.

La asociación entre la variable inicio de consumo de cannabis antes de los 18 años de edad y el diagnóstico de patología dual fue positivo para la prueba de asociación Chi – cuadrada ( $X^2 = 4.431$ ,  $gl = 1$ ,  $p = 0.035$ ) con una razón de momios de 5.571 y un IC 95% (1.946 – 32.799).

Existe un riesgo 5.571 veces mayor en usuarios con dependencia a cannabis que iniciaron su consumo antes de los 18 años de edad de cumplir criterios para el diagnóstico de patología dual a su ingreso a estancia residencial.

Prevalencia de global: el 99.67% de los usuarios con criterios diagnósticos para patología dual a su ingreso a estancia residencial inició su consumo de cannabis antes de los 18 años de edad.

Prevalencia de los expuestos: el 94.35% de los usuarios con dependencia a cannabis que inicio su consumo antes de los 18 años de edad cumplió criterios diagnósticos para patología dual a su ingreso a estancia residencial.

Prevalencia de los no expuestos: 33.33% de los usuarios con criterios diagnósticos para patología dual a su ingreso a estancia residencial indicó iniciar su consumo de cannabis después de los 18 años de edad.

		Diagnóstico de patología dual		Total
		Si	No	
Inicio de consumo de cannabis menor a los 18 años	Si	117	7	124
	No	6	2	8
Total		123	9	132

**Tabla 135.** Prueba de asociación Chi-cuadrada positiva entre inicio de consumo de cannabis antes de los 18 años de edad y diagnóstico de patología dual en usuarios en estancia residencial en el Centro Estatal para la Atención Integral de las Adicciones.

Fuente: Funcionalidad familiar y patología dual en usuarios residenciales en Centro Estatal para la Atención Integral de las Adicciones, Hidalgo, 2015

- Usuarios en estancia residencial que cumplieron con los criterios de dependencia a cannabis y patrón de consumo.
  - a) Usuarios en estancia residencial que cumplieron con los criterios de dependencia a cannabis que refirieron un periodo de tiempo de evolución de consumo mayor a 61 meses (5 años) y variables sociodemográficas de interés.

La asociación entre la variable tiempo de evolución de consumo de cannabis mayor a 61 meses (5 años) en usuarios en estancia residencial y la variable abandono de actividad escolar fue positivo para la prueba de asociación Chi – cuadrada ( $X^2 = 6.659$ ,  $gl = 1$ ,  $p = 0.010$ ) con una razón de momios de 2.853 y un IC 95% (1.261 – 6.455).

Existe un riesgo de 2.853 veces mayor en usuarios con dependencia a cannabis que refirieron una evolución de consumo de cannabis mayor a 61 meses (5 años) a su ingreso a estancia residencial abandonar la actividad escolar antes de los 18 años.

Prevalencia de global: el 32.74% de los usuarios con abandonar de actividad escolar antes de los 18 años indicó una evolución de consumo mayor a 61 meses (5 años) a su ingreso a estancia residencial.

Prevalencia de los expuestos: el 23.89% de los usuarios con dependencia a cannabis con una evolución de consumo mayor a 61 meses (5 años) a su ingreso a estancia residencial indicó abandonar su actividad escolar antes de los 18 años de edad.

Prevalencia de los no expuestos: 52.63% de los usuarios con abandono de actividad escolar antes de los 18 años de edad indicó una evolución de consumo de cannabis menor a 61 meses (5 años) a su ingreso a estancia residencial.

		Tiempo de consumo de cannabis mayor a 61 meses (5 años)		Total
		Si	No	
Edad de abandono escolar menor a los 18 años	Si	27	86	113
	No	10	9	19
Total		37	95	132

**Tabla 136.** Prueba de asociación Chi-cuadrada positiva entre tiempo de consumo de cannabis mayor a 61 meses y abandono de actividad escolar antes de los 18 años en usuarios en estancia residencial en el Centro Estatal para la Atención Integral de las Adicciones.

Fuente: Funcionalidad familiar y patología dual en usuarios residenciales en Centro Estatal para la Atención Integral de las Adicciones, Hidalgo, 2015

La asociación entre la variable evolución de consumo de cannabis mayor a 61 meses (5 años) en usuarios en estancia residencial y el antecedente de estancia en anexo previo a su ingreso fue positivo para la prueba de asociación Chi – cuadrada ( $X^2 = 6.316$ ,  $gl = 1$ ,  $p = 0.012$ ) con una razón de momios de 3.231 y un IC 95% (1.256 – 8.307): existe un riesgo 3.231 veces mayor en usuarios con dependencia a cannabis que refirieron una evolución de consumo mayor a 61 meses (5 años) de indicar el antecedente de internamiento previo en un anexo a su ingreso a estancia residencial.

Prevalencia de global: el 59.45% de los usuarios con el antecedente de internamiento en grupo de Ayuda Mutua (anexo) indicó una evolución de consumo de cannabis mayor a 61 meses (5 años) a su ingreso a estancia residencial.

Prevalencia de los expuestos: el 29.72% de los usuarios con dependencia a cannabis con una evolución de consumo mayor a 61 meses (5 años) indicó el antecedente de internamiento en grupo de Ayuda Mutua (anexo) a su ingreso a estancia residencial.

Prevalencia de los no expuestos: 11.57% de los usuarios con el antecedente de internamiento en grupo de Ayuda Mutua (anexo) indicó una evolución de consumo de cannabis menor a 61 meses (5 años) a su ingreso a estancia residencial.

		Antecedente de estancia en anexo		Total
		Si	No	
Tiempo de consumo de cannabis mayor a 61 meses	Si	11	26	37
	No	11	84	95
Total		22	110	132

**Tabla 137.** Prueba de asociación Chi-cuadrada positiva entre tiempo de consumo de cannabis mayor a 61 meses y antecedente de estancia en Grupo de Ayuda Mutua (anexo) en usuarios en estancia residencial en el Centro Estatal para la Atención Integral de las Adicciones.

Fuente: Funcionalidad familiar y patología dual en usuarios residenciales en Centro Estatal para la Atención Integral de las Adicciones, Hidalgo, 2015

- b) Usuarios en estancia residencial que cumplieron con los criterios de dependencia a cannabis que refirieron una evolución de consumo mayor a 61 meses (5 años) y diagnóstico de dependencia a otras sustancias.

La asociación entre la variable tiempo de consumo de cannabis mayor a 61 meses (5 años) en usuarios en estancia residencial y el diagnóstico de dependencia a cocaína fue positivo para la prueba de asociación Chi – cuadrada ( $X^2 = 11.843$ ,  $gl = 1$ ,  $p = 0.001$ ) con una razón de momios de 2.568 con un IC 95% (1.509 – 4.369).

Existe un riesgo 2.568 veces mayor en usuarios con dependencia a cannabis que refirieron una evolución de consumo mayor a 61 meses (5 años) de cumplir con criterios diagnósticos de dependencia a cocaína a su ingreso a estancia residencial.

Prevalencia de global: el 97.29% de los usuarios con dependencia a cocaína indicó a su ingreso a estancia residencial una evolución de consumo de cannabis mayor a 61 meses (5 años).

Prevalencia de los expuestos: el 48.64% de los usuarios con dependencia a cannabis con una evolución de consumo mayor a 61 meses (5 años) cumplió con los criterios diagnósticos de dependencia a cocaína a su ingreso a estancia residencial.

Prevalencia de los no expuestos: 18.94% de los usuarios con dependencia a cocaína indicó a su ingreso a estancia residencial una evolución de consumo de cannabis menor a 61 meses (5 años).



		Consumo de cocaína		Total
		Si	No	
Tiempo de consumo de cannabis mayor a 61 meses	Si	18	19	37
	No	18	77	95
Total		36	96	132

**Tabla 138.** Prueba de asociación Chi-cuadrada positiva entre tiempo de consumo de cannabis mayor a 61 meses y consumo de cocaína en usuarios en estancia residencial en el Centro Estatal para la Atención Integral de las Adicciones.

Fuente: Funcionalidad familiar y patología dual en usuarios residenciales en Centro Estatal para la Atención Integral de las Adicciones, Hidalgo, 2015

La asociación entre la variable evolución de consumo de cannabis mayor a 61 meses (5 años) en usuarios en estancia residencial y el diagnóstico de dependencia simultánea a múltiples sustancias (policonsumo) fue positivo para la prueba de asociación Chi – cuadrada ( $X^2 = 3.762$ ,  $gl = 1$ ,  $p = 0.052$ ) con una razón de momios de 1.105 y un IC 95% (1.035 – 1.179): existe un riesgo 1.105 veces mayor en usuarios con dependencia a cannabis que refirieron una evolución de consumo mayor a 61 meses (5 años) de cumplir con los criterios diagnósticos de dependencia simultánea a más de una sustancia (policonsumo) a su ingreso en estancia residencial.

Prevalencia de global: el 30.08% de los usuarios con dependencia simultánea a más de una sustancia (policonsumo) indicó a su ingreso a estancia residencial una evolución de consumo de cannabis mayor a 61 meses (5 años).

Prevalencia de los expuestos: el 30.08% de los usuarios con dependencia a cannabis con una evolución de consumo mayor a 61 meses (5 años) cumplió con los criterios diagnósticos de dependencia simultánea a más de una sustancia (policonsumo) su ingreso a estancia residencial.

		Tiempo de consumo de cannabis mayor a 61 meses (5 años)		Total
		Si	No	
Policonsumo de sustancias	Si	37	86	123
	No	0	9	9
Total		37	95	132

**Tabla 139.** Prueba de asociación Chi-cuadrada positiva entre tiempo de consumo de cannabis mayor a 61 meses y dependencia simultánea a más de una sustancia (policonsumo) en usuarios en estancia residencial en el Centro Estatal para la Atención Integral de las Adicciones.

Fuente: Funcionalidad familiar y patología dual en usuarios residenciales en Centro Estatal para la Atención Integral de las Adicciones, Hidalgo, 2015

- c) Usuarios en estancia residencial que cumplieron con los criterios de dependencia a cannabis con una evolución de consumo mayor a 61 meses (5 años) y establecimiento de diagnósticos psiquiátricos a su ingreso a estancia residencial.

La asociación entre la variable tiempo de consumo mayor a 61 meses (5 años) en usuarios en estancia residencial y el diagnóstico de trastorno depresivo recurrente fue positivo para la prueba de asociación Chi – cuadrada ( $X^2 = 6.958$ ,  $gl = 1$ ,  $p = 0.008$ ) con una razón de momios de 10.270 y un IC 95% (1.187 – 88.889).

Existe un riesgo 10.270 veces mayor en usuarios con dependencia a cannabis que refirieron una evolución de consumo mayor a 61 meses (5 años) de cumplir con criterios diagnósticos de trastorno depresivo recurrente a su ingreso en estancia residencial.

Prevalencia de global: el 13.51% de los usuarios con el diagnóstico de trastorno depresivo recurrente indicó a su ingreso a estancia residencial una evolución de consumo de cannabis mayor a 61 meses (5 años).

Prevalencia de los expuestos: el 10.81% de los usuarios con dependencia a cannabis con una evolución de consumo mayor a 61 meses (5 años) cumplió con los criterios diagnósticos de trastorno depresivo recurrente a su ingreso a estancia residencial.

Prevalencia de los no expuestos: 1.05% de los usuarios con el diagnóstico de trastorno depresivo recurrente indicó a su ingreso a estancia residencial una evolución de consumo de cannabis menor a 61 meses (5 años).

		Trastorno depresivo recurrente		Total
		Si	No	
Tiempo de consumo de cannabis mayor a 61 meses	Si	4	33	37
	No	1	94	95
Total		5	127	132

**Tabla 140.** Prueba de asociación Chi-cuadrada positiva entre tiempo de consumo de cannabis mayor a 61 meses y diagnóstico de trastorno depresivo recurrente por medio del MINI en usuarios en estancia residencial en el Centro Estatal para la Atención Integral de las Adicciones.

Fuente: Funcionalidad familiar y patología dual en usuarios residenciales en Centro Estatal para la Atención Integral de las Adicciones, Hidalgo, 2015

- d) Usuarios en estancia residencial que cumplieron con los criterios de dependencia a cannabis que refirieron un periodo de tiempo de consumo mayor a 61 meses (5 años) y establecimiento de diagnóstico de trastorno de la personalidad a su ingreso.

La asociación entre la variable tiempo de consumo de cannabis mayor a 61 meses (5 años) en usuarios en estancia residencial y el diagnóstico de trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad de tipo impulsivo fue positivo para la prueba de asociación Chi – cuadrada ( $\chi^2 = 7.613$ ,  $gl = 1$ ,  $p = 0.006$ ) con una razón de momios de 3.130 y un IC 95% (1.365 – 7.178): existe un riesgo 3.130 veces mayor en usuarios con el diagnóstico de dependencia a cannabis que refirieron una evolución de consumo mayor a 61 meses (5 años) de cumplir con los criterios diagnósticos de trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad tipo impulsivo a su ingreso a estancia residencial.

Prevalencia de global: el 60.65% de los usuarios con una evolución de consumo de cannabis mayor a 61 meses (5 años) cumplió criterios diagnósticos para el trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad tipo impulsivo a su ingreso a estancia residencial.

Prevalencia de los expuestos: el 16.39% de los usuarios con el diagnóstico de trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad tipo limite indicó una evolución de consumo mayor a 61 meses (5 años) a su ingreso a estancia residencial y la prevalencia de los no expuestos: 38.02% de los usuarios con una evolución de consumo de cannabis menor a 61 meses (5 años) cumplió criterios diagnósticos para trastornos de inestabilidad emocional de la personalidad tipo impulsivo a su ingreso a estancia residencial.

		Tiempo de consumo de cannabis mayor a 61 meses (5 años)		Total
		Si	No	
Trastorno de la inestabilidad emocional tipo impulsivo	Si	10	51	61
	No	27	44	71
Total		37	95	132

**Tabla 141.** Prueba de asociación Chi-cuadrada positiva entre tiempo de consumo de cannabis mayor a 61 meses y diagnóstico de trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad tipo impulsivo en usuarios en estancia residencial en el Centro Estatal para la Atención Integral de las Adicciones.

Fuente: Funcionalidad familiar y patología dual en usuarios residenciales en Centro Estatal para la Atención Integral de las Adicciones, Hidalgo, 2015

La asociación entre la variable tiempo de consumo de cannabis mayor a 61 meses (5 años) en usuarios en estancia residencial y el diagnóstico de trastorno anacástico de la personalidad fue positivo para la prueba de asociación Chi – cuadrada ( $X^2 = 4.609$ ,  $gl = 1$ ,  $p = 0.032$ ) con una razón de momios de 2.173 y un IC 95% (1.071 – 4.408): existe un riesgo 2.173 veces mayor de que los usuarios con dependencia a cannabis que refirieron una evolución de consumo mayor a 61 meses (5 años) de cumplir con los criterios diagnósticos de trastorno de la personalidad de tipo anacástico a su ingreso a estancia residencial.

Prevalencia de global: el 35.13% de los usuarios con una evolución de consumo de cannabis mayor a 61 meses (5 años) cumplió criterios diagnósticos para el trastorno anacástico de la personalidad a su ingreso a estancia residencial.

Prevalencia de los expuestos: el 29.72% de los usuarios con el diagnóstico de trastorno anacástico de la personalidad indicó una evolución de consumo mayor a 61 meses (5 años) a su ingreso a estancia residencial.

Prevalencia de los no expuestos: 13.68% de los usuarios con una evolución de consumo de cannabis menor a 61 meses (5 años) cumplió criterios diagnósticos para trastornos anacástico de la personalidad a su ingreso a estancia residencial.

		Tiempo de consumo de cannabis mayor a 61 meses (5 años)		Total
		Si	No	
Trastorno anacástico de la personalidad	Si	11	26	37
	No	13	82	95
Total		24	108	132

**Tabla 142.** Prueba de asociación Chi-cuadrada positiva entre tiempo de consumo de cannabis mayor a 61 meses y diagnóstico de trastorno anacástico de la personalidad en usuarios en estancia residencial en el Centro Estatal para la Atención Integral de las Adicciones.

Fuente: Funcionalidad familiar y patología dual en usuarios residenciales en Centro Estatal para la Atención Integral de las Adicciones, Hidalgo, 2015

La asociación entre la variable tiempo de consumo de cannabis mayor a 61 meses (5 años) en usuarios en estancia residencial y el diagnóstico de trastorno ansioso de la personalidad fue positivo para la prueba de asociación Chi – cuadrada ( $X^2 = 43.927$ ,  $gl = 1$ ,  $p = 0.048$ ) con una razón de

momios de 2.219 y un IC 95% (1.000 – 4.926): existe un riesgo 2.219 veces mayor en usuarios con dependencia a cannabis que refirieron una evolución de consumo mayor a 61 meses (5 años) de cumplir con los criterios diagnósticos de trastorno de la personalidad de tipo ansioso su ingreso a estancia residencial.

Prevalencia de global: el 40.98% de los usuarios con una evolución de consumo de cannabis mayor a 61 meses (5 años) cumplió criterios diagnósticos para el trastorno ansioso a su ingreso a estancia residencial.

La prevalencia de los expuestos: el 19.67% de los usuarios con el diagnóstico de trastorno ansioso de la personalidad indicó una evolución de consumo mayor a 61 meses (5 años) a su ingreso a estancia residencial.

Prevalencia de los no expuestos: 35.21% de los usuarios con una evolución de consumo de cannabis menor a 61 meses (5 años) cumplió criterios diagnósticos para trastornos ansiedad de la personalidad a estancia residencial.

		Tiempo de consumo de cannabis mayor a 61 meses (5 años)		Total
		Si	No	
Trastorno de ansiosos de la personalidad	Si	12	49	61
	No	25	46	71
Total		37	95	132

**Tabla 143.** Prueba de asociación Chi-cuadrada positiva entre tiempo de consumo de cannabis mayor a 61 meses y diagnóstico de trastorno ansioso de la personalidad en usuarios en estancia residencial en el Centro Estatal para la Atención Integral de las Adicciones.

Fuente: Funcionalidad familiar y patología dual en usuarios residenciales en Centro Estatal para la Atención Integral de las Adicciones, Hidalgo, 2015

- e) Usuarios en estancia residencial que cumplieron con los criterios de dependencia a cannabis que refirieron un periodo de tiempo de consumo mayor a 61 meses (5 años) y establecimiento de diagnóstico de patología dual a su ingreso.

La asociación entre la variable tiempo de consumo de cannabis mayor a 61 meses (5 años) en usuarios en estancia residencial y el diagnóstico de patología dual fue positivo para la prueba de asociación Chi – cuadrada ( $X^2 = 3.627$ ,  $gl = 1$ ,  $p = 0.057$ ) con una razón de momios de 3.209 y un IC 95% (1.912 – 11.300): existe un riesgo 3.209 veces mayor en usuarios con dependencia a cannabis que refirieron una evolución de consumo mayor a 61 meses (5 años) de cumplir con criterios diagnósticos para patología dual su ingreso en estancia residencial.

Prevalencia de global: el 30.08% de los usuarios con una evolución de consumo de cannabis mayor a 61 meses (5 años) cumplió criterios diagnósticos para patología dual a su ingreso a estancia residencial.

Prevalencia de los expuestos: el 26.01% de los usuarios con el diagnóstico de patología dual indicó una evolución de consumo mayor a 61 meses (5 años) a su ingreso a estancia residencial y la prevalencia de los no expuestos: 55.55% de los usuarios con una evolución de consumo de cannabis menor a 61 meses (5 años) cumplió criterios diagnósticos para patología dual a su ingreso a estancia residencial.

		Tiempo de consumo de cannabis mayor a 61 meses		Total
		Si	No	
Diagnóstico de patología dual	Si	32	91	123
	No	5	4	9
Total		37	9	132

**Tabla 144.** Prueba de asociación Chi-cuadrada positiva entre tiempo de consumo de cannabis mayor a 61 meses y diagnóstico patología dual en usuarios en estancia residencial en el Centro Estadal para la Atención Integral de las Adicciones.

Fuente: Funcionalidad familiar y patología dual en usuarios residenciales en Centro Estadal para la Atención Integral de las Adicciones, Hidalgo, 2015

- f) Usuarios en estancia residencial que cumplieron con los criterios de dependencia a cannabis que refirieron un patrón inicial de consumo mayor a 5 cigarros de cannabis por semana y variables sociodemográficas de interés.

La asociación entre la variable patrón inicial de consumo mayor a 5 cigarros de cannabis por semana y el antecedente de narcomenudeo fue positivo para la prueba de asociación Chi – cuadrada ( $X^2 = 5.860$ ,  $gl = 1$ ,  $p = 0.017$ ) con una razón de momios de 2.704 y un IC 95% (1.175 – 6.225):

existe un riesgo 2.704 veces mayor en usuarios con dependencia a cannabis que reportaron un patrón inicial de consumo mayor de 5 cigarros por semana de indicar el antecedente de narcomenudeo a su ingreso a estancia residencial.

Prevalencia de global: el 75.60% de los usuarios con el antecedente de narcomenudeo indicó un patrón inicial consumo de cannabis mayor de 5 cigarros por semana a su ingreso a estancia residencial.

Prevalencia de los expuestos: el 36.58% de los usuarios con dependencia a cannabis con un patrón inicial de consumo mayor a 5 cigarros por semana indicó presencia de antecedentes penales a su ingreso a estancia residencial.

Prevalencia de los no expuestos: 17.58% de los usuarios con dependencia a cannabis con un patrón de consumo inicial menor a 5 cigarros por semana indicó presencia de antecedentes penales a su ingreso a estancia residencial.

		Penales Narcomenudeo		Total
		Si	No	
Patrón inicial de consumo mayor a 5 cigarros por semana	Si	15	26	41
	No	16	75	91
Total		31	101	132

**Tabla 145.** Prueba de asociación Chi-cuadrada positiva entre patrón inicial de consumo mayor a 5 cigarros por semana y antecedentes penales de narcomenudeo en el Centro Estatal para la Atención Integral de las Adicciones.

Fuente: Funcionalidad familiar y patología dual en usuarios residenciales en Centro Estatal para la Atención Integral de las Adicciones, Hidalgo, 2015

- g) Usuarios en estancia residencial que cumplieron con los criterios de dependencia a cannabis que refirieron un patrón inicial de consumo mayor a 5 cigarros de cannabis por semana y criterios de dependencia a otras sustancias.

La asociación entre la variable patrón inicial de consumo de cannabis mayor a 5 cigarros por semana y el diagnóstico de dependencia a cocaína fue positivo para la prueba de asociación Chi – cuadrada ( $X^2 = 6.038$ , gl = 1, p = 0.014) con una razón de momios de 2.684 y un IC 95% (1.205 – 5.980): existe un riesgo 2.684 veces mayor en usuarios con dependencia a cannabis que refirieron

un patrón inicial de consumo mayor de 5 cigarros por semana de cumplir con criterios diagnósticos de dependencia a cocaína a su ingreso a estancia residencial.

Prevalencia de global: el 87.80% de los usuarios con dependencia a cocaína indicó un patrón inicial de consumo de cannabis mayor de 5 cigarros por semana a su ingreso a estancia residencial.

Prevalencia de los expuestos: el 41.46% de los usuarios con dependencia a cannabis con un patrón inicial de consumo mayor a 5 cigarros de cannabis por semana cumplió con los criterios de dependencia a cocaína a su ingreso a estancia residencial.

Prevalencia de los no expuestos: 20.87% de los usuarios con dependencia a cannabis con un patrón de consumo inicial menor a 5 cigarros de cannabis por semana cumplió criterios para dependencia a cocaína a su ingreso a estancia residencial.

		Consumo de cocaína		Total
		Si	No	
Patrón inicial de consumo mayor a 5 cigarros por semana	Si	17	24	41
	No	19	72	91
Total		36	96	132

**Tabla 146.** Prueba de asociación Chi-cuadrada positiva entre patrón inicial de consumo mayor a 5 cigarros por semana y dependencia a cocaína en usuarios en estancia residencial en el Centro Estatal para la Atención Integral de las Adicciones.

Fuente: Funcionalidad familiar y patología dual en usuarios residenciales en Centro Estatal para la Atención Integral de las Adicciones, Hidalgo, 2015

La asociación entre la variable patrón inicial de consumo de cannabis mayor a 5 cigarros de cannabis por semana y el diagnóstico de dependencia a benzodiazepinas fue positivo para la prueba de asociación Chi – cuadrada ( $X^2 = 5.813$ ,  $gl = 1$ ,  $p = 0.016$ ) con una razón de momios de 9.730 y un IC 95% (1.052 – 89.987).

Existe un riesgo 9.730 veces mayor en usuarios con dependencia a cannabis que reportaron un patrón inicial de consumo mayor de 5 cigarros por semana de cumplir con criterios diagnósticos de dependencia a benzodiazepinas a su ingreso.



Prevalencia de global: el 12.91% de los usuarios con dependencia a benzodiazepinas indicó un patrón inicial de consumo de cannabis mayor de 5 cigarros de cannabis por semana a su ingreso a estancia residencial.

Prevalencia de los expuestos: el 9.47% de los usuarios con dependencia a cannabis con un patrón inicial de consumo mayor a 5 cigarros por semana cumplió con los criterios de dependencia benzodiazepinas a su ingreso a estancia residencial.

Prevalencia de los no expuestos: 1.09 % de los usuarios con dependencia a benzodiazepinas indicó un patrón de consumo inicial menor a 5 cigarros por semana cumplió criterios para dependencia a cocaína a su ingreso a estancia residencial.

		Consumo de benzodiazepinas		Total
		Si	No	
Patrón inicial de consumo mayor a 5 cigarros por semana	Si	4	37	41
	No	1	90	911
Total		5	127	132

**Tabla 147.** Prueba de asociación Chi-cuadrada positiva entre patrón inicial de consumo mayor a 5 cigarros por semana y dependencia a benzodiazepinas en usuarios en estancia residencial en el Centro Estatal para la Atención Integral de las Adicciones.

Fuente: Funcionalidad familiar y patología dual en usuarios residenciales en Centro Estatal para la Atención Integral de las Adicciones, Hidalgo, 2015

- h) Usuarios en estancia residencial que cumplieron con los criterios de dependencia a cannabis que refirieron un patrón inicial de consumo mayor a 5 cigarros de cannabis por semana y trastornos psiquiátricos detectados a su ingreso.

La asociación entre la variable patrón inicial de consumo mayor a 5 cigarros de cannabis por semana y el establecimiento de dos diagnósticos psiquiátricos simultáneos fue positivo para la prueba de asociación Chi – cuadrada ( $X^2 = 7.110$ ,  $gl = 1$ ,  $p = 0.008$ ) con una razón de momios de 2.816 con un IC 95% (1.299 – 6.103)

Existe un riesgo 2.816 veces mayor en usuarios con dependencia a cannabis que reportaron un patrón inicial de consumo mayor de 5 cigarros de cannabis de cumplir con los criterios para dos trastornos psiquiátricos simultáneos a su ingreso a estancia residencial.

Prevalencia de global: el 95.34% de los usuarios con dependencia a cannabis que refirió un patrón inicial de consumo de cannabis mayor de 5 cigarros por semana cumplió con los criterios diagnósticos para dos trastornos psiquiátricos simultáneos a su ingreso a estancia residencial.

Prevalencia de los expuestos: el 46.51% de los usuarios que cumplieron con los criterios diagnósticos para dos trastornos psiquiátricos simultáneos indicó un patrón inicial de consumo mayor a 5 cigarros de cannabis por semana a su ingreso a estancia residencial.

Prevalencia de los no expuestos: 23.59% de los usuarios con dependencia a cannabis un patrón de consumo inicial menor a 5 cigarros por semana cumplió criterios diagnósticos para dos trastornos psiquiátricos simultáneos a su ingreso a estancia residencial.

		Patrón inicial de consumo mayor a 5 cigarros por semana		Total
		Si	No	
Usuario con dos trastornos psiquiátricos	Si	20	23	43
	No	21	68	89
Total		41	91	132

**Tabla 148.** Prueba de asociación Chi-cuadrada positiva entre patrón inicial de consumo mayor a 5 cigarros por semana y establecimiento de dos trastornos psiquiátricos simultáneos por medio de la MINI en usuarios en estancia residencial en el Centro Estatal para la Atención Integral de las Adicciones.

Fuente: Funcionalidad familiar y patología dual en usuarios residenciales en Centro Estatal para la Atención Integral de las Adicciones, Hidalgo, 2015

- i) Usuarios en estancia residencial que cumplieron con los criterios de dependencia a cannabis que refirieron un patrón inicial de consumo mayor a 5 cigarros de cannabis por semana y funcionalidad, estructura y dinámica familiar.

La asociación entre la variable patrón inicial de consumo de cannabis mayor a 5 cigarros de cannabis por semana y la variable funcionalidad familiar fue positiva para la prueba de asociación Chi – cuadrada ( $X^2 = 8.869$ ,  $gl = 1$ ,  $p = 0.003$ ) con una razón de momios de 7.389 y un IC 95% (1.659 – 32.895): existe un riesgo 7.389 veces mayor en usuarios con dependencia a cannabis de con patrón inicial de consumo mayor de 5 cigarros por semana de cumplir los criterios del APGAR familiar para el diagnóstico de familia disfuncional.

Prevalencia de global: el 29.67% de los usuarios con criterios diagnósticos por medio del APGAR familiar para familia disfuncional dependencia indicó un patrón inicial de consumo de cannabis mayor de 5 cigarros por semana a su ingreso a estancia residencial.

Prevalencia de los expuestos: el 27.47% de los usuarios con dependencia a cannabis con un patrón inicial de consumo mayor a 5 cigarros por semana cumplió con los criterios diagnósticos del APGAR familiar de familia disfuncional su ingreso a estancia residencial.

Prevalencia de los no expuestos: 4.41% de los usuarios con criterios diagnósticos por medio del APGAR familiar para familia disfuncional indicó un patrón de consumo inicial de cannabis menor a 5 cigarros por semana cumplió criterios diagnósticos para dos trastornos psiquiátricos simultáneos a su ingreso a estancia residencial.

		Familia disfuncional		Total
		Si	No	
Patrón inicial de consumo mayor a 5 cigarros por semana	Si	25	66	91
	No	2	39	41
Total		27	105	132

**Tabla 149.** Prueba de asociación Chi-cuadrada positiva entre patrón inicial de consumo mayor a 5 cigarros por semana y diagnóstico de familia disfuncional por medio del APGAR familiar en usuarios en estancia residencial en el Centro Estatal para la Atención a las Adicciones.

Fuente: Funcionalidad familiar y patología dual en usuarios residenciales en Centro Estatal para la Atención Integral de las Adicciones, Hidalgo, 2015

- j) Usuarios en estancia residencial con el diagnóstico de dependencia a cannabis con un patrón actual de consumo mayor a 21 cigarros por semana a su ingreso a estancia residencial y variables asociadas al patrón de consumo de cannabis.

La asociación entre la variable patrón actual de consumo de cannabis mayor a 21 cigarros por semana en usuarios en estancia residencial y la variable inicio de consumo de cannabis antes de los 18 años de edad fue positiva para la prueba de asociación Chi – cuadrada ( $X^2 = 6.312$ ,  $gl = 1$ ,  $p = 0.012$ ) con una razón de momios de 8.661 y un IC 95% (1.096 – 68.482): existe un riesgo 8.661 veces mayor en usuarios con dependencia a cannabis con un patrón actual de consumo mayor a 21

cigarros por semana de referir iniciar el consumo de cannabis antes de los 18 años de edad a su ingreso.

Prevalencia de global: el 58.87% de los usuarios con un patrón actual de consumo mayor a 21 cigarros de cannabis por semana indicó a su ingreso a estancia residencial iniciar su consumo antes de los 18 años de edad.

Prevalencia de los expuestos: el 58.06% de los usuarios con dependencia a cannabis que indicaron iniciar su consumo antes de los 18 años de edad, refirió un patrón actual de consumo mayor a 21 cigarros por semana a su ingreso a estancia residencial.

Prevalencia de los no expuestos: 12.50% de los usuarios con un patrón actual de consumo mayor a 21 cigarros de cannabis por semana indicó iniciar su consumo después de los 18 años de edad a su ingreso a estancia residencial.

		Patrón final de consumo de cannabis mayor a 21 cigarros por semana		Total
		Si	No	
Inicio de consumo de cannabis menor a los 18 años	Si	72	52	124
	No	1	7	73
Total		73	7	132

**Tabla 150.** Prueba de asociación Chi-cuadrada positiva entre patrón inicial de consumo mayor a 5 cigarros por semana y patrón final de consumo de cannabis mayor a 21 cigarros por semana a su ingreso de usuarios en estancia residencial en el Centro Estatal para la Atención Integral de las Adicciones.

Fuente: Funcionalidad familiar y patología dual en usuarios residenciales en Centro Estatal para la Atención Integral de las Adicciones, Hidalgo, 2015

La asociación entre la variable patrón actual de consumo de cannabis mayor a 21 cigarros por semana en usuarios en estancia residencial y la variable presencia de deseo de consumo (craving) de cannabis fue positiva para la prueba de asociación Chi – cuadrada ( $X^2 = 6.710$ ,  $gl = 1$ ,  $p = 0.010$ ) con una razón de momios de 1.768 y un IC 95% (1.139 – 2.743): existe un riesgo 1.768 veces mayor en usuarios con dependencia a cannabis que refirió un patrón actual de consumo mayor a 21 cigarros por semana de presentar deseo de consumo (craving) por cannabis a su ingreso.

Prevalencia de global: el 90.12% de los usuarios con dependencia a cannabis con un patrón actual de consumo mayor a 21 cigarros por semana indicó a su ingreso a estancia residencial presencia de deseo de consumo (craving) por marihuana.

Prevalencia de los expuestos: el 64.19% de los usuarios con presencia deseo de consumo (craving) por cannabis indicó refirió un patrón actual de consumo mayor a 21 cigarros por semana a su ingreso a estancia residencial.

Prevalencia de los no expuestos: 41.17% de los usuarios con dependencia a cannabis con un patrón actual de consumo mayor a 21 cigarros de marihuana por semana no presentó deseo de consumo (craving) por cannabis a su ingreso a estancia residencial.

		Patrón final de consumo de cannabis mayor a 21 cigarros por semana		Total
		Si	No	
Presencia de síntomas de abstinencia por cannabis a su ingreso	Si	52	29	81
	No	21	30	51
Total		73	59	132

**Tabla 151.** Prueba de asociación Chi-cuadrada positiva entre patrón inicial de consumo mayor a 5 cigarros por semana y patrón final de consumo de cannabis mayor a 21 cigarros por semana a su ingreso de usuarios en estancia residencial en el Centro Estatal para la Atención Integral de las Adicciones.

Fuente: Funcionalidad familiar y patología dual en usuarios residenciales en Centro Estatal para la Atención Integral de las Adicciones, Hidalgo, 2015

- k) Usuarios en estancia residencial con el diagnóstico de dependencia a cannabis con un patrón actual de consumo mayor a 21 cigarros por semana a su ingreso y dependencia a otras sustancias.

La asociación entre la variable patrón actual de consumo de cannabis mayor a 21 cigarros por semana en usuarios en estancia residencial y la variable dependencia a solventes volátiles fue positiva para la prueba de asociación Chi – cuadrada ( $X^2 = 9.630$ ,  $gl = 1$ ,  $p = 0.002$ ) con una razón de momios de 3.185 y un IC 95% (1.513 – 6.705): existe un riesgo 3.185 veces mayor en usuarios con dependencia a cannabis que refirieron un patrón actual de consumo mayor a 21 cigarros por

semana de cumplir criterios diagnósticos para de dependencia a solventes volátiles a su ingreso a estancia residencial.

Prevalencia de global: el 72.60% de los usuarios con dependencia a solventes volátiles indicó un patrón actual de consumo mayor a 21 cigarros de cannabis por semana a su ingreso a estancia residencial.

Prevalencia de los expuestos: el 52.05% de los usuarios con dependencia a cannabis que un patrón actual de consumo mayor de 21 cigarros de marihuana por semana cumplieron criterios diagnósticos para dependencia a solventes a su ingreso a estancia residencial.

Prevalencia de los no expuestos: 25.42% de los usuarios con dependencia a solventes volátiles indicaron un patrón actual de consumo menor a 21 cigarros de cannabis por semana su ingreso a estancia residencial.

		Consumo de solventes		Total
		Si	No	
Patrón final de consumo de cannabis mayor a 21 cigarros por semana	Si	38	35	73
	No	15	44	59
Total		53	79	132

**Tabla 152.** Prueba de asociación Chi-cuadrada positiva entre patrón inicial de consumo mayor a 5 cigarros por semana y consumo de solventes volátiles en usuarios en estancia residencial en el Centro Estatal para la Atención a las Adicciones.

Fuente: Funcionalidad familiar y patología dual en usuarios residenciales en Centro Estatal para la Atención Integral de las Adicciones, Hidalgo, 2015

- Análisis cualitativo de los usuarios en estancia residencial que cumplieron con el diagnóstico de dependencia a solventes volátiles, variables de interés y razón de momios.

El 89.8% de los residentes con diagnóstico de dependencia a solventes volátiles en el momento de su ingreso a unidad residencial cumplieron con el diagnóstico de dependencia a cannabis.

El 74.5% de los residentes con diagnóstico de dependencia a solventes volátiles en el momento de su ingreso a unidad residencial cumplieron con el diagnóstico de dependencia a etanol.

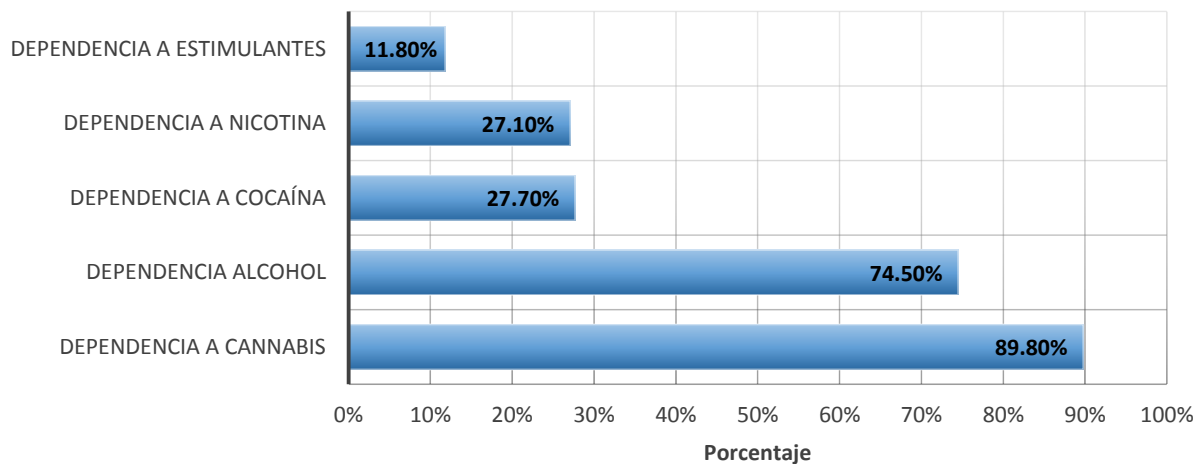
El 27.7% de los residentes con diagnóstico de dependencia a solventes volátiles en el momento de su ingreso a unidad residencial cumplieron con el diagnóstico de dependencia a cocaína.

El 27.1% de los residentes con diagnóstico de dependencia a solventes volátiles en el momento de su ingreso a unidad residencial cumplieron con el diagnóstico de dependencia a nicotina

El 11.8% de los residentes con diagnóstico de dependencia a solventes volátiles en el momento de su ingreso a unidad residencial cumplieron con el diagnóstico de dependencia a estimulantes.

El 5.08% de los residentes con diagnóstico de dependencia a solventes volátiles en el momento de su ingreso a unidad residencial cumplieron con el diagnóstico de dependencia a benzodiazepinas.

### Usuarios en estancia residencial con dependencia a solventes volátiles que cumplieron criterios para depednencia a otras sustancias



**Figura 38.** Usuarios con dependencia a solventes volátiles y su asociación con la dependencia a otras sustancias en usuario en estancia residencial en el Centro Estatal para la Atención Integral para las Adicciones.

Fuente: Funcionalidad familiar y patología dual en usuarios residenciales en Centro Estatal para la Atención Integral de las Adicciones, Hidalgo, 2015

- a) Análisis cualitativo de los usuarios en estancia residencial que cumplieron con el diagnóstico de dependencia a solventes volátiles y variables sociodemográficas de interés.

La asociación entre la variable dependencia a solventes volátiles y la variable edad de menor de 25 años fue positiva para la prueba de asociación Chi – cuadrada ( $X^2 = 10.225$ ,  $gl = 1$ ,  $p = 0.001$ ) con

una razón de momios de 2.668 con un IC 95%: 1.351 – 5.268: existe un riesgo 2.668 veces mayor con dependencia a solventes volátiles de iniciar su consumo antes de los 25 años de edad.

Prevalencia de global: el 41.84% de los usuarios con dependencia a solventes tenía una edad entre los 13 a 25 años de edad a su ingreso a estancia residencial.

Prevalencia de los expuestos: el 36.17% de los usuarios con dependencia a solventes volátiles estaba comprendido entre los 13 a 25 años de edad a su ingreso a estancia residencial.

Prevalencia de los no expuestos: 13.55% de los usuarios con dependencia a solventes volátiles tenían más de 25 años a su ingreso a estancia residencial.

		Consumo de solventes		Total
		Si	No	
Usuarios con edad comprendida entre 13 a 25 años	Si	51	90	141
	No	8	51	59
Total		59	141	200

**Figura 39.** Prueba de asociación Chi-cuadrada positiva entre edad comprendida entre los 13 a 25 años y consumo de solventes en usuarios en estancia residencial en el Centro Estatal para la Atención Integral de las Adicciones.

Fuente: Funcionalidad familiar y patología dual en usuarios residenciales en Centro Estatal para la Atención Integral de las Adicciones, Hidalgo, 2015

La asociación entre la variable dependencia a solventes volátiles y la variable escolaridad primaria fue positiva para la prueba de asociación Chi – cuadrada ( $X^2 = 8.850$ ,  $gl = 1$ ,  $p = 0.003$ ) con una razón de momios de 2.759 y un IC 95% (1.395 – 5.457): existe un riesgo 2.759 veces mayor en usuarios con dependencia a solventes volátiles de un nivel escolar primaria a su ingreso a estancia residencial.

Prevalencia de global: el 79.66% de los usuarios con el grado de escolaridad primaria cumplieron criterios diagnósticos para dependencia a solventes volátiles a su ingreso a estancia residencial.

Prevalencia de los expuestos: el 37.28% de los usuarios con dependencia a solventes volátiles indicó contar con sólo escolaridad primaria a su ingreso a estancia residencial.



Prevalencia de los no expuestos: 33.33% de los usuarios con grado de escolaridad primaria no cumplió con los criterios diagnósticos para dependencia a solventes volátiles a su ingreso a estancia residencial.

		Escolaridad primaria		Total
		Si	No	
Consumo de solventes	Si	22	37	59
	No	25	116	141
Total		47	153	200

**Tabla 153.** Prueba de asociación Chi-cuadrada positiva consumo de solventes y escolaridad primaria en usuarios en estancia residencial en el Centro Estatal para la Atención Integral de las Adicciones.

Fuente: Funcionalidad familiar y patología dual en usuarios residenciales en Centro Estatal para la Atención Integral de las Adicciones, Hidalgo, 2015

La asociación entre la variable dependencia a solventes volátiles y la variable abandono de actividad escolar por consumo de sustancias fue positiva para la prueba de asociación Chi – cuadrada ( $X^2 = 9.137$ ,  $gl = 1$ ,  $p = 0.003$ ) con una razón de momios de 2.663 y un IC 95%: (1.397 – 5.079).

Existe un riesgo 2.663 veces mayor en usuarios con dependencia a solventes volátiles de indicar el antecedente de abandono de actividad escolar secundario al consumo de solventes a su ingreso a estancia residencial.

Prevalencia de global: el 55.66% de los usuarios con dependencia a solventes volátiles indicó a su ingreso a estancia residencial abandonar la actividad escolar por consumo de sustancias.

Prevalencia de los expuestos: el 38.67% de los usuarios con el antecedente de abandono de actividad escolar por consumo de sustancias cumplió con los criterios diagnósticos de dependencia a solventes volátiles a su ingreso a estancia residencial.

Prevalencia de los no expuestos: 19.14% de los usuarios con dependencia a solventes volátiles indicó antecedente de abandono de la actividad escolar por otros motivos al consumo a su ingreso a estancia residencial.

		Consumo de solventes		Total
		Si	No	
Motivo de abandono escolar por consumo de sustancias	Si	41	65	106
	No	18	76	94
Total		59	141	200

**Tabla 154.** Prueba de asociación Chi-cuadrada positiva consumo de solventes y abandono de actividad escolar por consumo de sustancias en usuarios en estancia residencial en el Centro Estatal para la Atención Integral de las Adicciones.

Fuente: Funcionalidad familiar y patología dual en usuarios residenciales en Centro Estatal para la Atención Integral de las Adicciones, Hidalgo, 2015

La asociación entre la variable dependencia a solventes volátiles y la variable abandono de actividad escolar antes de los 18 años de edad fue positiva para la prueba de asociación Chi – cuadrada ( $X^2 = 8.935$ ,  $gl = 1$ ,  $p = 0.003$ ) con una razón de momios de 4.463 y un IC 95% (1.422 – 14.008): existe un riesgo 4.463 veces mayor en usuarios con dependencia a solventes volátiles de indicar el antecedente de abandono de actividad escolar antes de los 18 años de edad a su ingreso a estancia residencial.

Prevalencia de global: el 35.75% de los usuarios con dependencia a solventes volátiles indicó al ingreso a estancia residencial abandonar la actividad escolar antes de los 18 años de edad.

Prevalencia de los expuestos: el 33.93% de los usuarios que indicaron abandonar su actividad escolar antes de los 18 años de edad cumplió con los criterios diagnósticos de dependencia a solventes a su ingreso a estancia residencial.

Prevalencia de los no expuestos: 8.57% de los usuarios con dependencia a solventes volátiles indicó a su ingreso a estancia residencial abandonar la actividad escolar después de los 18 años de edad.

		Consumo de solventes		Total
		Si	No	
Edad de abandono escolar menor a los 18 años	Si	56	109	165
	No	3	32	35
Total		59	141	200

**Tabla 155.** Prueba de asociación Chi-cuadrada positiva consumo de solventes y abandono de actividad escolar antes de los 18 años de edad en usuarios en estancia residencial en el Centro Estatal para la Atención Integral de las Adicciones.

Fuente: Funcionalidad familiar y patología dual en usuarios residenciales en Centro Estatal para la Atención Integral de las Adicciones, Hidalgo, 2015

La asociación entre la variable dependencia a solventes volátiles y la variable inicio de actividad laboral antes de los 15 años de edad fue positiva para la prueba de asociación Chi – cuadrada ( $X^2 = 12.067$ ,  $gl = 1$ ,  $p = 0.001$ ) con una razón de momios de 2.122 y un IC 95% (1.305 – 3.450): existe un riesgo 2.122 veces mayor en usuarios con de dependencia a solventes volátiles de indicar el antecedente de inicio de actividad laboral antes de los 15 años de edad a su ingreso en estancia residencial.

Prevalencia de global: el 51.30% de los usuarios con el antecedente de inicio de actividad laboral antes de los 15 años cumplió criterios diagnósticos de dependencia a solventes a su ingreso a estancia residencial.

Prevalencia de los expuestos: el 76.27% de los usuarios con dependencia a solventes volátiles indicó el antecedente de inicio de actividad laboral antes de los 15 años de edad a su ingreso a estancia residencial.

Prevalencia de los no expuestos: 49.6% de los usuarios con dependencia a solventes volátiles indicó a su ingreso a estancia residencial iniciar actividades laborales después de los 15 años de edad.

		Inicio de actividad laboral antes de los 15 años		Total
		Si	No	
Consumo de solventes	Si	45	14	59
	No	70	71	141
Total		115	85	200

**Tabla 156.** Prueba de asociación Chi-cuadrada positiva consumo de solventes e inicio de actividad laboral antes de los 15 años de edad en usuarios en estancia residencial en el Centro Estatal para la Atención Integral de las Adicciones.

Fuente: Funcionalidad familiar y patología dual en usuarios residenciales en Centro Estatal para la Atención Integral de las Adicciones, Hidalgo, 2015

La asociación entre la variable dependencia a solventes volátiles y la variable actividad laboral actual desempleado fue positiva para la prueba de asociación Chi – cuadrada ( $X^2 = 7.556$ ,  $gl = 1$ ,  $p = 0.006$ ) con una razón de momios de 2.621 y un IC 95% (1.301 – 5.280).

Existe un riesgo 2.621 veces mayor en usuarios con e dependencia a solventes volátiles de encontrarse desempleados a su ingreso a estancia residencial.

Prevalencia de global: el 46.45% de los usuarios desempleados a su ingreso a estancia residencial cumplió criterios diagnósticos de dependencia a solventes a su ingreso a estancia residencial.

Prevalencia de los expuestos: el 77.96% de los usuarios con dependencia a solventes volátiles al momento de su ingreso a estancia residencial se encontraban desempleados.

Prevalencia de los no expuestos: 57.44% de los usuarios desempleados a su ingreso a estancia residencial no cumplió con los criterios diagnósticos de dependencia a solventes volátiles.

		Desempleado actualmente		Total
		Si	No	
Consumo de solventes	Si	46	13	59
	No	81	60	141
Total		127	73	200

**Tabla 157.** Prueba de asociación Chi-cuadrada positiva consumo de solventes y desempleo actual en usuarios en estancia residencial en el Centro Estadal para la Atención a las Adicciones.

Fuente: Funcionalidad familiar y patología dual en usuarios residenciales en Centro Estadal para la Atención Integral de las Adicciones, Hidalgo, 2015

La asociación entre la variable dependencia a solventes volátiles y la variable suspensión de actividad laboral por consumo de sustancias fue positiva para la prueba de asociación Chi – cuadrada ( $X^2 = 8.204$ ,  $gl = 1$ ,  $p = 0.004$ ) con una razón de momios de 2.672 y un IC 95% (1.349 – 5.302).

Existe un riesgo 2.672 veces mayor en usuarios con dependencia a solventes volátiles de indicar abandono de actividad laboral por consumo de sustancias a su ingreso en estancia residencial.

Prevalencia de global: el 51.30% de los usuarios con el antecedente de inicio de actividad laboral antes de los 15 años cumplió criterios diagnósticos de dependencia a solventes a su ingreso a estancia residencial.

Prevalencia de los expuestos: el 76.27% de los usuarios con dependencia a solventes volátiles indicó el antecedente de inicio de actividad laboral antes de los 15 años de edad a su ingreso a estancia residencial.

Prevalencia de los no expuestos: 49.6% de los usuarios con dependencia a solventes volátiles indicó a su ingreso a estancia residencial iniciar actividades laborales después de los 15 años de edad.

		Motivo de abandono de actividad laboral por consumo de sustancias		Total
		Si	No	
Consumo de solventes	Si	45	14	59
	No	77	64	141
Total		122	78	200

**Tabla 158.** Prueba de asociación Chi-cuadrada positiva consumo de solventes y abandono de actividad labora por consumo de sustancias en usuarios en estancia residencial en el Centro Estatal para la Atención Integral de las Adicciones.

Fuente: Funcionalidad familiar y patología dual en usuarios residenciales en Centro Estatal para la Atención Integral de las Adicciones, Hidalgo, 2015

La asociación entre la variable dependencia a solventes volátiles y la variable antecedentes penales fue positiva para la prueba de asociación Chi – cuadrada ( $X^2 = 7.368$ ,  $gl = 1$ ,  $p = 0.007$ ) con una razón de momios de 1.395 y un IC 95% (1.062 – 1.831): existe un riesgo 1.395 veces mayor en usuarios con dependencia a solventes volátiles de referir a su ingreso a estancia residencial de contar con antecedentes penales.

Prevalencia de global: el 84.25% de los usuarios con antecedente penales indicados a su ingreso a estancia residencial cumplió con los criterios diagnósticos para dependencia a solventes.

Prevalencia de los expuestos: el 49.15% de los usuarios con dependencia a solventes volátiles indicó antecedentes penales su ingreso a estancia residencial y la Prevalencia de los no expuestos: 29.07% de los usuarios con dependencia a solventes volátiles no contaba con antecedentes penales a su ingreso a estancia residencial.

		Antecedentes penales		Total
		Si	No	
Consumo de solventes	No	41	100	141
	Si	29	30	59
Total		70	130	200

**Tabla 159.** Prueba de asociación Chi-cuadrada positiva consumo de solventes y antecedentes penales en usuarios en estancia residencial en el Centro Estatal para la Atención Integral de las Adicciones.

Fuente: Funcionalidad familiar y patología dual en usuarios residenciales en Centro Estatal para la Atención Integral de las Adicciones, Hidalgo, 2015

- b) Análisis cualitativo de los usuarios en estancia residencial que cumplieron con el diagnóstico de dependencia a solventes volátiles y variables de antecedentes de salud mental.

La asociación entre la variable dependencia a solventes volátiles y la variable antecedentes de maltrato infantil de tipo emocional fue positiva para la prueba de asociación Chi – cuadrada ( $X^2 = 3.919$ ,  $gl = 1$ ,  $p = 0.048$ ) con una razón de momios de 1.799 y un IC 95% (1.970 – 3.336).

Existe un riesgo 1.799 veces mayor en usuarios con dependencia a solventes volátiles de referir el antecedente de maltrato infantil de tipo emocional a su ingreso en estancia residencial.

Prevalencia de global: el 40.13% de los usuarios con dependencia a solventes volátiles indicaron a su ingreso a estancia residencial el antecedente de maltrato infantil de tipo emocional.

Prevalencia de los expuestos: el 33.33% de los usuarios con el antecedente de maltrato infantil de tipo emocional cumplió criterios diagnósticos para dependencia a solventes a su ingreso a estancia residencial.

Prevalencia de los no expuestos: 18.86% de los usuarios con dependencia a solventes volátiles no contaba con antecedente de maltrato infantil de tipo emocional a su ingreso a estancia residencial.

		Consumo de solventes		Total
		Si	No	
Antecedentes de maltrato emocional en la infancia	Si	49	98	147
	No	10	43	53
Total		59	141	200

**Tabla 160.** Prueba de asociación Chi-cuadrada positiva consumo de solventes y antecedentes de maltrato infantil de tipo emocional en usuarios en estancia residencial en el Centro Estatal para la Atención Integral de las Adicciones.

Fuente: Funcionalidad familiar y patología dual en usuarios residenciales en Centro Estatal para la Atención Integral de las Adicciones, Hidalgo, 2015

- c) Análisis cualitativo de los usuarios en estancia residencial que cumplieron con el diagnóstico de dependencia a solventes volátiles y variables de antecedentes familiares de interés.

La asociación entre la variable dependencia a solventes volátiles y la variable antecedentes de separación materna fue positiva para la prueba de asociación Chi – cuadrada ( $X^2 = 6.475$ ,  $gl = 1$ ,  $p = 0.011$ ) con una razón de momios de 2.240 y un IC 95% (1.196 – 4.198): existe un riesgo 2.240 veces mayor en usuarios con dependencia a solventes volátiles de referir el antecedente de separación materna a su ingreso a estancia residencial.

Prevalencia de global: el 58.41% de los usuarios con dependencia a solventes volátiles indicaron a su ingreso a estancia residencial el antecedente de separación materna.

Prevalencia de los expuestos: el 37.62% de los usuarios con el antecedente de separación materna cumplió criterios diagnósticos para dependencia a solventes a su ingreso a estancia residencial-

Prevalencia de los no expuestos: 21.21% de los usuarios con dependencia a solventes volátiles no contaba con antecedente de separación materna a su ingreso a estancia residencial.

		Consumo de solventes		Total
		Si	No	
Estado civil materno separada	Si	38	63	101
	No	21	79	99
Total		59	141	200

**Tabla 161.** Prueba de asociación Chi-cuadrada positiva consumo de solventes y antecedentes de separación materna en usuarios en estancia residencial en el Centro Estatal para la Atención Integral de las Adicciones.

Fuente: Funcionalidad familiar y patología dual en usuarios residenciales en Centro Estatal para la Atención Integral de las Adicciones, Hidalgo, 2015

La asociación entre la variable dependencia a solventes volátiles y la variable antecedentes de separación paterna fue positiva para la prueba de asociación Chi – cuadrada ( $X^2 = 4.934$ ,  $gl = 1$ ,  $p = 0.026$ ) con una razón de momios de 1.506 y un IC 95% (1.019 – 2.228).

Existe un riesgo 12.240 veces mayor en usuarios con dependencia a solventes volátiles de referir el antecedente de separación paterna a su ingreso en estancia residencial.

Prevalencia de global: el 64.13% de los usuarios con dependencia a solventes volátiles indicaron a su ingreso a estancia residencial el antecedente de separación paterna.

Prevalencia de los expuestos: el 21.73% de los usuarios con el antecedente de separación paterna cumplió criterios diagnósticos para dependencia a solventes a su ingreso a estancia residencial.

Prevalencia de los no expuestos: 36.11% de los usuarios con dependencia a solventes volátiles no contaba con antecedente de separación paterna a su ingreso a estancia residencial.

		Consumo de solventes		Total
		Si	No	
Estado civil paterno separado	Si	20	72	92
	No	39	69	108
Total		59	141	200

**Tabla 162.** Prueba de asociación Chi-cuadrada positiva consumo de solventes y antecedentes de separación paterna en usuarios en estancia residencial en el Centro Estadal para la Atención Integral de las Adicciones.

Fuente: Funcionalidad familiar y patología dual en usuarios residenciales en Centro Estadal para la Atención Integral de las Adicciones, Hidalgo, 2015

- d) Análisis cualitativo de los usuarios en estancia residencial que cumplieron con el diagnóstico de dependencia a solventes volátiles y la variable policonsumo de sustancias.

La asociación entre la variable dependencia a solventes volátiles y la variable dependencia simultánea a más de una sustancia (policonsumo) fue positiva para la prueba de asociación Chi – cuadrada ( $X^2 = 26.437$ ,  $gl = 1$ ,  $p = 0.000$ ) con una razón de momios de 33.888 y un IC 95% (4.558 – 251.948): existe un riesgo 33.888 veces mayor en usuarios con dependencia a solventes volátiles de cumplir con los criterios diagnósticos de dependencia simultánea a más de una sustancia (policonsumo) a su ingreso en estancia residencial.

Prevalencia de global: el 40.13% de los usuarios con dependencia simultánea a más de una sustancia cumplió con los criterios diagnósticos para dependencia a solventes volátiles indicaron a su ingreso a estancia residencial.

Prevalencia de los expuestos: el 98.30% de los usuarios con dependencia a solventes volátiles cumplió criterios diagnósticos dependencia simultánea a más de una sustancias a su ingreso a estancia residencial.



Prevalencia de los no expuestos: 63.12% de los usuarios con dependencia a solventes volátiles no cumplió con los criterios diagnósticos para dependencia simultánea a más de una sustancia a su ingreso a estancia residencial.

		Consumo de solventes		Total
		Si	No	
Policonsumo de sustancias	Si	58	1	59
	No	89	52	141
Total		147	53	200

**Tabla 163.** Prueba de asociación Chi-cuadrada positiva consumo de solventes y antecedentes de separación paterna en usuarios en estancia residencial en el Centro Estatal para la Atención Integral de las Adicciones.

Fuente: Funcionalidad familiar y patología dual en usuarios residenciales en Centro Estatal para la Atención Integral de las Adicciones, Hidalgo, 2015

- e) Análisis cualitativo de los usuarios en estancia residencial que cumplieron con el diagnóstico de dependencia a solventes volátiles y trastornos psiquiátricos.

La asociación entre la variable dependencia a solventes volátiles y la variable trastorno de la conducta disocial fue positiva para la prueba de asociación Chi – cuadrada ( $X^2 = 12.297$ ,  $gl = 1$ ,  $p = 0.000$ ) con una razón de momios de 4.563 y un IC 95% (1.849 – 11.259): existe un riesgo 4.563 veces mayor en usuarios con dependencia a solventes volátiles de cumplir con los criterios diagnóstico de trastorno de la conducta disocial a su ingreso a estancia residencial.

Prevalencia de global: el 38.48% de los usuarios con el diagnóstico de trastorno de la conducta disocial establecido a su ingreso a estancia residencial cumplió criterios diagnósticos para dependencia a solventes volátiles.

Prevalencia de los expuestos: el 23.72% de los usuarios con dependencia a solventes volátiles cumplió criterios diagnósticos para el trastorno de la conducta disocial a su ingreso a estancia residencial.

Prevalencia de los no expuestos: 6.38% de los usuarios el diagnóstico de trastorno de la conducta disocial establecido a su ingreso a estancia residencial no cumplió con los criterios diagnósticos para dependencia a solventes volátiles.

		Trastorno de la conducta disocial		Total
		Si	No	
Consumo de solventes	Si	14	45	59
	No	9	132	141
Total		23	177	200

**Tabla 164.** Prueba de asociación Chi-cuadrada positiva consumo de solventes y diagnóstico de trastorno de la conducta de tipo disocial en usuarios en estancia residencial en el Centro Estatal para la Atención Integral de las Adicciones.

Fuente: Funcionalidad familiar y patología dual en usuarios residenciales en Centro Estatal para la Atención Integral de las Adicciones, Hidalgo, 2015

La asociación entre la variable dependencia a solventes volátiles y la variable cualquier trastorno de la conducta fue positiva para la prueba de asociación Chi – cuadrada ( $X^2 = 13.471$ ,  $gl = 1$ ,  $p = 0.000$ ) con una razón de momios de 3.412 y un IC 95% (1.740 – 6.690): existe un riesgo 3.412 veces mayor en usuarios con dependencia a solventes volátiles de cumplir con los criterios diagnósticos para cualquier trastorno de la conducta a su ingreso a estancia residencial.

Prevalencia de global: el 84.74% de los usuarios con el diagnóstico de cualquier trastorno de la conducta establecido a su ingreso a estancia residencial cumplió criterios diagnósticos para dependencia a solventes volátiles.

Prevalencia de los expuestos: el 42.37% de los usuarios con dependencia a solventes volátiles cumplió criterios diagnósticos para cualquier trastorno de la conducta a su ingreso a estancia residencial.

Prevalencia de los no expuestos: 17.73% de los usuarios con el diagnóstico para cualquier trastorno de la conducta establecido a su ingreso a estancia residencial no cumplió con los criterios diagnósticos para dependencia a solventes volátiles.

		Trastornos de la conducta		Total
		Si	No	
Consumo de solventes	Si	25	34	59
	No	25	116	141
Total		50	150	200

**Tabla 165.** Prueba de asociación Chi-cuadrada positiva consumo de solventes y diagnóstico de cualquier trastorno de la conducta de tipo disocial en usuarios en estancia residencial en el Centro Estatal para la Atención Integral las Adicciones.

Fuente: Funcionalidad familiar y patología dual en usuarios residenciales en Centro Estatal para la Atención Integral de las Adicciones, Hidalgo, 2015

La asociación entre la variable dependencia a solventes volátiles y la variable diagnóstico de un trastorno psiquiátrico fue positiva para la prueba de asociación Chi – cuadrada ( $X^2 = 6.481$ ,  $gl = 1$ ,  $p = 0.011$ ) con una razón de momios de 3.432 y un IC 95% (1.270 – 9.274): existe un riesgo 3.432 veces mayor en usuarios con dependencia a solventes volátiles de cumplir con los criterios diagnósticos para cualquier trastorno psiquiátrico a su ingreso a estancia residencial.

Prevalencia de global: el 36.64% de los usuarios con criterios diagnósticos para cualquier trastorno psiquiátrico presentó dependencia a solventes volátiles a su ingreso a estancia residencial.

Prevalencia de los expuestos: el 35.54% de los usuarios con dependencia a solventes volátiles cumplió criterios diagnósticos para cualquier trastorno psiquiátrico a su ingreso a estancia residencial.

Prevalencia de los no expuestos: 12.82% de los usuarios con criterios diagnósticos para cualquier trastorno psiquiátrico no presentó criterios diagnósticos para dependencia a solventes volátiles a su ingreso a estancia residencial.

		Consumo de solventes		Total
		Si	No	
Usuario con diagnóstico psiquiátrico	Si	54	107	161
	No	5	34	39
Total		59	141	200

**Tabla 166.** Prueba de asociación Chi-cuadrada positiva consumo de solventes y diagnóstico para cualquier trastorno psiquiátrico por medio del MINI en usuarios en estancia residencial en el Centro Estatal para la Atención Integral de las Adicciones.

Fuente: Funcionalidad familiar y patología dual en usuarios residenciales en Centro Estatal para la Atención Integral de las Adicciones, Hidalgo, 2015

La asociación entre la variable dependencia a solventes volátiles y la variable diagnóstico de dos trastornos psiquiátricos simultáneos fue positiva para la prueba de asociación Chi – cuadrada ( $X^2 = 5.709$ ,  $gl = 1$ ,  $p = 0.017$ ) con una razón de momios de 2.129 y un IC 95% (1.139 – 3.980).

Existe un riesgo 2.129 veces mayor en usuarios con dependencia a solventes volátiles de cumplir con los criterios diagnósticos para dos trastornos psiquiátricos simultáneos a su ingreso a estancia residencial.

Prevalencia de global: el 84.28% de los usuarios con criterios diagnósticos para dos trastornos psiquiátricos simultáneos presentó dependencia a solventes volátiles a su ingreso a estancia residencial.

Prevalencia de los expuestos: el 40% de los usuarios con dependencia a solventes volátiles cumplió criterios diagnósticos para dos trastornos psiquiátricos simultáneos a su ingreso a estancia residencial.

Prevalencia de los no expuestos: 23.84% de los usuarios con criterios diagnósticos para dos trastornos psiquiátricos simultáneos no presentó criterios diagnósticos para dependencia a solventes volátiles a su ingreso a estancia residencial.

		Consumo de solventes		Total
		Si	No	
Usuario con dos trastornos psiquiátricos	Si	28	42	70
	No	31	99	130
Total		59	141	200

**Tabla 167.** Prueba de asociación Chi-cuadrada positiva consumo de solventes y diagnóstico para dos trastornos psiquiátricos simultáneos por medio del MINI en usuarios en estancia residencial en el Centro Estatal para la Atención Integral de las Adicciones.

Fuente: Funcionalidad familiar y patología dual en usuarios residenciales en Centro Estatal para la Atención Integral de las Adicciones, Hidalgo, 2015

f) Análisis cualitativo de los usuarios en estancia residencial que cumplieron con el diagnóstico de dependencia a solventes volátiles y trastornos de la personalidad.

La asociación entre la variable dependencia a solventes volátiles y la variable trastorno de la personalidad ansioso fue positiva para la prueba de asociación Chi – cuadrada ( $X^2 = 7.089$ ,  $gl = 1$ ,  $p = 0.008$ ) con una razón de momios de 2.307 y un IC 95% (1.1238 – 4.296): existe un riesgo 2.307 veces mayor en usuarios con dependencia a solventes volátiles de cumplir criterios diagnósticos para el trastorno de la personalidad de tipo ansioso a su ingreso a estancia residencial.

Prevalencia de global: el 63.44% de los usuarios con dependencia a solventes volátiles cumplió criterios diagnósticos para el trastorno ansioso de la personalidad a su ingreso a estancia residencial.

Prevalencia de los expuestos: el 38.70% de los usuarios con trastorno de la personalidad ansioso cumplió criterios diagnósticos para dependencia a solventes volátiles a su ingreso a estancia residencial.

Prevalencia de los no expuestos: 21.49% de los usuarios con dependencia a solventes volátiles no cumplió criterios diagnósticos para el trastorno de la personalidad ansioso a su ingreso a estancia residencial.

		Consumo de solventes		Total
		Si	No	
Trastorno ansioso de la personalidad	Si	36	57	93
	No	23	84	107
Total		59	141	200

**Tabla 168.** Prueba de asociación Chi-cuadrada positiva consumo de solventes y diagnóstico de trastorno ansioso de la personalidad en usuarios en estancia residencial en el Centro Estatal para la Atención Integral de las Adicciones.

Fuente: Funcionalidad familiar y patología dual en usuarios residenciales en Centro Estatal para la Atención Integral de las Adicciones, Hidalgo, 2015

- g) Análisis cualitativo de los usuarios en estancia residencial que cumplieron con el diagnóstico de dependencia a solventes volátiles y variables asociadas a funcionalidad, estructura y dinámica familiar.

La asociación entre la variable dependencia a solventes volátiles y la variable estructura familiar monoparental fue positiva para la prueba de asociación Chi – cuadrada ( $X^2 = 7.712$ ,  $gl = 1$ ,  $p = 0.005$ ) con una razón de momios de 2.595 y un IC 95% (1.308 – 5.153): existe un riesgo 2.595 veces mayor en usuarios dependencia a solventes volátiles de provenir de una estructura familiar monoparental a su ingreso a estancia residencial.

Prevalencia de global: el 55.14% de los usuarios dependencia a solventes volátiles indicó a su ingreso a estancia residencial contar con una estructura familiar monoparental.

La prevalencia de los expuestos: el 36.58% de los usuarios con una estructura familiar monoparental cumplió criterios diagnósticos para dependencia a solventes volátiles a a su ingreso a estancia residencial.

Prevalencia de los no expuestos: 18.18% de los usuarios con dependencia a solventes volátiles no indicó a su ingreso a estancia residencial contar con una estructura familiar monoparental.

		Consumo de solventes		Total
		Si	No	
Familia monoparental	Si	45	78	123
	No	14	63	77
Total		59	141	200

**Tabla 169.** Prueba de asociación Chi-cuadrada positiva consumo de solventes y diagnóstico de trastorno ansioso de la personalidad en usuarios en estancia residencial en el Centro Estatal para la Atención Integral de las Adicciones.

Fuente: Funcionalidad familiar y patología dual en usuarios residenciales en Centro Estatal para la Atención Integral de las Adicciones, Hidalgo, 2015

h) Análisis cualitativo de los usuarios en estancia residencial que cumplieron con el diagnóstico de dependencia a solventes volátiles y variable diagnóstico de patología dual.

La asociación entre la variable dependencia a solventes volátiles y diagnóstico de patología dual fue positiva para la prueba de asociación Chi – cuadrada ( $X^2 = 5.409$ ,  $gl = 1$ ,  $p = 0.020$ ) con una razón de momios de 4.394 y un IC 95% (1.064 – 18.144).

Existe un riesgo 4.394 veces mayor en usuarios con dependencia a solventes volátiles de cumplir con criterios diagnósticos para patología dual a su ingreso en estancia residencial.

Prevalencia de global: el 33.33% de los usuarios con dependencia a solventes volátiles cumplió criterios diagnósticos para patología dual a su ingreso a estancia residencial.

Prevalencia de los expuestos: el 32.20% de los usuarios con el diagnóstico de patología dual cumplió criterios diagnósticos para dependencia a solventes volátiles a su ingreso a estancia residencial.

Prevalencia de los no expuestos: 8.69% de los usuarios con dependencia a solventes volátiles no cumplió criterios diagnósticos para dependencia a solventes volátiles a su ingreso a estancia residencial.

		Consumo de solventes		Total
		Si	No	
Diagnóstico de patología dual	Si	57	120	59
	No	2	21	23
Total		177	141	200

**Tabla 170.** Prueba de asociación Chi-cuadrada positiva consumo de solventes y diagnóstico de patología dual en usuarios en estancia residencial en el Centro Estatal para la Atención Integral de las Adicciones.

Fuente: Funcionalidad familiar y patología dual en usuarios residenciales en Centro Estatal para la Atención Integral de las Adicciones, Hidalgo, 2015

- Análisis cualitativo de los usuarios en estancia residencial que cumplieron con el diagnóstico de dependencia a solventes volátiles e iniciaron su consumo de solventes volátiles antes de los 18 años de edad.

La asociación entre la variable dependencia a solventes volátiles con inicio de consumo antes de los 18 años de edad y la variable grado escolar primaria fue positiva para la prueba de asociación Chi – cuadrada ( $X^2 = 3.834$ ,  $gl = 1$ ,  $p = 0.050$ ) con una razón de momios de 4.286 y un IC 95% (1.069 – 28.292).

Existe un riesgo 4.286 veces mayor en usuarios con dependencia a solventes volátiles que iniciaron su consumo antes de los 18 años de contar sólo con el grado escolar de primaria a su ingreso a estancia residencial.

Prevalencia de global: el 44.84% de los usuarios con el grado de escolaridad primaria indicó iniciar su consumo de solventes volátiles antes de los 18 años de edad a su ingreso a estancia residencial.

Prevalencia de los expuestos: el 42.85% de los usuarios con dependencia a solventes volátiles que iniciaron su consumo antes de los 18 años de edad indicó contar sólo con el grado de escolaridad primaria a su ingreso a estancia residencial.

Prevalencia de los no expuestos: 10% de los usuarios con el grado de escolaridad primaria indicó iniciar su consumo de solventes volátiles después de los 18 años de edad a su ingreso a estancia residencial.

		Escolaridad primaria		
		Si	No	
Edad de inicio de consumo de solventes antes de los 18 años de edad	Si	21	28	49
	No	1	9	10
				59

**Tabla 171.** Prueba de asociación Chi-cuadrada positiva para la variable inicio de consumo de solventes volátiles antes de los 18 años de edad y escolaridad primaria en usuarios en estancia residencial en el Centro Estatal para la Atención Integral de las Adicciones.

Fuente: Funcionalidad familiar y patología dual en usuarios residenciales en Centro Estatal para la Atención Integral de las Adicciones, Hidalgo, 2015

La asociación entre la variable dependencia a solventes volátiles con inicio de consumo antes de los 18 años de edad y abandono de actividad escolar antes de los 18 años fue positiva para la prueba de asociación Chi – cuadrada ( $X^2 = 4.940$ ,  $gl = 1$ ,  $p = 0.026$ ) con una razón de momios de 1.888 y un IC 95% (1.869 – 4.100).

Existe un riesgo 1.869 veces mayor en usuarios con dependencia a solventes volátiles que iniciaron su consumo antes de los 18 años de indicar el antecedente de abandono de actividad escolar por consumo de sustancias a su ingreso a estancia residencial.

Prevalencia de global: el 83.67% de los usuarios con el antecedente de abandono de actividad escolar por consumo de sustancias indicó iniciar su consumo de solventes volátiles antes de los 18 años de edad a su ingreso a estancia residencial.

Prevalencia de los expuestos: el 75.51% de los usuarios con dependencia a solventes volátiles que iniciaron su consumo antes de los 18 años de edad indicó abandonar la actividad escolar por consumo de sustancias a su ingreso a estancia residencial.

Prevalencia de los no expuestos: 40% de los usuarios con el antecedente de abandono de actividad escolar por consumo de sustancias indicó iniciar su consumo de solventes volátiles después de los 18 años de edad a su ingreso a estancia residencial.



		Motivo de abandono escolar consumo de sustancias		Total
		Si	No	
Edad de inicio de consumo de solventes menor a los 18 años	Si	37	12	49
	No	4	6	10
Total		41	18	59

**Tabla 172.** Prueba de asociación Chi-cuadrada positiva para la variable inicio de consumo de solventes antes de los 18 años de edad y abandono de actividad escolar por consumo de sustancias en usuarios en estancia residencial en el Centro Estatal para la Atención Integral de las Adicciones.

Fuente: Funcionalidad familiar y patología dual en usuarios residenciales en Centro Estatal para la Atención Integral de las Adicciones, Hidalgo, 2015

La asociación entre la variable dependencia a solventes volátiles con inicio de consumo de antes de los 18 años de edad y la variable estado civil separado fue positiva para la prueba de asociación Chi – cuadrada ( $X^2 = 20.911$ ,  $gl = 1$ ,  $p = 0.000$ ) con una razón de momios de 48.000 y un IC 95% (4.641 – 496.435).

Existe un riesgo 48.000 veces mayor en usuarios con dependencia a solventes volátiles que iniciaron su consumo antes de los 18 años de indicar el antecedente de separación de pareja a su ingreso a estancia residencial.

Prevalencia de global: el 12.24% de los usuarios con el antecedente de separación de pareja indicó iniciar su consumo de solventes volátiles antes de los 18 años de edad a su ingreso a estancia residencial.

Prevalencia de los expuestos: el 2.04% de los usuarios con dependencia a solventes volátiles que iniciaron su consumo antes de los 18 años de edad indicó contar con el antecedente de separación de pareja a su ingreso a estancia residencial.

Prevalencia de los no expuestos: 50% de los usuarios con el antecedente de separación de pareja indicó iniciar su consumo de solventes volátiles después de los 18 años de edad a su ingreso a estancia residencial.

		Estado civil separado		Total
		Si	No	
Edad de inicio de consumo de solventes menor a los 18 años	Si	1	48	49
	No	5	5	10
Total		6	53	59

**Tabla 173.** Prueba de asociación Chi-cuadrada positiva para la variable inicio de consumo de solventes volátiles antes de los 18 años de edad y diagnóstico separación materna en usuarios en estancia residencial en el Centro Estatal para la Atención Integral de las Adicciones.

Fuente: Funcionalidad familiar y patología dual en usuarios residenciales en Centro Estatal para la Atención Integral de las Adicciones, Hidalgo, 2015

- Análisis cualitativo de los usuarios en estancia residencial que cumplieron con el diagnóstico de dependencia a solventes volátiles e iniciaron su consumo de solventes antes de los 18 años y dependencia a otras sustancias.

La asociación entre la variable dependencia a solventes volátiles con inicio de consumo antes de los 18 años de edad y la variable consumo de cannabis fue positiva para la prueba de asociación Chi – cuadrada ( $X^2 = 5.183$ ,  $gl = 1$ ,  $p = 0.023$ ) con una razón de momios de 1.341 y un IC 95% (1.888 – 2.025).

Existe un riesgo 1.341 veces mayor en usuarios con dependencia a solventes volátiles que iniciaron su consumo antes de los 18 años de cumplir criterios diagnósticos para dependencia a cannabis a su ingreso a estancia residencial.

Prevalencia de global: el 92.45% de los usuarios que iniciaron su consumo de solventes volátiles antes de los 18 años de edad cumplió criterios diagnósticos para dependencia a cannabis a su ingreso a estancia residencial.

Prevalencia de los expuestos: el 86.79% de los usuarios con dependencia a cannabis indicó iniciar su consumo de solventes volátiles antes de los 18 años de edad a su ingreso a estancia residencial.

Prevalencia de los no expuestos: 50% de los usuarios que indicó iniciar su consumo de solventes volátiles antes de los 18 años de edad no cumplió criterios diagnósticos para dependencia a cannabis a su ingreso a estancia residencial.

		Edad de inicio de consumo de solventes menor a los 18 años		Total
		Si	No	
Consumo de cannabis	Si	46	7	53
	No	3	3	6
Total		49	10	59

**Tabla 174.** Prueba de asociación Chi-cuadrada positiva edad de inicio de consumo de solventes volátiles antes de los 18 años de edad y consumo de cannabis en usuarios en estancia residencial en el Centro Estatal para la Atención Integral de las Adicciones.

Fuente: Funcionalidad familiar y patología dual en usuarios residenciales en Centro Estatal para la Atención Integral de las Adicciones, Hidalgo, 2015

La asociación entre la variable dependencia a solventes volátiles con inicio de consumo antes de los 18 años de edad y la variable diagnóstico de dependencia simultánea a múltiples sustancias fue positiva para la prueba de asociación Chi – cuadrada ( $X^2 = 4.984$ ,  $gl = 1$ ,  $p = 0.026$ ) con una razón de momios de 1.111 y un IC 95% (1.904 – 1.366).

Existe un riesgo 1.111 veces mayor en usuarios con dependencia a solventes volátiles que iniciaron su consumo antes de los 18 años de cumplir criterios diagnósticos para dependencia simultánea a múltiples a su ingreso a estancia residencial.

Prevalencia de global: el 84.48% de los usuarios con dependencia simultánea a más una sustancia indicaron iniciar su consumo de solventes volátiles antes de los 18 años de edad a su ingreso a estancia residencial.

Prevalencia de los expuestos: el 84.48% de los usuarios con dependencia solventes volátiles que inicio su consumo antes de los 18 años de edad cumplió con los criterios de dependencia simultánea a más de una sustancia a su ingreso a estancia residencial.

		Edad de inicio de consumo de solventes menor a los 18 años		Total
		Si	No	
Policonsumo de sustancias	Si	49	9	58
	No	0	1	1
Total		49	10	59

**Tabla 175.** Prueba de asociación Chi-cuadrada positiva edad de inicio de consumo de solventes volátiles antes de los 18 años de edad y dependencia simultánea a más de una sustancia en usuarios en estancia residencial en el Centro Estatal para la Atención Integral de las Adicciones.

Fuente: Funcionalidad familiar y patología dual en usuarios residenciales en Centro Estatal para la Atención Integral de las Adicciones, Hidalgo, 2015

- a) Análisis cualitativo de los usuarios en estancia residencial que cumplieron con el diagnóstico de dependencia a solventes volátiles e iniciaron su consumo antes de los 18 años y patrón de consumo de solventes volátiles.

La asociación entre la variable dependencia a solventes volátiles con inicio de consumo antes de los 18 años de edad y la variable patrón inicial de consumo mayor a una lata de solventes de 250 gramos por semana fue positiva para la prueba de asociación Chi – cuadrada ( $X^2 = 5.584$ ,  $gl = 1$ ,  $p = 0.032$ ) con una razón de momios de 5.333 y un IC 95% (1.025 – 27.758): existe un riesgo 5.333 veces mayor en usuarios con dependencia a solventes volátiles que iniciaron su consumo antes de los 18 años de refirieron un patrón inicial de consumo mayor de una lata de solventes volátiles de 250 gramos por semana a su ingreso a estancia residencial.

Prevalencia de global: el 61.22% de los usuarios con un patrón inicial de consumo mayor de una lata de solventes de por semana indicó iniciar su consumo de solventes volátiles antes de los 18 años de edad cumplió criterios a su ingreso a estancia residencial.

Prevalencia de los expuestos: el 57.14% de los usuarios con dependencia a solventes que iniciaron su consumo antes de los 18 años de edad refirió un patrón inicial de consumo mayor una lata de solventes por semana a su ingreso a estancia residencial.

Prevalencia de los no expuestos: 20% de los usuarios que indicó un patrón inicial de consumo mayor a una lata de solventes por semana refirió iniciar su consumo de solventes después de los 18 años de edad a su ingreso a estancia residencial.

		Patrón inicial de consumo de solventes mayor a una lata por semana		Total
		Si	No	
Edad de inicio de consumo de solventes menor a los 18 años	Si	28	21	49
	No	2	8	10
Total		30	29	59

**Tabla 176.** Prueba de asociación Chi-cuadrada positiva edad de inicio de consumo de solventes volátiles antes de los 18 años de edad y patrón inicial de consumo de solventes volátiles mayor a una lata de 250gr por semana en estancia residencial en el Centro Estatal para la Atención Integral de las Adicciones.

Fuente: Funcionalidad familiar y patología dual en usuarios residenciales en Centro Estatal para la Atención Integral de las Adicciones, Hidalgo, 2015

- Análisis cualitativo de los usuarios en estancia residencial que cumplieron con el diagnóstico de dependencia a solventes volátiles y patrón de consumo de solventes

La asociación entre la variable usuarios con dependencia a solventes volátiles con un patrón actual de más de tres lata por semana al momento de su ingreso y la variable deseo de consumo (craving) referido a su ingreso a estancia residencial fue positiva para la prueba de asociación Chi – cuadrada ( $X^2 = 5.930$ ,  $gl = 1$ ,  $p = 0.015$ ) con una razón de momios de 6.273 con un IC 95% (1.258 – 31.288): existe un riesgo 6.273 veces mayor de que los usuarios con dependencia a solventes con patrón actual de consumo de más de tres latas de solventes de 250 gramos por semana de referir el deseo de consumo (craving) por solventes volátiles a su ingreso a estancia residencial.

Prevalencia de global: el 55.55% de los usuarios con un patrón actual de consumo mayor de tres latas de solventes volátiles de 250 gramos por semana presentó a su ingreso a estancia residencial el deseo de consumo (craving) de solventes volátiles.

Prevalencia de los expuestos: el 51.11% de los usuarios con deseo de consumo (craving) por solventes volátiles indicaron un patrón actual de consumo de solventes mayor a tres latas de solventes volátiles de 250 gramos por semana su ingreso a estancia residencial.

Prevalencia de los no expuestos: 14.28% de los usuarios con un patrón actual de consumo mayor a tres latas de solventes volátiles no indicaron deseo de consumo (craving) de solventes volátiles su ingreso a estancia residencial.

		Patrón final de consumo de solventes mayor de tres latas por semana		Total
		Si	No	
Presencia de craving por consumo de solventes a su ingreso	Si	23	22	45
	No	2	12	14
Total		25	34	59

**Tabla 177.** Prueba de asociación Chi-cuadrada positiva para las variables presencia de deseo de consumo de solventes volátiles a su ingreso y patrón final de consumo mayor a tres latas de 250 gramos por semana en usuarios en estancia residencial en el Centro Estatal para la Atención Integral de las Adicciones.

Fuente: Funcionalidad familiar y patología dual en usuarios residenciales en Centro Estatal para la Atención Integral de las Adicciones, Hidalgo, 2015

- a) Análisis cualitativo de los usuarios con dependencia a solventes volátiles con un patrón actual de consumo mayor de tres latas de solventes volátiles de 250 gramos por semana e inicio de tratamiento psicofarmacológico a su ingreso en estancia residencial.

La asociación entre la variable usuarios con dependencia a solventes volátiles con un patrón actual de consumo mayor a más de tres lata de solventes volátiles de 250 gramos por semana y la variable inicio de tratamiento psicofarmacológico a su ingreso residencial fue positiva para la prueba de asociación Chi – cuadrada ( $X^2 = 5.217$ ,  $gl = 1$ ,  $p = 0.022$ ) con una razón de momios de 4.145 y un IC 95% (1.169 – 14.693): existe un riesgo 4.145 veces mayor de que los usuarios con dependencia a solventes con un patrón actual de consumo de más de tres latas de solventes de 250 gramos por semana de iniciar tratamiento psicofarmacológico a su ingreso a estancia residencial.

Prevalencia de global: el 60% de los usuarios con un patrón actual de consumo mayor de tres lato de solventes volátil de 250 gramos por semana cumplió con los criterios diagnósticos para iniciar tratamiento psicofarmacológico a su ingreso a estancia residencial.

Prevalencia de los expuestos: el 52.50% de los usuarios que cumplió con los criterios diagnósticos para el inicio de tratamiento psicofarmacológico a su ingreso a estancia residencial indicó un patrón actual de consumo de solventes mayor a tres latas de 250 gramos por semana.

Prevalencia de los no expuestos: 20% de los usuarios con un patrón actual de consumos mayores a tres latas de solventes volátiles de 250 gramos no cumplieron con los criterios diagnósticos para inicio de tratamiento psicofarmacológico a su ingreso a estancia residencial.

		Patrón final de consumo de solventes mayor de tres latas por semana		Total
		Si	No	
Tratamiento psicofarmacológico en estancia residencial	Si	21	19	40
	No	4	15	20
Total		24	34	59

**Tabla 178.** Prueba de asociación Chi-cuadrada positiva para las variables inicio de tratamiento psicofarmacológico y patrón final de consumo de solvente volátil mayor a tres latas de 250 gramos por semana en usuarios en estancia residencial en el Centro Estatal para la Atención Integral de las Adicciones.

Fuente: Funcionalidad familiar y patología dual en usuarios residenciales en Centro Estatal para la Atención Integral de las Adicciones, Hidalgo, 2015

- Análisis cualitativo de los usuarios en estancia residencial que cumplieron con el diagnóstico de dependencia a cocaína, variables de interés y razón de momios.

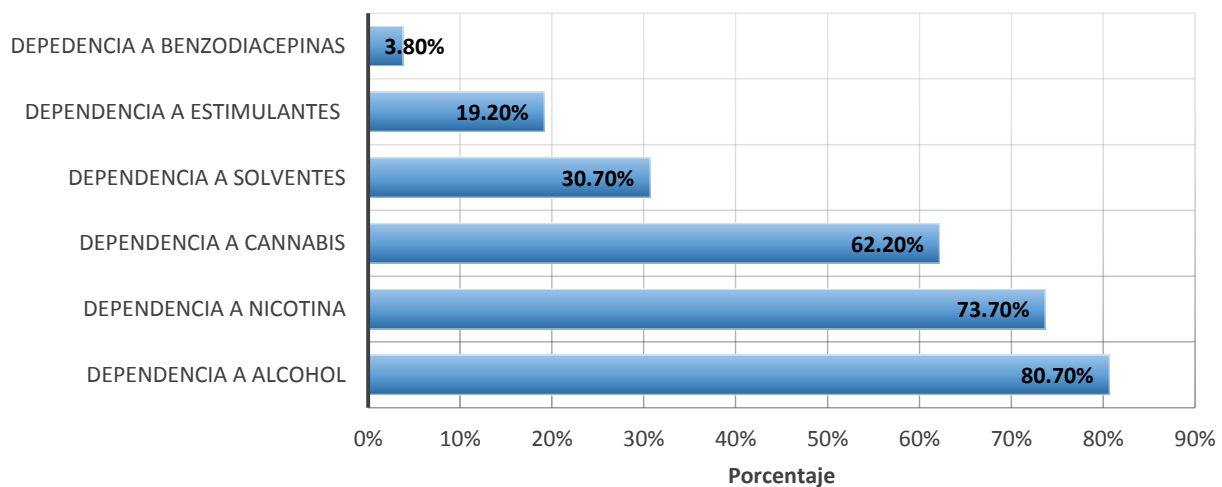
El 80.7% de los residentes con diagnóstico de dependencia a cocaína en el momento de su ingreso a unidad residencial cumplieron con el diagnóstico de dependencia alcohol, el 73.7% de los residentes con diagnóstico de dependencia a cocaína en el momento de su ingreso cumplieron con los diagnósticos de dependencia a nicotina y el 69.2% de los residentes con diagnóstico de dependencia a cocaína en el momento de su ingreso cumplieron con el diagnóstico de dependencia a cannabis.

El 30.7% de los residentes con diagnóstico de dependencia a cocaína en el momento de su ingreso a estancia residencial cumplieron con el diagnóstico de dependencia a solventes.

El 19.2% de los residentes con el diagnóstico de dependencia a cocaína en el momento de su ingreso a estancia residencial cumplieron con el diagnóstico de dependencia a estimulantes.

El 3.8% de los residentes con el diagnóstico de dependencia a cocaína en el momento de su ingreso a estancia residencial cumplieron con el diagnóstico de benzodiazepinas.

### Usuarios en estancia residencial con dependencia a cocaína que cumplieron con los criterios diagnósticos para dependencia a otras sustancias



**Figura 40.** Usuarios con consumo de cocaína y su relación con el consumo de otras sustancias a su ingreso a estancia residencial en el Centro Estatal para la Atención Integral a las Adicciones.

Fuente: Funcionalidad familiar y patología dual en usuarios residenciales en Centro Estatal para la Atención Integral de las Adicciones, Hidalgo, 2015

- a) Análisis cualitativo de los usuarios en estancia residencial que cumplieron con el diagnóstico de dependencia a cocaína y variables sociodemográficas de interés y razón de momios.

La asociación entre la variable usuarios con dependencia a cocaína y la variable abandono de actividad escolar antes de los 18 años de edad fue positiva para la prueba de asociación Chi – cuadrada ( $X^2 = 4.322$ ,  $gl = 1$ ,  $p = 0.038$ ) con una razón de momios de 2.228 y un IC 95% (1.034 – 4.799).

Existe un riesgo 2.228 veces mayor de que los usuarios con dependencia a cocaína de reportar el antecedente de abandonar de actividad escolar antes de los 18 años de edad a su ingreso a estancia residencial.

Prevalencia de global: el 31.51% de los usuarios con el antecedente de abandono escolar antes de los 18 años de edad cumplió con los criterios diagnósticos de dependencia a cocaína a su ingreso a estancia residencial.

Prevalencia de los expuestos: el 23.03% de los usuarios con dependencia a cocaína indicó el abandono de actividad escolar antes de los 18 años de edad a su ingreso a estancia residencial

La prevalencia de los no expuestos: el 85.81% de los usuarios con el antecedente de abandono de actividad escolar antes de los 18 años de edad no cumplió con los criterios diagnósticos de dependencia a cocaína a su ingreso a estancia residencial.

		Edad de abandono escolar menor a los 18 años		Total
		Si	No	
Consumo de cocaína	No	138	14	52
	Si	127	21	148
Total		165	35	200

**Tabla 179.** Prueba de asociación Chi-cuadrada positiva para las variables consumo de cocaína y abandono de actividad escolar antes de los 18 años de edad en usuarios en estancia residencial en el Centro Estatal para la Atención Integral de las Adicciones.

Fuente: Funcionalidad familiar y patología dual en usuarios residenciales en Centro Estatal para la Atención Integral de las Adicciones, Hidalgo, 2015



b) Análisis cualitativo de los usuarios en estancia residencial que cumplieron con el diagnóstico de dependencia cocaína y diagnóstico de dependencia a otras sustancias.

La asociación entre la variable usuarios con dependencia cocaína y la variable dependencia simultánea a más de una sustancia fue positiva para la prueba de asociación Chi – cuadrada ( $X^2 = 21.792$ ,  $gl = 1$ ,  $p = 0.000$ ) con una razón de momios de 27.625 y un IC 95% (3.710 – 205.691).

Existe un riesgo 27.625 veces mayor de que los usuarios con dependencia a cocaína cumplan criterios diagnósticos para dependencia simultánea a más de una sustancia a su ingreso a estancia residencial.

Prevalencia de global: el 35.37% de los usuarios con dependencia a cocaína cumplió con los criterios diagnósticos de dependencia simultánea a más de una sustancia a su ingreso a estancia residencial.

Prevalencia de los expuestos: el 34.69% de los usuarios con dependencia simultánea a más de una sustancia cumplió criterios diagnósticos para dependencia a cocaína su ingreso a estancia residencial.

Prevalencia de los no expuestos: el 1.88% de los usuarios con dependencia a cocaína no cumplió criterios diagnósticos para dependencia simultánea a más de una sustancia a su ingreso a estancia residencial.

		Consumo de cocaína		Total
		Si	No	
Policonsumo de sustancias	Si	51	96	147
	No	1	52	53
Total		52	148	200

**Tabla 180.** Prueba de asociación Chi-cuadrada positiva para las variables consumo de cocaína y dependencia simultánea a más de una sustancia en usuarios en estancia residencial en el Centro Estatal para la Atención Integral de las Adicciones.

Fuente: Funcionalidad familiar y patología dual en usuarios residenciales en Centro Estatal para la Atención Integral de las Adicciones, Hidalgo, 2015

- c) Análisis cualitativo de los usuarios en estancia residencial que cumplieron con el diagnóstico de dependencia a cocaína y trastornos psiquiátricos detectados a su ingreso a estancia residencial.

La asociación entre la variable usuarios con dependencia cocaína y la variable trastorno de pánico fue positiva para la prueba de asociación Chi – cuadrada ( $X^2 = 5.770$ ,  $gl = 1$ ,  $p = 0.016$ ) con una razón de momios de 5.142 y un IC 95% (1.184 – 22.333): existe un riesgo 5.142 veces mayor de que los usuarios con dependencia a cocaína para cumplir criterios diagnósticos para de trastorno de pánico a su ingreso en estancia residencial.

Prevalencia de global: el 15.38% de los usuarios con el diagnóstico de trastorno de pánico cumplió criterios diagnósticos para dependencia a cocaína a su a ingreso a estancia residencial.

Prevalencia de los expuestos: el 9.61% de los con dependencia a cocaína cumplió con los criterios diagnósticos para trastorno de pánico a su ingreso a estancia residencial y la prevalencia de los no expuestos: el 2.02% de los usuarios el diagnóstico de trastorno de pánico no cumplió criterios para dependencia a cocaína su ingreso a estancia residencial.

		Trastorno de pánico		Total
		Si	No	
Consumo de cocaína	Si	5	47	52
	No	3	145	148
Total		8	192	200

**Tabla 181.** Prueba de asociación Chi-cuadrada positiva para las variables consumo de cocaína y diagnóstico de trastorno de pánico por medio de la MINI en usuarios en estancia residencial en el Centro Estatal para la Atención Integral de las Adicciones.

Fuente: Funcionalidad familiar y patología dual en usuarios residenciales en Centro Estatal para la Atención Integral de las Adicciones, Hidalgo, 2015

- d) Análisis cualitativo de los usuarios en estancia residencial que cumplieron con el diagnóstico de dependencia cocaína y tratamiento psicofarmacológico al ingreso a internamiento.

La asociación entre la variable usuarios con dependencia cocaína y la variable inicio de tratamiento psicofarmacológico con cualquier anticonvulsivo fue positiva para la prueba de asociación Chi -

cuadrada ( $X^2 = 11.234$ ,  $gl = 1$ ,  $p = 0.001$ ) con una razón de momios de 3.508 y un IC 95% (1.639 – 7.509): existe un riesgo 3.508 veces mayor de que los usuarios con dependencia a cocaína cumplan criterios para iniciar tratamiento psicofarmacológico con cualquier anticonvulsivante a su ingreso en estancia residencial.

Prevalencia de global: el 67.30% de los usuarios con tratamiento con un anticonvulsivante cumplieron los criterios diagnósticos de dependencia a cocaína a su ingreso a estancia residencial.

Prevalencia de los expuestos: el 32.69% de los usuarios con dependencia a cocaína indicó cumplir criterios para el inicio de tratamiento psicofarmacológico con un anticonvulsivante a su ingreso a estancia residencial.

Prevalencia de los no expuestos: el 12.62% de los usuarios con tratamiento con un anticonvulsivante no cumplió con los criterios diagnósticos de dependencia a cocaína a su ingreso a estancia residencial.

		tratamiento psicofarmacológico con cualquier anticonvulsivante		Total
		Si	No	
Consumo de cocaína	Si	17	35	52
	No	18	130	148
Total		35	165	200

**Tabla 182.** Tabla 2x2 para prueba de asociación Chi-cuadrada positiva para las variables consumo de cocaína e inicio de tratamiento psicofarmacológico con un anticonvulsivante a si ingreso de usuarios en estancia residencial en el Centro Estatal para la Atención Integral de las Adicciones.

Fuente: Funcionalidad familiar y patología dual en usuarios residenciales en Centro Estatal para la Atención Integral de las Adicciones, Hidalgo, 2015

- Análisis cualitativo de los usuarios con dependencia a cocaína e iniciaron su consumo antes de los 18 años de edad a su ingreso a estancia residencial y variables sociodemográficas.

La asociación entre la variable usuarios con dependencia cocaína iniciaron su consumo antes de los 18 años y la variable abandono de actividad escolar antes de los 18 años fue positiva para la prueba de asociación Chi – cuadrada ( $X^2 = 5.450$ ,  $gl = 1$ ,  $p = 0.020$ ) con una razón de momios de 5.042 y un IC 95% (1.207 – 21.064): existe un riesgo 5.042 veces mayor de que los usuarios con

dependencia a cocaína con inicio de consumo antes de los 18 años reporten el antecedente abandono de actividad escolar antes de los 18 años a su ingreso a estancia residencial.

Prevalencia de global: el 65.78% de los usuarios con el antecedente de abandono escolar antes de los 18 años de edad indicó iniciar el consumo de cocaína antes de los 18 años a su ingreso a estancia residencial.

Prevalencia de los expuestos: el 88 de los usuarios con dependencia a cocaína con inicio de consumo antes de los 18 años de edad indicó abandonar la actividad escolar antes de los 18 años de edad a su ingreso a estancia residencial.

Prevalencia de los no expuestos: el 59.25% de los usuarios con el antecedente de abandono de actividad escolar antes de los 18 años de edad indicó iniciar el consumo de cocaína después de los 18 años de edad a su ingreso a estancia residencial.

		Edad de abandono escolar menor a los 18 años		Total
		Si	No	
Edad de inicio de consumo de cocaína menor a los 18 años	Si	22	3	25
	No	16	11	27
Total		38	14	52

**Tabla 183.** Tabla 2x2 para prueba de asociación Chi-cuadrada positiva para las variables inicio de consumo de cocaína antes de los 18 años de edad y abandono de actividad escolar antes de los 18 años de edad en usuarios en estancia residencial en el Centro Estatal para la Atención Integral de las Adicciones.

Fuente: Funcionalidad familiar y patología dual en usuarios residenciales en Centro Estatal para la Atención Integral de las Adicciones, Hidalgo, 2015

La asociación entre la variable usuarios con dependencia cocaína que reportaron un inicio de consumo antes de los 18 años y la variable inicio de actividad laboral antes de los 15 años fue positiva para la prueba de asociación Chi – cuadrada ( $X^2 = 6.385$ ,  $gl = 1$ ,  $p = 0.012$ ) con una razón de momios de 4.371 y un IC 95% (1.355 – 14.105).

Existe un riesgo 4.371 veces mayor de que los usuarios con dependencia a cocaína con inicio de consumo antes de los 18 años reporten el antecedente de inicio de actividad laboral antes de los 15 años de edad a su ingreso a estancia residencial.

Prevalencia de global: el 84.28% de los usuarios con dependencia a cocaína que iniciaron su consumo antes de los 18 años de edad indicó el antecedente de inicio de actividad laboral antes de los 15 años de edad su ingreso a estancia residencial.

Prevalencia de los expuestos: el 64.28% de los usuarios con el antecedente de inicio de actividad laboral antes de los 15 años de edad cumplió criterios diagnósticos para dependencia a cocaína a su ingreso a estancia residencial.

Prevalencia de los no expuestos: el 29.16% de los usuarios con dependencia a cocaína que iniciaron su consumo antes de los 18 años de edad indicó inicio de actividad laboral después de los 15 años de edad a su ingreso a estancia residencial.

		Edad de inicio de consumo de cocaína menor a los 15 años		Total
		Si	No	
Inicio de actividad laboral antes de los 18 años	Si	18	10	28
	No	7	17	24
Total		25	27	52

**Tabla 184.** Tabla 2x2 para prueba de asociación Chi-cuadrada positiva para las variables inicio de consumo de cocaína antes de los 18 años de edad e inicio de actividad laboral antes de los 15 años de edad en usuarios en estancia residencial en el Centro Estatal para la Atención Integral de las Adicciones.

Fuente: Funcionalidad familiar y patología dual en usuarios residenciales en Centro Estatal para la Atención Integral de las Adicciones, Hidalgo, 2015

La asociación entre la variable usuarios con dependencia cocaína que inicio su consumo antes de los 18 años y la variable antecedentes penales fue positiva para la prueba de asociación Chi – cuadrada ( $X^2 = 7.775$ ,  $gl = 1$ ,  $p = 0.005$ ) con una razón de momios de 5.143 y un IC 95% (1.574 – 16.808).

Existe un riesgo 5.143 veces mayor de que los usuarios con dependencia a cocaína con inicio de consumo antes de los 18 años reportaran antecedentes penales a su ingreso en estancia residencial.

Prevalencia de global: el 92.59% de los usuarios con dependencia a cocaína que inició su consumo antes de los 18 años de edad indicaron la presencia de antecedente penales a su ingreso a estancia residencial.

Prevalencia de los expuestos: el 66.66% de los usuarios con antecedentes penales indicados a su ingreso a estancia residencial cumplió con los criterios diagnóstico para dependencia a cocaína a su ingreso a estancia residencial.

Prevalencia de los no expuestos: el 28% de los usuarios con dependencia a cocaína con inicio de consumo antes los 18 años de edad no indicó la presencia de antecedentes penales a su ingreso a estancia residencial.

		Edad de inicio de consumo de cocaína menor a los 18 años		Total
		Si	No	
Antecedentes penales	Si	18	9	27
	No	7	18	25
Total		25	27	52

**Tabla 185.** Tabla 2x2 para prueba de asociación Chi-cuadrada positiva para las variables inicio de consumo de cocaína antes de los 18 años de edad y presencia de antecedentes penales en usuarios en estancia residencial en el Centro Estatal para la Atención Integral de las Adicciones.

Fuente: Funcionalidad familiar y patología dual en usuarios residenciales en Centro Estatal para la Atención Integral de las Adicciones, Hidalgo, 2015

- a) Análisis cualitativo de los usuarios en estancia residencial que cumplieron con el diagnóstico de dependencia a cocaína que iniciaron su consumo antes de los 18 años de edad y diagnóstico de trastorno de la personalidad.

La asociación entre la variable usuarios con dependencia cocaína que reportaron un inicio de consumo antes de los 18 años y la diagnóstico de trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad tipo impulsivo fue positiva para la prueba de asociación Chi – cuadrada ( $X^2 = 6.240$ ,  $gl = 1$ ,  $p = 0.012$ ) con una razón de momios de 2.040 con un IC 95% (1.123 – 3.707).

Existe un riesgo 2.040 veces mayor de que los usuarios con dependencia a cocaína con inicio de consumo antes de los 18 años de cumplir con los criterios diagnósticos de trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad tipo impulsivo a su ingreso en estancia residencial.

Prevalencia de global: el 96.15% de los usuarios con dependencia a cocaína con inicio antes de los 18 años de edad cumplió criterios diagnósticos para el trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad de tipo impulsivo a su ingreso a estancia residencial.

Prevalencia de los expuestos: el 68% de los usuarios con el diagnóstico de trastorno de inestabilidad emocional tipo impulsivo cumplió criterios diagnósticos para dependencia a cocaína con inicio de consumo antes de los 18 años de edad a su ingreso a estancia residencial.

Prevalencia de los no expuestos: el 33.33% de los usuarios dependencia cocaína con inicio de consumo antes de los 18 años de edad no completo criterios diagnósticos para trastorno de la inestabilidad emocional de la personalidad tipo impulsivo a su ingreso a estancia residencial.

		Edad de inicio de consumo de cocaína menor a los 18 años		Total
		Si	No	
Trastorno impulsivo de la personalidad	Si	17	8	25
	No	9	18	27
Total		26	26	52

**Tabla 186.** Tabla 2x2 para prueba de asociación Chi-cuadrada positiva para las variables inicio de consumo de cocaína antes de los 18 años de edad y diagnóstico de trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad tipo impulsivo en usuarios en estancia residencial en el Centro Estatal para la Atención Integral de las Adicciones.

Fuente: Funcionalidad familiar y patología dual en usuarios residenciales en Centro Estatal para la Atención Integral de las Adicciones, Hidalgo, 2015

- Análisis cualitativo de patrón de consumo en usuarios con dependencia a cocaína en estancia residencial.
- a) Análisis cualitativo de los usuarios con dependencia a cocaína e iniciaron con patrón inicial de consumo con más de tres gramos por semana y variables sociodemográficas de interés.

La asociación entre la variable usuarios con dependencia cocaína con patrón inicial de consumo mayor a tres gramos por semana y la variable abandono de actividad laboral por consumo fue positiva para la prueba de asociación Chi – cuadrada ( $X^2 = 5.675$ ,  $gl = 1$ ,  $p = 0.017$ ) con una razón de momios de 9.524 y un IC 95% (1.115 – 81.345).

Existe un riesgo 9.524 veces mayor de que los usuarios con el diagnóstico de dependencia a cocaína con inicio de consumo mayor a tres gramos por semana de indicar el antecedente de abandono de actividad laboral por consumo de sustancias a su ingreso a estancia residencial.

Prevalencia de global: el 75.60% de los usuarios con el antecedente de abandono de actividad laboral por consumo de sustancias indicó un patrón inicial de consumo de cocaína de más de tres gramos por semana a su ingreso a estancia residencial.

Prevalencia de los expuestos: el 51.21% de los usuarios con dependencia a cocaína con inicio de consumo mayor de tres gramos por semana de edad indicó abandonar actividad laboral por consumo de sustancias a su ingreso a estancia residencial.

Prevalencia de los no expuestos: el 90.90% de los usuarios con el antecedente de abandono de actividad laboral por consumo de sustancias indicó iniciar su consumo de cocaína menor a tres gramos por semana a estancia residencial.

		Motivo de abandono de actividad laboral		Total
		Si	No	
Patrón inicial de consumo de cocaína mayor a 3 gramos por semana	Si	21	20	41
	No	10	11	11
Total		31	30	52

**Tabla 187.** Tabla 2x2 para prueba de asociación Chi-cuadrada positiva para las variables patrón inicial de consumo de cocaína mayor a tres gramos por semana y abandono de actividad laboral por consumo de sustancias en usuarios en estancia residencial en el Centro Estatal para la Atención Integral de las Adicciones.

Fuente: Funcionalidad familiar y patología dual en usuarios residenciales en Centro Estatal para la Atención Integral de las Adicciones, Hidalgo, 2015

- b) Análisis cualitativo de los usuarios en estancia residencial que cumplieron con el diagnóstico de dependencia a cocaína e iniciaron su consumo con más de tres gramos por semana y trastornos de la personalidad.

La asociación entre la variable usuarios con dependencia cocaína que reportaron un inicio de consumo mayor de tres gramos por semana y la trastorno de la personalidad de tipo antisocial fue positiva para la prueba de asociación Chi – cuadrada ( $X^2 = 5.410$ ,  $gl = 1$ ,  $p = 0.020$ ) con una razón de momios de 4.950 y un IC 95% (1.021 – 20.397): existe un riesgo 4.950 veces mayor de que los usuarios con dependencia a cocaína con inicio de consumo mayor a tres gramos por semana cumplan con los criterios diagnósticos para trastorno de la personalidad antisocial a su ingreso a estancia residencial.



Prevalencia de global: el 78.57% de los usuarios con dependencia a cocaína con un patrón inicial de consumo mayor a tres gramos por semana cumplió criterios diagnósticos para el trastorno antisocial de la personalidad a su ingreso a estancia residencial.

Prevalencia de los expuestos: el 42.85% de los usuarios con el diagnóstico de trastorno antisocial de la personalidad indicó un patrón inicial de consumo de cocaína mayor a tres gramos por semana a su ingreso a estancia residencial.

Prevalencia de los no expuestos: el 13.15% de los usuarios con dependencia cocaína con un patrón inicial de consumo mayor a tres gramos por semana no completo criterios diagnósticos para trastorno antisocial de la personalidad tipo impulsivo a su ingreso a estancia residencial.

		Patrón inicial de consumo mayor a 3 gramos por semana		Total
		No	Si	
Trastorno antisocial de la personalidad	Si	6	8	14
	No	5	33	38
Total		11	41	52

**Tabla 188.** Tabla 2x2 para prueba de asociación Chi-cuadrada positiva para las variables patrón inicial de consumo de cocaína mayor a tres gramos por semana y diagnóstico de trastorno antisocial de la personalidad en usuarios en estancia residencial en el Centro Estatal para la Atención Integral de las Adicciones.

Fuente: Funcionalidad familiar y patología dual en usuarios residenciales en Centro Estatal para la Atención Integral de las Adicciones, Hidalgo, 2015

- Análisis cualitativo de los usuarios en estancia residencial que cumplieron con el diagnóstico de dependencia a estimulantes, variables de interés y razón de momios.

El 68% de los residentes con diagnóstico de dependencia a estimulantes en el momento de su ingreso cumplieron con los diagnósticos de dependencia a cannabis.

El 64% de los residentes con diagnóstico de dependencia estimulantes en el momento de su ingreso a unidad residencial cumplieron con el diagnóstico de dependencia alcohol.

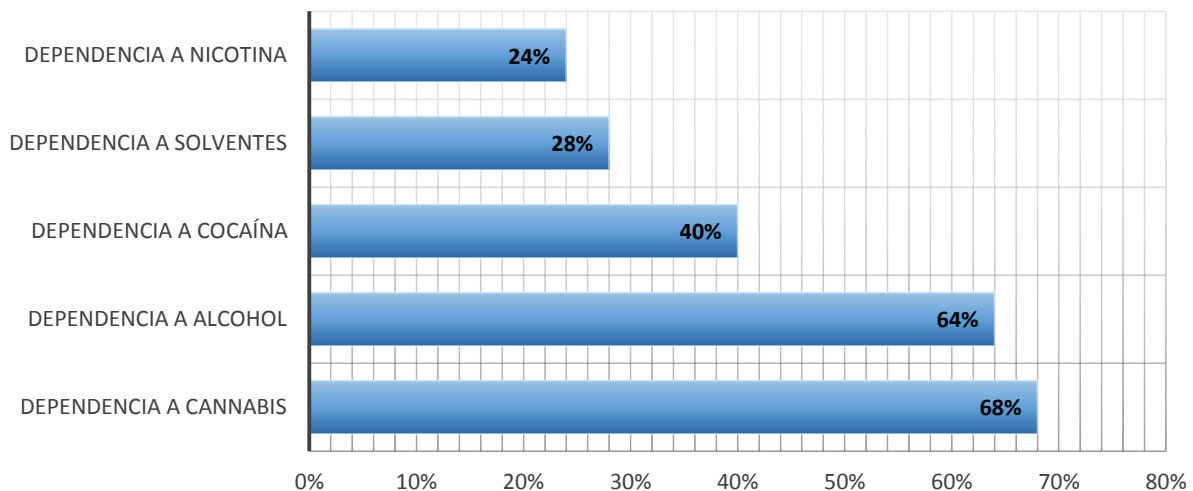
El 40% de los residentes con diagnóstico de dependencia a estimulantes en el momento de su ingreso cumplieron con los criterios diagnósticos para dependencia a cocaína.

El 28% de los residentes con diagnóstico de dependencia a estimulantes en el momento de su ingreso cumplieron con los criterios de diagnósticos solventes volátiles.

El 24% de los residentes con diagnóstico de dependencia a estimulantes en el momento de su ingreso cumplieron con los criterios de dependencia a nicotina

El 96% de los residentes con diagnóstico de dependencia a estimulantes en el momento de su ingreso cumplieron con los criterios diagnósticos para la dependencia simultánea de más de una sustancia.

**Usuarios en estancia residencial con diagnósticos de dependencia a estimulantes que cumplieron con criterios diagnóstico para dependencia a otras sustancias**



**Figura 41.** Usuarios con consumo de estimulantes y su relación con el consumo de otras sustancias a su ingreso a estancia residencial en el Centro Estatal para la Atención Integral a las Adicciones.

Fuente: Funcionalidad familiar y patología dual en usuarios residenciales en Centro Estatal para la Atención Integral de las Adicciones, Hidalgo, 2015

- a) Análisis cualitativo de los usuarios en estancia residencial que cumplieron con el diagnóstico de dependencia a estimulantes, variables sociodemográficas y razón de momios.

La asociación entre la variable usuarios con dependencia estimulantes e inicio de su consumo antes de los 25 años de edad fue positiva para la prueba de asociación Chi – cuadrada ( $X^2 = 6.350$ ,  $gl = 1$ ,  $p = 0.012$ ) con una razón de momios de 4.071 y un IC 95% (1.059 –15.647).

Existe un riesgo 4.071 veces mayor de que los usuarios con dependencia a estimulantes reportara el antecedente de su inicio de consumo antes de los 25 años de edad a su ingreso a estancia residencial.

Prevalencia de global: el 17.73% de los usuarios con dependencia a estimulantes indicó iniciar su consumo antes de los 25 años de edad a su ingreso a estancia residencial.

Prevalencia de los expuestos: el 16.31% de los usuarios menores de 25 años de edad cumplió criterios diagnósticos para dependencia a estimulantes a su ingreso a estancia residencial.

Prevalencia de los no expuestos: el 3.38% de los usuarios con dependencia estimulantes indicó iniciar su consumo después de los 25 años de edad a su ingreso a estancia residencial.

		Consumo de estimulantes		Total
		Si	No	
Usuarios con edad comprendida entre 13 a 25 años	Si	23	118	141
	No	2	57	59
Total		25	175	200

**Tabla 189.** Tabla 2x2 para prueba de asociación Chi-cuadrada positiva para las variables consumo de estimulantes y edad comprendida entre los 13 a 25 años de edad en usuarios en estancia residencial en el Centro Estatal para la Atención Integral de las Adicciones.

Fuente: Funcionalidad familiar y patología dual en usuarios residenciales en Centro Estatal para la Atención Integral de las Adicciones, Hidalgo, 2015

- c) Análisis cualitativo de los usuarios en estancia residencial que cumplieron con el diagnóstico de dependencia a estimulantes y dependencia a otras sustancias.

La asociación entre la variable usuarios con dependencia estimulantes y la variable dependencia alcohol fue positiva para la prueba de asociación Chi – cuadrada ( $X^2 = 9.882$ ,  $gl = 1$ ,  $p = 0.002$ ) con una razón de momios de 3.188 y un IC 95% (1.554 – 6.539): existe un riesgo 3.188 veces mayor de que los usuarios con dependencia a estimulantes cumplieran criterios diagnósticos para dependencia alcohol a su ingreso a estancia residencial.

Prevalencia de global: el 14.70% de los usuarios con dependencia a estimulantes cumplió criterios diagnósticos para dependencia alcohol a su ingreso a estancia residencial.

Prevalencia de los expuestos: el 9.41% de los usuarios con dependencia alcohol cumplió criterios diagnósticos para dependencia alcohol a su ingreso a estancia residencial.

Prevalencia de los no expuestos: el 30% de los usuarios con dependencia estimulantes no cumplió criterios diagnósticos para dependencia alcohol a su ingreso a estancia residencial.

		Consumo de estimulantes		Total
		Si	No	
Consumo de alcohol	Si	16	154	170
	No	9	21	30
Total		25	175	200

**Tabla 190.** Tabla 2x2 para prueba de asociación Chi-cuadrada positiva para las variables consumo de estimulantes y consumo de alcohol en usuarios en estancia residencial en el Centro Estatal para la Atención Integral de las Adicciones.

Fuente: Funcionalidad familiar y patología dual en usuarios residenciales en Centro Estatal para la Atención Integral de las Adicciones, Hidalgo, 2015

La asociación entre la variable usuarios con dependencia estimulantes y la variable dependencia simultánea a más de una sustancia fue positiva para la prueba de asociación Chi – cuadrada ( $X^2 = 7.426$ ,  $gl = 1$ ,  $p = 0.006$ ) con una razón de momios de 10.146 y un IC95% (1.334 – 76.984).

Existe un riesgo 10.146 veces mayor de que los usuarios con dependencia a estimulantes cumplan criterios diagnósticos para dependencia simultánea a más de una sustancia su ingreso a estancia residencial.

Prevalencia de global: el 17% de los usuarios con dependencia a estimulantes cumplió criterios diagnósticos para dependencia simultánea a más de una sustancia a su ingreso a estancia residencial.

Prevalencia de los expuestos: el 16.32% de los usuarios con dependencia simultánea a más de una sustancia cumplió criterios diagnósticos para dependencia estimulantes a su ingreso a estancia residencial.

Prevalencia de los no expuestos: el 1.75% de los usuarios con dependencia estimulantes no cumplió criterios diagnósticos para dependencia simultánea a más de una sustancia a su ingreso a estancia residencial.

		Consumo de estimulantes		Total
		Si	No	
Policonsumo de sustancias	Si	24	123	147
	No	1	52	53
Total		25	175	200

**Tabla 191.** Tabla 2x2 para prueba de asociación Chi-cuadrada positiva para las variables consumo de estimulantes y dependencia a simultánea a más de una sustancia en usuarios en estancia residencial en el Centro Estatal para la Atención Integral de las Adicciones.

Fuente: Funcionalidad familiar y patología dual en usuarios residenciales en Centro Estatal para la Atención Integral de las Adicciones, Hidalgo, 2015

d) Análisis cualitativo de los usuarios en estancia residencial que cumplieron con el diagnóstico de dependencia a estimulantes y antecedentes familiares.

La asociación entre la variable usuarios con dependencia a estimulantes y la variable antecedente de separación materna fue positiva para la prueba de asociación Chi – cuadrada ( $X^2 = 5.283$ ,  $gl = 1$ ,  $p = 0.022$ ) con una razón de momios de 2.850 y un IC 95% (1.134 – 7.164): existe un riesgo 2.850 veces mayor de que los usuarios con dependencia a estimulantes indicaran el antecedente de separación materna a su ingreso a estancia residencial.

Prevalencia de global: el 24.75% de los usuarios con dependencia a estimulantes indicó el antecedente separación de materna a su ingreso a estancia residencial.

Prevalencia de los expuestos: el 17.82% de los usuarios con el antecedente de separación materna cumplió criterios diagnósticos para dependencia estimulantes a su ingreso a estancia residencial.

Prevalencia de los no expuestos: el 7.07% de los usuarios con dependencia estimulantes no indicó el antecedente de separación materna a su ingreso a estancia residencial.

		Consumo de estimulantes		Total
		Si	No	
Estado civil materno separada	Si	18	83	101
	No	7	92	99
Total		25	175	200

**Tabla 192.** Tabla 2x2 para prueba de asociación Chi-cuadrada positiva para las variables consumo de estimulantes y antecedente de separación materna en usuarios en estancia residencial en el Centro Estatal para la Atención Integral de las Adicciones.

Fuente: Funcionalidad familiar y patología dual en usuarios residenciales en Centro Estatal para la Atención Integral de las Adicciones, Hidalgo, 2015

La asociación entre la variable usuarios con dependencia a estimulantes y el antecedente de separación paterna fue positiva para la prueba de asociación Chi – cuadrada ( $X^2 = 5.567$ ,  $gl = 1$ ,  $p = 0.018$ ) con una razón de momios de 2.048 con un IC 95% (1.003 – 4.180): existe un riesgo 2.048 veces mayor de que los usuarios con dependencia a estimulantes reportaran el antecedente de separación paterna a su ingreso a estancia residencial.

Prevalencia de global: el 27.17% de los usuarios con dependencia a estimulantes indicó el antecedente de separación paterna a su ingreso a estancia residencial.

Prevalencia de los expuestos: el 6.52% de los usuarios con el antecedente de separación paterna cumplió criterios diagnósticos para dependencia estimulantes a su ingreso a estancia residencial.

Prevalencia de los no expuestos: el 17.59% de los usuarios con dependencia estimulantes no indicó el antecedente de separación paterna a su ingreso a estancia residencial.

		Consumo de estimulantes		Total
		Si	No	
Separación paterna	Si	6	86	92
	No	19	84	108
Total		25	175	200

**Tabla 193.** Tabla 2x2 para prueba de asociación Chi-cuadrada positiva para las variables consumo de estimulantes y antecedente de separación paterna en usuarios en estancia residencial en el Centro Estatal para la Atención Integral de las Adicciones.

Fuente: Funcionalidad familiar y patología dual en usuarios residenciales en Centro Estatal para la Atención Integral de las Adicciones, Hidalgo, 2015

- e) Análisis cualitativo de los usuarios en estancia residencial que cumplieron con el diagnóstico de dependencia a estimulantes y trastornos psiquiátricos.

La asociación entre la variable usuarios con dependencia estimulantes y el diagnóstico de trastorno distímico fue positiva para la prueba de asociación Chi – cuadrada ( $X^2 = 5.833$ ,  $gl = 1$ ,  $p = 0.016$ ) con una razón de momios de 2.900 y un IC 95% (1.188 – 7.079).

Existe un riesgo 2.900 veces mayor de que los usuarios con dependencia a estimulantes cumplieran con los criterios de diagnósticos para trastorno distímico a su ingreso a estancia residencial.

Prevalencia de global: el 27.47% de los usuarios con dependencia a estimulantes cumplió criterios diagnósticos para trastorno distímico a su ingreso a estancia residencial.

Prevalencia de los expuestos: el 18.66% de los usuarios con trastorno distímico cumplió criterios diagnósticos para dependencia estimulantes a su ingreso a estancia residencial.

Prevalencia de los no expuestos: el 7.33% de los usuarios con dependencia estimulantes no cumplió criterios diagnósticos para trastorno distímico a su ingreso a estancia residencial.

		Consumo de estimulantes		Total
		Si	No	
Trastorno distimico	Si	17	74	91
	No	8	101	109
Total		25	175	200

**Tabla 194.** Tabla 2x2 para prueba de asociación Chi-cuadrada positiva para las variables consumo de estimulantes y diagnóstico trastorno distimico por medio de la MINI en usuarios en estancia residencial en el Centro Estatal para la Atención Integral de las Adicciones.

Fuente: Funcionalidad familiar y patología dual en usuarios residenciales en Centro Estatal para la Atención Integral de las Adicciones, Hidalgo, 2015

La asociación entre la variable usuarios con dependencia estimulantes y el diagnóstico de trastorno depresivo recurrente fue positiva para la prueba de asociación Chi – cuadrada ( $X^2 = 7.953$ ,  $gl = 1$ ,  $p = 0.005$ ) con una razón de momios de 7.818 con un IC 95% (1.486 – 4.147).

Existe un riesgo 7.818 veces mayor de que los usuarios con dependencia a estimulantes cumplieran criterios de diagnósticos para trastorno depresivo recurrente a su ingreso a estancia residencial.

Prevalencia de global: el 24% de los usuarios con el diagnóstico de trastorno depresivo recurrente cumplió criterios diagnósticos para dependencia estimulantes a su ingreso a estancia residencial.

Prevalencia de los expuestos: el 12% de los usuarios con dependencia a estimulantes cumplió con criterios diagnósticos para trastorno depresivo recurrente a su ingreso a estancia residencial.

Prevalencia de los no expuestos: el 1.71% de los usuarios con trastorno depresivo recurrente no cumplió criterios diagnósticos para dependencia a estimulantes a su ingreso a estancia residencial.

		Trastorno depresivo recurrente		Total
		Si	No	
Consumo de estimulantes	Si	3	22	25
	No	3	172	175
Total		6	194	200

**Tabla 195.** Tabla 2x2 para prueba de asociación Chi-cuadrada positiva para las variables consumo de estimulantes y diagnóstico trastorno depresivo recurrente por medio de la MINI en usuarios en estancia residencial en el Centro Estatal para la Atención Integral de las Adicciones.

Fuente: Funcionalidad familiar y patología dual en usuarios residenciales en Centro Estatal para la Atención Integral de las Adicciones, Hidalgo, 2015

La asociación entre la variable usuarios con dependencia a estimulantes y el diagnóstico de cualquier trastorno del estado de ánimo fue positiva para la prueba de asociación Chi – cuadrada ( $X^2 = 4.638$ ,  $gl = 1$ ,  $p = 0.031$ ) con una razón de momios de 2.792 y un IC 95% (1.064 – 7.326): existe un riesgo 2.792 veces mayor de que los usuarios con dependencia a estimulantes de cumplir con los criterios de diagnósticos para cualquier trastorno del estado de ánimo a su ingreso a estancia residencial.

Prevalencia de global: el 22.32% de los usuarios con dependencia a estimulantes cumplió criterios diagnósticos para cualquier trastorno del estado de ánimo a su ingreso a estancia residencial.

Prevalencia de los expuestos: el 16.96% de los usuarios con cualquier trastorno del estado de ánimo cumplió con criterios diagnósticos para dependencia a estimulantes a su ingreso a estancia residencial.

Prevalencia de los no expuestos: el 6.81% de los usuarios dependencia a estimulantes no cumplió criterios diagnósticos para algún trastorno del estado de ánimo a su ingreso a estancia residencial.

		Consumo de estimulantes		Total
		Si	No	
Cualquier trastorno del estado de ánimo	Si	19	93	112
	No	6	82	88
Total		25	175	200

**Tabla 196.** Tabla 2x2 para prueba de asociación Chi-cuadrada positiva para las variables consumo de estimulantes y diagnóstico de cualquier trastorno del estado de ánimo por medio de la MINI en usuarios en estancia residencial en el Centro Estatal para la Atención Integral de las Adicciones.

Fuente: Funcionalidad familiar y patología dual en usuarios residenciales en Centro Estatal para la Atención Integral de las Adicciones, Hidalgo, 2015



La asociación entre la variable usuarios con dependencia estimulantes y el diagnóstico de trastorno de la conducta disocial fue positiva para la prueba de asociación Chi – cuadrada ( $X^2 = 4.386$ ,  $gl = 1$ ,  $p = 0.036$ ) con una razón de momios de 2.935 y un IC 95% (1.032 – 8.348): existe un riesgo 2.935 veces mayor de que los usuarios con dependencia a estimulantes de cumplir con los criterios de diagnósticos para trastorno de la conducta disocial a su ingreso a estancia residencial.

Prevalencia de global: el 92% de los usuarios con el diagnóstico de trastorno de la conducta de tipo disocial cumplió criterios diagnósticos para dependencia a estimulantes a su ingreso a estancia residencial.

Prevalencia de los expuestos: el 24% de los usuarios con dependencia a estimulantes cumplió criterios diagnósticos para el trastorno de la conducta de tipo disocial a su ingreso a estancia residencial y la prevalencia de los no expuestos: el 9.71% de los usuarios con dependencia a estimulantes no cumplió criterios diagnósticos para el trastorno de la conducta de tipo disocial a su ingreso a estancia residencial.

		Trastorno de la conducta disocial		Total
		Si	No	
Consumo de estimulantes	Si	6	19	25
	No	17	158	175
Total		23	177	200

**Tabla 197.** Tabla 2x2 para prueba de asociación Chi-cuadrada positiva para las variables consumo de estimulantes y diagnóstico de cualquier trastorno de la conducta en usuarios en estancia residencial en el Centro Estatal para la Atención Integral de las Adicciones.

Fuente: Funcionalidad familiar y patología dual en usuarios residenciales en Centro Estatal para la Atención Integral de las Adicciones, Hidalgo, 2015

- Análisis cualitativo de los usuarios en estancia residencial que cumplieron con el diagnóstico de dependencia a estimulantes con inicio de consumo antes de los 18 años de edad.
- a) Análisis cualitativo de los usuarios con dependencia a estimulantes con inicio de consumo antes de los 18 años de edad y su asociación la variable dependencia a otras sustancias a su ingreso a estancia residencial.

La asociación entre la variable usuarios con dependencia a estimulantes con inicio de su consumo antes de los 18 años de edad y la variable dependencia al alcohol fue positiva fue positiva para la prueba de asociación Chi – cuadrada ( $X^2 = 7.667$ ,  $gl = 1$ ,  $p = 0.006$ ) con una razón de momios de 17.600 y un IC 95%: (1.709 - 181.290: existe un riesgo 17.600 veces mayor de que los usuarios con dependencia a estimulantes con inicio de su consumo menor a los 18 años cumplieran con los criterios diagnósticos para dependencia alcohol a su ingreso en estancia residencial.

Prevalencia de global: el 81.25% de los usuarios con dependencia alcohol cumplió indicó iniciar el consumo de estimulantes antes de los 18 años de edad a su ingreso a estancia residencial.

Prevalencia de los expuestos: el 31.25% de los usuarios con dependencia a estimulantes con inicio de consumo menor a los 18 años de edad cumplió criterios diagnósticos para dependencia alcohol a su ingreso a estancia residencial.

Prevalencia de los no expuestos: el 88.88% de los usuarios con dependencia a estimulantes con inicio de consumo mayor a los 18 años de edad no cumplió criterios diagnósticos para dependencia alcohol a su ingreso a estancia residencial.

		Edad de inicio de estimulantes menor a los 18 años de edad		Total
		Si	No	
Consumo de alcohol	Si	5	11	16
	No	8	1	9
Total		13	12	25

**Tabla 198.** Tabla 2x2 para prueba de asociación Chi-cuadrada positiva para las variables consumo de estimulantes antes de los 18 años de edad y consumo de alcohol en usuarios en estancia residencial en el Centro Estatal para la Atención Integral de las Adicciones.

Fuente: Funcionalidad familiar y patología dual en usuarios residenciales en Centro Estatal para la Atención Integral de las Adicciones, Hidalgo, 2015

La asociación entre la variable usuarios con dependencia estimulantes con inicio de consumo antes de los 18 años de edad y la variable dependencia a solventes fue positiva fue positiva para la prueba de asociación Chi – cuadrada ( $X^2 = 4.427$ ,  $gl = 1$ ,  $p = 0.035$ ) con una razón de momios de 5.538 y un IC 95% (1.775 - 39.565).

Existe un riesgo 5.538 veces mayor de que los usuarios con dependencia a estimulantes con inicio de consumo menor a los 18 años cumplan con los criterios diagnósticos de dependencia solventes volátiles a su ingreso a estancia residencial.

Prevalencia de global: el 53.84% de los usuarios con inicio de consumo antes de los 18 años de edad cumplió criterios diagnósticos dependencia a solventes volátiles su ingreso a estancia residencial.

Prevalencia de los expuestos: el 46.15% de los usuarios con dependencia a solventes volátiles indicó iniciar el consumo de estimulantes antes de los 18 años de edad a su ingreso a estancia residencial.

Prevalencia de los no expuestos: el 8.33% de los usuarios con dependencia a estimulantes con inicio de consumo antes de los 18 años de edad no cumplió criterios diagnósticos para dependencia a solventes volátiles a su ingreso a estancia residencial.

		Edad de inicio de estimulantes menor a los 18 años de edad		Total
		Si	No	
Consumo de solventes	Si	6	1	7
	No	7	11	18
Total		13	12	25

**Tabla 199.** Tabla 2x2 para prueba de asociación Chi-cuadrada positiva para las variables consumo de estimulantes antes de los 18 años de edad y consumo de alcohol en usuarios en estancia residencial en el Centro Estatal para la Atención Integral de las Adicciones.

Fuente: Funcionalidad familiar y patología dual en usuarios residenciales en Centro Estatal para la Atención Integral de las Adicciones, Hidalgo, 2015

- b) Análisis cualitativo de los usuarios en estancia residencial que cumplieron con el diagnóstico de dependencia a estimulantes e iniciaron su consumo antes de los 18 años de edad y su asociación con antecedentes de salud mental.

La asociación entre la variable usuarios con dependencia estimulantes con inicio de consumo antes de los 18 años de edad y el antecedente de maltrato infantil de tipo físico fue positivo fue positiva para la prueba de asociación Chi – cuadrada ( $X^2 = 6.740$ ,  $gl = 1$ ,  $p = 0.009$ ) con una razón de momios de 10.000 y un IC 95% (1.594 - 62.732).

Existe un riesgo 10.000 veces mayor de que los usuarios en estancia residencial con el diagnóstico de dependencia a estimulantes con inicio de su consumo menor a los 18 años refirieran el antecedente a su ingreso de maltrato infantil de tipo físico.

Prevalencia de global: el 100% de los usuarios con dependencia a estimulantes indicó a su ingreso a estancia residencial el antecedente de maltrato infantil de tipo físico.

Prevalencia de los expuestos: el 76.92% de los usuarios el antecedente de maltrato infantil de tipo físico indicó iniciar consumo de estimulantes antes de los 18 años de edad a su ingreso a estancia residencial.

Prevalencia de los no expuestos: el 25% de los usuarios dependencia a estimulantes con inicio de consumo después de los 18 años de edad no indicó a su ingreso a estancia residencial el antecedente de maltrato infantil de tipo físico.

		Edad de inicio de estimulantes menor a los 18 años de edad		Total
		Si	No	
Antecedentes de maltrato físico en la infancia	Si	10	3	13
	No	3	9	12
Total		13	12	25

**Tabla 200.** Tabla 2x2 para prueba de asociación Chi-cuadrada positiva para las variables consumo de estimulantes antes de los 18 años de edad y en antecedente de maltrato infantil de tipo físico en usuarios en estancia residencial en el Centro Estatal para la Atención Integral de las Adicciones.

Fuente: Funcionalidad familiar y patología dual en usuarios residenciales en Centro Estatal para la Atención Integral de las Adicciones, Hidalgo, 2015

La asociación entre la variable usuarios con dependencia a estimulantes con inicio de su consumo antes de los 18 años de edad y el antecedente de maltrato infantil de tipo emocional fue positiva para la prueba de asociación Chi – cuadrada ( $X^2 = 3.949$ ,  $gl = 1$ ,  $p = 0.047$ ) con una razón de momios de 8.571 y un IC 95% (1.825 – 89.040):

Existe un riesgo 8.571 veces mayor de que los usuarios con dependencia a estimulantes con inicio de su consumo menor a los 18 años de indicar el antecedente a su ingreso de maltrato infantil de tipo emocional en estancia residencial.

Prevalencia de global: el 68.42% de los usuarios con dependencia a estimulantes que inicio su consumo antes de los 18 años de edad indicó a su ingreso el antecedente de maltrato infantil de tipo emocional.

Prevalencia de los expuestos: el 63.15% de los usuarios con el antecedente de maltrato infantil de tipo emocional a su ingreso a estancia residencial inició su consumo de estimulantes antes de los 18 años de edad.

Prevalencia de los no expuestos: el 16.6% de los usuarios con dependencia a estimulantes que iniciaron su consumo después de los 18 años de edad no indicó el antecedente de maltrato infantil de tipo emocional a su ingreso a estancia residencial.

		Edad de inicio de estimulantes menor a los 18 años de edad		Total
		Si	No	
Antecedentes de maltrato emocional en la infancia	Si	12	7	19
	No	1	5	6
Total		19	12	25

**Tabla 201.** Tabla 2x2 para prueba de asociación Chi-cuadrada positiva para las variables consumo de estimulantes antes de los 18 años de edad y en antecedente de maltrato infantil de tipo emocional en usuarios en estancia residencial en el Centro Estatal para la Atención Integral de las Adicciones.

Fuente: Funcionalidad familiar y patología dual en usuarios residenciales en Centro Estatal para la Atención Integral de las Adicciones, Hidalgo, 2015

- Análisis cualitativo de los usuarios en estancia residencial que cumplieron con el diagnóstico de dependencia a benzodiazepinas, variables de interés y razón de momios.

El 3.5% de los usuarios en estancia residencial cumplieron con el diagnóstico de dependencia a benzodiazepinas.

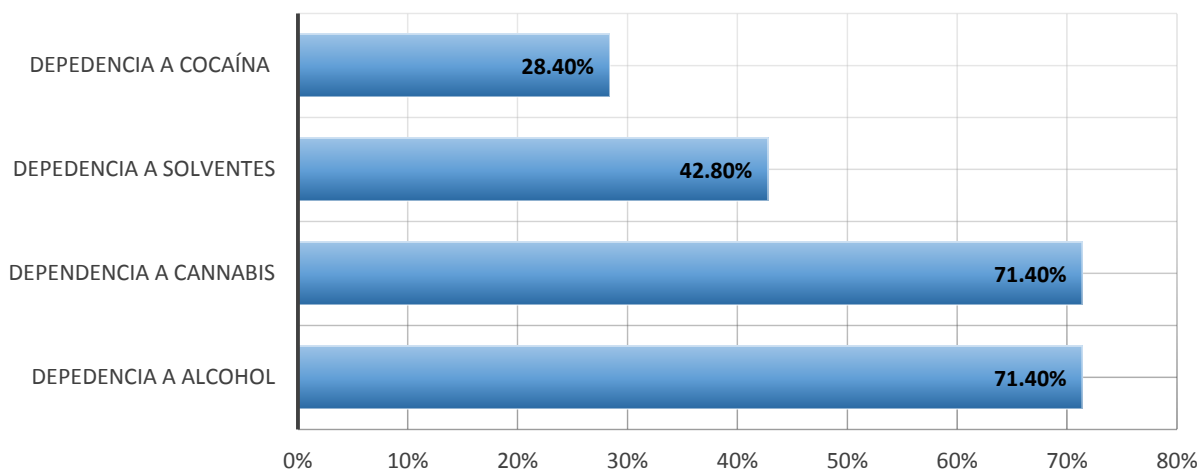
El 71.4% de los usuarios en estancia residencial que cumplieron con el diagnóstico de dependencia a benzodiazepinas cumplieron con criterios para dependencia alcohol al momento de su ingreso.

El 71.4% de los usuarios en estancia residencial que cumplieron con los diagnósticos de dependencia a benzodiazepinas cumplieron con los criterios para dependencia a cannabis al momento de su ingreso.

El 28.4% de los usuarios en estancia residencial que cumplieron con los diagnósticos de dependencia a benzodiazepinas cumplieron criterios para dependencia a cocaína.

El 42.8% de los usuarios en estancia residencial que cumplieron con los diagnósticos de dependencia a benzodiazepinas cumplieron criterios para dependencia a solventes.

### Usuarios con dependencia a benzodiazepinas que cumplieron criterios para la dependencia a otras sustancias a su ingreso al CEAIA



**Figura 42.** Usuarios con consumo de benzodiazepinas y su relación con el consumo de otras sustancias a su ingreso a estancia residencial en el Centro Estatal para la Atención Integral a las Adicciones.

Fuente: Funcionalidad familiar y patología dual en usuarios residenciales en Centro Estatal para la Atención Integral de las Adicciones, Hidalgo, 2015

- a) Análisis cualitativo de los usuarios en estancia residencial que cumplieron con el diagnóstico de dependencia a benzodiazepinas, variables sociodemográficas y razón de momios.

La asociación entre la variable usuarios con dependencia benzodiazepinas y la variable de antecedentes penales fue positiva para la prueba de asociación Chi – cuadrada ( $X^2 = 4.231$ ,  $gl = 1$ ,  $p = 0.040$ ) con una razón de momios de 2.321 y un IC 95% (1.038 –1.076).

Existe un riesgo 2.321 veces mayor de que los usuarios en estancia residencial con el diagnóstico de dependencia a benzodiazepinas de referir antecedente penales a su ingreso.

Prevalencia de global: el 10% de los usuarios con dependencia a benzodiazepinas presentó a su ingreso a estancia residencial contar con antecedentes penales.

Prevalencia de los expuestos: el 7.14% de los usuarios con antecedentes penales cumplió criterios diagnósticos para dependencia a benzodiazepinas a su ingreso a estancia residencial.

Prevalencia de los no expuestos: el 1.53% de los usuarios con dependencia benzodiazepinas no indicaron a su ingreso a estancia residencial contar con antecedentes penales.

		Consumo de benzodiazepinas		Total
		Si	No	
Antecedentes penales	Si	5	65	70
	No	2	128	7
Total		7	193	200

**Tabla 202.** Tabla 2x2 para prueba de asociación Chi-cuadrada positiva para las variables consumo de benzodiazepinas y antecedentes penales en usuarios en estancia residencial en el Centro Estatal para la Atención Integral de las Adicciones.

Fuente: Funcionalidad familiar y patología dual en usuarios residenciales en Centro Estatal para la Atención Integral de las Adicciones, Hidalgo, 2015

- b) Análisis cualitativo de los usuarios en estancia residencial que cumplieron con el diagnóstico de dependencia a benzodiazepinas, variables sobre salud mental y razón de momios.

La asociación entre la variable usuarios con dependencia benzodiazepinas y la variable de inicio de tratamiento psicofarmacológico al ingreso a unidad residencial fue positiva para la prueba de asociación Chi – cuadrada ( $X^2 = 15.776$ ,  $gl = 1$ ,  $p = 0.000$ ) con una razón de momios de 2.116 y un IC 95% (1.898 – 4.983).

Existe un riesgo 2.116 veces mayor de que los usuarios con dependencia a benzodiazepinas de iniciar tratamiento psicofarmacológico a su ingreso a estancia residencial.

Prevalencia de global: el 31.81% de los usuarios con inicio de tratamiento psicofarmacológico a su ingreso a estancia residencial cumplió criterios diagnósticos para dependencia a benzodiazepinas a su ingreso a estancia residencial.

Prevalencia de los expuestos: el 57.14% de los usuarios con dependencia a benzodiazepinas cumplió criterios para inicio de tratamiento psicofarmacológico a su ingreso a estancia residencial.

Prevalencia de los no expuestos: el 9.3% de los usuarios con inicio de tratamiento psicofarmacológico no cumplió criterios diagnósticos para diagnóstico de benzodiazepinas a su ingreso a estancia residencial.

		Antecedentes de tratamiento psicofarmacológico		Total
		Si	No	
Consumo de benzodiazepinas	Si	4	3	7
	No	18	175	193
Total		22	178	200

**Tabla 203.** Tabla 2x2 para prueba de asociación Chi-cuadrada positiva para las variables consumo de benzodiazepinas y antecedentes de tratamiento psicofarmacológico previo a su ingreso en usuarios en estancia residencial en el Centro Estatal para la Atención Integral de las Adicciones.

Fuente: Funcionalidad familiar y patología dual en usuarios residenciales en Centro Estatal para la Atención Integral de las Adicciones, Hidalgo, 2015

- Análisis cualitativo de los usuarios en estancia residencial que cumplieron con los diagnósticos de episodio depresivo, variables de interés y razón de momios.

La asociación entre la variable episodio depresivo y antecedente de intento suicida fue positiva para la prueba de asociación Chi – cuadrada ( $X^2 = 7.405$ ,  $gl = 1$ ,  $p = 0.007$ ) con una razón de momios de 1.332 y un IC 95% (1.040 - 1.704): existe un riesgo 1.332 veces mayor de que los usuarios en estancia residencial con el diagnóstico de episodio depresivo refiera el antecedente de intento suicida previo a su ingreso.

Prevalencia de global: el 94.23% de los usuarios con el antecedente de intento suicida cumplió criterios diagnóstico de episodio depresivo a su ingreso a estancia residencial.

Prevalencia de los expuestos: el 40.81% de los usuarios con el diagnóstico de trastorno depresivo indicó el antecedente de intento suicida a su ingreso a estancia residencial.

Prevalencia de los no expuestos: el 21.19% de los usuarios con el antecedente de intento suicida no cumplió criterios diagnósticos para trastorno depresivo a su ingreso a estancia residencial.



		Antecedentes de intento suicida		Total
		Si	No	
Episodio depresivo	Si	20	29	49
	No	32	119	151
Total		52	148	200

**Tabla 204.** Tabla 2x2 para prueba de asociación Chi-cuadrada positiva para las variables episodio depresivo y antecedentes de intento suicida a su ingreso en usuarios en estancia residencial en el Centro Estatal para la Atención Integral de las Adicciones.

Fuente: Funcionalidad familiar y patología dual en usuarios residenciales en Centro Estatal para la Atención Integral de las Adicciones, Hidalgo, 2015

La asociación entre la variable episodio depresivo y la variable trastorno distímico fue positiva para la prueba de asociación Chi – cuadrada ( $X^2 = 10.267$ ,  $gl = 1$ ,  $p = 0.001$ ) con una razón de momios de 2.937 y un IC 95% (1.498 - 5.753).

Existe un riesgo 2.937 veces mayor de que los usuarios con el diagnóstico de episodio depresivo cumplan con los criterios diagnósticos para trastorno distímico a su ingreso a estancia residencial.

Prevalencia de global: el 53.84% de los usuarios con el diagnóstico de trastorno distímico cumplió criterios diagnósticos para trastorno depresivo a su ingreso a estancia residencial.

Prevalencia de los expuestos: el 35.16% de los usuarios con el diagnóstico de trastorno depresivo cumplió con criterios diagnósticos para trastorno distímico a su ingreso a estancia residencial.

Prevalencia de los no expuestos: el 15.59% de los usuarios con el diagnóstico de trastorno depresivo no cumplió criterios diagnósticos para trastorno distímico a su ingreso a estancia residencial.

		Episodio depresivo		Total
		Si	No	
Trastorno distímico	Si	32	59	91
	No	17	92	109
Total		49	151	200

**Tabla 205.** Tabla 2x2 para prueba de asociación Chi-cuadrada positiva para las variables episodio depresivo y trastorno distímico por medio de la MINI en usuarios en estancia residencial en el Centro Estatal para la Atención Integral de las Adicciones.

Fuente: Funcionalidad familiar y patología dual en usuarios residenciales en Centro Estatal para la Atención Integral de las Adicciones, Hidalgo, 2015

- a) Análisis cualitativo de los usuarios en estancia residencial que cumplieron con los diagnósticos de episodio depresivo y diagnóstico de trastornos de la personalidad.

La asociación entre la variable episodio depresivo y trastorno de la personalidad tipo límite fue positiva para la prueba de asociación Chi – cuadrada ( $X^2 = 13.112$ ,  $gl = 1$ ,  $p = 0.000$ ) con una razón de momios de 3.566 con un IC 95% (1.752 - 7.262).

Existe un riesgo 3.566 veces mayor de que los usuarios con el diagnóstico de episodio depresivo cumplan con los criterios diagnósticos de trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad tipo límite a su ingreso a estancia residencial.

Prevalencia de global: el 48.03% de los usuarios con el diagnóstico de trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad tipo límite cumplió criterios diagnósticos para trastorno depresivo mayor a su ingreso a estancia residencial.

Prevalencia de los expuestos: el 35.29% de los usuarios con el diagnóstico de trastorno depresivo cumplió con criterios diagnósticos para el trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad de tipo límite a su ingreso a estancia residencial.

Prevalencia de los no expuestos: el 26.5% de los usuarios con el diagnóstico de trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad tipo límite no cumplió criterios diagnósticos para el trastorno depresivo a su ingreso a estancia residencial.

		Episodio depresivo		Total
		Si	No	
Trastorno límite de la personalidad	Si	36	66	102
	No	13	85	49
Total		49	151	200

**Tabla 206.** Tabla 2x2 para prueba de asociación Chi-cuadrada positiva para las variables episodio depresivo y trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad tipo límite en usuarios en estancia residencial en el Centro Estatal para la Atención Integral de las Adicciones.

Fuente: Funcionalidad familiar y patología dual en usuarios residenciales en Centro Estatal para la Atención Integral de las Adicciones, Hidalgo, 2015

La asociación entre la variable episodio depresivo y trastorno de la personalidad tipo dependiente fue positiva para la prueba de asociación Chi – cuadrada ( $X^2 = 5.882$ ,  $gl = 1$ ,  $p = 0.015$ ) con una razón de momios de 2.444 y un IC 95% (1.171 - 5.098): existe un riesgo 2.444 veces mayor de que los usuarios con el diagnóstico de episodio depresivo cumplan con los criterios diagnósticos para trastorno dependiente de la personalidad a su ingreso a estancia residencial.

Prevalencia de global: el 83.67% de los usuarios con el diagnóstico de trastorno dependiente de la personalidad cumplió criterios diagnósticos para trastorno depresivo a su ingreso a estancia residencial.

Prevalencia de los expuestos: el 39.02% de los usuarios con el diagnóstico de trastorno depresivo cumplió con criterios diagnósticos para el trastorno dependiente de la personalidad a su ingreso a estancia residencial.

Prevalencia de los no expuestos: el 20.75% de los usuarios con el diagnóstico de trastorno dependiente de la personalidad no cumplió criterios diagnósticos para trastorno depresivo a su ingreso a estancia residencial.

		Episodio depresivo		Total
		Si	No	
Trastorno dependiente de la personalidad	Si	16	25	41
	No	33	16	159
Total		49	151	200

**Tabla 207.** Tabla 2x2 para prueba de asociación Chi-cuadrada positiva para las variables episodio depresivo y trastorno dependiente de la personalidad en usuarios en estancia residencial en el Centro Estatal para la Atención a las Adicciones.

Fuente: Funcionalidad familiar y patología dual en usuarios residenciales en Centro Estatal para la Atención Integral de las Adicciones, Hidalgo, 2015

- Análisis cualitativo de los usuarios en estancia residencial que cumplieron con los diagnósticos de trastorno distímico, variables de interés y razón de momios.
- a) Análisis cualitativo de los usuarios en estancia residencial que cumplieron con los diagnósticos de trastorno distímico y variables asociadas a dependencia a sustancias.

La asociación entre la variable trastorno distímico y la variable dependencia a estimulantes fue positiva para la prueba de asociación Chi – cuadrada ( $X^2 = 5.882$ ,  $gl = 1$ ,  $p = 0.016$ ) con una razón de momios de 2.900 con un IC 95% (1.188 - 7.079): existe un riesgo 2.900 veces mayor de que los usuarios con el diagnóstico de trastornos distímico cumplan los criterios para dependencia a estimulantes a su ingreso en estancia residencial.

Prevalencia de global: el 27.47% de los usuarios con dependencia a estimulantes cumplió criterios diagnósticos para trastorno distímico a su ingreso a estancia residencial.

Prevalencia de los expuestos: el 18.66% de los usuarios con el diagnóstico de trastorno distímico cumplió con criterios para dependencia a estimulantes a su ingreso a estancia residencial.

Prevalencia de los no expuestos: el 7.69% de los usuarios dependencia a estimulantes no cumplió criterios diagnósticos para trastorno distímico a su ingreso a estancia residencial.

		Consumo de estimulantes		Total
		Si	No	
Trastorno distímico	Si	17	74	91
	No	8	101	109
Total		25	175	200

**Tabla 208.** Tabla 2x2 para prueba de asociación Chi-cuadrada positiva para las variables trastorno distímico por medio de la MINI y consumo de estimulantes en usuarios en estancia residencial en el Centro Estatal para la Atención Integral de las Adicciones.

Fuente: Funcionalidad familiar y patología dual en usuarios residenciales en Centro Estatal para la Atención Integral de las Adicciones, Hidalgo, 2015

b) Análisis cualitativo de los usuarios en estancia residencial que cumplieron con los diagnósticos de trastorno distímico y antecedentes de salud mental.

La asociación entre la variable trastorno distímico y la variable antecedente de intento suicida previo a su ingreso a unidad residencial fue positiva para la prueba de asociación Chi – cuadrada ( $X^2 = 31.510$ ,  $gl = 1$ ,  $p = 0.000$ ) con una razón de momios de 1.636 y un IC 95% (1.345 - 1.991).

Existe un riesgo 1. 636 veces mayor de que los usuarios con el diagnóstico de trastornos distímico refirieran antecedente de intento suicida a su ingreso a estancia residencial.

Prevalencia de global: el 57.14% de los usuarios con el antecedente de intento suicida cumplió criterios diagnósticos para trastorno distímico a su ingreso a estancia residencial.

Prevalencia de los expuestos: el 45.05% de los usuarios con el diagnóstico de trastorno distímico indicó el antecedente de intento suicida a su ingreso a estancia residencial.

Prevalencia de los no expuestos: el 10% de los usuarios con el antecedente de intento suicida no cumplió criterios diagnósticos para trastorno distímico a su ingreso a estancia residencial.

		Antecedentes de intento suicida		Total
		Si	No	
Trastorno distimico	Si	41	50	91
	No	11	98	109
Total		52	148	200

**Tabla 209.** Tabla 2x2 para prueba de asociación Chi-cuadrada positiva para las variables trastorno distímico por medio de la MINI y antecedentes de intento suicida en usuarios en estancia residencial en el Centro Estatal para la Atención Integral de las Adicciones.

Fuente: Funcionalidad familiar y patología dual en usuarios residenciales en Centro Estatal para la Atención Integral de las Adicciones, Hidalgo, 2015

La asociación entre la variable trastorno distímico y la variable antecedente abuso sexual en infancia fue positiva para la prueba de asociación Chi – cuadrada ( $X^2 = 12.608$ ,  $gl = 1$ ,  $p = 0.000$ ) con una razón de momios de 1.123 y un IC 95% (1.045 - 1.208).

Existe un riesgo 1.123 veces mayor de que los usuarios en estancia residencial con el diagnóstico de trastornos distímico refieran el antecedente de abuso sexual en la infancia a su ingreso.

Prevalencia de global: el 10.98% de los usuarios con el diagnóstico de trastorno distímico indicó el antecedente de abuso sexual en la infancia a su ingreso a estancia residencial.

Prevalencia de los expuestos: el 100% de los usuarios con el antecedente de abuso sexual en la infancia cumplió criterios diagnósticos para el trastorno distímico a su ingreso a estancia residencial.

Prevalencia de los no expuestos: el 42.63% de los con el diagnóstico de trastorno distímico no indicó el antecedente de abuso sexual en la infancia a su ingreso a estancia residencial.

		Trastorno distímico		Total
		Si	No	
Antecedentes de abuso sexual en la infancia	Si	10	0	10
	No	81	109	190
Total		91	19	200

**Tabla 210.** Tabla 2x2 para prueba de asociación Chi-cuadrada positiva para las variables trastorno distímico por medio de la MINI y antecedentes de abuso sexual en la infancia en usuarios en estancia residencial en el Centro Estatal para la Atención Integral de las Adicciones.

Fuente: Funcionalidad familiar y patología dual en usuarios residenciales en Centro Estatal para la Atención Integral de las Adicciones, Hidalgo, 2015

La asociación entre la variable trastorno distímico y la variable antecedente violación en la infancia fue positiva para la prueba de asociación Chi – cuadrada ( $X^2 = 8.689$ ,  $gl = 1$ ,  $p = 0.003$ ) con una razón de momios de 1.083 y un IC 95% (1.021 - 1.150).

Existe un riesgo 1.083 veces mayor de que los usuarios con el diagnóstico de trastornos distímico refieran el antecedente de violación en la infancia a su ingreso a estancia residencial.

Prevalencia de global: el 7.69% de los usuarios con el diagnóstico de trastorno distímico indicó el antecedente de violación en la infancia a su ingreso a estancia residencial.

Prevalencia de los expuestos: el 100% de los usuarios con el antecedente de violación en la infancia cumplió criterios diagnósticos para el trastorno distímico a su ingreso a estancia residencial.

Prevalencia de los no expuestos: el 43.52% de los con el diagnóstico de trastorno distímico no indicó el antecedente de violación en la infancia a su ingreso a estancia residencial.

		Trastorno distímico		Total
		Si	No	
Antecedentes de violación en la infancia	Si	7	0	7
	No	84	109	193
Total		91	109	200

**Tabla 211.** Tabla 2x2 para prueba de asociación Chi-cuadrada positiva para las variables trastorno distímico por medio de la MINI y antecedentes de violación en la infancia en usuarios en estancia residencial en el Centro Estatal para la Atención Integral de las Adicciones.

Fuente: Funcionalidad familiar y patología dual en usuarios residenciales en Centro Estatal para la Atención Integral de las Adicciones, Hidalgo, 2015

La asociación entre la variable trastorno distímico y la variable antecedente de maltrato físico en la infancia fue positiva para la prueba de asociación Chi – cuadrada ( $X^2 = 16.608$ ,  $gl = 1$ ,  $p = 0.003$ ) con una razón de momios de 1.610 y un IC 95% (1.257 - 2.063): Existe un riesgo 1.610 veces mayor de que los usuarios con el diagnóstico de trastornos distímico refieran el antecedente de maltrato físico en la infancia a su ingreso a estancia residencial.

Prevalencia de global: el 84.61% de los usuarios con el diagnóstico de trastorno distímico indicó el antecedente de maltrato infantil de tipo físico en la infancia a su ingreso a estancia residencial.

Prevalencia de los expuestos: el 63.63% de los usuarios con el antecedente de maltrato infantil de tipo físico cumplió criterios diagnósticos para el trastorno distímico a su ingreso a estancia residencial.

Prevalencia de los no expuestos: el 34.14% de los usuarios con el diagnóstico de trastorno distímico no indicó el antecedente de maltrato infantil de tipo físico en la infancia a su ingreso a estancia residencial.

		Trastorno distímico		Total
		Si	No	
Antecedentes de maltrato físico en la infancia	Si	49	28	91
	No	42	81	109
Total		91	109	200

**Tabla 212.** Tabla 2x2 para prueba de asociación Chi-cuadrada positiva para las variables trastorno distímico por medio de la MINI y antecedentes maltrato infantil de tipo físico en usuarios en estancia residencial en el Centro Estatal para la Atención Integral de las Adicciones.

Fuente: Funcionalidad familiar y patología dual en usuarios residenciales en Centro Estatal para la Atención Integral de las Adicciones, Hidalgo, 2015

La asociación entre la variable trastorno distímico y la variable antecedente de maltrato emocional en la infancia fue positiva para la prueba de asociación Chi – cuadrada ( $X^2 = 10.592$ ,  $gl = 1$ ,  $p = 0.001$ ) con una razón de momios de 2.326 y un IC 95% (1.351 - 4.005).

Existe un riesgo 2.326 veces mayor de que los usuarios con el diagnóstico de trastornos distímico refieran el antecedente de maltrato emocional en la infancia a su ingreso a estancia residencial.

Prevalencia de global: el 61.90% de los usuarios con el diagnóstico de trastorno distímico indicó el antecedente de maltrato infantil de tipo emocional a su ingreso a estancia residencial.

Prevalencia de los expuestos: el 52.38% de los usuarios con el antecedente de maltrato infantil de tipo emocional cumplió criterios diagnósticos para el trastorno distímico a su ingreso a estancia residencial.

Prevalencia de los no expuestos: el 26.41% de los con el diagnóstico de trastorno distímico no indicó el antecedente de maltrato infantil de tipo emocional en la infancia a su ingreso a estancia residencial.

		Trastorno distímico		Total
		Si	No	
Antecedentes de maltrato emocional en la infancia	Si	77	70	147
	No	14	39	53
Total		91	109	200

**Tabla 213.** Tabla 2x2 para prueba de asociación Chi-cuadrada positiva para las variables trastorno distímico por medio de la MINI y antecedentes maltrato infantil de tipo emocional en usuarios en estancia residencial en el Centro Estatal para la Atención Integral de las Adicciones.

Fuente: Funcionalidad familiar y patología dual en usuarios residenciales en Centro Estatal para la Atención Integral de las Adicciones, Hidalgo, 2015

- c) Análisis cualitativo de los usuarios en estancia residencial que cumplieron con los diagnósticos de trastorno distímico y antecedentes familiares.

La asociación entre la variable trastorno distímico y la variable antecedente de separación materna fue positiva para la prueba de asociación Chi – cuadrada ( $X^2 = 8.139$ ,  $gl = 1$ ,  $p = 0.004$ ) con una razón de momios de 2.276 y un IC 95% (1.288 - 4.020): existe un riesgo 2.276 veces mayor de que los usuarios con el diagnóstico de trastornos distímico refieran el antecedente de separación materna a su ingreso a estancia residencial.

Prevalencia de global: el 90.09% de los usuarios con el diagnóstico de trastorno distímico indicó el antecedente de separación materna a su ingreso a estancia residencial.

Prevalencia de los expuestos: el 55.44% de los usuarios con el antecedente de separación materna cumplió criterios diagnósticos para el trastorno distímico a su ingreso a estancia residencial.



Prevalencia de los no expuestos: el 35.35% de los con el diagnóstico de trastorno distímico no indicó el antecedente de separación materna a su ingreso a estancia residencial.

		Trastorno distímico		Total
		Si	No	
Estado civil materno separada	Si	56	45	101
	No	35	64	99
Total		91	109	200

**Tabla 214.** Tabla 2x2 para prueba de asociación Chi-cuadrada positiva para las variables trastorno distímico por medio de la MINI y antecedentes de separación materna usuarios en estancia residencial en el Centro Estatal para la Atención Integral de las Adicciones.

Fuente: Funcionalidad familiar y patología dual en usuarios residenciales en Centro Estatal para la Atención Integral de las Adicciones, Hidalgo, 2015

La asociación entre la variable trastorno distímico y la variable antecedente de separación paterna fue positiva para la prueba de asociación Chi – cuadrada ( $X^2 = 13.424$ ,  $gl = 1$ ,  $p = 0.000$ ) con una razón de momios de 1.814 con un IC 95% (1.290 – 2550): existe un riesgo 1.814 veces mayor de que los usuarios con el diagnóstico de trastornos distímico refieran el antecedente de separación paterna a su ingreso a estancia residencial.

Prevalencia de global: el 98.91% de los usuarios con el diagnóstico de trastorno distímico indicó el antecedente de separación paterna a su ingreso a estancia residencial.

Prevalencia de los expuestos: el 31.52% de los usuarios con el antecedente de separación paterna cumplió criterios diagnósticos para el trastorno distímico a su ingreso a estancia residencial.

Prevalencia de los no expuestos: el 68.13% de los con usuarios el diagnóstico de trastorno distímico no indicó el antecedente de separación paterna a su ingreso a estancia residencial.

		Trastorno distímico		Total
		Si	No	
Separación paterna	Si	29	63	92
	No	62	46	108
Total		91	109	200

**Tabla 215.** Tabla 2x2 para prueba de asociación Chi-cuadrada positiva para las variables trastorno distímico por medio de la MINI y antecedentes de separación paterna usuarios en estancia residencial en el Centro Estatal para la Atención Integral de las Adicciones.

Fuente: Funcionalidad familiar y patología dual en usuarios residenciales en Centro Estatal para la Atención Integral de las Adicciones, Hidalgo, 2015  
 UAEH, ICSA; Maestría en Salud Pública

- d) Análisis cualitativo de los usuarios en estancia residencial que cumplieron con los diagnósticos de trastorno distímico y diagnóstico de otros trastorno psiquiátricos.

La asociación entre la variable trastorno distímico y la variable trastorno depresivo recurrente fue positiva para la prueba de asociación Chi – cuadrada ( $X^2 = 3.570$ ,  $gl = 1$ ,  $p = 0.059$ ) con una razón de momios de 6.279 con un IC 95% (1.720 – 54.755): existe un riesgo 6.279 veces mayor de que los usuarios en estancia residencial con el diagnóstico de trastornos distímico cumplan con los criterios de trastorno depresivo recurrente a su ingreso.

Prevalencia de global: el 6.59% de los usuarios con el diagnóstico de trastorno distímico cumplió criterios diagnósticos para el trastorno depresivo recurrente a su ingreso a estancia residencial.

Prevalencia de los expuestos: el 5.49% de los usuarios con el diagnóstico de trastorno depresivo recurrente cumplió criterios diagnósticos para el trastorno distímico a su ingreso a estancia residencial.

Prevalencia de los no expuestos: el 0.91% de los con usuarios el diagnóstico de trastorno distímico no cumplió criterios diagnóstico para trastorno depresivo recurrente a su ingreso a estancia residencial.

		Trastorno depresivo recurrente		Total
		Si	No	
Trastorno distímico	Si	5	86	91
	No	1	108	109
Total		6	194	200

**Tabla 216.** Tabla 2x2 para prueba de asociación Chi-cuadrada positiva para las variables diagnóstico de trastorno distímico y diagnóstico de trastorno depresivo recurrente por medio de la MINI en usuarios en estancia residencial en el Centro Estatal para la Atención Integral de las Adicciones.

Fuente: Funcionalidad familiar y patología dual en usuarios residenciales en Centro Estatal para la Atención Integral de las Adicciones, Hidalgo, 2015

La asociación entre la variable trastorno distímico y la variable trastorno de ansiedad generalizada fue positiva para la prueba de asociación Chi – cuadrada ( $X^2 = 5.756$ ,  $gl = 1$ ,  $p = 0.016$ ) con una razón de momios de 2.023 y un IC 95% (1.134 – 3.611): existe un riesgo 2.023 veces mayor de

que los usuarios con el diagnóstico de trastornos distímico cumplan con los criterios de trastorno de ansiedad generalizada a su ingreso a estancia residencial.

Prevalencia de global: el 77.11% de los usuarios con el diagnóstico de trastorno ansiedad generalizada cumplió criterios diagnóstico para trastorno distímico a su ingreso a estancia residencial.

Prevalencia de los expuestos: el 68.13% de los usuarios con el diagnóstico de trastorno distímico cumplió criterios diagnósticos para el trastorno de ansiedad generalizada a su ingreso a estancia residencial.

Prevalencia de los no expuestos: el 54.12% de los con usuarios el diagnóstico de trastorno de ansiedad generalizada no cumplió criterios diagnósticos para trastorno distímico a su ingreso a estancia residencial.

		Trastorno de ansiedad generalizada		Total
		Si	No	
Trastorno distímico	Si	62	29	91
	No	56	53	109
Total		118	82	200

**Tabla 217.** Tabla 2x2 para prueba de asociación Chi-cuadrada positiva para las variables diagnóstico de trastorno distímico y diagnóstico de trastorno de ansiedad generalizada por medio de la MINI en usuarios en estancia residencial en el Centro Estatal para la Atención Integral de las Adicciones.

Fuente: Funcionalidad familiar y patología dual en usuarios residenciales en Centro Estatal para la Atención Integral de las Adicciones, Hidalgo, 2015

La asociación entre la variable trastorno distímico y el diagnóstico para cualquier trastorno de ansiedad fue positiva para la prueba de asociación Chi – cuadrada ( $X^2 = 4.454$ ,  $gl = 1$ ,  $p = 0.035$ ) con una razón de momios de 1.815 y un IC 95% (1.042 – 3.301).

Existe un riesgo 1.815 veces mayor de que los usuarios con el diagnóstico de trastornos distímico cumplan con los criterios de cualquier trastorno de ansiedad a su ingreso en estancia residencial.

Prevalencia de global: el 77.11% de los usuarios con el diagnóstico de cualquier de trastorno ansiedad cumplió criterios diagnóstico para trastorno distímico a su ingreso a estancia residencial.

Prevalencia de los expuestos: el 51.69% de los usuarios con el diagnóstico de trastorno distímico cumplió criterios diagnósticos para cualquier trastorno de ansiedad su ingreso a estancia residencial.

Prevalencia de los no expuestos: el 52.29% de los con usuarios el diagnóstico de cualquier trastorno de ansiedad no cumplió criterios diagnósticos para trastorno distímico a su ingreso a estancia residencial.

		Cualquier trastorno de ansiedad		Total
		Si	No	
Trastorno distímico	Si	61	30	91
	No	57	52	109
Total		118	82	200

**Tabla 218.** Tabla 2x2 para prueba de asociación Chi-cuadrada positiva para las variables diagnóstico de trastorno distímico y diagnóstico de cualquier trastorno de ansiedad por medio de la MINI en usuarios en estancia residencial en el Centro Estatal para la Atención Integral de las Adicciones.

Fuente: Funcionalidad familiar y patología dual en usuarios residenciales en Centro Estatal para la Atención Integral de las Adicciones, Hidalgo, 2015

La asociación entre la variable trastorno distímico y el diagnóstico de trastorno de la conducta disocial fue positiva para la prueba de asociación Chi – cuadrada ( $X^2 = 4.075$ ,  $gl = 1$ ,  $p = 0.035$ ) con una razón de momios de 2.492 y un IC 95% (1.005 – 6.179): existe un riesgo 1.815 veces mayor de que los usuarios con el diagnóstico de trastornos distímico cumplan con los criterios de trastorno de la conducta de tipo disocial a su ingreso a estancia residencial.

Prevalencia de global: el 25.27% de los usuarios con el diagnóstico de trastorno de la conducta disocial cumplió criterios diagnóstico para trastorno distímico a su ingreso a estancia residencial.

Prevalencia de los expuestos: el 16.48% de los usuarios con el diagnóstico de trastorno distímico cumplió criterios diagnósticos para trastorno de la conducta de tipo disocial a su ingreso a estancia residencial.

Prevalencia de los no expuestos: el 7.33% de los con usuarios el diagnóstico de trastorno de la conducta de tipo disocial no cumplió criterios diagnósticos para trastorno distímico a su ingreso a estancia residencial.

		Trastorno de la conducta disocial		Total
		Si	No	
Trastorno distímico	Si	15	76	91
	No	8	101	109
Total		23	177	200

**Tabla 219.** Tabla 2x2 para prueba de asociación Chi-cuadrada positiva para las variables diagnóstico de trastorno distímico y diagnóstico de trastorno de la conducta disocial en usuarios en estancia residencial en el Centro Estatal para la Atención Integral de las Adicciones.

Fuente: Funcionalidad familiar y patología dual en usuarios residenciales en Centro Estatal para la Atención Integral de las Adicciones, Hidalgo, 2015

La asociación entre la variable trastorno distímico y la variable presencia de dos diagnósticos psiquiátricos simultáneos fue positiva para la prueba de asociación Chi – cuadrada ( $X^2 = 23.117$ ,  $gl = 1$ ,  $p = 0.000$ ) con una razón de momios de 4.414 y un IC 95% (2.368 – 8.231): existe un riesgo 4.414 veces mayor de que los usuarios en estancia residencial con el diagnóstico de trastornos distímico cumplan con los criterios de diagnósticos de dos trastornos psiquiátricos simultáneos a su ingreso.

Prevalencia de global: el 76.92% de los usuarios con el establecimiento de dos trastornos psiquiátricos simultáneos a su ingreso a estancia residencial cumplió criterios diagnósticos para trastorno distímico.

Prevalencia de los expuestos: el 52.74% de los usuarios con el diagnóstico de trastorno distímico cumplió criterios para el establecimiento de dos trastornos psiquiátricos simultáneos a su ingreso a estancia residencial y la prevalencia de los no expuestos: el 20.18% de los usuarios con el establecimiento de dos trastornos psiquiátricos simultáneos a su ingreso a estancia residencial no cumplió criterios diagnósticos para trastorno distímico.

		Usuario con dos trastornos psiquiátricos		Total
		Si	No	
Trastorno distimico	Si	48	43	91
	No	22	87	109
Total		70	130	200

**Tabla 220.** Tabla 2x2 para prueba de asociación Chi-cuadrada positiva para las variables diagnóstico de trastorno distímico y diagnóstico de dos trastorno psiquiátricos simultáneos por medio de la MINI en usuarios en estancia residencial en el Centro Estatal para la Atención Integral de las Adicciones.

Fuente: Funcionalidad familiar y patología dual en usuarios residenciales en Centro Estatal para la Atención Integral de las Adicciones, Hidalgo, 2015

La asociación entre la variable trastorno distímico y la variable presencia de tres diagnósticos psiquiátricos simultáneos fue positiva para la prueba de asociación Chi – cuadrada ( $X^2 = 13.825$ ,  $gl = 1$ ,  $p = 0.000$ ) con una razón de momios de 4.929 y un IC 95% (2.004 – 12.122): existe un riesgo 4.414 veces mayor de que los usuarios con el diagnóstico de trastornos distímico cumplan con los criterios para el establecimiento de tres trastornos psiquiátricos simultáneos a su ingreso en estancia residencial.

Prevalencia de global: el 32.96% de los usuarios con el establecimiento de tres trastornos psiquiátricos simultáneos a su ingreso a estancia residencial cumplió criterios diagnósticos para trastorno distímico.

Prevalencia de los expuestos: el 7.69% de los usuarios con el diagnóstico de trastorno distímico cumplió criterios para el establecimiento de tres trastornos psiquiátricos simultáneos a su ingreso a estancia residencial.

Prevalencia de los no expuestos: el 21.10% de los usuarios con el establecimiento de tres trastornos psiquiátricos simultáneos a su ingreso a estancia residencial no cumplió criterios diagnósticos para trastorno distímico.

		Usuario con tres diagnósticos psiquiátricos		Total
		Si	No	
Trastorno distimico	Si	23	68	91
	No	7	102	109
Total		30	170	200

**Tabla 221.** Tabla 2x2 para prueba de asociación Chi-cuadrada positiva para las variables diagnóstico de trastorno distímico y diagnóstico de tres trastorno psiquiátricos simultáneos por medio de la MINI en usuarios en estancia residencial en el Centro Estatal para la Atención Integral de las Adicciones.

Fuente: Funcionalidad familiar y patología dual en usuarios residenciales en Centro Estatal para la Atención Integral de las Adicciones, Hidalgo, 2015

La asociación entre la variable trastorno distímico y la presencia de cuatro diagnósticos psiquiátricos simultáneos fue positiva para la prueba de asociación Chi – cuadrada ( $X^2 = 12.608$ ,  $gl = 1$ ,  $p = 0.000$ ) con una razón de momios de 1.123 y un IC 95% (1.045 – 1.208): existe un riesgo 1.123 veces mayor de que los usuarios con el diagnóstico de trastornos distímico cumplan con los

criterios de diagnósticos para el establecimiento de cuatro trastornos psiquiátricos simultáneos a su ingreso en estancia residencial.

Prevalencia de global: el 10.98% de los usuarios con el establecimiento de cuatro trastornos psiquiátricos simultáneos a su ingreso a estancia residencial cumplió criterios diagnósticos para trastorno distímico.

Prevalencia de los expuestos: el 10.98% de los usuarios con el diagnóstico de trastorno distímico cumplió criterios para el establecimiento de cuatro trastornos psiquiátricos simultáneos a su ingreso a estancia residencial.

		Usuarios con cuatro diagnósticos psiquiátricos		Total
		Si	No	
Trastorno distímico	Si	10	81	91
	No	0	109	109
Total		10	190	200

**Tabla 222.** Tabla 2x2 para prueba de asociación Chi-cuadrada positiva para las variables diagnóstico de trastorno distímico y diagnóstico de cuatro trastorno psiquiátricos simultáneos por medio de la MINI en usuarios en estancia residencial en el Centro Estatel para la Atención Integral de las Adicciones.

Fuente: Funcionalidad familiar y patología dual en usuarios residenciales en Centro Estatel para la Atención Integral de las Adicciones, Hidalgo, 2015

- e) Análisis cualitativo de los usuarios en estancia residencial que cumplieron con los diagnósticos de trastorno distímico y trastornos de la personalidad.

La asociación entre la variable trastorno distímico y la variable trastorno de la personalidad paranoide fue positiva para la prueba de asociación Chi – cuadrada ( $X^2 = 4.202$ ,  $gl = 1$ ,  $p = 0.040$ ) con una razón de momios de 2.022 y un IC 95% (1.024 – 3.992).

Existe un riesgo 2.022 veces mayor de que los usuarios con trastornos distímico cumplan con los criterios diagnósticos para trastorno de la personalidad paranoide a su ingreso a estancia residencial.

Prevalencia de global: el 48.35% de los usuarios con trastorno distímico cumplió criterios diagnósticos para trastorno de la personalidad paranoide a su ingreso a estancia residencial.

Prevalencia de los expuestos: el 28.57% de los usuarios con el diagnóstico de trastorno de la personalidad paranoide cumplió criterios diagnósticos para trastorno distímico a su ingreso a estancia residencial.

Prevalencia de los no expuestos: el 16.51% de los usuarios con trastorno distímico no cumplió criterios diagnósticos para el trastorno paranoide de la personalidad.

		Trastorno distímico		Total
		Si	No	
Trastorno paranoide de la personalidad	Si	26	65	91
	No	18	91	109
Total		44	156	200

**Tabla 223.** Tabla 2x2 para prueba de asociación Chi-cuadrada positiva para las variables diagnóstico de trastorno distímico por medio de la MINI y trastorno paranoide de la personalidad en usuarios en estancia residencial en el Centro Estatal para la Atención Integral de las Adicciones.

Fuente: Funcionalidad familiar y patología dual en usuarios residenciales en Centro Estatal para la Atención Integral de las Adicciones, Hidalgo, 2015

La asociación entre la variable trastorno distímico y la variable trastorno de la personalidad esquizotípico fue positiva para la prueba de asociación Chi – cuadrada ( $X^2 = 47.155$ ,  $gl = 1$ ,  $p = 0.007$ ) con una razón de momios de 10.410 y un IC 95%: (1.277 – 84.875): existe un riesgo 10.410 veces mayor de que los usuarios con trastornos distímico cumplan con los criterios de diagnósticos para trastorno de la personalidad esquizotípico a su ingreso a estancia residencial.

Prevalencia de global: el 9.8% de los usuarios con trastorno distímico a su ingreso a estancia residencial cumplió con los criterios diagnósticos para el trastorno esquizotípico de la personalidad.

Prevalencia de los expuestos: el 88.88% de los usuarios con trastorno esquizotípico de la personalidad cumplió criterios diagnósticos para el trastorno distímico a su ingreso a estancia residencial.

Prevalencia de los no expuestos: el 43.45% de los usuarios con trastorno distímico no cumplió criterios diagnósticos para trastorno esquizotípico de la personalidad a su ingreso a estancia residencial.



		Trastorno distímico		Total
		Si	No	
Trastorno esquizotípico de la personalidad	Si	8	1	9
	No	83	108	191
Total		91	109	200

**Tabla 224.** Tabla 2x2 para prueba de asociación Chi-cuadrada positiva para las variables diagnóstico de trastorno distímico por medio de la MINI y trastorno esquizotípico de la personalidad en usuarios en estancia residencial en el Centro Estatal para la Atención Integral las Adicciones.

Fuente: Funcionalidad familiar y patología dual en usuarios residenciales en Centro Estatal para la Atención Integral de las Adicciones, Hidalgo, 2015

La asociación entre la variable trastorno distímico y el diagnóstico de trastorno de la personalidad de inestabilidad emocional de la personalidad tipo impulsivo fue positiva para la prueba de asociación Chi – cuadrada ( $X^2 = 10.806$ ,  $gl = 1$ ,  $p = 0.001$ ) con una razón de momios de 2.595 y un IC 95% (1.491 – 4.607): existe un riesgo 2.595 veces mayor de que los usuarios con el diagnóstico de trastornos distímico cumplan con los criterios diagnósticos para trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad tipo impulsivo a su ingreso a estancia residencial.

Prevalencia de global: el 97.80% de los usuarios con trastorno inestabilidad emocional de la tipo impulsivo a su ingreso a estancia residencial cumplió con los criterios diagnósticos para trastorno distímico.

Prevalencia de los expuestos: el 57.14% de los usuarios con trastorno distímico cumplió criterios diagnósticos para el trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad de tipo impulsivo a su ingreso a estancia residencial y la prevalencia de los no expuestos: el 33.94% de los usuarios con el diagnóstico de trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad tipo impulsivo no cumplió criterios diagnósticos para el trastorno distímico a su ingreso a estancia residencial.

		Rasgo impulsivo de la personalidad		Total
		Si	No	
Trastorno distimico	Si	52	39	91
	No	37	72	109
Total		89	111	200

**Tabla 225.** Tabla 2x2 para prueba de asociación Chi-cuadrada positiva para las variables diagnóstico de trastorno distímico por medio de la MINI y trastorno de la inestabilidad emocional de tipo impulsivo de la personalidad en usuarios en estancia residencial en el Centro Estatal para la Atención Integral de las Adicciones.

Fuente: Funcionalidad familiar y patología dual en usuarios residenciales en Centro Estatal para la Atención Integral de las Adicciones, Hidalgo, 2015

La asociación entre la variable trastorno distímico y el diagnóstico de trastorno de la inestabilidad emocional de la personalidad tipo límite fue positiva para la prueba de asociación Chi – cuadrada ( $X^2 = 27.884$ ,  $gl = 1$ ,  $p = 0.000$ ) con una razón de momios de 4.865 y un IC 95% (2.661 – 8.894): existe un riesgo 4.865 veces mayor de que los usuarios con trastornos distímico cumplan con los criterios de diagnósticos para trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad tipo límite a su ingreso a estancia residencial.

Prevalencia de global: el 87.21% de los usuarios con trastorno inestabilidad emocional de la tipo límite su ingreso a estancia residencial cumplió con los criterios diagnósticos para trastorno distímico.

Prevalencia de los expuestos: el 71.42% de los usuarios con trastorno distímico cumplió criterios diagnósticos para el trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad de tipo límite a su ingreso a estancia residencial.

Prevalencia de los no expuestos: el 32.11% de los usuarios con el diagnóstico de trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad tipo límite no cumplió criterios diagnósticos para el trastorno distímico a su ingreso a estancia residencial.

		Rasgo límite de la personalidad		Total
		Si	No	
Trastorno distímico	Si	65	26	91
	No	37	72	109
Total		102	98	200

**Tabla 226.** Tabla 2x2 para prueba de asociación Chi-cuadrada positiva para las variables diagnóstico de trastorno distímico por medio de la MINI y trastorno de la inestabilidad emocional de tipo límite de la personalidad en usuarios en estancia residencial en el Centro Estatal para la Atención Integral de las Adicciones.

Fuente: Funcionalidad familiar y patología dual en usuarios residenciales en Centro Estatal para la Atención Integral de las Adicciones, Hidalgo, 2015

La asociación entre la variable trastorno distímico y la variable cualquier trastorno de la personalidad del Grupo B fue positiva para la prueba de asociación Chi – cuadrada ( $X^2 = 27.884$ ,  $gl = 1$ ,  $p = 0.000$ ) con una razón de momios de 4.865 y un IC 95% (2.661 – 8.894): existe un riesgo 4.865 veces mayor de que los usuarios con trastornos distímico cumplan con los criterios de

diagnósticos para cualquier trastorno de la personalidad del Grupo B a su ingreso a estancia residencial.

Prevalencia de global: el 52.90% de los usuarios con trastorno distímico a su ingreso a estancia residencial cumplió con los criterios diagnósticos para cualquier trastorno de la personalidad del Grupo B.

Prevalencia de los expuestos: el 49.41% de los usuarios con cualquier trastorno de la personalidad del Grupo B cumplió criterios diagnósticos para el trastorno distímico a su ingreso a estancia residencial.

Prevalencia de los no expuestos: el 21.42% de los usuarios con trastorno distímico no cumplió criterios diagnósticos para cualquier trastorno de la personalidad del Grupo B a su ingreso a estancia residencial.

		Trastorno distímico		Total
		Si	No	
Trastorno de la personalidad del Grupo B	Si	85	87	172
	No	6	22	28
Total		91	109	200

**Tabla 227.** Tabla 2x2 para prueba de asociación Chi-cuadrada positiva para las variables diagnóstico de trastorno distímico por medio de la MINI y cualquier trastorno de la personalidad del Grupo B en usuarios en estancia residencial en el Centro Estatal para la Atención Integral de las Adicciones.

Fuente: Funcionalidad familiar y patología dual en usuarios residenciales en Centro Estatal para la Atención Integral de las Adicciones, Hidalgo, 2015

La asociación entre la variable trastorno distímico y la variable trastorno dependiente de personalidad fue positiva para la prueba de asociación Chi – cuadrada ( $X^2 = 4.981$ ,  $gl = 1$ ,  $p = 0.026$ ) con una razón de momios de 2.202 y un IC 95% (1.091 – 4.444).

Existe un riesgo 2.202 veces mayor de que los usuarios con trastorno distímico cumplan criterios de diagnósticos para el trastorno dependiente de la personalidad a su ingreso a estancia residencial.

Prevalencia de global: el 45.05% de los usuarios con trastorno dependiente de la personalidad a su ingreso a estancia residencial cumplió con los criterios diagnósticos para trastorno distímico.

Prevalencia de los expuestos: el 27.47% de los usuarios con trastorno distímico cumplió criterios diagnósticos para el trastorno dependiente de la personalidad a su ingreso a estancia residencial.

Prevalencia de los no expuestos: el 14.67% de los usuarios con el diagnóstico de trastorno dependiente de la personalidad no cumplió criterios diagnósticos para el trastorno distímico a su ingreso a estancia residencial.

		Trastorno dependiente de la personalidad		Total
		Si	No	
Trastorno distímico	Si	25	66	91
	No	16	93	109
Total		41	159	200

**Tabla 228.** Tabla 2x2 para prueba de asociación Chi-cuadrada positiva para las variables diagnóstico de trastorno distímico por medio de la MINI y trastorno dependiente de la personalidad en usuarios en estancia residencial en el Centro Estadal para la Atención Integral de las Adicciones.

Fuente: Funcionalidad familiar y patología dual en usuarios residenciales en Centro Estadal para la Atención Integral de las Adicciones, Hidalgo, 2015

La asociación entre la variable trastorno distímico y la variable diagnóstico de cualquier trastorno de la personalidad fue positiva para la prueba de asociación Chi – cuadrada ( $X^2 = 4.494$ ,  $gl = 1$ ,  $p = 0.034$ ) con una razón de momios de 7.129 y un IC 95% (1.875 – 58.108):

Existe un riesgo 7.129 veces mayor de que los usuarios con trastorno distímico cumplan con los criterios de diagnósticos para cualquier trastorno de la personalidad a su ingreso a estancia residencial.

Prevalencia de global: el 47.64% de los usuarios con trastorno distímico a su ingreso a estancia residencial cumplió con los criterios diagnósticos para cualquier trastorno de la personalidad.

Prevalencia de los expuestos: el 47.12% de los usuarios con cualquier trastorno de la personalidad cumplió criterios diagnósticos para trastorno distímico a su ingreso a estancia residencial.

Prevalencia de los no expuestos: el 11.11% de los usuarios con trastorno distímico no cumplió criterios diagnósticos para cualquier trastorno de la personalidad a su ingreso a estancia residencial.

		Trastorno distímico		Total
		Si	No	
Cualquier trastorno de la personalidad	Si	90	101	109
	No	1	8	91
Total		91	109	200

**Tabla 229.** Tabla 2x2 para prueba de asociación Chi-cuadrada positiva para las variables diagnóstico de trastorno distímico por medio de la MINI y cualquier trastorno de la personalidad en usuarios en estancia residencial en el Centro Estatal para la Atención Integral de las Adicciones.

Fuente: Funcionalidad familiar y patología dual en usuarios residenciales en Centro Estatal para la Atención Integral de las Adicciones, Hidalgo, 2015

f) Análisis cualitativo de los usuarios en estancia residencial que cumplieron con los diagnósticos de trastorno distímico e inicio de tratamiento psicofarmacológico.

La asociación entre la variable trastorno distímico y la variable inicio de cualquier antidepresivo a su ingreso a estancia residencial fue positiva para la prueba de asociación Chi – cuadrada ( $X^2 = 57.699$ ,  $gl = 1$ ,  $p = 0.000$ ) con una razón de momios de 13.589 y un IC 95% (6.462 – 28.574): existe un riesgo 13.589 veces mayor de que los usuarios con trastorno distímico inicien tratamiento psicofarmacológico con cualquier antidepresivo a su ingreso en estancia residencial.

Prevalencia de global: el 91% de los usuarios con inicio de cualquier antidepresivo a su ingreso a estancia residencial cumplió con los criterios diagnósticos para trastorno distímico.

Prevalencia de los expuestos: el 87.91% de los usuarios con trastorno distímico se les inició tratamiento con cualquier antidepresivo a su ingreso a estancia residencial y la prevalencia de los no expuestos: el 34.86% de los usuarios con inicio de cualquier antidepresivo no cumplió criterios diagnósticos para trastorno distímico a su ingreso a estancia residencial

		Tratamiento psicofarmacológico con cualquier antidepresivo		Total
		Si	No	
Trastorno distímico	Si	80	11	91
	No	38	71	109
Total		118	82	200

**Tabla 230.** Tabla 2x2 para prueba de asociación Chi-cuadrada positiva para las variables diagnóstico de trastorno distímico por medio de la MINI e inicio de tratamiento con un antidepresivo a su ingreso de usuarios en estancia residencial en el Centro Estatal para la Atención Integral de las Adicciones.

Fuente: Funcionalidad familiar y patología dual en usuarios residenciales en Centro Estatal para la Atención Integral de las Adicciones, Hidalgo, 2015

La asociación entre la variable trastorno distímico y el inicio de cualquier antipsicótico a su ingreso a estancia residencial fue positiva para la prueba de asociación Chi – cuadrada ( $X^2 = 22.107$ ,  $gl = 1$ ,  $p = 0.000$ ) con una razón de momios de 4.529 y un IC 95%: 2.360 – 8.692): existe un riesgo 4.529 veces mayor de que los usuarios con trastorno distímico inicien tratamiento psicofarmacológico con cualquier antipsicótico a su ingreso en estancia residencial.

Prevalencia de global: el 67.03% de los usuarios con inicio de cualquier antipsicótico a su ingreso a estancia residencial cumplió con los criterios diagnósticos para trastorno distímico.

Prevalencia de los expuestos: el 47.25% de los usuarios con trastorno distímico se les inició tratamiento con cualquier antipsicótico a su ingreso a estancia residencial.

Prevalencia de los no expuestos: el 16.51% de los usuarios con inicio de cualquier antipsicótico no cumplió criterios diagnósticos para trastorno distímico a su ingreso a estancia residencial.

		tratamiento psicofarmacológico con cualquier antipsicótico		Total
		Si	No	
Trastorno distímico	Si	43	48	91
	No	18	91	109
Total		61	139	200

**Tabla 231.** Tabla 2x2 para prueba de asociación Chi-cuadrada positiva para las variables diagnóstico de trastorno distímico por medio de la MINI e inicio de tratamiento con un antipsicótico a su ingreso de usuarios en estancia residencial en el Centro Estatal para la Atención Integral de las Adicciones.

Fuente: Funcionalidad familiar y patología dual en usuarios residenciales en Centro Estatal para la Atención Integral de las Adicciones, Hidalgo, 2015

La asociación entre la variable trastorno distímico y la variable inicio de cualquier anticonvulsivo a su ingreso a estancia residencial fue positiva para la prueba de asociación Chi – cuadrada ( $X^2 = 5.154$ ,  $gl = 1$ ,  $p = 0.023$ ) con una razón de momios de 2.355 y un IC 95% (1.110 – 4.995)

Existe un riesgo 2.355 veces mayor de que los usuarios con trastorno distímico inicien tratamiento psicofarmacológico con cualquier anticonvulsivante a su ingreso a estancia residencial.

Prevalencia de global: el 38.46% de los usuarios con inicio de cualquier anticonvulsivante a su ingreso a estancia residencial cumplió con los criterios diagnósticos para trastorno distímico.

Prevalencia de los expuestos: el 24.17% de los usuarios con trastorno distímico se les inició tratamiento con cualquier anticonvulsivo a su ingreso a estancia residencial.

Prevalencia de los no expuestos: el 11.92% de los usuarios con inicio de cualquier anticonvulsivo no cumplió criterios diagnósticos para trastorno distímico a su ingreso a estancia residencial.

		tratamiento psicofarmacológico con cualquier anticonvulsivante		Total
		Si	No	
Trastorno distímico	Si	22	69	91
	No	13	96	109
Total		35	165	200

**Tabla 232.** Tabla 2x2 para prueba de asociación Chi-cuadrada positiva para las variables diagnóstico de trastorno distímico por medio de la MINI e inicio de tratamiento con un anticonvulsivante a su ingreso de usuarios en estancia residencial en el Centro Estatal para la Atención Integral de las Adicciones.

Fuente: Funcionalidad familiar y patología dual en usuarios residenciales en Centro Estatal para la Atención Integral de las Adicciones, Hidalgo, 2015

g) Análisis cualitativo de los usuarios en estancia residencial que cumplieron con los diagnósticos de trastorno distímico, funcionalidad, estructura y dinámica familiar.

La asociación entre la variable trastorno distímico y la variable estructura familiar monoparental fue positiva para la prueba de asociación Chi – cuadrada ( $X^2 = 10.370$ ,  $gl = 1$ ,  $p = 0.001$ ) con una razón de momios de 2.355 y un IC 95% (1.110 – 4.995): existe un riesgo 2.642 veces mayor de que los usuarios con trastorno distímico refieran a su ingreso a estancia residencial una estructura familiar monoparental.

Prevalencia de global: el 73.98% de los usuarios con la estructura familiar monoparental cumplió con los criterios diagnósticos para trastorno distímico a su ingreso a estancia residencial.

Prevalencia de los expuestos: el 54.47% de los usuarios con trastorno distímico indicó a su ingreso a estancia residencial una estructura familiar monoparental.

Prevalencia de los no expuestos: el 31.16% de los usuarios con trastorno distímico no indicó una estructura familiar monoparental a su ingreso a estancia residencial.

		Trastorno distímico		Total
		Si	No	
Familia monoparental	Si	67	56	123
	No	24	53	77
Total		91	109	200

**Tabla 233.** Tabla 2x2 para prueba de asociación Chi-cuadrada positiva para las variables diagnóstico de trastorno distímico por medio de la MINI y estructura familiar monoparental en ingreso de usuarios en estancia residencial en el Centro Estatal para la Atención Integral de las Adicciones.

Fuente: Funcionalidad familiar y patología dual en usuarios residenciales en Centro Estatal para la Atención Integral de las Adicciones, Hidalgo, 2015

La asociación entre la variable trastorno distímico y la variable cohesión familiar no relacionada fue positiva para la prueba de asociación Chi – cuadrada ( $X^2 = 7.378$ ,  $gl = 1$ ,  $p = 0.007$ ) con una razón de momios de 2.189 y un IC 95% (1.239 – 3.867): existe un riesgo 2.189 veces mayor de que los usuarios con trastorno distímico de calificar a su ingreso a estancia residencial por medio del FACE III para una cohesión familiar no relacionada.

Prevalencia de global: el 97.80% de los usuarios con trastorno distímico cumplió con los criterios diagnósticos para el FACE III de cohesión familiar no relacionada a su ingreso a estancia residencial.

Prevalencia de los expuestos: el 56.17% de los usuarios con los criterios diagnóstico para el FACE III de cohesión familiar no relacionada cumplió criterios para trastorno distímico a su ingreso a estancia residencial.

Prevalencia de los no expuestos: el 37.61% de los usuarios con trastorno distímico no cumplió con los criterios diagnósticos para el FACE III cohesión familiar no relacionada a su ingreso a estancia residencial.

		Trastorno distímico		Total
		Si	No	
Cohesión familiar no relacionada	Si	50	39	89
	No	41	70	109
Total		91	111	200

**Tabla 234.** Tabla 2x2 para prueba de asociación Chi-cuadrada positiva para las variables diagnóstico de trastorno distímico por medio de la MINI y diagnóstico de cohesión familiar no relacionada por medio del FACES III en usuarios en estancia residencial en el Centro Estatal para la Atención Integral de las Adicciones.

Fuente: Funcionalidad familiar y patología dual en usuarios residenciales en Centro Estatal para la Atención Integral de las Adicciones, Hidalgo, 2015



- Análisis cualitativo de los usuarios en estancia residencial que cumplieron con los diagnósticos de trastorno depresivo recurrente, variables de interés y razón de momios.
- a) Análisis cualitativo de los usuarios en estancia residencial que cumplieron con los diagnósticos de trastorno depresivo recurrente y antecedente de salud mental de usuarios.

La asociación entre la variable trastorno depresivo recurrente y la variable antecedente de intento suicida previo a ingreso a unidad residencial fue positiva para la prueba de asociación Chi – cuadrada ( $X^2 = 5.317$ ,  $gl = 1$ ,  $p = 0.021$ ) con una razón de momios de 2.258 y un IC 95% (1.725 – 7.020).

Existe un riesgo 2.258 veces mayor de que los usuarios con trastorno depresivo recurrente refieran a su ingreso el antecedente de intento suicida a su ingreso a estancia residencial.

Prevalencia de global: el 11.53% de los usuarios con el antecedente de intento suicida cumplió criterios diagnósticos para el trastorno depresivo recurrente a su ingreso a estancia residencial.

Prevalencia de los expuestos: el 66.66% de los usuarios con trastorno depresivo recurrente indicó el antecedente de intento suicida a su ingreso a estancia residencial.

Prevalencia de los no expuestos: el 23.71% de los usuarios con el antecedente de intento suicida no cumplió criterios diagnósticos para trastorno depresivo recurrente a su ingreso a estancia residencial.

		Antecedentes de intento suicida		Total
		Si	No	
Trastorno depresivo recurrente	Si	4	2	6
	No	46	146	194
Total		52	148	200

**Tabla 235.** Tabla 2x2 para prueba de asociación Chi-cuadrada positiva para las variables diagnóstico de trastorno distímico por medio de la MINI y antecedente de suicidio en usuarios en estancia residencial en el Centro Estatal para la Atención Integral de las Adicciones.

Fuente: Funcionalidad familiar y patología dual en usuarios residenciales en Centro Estatal para la Atención Integral de las Adicciones, Hidalgo, 2015

- b) Análisis cualitativo de los usuarios en estancia residencial que cumplieron con los diagnósticos de trastorno depresivo recurrente y comorbilidad con otros trastorno psiquiátricos.

La asociación entre la variable trastorno depresivo recurrente y la variable diagnóstico simultaneo de tres trastornos psiquiátricos fue positiva para la prueba de asociación Chi – cuadrada ( $X^2 = 5.943$ ,  $gl = 1$ ,  $p = 0.015$ ) con una razón de momios de 6.185 y un IC 95% (1.187 – 32.243): existe un riesgo 6.185 veces mayor de que los usuarios con trastorno depresivo recurrente cumplan criterios diagnósticos para el establecimiento simultaneo de tres trastornos psiquiátricos a su ingreso a estancia residencial.

Prevalencia de global: el 20% de los usuarios con tres trastorno psiquiátricos simultáneos a su ingreso a estancia residencial cumplió criterios diagnósticos para el trastorno depresivo recurrente.

Prevalencia de los expuestos: el 50% de los usuarios con trastorno depresivo recurrente cumplió criterios diagnóstico para el establecimiento de dos trastornos psiquiátricos simultáneos a a su ingreso a estancia residencial y la prevalencia de los no expuestos: el 13.9% de los usuarios con tres diagnósticos psiquiátricos simultáneos a su ingreso a estancia residencial no cumplió con los criterios diagnósticos para trastorno depresivo recurrente.

		Usuario con tres diagnósticos psiquiátricos		Total
		Si	No	
Trastorno depresivo recurrente	Si	3	3	6
	No	27	167	194
Total		30	170	200

**Tabla 236.** Tabla 2x2 para prueba de asociación Chi-cuadrada positiva para las variables diagnóstico de trastorno distímico y diagnóstico de tres trastornos psiquiátricos simultáneos por medio de la MINI en usuarios en estancia residencial en el Centro Estatal para la Atención Integral de las Adicciones.

Fuente: Funcionalidad familiar y patología dual en usuarios residenciales en Centro Estatal para la Atención Integral de las Adicciones, Hidalgo, 2015

La asociación entre la variable trastorno depresivo recurrente y la variable diagnóstico simultaneo de cuatro trastornos psiquiátricos fue positiva para la prueba de asociación Chi – cuadrada ( $X^2 = 10.454$ ,  $gl = 1$ ,  $p = 0.001$ ) con una razón de momios de 11.625 y un IC 95% (1.848 – 73.124): existe un riesgo 11.625 veces mayor de que los usuarios con el trastorno depresivo recurrente cumplieran

criterios diagnósticos para otros tres trastornos psiquiátricos simultáneos a su ingreso a estancia residencial.

Prevalencia de global: el 60% de los usuarios con cuatro trastorno psiquiátricos simultáneos a su ingreso a estancia residencial cumplió criterios diagnósticos para el trastorno depresivo recurrente.

Prevalencia de los expuestos: el 33.33% de los usuarios con trastorno depresivo recurrente cumplió criterios diagnóstico para el establecimiento de cuatro trastornos psiquiátricos simultáneos a su ingreso a estancia residencial.

Prevalencia de los no expuestos: el 4.12% de los usuarios con cuatro diagnósticos psiquiátricos simultáneos a su ingreso a estancia residencial no cumplió con los criterios diagnósticos para trastorno depresivo recurrente.

		Usuarios con cuatro diagnósticos psiquiátricos		Total
		Si	No	
Trastorno depresivo recurrente	Si	2	4	6
	No	8	186	194
Total		10	190	200

**Tabla 237.** Tabla 2x2 para prueba de asociación Chi-cuadrada positiva para las variables diagnóstico de trastorno distímico y diagnóstico de cuatro trastornos psiquiátricos simultáneos por medio de la MINI en usuarios en estancia residencial en el Centro Estatal para la Atención Integral de las Adicciones.

Fuente: Funcionalidad familiar y patología dual en usuarios residenciales en Centro Estatal para la Atención Integral de las Adicciones, Hidalgo, 2015

- Análisis cualitativo de los usuarios en estancia residencial que cumplieron el diagnóstico para cualquier trastorno del estado de ánimo (episodio depresivo, trastorno distímico, trastorno depresivo recurrente), variables de interés y razón de momios.
- a) Análisis cualitativo de los usuarios en estancia residencial que cumplieron con los diagnósticos para cualquier trastorno del estado de ánimo y características sociodemográficas de interés en usuarios en estancia residencial.

La asociación entre la variable diagnóstico de cualquier trastorno del estado de ánimo a su ingreso a unidad residencial y la variable género femenino fue positiva para la prueba de asociación Chi –

cuadrada ( $X^2 = 12.448$ ,  $gl = 1$ ,  $p = 0.000$ ) con una razón de momios de 5.273 con un IC 95% (1.938 – 14.348): existe un riesgo 5.273 veces mayor de que las usuarias en cumplan a su ingreso con los criterios diagnósticos cualquier trastorno del estado de ánimo estancia residencial.

Prevalencia de global: el 20.57% de los usuarios con cualquier trastorno del estado de ánimo a su ingreso a estancia residencial era mujer.

Prevalencia de los expuestos: el 84.37% de los usuarias a su ingreso a estancia residencial cumplió con los criterios diagnósticos para cualquier trastorno del estado de ánimo.

Prevalencia de los no expuestos: el 50.54% de los usuarios con cualquier trastorno del estado de ánimo a su ingreso a estancia residencial eran hombres.

		Género femenino		Total
		Si	No	
Cualquier trastorno del estado de ánimo	Si	27	5	32
	No	85	83	168
Total		112	88	200

**Tabla 238.** Tabla 2x2 para prueba de asociación Chi-cuadrada positiva para las variables diagnóstico para cualquier trastorno del estado de ánimo por medio de la MINI y generó femenino en usuarios en estancia residencial en el Centro Estatal para la Atención Integral de las Adicciones.

Fuente: Funcionalidad familiar y patología dual en usuarios residenciales en Centro Estatal para la Atención Integral de las Adicciones, Hidalgo, 2015

b) Análisis cualitativo de los usuarios en estancia residencial que cumplieron con los diagnósticos para cualquier trastorno del estado de ánimo y dependencia a otras sustancias.

La asociación entre la variable diagnóstico de cualquier trastorno del estado de ánimo a su ingreso a unidad residencial y la variable dependencia a estimulantes fue positiva para la prueba de asociación Chi – cuadrada ( $X^2 = 4.638$ ,  $gl = 1$ ,  $p = 0.031$ ) con una razón de momios de 2.792 y un IC 95% (1.064 – 7.326).

Existe un riesgo 2.792 veces mayor de que los usuarios con el diagnóstico de cualquier trastorno del estado de ánimo cumplan criterios de dependencia a estimulantes a su ingreso a estancia residencial.

Prevalencia de global: el 22.32% de los usuarios con dependencia a estimulantes cumplió criterios diagnóstico para cualquier trastorno del estado de ánimo a su ingreso a estancia residencial

Prevalencia de los expuestos: el 16.96% de los usuarias con cualquier trastorno del estado de ánimo cumplió criterios para dependencia a estimulantes a su ingreso a estancia residencial.

Prevalencia de los no expuestos: el 6.81% de los usuarios con cualquier trastorno del estado de ánimo no cumplió criterios diagnósticos para dependencia a estimulantes a su ingreso a estancia residencial.

		Consumo de estimulantes		Total
		Si	No	
Cualquier trastorno del estado de ánimo	Si	19	93	112
	No	6	82	88
Total		25	175	200

**Tabla 239.** Tabla 2x2 para prueba de asociación Chi-cuadrada positiva para las variables diagnóstico para cualquier trastorno del estado de ánimo por medio de la MINI y consumo de estimulantes en usuarios en estancia residencial en el Centro Estatal para la Atención Integral de las Adicciones.

Fuente: Funcionalidad familiar y patología dual en usuarios residenciales en Centro Estatal para la Atención Integral de las Adicciones, Hidalgo, 2015

- c) Análisis cualitativo de los usuarios en estancia residencial que cumplieron con los diagnósticos para cualquier trastorno del estado de ánimo y antecedentes de salud mental.

La asociación entre la variable diagnóstico de cualquier trastorno del estado de ánimo a su ingreso a unidad residencial y la variable atención psicológica previa por consumo de sustancias fue positiva para la prueba de asociación Chi – cuadrada ( $X^2 = 4.314$ ,  $gl = 1$ ,  $p = 0.038$ ) con una razón de momios de 2.792 y un IC 95% (1.064 – 7.326): existe un riesgo 2.224 veces mayor de que los usuarios con el diagnóstico de cualquier trastorno del estado de ánimo refieran el antecedente de atención psicológica previa por consumo sustancias a su ingreso a estancia residencial.

Prevalencia de global: el 33.92% de los usuarios con el antecedente de atención psicológica previa por consumo de sustancias cumplió criterios diagnósticos para cualquier trastorno del estado de ánimo a su ingreso a estancia residencial.

Prevalencia de los expuestos: el 24.10% de los usuarios con cualquier trastorno del estado de ánimo indicó el antecedente de atención psicológica previa por consumo de sustancias a su ingreso a estancia residencial.

Prevalencia de los no expuestos: el 12.50% de los usuarios con el antecedente de atención psicológica previa por consumo de sustancias no cumplió criterios diagnósticos para cualquier trastorno del estado de ánimo a su ingreso a estancia residencial.

		Motivo de atención psicológica por consumo de sustancias		Total
		Si	No	
Cualquier trastorno del estado de ánimo	Si	27	85	112
	No	11	77	88
Total		38	162	200

**Tabla 240.** Tabla 2x2 para prueba de asociación Chi-cuadrada positiva para las variables diagnóstico para cualquier trastorno del estado de ánimo por medio de la MINI y antecedente de atención psicológica por consumo de sustancias en usuarios en estancia residencial en el Centro Estatal para la Atención Integral de las Adicciones.

Fuente: Funcionalidad familiar y patología dual en usuarios residenciales en Centro Estatal para la Atención Integral de las Adicciones, Hidalgo, 2015

La asociación entre la variable diagnóstico de cualquier trastorno del estado de ánimo a su ingreso a unidad residencial y la variable antecedente de intento suicida fue positiva para la prueba de asociación Chi – cuadrada ( $X^2 = 26.597$ ,  $gl = 1$ ,  $p = 0.000$ ) con una razón de momios de 8.536 y con un IC 95% (1.305 – 1.812).

Existe un riesgo 8.536 veces mayor de que los usuarios con el diagnóstico cualquier trastorno del estado de ánimo de referir el antecedente de intento suicida a su ingreso a estancia residencial.

Prevalencia de global: el 46.42% de los usuarios con el antecedente de intento suicida cumplió criterios diagnósticos para cualquier trastorno del estado de ánimo a su ingreso a estancia residencial.

Prevalencia de los expuestos: el 40.17% de los usuarios con cualquier trastorno del estado de ánimo indicó el antecedente de intento suicida a su ingreso a estancia residencial.

Prevalencia de los no expuestos: el 7.95% de los usuarios con el antecedente de intento suicida no cumplió criterios diagnósticos para cualquier trastorno del estado de ánimo a su ingreso a estancia residencial.

		Antecedentes de intento suicida		Total
		Si	No	
Cualquier trastorno del estado de ánimo	Si	45	67	112
	No	7	81	88
Total		52	148	200

**Tabla 241.** Tabla 2x2 para prueba de asociación Chi-cuadrada positiva para las variables diagnóstico para cualquier trastorno del estado de ánimo por medio de la MINI y antecedente de intento suicida en usuarios en estancia residencial en el Centro Estatal para la Atención Intesgra de las Adicciones.

Fuente: Funcionalidad familiar y patología dual en usuarios residenciales en Centro Estatal para la Atención Integral de las Adicciones, Hidalgo, 2015

La asociación entre la variable diagnóstico de cualquier trastorno del estado de ánimo a su ingreso a unidad residencial y la variable antecedente de abuso sexual en la infancia fue positiva para la prueba de asociación Chi – cuadrada ( $X^2 = 8.271$ ,  $gl = 1$ ,  $p = 0.004$ ) con una razón de momios de 1.098 y un IC 95% (1.036 – 1.064).

Existe un riesgo 1.098 veces mayor de que los usuarios en que cursan con el diagnóstico cualquier trastorno del estado de ánimo de referir el antecedente de abuso sexual en la infancia a su ingreso estancia residencial.

Prevalencia de global: el 11.20% de los usuarios con cualquier trastorno del estado de ánimo indicó el antecedente de abuso sexual en la infancia a su ingreso a estancia residencial.

Prevalencia de los expuestos: el 100% de los usuarios con el antecedente de abuso sexual en la infancia cumplieron criterios diagnósticos para cualquier trastorno del estado de a su ingreso a estancia residencial.

Prevalencia de los no expuestos: el 53.68% de los usuarios con criterios diagnóstico para cualquier trastorno del estado de ánimo no indicó el antecedente de abuso sexual en la infancia a su ingreso a estancia residencial.

		Cualquier trastorno del estado de ánimo		Total
		Si	No	
Antecedentes de abuso sexual en la infancia	Si	10	0	10
	No	102	88	190
Total		112	88	200

**Tabla 242.** Tabla 2x2 para prueba de asociación Chi-cuadrada positiva para las variables diagnóstico para cualquier trastorno del estado de ánimo por medio de la MINI y antecedente de abuso sexual en la infancia en usuarios en estancia residencial en el Centro Estatal para la Atención Integral de las Adicciones.

Fuente: Funcionalidad familiar y patología dual en usuarios residenciales en Centro Estatal para la Atención Integral de las Adicciones, Hidalgo, 2015

La asociación entre la variable diagnóstico de cualquier trastorno del estado de ánimo a su ingreso a unidad residencial y la variable antecedente de violación en la infancia fue positiva para la prueba de asociación Chi – cuadrada ( $X^2 = 5.699$ ,  $gl = 1$ ,  $p = 0.017$ ) con una razón de momios de 1.067 y un IC 95% (1.017 – 1.119).

Existe un riesgo 1.067 veces mayor de que los usuarios que cursa con cualquier trastorno del estado de ánimo de referir el antecedente de violación en la infancia en estancia residencial.

Prevalencia de global: el 16% de los usuarios con cualquier trastorno del estado del estado de ánimo indicó el antecedente de violación en la infancia a su ingreso a estancia residencial.

Prevalencia de los expuestos: el 100% de los usuarios con el antecedente de violación en la infancia cumplió con los criterios diagnósticos para cualquier trastorno del estado de ánimo a su ingreso a estancia residencial.

Prevalencia de los no expuestos: el 54.40% de los usuarios cualquier trastorno del estado de ánimo no indicó el antecedente de violación en la infancia a su ingreso a estancia residencial.

		Cualquier trastorno del estado de ánimo		Total
		Si	No	
Antecedentes de violación en la infancia	Si	7	0	112
	No	105	88	193
Total		112	88	200

**Tabla 243.** Tabla 2x2 para prueba de asociación Chi-cuadrada positiva para las variables diagnóstico para cualquier trastorno del estado de ánimo por medio de la MINI y antecedente de violación en la infancia en usuarios en estancia residencial en el Centro Estatal para la Atención Integral de las Adicciones.

Fuente: Funcionalidad familiar y patología dual en usuarios residenciales en Centro Estatal para la Atención Integral de las Adicciones, Hidalgo, 2015



La asociación entre la variable diagnóstico de cualquier trastorno del estado de ánimo a su ingreso a unidad residencial y la variable antecedente maltrato infantil de tipo físico fue positiva para la prueba de asociación Chi – cuadrada ( $X^2 = 14.218$ ,  $gl = 1$ ,  $p = 0.000$ ) con una razón de momios de 3.190 y un IC 95% (1.123 – 1.896): existe un riesgo 3.190 veces mayor de que los usuarios que cursan con el diagnóstico cualquier trastorno del estado de ánimo de referir el antecedente de maltrato infantil de tipo físico a su ingreso en estancia residencial.

Prevalencia de global: el 68.75% de los usuarios con cualquier trastorno del estado de ánimo indicó el antecedente de maltrato infantil de tipo físico a su ingreso a estancia residencial.

Prevalencia de los expuestos: el 50% de los usuarios con el antecedente de maltrato infantil de tipo físico en la infancia cumplió con los criterios diagnósticos para cualquier trastorno del estado de ánimo a su ingreso a estancia residencial.

Prevalencia de los no expuestos: el 45.52% de los usuarios cualquier trastorno del estado de ánimo no indicó el antecedente de maltrato infantil de tipo físico a su ingreso a estancia residencial.

		Cualquier trastorno del estado de ánimo		Total
		Si	No	
Antecedentes de maltrato físico en la infancia	Si	56	21	77
	No	56	67	123
Total		112	88	200

**Tabla 244.** Tabla 2x2 para prueba de asociación Chi-cuadrada positiva para las variables diagnóstico para cualquier trastorno del estado de ánimo por medio de la MINI y antecedente de maltrato infantil de tipo físico en usuarios en estancia residencial en el Centro E estatal para la Atención Integral las Adicciones.

Fuente: Funcionalidad familiar y patología dual en usuarios residenciales en Centro E estatal para la Atención Integral de las Adicciones, Hidalgo, 2015

La asociación entre la variable diagnóstico de cualquier trastorno del estado de ánimo a su ingreso a unidad residencial y la variable antecedente de maltrato emocional infantil fue positiva para la prueba de asociación Chi – cuadrada ( $X^2 = 14.213$ ,  $gl = 1$ ,  $p = 0.000$ ) con una razón de momios de 3.448 y un IC 95% (1.508 – 4.061):.existe un riesgo 3.448 veces mayor de que los usuarios que cursa con el diagnóstico de cualquier trastorno del estado de ánimo de referir el antecedente de maltrato infantil de tipo emocional a su ingreso a estancia residencial.

Prevalencia de global: el 76.19% de los usuarios con cualquier trastorno del estado de ánimo indicó el antecedente de maltrato infantil de tipo emocional a su ingreso a estancia residencial.

Prevalencia de los expuestos: el 63.94% de los usuarios con el antecedente de maltrato infantil de tipo emocional cumplió con los criterios diagnósticos para cualquier trastorno del estado de ánimo a su ingreso a estancia residencial.

Prevalencia de los no expuestos: el 33.96% de los usuarios con cualquier trastorno del estado de ánimo no indicó el antecedente de maltrato infantil de tipo emocional a su ingreso a estancia residencial.

		Cualquier trastorno del estado de ánimo		Total
		Si	No	
Antecedentes de maltrato emocional en la infancia	Si	64	53	146
	No	18	35	53
Total		112	88	200

**Tabla 245.** Tabla 2x2 para prueba de asociación Chi-cuadrada positiva para las variables diagnóstico para cualquier trastorno del estado de ánimo por medio de la MINI y antecedente de maltrato infantil de tipo emocional en usuarios en estancia residencial en el Centro Estatal para la Atención Integral de las Adicciones.

Fuente: Funcionalidad familiar y patología dual en usuarios residenciales en Centro Estatal para la Atención Integral de las Adicciones, Hidalgo, 2015

- d) Análisis cualitativo de los usuarios en estancia residencial que cumplieron con los diagnósticos para cualquier trastorno del estado de ánimo y antecedentes familiares de usuarios.

La asociación entre la variable diagnóstico de cualquier trastorno del estado de ánimo a su ingreso a unidad residencial y la variable antecedente de separación materna fue positiva para la prueba de asociación Chi – cuadrada ( $X^2 = 4.493$ ,  $gl = 1$ ,  $p = 0.034$ ) con una razón de momios de 1.838 con un IC 95% (1.045 – 3.234): existe un riesgo 1.838 veces mayor de que los usuarios con antecedente de separación materna cumplan criterios diagnósticos para cualquier trastorno del estado de ánimo a su ingreso a estancia residencial.

Prevalencia de global: el 90.17% de los usuarios con cualquier trastorno del estado de ánimo indicó el antecedente de separación materna a su ingreso a estancia residencial.

Prevalencia de los expuestos: el 63.36% de los usuarios con el antecedente de separación materna cumplió con los criterios diagnósticos para cualquier trastorno del estado de ánimo a su ingreso a estancia residencial.

Prevalencia de los no expuestos: el 48.48% de los usuarios cualquier trastorno del estado de ánimo no indicó el antecedente de separación materna a su ingreso a estancia residencial.

		Cualquier trastorno del estado de ánimo		Total
		Si	No	
Estado civil materno separada	Si	64	37	101
	No	48	51	99
Total		112	88	200

**Tabla 246.** Tabla 2x2 para prueba de asociación Chi-cuadrada positiva para las variables diagnóstico para cualquier trastorno del estado de ánimo por medio de la MINI y antecedente de separación materna en usuarios en estancia residencial en el Centro Estatal para la Atención a Integral de las Adicciones.

Fuente: Funcionalidad familiar y patología dual en usuarios residenciales en Centro Estatal para la Atención Integral de las Adicciones, Hidalgo, 2015

La asociación entre la variable diagnóstico de cualquier trastorno del estado de ánimo a su ingreso a unidad residencial y la variable antecedente de separación paterna fue positiva para la prueba de asociación Chi – cuadrada ( $X^2 = 7.404$ ,  $gl = 1$ ,  $p = 0.007$ ) con una razón de momios de 2.192 con un IC 95% (1.122 – 2.046): existe un riesgo 2.196 veces mayor de que los usuarios con el antecedente de separación paterna cumplan criterios diagnósticos para cualquier trastorno del estado de ánimo a su ingreso a estancia residencial.

Prevalencia de global: el 82.19% de los usuarios con cualquier trastorno del estado de ánimo indicó el antecedente de separación paterna a su ingreso a estancia residencial.

Prevalencia de los expuestos: el 45.62% de los usuarios con el antecedente de separación paterna cumplió con los criterios diagnósticos para cualquier trastorno del estado de ánimo a su ingreso a estancia residencial.

Prevalencia de los no expuestos: el 64.81% de los usuarios con cualquier trastorno del estado de ánimo no indicó el antecedente de separación paterna a su ingreso a estancia residencial.

		Cualquier trastorno del estado de ánimo		Total
		Si	No	
Papa estado civil separado	Si	42	50	92
	No	70	38	108
Total		112	88	200

**Tabla 247.** Tabla 2x2 para prueba de asociación Chi-cuadrada positiva para las variables diagnóstico para cualquier trastorno del estado de ánimo por medio de la MINI y antecedente de separación paterna en usuarios en estancia residencial en el Centro Estatal para la Atención Integral de las Adicciones.

Fuente: Funcionalidad familiar y patología dual en usuarios residenciales en Centro Estatal para la Atención Integral de las Adicciones, Hidalgo, 2015

La asociación entre la variable diagnóstico de cualquier trastorno del estado de ánimo a su ingreso a unidad residencial y la variable antecedente de dependencia paterna alcohol fue positiva para la prueba de asociación Chi – cuadrada ( $X^2 = 4.138$ ,  $gl = 1$ ,  $p = 0.042$ ) con una razón de momios de 1.890 y un IC 95% (1.013 – 2.422): existe un riesgo 1.890 veces mayor de que los usuarios con el antecedente de consumo de alcohol paterno cumplan criterios diagnósticos para cualquier trastorno del estado de ánimo a su ingreso a estancia residencial.

Prevalencia de global: el 78.87% de los usuarios con cualquier trastorno del estado de ánimo indicó el antecedente dependencia paterna alcohol paterna a su ingreso a estancia residencial.

Prevalencia de los expuestos: el 60.56% de los usuarios con el antecedente dependencia paterna al alcohol cumplió con los criterios diagnósticos para cualquier trastorno del estado de ánimo a su ingreso a estancia residencial.

Prevalencia de los no expuestos: el 44.82% de los usuarios cualquier trastorno del estado de ánimo no indicó el antecedente de dependencia paterna al alcohol a su ingreso a estancia residencial.

		Cualquier trastorno del estado de ánimo		Total
		Si	No	
Consumo paterno de alcohol	Si	86	56	142
	No	26	32	58
Total		112	88	200

**Tabla 248.** Tabla 2x2 para prueba de asociación Chi-cuadrada positiva para las variables diagnóstico para cualquier trastorno del estado de ánimo por medio de la MINI y antecedente consumo paterno de alcohol en usuarios en estancia residencial en el Centro Estatal para la Atención Integral de las Adicciones.

Fuente: Funcionalidad familiar y patología dual en usuarios residenciales en Centro Estatal para la Atención Integral de las Adicciones, Hidalgo, 2015

- e) Análisis cualitativo de los usuarios en estancia residencial que cumplieron con los diagnósticos para cualquier trastorno del estado de ánimo y otros diagnósticos psiquiátricos en usuarios.

La asociación entre la variable diagnóstico de cualquier trastorno del estado de ánimo a su ingreso a unidad residencial y la variable diagnóstico de trastorno de ansiedad generalizada fue positiva para la prueba de asociación Chi – cuadrada ( $X^2 = 6.675$ ,  $gl = 1$ ,  $p = 0.010$ ) con una razón de momios de 2.121 con un IC 95% (1.195 – 3.767).

Existe un riesgo 2.121 veces mayor de que los usuarios con el antecedente de trastorno de ansiedad generalizada cumplan criterios diagnósticos para cualquier trastorno del estado de ánimo a su ingreso a estancia residencial.

Prevalencia de global: el 94.91% de los usuarios con el trastorno de ansiedad generalizada cumplió criterios diagnósticos para cualquier trastorno del estado de ánimo a su ingreso a estancia residencial.

Prevalencia de los expuestos: el 66.96% de los usuarios con cualquier trastorno del estado de ánimo cumplió con los criterios diagnósticos para trastorno de ansiedad generalizada a su ingreso a estancia residencial.

Prevalencia de los no expuestos: el 48.86% de los usuarios cualquier trastorno del estado de ánimo no cumplió con los criterios diagnósticos para trastorno de ansiedad generalizada a su ingreso a estancia residencial.

		Trastorno de ansiedad generalizada		Total
		Si	No	
Cualquier trastorno del estado de ánimo	Si	75	37	112
	No	43	45	88
Total		118	82	200

**Tabla 249.** Tabla 2x2 para prueba de asociación Chi-cuadrada positiva para las variables diagnóstico para cualquier trastorno del estado de ánimo y trastorno de ansiedad generalizada por medio de la MINI en usuarios en estancia residencial en el Centro Estatal para la Atención Integral de las Adicciones.

Fuente: Funcionalidad familiar y patología dual en usuarios residenciales en Centro Estatal para la Atención Integral de las Adicciones, Hidalgo, 2015

La asociación entre la variable diagnóstico de cualquier trastorno del estado de ánimo a su ingreso a unidad residencial y la variable cualquier trastorno de ansiedad fue positiva para la prueba de asociación Chi – cuadrada ( $X^2 = 5.262$ ,  $gl = 1$ ,  $p = 0.022$ ) con una razón de momios de 1.947 y un IC 95% (1.099 – 3.452): existe un riesgo 1.947 veces mayor de que los usuarios con cualquier del estado de ánimo con los criterios diagnósticos para cualquier trastorno de ansiedad su ingreso a estancia residencial.

Prevalencia de global: el 94.91% de los usuarios con cualquier trastorno del estado de ánimo cumplió criterios para cualquier trastorno de ansiedad generalizada a su ingreso a estancia residencial.

Prevalencia de los expuestos: el 66.07% de los usuarios con el trastorno de ansiedad generalizada cumplió con los criterios diagnósticos para cualquier trastorno del estado de ánimo a su ingreso a estancia residencial.

Prevalencia de los no expuestos: el 50% de los usuarios cualquier trastorno del estado de ánimo no cumplió criterios diagnósticos para el trastorno de ansiedad generalizada.

		Cualquier trastorno de ansiedad		Total
		Si	No	
Cualquier trastorno del estado de ánimo	Si	74	38	112
	No	44	44	88
Total		118	82	200

**Tabla 250.** Tabla 2x2 para prueba de asociación Chi-cuadrada positiva para las variables diagnóstico para cualquier trastorno del estado de ánimo y para cualquier trastorno de ansiedad por medio de la MINI en usuarios en estancia residencial en el Centro Estatal para la Atención Integral de las Adicciones.

Fuente: Funcionalidad familiar y patología dual en usuarios residenciales en Centro Estatal para la Atención Integral de las Adicciones, Hidalgo, 2015

La asociación entre la variable diagnóstico de cualquier trastorno del estado de ánimo a su ingreso a unidad residencial y la variable diagnóstico de dos trastornos psiquiátricos simultáneos fue positiva para la prueba de asociación Chi – cuadrada ( $X^2 = 28.261$ ,  $gl = 1$ ,  $p = 0.000$ ) con una razón de momios de 5.979 y un IC 95% (2.982 – 11.988): existe un riesgo 5.976 veces mayor de que los usuarios con cualquier trastorno del estado de ánimo cumplan con los criterios diagnósticos para dos trastorno psiquiátrico simultáneos a su ingreso a unidad residencial.

Prevalencia de global: el 62.5% de los usuarios con cualquier trastorno del estado de ánimo cumplió criterios diagnósticos para dos trastorno psiquiátricos simultáneos a su ingreso a estancia residencial.

Prevalencia de los expuestos: el 50.89% de los usuarios con dos trastornos psiquiátricos simultáneos cumplió con los criterios diagnósticos para cualquier trastorno del estado de ánimo a su ingreso a estancia residencial.

Prevalencia de los no expuestos: el 14.77% de los usuarios cualquier trastorno del estado de ánimo cumplió criterios diagnósticos para el establecimiento de dos trastorno psiquiátricos simultáneos a su a su ingreso a estancia residencial.

		Usuario con dos trastornos psiquiátricos		Total
		Si	No	
Cualquier trastorno del estado de ánimo	Si	57	55	112
	No	13	75	88
Total		70	130	200

**Tabla 251.** Tabla 2x2 para prueba de asociación Chi-cuadrada positiva para las variables diagnóstico para cualquier trastorno del estado de ánimo y diagnóstico de dos trastornos psiquiátricos simultáneos por medio de la MINI en usuarios en estancia residencial en el Centro Estatal para la Atención Integral de las Adicciones.

Fuente: Funcionalidad familiar y patología dual en usuarios residenciales en Centro Estatal para la Atención Integral de las Adicciones, Hidalgo, 2015

La asociación entre la variable diagnóstico de cualquier trastorno del estado de ánimo a su ingreso a unidad residencial y la variable diagnóstico de tres trastornos psiquiátricos simultáneos fue positiva para la prueba de asociación Chi – cuadrada ( $X^2 = 13.471$ ,  $gl = 1$ ,  $p = 0.000$ ) con una razón de momios de 6.349 y un IC 95% (2.124 – 18.973):

Existe un riesgo 6.349 veces mayor de que los usuarios con cualquier trastorno del estado de ánimo cumplan los criterios diagnósticos para otros tres trastorno psiquiátrico comorbidos a su ingreso a unidad residencial.

Prevalencia de global: el 65.88% de los usuarios con cualquier trastorno del estado de ánimo cumplió criterios diagnósticos para tres trastorno psiquiátricos simultáneos a su ingreso a estancia residencial.

Prevalencia de los expuestos: el 76.78% de los usuarios con tres trastornos psiquiátricos simultáneos cumplió con los criterios diagnósticos para cualquier trastorno del estado de ánimo a su ingreso a estancia residencial.

Prevalencia de los no expuestos: el 95.45% de los usuarios cualquier trastorno del estado de ánimo no cumplió criterios diagnósticos para el establecimiento de tres trastorno psiquiátricos simultáneos a su ingreso a estancia residencial.

		Usuario con tres diagnósticos		Total
		Si	No	
Cualquier trastorno del estado de ánimo	Si	86	26	112
	No	84	4	88
Total		170	30	200

**Tabla 252.** Tabla 2x2 para prueba de asociación Chi-cuadrada positiva para las variables diagnóstico para cualquier trastorno del estado de ánimo y diagnóstico de tres trastornos psiquiátricos simultáneos por medio de la MINI en usuarios en estancia residencial en el Centro Estatal para la Atención Integral de las Adicciones.

Fuente: Funcionalidad familiar y patología dual en usuarios residenciales en Centro Estatal para la Atención Integral de las Adicciones, Hidalgo, 2015

La asociación entre la variable diagnóstico de cualquier trastorno del estado de ánimo a su ingreso a unidad residencial y la variable diagnóstico de cuatro trastornos psiquiátricos simultáneos fue positiva para la prueba de asociación Chi – cuadrada ( $X^2 = 8.271$ ,  $gl = 1$ ,  $p = 0.004$ ) con una razón de momios de 1.098 y un IC 95% (1.036 – 1.164)

Existe un riesgo 1.098 veces mayor de que los usuarios que cursan con cualquier trastorno del estado de ánimo cumplan los criterios diagnósticos para cuatro trastornos psiquiátrico comorbidos a su ingreso a unidad residencial.

Prevalencia de global: el 8.92% de los usuarios con cualquier trastorno del estado de ánimo cumplió criterios diagnósticos para cuatro trastorno psiquiátricos simultáneos a su ingreso a estancia residencial.

Prevalencia de los expuestos: el 8.92% de los usuarios con cuatro trastornos psiquiátricos simultáneos cumplió con los criterios diagnósticos para cualquier trastorno del estado de ánimo a su ingreso a estancia residencial.



		Usuarios con cuatro diagnósticos psiquiátricos		Total
		Si	No	
Cualquier trastorno del estado de ánimo	Si	10	102	112
	No	0	88	88
Total		10	190	200

**Tabla 253.** Tabla 2x2 para prueba de asociación Chi-cuadrada positiva para las variables diagnóstico para cualquier trastorno del estado de ánimo y diagnóstico de cuatro trastornos psiquiátricos simultáneos por medio de la MINI en usuarios en estancia residencial en el Centro Estatal para la Atención Integral de las Adicciones.

Fuente: Funcionalidad familiar y patología dual en usuarios residenciales en Centro Estatal para la Atención Integral de las Adicciones, Hidalgo, 2015

- f) Análisis cualitativo de los usuarios en estancia residencial que cumplieron con los diagnósticos para cualquier trastorno del estado de ánimo y trastornos de la personalidad en usuarios.

La asociación entre la variable diagnóstico de cualquier trastorno del estado de ánimo a su ingreso a unidad residencial y la variable trastorno de la personalidad paranoide fue positiva para la prueba de asociación Chi – cuadrada ( $X^2 = 6.406$ ,  $gl = 1$ ,  $p = 0.011$ ) con una razón de momios de 2.533 y un IC 95% (1.216 – 5.278)

Existe un riesgo 2.533 veces mayor de que los usuarios con el trastorno de la personalidad paranoide de cumplir criterios diagnósticos para cualquier trastorno del estado de ánimo a su ingreso a unidad residencial.

Prevalencia de global: el 39.28% de los usuarios con cualquier trastorno del estado de ánimo cumplió criterios diagnósticos para el trastorno paranoide de la personalidad a su ingreso a estancia residencial.

Prevalencia de los expuestos: el 72.72% de los usuarios con el trastorno paranoide de la personalidad cumplió con los criterios diagnósticos para cualquier trastorno del estado de ánimo a su ingreso a estancia residencial.

Prevalencia de los no expuestos: el 51.28% de los usuarios cualquier trastorno del estado de ánimo no cumplió criterios diagnósticos para el establecimiento de trastorno paranoide de la personalidad a su ingreso a estancia residencial.

		Cualquier trastorno del estado de ánimo		Total
		Si	No	
Trastorno paranoide de la personalidad	Si	32	12	44
	No	80	76	156
Total		112	88	200

**Tabla 254.** Tabla 2x2 para prueba de asociación Chi-cuadrada positiva para las variables diagnóstico para cualquier trastorno del estado de ánimo por medio de la MINI y trastorno de paranoide de la personalidad en usuarios en estancia residencial en el Centro Estatal para la Atención Integral de las Adicciones.

Fuente: Funcionalidad familiar y patología dual en usuarios residenciales en Centro Estatal para la Atención Integral de las Adicciones, Hidalgo, 2015

La asociación entre la variable diagnóstico de cualquier trastorno del estado de ánimo a su ingreso a unidad residencial y la variable cualquier trastorno de la personalidad del grupo A fue positiva para la prueba de asociación Chi – cuadrada ( $X^2 = 5.520$ ,  $gl = 1$ ,  $p = 0.019$ ) con una razón de momios de 2.533 y un IC 95% (1.216 – 5.278.): existe un riesgo 1.969 veces mayor de que los usuarios con cualquier trastorno de la personalidad del grupo A cumplan criterios diagnósticos para cualquier trastorno del estado de ánimo a su ingreso a unidad residencial.

Prevalencia de global: el 85.71% de los usuarios con cualquier trastorno del estado de ánimo cumplió criterios diagnósticos para cualquier trastorno la personalidad del Grupo A a su ingreso a estancia residencial.

Prevalencia de los expuestos: el 55.35% de los usuarios con cualquier trastorno de la personalidad del Grupo A cumplió con los criterios diagnósticos para cualquier trastorno del estado de ánimo a su ingreso a estancia residencial y la prevalencia de los no expuestos: el 38.63% de los usuarios cualquier trastorno del estado de ánimo no cumplió criterios diagnósticos para el establecimiento cualquier trastorno del estado de ánimo a su ingreso a estancia residencial.

		Cualquier trastorno del estado de ánimo		Total
		Si	No	
Trastorno de la personalidad del grupo A	Si	62	50	112
	No	34	54	88
Total		96	104	200

**Tabla 255.** Tabla 2x2 para prueba de asociación Chi-cuadrada positiva para las variables diagnóstico para cualquier trastorno del estado de ánimo por medio de la MINI y cualquier trastorno de la personalidad del Grupo A en usuarios en estancia residencial en el Centro Estatal para la Atención Integral de a las Adicciones.

Fuente: Funcionalidad familiar y patología dual en usuarios residenciales en Centro Estatal para la Atención Integral de las Adicciones, Hidalgo, 2015

La asociación entre la variable diagnóstico de cualquier trastorno del estado de ánimo a su ingreso a unidad residencial y la variable trastorno de la inestabilidad emocional de la personalidad de tipo impulsivo fue positiva para la prueba de asociación Chi – cuadrada ( $X^2 = 14.229$ ,  $gl = 1$ ,  $p = 0.000$ ) con una razón de momios de 3.066 y un IC 95% (1.698 – 5.536): existe un riesgo 3.066 veces mayor de que los usuarios con el trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad tipo impulsivo de que cumplir criterios diagnósticos para cualquier trastorno del estado de ánimo a su ingreso a estancia residencial.

Prevalencia de global: el 76.78% de los usuarios con cualquier trastorno del estado de ánimo cumplió criterios diagnósticos para el trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad tipo impulsivo a su ingreso a estancia residencial.

Prevalencia de los expuestos: el 73.25% de los usuarios con el trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad tipo impulsivo a su ingreso a estancia residencial.

Prevalencia de los no expuestos: el 44.14% de los usuarios cualquier trastorno del estado de ánimo no cumplió criterios diagnósticos para el establecimiento de trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad de tipo impulsivo a su ingreso a estancia residencial.

		Cualquier trastorno del estado de ánimo		Total
		Si	No	
Trastorno impulsivo de la personalidad	Si	63	26	86
	No	49	62	111
Total		112	88	200

**Tabla 256.** Tabla 2x2 para prueba de asociación Chi-cuadrada positiva para las variables diagnóstico para cualquier trastorno del estado de ánimo por medio de la MINI y trastorno de la inestabilidad emocional de la personalidad tipo impulsivo en usuarios en estancia residencial en el Centro Estatal para la Atención Integral de las Adicciones.

Fuente: Funcionalidad familiar y patología dual en usuarios residenciales en Centro Estatal para la Atención Integral de las Adicciones, Hidalgo, 2015

La asociación entre la variable diagnóstico de cualquier trastorno del estado de ánimo a su ingreso a unidad residencial y la variable trastorno de la inestabilidad emocional de la personalidad de tipo límite fue positiva para la prueba de asociación Chi – cuadrada ( $X^2 = 28.945$ ,  $gl = 1$ ,  $p = 0.000$ ) con una razón de momios de 5.034 y un IC 95% (2.747 – 9.226): existe un riesgo 5.034 veces mayor de que los usuarios con el trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad tipo límite de

cumplir criterios diagnósticos para cualquier trastorno del estado de ánimo a su ingreso a unidad residencial.

Prevalencia de global: el 91.07% de los usuarios con cualquier trastorno del estado de ánimo cumplió criterios diagnósticos para el trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad tipo límite a su ingreso a estancia residencial.

Prevalencia de los expuestos: el 74.50% de los usuarios con el trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad tipo límite a su ingreso a estancia residencial.

Prevalencia de los no expuestos: el 36.73% de los usuarios con cualquier trastorno del estado de ánimo no cumplió criterios diagnósticos para el establecimiento de trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad de tipo límite a su ingreso a estancia residencial.

		Cualquier trastorno del estado de ánimo		Total
		Si	No	
Trastorno límite de la personalidad	Si	76	26	102
	No	36	62	98
Total		112	88	200

**Tabla 257.** Tabla 2x2 para prueba de asociación Chi-cuadrada positiva para las variables diagnóstico para cualquier trastorno del estado de ánimo por medio de la MINI y trastorno de la inestabilidad emocional de la personalidad tipo límite en usuarios en estancia residencial en el Centro Estatal para la Atención Integral de las Adicciones.

Fuente: Funcionalidad familiar y patología dual en usuarios residenciales en Centro Estatal para la Atención Integral de las Adicciones, Hidalgo, 2015

La asociación entre la variable diagnóstico de cualquier trastorno del estado de ánimo a su ingreso a unidad residencial y la variable cualquier trastorno de la personalidad del Grupo B fue positiva para la prueba de asociación Chi – cuadrada ( $X^2 = 9.941$ ,  $gl = 1$ ,  $p = 0.002$ ) con una razón de momios de 3.824 y un IC 95% (1.594 – 9.172): existe un riesgo 3.824 veces mayor de que los usuarios que cursan con cualquier trastorno de la personalidad del Grupo B de cumplir los criterios diagnósticos para cualquier trastorno del estado de ánimo a su ingreso a unidad residencial.

Prevalencia de global: el 65.51% de los usuarios con cualquier trastorno del estado de ánimo cumplió criterios diagnósticos para cualquier trastorno de la personalidad del Grupo B a su ingreso a estancia residencial.

Prevalencia de los expuestos: el 60.46% de los usuarios con cualquier trastorno de la personalidad del Grupo B de cumplir criterios diagnósticos para cualquier trastorno del estado de ánimo a su ingreso a estancia residencial.

Prevalencia de los no expuestos: el 28.57% de los usuarios con cualquier trastorno del estado de ánimo no cumplió criterios diagnósticos para el establecimiento de cualquier trastorno de la personalidad del Grupo B a su ingreso a estancia residencial.

		Cualquier trastorno del estado de ánimo		Total
		Si	No	
Trastorno de la personalidad del Grupo B	Si	104	68	172
	No	8	20	28
Total		112	88	200

**Tabla 258.** Tabla 2x2 para prueba de asociación Chi-cuadrada positiva para las variables diagnóstico para cualquier trastorno del estado de ánimo por medio de la MINI y cualquier trastorno de la personalidad del Grupo B en usuarios en estancia residencial en el Centro Estatal para la Atención Integral de las Adicciones.

Fuente: Funcionalidad familiar y patología dual en usuarios residenciales en Centro Estatal para la Atención Integral de las Adicciones, Hidalgo, 2015

La asociación entre la variable diagnóstico de cualquier trastorno del estado de ánimo a su ingreso a unidad residencial y la variable trastorno de la personalidad dependiente fue positiva para la prueba de asociación Chi – cuadrada ( $X^2 = 12.551$ ,  $gl = 1$ ,  $p = 0.000$ ) con una razón de momios de 4.177 con y IC 95% (1.817 – 9.605).

Existe un riesgo 4.177 veces mayor de que los usuarios con el trastorno de la personalidad dependiente cumplan criterios diagnósticos para cualquier trastorno del estado de ánimo a su ingreso a unidad residencial.

Prevalencia de global: el 36.60% de los usuarios con cualquier trastorno del estado de ánimo cumplió criterios diagnósticos para el trastorno dependiente de la personalidad a su ingreso a estancia residencial.

Prevalencia de los expuestos: el 80.48% de los usuarios con el trastorno dependiente de la personalidad a su ingreso a estancia residencial.

Prevalencia de los no expuestos: el 49.68% de los usuarios con cualquier trastorno del estado de ánimo no cumplió criterios diagnósticos para el establecimiento del trastorno dependiente de la personalidad a su ingreso a estancia residencial.

		Cualquier trastorno del estado de ánimo		Total
		Si	No	
Trastorno dependiente de la personalidad	Si	33	8	41
	No	79	80	159
Total		112	88	200

**Tabla 259.** Tabla 2x2 para prueba de asociación Chi-cuadrada positiva para las variables diagnóstico para cualquier trastorno del estado de ánimo por medio de la MINI y trastorno dependiente la personalidad en usuarios en estancia residencial en el Centro Estatal para la Atención Integral de las Adicciones.

Fuente: Funcionalidad familiar y patología dual en usuarios residenciales en Centro Estatal para la Atención Integral de las Adicciones, Hidalgo, 2015

La asociación entre la variable diagnóstico de cualquier trastorno del estado de ánimo a su ingreso a unidad residencial y la variable trastorno ansioso de la personalidad fue positiva para la prueba de asociación Chi – cuadrada ( $X^2 = 5.116$ ,  $gl = 1$ ,  $p = 0.024$ ) con una razón de momios de 1.923 y un IC 95% (1.088 – 3.398).

Existe un riesgo 1.923 veces mayor de que los usuarios que cursan con el trastorno de personalidad ansioso de que cumplan los criterios diagnósticos para cualquier trastorno del estado de ánimo a su ingreso a unidad residencial.

Prevalencia de global: el 82.14% de los usuarios con cualquier trastorno del estado de ánimo cumplió criterios diagnósticos para el trastorno ansioso de la personalidad a su ingreso a estancia residencial.

Prevalencia de los expuestos: el 53.54% de los usuarios con el trastorno ansioso de la personalidad cumplió criterios diagnósticos para cualquier trastorno del estado de ánimo a su ingreso a estancia residencial.

Prevalencia de los no expuestos: el 48.59% de los usuarios con cualquier trastorno del estado de ánimo no cumplió criterios diagnósticos para el establecimiento de trastorno ansioso de la personalidad a su ingreso a estancia residencial.

		Cualquier trastorno del estado de ánimo		Total
		Si	No	
Trastorno ansioso de la personalidad	Si	60	33	93
	No	52	55	107
Total		112	88	200

**Tabla 260.** Tabla 2x2 para prueba de asociación Chi-cuadrada positiva para las variables diagnóstico para cualquier trastorno del estado de ánimo por medio de la MINI y trastorno ansioso la personalidad en usuarios en estancia residencial en el Centro Estatal para la Atención Integral de las Adicciones.

Fuente: Funcionalidad familiar y patología dual en usuarios residenciales en Centro Estatal para la Atención Integral de las Adicciones, Hidalgo, 2015

La asociación entre la variable diagnóstico de cualquier trastorno del estado de ánimo a su ingreso a unidad residencial y la variable trastorno ansioso de la personalidad fue positiva para la prueba de asociación Chi – cuadrada ( $X^2 = 7.707$ ,  $gl = 1$ ,  $p = 0.006$ ) con una razón de momios de 11.100 con un IC 95%: 1.361 – 90.521): existe un riesgo 11.100 veces mayor de que los usuarios que cursan con cualquier trastorno de la personalidad de cumplir criterios diagnósticos para cualquier trastorno del estado de ánimo a su ingreso a unidad residencial.

Prevalencia de global: el 58.63% de los usuarios con cualquier trastorno del estado de ánimo cumplió criterios diagnósticos para cualquier trastorno de la personalidad a su ingreso a estancia residencial.

Prevalencia de los expuestos: el 58.11% de los usuarios con cualquier trastorno de la personalidad cumplió criterios diagnósticos para cualquier trastorno del estado de ánimo a su ingreso a estancia residencial y la prevalencia de los no expuestos: el 11.11% de los usuarios con cualquier trastorno del estado de ánimo no cumplió criterios diagnósticos para el establecimiento de cualquier trastorno de la personalidad su ingreso a estancia residencial.

		Cualquier trastorno del estado de ánimo		Total
		Si	No	
Cualquier trastorno de la personalidad	Si	111	80	191
	No	1	8	9
Total		112	88	200

**Tabla 261.** Tabla 2x2 para prueba de asociación Chi-cuadrada positiva para las variables diagnóstico para cualquier trastorno del estado de ánimo por medio de la MINI y cualquier trastorno la personalidad en usuarios en estancia residencial en el Centro Estatal para la Atención Integral de las Adicciones.

Fuente: Funcionalidad familiar y patología dual en usuarios residenciales en Centro Estatal para la Atención Integral de las Adicciones, Hidalgo, 2015

g) Análisis cualitativo de los usuarios en estancia residencial que cumplieron con los diagnósticos para cualquier trastorno del estado de ánimo, funcionalidad, estructura y dinámica familiar.

La asociación entre la variable diagnóstico de cualquier trastorno del estado de ánimo a su ingreso a unidad residencial y la variable estructura familiar monoparental fue positiva para la prueba de asociación Chi – cuadrada ( $X^2 = 7.128$ ,  $gl = 1$ ,  $p = 0.008$ ) con una razón de momios de 2.192 con un IC 95% (1.227 – 3.917).

Existe un riesgo 2.192 veces mayor de que los usuarios que refirieron una estructura familiar monoparental de cumplir criterios diagnósticos para cualquier trastorno del estado de ánimo a su ingreso a estancia residencial.

Prevalencia de global: el 91.05% de los usuarios con cualquier trastorno del estado de ánimo indicó a su a su ingreso a estancia residencial pertenecer a una familia con estructura monoparental.

Prevalencia de los expuestos: el 63.41% de los usuarios que indicó a su ingreso a estancia residencial pertenecer a una estructura familiar monoparental cumplió criterios diagnósticos para cualquier trastorno del estado de ánimo.

Prevalencia de los no expuestos: el 44.15% de los usuarios con cualquier trastorno del estado de ánimo no indicó pertenecer a una estructura familiar monoparental su ingreso a estancia residencial.

		Cualquier trastorno del estado de ánimo		Total
		Si	No	
Familia monoparental	Si	78	45	123
	No	34	43	77
Total		112	88	200

**Tabla 262.** Tabla 2x2 para prueba de asociación Chi-cuadrada positiva para las variables diagnóstico para cualquier trastorno del estado de ánimo por medio de la MINI y estructura familiar monoparental en usuarios en estancia residencial en el Centro Estatal para la Atención Integral de las Adicciones.

Fuente: Funcionalidad familiar y patología dual en usuarios residenciales en Centro Estatal para la Atención Integral de las Adicciones, Hidalgo, 2015



- Análisis cualitativo de los usuarios en estancia residencial que cumplieron el diagnóstico para cualquier trastorno de ansiedad (trastorno de ansiedad generalizada, trastorno de fobia social, trastorno de pánico y trastorno de estrés postraumático), variables de interés y razón de momios.
- a) Análisis cualitativo de los usuarios en estancia residencial que cumplieron los diagnósticos para cualquier trastorno de ansiedad (trastorno de ansiedad generalizada, trastorno de fobia social, trastorno de pánico y trastorno de estrés postraumático) y variables sociodemográficas de interés.

La asociación entre la variable diagnóstico trastorno de ansiedad generalizada a su ingreso a unidad residencial y la variable inicio de actividad laboral antes de los 15 años fue positiva para la prueba de asociación Chi – cuadrada ( $X^2 = 3.969$ ,  $gl = 1$ ,  $p = 0.046$ ) con una razón de momios de 1.802 y un IC 95% (1.007 – 3.225).

Existe un riesgo 1.802 veces mayor de que los usuarios con los criterios de trastorno de ansiedad generalizada refirieran el antecedente de inicio de actividad laboral antes de los 15 años de edad a su ingreso a unidad residencial.

Prevalencia de global: el 97.45% de los usuarios que indicaron a su ingreso a estancia residencial el antecedente de inicio de actividad laboral antes de los 15 años de edad cumplió criterios diagnósticos para el trastorno de ansiedad generalizada.

Prevalencia de los expuestos: el 51.69% de los usuarios con que cumplió criterios diagnósticos para el trastorno de ansiedad generalizada indicó el antecedente de inicio de actividad laboral antes de los 15 años de edad a su ingreso a estancia residencial.

Prevalencia de los no expuestos: el 65.85% de los usuarios que indicó el antecedente de inicio de actividad laboral después de los 15 años de edad no cumplió criterios diagnósticos para el trastorno de ansiedad generalizada a su ingreso a estancia residencial.

		Inicio de actividad laboral antes de los 15 años		Total
		Si	No	
Trastorno de ansiedad generalizada	Si	61	57	118
	No	54	28	82
Total		115	85	200

**Tabla 263.** Tabla 2x2 para prueba de asociación Chi-cuadrada positiva para las variables diagnóstico de trastorno de ansiedad generalizada e inicio de actividad laboral antes de los 15 años de edad en usuarios en estancia residencial en el Centro Estatal para la Atención Integral de las Adicciones.

Fuente: Funcionalidad familiar y patología dual en usuarios residenciales en Centro Estatal para la Atención Integral de las Adicciones, Hidalgo, 2015

- b) Análisis cualitativo de los usuarios en estancia residencial que cumplieron los diagnósticos para cualquier trastorno de ansiedad (trastorno de ansiedad generalizada, trastorno de fobia social, trastorno de pánico y trastorno de estrés postraumático) y dependencia sustancias en usuarios en estancia residencial.

La asociación entre la variable diagnóstico trastorno de pánico y la variable consumo de solventes volátiles fue positiva para la prueba de asociación Chi – cuadrada ( $X^2 = 6.288$ ,  $gl = 1$ ,  $p = 0.012$ ) con una razón de momios de 10.182 y un IC 95% (1.113 – 93.130).

Existe un riesgo 10.182 veces mayor de que los usuarios con el trastorno pánico cumplan criterios diagnósticos para dependencia a consumo de solventes a su ingreso a unidad residencial.

Prevalencia de global: el 8.47% de los usuarios con dependencia a solventes volátiles cumplieron criterios diagnósticos para trastorno de pánico a su ingreso a estancia residencial.

Prevalencia de los expuestos: el 80% de los usuarios con el trastorno de pánico cumplió criterios diagnósticos para dependencia a solventes volátiles a su ingreso a estancia residencial.

Prevalencia de los no expuestos: el 28.20% de los usuarios con dependencia a solventes no cumplió criterios diagnósticos para el trastorno de pánico a su ingreso a estancia residencial.

		Consumo de solventes		Total
		Si	No	
Trastorno de pánico	Si	4	1	5
	No	55	140	195
Total		59	141	200

**Tabla 264.** Tabla 2x2 para prueba de asociación Chi-cuadrada positiva para las variables diagnóstico de trastorno de pánico por medio de la MINI y consumo de solventes volátiles en usuarios en estancia residencial en el Centro Estatal para la Atención Integral de las Adicciones.

Fuente: Funcionalidad familiar y patología dual en usuarios residenciales en Centro Estatal para la Atención Integral de las Adicciones, Hidalgo, 2015

- c) Análisis cualitativo de los usuarios en estancia residencial que cumplieron los diagnósticos para cualquier trastorno de ansiedad (trastorno de ansiedad generalizada, trastorno de fobia social, trastorno de pánico y trastorno de estrés postraumático) y antecedentes de salud mental de usuarios.

La asociación entre la variable diagnóstico trastorno de ansiedad generalizada a su ingreso a unidad residencial y la variable antecedente de maltrato infantil de tipo emocional fue positiva para la prueba de asociación Chi – cuadrada ( $X^2 = 5.609$ ,  $gl = 1$ ,  $p = 0.018$ ) con una razón de momios de 1.739 y un IC 95% (1.096 – 2.759).

Existe un riesgo 1.739 veces mayor de que los usuarios con los criterios diagnóstico de trastorno de ansiedad generalizada refirieron el antecedente de maltrato infantil de tipo emocional a su ingreso a unidad residencial.

Prevalencia de global: el 80.27% de los usuarios con el trastorno de ansiedad generalizada indicaron a su ingreso a estancia residencial el antecedente de maltrato infantil de tipo emocional.

Prevalencia de los expuestos: el 63.94% de los usuarios que indicó el antecedente de maltrato infantil de tipo emocional cumplió criterios diagnósticos para el trastorno de ansiedad generalizada a su ingreso a estancia residencial.

Prevalencia de los no expuestos: el 45.28% de los usuarios con los criterios diagnósticos para el trastorno de ansiedad generalizada no indicó el antecedente de maltrato infantil de tipo emocional a su ingreso a estancia residencial.

		Trastorno de ansiedad generalizada		Total
		Si	No	
Antecedentes de maltrato emocional en la infancia	Si	94	53	147
	No	24	29	53
Total		118	82	200

**Tabla 265.** Tabla 2x2 para prueba de asociación Chi-cuadrada positiva para las variables diagnóstico de trastorno de ansiedad generalizada por medio de la MINI y antecedentes de maltrato infantil de tipo emocional en usuarios en estancia residencial en el Centro Estatal para la Atención Integral de las Adicciones.

Fuente: Funcionalidad familiar y patología dual en usuarios residenciales en Centro Estatal para la Atención Integral de las Adicciones, Hidalgo, 2015

- d) Análisis cualitativo de los usuarios en estancia residencial que cumplieron los diagnósticos para cualquier trastorno de ansiedad (trastorno de ansiedad generalizada, trastorno de fobia social, trastorno de pánico y trastorno de estrés postraumático) y otros diagnósticos psiquiátricos en usuarios.

La asociación entre la variable diagnóstico trastorno de ansiedad generalizada a su ingreso a unidad residencial y la variable diagnóstico para cualquier trastorno de ansiedad (trastorno de fobia social, trastorno de pánico y trastorno de estrés postraumático) fue positiva para la prueba de asociación Chi – cuadrada ( $X^2 = 183.806$ ,  $gl = 1$ ,  $p = 0.000$ ) con una razón de momios de 2320 y un IC 95% (320.143 – 16812.471): existe un riesgo 2320 veces mayor de que los usuarios que cumplieron con los criterios de trastorno de ansiedad generalizada cumplan con criterios diagnóstico para cualquier otro trastorno de ansiedad a su ingreso a unidad residencial.

Prevalencia de global: el 100% de los usuarios cumplieron con los criterios diagnósticos para trastorno de ansiedad generalizada cumplió criterios para cualquier otro trastorno de ansiedad a su ingreso a estancia residencial.

Prevalencia de los expuestos: el 98.30% de los usuarios con que cumplió criterios diagnósticos para cualquier trastorno de ansiedad cumplió criterios diagnósticos para el trastorno de ansiedad generalizada a su ingreso a estancia residencial.

Prevalencia de los no expuestos: el 2.43% de los usuarios con los criterios para trastorno de ansiedad generalizada no cumplió criterios diagnósticos para cualquier trastorno de ansiedad a su ingreso a estancia residencial.

		Cualquier trastorno de ansiedad		Total
		Si	No	
Trastorno de ansiedad generalizada	Si	116	2	118
	No	2	80	82
Total		118	82	200

**Tabla 266.** Tabla 2x2 para prueba de asociación Chi-cuadrada positiva para las variables diagnóstico de trastorno de ansiedad generalizada y cualquier trastorno de ansiedad por medio de la MINI en usuarios en estancia residencial en el Centro Estatal para la Atención Integral de las Adicciones.

Fuente: Funcionalidad familiar y patología dual en usuarios residenciales en Centro Estatal para la Atención Integral de las Adicciones, Hidalgo, 2015

La asociación entre la variable diagnóstico trastorno de ansiedad generalizada a su ingreso a unidad residencial y la variable diagnóstico de dos trastorno psiquiátricos simultáneos fue positiva para la prueba de asociación Chi – cuadrada ( $X^2 = 5.387$ ,  $gl = 1$ ,  $p = 0.020$ ) con una razón de momios de 2.063 y un IC 95% (1.114 – 3.821): existe un riesgo 2.062 veces mayor de que los usuarios que cumplieron con los criterios diagnósticos de trastorno de ansiedad generalizada cumplan con el diagnóstico otros dos trastornos psiquiátricos comorbidos a su ingreso a unidad residencial.

Prevalencia de global: el 59.32% de los usuarios que cumplieron con los criterios diagnósticos para el establecimiento de dos trastorno psiquiátricos simultáneos cumplió criterios para trastorno ansiedad generalizada a su ingreso a estancia residencial.

Prevalencia de los expuestos: el 441.52% de los usuarios con el trastorno de ansiedad generalizada cumplió criterios diagnósticos para dos trastornos psiquiátricos simultáneos a su ingreso a estancia residencial y la prevalencia de los no expuestos: el 25.60% de los usuarios con los criterios para el establecimiento de dos trastorno psiquiátricos simultáneos no cumplieron criterios diagnósticos para el trastorno de ansiedad generalizada a su ingreso a estancia residencial.

		Usuario con dos trastornos psiquiátricos		Total
		Si	No	
Trastorno de ansiedad generalizada	Si	49	69	118
	No	21	61	82
Total		70	130	200

**Tabla 267.** Tabla 2x2 para prueba de asociación Chi-cuadrada positiva para las variables diagnóstico de trastorno de ansiedad generalizada y diagnósticos de dos trastornos psiquiátricos simultáneos por medio de la MINI en usuarios en estancia residencial en el Centro Estatal para la Atención Integral de las Adicciones.

Fuente: Funcionalidad familiar y patología dual en usuarios residenciales en Centro Estatal para la Atención Integral de las Adicciones, Hidalgo, 2015

La asociación entre la variable diagnóstico trastorno de ansiedad generalizada a su ingreso a unidad residencial y la variable diagnóstico de tres trastornos psiquiátricos simultáneos fue positiva para la prueba de asociación Chi – cuadrada ( $X^2 = 14.021$ ,  $gl = 1$ ,  $p = 0.000$ ) con una razón de momios de 7.813 y un IC 95% (2.283 – 26.738): existe un riesgo 7.813 veces mayor de que los usuarios con el trastorno de ansiedad generalizada cumplan con el diagnóstico tres trastornos psiquiátricos comorbidos a su ingreso a estancia residencial.

Prevalencia de global: el 25.42% de los usuarios que cumplieron con los criterios diagnósticos para el establecimiento de tres trastorno psiquiátricos simultáneos cumplió criterios para trastorno ansiedad generalizada a su ingreso a estancia residencial.

Prevalencia de los expuestos: el 22.88% de los usuarios con el trastorno de ansiedad generalizada cumplió criterios diagnósticos para tres trastornos psiquiátricos simultáneos a su ingreso a estancia residencial.

Prevalencia de los no expuestos: el 3.65% de los usuarios con los criterios para el establecimiento de tres trastornos psiquiátricos simultáneos no cumplieron criterios diagnósticos para el trastorno de ansiedad generalizada a su ingreso a estancia residencial.

		Usuario con tres diagnósticos		Total
		Si	No	
Trastorno de ansiedad generalizada	Si	27	91	118
	No	3	79	82
Total		30	170	200

**Tabla 268.** Tabla 2x2 para prueba de asociación Chi-cuadrada positiva para las variables diagnóstico de trastorno de ansiedad generalizada y diagnósticos de tres trastornos psiquiátricos simultáneos por medio de la MINI en usuarios en estancia residencial en el Centro Estatal para la Atención Integral de las Adicciones.

Fuente: Funcionalidad familiar y patología dual en usuarios residenciales en Centro Estatal para la Atención Integral de las Adicciones, Hidalgo, 2015

La asociación entre la variable diagnóstico trastorno de ansiedad generalizada a su ingreso a unidad residencial y la variable diagnóstico de cuatro trastornos psiquiátricos simultáneos fue positiva para la prueba de asociación Chi – cuadrada ( $X^2 = 7.315$ ,  $gl = 1$ ,  $p = 0.007$ ) con una razón de momios de 1.093 y un IC 95% (1.034 – 1.154): existe un riesgo 1.093 veces mayor de que los usuarios con

el trastorno de ansiedad generalizada cumplan con el diagnóstico cuatro trastornos psiquiátricos comorbidos a su ingreso a unidad residencial.

Prevalencia de global: el 8.47% de los usuarios que cumplieron con los criterios diagnósticos para el establecimiento de cuatro trastorno psiquiátricos simultáneos cumplió criterios para trastorno ansiedad generalizada a su ingreso a estancia residencial.

Prevalencia de los expuestos: el 8.47% de los usuarios con el trastorno de ansiedad generalizada cumplió criterios diagnósticos para cuatro trastornos psiquiátricos simultáneos a su ingreso a estancia residencial.

		Usuarios con cuatro diagnósticos psiquiátricos		Total
		Si	No	
Trastorno de ansiedad generalizada	Si	10	108	118
	No	0	82	82
Total		10	190	200

**Tabla 269.** Tabla 2x2 para prueba de asociación Chi-cuadrada positiva para las variables diagnóstico de trastorno de ansiedad generalizada y diagnósticos de cuatro trastornos psiquiátricos simultáneos por medio de la MINI en usuarios en estancia residencial en el Centro Estatal para la Atención Integral de las Adicciones.

Fuente: Funcionalidad familiar y patología dual en usuarios residenciales en Centro Estatal para la Atención Integral de las Adicciones, Hidalgo, 2015

La asociación entre la variable diagnóstico trastorno de ansiedad social a su ingreso a unidad residencial y la variable establecimiento de cuatro trastornos psiquiátricos simultáneos fue positiva para la prueba de asociación Chi – cuadrada ( $X^2 = 13.225$ ,  $gl = 1$ ,  $p = 0.000$ ) con una razón de momios de 15.583 y un IC 95% (2.275 – 106.724).

Existe un riesgo 15.583 veces mayor de que los usuarios con trastorno de ansiedad social cumplan con los criterios diagnósticos para el establecimiento de cuatro trastornos psiquiátricos comorbidos a su ingreso a unidad residencial.

Prevalencia de global: el 50% de los usuarios que cumplieron criterios para el establecimiento de cuatro trastornos psiquiátricos simultáneos a su ingreso a estancia residencial presentaron criterios diagnósticos para el trastorno de fobia social.

Prevalencia de los expuestos: el 40% de los usuarios con el trastorno de fobia social cumplió criterios diagnósticos para el establecimiento de cuatro trastorno psiquiátricos simultáneos a su a su ingreso a estancia residencial.

Prevalencia de los no expuestos: el 4.10% de los usuarios con criterios para el establecimiento de cuatro trastornos psiquiátricos simultáneos a su ingreso a estancia residencial no presento criterios diagnósticos para el trastorno de fobia social.

		Usuarios con cuatro diagnósticos psiquiátricos		Total
		Si	No	
Trastorno de fobia social	Si	2	3	5
	No	8	187	195
Total		10	190	200

**Tabla 270.** Tabla 2x2 para prueba de asociación Chi-cuadrada positiva para las variables diagnóstico de trastorno de fobia social y diagnósticos de cuatro trastornos psiquiátricos simultáneos por medio de la MINI en usuarios en estancia residencial en el Centro Estatal para la Atención Integral de las Adicciones.

Fuente: Funcionalidad familiar y patología dual en usuarios residenciales en Centro Estatal para la Atención Integral de las Adicciones, Hidalgo, 2015

- e) Análisis cualitativo de los usuarios en estancia residencial que cumplieron los diagnósticos para cualquier trastorno de ansiedad (trastorno de ansiedad generalizada, trastorno de fobia social, trastorno de pánico y trastorno de estrés postraumático) y trastornos de la personalidad.

La asociación entre la variable diagnóstico trastorno de ansiedad generalizada a su ingreso a unidad residencial y la variable trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad de tipo impulsivo fue positiva para la prueba de asociación Chi – cuadrada ( $X^2 = 6.032$ ,  $gl = 1$ ,  $p = 0.014$ ) con una razón de momios de 2.064 y un IC 95% (1.153 – 3.694): existe un riesgo 2.064 veces mayor de que los usuarios con el trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad de tipo impulsivo cumplieran con los criterios de trastorno de ansiedad generalizada a su ingreso a unidad residencial.

Prevalencia de global: el 75.42% de los usuarios con trastorno de ansiedad generalizada cumplió criterios diagnósticos para el trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad de tipo impulsivo a su ingreso a estancia residencial.



Prevalencia de los expuestos: el 51.69% de los usuarios con diagnóstico de trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad de tipo impulsivo cumplió criterios diagnósticos para el trastorno de ansiedad generalizada a su ingreso a estancia residencial.

Prevalencia de los no expuestos: el 51.35% de los usuarios con el trastorno de ansiedad generalizada no cumplieron criterios diagnósticos para el trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad tipo impulsivo a su ingreso a estancia residencial.

		Trastorno de ansiedad generalizada		Total
		Si	No	
Trastorno impulsivo de la personalidad	Si	61	28	89
	No	57	54	111
Total		118	82	200

**Tabla 271.** Tabla 2x2 para prueba de asociación Chi-cuadrada positiva para las variables diagnóstico de trastorno de ansiedad generalizada por medio de la MINI y trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad tipo impulsivo en usuarios en estancia residencial en el Centro Estadal para la Atención Integral de las Adicciones.

Fuente: Funcionalidad familiar y patología dual en usuarios residenciales en Centro Estadal para la Atención Integral de las Adicciones, Hidalgo, 2015

La asociación entre la variable diagnóstico trastorno de ansiedad generalizada a su ingreso a unidad residencial y la variable trastorno de personalidad ansioso fue positiva para la prueba de asociación Chi – cuadrada ( $X^2 = 6.926$ ,  $gl = 1$ ,  $p = 0.008$ ) con una razón de momios de 2.166 y un IC 95% (1.213 – 3.868).

Existe un riesgo 2.166 veces mayor de que los usuarios que presentaron trastorno de la personalidad ansiosa cumplan con los criterios de trastorno de ansiedad generalizada a su ingreso a unidad residencial.

Prevalencia de global: el 78.81% de los usuarios con trastorno de ansiedad generalizada cumplieron criterios diagnósticos para el trastorno de personalidad de tipo ansioso a su ingreso a estancia residencial.

Prevalencia de los expuestos: el 54.23% de los usuarios con el trastorno de personalidad de tipo ansioso cumplió criterios diagnósticos para el trastorno de ansiedad generalizada a su ingreso a estancia residencial.

Prevalencia de los no expuestos: el 50.46% de los usuarios con el trastorno de ansiedad generalizada no cumplió criterios diagnósticos para el trastorno de personalidad de tipo ansioso a su ingreso a estancia residencial.

		Trastorno de ansiedad generalizada		Total
		Si	No	
Trastorno ansioso de la personalidad	Si	64	29	93
	No	54	53	107
Total		118	82	200

**Tabla 272.** Tabla 2x2 para prueba de asociación Chi-cuadrada positiva para las variables diagnóstico de trastorno de ansiedad generalizada por medio de la MINI y trastorno de ansioso de la personalidad en usuarios en estancia residencial en el Centro Estatal para la Atención Integral de las Adicciones.

Fuente: Funcionalidad familiar y patología dual en usuarios residenciales en Centro Estatal para la Atención Integral de las Adicciones, Hidalgo, 2015

- Análisis cualitativo de los usuarios en estancia residencial que cumplieron el diagnóstico para cualquier trastorno de la conducta, variables de interés y razón de momios.
- a) Análisis cualitativo de los usuarios en estancia residencial que cumplieron el diagnóstico para cualquier trastorno de la conducta y variables sociodemográficas de interés.

La asociación entre la variable diagnóstico cualquier trastorno de la conducta y la variable abandono de actividad escolar secundario a consumo de sustancias fue positiva para la prueba de asociación Chi – cuadrada ( $X^2 = 4.523$ ,  $gl = 1$ ,  $p = 0.033$ ) con una razón de momios de 2.048 y un IC 95% (1.051 – 3.989).

Existe un riesgo 2.048 veces mayor de que los usuarios con criterios diagnósticos para cualquier trastorno de la conducta indicaran el antecedente de abandono de actividad escolar por consumo de sustancias a su ingreso a unidad residencial.

Prevalencia de global: el 47.16% de los usuarios con el antecedente de abandono de actividad escolar por consumo de sustancias cumplió criterios diagnósticos para cualquier trastorno de la conducta a su ingreso a estancia residencial.

Prevalencia de los expuestos: el 66% de los usuarios con cualquier trastorno de la conducta indicó el antecedente de abandono de actividad escolar secundario al consumo de sustancias a su ingreso a estancia residencial.

Prevalencia de los no expuestos: el 48.66% de los usuarios el antecedente abandono de actividad escolar secundario al consumo de sustancias no cumplió criterios diagnósticos para cualquier trastorno de la conducta a su ingreso a estancia residencial.

		Motivo de abandono escolar consumo de sustancias		Total
		Si	No	
Trastornos de la conducta	Si	33	17	50
	No	73	77	150
Total		106	94	200

**Tabla 273.** Tabla 2x2 para prueba de asociación Chi-cuadrada positiva para las variables diagnóstico de cualquier trastorno de la conducta y abandono de actividad escolar por consumo de sustancias en usuarios en estancia residencial en el Centro Estatal para la Atención Integral de las Adicciones.

Fuente: Funcionalidad familiar y patología dual en usuarios residenciales en Centro Estatal para la Atención Integral de las Adicciones, Hidalgo, 2015

La asociación entre la variable diagnóstico de cualquier trastorno de la conducta y la variable inicio de actividad laboral antes de los 15 años de edad fue positiva para la prueba de asociación Chi – cuadrada ( $X^2 = 19.148$ ,  $gl = 1$ ,  $p = 0.000$ ) con una razón de momios de 3.208 y un IC 95% (1.668 – 6.170).

Existe un riesgo 3.208 veces mayor de que los usuarios con criterios diagnósticos para cualquier trastorno de la conducta indicaran el antecedente de inicio de actividad laboral antes de los 15 años a su ingreso a unidad residencial.

Prevalencia de global: el 43.47% de los usuarios con el antecedente de inicio de actividad laboral antes de los 15 años de edad cumplió criterios diagnósticos para cualquier trastorno de la conducta a su ingreso a estancia residencial.

Prevalencia de los expuestos: el 84% de los usuarios con criterios diagnósticos para cualquier trastorno de la conducta indicó el antecedente de inicio de actividad laboral antes de los 15 años a su ingreso a estancia residencial.

Prevalencia de los no expuestos: el 48.66% de los usuarios el antecedente de inicio de actividad laboral antes de los 15 años no cumplió criterios diagnósticos para cualquier trastorno de la conducta a su ingreso a estancia residencial.

		Inicio de actividad laboral antes de los 15 años		Total
		Si	No	
Trastornos de la conducta	Si	42	8	50
	No	73	77	150
Total		115	85	200

**Tabla 274.** Tabla 2x2 para prueba de asociación Chi-cuadrada positiva para las variables diagnóstico de cualquier trastorno de la conducta e inicio de actividad laboral antes de los 15 años de edad en usuarios en estancia residencial en el Centro Estatal para la Atención Integral de las Adicciones.

Fuente: Funcionalidad familiar y patología dual en usuarios residenciales en Centro Estatal para la Atención Integral de las Adicciones, Hidalgo, 2015

La asociación entre la variable cualquier trastorno de la conducta y la variable antecedentes penales fue positiva para la prueba de asociación Chi – cuadrada ( $X^2 = 10.579$ ,  $gl = 1$ ,  $p = 0.001$ ) con una razón de momios de 1.551 y un IC 95% (1.129 – 2.129): existe un riesgo 1.551 veces mayor de que los usuarios con criterios diagnósticos para cualquier trastorno de la conducta indicaran contar con antecedentes penales a su ingreso a unidad residencial.

Prevalencia de global: el 71.42% de los usuarios con la presencia de antecedentes penales cumplió criterios diagnósticos para cualquier trastorno de la conducta a su ingreso a estancia residencial.

Prevalencia de los expuestos: el 54% de los usuarios con cualquier trastorno de la conducta indicó contar con antecedentes penales a su ingreso a estancia residencial y la prevalencia de los no expuestos: el 28.66% de los usuarios con antecedentes penales no cumplieron criterios diagnósticos para cualquier trastorno de la conducta a su ingreso a estancia residencial.

		Antecedentes penales		Total
		Si	No	
Trastornos de la conducta	Si	27	23	50
	No	43	107	150
Total		70	130	200

**Tabla 275.** Tabla 2x2 para prueba de asociación Chi-cuadrada positiva para las variables diagnóstico de cualquier trastorno de la conducta y antecedentes penales en usuarios en estancia residencial en el Centro Estatal para la Atención Integral de las Adicciones.

Fuente: Funcionalidad familiar y patología dual en usuarios residenciales en Centro Estatal para la Atención Integral de las Adicciones, Hidalgo, 2015

- b) Análisis cualitativo de los usuarios en estancia residencial que cumplieron el diagnóstico para cualquier trastorno de la conducta y dependencia a otras sustancias.

La asociación entre la variable cualquier trastorno de la conducta y la variable dependencia alcohol fue positiva para la prueba de asociación Chi – cuadrada ( $X^2 = 11.765$ ,  $gl = 1$ ,  $p = 0.001$ ) con una razón de momios de 1.286 y un IC 95% (1.064 – 1.563): existe un riesgo 1.286 veces mayor de que los usuarios con criterios diagnósticos para cualquier trastorno de la conducta cumpliera criterios para dependencia alcohol a su ingreso a unidad residencial.

Prevalencia de global: el 29.41% de los usuarios con dependencia alcohol cumplió criterios diagnósticos para cualquier trastorno de la conducta a su ingreso a estancia residencial.

Prevalencia de los expuestos: el 70% de los usuarios con cualquier trastorno de la conducta cumplió criterios diagnósticos para dependencia alcohol a su ingreso a estancia residencial.

Prevalencia de los no expuestos: el 90% de los usuarios con dependencia alcohol no cumplieron criterios diagnósticos para cualquier trastorno de la conducta a su ingreso a estancia residencial.

		Consumo de alcohol		Total
		Si	No	
Trastornos de la conducta	Si	35	15	30
	No	135	15	150
Total		170	30	200

**Tabla 276.** Tabla 2x2 para prueba de asociación Chi-cuadrada positiva para las variables diagnóstico de cualquier trastorno de la conducta y consumo de alcohol en usuarios en estancia residencial en el Centro Estatal para la Atención a las Adicciones.

Fuente: Funcionalidad familiar y patología dual en usuarios residenciales en Centro Estatal para la Atención Integral de las Adicciones, Hidalgo, 2015

La asociación entre la variable cualquier trastorno de la conducta y la variable dependencia a cannabis fue positiva para la prueba de asociación Chi – cuadrada ( $X^2 = 30.422$ ,  $gl = 1$ ,  $p = 0.000$ ) con una razón de momios de 39.554 y un IC 95% (5.322 – 293.986).

Existe un riesgo 39.554 veces mayor de que los usuarios con criterios diagnósticos para cualquier trastorno de la conducta cumplieran con los criterios para dependencia a cannabis a su ingreso a unidad residencial.

Prevalencia de global: el 37.87% de los usuarios con dependencia a cannabis cumplió criterios diagnósticos para cualquier trastorno de la conducta a su ingreso a estancia residencial.

Prevalencia de los expuestos: el 98% de los usuarios con cualquier trastorno de la conducta cumplió con los criterios diagnósticos para cualquier trastorno de la conducta a su ingreso a estancia residencial.

Prevalencia de los no expuestos: el 55.33% de los usuarios dependencia a cannabis no cumplieron criterios diagnósticos para cualquier trastorno de la conducta a su ingreso a estancia residencial.

		Consumo de cannabis		Total
		Si	No	
Trastornos de la conducta	Si	49	1	50
	No	83	67	150
Total		132	68	200

**Tabla 277.** Tabla 2x2 para prueba de asociación Chi-cuadrada positiva para las variables diagnóstico de cualquier trastorno de la conducta y consumo de cannabis en usuarios en estancia residencial en el Centro Estatal para la Atención Integral de las Adicciones.

Fuente: Funcionalidad familiar y patología dual en usuarios residenciales en Centro Estatal para la Atención Integral de las Adicciones, Hidalgo, 2015

La asociación entre la variable cualquier trastorno de la conducta y la variable dependencia a solventes fue positiva para la prueba de asociación Chi – cuadrada ( $X^2 = 13.471$ ,  $gl = 1$ ,  $p = 0.000$ ) con una razón de momios de 3.412 y un IC 95% (1.740 – 6.690): existe un riesgo 3.412 veces mayor de que los usuarios con los criterios diagnósticos para cualquier trastorno de la conducta cumpliera con los criterios para dependencia a solventes volátiles a su ingreso a estancia residencial.

Prevalencia de global: el 84.74% de los usuarios con dependencia a solventes cumplió criterios diagnósticos para cualquier trastorno de la conducta a su ingreso a estancia residencial.

Prevalencia de los expuestos: el 50% de los usuarios con cualquier trastorno de la conducta cumplió con los criterios diagnósticos para dependencia a solventes a su ingreso a estancia residencial. Y la prevalencia de los no expuestos: el 22.66% de los usuarios con dependencia a solventes volátiles

no cumplieron criterios diagnósticos para cualquier trastorno de la conducta a su ingreso a estancia residencial.

		Consumo de solventes		Total
		Si	No	
Trastornos de la conducta	Si	25	25	50
	No	34	116	150
Total		59	141	200

**Tabla 278.** Tabla 2x2 para prueba de asociación Chi-cuadrada positiva para las variables diagnóstico de cualquier trastorno de la conducta y consumo de solventes volátiles en usuarios en estancia residencial en el Centro Estatal para la Atención Integral de las Adicciones.

Fuente: Funcionalidad familiar y patología dual en usuarios residenciales en Centro Estatal para la Atención Integral de las Adicciones, Hidalgo, 2015

- c) Análisis cualitativo de los usuarios en estancia residencial que cumplieron el diagnóstico para cualquier trastorno de la conducta y antecedentes de salud mental.

La asociación entre la variable diagnóstico trastorno de la conducta y la variable antecedente de abuso sexual en la infancia fue positiva para la prueba de asociación Chi – cuadrada ( $X^2 = 6.877$ ,  $gl = 1$ ,  $p = 0.009$ ) con una razón de momios de 1.106 con un IC 95% (1.995 – 1.229).

Existe un riesgo 1.106 veces mayor de que los usuarios con criterios diagnósticos para cualquier trastorno de la conducta reportaran el antecedente de abuso sexual en la infancia a su ingreso a unidad residencial.

Prevalencia de global: el 20% de los usuarios con el antecedente de abuso sexual en la infancia cumplió criterios diagnósticos para cualquier trastorno de la conducta a su ingreso a estancia residencial.

Prevalencia de los expuestos: el 60% de los usuarios con cualquier trastorno de la conducta indicó el antecedente de abuso sexual a su ingreso a estancia residencial.

Prevalencia de los no expuestos: el 23.15% de los usuarios con el antecedente de abuso sexual no cumplieron criterios diagnósticos para cualquier trastorno de la conducta a su ingreso a estancia residencial.

		Trastorno de la conducta		Total
		Si	No	
Antecedentes de abuso sexual en la infancia	Si	6	4	10
	No	44	146	190
Total		50	150	200

**Tabla 279.** Tabla 2x2 para prueba de asociación Chi-cuadrada positiva para las variables diagnóstico de cualquier trastorno de la conducta y antecedentes de abuso sexual en la infancia en usuarios en estancia residencial en el Centro Estatal para la Atención Integral de las Adicciones.

Fuente: Funcionalidad familiar y patología dual en usuarios residenciales en Centro Estatal para la Atención Integral de las Adicciones, Hidalgo, 2015

La asociación entre la variable diagnóstico trastorno de la conducta y la variable antecedente de violación en la infancia fue positiva para la prueba de asociación Chi – cuadrada ( $X^2 = 3.997$ ,  $gl = 1$ ,  $p = 0.046$ ) con una razón de momios de 1.065 y un IC 95% (1.979 – 1.160): existe un riesgo 1.065 veces mayor de que los usuarios con criterios diagnósticos para cualquier trastorno de la conducta reportaran el antecedente de violación en su infancia a su ingreso a unidad residencial.

Prevalencia de global: el 14% de los usuarios con criterios diagnósticos para cualquier trastorno de la conducta indicaron el antecedente de violación en la infancia a su ingreso a estancia residencial.

Prevalencia de los expuestos: el 8% de los usuarios con el antecedente de violación en la infancia cumplió criterios diagnósticos para cualquier trastorno de la conducta a su ingreso a estancia residencial.

Prevalencia de los no expuestos: el 23.15% de los usuarios con el antecedente de violación en la infancia no cumplieron criterios diagnósticos para cualquier trastorno de la conducta a su ingreso a estancia residencial.

		Trastornos de la conducta		Total
		Si	No	
Antecedentes de violación en la infancia	Si	4	3	7
	No	46	147	193
Total		50	150	200

**Tabla 280.** Tabla 2x2 para prueba de asociación Chi-cuadrada positiva para las variables diagnóstico de cualquier trastorno de la conducta y antecedentes de violación en la infancia en usuarios en estancia residencial en el Centro Estatal para la Atención Integral de las Adicciones.

Fuente: Funcionalidad familiar y patología dual en usuarios residenciales en Centro Estatal para la Atención Integral de las Adicciones, Hidalgo, 2015



La asociación entre la variable diagnóstico trastorno de la conducta y la variable antecedente de maltrato infantil de tipo emocional fue positiva para la prueba de asociación Chi – cuadrada ( $X^2 = 5.348$ ,  $gl = 1$ ,  $p = 0.021$ ) con una razón de momios de 2.717 y un IC 95% (1.058 – 4.536): existe un riesgo 5.348 veces mayor de que los usuarios con el antecedente de maltrato infantil de tipo emocional cumpliera con los criterios diagnósticos para cualquier trastorno de la conducta a su ingreso a unidad residencial.

Prevalencia de global: el 36.05% de los usuarios con el antecedente maltrato infantil de tipo emocional cumplió criterios diagnósticos para cualquier trastorno de la conducta a su ingreso a estancia residencial.

Prevalencia de los expuestos: el 8% de los usuarios con cualquier trastorno de la conducta indicó el antecedente de maltrato infantil de tipo emocional a su ingreso a estancia residencial.

Prevalencia de los no expuestos: el 23.8% de los usuarios con el antecedente de maltrato infantil de tipo emocional no cumplieron criterios diagnósticos para cualquier trastorno de la conducta a su ingreso a estancia residencial.

		Trastornos de la conducta		Total
		Si	No	
Antecedentes de maltrato emocional en la infancia	Si	43	104	147
	No	7	46	50
Total		53	150	200

**Tabla 281.** Tabla 2x2 para prueba de asociación Chi-cuadrada positiva para las variables diagnóstico de cualquier trastorno de la conducta y antecedentes de maltrato infantil de tipo emocional en usuarios en estancia residencial en el Centro E estatal para la Atención Integral de las Adicciones.

Fuente: Funcionalidad familiar y patología dual en usuarios residenciales en Centro E estatal para la Atención Integral de las Adicciones, Hidalgo, 2015

- d) Análisis cualitativo de los usuarios en estancia residencial que cumplieron el diagnóstico para cualquier trastorno de la conducta y variables asociadas a antecedentes familiares de usuarios.

La asociación entre la variable diagnóstico trastorno de la conducta y la variable antecedente de separación materna fue positiva para la prueba de asociación Chi – cuadrada ( $X^2 = 10.141$ ,  $gl = 1$ ,  $p = 0.001$ ) con una razón de momios de 2.970 y un IC 95% (1.496 – 5.894): existe un riesgo 2.970

veces mayor de que los usuarios con el antecedente de separación materna cumpliera con los criterios diagnósticos para cualquier trastorno de la conducta a su ingreso a unidad residencial.

Prevalencia de global: el 49.50% de los usuarios con el antecedente de separación materna cumplió criterios diagnósticos para cualquier trastorno de la conducta a su ingreso a estancia residencial.

Prevalencia de los expuestos: el 34.65% de los usuarios con cualquier trastorno de la conducta indicó el antecedente de separación materna a su ingreso a estancia residencial.

Prevalencia de los no expuestos: el 15.15% de los usuarios con el antecedente de separación materna no cumplieron criterios diagnósticos para cualquier trastorno de la conducta a su ingreso a estancia residencial.

		Trastornos de la conducta		Total
		Si	No	
Estado civil materno separada	Si	35	66	101
	No	15	84	99
Total		50	150	200

**Tabla 282.** Tabla 2x2 para prueba de asociación Chi-cuadrada positiva para las variables diagnóstico de cualquier trastorno de la conducta y antecedentes de separación materna en usuarios en estancia residencial en el Centro Estatal para la Atención Integral de las Adicciones.

Fuente: Funcionalidad familiar y patología dual en usuarios residenciales en Centro Estatal para la Atención Integral de las Adicciones, Hidalgo, 2015

- e) Análisis cualitativo de los usuarios en estancia residencial que cumplieron el diagnóstico para cualquier trastorno de la conducta y policonsumo.

La asociación entre la variable diagnóstico de cualquier trastorno de la conducta y la variable dependencia simultánea a más de una sustancia (policonsumo) de sustancias fue positiva para la prueba de asociación Chi – cuadrada ( $X^2 = 9.318$ ,  $gl = 1$ ,  $p = 0.002$ ) con una razón de momios de 4.235 y un IC 95% (1.581 – 11.348).

Existe un riesgo 4.235 veces mayor de que los usuarios con cualquier trastorno de la conducta cumpliera con los criterios diagnósticos de dependencia simultánea a más de una sustancia a su ingreso a unidad residencial.

Prevalencia de global: el 34.01% de los usuarios con los criterios para dependencia a simultánea a más de una sustancia cumplió con los criterios diagnósticos para cualquier trastorno de la conducta a su ingreso a estancia residencial.

Prevalencia de los expuestos: el 90% de los usuarios con cualquier trastorno de la conducta cumplió criterios diagnósticos para la dependencia simultánea a más de una sustancia a su ingreso a estancia residencial.

Prevalencia de los no expuestos: el 68% de los usuarios con los criterios para dependencia simultánea a más de una sustancia no cumplieron criterios diagnósticos para cualquier trastorno de la conducta a su ingreso a estancia residencial.

		Policonsumo de sustancias		Total
		Si	No	
Trastornos de la conducta	Si	45	5	50
	No	102	48	150
Total		147	53	200

**Tabla 283.** Tabla 2x2 para prueba de asociación Chi-cuadrada positiva para las variables diagnóstico de cualquier trastorno de la conducta y dependencia simultánea a más de una sustancia en usuarios en estancia residencial en el Centro Estatal para la Atención Integral de las Adicciones.

Fuente: Funcionalidad familiar y patología dual en usuarios residenciales en Centro Estatal para la Atención Integral de las Adicciones, Hidalgo, 2015

- f) Análisis cualitativo de los usuarios en estancia residencial que cumplieron el diagnóstico para cualquier trastorno de la conducta y variables asociadas a trastornos de la personalidad.

La asociación entre la variable cualquier trastorno de la conducta y la variable trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad tipo impulsivo fue positiva para la prueba de asociación Chi – cuadrada ( $X^2 = 4.485$ ,  $gl = 1$ ,  $p = 0.011$ ) con una razón de momios de 2.314 y un IC 95% (1.203 – 4.449).

Existe un riesgo 2.314 veces mayor de que los usuarios con cualquier trastorno de la conducta cumplan criterios diagnósticos para el trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad tipo impulsivo a su ingreso a unidad residencial.

Prevalencia de global: el 56.17% de los usuarios con trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad tipo impulsivo cumplió criterios diagnósticos para cualquier trastorno de la conducta a su ingreso a estancia residencial.

Prevalencia de los expuestos: el 60% de los usuarios con cualquier trastorno de la conducta cumplió criterios diagnósticos para el trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad de tipo impulsivo a su ingreso a estancia residencial.

Prevalencia de los no expuestos: el 39.33% de los usuarios con los criterios para trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad de tipo impulsivo no cumplieron criterios diagnósticos para cualquier trastorno de la conducta a su ingreso a estancia residencial.

		Trastorno impulsivo de la personalidad		Total
		Si	No	
Trastornos de la conducta	Si	30	20	50
	No	59	91	150
Total		89	111	200

**Tabla 284.** Tabla 2x2 para prueba de asociación Chi-cuadrada positiva para las variables diagnóstico de cualquier trastorno de la conducta y trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad tipo impulsivo en usuarios en estancia residencial en el Centro Estatal para la Atención Integral de las Adicciones.

Fuente: Funcionalidad familiar y patología dual en usuarios residenciales en Centro Estatal para la Atención Integral de las Adicciones, Hidalgo, 2015

- g) Análisis cualitativo de los usuarios en estancia residencial que cumplieron el diagnóstico para cualquier trastorno de la conducta y variables asociadas a tratamiento psicofarmacológico.

La asociación entre la variable cualquier trastorno de la conducta y la variable inicio de cualquier tratamiento con un fármaco antidepresivo fue positiva para la prueba de asociación Chi – cuadrada ( $X^2 = 4.658$ ,  $gl = 1$ ,  $p = 0.031$ ) con una razón de momios de 2.132 y un IC 95% (1.063 – 4.277).

Existe un riesgo 2.314 veces mayor de que los usuarios con cualquier trastorno de la conducta inicien tratamiento con cualquier antidepresivo a su ingreso a unidad residencial.

Prevalencia de global: el 42.37% de los usuarios con inicio de tratamiento con cualquier antidepresivo cumplió criterios diagnósticos para cualquier trastorno de la conducta a su ingreso a estancia residencial.

Prevalencia de los expuestos: el 72% de los usuarios con cualquier trastorno de la conducta inició tratamiento con cualquier antidepresivo a su ingreso a estancia residencial.

Prevalencia de los no expuestos: el 54.66% de los usuarios con inicio de tratamiento con cualquier antidepresivo no cumplieron criterios diagnósticos para cualquier trastorno de la conducta a su ingreso a estancia residencial.

		Tratamiento psicofarmacológico con cualquier antidepresivo		Total
		Si	No	
Trastornos de la conducta	Si	36	14	50
	No	82	68	150
Total		118	82	200

**Tabla 285.** Tabla 2x2 para prueba de asociación Chi-cuadrada positiva para las variables diagnóstico de cualquier trastorno de la conducta e inicio de tratamiento psicofarmacológico con un antidepresivo al ingreso de usuarios en estancia residencial en el Centro Estatal para la Atención Integral de las Adicciones.

Fuente: Funcionalidad familiar y patología dual en usuarios residenciales en Centro Estatal para la Atención Integral de las Adicciones, Hidalgo, 2015

La asociación entre la variable cualquier trastorno de la conducta y la variable inicio de tratamiento con un fármaco antipsicótico fue positiva para la prueba de asociación Chi – cuadrada ( $X^2 = 4.159$ ,  $gl = 1$ ,  $p = 0.041$ ) con una razón de momios de 1.991 y un IC 95% (1.021 - 3.884): existe un riesgo 1.991 veces mayor de que los usuarios con cualquier trastorno de la conducta inicien tratamiento con un fármaco antipsicótico a su ingreso a unidad residencial.

Prevalencia de global: el 81.46% de los usuarios con inicio de tratamiento con un antipsicótico cumplió criterios diagnósticos para cualquier trastorno de la conducta a su ingreso a estancia residencial.

Prevalencia de los expuestos: el 42% de los usuarios con cualquier trastorno de la conducta inició tratamiento con un antipsicótico a su ingreso a estancia residencial.

Prevalencia de los no expuestos: el 26.66% de los usuarios con inicio de tratamiento con un antipsicótico no cumplieron criterios diagnósticos para cualquier trastorno de la conducta a su ingreso a estancia residencial.

		tratamiento psicofarmacológico con cualquier antipsicótico		Total
		Si	No	
Trastornos de la conducta	Si	21	29	50
	No	40	110	150
Total		61	139	200

**Tabla 286.** Tabla 2x2 para prueba de asociación Chi-cuadrada positiva para las variables diagnóstico de cualquier trastorno de la conducta e inicio de tratamiento psicofarmacológico con un antipsicótico al ingreso de usuarios en estancia residencial en el Centro Estatal para la Atención Integral de las Adicciones.

Fuente: Funcionalidad familiar y patología dual en usuarios residenciales en Centro Estatal para la Atención Integral de las Adicciones, Hidalgo, 2015

- Análisis cualitativo de los usuarios en estancia residencial que cumplieron el diagnóstico para cualquier trastorno de la conducta y variables asociadas a la función, estructura y dinámica familiar.

La asociación entre la variable cualquier trastorno de la conducta y la variable estructura familiar monoparental fue positiva para la prueba de asociación Chi – cuadrada ( $X^2 = 9.636$ ,  $gl = 1$ ,  $p = 0.002$ ) con una razón de momios de 3.229 y un IC 95% (1.508 – 6.932).

Existe un riesgo 3.229 veces mayor de que los usuarios con cualquier trastorno de la conducta indique provenir de una estructura familiar monoparental a su ingreso a unidad residencial.

Prevalencia de global: el 40.65% de los usuarios con cualquier trastorno de la conducta indicó a su ingreso a estancia residencial pertenecer a una estructura familiar monoparental.

Prevalencia de los expuestos: el 32.52% de los usuarios que indicaron pertenecer a una estructura familiar monoparental cumplió con los criterios diagnósticos para cualquier trastorno de la conducta a su ingreso a estancia residencial.

Prevalencia de los no expuestos: el 12.98% de los usuarios con cualquier trastorno de la conducta no indicaron provenir de una estructura familiar monoparental a su ingreso a estancia residencial

		Trastornos de la conducta		Total
		Si	No	
Familia monoparental	Si	40	83	123
	No	10	67	77
Total		50	150	200

**Tabla 287.** Tabla 2x2 para prueba de asociación Chi-cuadrada positiva para las variables diagnóstico de cualquier trastorno de la conducta y estructura familiar monoparental en usuarios en estancia residencial en el Centro Estatal para la Atención Integral de las Adicciones.

Fuente: Funcionalidad familiar y patología dual en usuarios residenciales en Centro Estatal para la Atención Integral de las Adicciones, Hidalgo, 2015

La asociación entre la variable diagnóstico trastorno de la conducta y la variable funcionalidad familiar fue positiva para la prueba de asociación Chi – cuadrada ( $X^2 = 4.904$ ,  $gl = 1$ ,  $p = 0.027$ ) con una razón de momios de 2.758 y un IC 95% (1.508 – 6.932): existe un riesgo 2.758 veces mayor de que los usuarios con cualquier trastorno de la conducta indique provenir de una familia disfuncional a su ingreso a unidad residencial.

Prevalencia de global: el 32.67% de los usuarios con cualquier trastorno de la conducta calificaron con una familia disfuncional por medio del APGAR familiar a su a su ingreso a estancia residencial.

Prevalencia de los expuestos: el 88% de los usuarios con una familia disfuncional calificada por medio del APGAR familiar cumplió criterios diagnósticos para cualquier trastorno de la conducta a su ingreso a estancia residencial.

Prevalencia de los no expuestos: el 12.76% de los usuarios con cualquier trastorno de la conducta calificara con una familia funcional por medio del APGAR familiar a su ingreso a estancia residencial.

		Trastorno de la conducta		Total
		Si	No	
Funcionalidad familiar	Disfuncional	44	109	153
	Funcional	6	41	47
Total		50	150	200

**Tabla 288.** Tabla 2x2 para prueba de asociación Chi-cuadrada positiva para las variables diagnóstico de cualquier trastorno de la conducta y diagnóstico de familia disfuncional por medio del APGAR familiar en usuarios en estancia residencial en el Centro Estatal para la Atención Integral de las Adicciones.

Fuente: Funcionalidad familiar y patología dual en usuarios residenciales en Centro Estatal para la Atención Integral de las Adicciones, Hidalgo, 2015

- Análisis cualitativo de los usuarios en estancia residencial que cumplieron el diagnóstico para trastornos de la conducta de tipo negativista desafiante, variables de interés y razón de momios.
  - a) Análisis cualitativo de los usuarios en estancia residencial que cumplieron el diagnóstico para trastornos de la conducta de tipo negativista - desafiante y variables sociodemográficas.

La asociación entre la variable diagnóstico trastorno de la conducta negativista – desafiante a su ingreso a unidad residencial y la variable inicio de actividad laboral antes de los 15 años fue positiva para la prueba de asociación Chi – cuadrada ( $X^2 = 9.790$ ,  $gl = 1$ ,  $p = 0.002$ ) con una razón de momios de 3.160 y un IC 95% (1.262 – 7.917).

Existe un riesgo 3.160 veces mayor de que los usuarios con criterios diagnósticos para el trastorno de la conducta de negativista – desafiante indicaran el antecedente de inicio de actividad laboral antes de los 15 años de edad a su ingreso a unidad residencial.

Prevalencia de global: el 23.47% de los usuarios con el antecedente de inicio de actividad laboral antes de los 15 años de edad cumplieran criterios diagnósticos para el trastorno de la conducta negativista – desafiante a su ingreso a estancia residencial.

Prevalencia de los expuestos: el 85.18% de los usuarios con el diagnóstico de trastorno de la conducta negativista – desafiante indicó el antecedente de inicio de actividad laboral antes de los 15 años de edad a su ingreso a estancia residencial.

La prevalencia de los no expuestos: el 53.17% de los usuarios con el antecedente de inicio de actividad laboral antes de los 15 años de edad no cumplió criterios diagnósticos para el trastorno de la conducta de tipo negativista – desafiante a su ingreso a estancia residencial.



		Inicio de actividad laboral antes de los 15 años		Total
		Si	No	
Trastorno de la conducta negativista desafiante	Si	23	4	27
	No	92	81	173
Total		115	85	200

**Tabla 289.** Tabla 2x2 para prueba de asociación Chi-cuadrada positiva para las variables diagnóstico de la trastorno de la conducta de tipo negativista – desafiante e inicio de actividad laboral antes de los 15 años de edad en usuarios en estancia residencial en el Centro Estatal para la Atención Integral de las Adicciones.

Fuente: Funcionalidad familiar y patología dual en usuarios residenciales en Centro Estatal para la Atención Integral de las Adicciones, Hidalgo, 2015

- b) Análisis cualitativo de los usuarios en estancia residencial que cumplieron el diagnóstico para trastornos de la conducta de tipo negativista - desafiante y variables asociadas al consumo de sustancias.

La asociación entre la variable diagnóstico trastorno de la conducta negativista – desafiante a su ingreso a unidad residencial y la variable dependencia alcohol fue positiva para la prueba de asociación Chi – cuadrada ( $X^2 = 5.240$ ,  $gl = 1$ ,  $p = 0.022$ ) con una razón de momios de 1.240 y un IC 95% (1.965 – 1.595): existe un riesgo 1.240 veces mayor de que los usuarios con el diagnóstico de trastorno de la conducta de negativista – desafiante cumplieran criterios para dependencia alcohol a su ingreso a unidad residencial.

Prevalencia de global: el 15.88% de los usuarios con dependencia alcohol cumplió criterios diagnósticos para el trastorno de la conducta negativista – desafiante a su ingreso a estancia residencial.

Prevalencia de los expuestos: el 85.18% de los usuarios con el diagnóstico de trastorno de la conducta negativista – desafiante cumplió criterios para dependencia alcohol a su ingreso a estancia residencial.

Prevalencia de los no expuestos: el 8.67% de los usuarios con dependencia alcohol no cumplió criterios diagnósticos para el trastorno de la conducta de tipo negativista – desafiante a su ingreso a estancia residencial.

		Consumo de alcohol		Total
		Si	No	
Trastorno de la conducta negativista desafiante	Si	19	8	27
	No	151	22	173
Total		30	30	200

**Tabla 290.** Tabla 2x2 para prueba de asociación Chi-cuadrada positiva para las variables diagnóstico de trastorno de la conducta de tipo negativista – desafiante y consumo de alcohol en usuarios en estancia residencial en el Centro Estatal para la Atención Integral de las Adicciones.

Fuente: Funcionalidad familiar y patología dual en usuarios residenciales en Centro Estatal para la Atención Integral de las Adicciones, Hidalgo, 2015

La asociación entre la variable diagnóstico trastorno de la conducta negativista – desafiante a su ingreso a unidad residencial y la variable dependencia a cannabis fue positiva para la prueba de asociación Chi – cuadrada ( $X^2 = 12.767$ ,  $gl = 1$ ,  $p = 0.000$ ) con una razón de momios de 16.434 y un IC 95% (2.176 – 123.958): existe un riesgo 16.434 veces mayor de que los usuarios con el diagnósticos de trastorno de la conducta de negativista – desafiante cumplieron criterios para dependencia a cannabis a su ingreso a unidad residencial.

Prevalencia de global: el 20.45% de los usuarios con dependencia a cannabis cumplió criterios diagnósticos para el trastorno de la conducta negativista – desafiante a su ingreso a estancia residencial.

Prevalencia de los expuestos: el 96.29% de los usuarios con el diagnóstico de trastorno de la conducta negativista – desafiante cumplió criterios para dependencia a cannabis a su ingreso a estancia residencial y la prevalencia de los no expuestos: el 61.27% de los usuarios con dependencia cannabis no cumplió criterios diagnósticos para el trastorno de la conducta de tipo negativista – desafiante a su ingreso a estancia residencial.

		Consumo de cannabis		Total
		Si	No	
Trastorno de la conducta negativista desafiante	Si	26	1	27
	No	106	67	173
Total		132	68	200

**Tabla 291.** Tabla 2x2 para prueba de asociación Chi-cuadrada positiva para las variables diagnóstico de trastorno de la conducta de tipo negativista – desafiante y consumo de cannabis en usuarios en estancia residencial en el Centro Estatal para la Atención Integral de las Adicciones.

Fuente: Funcionalidad familiar y patología dual en usuarios residenciales en Centro Estatal para la Atención Integral de las Adicciones, Hidalgo, 2015

- c) Análisis cualitativo de los usuarios en estancia residencial que cumplieron el diagnóstico para trastornos de la conducta de tipo negativista - desafiante y variables asociadas al diagnóstico de trastornos mentales.

La asociación entre la variable diagnóstico trastorno de la conducta negativista – desafiante a su ingreso a unidad residencial y la variable diagnóstico de tres trastornos psiquiátricos simultáneos fue positiva para la prueba de asociación Chi – cuadrada ( $X^2 = 8.228$ ,  $gl = 1$ ,  $p = 0.004$ ) con una razón de momios de 3.619 con un IC 95% (1.441 – 9.091): existe un riesgo 3.619 veces mayor de que los usuarios con el diagnóstico de trastorno de la conducta de negativista – desafiante cumplieron con los criterios diagnósticos de tres trastornos psiquiátricos comorbidos a su ingreso a unidad residencial.

Prevalencia de global: el 90% de los usuarios con criterios para el establecimiento de tres trastornos psiquiátricos simultáneos cumplió criterios diagnósticos para el trastorno de la conducta negativista – desafiante a su ingreso a estancia residencial.

Prevalencia de los expuestos: el 30% de los usuarios con el diagnóstico de trastorno de la conducta negativista – desafiante cumplió criterios diagnósticos para el establecimiento de tres trastornos psiquiátricos simultáneos a su ingreso a estancia residencial.

Prevalencia de los no expuestos: el 12.13% de los usuarios con criterios para el trastorno de la conducta de tipo negativista – desafiante no cumplió criterios diagnósticos para el establecimiento de tres trastornos psiquiátricos simultáneos a su ingreso a estancia residencial.

		Usuario con tres diagnósticos psiquiátricos		Total
		Si	No	
Trastorno de la conducta negativista desafiante	Si	9	18	27
	No	21	152	173
Total		30	170	200

**Tabla 292.** Tabla 2x2 para prueba de asociación Chi-cuadrada positiva para las variables diagnóstico de trastorno de la conducta de tipo negativista – desafiante y diagnóstico de tres trastornos psiquiátricos por medio de la MINI en usuarios en estancia residencial en el Centro Estatal para la Atención Integral de las Adicciones.

Fuente: Funcionalidad familiar y patología dual en usuarios residenciales en Centro Estatal para la Atención Integral de las Adicciones, Hidalgo, 2015

La asociación entre la variable diagnóstico trastorno de la conducta negativista – desafiante a su ingreso a unidad residencial y la variable diagnóstico de cuatro trastornos psiquiátricos simultáneos fue positiva para la prueba de asociación Chi – cuadrada ( $X^2 = 6.330$ ,  $gl = 1$ ,  $p = 0.012$ ) con una razón de momios de 4.841 y un IC 95% (1.270 – 18.452):

Existe un riesgo 4.81 veces mayor de que los usuarios con el trastorno de la conducta negativista – desafiante cumplieron con los criterios diagnósticos para el establecimiento de cuatro trastornos psiquiátricos comorbidos a su ingreso a unidad residencial.

Prevalencia de global: el 37.03% de los usuarios con criterios para el establecimiento de cuatro trastornos psiquiátricos simultáneos cumplió criterios diagnósticos para el trastorno de la conducta negativista – desafiante a su ingreso a estancia residencial.

Prevalencia de los expuestos: el 40% de los usuarios con el diagnóstico de trastorno de la conducta negativista – desafiante cumplió criterios diagnósticos para el establecimiento de cuatro trastornos psiquiátricos simultáneos a su ingreso a estancia residencial.

Prevalencia de los no expuestos: el 3.46% de los usuarios con criterios para el trastorno de la conducta de tipo negativista – desafiante no cumplió criterios diagnósticos para el establecimiento de cuatro trastornos psiquiátricos simultáneos a su ingreso a estancia residencial.

		Usuarios con cuatro diagnósticos psiquiátricos		Total
		Si	No	
Trastorno de la conducta negativista desafiante	No	4	23	27
	Si	6	167	173
Total		10	190	200

**Tabla 293.** Tabla 2x2 para prueba de asociación Chi-cuadrada positiva para las variables diagnóstico de trastorno de la conducta de tipo negativista desafiante y diagnóstico de cuatro trastornos psiquiátricos por medio de la MINI en usuarios en estancia residencial en el Centro Estatal para la Atención Integral de las Adicciones.

Fuente: Funcionalidad familiar y patología dual en usuarios residenciales en Centro Estatal para la Atención Integral de las Adicciones, Hidalgo, 2015

- Análisis cualitativo de los usuarios en estancia residencial que cumplieron el diagnóstico para trastorno de la conducta de tipo disocial, variables de interés y razón de momios.
- a) Análisis cualitativo de los usuarios en estancia residencial que cumplieron el diagnóstico para trastorno de la conducta de tipo disocial y variables sociodemográficas de interés.

La asociación entre la variable diagnóstico de trastorno de la conducta disocial a su ingreso a unidad residencial y la variable escolaridad primaria fue positiva para la prueba de asociación Chi – cuadrada ( $X^2 = 11.886$ ,  $gl = 1$ ,  $p = 0.001$ ) con una razón de momios de 4.426 y un IC 95% (1.803 – 10.863).

Existe un riesgo 4.426 veces mayor de que los usuarios con criterios diagnósticos para el trastorno de la conducta de tipo disocial indicaran el antecedente de escolaridad primaria a su ingreso a unidad residencial.

Prevalencia de global: el 48.93% de los usuarios con criterios diagnósticos para el trastorno de la conducta de tipo disocial indicó sólo escolaridad primaria a su ingreso estancia residencial.

Prevalencia de los expuestos: el 52.17% de los usuarios con sólo el grado de escolaridad primaria cumplió criterios diagnósticos para el trastorno de la conducta de tipo disocial a su ingreso a estancia residencial.

Prevalencia de los no expuestos: el 7.18% de los usuarios con criterios para el trastorno de la conducta de tipo disocial indicó otro grado de escolaridad a su ingreso a estancia residencial.

		Escolaridad primaria		Total
		Si	No	
Trastorno de la conducta disocial	Si	12	35	23
	No	11	142	153
Total		23	177	200

**Tabla 294.** Tabla 2x2 para prueba de asociación Chi-cuadrada positiva para las variables diagnóstico de trastorno de la conducta disocial y antecedente de escolaridad primaria en usuarios en estancia residencial en el Centro Estatal para la Atención Integral de las Adicciones.

Fuente: Funcionalidad familiar y patología dual en usuarios residenciales en Centro Estatal para la Atención Integral de las Adicciones, Hidalgo, 2015

La asociación entre la variable diagnóstico trastorno de la conducta disocial a su ingreso a unidad residencial y la variable abandono de actividad escolar por expulsión fue positiva para la prueba de asociación Chi – cuadrada ( $X^2 = 6.665$ ,  $gl = 1$ ,  $p = 0.010$ ) con una razón de momios de 4.192 y un IC 95% (1.309 – 13.421).

Existe un riesgo 4.192 veces mayor de que los usuarios con criterios diagnósticos para trastorno de la conducta de tipo disocial indicaran el antecedente de abandono de actividad escolar por expulsión a su ingreso a unidad residencial.

Prevalencia de global: el 69.56% de los usuarios con el antecedente de abandono escolar por expulsión cumplió criterios diagnósticos para el trastorno de la conducta de tipo disocial a su ingreso a estancia residencial.

Prevalencia de los expuestos: el 12.73% de los usuarios con el diagnóstico de trastorno de la conducta de tipo disocial indicó el antecedente de abandono escolar por expulsión a su ingreso a estancia residencial.

Prevalencia de los no expuestos: el 6.21% de los usuarios con criterios para el trastorno de la conducta de tipo disocial no indicó el abandono de actividad escolar por expulsión a su ingreso a estancia residencial.

		Motivo de abandono escolar expulsión		Total
		Si	No	
Trastorno de la conducta disocial	Si	5	18	23
	No	11	166	177
Total		16	184	200

**Tabla 295.** Tabla 2x2 para prueba de asociación Chi-cuadrada positiva para las variables diagnóstico trastorno de la conducta disocial y antecedente de abandono escolar por expulsión en usuarios en estancia residencial en el Centro Estatal para la Atención Integral de las Adicciones.

Fuente: Funcionalidad familiar y patología dual en usuarios residenciales en Centro Estatal para la Atención Integral de las Adicciones, Hidalgo, 2015

La asociación entre la variable diagnóstico trastorno de la conducta de tipo disocial a su ingreso a unidad residencial y la variable inicio de actividad laboral antes de los 15 años fue positiva para la prueba de asociación Chi – cuadrada ( $X^2 = 6.705$ ,  $gl = 1$ ,  $p = 0.010$ ) con una razón de momios de

2.631 y un IC 95% (1.064 – 6.505): existe un riesgo 6.705 veces mayor de que los usuarios con los criterios diagnósticos para el trastorno de la conducta de tipo disocial indicaran el antecedente de inicio de actividad laboral antes de los 15 años de edad a su ingreso a unidad residencial.

Prevalencia de global: el 27.05% de los usuarios con el antecedente de inicio de actividad laboral antes de los 15 años de edad cumplió criterios diagnósticos para el trastorno de la conducta de tipo disocial a su ingreso a estancia residencial.

Prevalencia de los expuestos: el 17.39% de los usuarios con el diagnóstico de trastorno de la conducta de tipo disocial indicó el antecedente de inicio de actividad laboral antes de los 15 años de edad a su ingreso a estancia residencial.

Prevalencia de los no expuestos: el 45.76% de los usuarios con el antecedente de inicio de actividad laboral antes de los 15 años de edad no cumplió criterios diagnósticos para el trastorno de la conducta de tipo disocial a su ingreso a estancia residencial.

		Inicio de actividad laboral antes de los 15 años		Total
		Si	No	
Trastorno de la conducta disocial	Si	4	19	23
	No	81	96	177
Total		85	115	200

**Tabla 296.** Tabla 2x2 para prueba de asociación Chi-cuadrada positiva para las variables diagnóstico de trastorno de la conducta disocial y antecedente de abandono escolar por expulsión en usuarios en estancia residencial en el Centro Estatal para la Atención Integral de las Adicciones.

Fuente: Funcionalidad familiar y patología dual en usuarios residenciales en Centro Estatal para la Atención Integral de las Adicciones, Hidalgo, 2015

La asociación entre la variable diagnóstico trastorno de la conducta disocial a su ingreso a unidad residencial y la variable antecedentes penales fue positiva para la prueba de asociación Chi – cuadrada ( $X^2 = 21.379$ ,  $gl = 1$ ,  $p = 0.000$ ) con una razón de momios de 8.653 y un IC 95% (1.487 – 7.095).

Existe un riesgo 8.653 veces mayor de que los usuarios con criterios diagnósticos para el trastorno de la conducta de tipo disocial indicaran la presencia de antecedentes penales a su ingreso a unidad residencial.

Prevalencia de global: el 32.85% de los usuarios con la presencia de antecedente penales cumplió criterios diagnósticos para el trastorno de la conducta de tipo disocial a su ingreso a estancia residencial.

Prevalencia de los expuestos: el 25.71% de los usuarios con el diagnóstico de trastorno de la conducta de tipo disocial indicó contar con antecedentes penales a su ingreso a estancia residencial.

Prevalencia de los no expuestos: el 29.37% de los usuarios con antecedente penales no cumplió criterios diagnósticos para el trastorno de la conducta de tipo disocial a su ingreso a estancia residencial.

		Antecedentes penales		Total
		Si	No	
Trastorno de la conducta disocial	Si	18	5	23
	No	52	125	177
Total		70	130	200

**Tabla 297.** Tabla 2x2 para prueba de asociación Chi-cuadrada positiva para las variables diagnóstico de trastorno de la conducta disocial y antecedente penales en usuarios en estancia residencial en el Centro Estatal para la Atención Integral de las Adicciones.

Fuente: Funcionalidad familiar y patología dual en usuarios residenciales en Centro Estatal para la Atención Integral de las Adicciones, Hidalgo, 2015

b) Análisis cualitativo de los usuarios en estancia residencial que cumplieron el diagnóstico para trastorno de la conducta de tipo disocial y variables asociadas a consumo de sustancias.

La asociación entre la variable diagnóstico trastorno de la conducta disocial a su ingreso a unidad residencial y la variable dependencia alcohol fue positiva para la prueba de asociación Chi – cuadrada ( $X^2 = 4.856$ ,  $gl = 1$ ,  $p = 0.028$ ) con una razón de momios de 1.251 y un IC 95% (1.949 – 2.096).

Existe un riesgo 1.251 veces mayor de que los usuarios con el trastorno de la conducta de tipo disocial cumplieron criterios diagnósticos para dependencia alcohol a su ingreso a unidad residencial.

Prevalencia de global: el 13.53% de los usuarios con dependencia alcohol cumplió criterios diagnósticos para el trastorno de la conducta de tipo disocial a su ingreso a estancia residencial.



Prevalencia de los expuestos: el 69.56% de los usuarios con el diagnóstico de trastorno de la conducta de tipo disocial cumplió criterios para dependencia alcohol a su ingreso a estancia residencial.

Prevalencia de los no expuestos: el 87% de los usuarios con dependencia alcohol no cumplió criterios diagnósticos para el trastorno de la conducta de tipo disocial a su ingreso a estancia residencial.

		Consumo de alcohol		Total
		Si	No	
Trastorno de la conducta disocial	Si	16	7	23
	No	154	23	177
Total		170	30	200

**Tabla 298.** Tabla 2x2 para prueba de asociación Chi-cuadrada positiva para las variables diagnóstico de trastorno de la conducta disocial y antecedente penales en usuarios en estancia residencial en el Centro Estatal para la Atención Integral las Adicciones.

Fuente: Funcionalidad familiar y patología dual en usuarios residenciales en Centro Estatal para la Atención Integral de las Adicciones, Hidalgo, 2015

La asociación entre la variable diagnóstico trastorno de la conducta disocial a su ingreso a unidad residencial y la variable dependencia cannabis fue positiva para la prueba de asociación Chi – cuadrada ( $X^2 = 13.388$ ,  $gl = 1$ ,  $p = 0.000$ ) con una razón de momios de 2.739 y un IC 95% (1.548 – 1.692): existe un riesgo 2.739 veces mayor de que los usuarios con criterios diagnósticos para el trastorno de la conducta de tipo disocial cumplieron criterios para dependencia cannabis a su ingreso a unidad residencial.

Prevalencia de global: el 17.42% de los usuarios con dependencia a cannabis cumplió criterios diagnósticos para el trastorno de la conducta de tipo disocial a su ingreso a estancia residencial.

Prevalencia de los expuestos: el 100% de los usuarios con el diagnóstico de trastorno de la conducta de tipo disocial cumplió criterios diagnósticos para dependencia a cannabis a su ingreso a estancia residencial.

Prevalencia de los no expuestos: el 61.58% de los usuarios dependencia a cannabis no cumplió criterios diagnósticos para el trastorno de la conducta de tipo disocial a su ingreso a estancia residencial.

		Consumo de cannabis		Total
		Si	No	
Trastorno de la conducta disocial	Si	23	0	23
	No	109	68	177
Total		132	68	200

**Tabla 299.** Tabla 2x2 para prueba de asociación Chi-cuadrada positiva para las variables diagnóstico de trastorno de la conducta disocial y consumo de cannabis en usuarios en estancia residencial en el Centro Estatal para la Atención Integral las Adicciones.

Fuente: Funcionalidad familiar y patología dual en usuarios residenciales en Centro Estatal para la Atención Integral de las Adicciones, Hidalgo, 2015

La asociación entre la variable diagnóstico trastorno de la conducta disocial a su ingreso a unidad residencial y la variable dependencia a solventes volátiles fue positiva para la prueba de asociación Chi – cuadrada ( $X^2 = 12.297$ ,  $gl = 1$ ,  $p = 0.000$ ) con una razón de momios de 4.563 y un IC 95% (1.849 – 11.259): existe un riesgo 4.563 veces mayor de que los usuarios que con criterios para el trastorno de la conducta de disocial cumplieran con los criterios diagnósticos de dependencia solventes volátiles a su ingreso a unidad residencial.

Prevalencia de global: el 38.98% de los usuarios con dependencia a solventes volátiles cumplió criterios diagnósticos para el trastorno de la conducta de tipo disocial a su ingreso a estancia residencial.

Prevalencia de los expuestos: el 60.86% de los usuarios con el diagnóstico de trastorno de la conducta de tipo disocial cumplió criterios para dependencia a solventes volátiles a su ingreso a estancia residencial y la prevalencia de los no expuestos: el 34.09% de los usuarios con dependencia a solvente volátiles no cumplió criterios diagnósticos para el trastorno de la conducta de tipo disocial a su ingreso a estancia residencial.

		Consumo de solventes		Total
		Si	No	
Trastorno de la conducta disocial	Si	14	9	23
	No	45	132	177
Total		59	141	200

**Tabla 300.** Tabla 2x2 para prueba de asociación Chi-cuadrada positiva para las variables diagnóstico de trastorno de la conducta disocial y consumo de solventes volátiles en usuarios en estancia residencial en el Centro Estatal para la Atención Integral las Adicciones.

Fuente: Funcionalidad familiar y patología dual en usuarios residenciales en Centro Estatal para la Atención Integral de las Adicciones, Hidalgo, 2015

La asociación entre la variable diagnóstico trastorno de la conducta de tipo disocial a su ingreso a unidad residencial y la variable dependencia estimulantes fue positiva para la prueba de asociación Chi – cuadrada ( $X^2 = 4.386$ ,  $gl = 1$ ,  $p = 0.036$ ) con una razón de momios de 2.935 y un IC 95% (1.032 – 8.348): existe un riesgo 2.935 veces mayor de que los usuarios con trastorno de la conducta de tipo disocial de cumplir criterios diagnósticos para dependencia a estimulantes a su ingreso a unidad residencial.

Prevalencia de global: el 92% de los usuarios con dependencia a estimulantes cumplió criterios diagnósticos para el trastorno de la conducta de tipo disocial a su ingreso a estancia residencial.

Prevalencia de los expuestos: el 26.08% de los usuarios con el diagnóstico de trastorno de la conducta de tipo disocial cumplió criterios para dependencia a estimulantes a su ingreso a estancia residencial.

Prevalencia de los no expuestos: el 10.73% de los usuarios con dependencia a solvente volátiles no cumplió criterios diagnósticos para el trastorno de la conducta de tipo disocial a su ingreso a estancia residencial.

		Consumo de estimulantes		Total
		Si	No	
Trastorno de la conducta disocial	Si	6	17	23
	No	19	158	177
Total		25	175	200

**Tabla 301.** Tabla 2x2 para prueba de asociación Chi-cuadrada positiva para las variables diagnóstico de trastorno de la conducta disocial y consumo de estimulantes en usuarios en estancia residencial en el Centro Estatal para la Atención Integral de las Adicciones.

Fuente: Funcionalidad familiar y patología dual en usuarios residenciales en Centro Estatal para la Atención Integral de las Adicciones, Hidalgo, 2015

La asociación entre la variable diagnóstico trastorno de la conducta disocial a su ingreso a unidad residencial y la variable dependencia benzodicepinas fue positiva para la prueba de asociación Chi – cuadrada ( $X^2 = 7.008$ ,  $gl = 1$ ,  $p = 0.008$ ) con una razón de momios de 6.488 y un IC 95% (1.354 – 31.086): existe un riesgo 6.488 veces mayor de que los usuarios con criterios diagnósticos de trastorno de la conducta de tipo disocial cumplieron con los criterios para dependencia benzodicepinas a su ingreso a unidad residencial.

Prevalencia de global: el 30.43% de los usuarios con dependencia a benzodiazepinas cumplió criterios diagnósticos para el trastorno de la conducta de tipo disocial a su ingreso a estancia residencial.

Prevalencia de los expuestos: el 13.04% de los usuarios con el diagnóstico de trastorno de la conducta de tipo disocial cumplió criterios para dependencia a benzodiazepinas a su ingreso a estancia residencial.

Prevalencia de los no expuestos: el 2.25% de los usuarios con dependencia a benzodiazepinas no cumplió criterios diagnósticos para el trastorno de la conducta de tipo disocial a su ingreso a estancia residencial.

		Consumo de benzodiazepinas		Total
		Si	No	
Trastorno de la conducta disocial	Si	3	20	23
	No	4	173	177
Total		7	193	200

**Tabla 302.** Tabla 2x2 para prueba de asociación Chi-cuadrada positiva para las variables diagnóstico de trastorno de la conducta disocial y consumo de benzodiazepinas en usuarios en estancia residencial en el Centro Estatal para la Atención Integral de las Adicciones.

Fuente: Funcionalidad familiar y patología dual en usuarios residenciales en Centro Estatal para la Atención Integral de las Adicciones, Hidalgo, 2015

La asociación entre la variable diagnóstico trastorno de la conducta disocial a su ingreso a unidad residencial y la variable dependencia simultánea a más de una sustancia (policonsumo) fue positiva para la prueba de asociación Chi – cuadrada ( $X^2 = 6.548$ ,  $gl = 1$ ,  $p = 0.011$ ) con una razón de momios de 9.152 con un IC 95% (1.202 – 69.680):

Existe un riesgo 9.152 veces mayor de que los usuarios que cumplieron los criterios diagnósticos de trastorno de la conducta de disocial indicaron dependencia simultánea a más de una sustancia a su ingreso a unidad residencial.

Prevalencia de global: el 15.64% de los usuarios con dependencia simultánea a más de una sustancia cumplió criterios diagnósticos para el trastorno de la conducta de tipo disocial a su ingreso a estancia residencial.

Prevalencia de los expuestos: el 95.65% de los usuarios con el diagnóstico de trastorno de la conducta de tipo disocial cumplió criterios para dependencia simultánea a más de una sustancia a su ingreso a estancia residencial.

Prevalencia de los no expuestos: el 70.62% de los usuarios con dependencia simultánea a más de una sustancia no cumplió criterios diagnósticos para el trastorno de la conducta de tipo disocial a su ingreso a estancia residencial.

		Policonsumo de sustancias		Total
		Si	No	
Trastorno de la conducta disocial	Si	22	1	23
	No	125	52	177
Total		147	53	200

**Tabla 303.** Tabla 2x2 para prueba de asociación Chi-cuadrada positiva para las variables diagnóstico de trastorno de la conducta disocial y dependencia simultánea a más de una sustancia en usuarios en estancia residencial en el Centro Estatal para la Atención Integral de las Adicciones.

Fuente: Funcionalidad familiar y patología dual en usuarios residenciales en Centro Estatal para la Atención Integral de las Adicciones, Hidalgo, 2015

- c) Análisis cualitativo de los usuarios en estancia residencial que cumplieron el diagnóstico para trastorno de la conducta de tipo disocial y variables asociadas con los antecedentes familiares.

La asociación entre la variable diagnóstico trastorno de la conducta disocial a su ingreso a unidad residencial y la variable estado civil materno separado fue positiva para la prueba de asociación Chi – cuadrada ( $X^2 = 8.012$ ,  $gl = 1$ ,  $p = 0.005$ ) con una razón de momios de 4.077 con un IC 95% (1.450 – 11.464).

Existe un riesgo 4.077 veces mayor de que los usuarios que cumplieron los criterios diagnósticos de trastorno de la conducta de disocial indicaron el antecedente de estado civil materno a su ingreso a unidad residencial.

Prevalencia de global: el 22.77% de los usuarios con el antecedente de separación materna cumplió criterios diagnósticos para el trastorno de la conducta de tipo disocial a su ingreso a estancia residencial.

Prevalencia de los expuestos: el 17.21% de los usuarios con el diagnóstico de trastorno de la conducta de tipo disocial indicó el antecedente de separación materna a su ingreso a estancia residencial.

Prevalencia de los no expuestos: el 5.05% de los usuarios con el antecedente de separación materna no cumplió criterios diagnósticos para el trastorno de la conducta de tipo disocial a su ingreso a estancia residencial.

		Trastorno de la conducta disocial		Total
		Si	No	
Estado civil materno separado	Si	18	83	101
	No	5	94	99
Total		23	177	200

**Tabla 304.** Tabla 2x2 para prueba de asociación Chi-cuadrada positiva para las variables diagnóstico de trastorno de la conducta disocial y antecedente de separación materna en usuarios en estancia residencial en el Centro Estatal para la Atención Integral para las Adicciones.

Fuente: Funcionalidad familiar y patología dual en usuarios residenciales en Centro Estatal para la Atención Integral de las Adicciones, Hidalgo, 2015

La asociación entre la variable diagnóstico trastorno de la conducta disocial a su ingreso a unidad residencial y la variable estado civil paterno separado fue positiva para la prueba de asociación Chi – cuadrada ( $X^2 = 6.158$ ,  $gl = 1$ ,  $p = 0.013$ ) con una razón de momios de 2.261 y un IC 95% (1.026 – 4.981).

Existe un riesgo 2.261 veces mayor de que los usuarios que cumplieron los criterios diagnósticos de trastorno de la conducta de disocial indicaron el antecedente de estado civil paterno separado a su ingreso a unidad residencial.

Prevalencia de global: el 25% de los usuarios con el antecedente de separación paterna cumplió criterios diagnósticos para el trastorno de la conducta de tipo disocial a su ingreso a estancia residencial.

Prevalencia de los expuestos: el 54.34% de los usuarios con el diagnóstico de trastorno de la conducta de tipo disocial indicó el antecedente de separación paterna a su ingreso a estancia residencial.

Prevalencia de los no expuestos: el 16.66% de los usuarios con el antecedente de separación paterna no cumplió criterios diagnósticos para el trastorno de la conducta de tipo disocial a su ingreso a estancia residencial.

		Trastorno de la conducta disocial		Total
		Si	No	
Estado civil paterno separado	Si	5	87	92
	No	18	90	108
Total		23	177	200

**Tabla 305.** Tabla 2x2 para prueba de asociación Chi-cuadrada positiva para las variables diagnóstico de trastorno de la conducta disocial y antecedente de separación paterna en usuarios en estancia residencial en el Centro Estatal para la Atención Integral de las Adicciones..

Fuente: Funcionalidad familiar y patología dual en usuarios residenciales en Centro Estatal para la Atención Integral de las Adicciones, Hidalgo, 2015

- d) Análisis cualitativo de los usuarios en estancia residencial que cumplieron el diagnóstico para trastorno de la conducta de tipo disocial y variables asociadas otros trastornos psiquiátricos.

La asociación entre la variable diagnóstico trastorno de la conducta disocial a su ingreso a unidad residencial y la variable diagnóstico de tres trastornos psiquiátricos simultáneos fue positiva para la prueba de asociación Chi – cuadrada ( $X^2 = 11.869$ ,  $gl = 1$ ,  $p = 0.001$ ) con una razón de momios de 4.776 y un IC 95% (1.841 – 12.384).

Existe un riesgo 4.776 veces mayor de que los usuarios con trastorno de la conducta de tipo disocial cumplieron con los criterios diagnósticos para el establecimiento de tres trastornos psiquiátricos simultáneos a su ingreso a unidad residencial.

Prevalencia de global: el 76.66% de los usuarios con criterios diagnósticos para el establecimiento de tres trastornos psiquiátricos simultáneos cumplió criterios diagnósticos para el trastorno de la conducta de tipo disocial a su ingreso a estancia residencial.

Prevalencia de los expuestos: el 39.13% de los usuarios con el diagnóstico de trastorno de la conducta de tipo disocial cumplió criterios diagnósticos para el establecimiento de tres trastornos psiquiátricos simultáneos a su ingreso a estancia residencial.

Prevalencia de los no expuestos: el 11.86% de los usuarios con los criterios diagnósticos para el establecimiento de tres trastornos psiquiátricos simultáneos no cumplió criterios diagnósticos para el trastorno de la conducta de tipo disocial a su ingreso a estancia residencial.

		Usuario con tres diagnósticos psiquiátricos		Total
		Si	No	
Trastorno de la conducta disocial	Si	9	14	23
	No	21	156	177
Total		30	170	200

**Tabla 306.** Tabla 2x2 para prueba de asociación Chi-cuadrada positiva para las variables diagnóstico de trastorno de la conducta disocial y diagnóstico de tres trastornos psiquiátricos simultáneos por medio de la MINI al ingreso de usuarios a estancia residencial en el Centro Estatal para la Atención Integral para las Adicciones.

Fuente: Funcionalidad familiar y patología dual en usuarios residenciales en Centro Estatal para la Atención Integral de las Adicciones, Hidalgo, 2015

- e) Análisis cualitativo de los usuarios en estancia residencial que cumplieron el diagnóstico para trastorno de la conducta de tipo disocial y variables asociadas al diagnóstico de trastornos de la personalidad.

La asociación entre la variable diagnóstico trastorno de la conducta disocial a su ingreso a unidad residencial y la variable trastorno de la inestabilidad emocional personalidad de tipo impulsivo fue positiva para la prueba de asociación Chi – cuadrada ( $X^2 = 6.611$ ,  $gl = 1$ ,  $p = 0.010$ ) con una razón de momios de 3.256 y un IC 95% (1.276 – 8.313):

Existe un riesgo 3.256 veces mayor de que los usuarios con el diagnóstico de trastorno de la conducta de tipo disocial cumplan criterios para el trastorno de la inestabilidad emocional de la personalidad tipo impulsivo.

Prevalencia de global: el 25.85% de los usuarios con criterios para el trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad tipo impulsivo cumplió criterios diagnósticos para el trastorno de la conducta de tipo disocial a su ingreso a estancia residencial.

Prevalencia de los expuestos: el 69.56% de los usuarios con el diagnóstico de trastorno de la conducta de tipo disocial cumplió criterios diagnósticos para el trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad de tipo impulsivo a su ingreso a estancia residencial.



Prevalencia de los no expuestos: el 41.24% de los usuarios con los criterios diagnósticos para el trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad de tipo impulsivo no cumplió criterios diagnósticos para el trastorno de la conducta de tipo disocial a su ingreso a estancia residencial.

		Trastorno impulsivo de la personalidad		Total
		Si	No	
Trastorno de la conducta disocial	Si	16	7	23
	No	73	104	177
Total		89	111	200

**Tabla 307.** Tabla 2x2 para prueba de asociación Chi-cuadrada positiva para las variables diagnóstico de trastorno de la conducta disocial y diagnóstico de trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad tipo impulsivo al ingreso de usuarios a estancia residencial en el Centro Estatal para la Atención Integral para las Adicciones.

Fuente: Funcionalidad familiar y patología dual en usuarios residenciales en Centro Estatal para la Atención Integral de las Adicciones, Hidalgo, 2015

- f) Análisis cualitativo de los usuarios en estancia residencial que cumplieron el diagnóstico para trastorno de la conducta de tipo disocial y variables asociadas la funcionalidad, estructura y dinámica familiar.

La asociación entre la variable diagnóstico trastorno de la conducta disocial a su ingreso a unidad residencial y la variable estructura familiar monoparental fue positiva para la prueba de asociación Chi – cuadrada ( $X^2 = 4.891$ ,  $gl = 1$ ,  $p = 0.027$ ) con una razón de momios de 3.334 y un IC 95% (1.089 – 10.208): existe un riesgo 3.334 veces mayor de que los usuarios con el diagnóstico de trastorno de la conducta de tipo disocial refirieran una estructura familiar monoparental a su ingreso a unidad residencial.

Prevalencia de global: el 18.69% de los usuarios con criterios para el trastorno de la conducta de tipo disocial indicó una estructura familiar monoparental a su ingreso a estancia residencial.

Prevalencia de los expuestos: el 15.44% de los usuarios con una estructura familiar monoparental cumplió criterios diagnósticos de trastorno de la conducta de tipo disocial a su ingreso a estancia residencial.

Prevalencia de los no expuestos: el 5.19% de los usuarios con el diagnóstico de trastorno de la conducta de tipo disocial indicó una estructura familiar diferente a la monoparental a su ingreso a estancia residencial.

		Trastorno de la conducta disocial		Total
		Si	No	
Familia monoparental	Si	19	104	123
	No	4	73	77
Total		23	177	200

**Tabla 308.** Tabla 2x2 para prueba de asociación Chi-cuadrada positiva para las variables diagnóstico de trastorno de la conducta disocial y estructura familiar monoparental al ingreso de usuarios a estancia residencial en el Centro Estatal para la Atención Integral para las Adicciones.

Fuente: Funcionalidad familiar y patología dual en usuarios residenciales en Centro Estatal para la Atención Integral de las Adicciones, Hidalgo, 2015

- Análisis cualitativo de los usuarios en estancia residencial que cumplieron criterios diagnósticos para trastornos de la personalidad del Grupo A, variables de interés y razón de momios.
- a) Análisis cualitativo de los usuarios en estancia residencial que cumplieron criterios diagnósticos para trastornos de la personalidad del Grupo A.

La asociación entre la variable trastorno de la personalidad esquizoide y la variable cualquier trastorno de la personalidad del Grupo A fue positiva para la prueba de asociación Chi – cuadrada ( $X^2 = 94.641$ ,  $gl = 1$ ,  $p = 0.000$ ) con una razón de momios de 102.000 y un IC 95% (23.633 – 440.240).

Existe un riesgo 102.000 veces mayor de que los usuarios con criterios para el trastorno esquizoide de la personalidad cumplan criterios diagnóstico de para cualquier trastorno de la personalidad Grupo A a su ingreso a unidad residencial.

Prevalencia de global: el 68.75% de los usuarios con criterios para cualquier trastorno de la personalidad del Grupo A cumplió criterios diagnósticos para el trastorno esquizoide de la personalidad a su ingreso a estancia residencial.

Prevalencia de los expuestos: el 66.68% de los usuarios con diagnóstico de trastorno esquizoide de la personalidad cumplió criterios diagnósticos para cualquier trastorno de la personalidad del Grupo A a su ingreso a estancia residencial.

Prevalencia de los no expuestos: el 1.92% de los usuarios con cualquier trastorno de la personalidad del grupo A no cumplió criterios para el diagnóstico de trastorno esquizoide de la personalidad a su ingreso.

		Cualquier trastorno de la personalidad del Grupo A		Total
		Si	No	
Trastorno esquizoide de la personalidad	Si	64	32	96
	No	2	102	104
Total		66	135	200

**Tabla 309.** Tabla 2x2 para prueba de asociación Chi-cuadrada positiva para las variables diagnóstico de trastorno esquizoide de la personalidad y cualquier trastorno del Grupo A al ingreso de usuarios a estancia residencial en el Centro Estatal para la Atención Integral para las Adicciones.

Fuente: Funcionalidad familiar y patología dual en usuarios residenciales en Centro Estatal para la Atención Integral de las Adicciones, Hidalgo, 2015

La asociación entre la variable trastorno de la personalidad paranoide y la variable cualquier rasgo del Grupo B de la personalidad fue positiva para la prueba de asociación Chi – cuadrada ( $X^2 = 6.444$ ,  $gl = 1$ ,  $p = 0.011$ ) con una razón de momios de 9.000 y un IC 95% (1.187 – 68.222).

Existe un riesgo 9.000 veces mayor de que los usuarios que cumplieron con el diagnóstico de trastorno de la personalidad paranoide cumplan con los criterios para cualquier trastorno de la personalidad del grupo B a su ingreso a unidad residencial.

Prevalencia de global: el 25.58% de los usuarios con criterios para cualquier trastorno de la personalidad del Grupo B cumplió criterios diagnósticos para el trastorno paranoide de la personalidad a su ingreso a estancia residencial.

Prevalencia de los expuestos: el 97.72% de los usuarios con diagnóstico de trastorno paranoide de la personalidad cumplió criterios diagnósticos para cualquier trastorno de la personalidad del Grupo B a su ingreso a estancia residencial.

Prevalencia de los no expuestos: el 82.69% de los usuarios con cualquier trastorno de la personalidad del grupo B no cumplió criterios para el diagnóstico de trastorno paranoide de la personalidad a su ingreso.

		Cualquier trastorno de la personalidad del Grupo B		Total
		Si	No	
Rasgo paranoide de la personalidad	Si	43	1	44
	No	129	27	156
Total		172	28	200

**Tabla 310.** Tabla 2x2 para prueba de asociación Chi-cuadrada positiva para las variables diagnóstico de trastorno paranoide de la personalidad y cualquier trastorno del Grupo A al ingreso de usuarios a estancia residencial en el Centro Estatal para la Atención Integral para las Adicciones.

Fuente: Funcionalidad familiar y patología dual en usuarios residenciales en Centro Estatal para la Atención Integral de las Adicciones, Hidalgo, 2015

La asociación entre la variable trastorno de personalidad esquizoide y la variable crisis familiar a su ingreso fue positiva para la prueba de asociación Chi – cuadrada ( $X^2 = 5.184$ ,  $gl = 1$ ,  $p = 0.023$ ) con una razón de momios de 3.903 y un IC 95% (1.120 – 13.599): existe un riesgo 3.903 veces mayor de que los usuarios con el diagnóstico de trastorno de la personalidad esquizoide califique en la Escala de Eventos Críticos de Holmes crisis familiar a su ingreso a unidad residencial.

Prevalencia de global: el 37.5% de los usuarios con criterios para crisis familiar por medio de la Escala de Eventos Críticos de Holmes cumplió criterios diagnósticos para el trastorno esquizoide de la personalidad a su ingreso a estancia residencial.

Prevalencia de los expuestos: el 98.43% de los usuarios con diagnóstico de trastorno esquizoide de personalidad cumplió criterios para crisis familiar por medio de la Escala de Eventos Críticos de Holmes a su ingreso a estancia residencial y la prevalencia de los no expuestos: el 84.32% de los usuarios con criterios para crisis familiar por medio de la Escala de Eventos Críticos de Holmes cumplió criterios para el diagnóstico de trastorno esquizoide de la personalidad a su ingreso.

		Familia en crisis al ingreso de usuario		Total
		Si	No	
Trastorno esquizoide de la personalidad	Si	63	3	66
	No	113	21	134
Total		175	24	200

**Tabla 311.** Tabla 2x2 para prueba de asociación Chi-cuadrada positiva para las variables diagnóstico de trastorno esquizoide de la personalidad y el diagnóstico de familia en crisis por medio de la Escala de Eventos Críticos del Holmes al ingreso de usuarios a estancia residencial en el Centro Estatal para la Atención Integral para las Adicciones.

Fuente: Funcionalidad familiar y patología dual en usuarios residenciales en Centro Estatal para la Atención Integral de las Adicciones, Hidalgo, 2015

La asociación entre la variable rasgo de personalidad esquizotípico y la variable diagnóstico de cuatro trastornos psiquiátricos simultáneos fue positiva para la prueba de asociación Chi – cuadrada ( $X^2 = 5.585$ ,  $gl = 1$ ,  $p = 0.015$ ) con una razón de momios de 6.536 y un IC 95% (1.166 – 36.629): existe un riesgo 6.536 veces mayor de que los usuarios con el diagnóstico de trastorno de la personalidad esquizotípico cumpla con los criterios diagnósticos para cuatro trastornos psiquiátricos simultáneos a su ingreso a unidad residencial.

Prevalencia de global: el 90% de los usuarios con criterios diagnósticos para el establecimiento de cuatro trastornos psiquiátricos simultáneos cumplió criterios diagnósticos para el trastorno esquizotípico de la personalidad a su ingreso a estancia residencial.

Prevalencia de los expuestos: el 22.22% de los usuarios con diagnóstico de trastorno esquizotípico de la personalidad cumplió criterios diagnósticos para el establecimiento de cuatro trastornos psiquiátricos simultáneos a su ingreso a estancia residencial.

Prevalencia de los no expuestos: el 4.18% de los usuarios con criterios diagnósticos para el establecimiento de cuatro trastornos psiquiátricos simultáneos no cumplió criterios para el diagnóstico de trastorno esquizotípico de la personalidad a su ingreso.

		Usuarios con cuatro diagnósticos psiquiátricos		Total
		Si	No	
Trastorno esquizotípico de la personalidad	Si	2	7	9
	No	8	183	191
Total		10	190	200

**Tabla 312.** Tabla 2x2 para prueba de asociación Chi-cuadrada positiva para las variables diagnóstico de trastorno esquizotípico de la personalidad y el diagnóstico de cuatro trastornos psiquiátricos simultáneos por medio de la MINI al ingreso de usuarios a estancia residencial en el Centro Estatal para la Atención Integral para las Adicciones.

Fuente: Funcionalidad familiar y patología dual en usuarios residenciales en Centro Estatal para la Atención Integral de las Adicciones, Hidalgo, 2015

La asociación entre la variable rasgo de personalidad esquizotípico y la variable trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad tipo límite fue positiva para la prueba de asociación Chi – cuadrada ( $X^2 = 5.414$ ,  $gl = 1$ ,  $p = 0.020$ ) con una razón de momios de 8.255 y un IC 95% (1.013 – 67.288): existe un riesgo 8.255 veces mayor de que los usuarios con el diagnóstico de trastorno

de la personalidad esquizotípico cumpla con los criterios diagnósticos para el trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad tipo límite a su ingreso a unidad residencial.

Prevalencia de global: el 8.82% de los usuarios con criterios para el trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad tipo límite cumplió criterios diagnósticos para el trastorno esquizotípico de la personalidad a su ingreso a estancia residencial.

Prevalencia de los expuestos: el 88.88% de los usuarios con diagnóstico de trastorno esquizotípico de la personalidad cumplió criterios diagnósticos para el trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad tipo límite a su ingreso a estancia residencial.

Prevalencia de los no expuestos: el 49.21% de los usuarios con el diagnóstico de trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad de tipo límite no cumplió criterios para el diagnóstico de trastorno esquizotípico de la personalidad a su ingreso.

		Trastorno límite de la personalidad		Total
		Si	No	
Trastorno esquizotípico de la personalidad	Si	8	1	9
	No	94	97	191
Total		102	98	200

**Tabla 313.** Tabla 2x2 para prueba de asociación Chi-cuadrada positiva para las variables diagnóstico de trastorno esquizotípico de la personalidad y el diagnóstico de trastorno de inestabilidad emocional tipo límite al ingreso de usuarios a estancia residencial en el Centro Estatal para la Atención Integral para las Adicciones.

Fuente: Funcionalidad familiar y patología dual en usuarios residenciales en Centro Estatal para la Atención Integral de las Adicciones, Hidalgo, 2015

La asociación entre la variable trastorno de personalidad esquizotípico y la variable diagnóstico de adaptabilidad familiar caótica fue positiva para la prueba de asociación Chi – cuadrada ( $X^2 = 4.650$ ,  $gl = 1$ ,  $p = 0.031$ ) con una razón de momios de 4.962 y un IC 95% (1.004 – 24.519).

Existe un riesgo 4.962 veces mayor de que los usuarios con el diagnóstico de trastorno de la personalidad esquizotípico cumpla con los criterios diagnósticos por medio del FACE III para una adaptabilidad familiar caótica a su ingreso a unidad residencial.

Prevalencia de global: el 10.46% de los usuarios con criterios para una adaptabilidad familiar caótica por medio del FACES III cumplió criterios diagnósticos para el trastorno esquizotípico de la personalidad a su ingreso a estancia residencial.

Prevalencia de los expuestos: el 77.77% de los usuarios con diagnóstico de trastorno esquizotípico de la personalidad cumplió criterios diagnósticos una adaptabilidad familiar caótica por medio del FACES III a su ingreso a estancia residencial.

Prevalencia de los no expuestos: el 41.36% de los usuarios con criterios para una adaptabilidad familiar caótica por medio del FACES III no cumplió criterios para el diagnóstico de trastorno esquizotípico de la personalidad a su ingreso.

		Adaptabilidad familiar caótica		Total
		Si	No	
Trastorno esquizotípico de la personalidad	Si	7	2	9
	No	79	112	191
Total		86	114	200

**Tabla 314.** Tabla 2x2 para prueba de asociación Chi-cuadrada positiva para las variables diagnóstico de trastorno esquizotípico de la personalidad y el diagnóstico adaptabilidad caótica por medio del FACES III al ingreso de usuarios a estancia residencial en el Centro Estatal para la Atención Integral para las Adicciones.

Fuente: Funcionalidad familiar y patología dual en usuarios residenciales en Centro Estatal para la Atención Integral de las Adicciones, Hidalgo, 2015

- Análisis cualitativo de los usuarios en estancia residencial que cumplieron criterios diagnósticos para trastornos de la personalidad del Grupo B, variables de interés y razón de momios.
  - a) Análisis cualitativo de los usuarios en estancia residencial que cumplieron criterios diagnósticos para trastorno histriónico de la personalidad y su relación con otros trastornos de la personalidad.

La asociación entre la variable trastorno de personalidad histriónico y la variable trastorno de la personalidad antisocial fue positiva para la prueba de asociación Chi – cuadrada ( $X^2 = 4.288$ ,  $gl = 1$ ,  $p = 0.038$ ) con una razón de momios de 1.883 con y IC 95% (1.018 – 3.485): existe un riesgo 1.883 veces mayor de que los usuarios con el trastorno de la personalidad histriónico cumplan con

los criterios diagnósticos para trastorno de la personalidad antisocial a su ingreso a unidad residencial.

Prevalencia de global: el 36.63% de los usuarios con diagnóstico de trastorno histriónico de la personalidad cumplió criterios diagnósticos para el trastorno antisocial de la personalidad a su ingreso a estancia residencial.

Prevalencia de los expuestos: el 12.87% de los usuarios con diagnóstico de trastorno antisocial de la personalidad cumplió criterios diagnósticos para el trastorno histriónico de personalidad a su ingreso a estancia residencial.

Prevalencia de los no expuestos: el 24.24% de los usuarios con diagnóstico de trastorno histriónico de la personalidad no cumplió criterios para el diagnóstico de trastorno antisocial de la personalidad a su ingreso a estancia residencial.

		Trastorno antisocial de la personalidad		Total
		Si	No	
Trastorno histriónico de la personalidad	Si	13	88	101
	No	24	75	99
Total		37	163	200

**Tabla 315.** Tabla 2x2 para prueba de asociación Chi-cuadrada positiva para las variables diagnóstico de trastorno histriónico de la personalidad y el diagnóstico de trastorno antisocial de la personalidad al ingreso de usuarios a estancia residencial en el Centro Estatal para la Atención Integral para las Adicciones.

Fuente: Funcionalidad familiar y patología dual en usuarios residenciales en Centro Estatal para la Atención Integral de las Adicciones, Hidalgo, 2015

La asociación entre la variable rasgo de personalidad histriónico y la variable cualquier trastorno de la personalidad del Grupo B fue positiva para la prueba de asociación Chi – cuadrada ( $X^2 = 24.484$ ,  $gl = 1$ ,  $p = 0.000$ ) con una razón de momios de 17.630 y un IC 95% (4.055 – 76.652).

Existe un riesgo 17.630 veces mayor de que los usuarios con el diagnóstico de trastorno de la personalidad histriónico cumpla con los criterios diagnósticos para cualquier trastorno de la personalidad de Grupo B a su ingreso a unidad residencial.



Prevalencia de global: el 58.72% de los usuarios con diagnóstico de trastorno histriónico de la personalidad cumplió criterios diagnósticos para cualquier trastorno de la personalidad del Grupo B a su ingreso a estancia residencial.

Prevalencia de los expuestos: el 98.01% de los usuarios con cualquier trastorno de la personalidad del Grupo B cumplió criterios diagnósticos para el trastorno histriónico de personalidad a su ingreso a estancia residencial.

Prevalencia de los no expuestos: el 73.73% de los usuarios con diagnóstico de trastorno histriónico de la personalidad no cumplió criterios diagnósticos para otros trastornos de la personalidad a su ingreso a estancia residencial.

		Trastornos de la personalidad del Grupo B		Total
		Si	No	
Trastornos histriónico de la personalidad	Si	99	2	101
	No	73	26	99
Total		172	28	200

**Tabla 316.** Tabla 2x2 para prueba de asociación Chi-cuadrada positiva para las variables diagnóstico de trastorno histriónico de la personalidad y el diagnóstico cualquier trastorno de la personalidad del Grupo B al ingreso de usuarios a estancia residencial en el Centro Estatal para la Atención Integral para las Adicciones.

Fuente: Funcionalidad familiar y patología dual en usuarios residenciales en Centro Estatal para la Atención Integral de las Adicciones, Hidalgo, 2015

La asociación entre la variable rasgo de personalidad histriónico y la variable cualquier trastorno de la personalidad del Grupo C fue positiva para la prueba de asociación Chi – cuadrada ( $X^2 = 7.439$ ,  $gl = 1$ ,  $p = 0.006$ ) con una razón de momios de 2.373 y un IC 95% (1.266 – 4.449).

Existe un riesgo 2.372 veces mayor de que los usuarios con el diagnóstico de trastorno de la personalidad histriónico cumplan con los criterios diagnósticos para cualquier trastorno de la personalidad del Grupo C a su ingreso a unidad residencial.

Prevalencia de global: el 71.63% de los usuarios con cualquier de trastorno de la personalidad del Grupo C cumplió criterios diagnósticos para trastorno histriónico de la personalidad a su ingreso a estancia residencial.

Prevalencia de los expuestos: el 79.20% de los usuarios con el trastorno histriónico de la personalidad cumplió criterios diagnósticos para cualquier trastorno de personalidad del Grupo C a su ingreso a estancia residencial.

Prevalencia de los no expuestos: el 61.61% de los usuarios cualquier trastorno de la personalidad del Grupo C no cumplió criterios diagnósticos para el trastorno histriónico de la personalidad a su ingreso a estancia residencial.

		Trastorno de la personalidad del Grupo C		Total
		Si	No	
Rasgo histriónico de la personalidad	Si	80	21	101
	No	61	38	99
Total		141	59	200

**Tabla 317.** Tabla 2x2 para prueba de asociación Chi-cuadrada positiva para las variables diagnóstico de trastorno histriónico de la personalidad y el diagnóstico cualquier trastorno de la personalidad del Grupo C al ingreso de usuarios a estancia residencial en el Centro Estatal para la Atención Integral para las Adicciones.

Fuente: Funcionalidad familiar y patología dual en usuarios residenciales en Centro Estatal para la Atención Integral de las Adicciones, Hidalgo, 2015

- b) Análisis cualitativo de los usuarios en estancia residencial que cumplieron criterios diagnósticos para trastorno histriónico de la personalidad y su relación la funcionalidad, estructura y dinámica familiar.

La asociación entre la variable trastorno de la personalidad histriónico y la variable estructura familiar monoparental fue positiva para la prueba de asociación Chi – cuadrada ( $X^2 = 5.563$ ,  $gl = 1$ ,  $p = 0.018$ ) con una razón de momios de 1.304 y un IC 95% (1.042 – 1.630): existe un riesgo 1.304 veces mayor de que los usuarios con el diagnóstico de trastorno de la personalidad histriónico indiquen una estructura familiar monoparental a su ingreso a unidad residencial.

Prevalencia de global: el 82.11% de los usuarios con una estructura familiar monoparental cumplió criterios diagnóstico para el trastorno histriónico de la personalidad a su ingreso a estancia residencial.

Prevalencia de los expuestos: el 53.46% de los usuarios el trastorno histriónico de la personalidad indicó una estructura familiar monoparental a su ingreso a estancia residencial.

Prevalencia de los no expuestos: el 69.69% de los usuarios con una estructura familiar monoparental no cumplió criterios diagnósticos para el trastorno histriónico de la personalidad a su ingreso a estancia residencial.

		Familia monoparental		Total
		Si	No	
Trastorno histriónico de la personalidad	Si	54	47	101
	No	69	30	99
Total		123	77	200

**Tabla 318.** Tabla 2x2 para prueba de asociación Chi-cuadrada positiva para las variables diagnóstico de trastorno histriónico de la personalidad y estructura familiar monoparental al ingreso de usuarios a estancia residencial en el Centro Estatal para la Atención Integral para las Adicciones.

Fuente: Funcionalidad familiar y patología dual en usuarios residenciales en Centro Estatal para la Atención Integral de las Adicciones, Hidalgo, 2015

La asociación entre la variable trastorno de la personalidad histriónico y la variable cohesión familiar no relacionada fue positiva para la prueba de asociación Chi – cuadrada ( $X^2 = 4031$ ,  $gl = 1$ ,  $p = 0.045$ ) con una razón de momios de 1.778 y un IC 95% (1.012 – 3.126).

Existe un riesgo 1.778 veces mayor de que los usuarios con el diagnóstico de trastorno de la personalidad histriónico indiquen el diagnóstico familiar de cohesión no relacionada por medio del FACES III a su ingreso a unidad residencial.

Prevalencia de global: el 88.11% de los usuarios con diagnóstico cohesión familiar no relacionada por medio del FACES III cumplió criterios diagnósticos para el trastorno histriónico de la personalidad a su ingreso a estancia residencial.

Prevalencia de los expuestos: el 51.48% de los usuarios el trastorno histriónico de la personalidad cumplió criterios diagnósticos una cohesión familiar no relacionada por medio del FACES III a su ingreso a estancia residencial.

Prevalencia de los no expuestos: el 37.37% de los usuarios con diagnóstico de cohesión familiar no relacionada por medio del FACES III no cumplió criterios diagnósticos para el trastorno histriónico de la personalidad a su ingreso a estancia residencial.

		Cohesión familiar no relacionada		Total
		Si	No	
Trastorno histriónico de la personalidad	Si	52	49	101
	No	37	62	99
Total		89	111	200

**Tabla 319.** Tabla 2x2 para prueba de asociación Chi-cuadrada positiva para las variables diagnóstico de trastorno histriónico de la personalidad y diagnóstico de cohesión familiar no relacionada por medio del FACES III al ingreso de usuarios a estancia residencial en el Centro Estatal para la Atención Integral para las Adicciones.

Fuente: Funcionalidad familiar y patología dual en usuarios residenciales en Centro Estatal para la Atención Integral de las Adicciones, Hidalgo, 2015

La asociación entre la variable trastorno de la personalidad histriónico y la variable crisis familiar grave fue positiva para la prueba de asociación Chi – cuadrada ( $X^2 = 4.481$ ,  $gl = 1$ ,  $p = 0.034$ ) con una razón de momios de 1.832 y un IC 95% (1.044 – 3.215): existe un riesgo 1.832 veces mayor de que los usuarios con el diagnóstico de trastorno de la personalidad histriónico indiquen la presencia de crisis familiar grave por medio de la Escala de Eventos Críticos de Holmes a su ingreso a unidad residencial.

Prevalencia de global: el 93.51% de los usuarios con diagnóstico de crisis familiar grave por medio de la Escala de Eventos Críticos de Holmes cumplió criterios diagnósticos para el trastorno histriónico de la personalidad a su ingreso a estancia residencial.

Prevalencia de los expuestos: el 61.38% de los usuarios con el trastorno histriónico de la personalidad cumplió el diagnóstico de crisis familiar grave por medio de la Escala de Eventos Críticos de Holmes a su ingreso a estancia residencial y la prevalencia de los no expuestos: el 46.46% de los usuarios con diagnóstico de crisis familiar grave por medio de la Escala de Eventos Críticos de Holmes no cumplió criterios diagnósticos para el trastorno histriónico de la personalidad a su ingreso a estancia residencial.

		Crisis familiar grave		Total
		Si	No	
Trastorno histriónico de la personalidad	Si	62	39	101
	No	46	53	99
Total		108	92	200

**Tabla 320.** Tabla 2x2 para prueba de asociación Chi-cuadrada positiva para las variables diagnóstico de trastorno histriónico de la personalidad y diagnóstico de crisis familiar grave por medio de la Escala de Eventos Críticos de Holmes al ingreso de usuarios a estancia residencial en el Centro Estatal para la Atención Integral para las Adicciones.

Fuente: Funcionalidad familiar y patología dual en usuarios residenciales en Centro Estatal para la Atención Integral de las Adicciones, Hidalgo, 2015  
 UAEH, ICSA; Maestría en Salud Pública

- c) Análisis cualitativo de los usuarios en estancia residencial que cumplieron criterios diagnósticos para trastorno narcisista de la personalidad y su relación con otros trastornos de la personalidad.

La asociación entre la variable trastorno de personalidad narcisista y la variable trastorno anacástico de la personalidad fue positiva para la prueba de asociación Chi – cuadrada ( $X^2 = 6.666$ ,  $gl = 1$ ,  $p = 0.010$ ) con una razón de momios de 3.097 y un IC 95% (1.273 – 7.536).

Existe un riesgo 3.097 veces mayor de que los usuarios con el diagnóstico de trastorno de la personalidad narcisista cumplan los criterios diagnósticos para el trastorno anacástico de la personalidad a su ingreso a estancia residencial.

Prevalencia de global: el 60.97% de los usuarios con diagnóstico de trastorno anacástico de la personalidad cumplió criterios diagnósticos para el trastorno narcisista de la personalidad a su ingreso a estancia residencial.

Prevalencia de los expuestos: el 40% de los usuarios con el trastorno narcisista de personalidad cumplió criterios diagnósticos para el trastorno anacástico de la personalidad a su ingreso a estancia residencial.

Prevalencia de los no expuestos: el 17.17% de los usuarios con diagnóstico de trastorno anacástico de la personalidad no cumplió criterios diagnósticos para el trastorno narcisista de la personalidad a su ingreso a estancia residencial.

		Trastorno anacastico de la personalidad		Total
		Si	No	
Trastorno narcisista de la personalidad	Si	10	15	25
	No	31	144	175
Total		41	159	200

**Tabla 321.** Tabla 2x2 para prueba de asociación Chi-cuadrada positiva para las variables diagnóstico de trastorno narcisista de la personalidad y el trastorno anacástico de la personalidad al ingreso de usuarios a estancia residencial en el Centro Estatal para la Atención Integral para las Adicciones.

Fuente: Funcionalidad familiar y patología dual en usuarios residenciales en Centro Estatal para la Atención Integral de las Adicciones, Hidalgo, 2015

- d) Análisis cualitativo de los usuarios en estancia residencial que cumplieron criterios diagnósticos para trastorno antisocial de la personalidad y su relación con variables sociodemográficas.

La asociación entre la variable rasgo de personalidad antisocial y la variable antecedentes penales fue positiva para la prueba de asociación Chi – cuadrada ( $X^2 = 11.939$ ,  $gl = 1$ ,  $p = 0.001$ ) con una razón de momios de 1.740 y un IC 95% (1.163 – 2.603): existe un riesgo 1.740 veces mayor de que los usuarios con el diagnóstico de trastorno de la personalidad antisocial indique a su ingreso a estancia residencial presencia de antecedentes penales.

Prevalencia de global: el 52.85% de los usuarios con la presencia de antecedentes penales cumplió criterios diagnósticos para el trastorno antisocial de la personalidad a su ingreso a estancia residencial.

Prevalencia de los expuestos: el 59.45% de los usuarios con el diagnóstico de trastorno antisocial de la personalidad indicó contar con antecedentes penales a su ingreso a estancia residencial.

Prevalencia de los no expuestos: el 29.44% de los usuarios con antecedentes penales no cumplió criterios diagnósticos para el trastorno antisocial de la personalidad a su ingreso a estancia residencial.

		Antecedentes penales		Total
		Si	No	
Trastorno antisocial de la personalidad	Si	22	15	37
	No	48	115	163
Total		70	130	200

**Tabla 322.** Tabla 2x2 para prueba de asociación Chi-cuadrada positiva para las variables diagnóstico de trastorno antisocial de la personalidad y antecedentes penales al ingreso de usuarios a estancia residencial en el Centro Estatal para la Atención Integral para las Adicciones.

Fuente: Funcionalidad familiar y patología dual en usuarios residenciales en Centro Estatal para la Atención Integral de las Adicciones, Hidalgo, 2015

- e) Análisis cualitativo de los usuarios en estancia residencial que cumplieron criterios diagnósticos para trastorno antisocial de la personalidad, funcionalidad, estructura y dinámica familiar.

La asociación entre la variable rasgo de personalidad antisocial y la variable funcionalidad familiar fue positiva para la prueba de asociación Chi – cuadrada ( $X^2 = 8.268$ ,  $gl = 1$ ,  $p = 0.004$ ) con una razón de momios de 6.674 y un IC 95% (1.541 – 28.902): existe un riesgo 6.674 veces mayor de que los usuarios con el diagnóstico de trastorno antisocial de la personalidad cumpla con los criterios diagnósticos de una familia disfuncional por medio del APGAR familiar a su ingreso a unidad residencial.

Prevalencia de global: el 24.18% de los usuarios con diagnóstico familia disfuncional por medio del APGAR familiar cumplió criterios diagnósticos para el trastorno antisocial de la personalidad a su ingreso a estancia residencial.

Prevalencia de los expuestos: el 94.59% de los usuarios con el diagnóstico de trastorno antisocial de la personalidad cumplió criterios diagnósticos para una familia disfuncional por medio del APGAR familiar a su ingreso a estancia residencial.

Prevalencia de los no expuestos: el 72.39% de los usuarios con diagnóstico de una familia disfuncional por medio del APGAR familiar no cumplió criterios diagnósticos para el trastorno antisocial de la personalidad a su ingreso a estancia residencial.

		Funcionalidad familiar		Total
		Familia Disfuncional	Familia funcional	
Trastorno antisocial de la personalidad	Si	35	2	37
	No	118	45	163
Total		153	47	200

**Tabla 323.** Tabla 2x2 para prueba de asociación Chi-cuadrada positiva para las variables diagnóstico de trastorno antisocial de la personalidad y diagnóstico de familia disfuncional por medio del APGAR familiar al ingreso de usuarios a estancia residencial en el Centro Estatal para la Atención Integral para las Adicciones.

Fuente: Funcionalidad familiar y patología dual en usuarios residenciales en Centro Estatal para la Atención Integral de las Adicciones, Hidalgo, 2015

La asociación entre la variable rasgo de personalidad antisocial y la variable estructura familiar monoparental fue positiva para la prueba de asociación Chi – cuadrada ( $X^2 = 5.462$ ,  $gl = 1$ ,  $p = 0.019$ ) con una razón de momios de 2.661 y un IC 95% (1.146 – 6.177): existe un riesgo 2.661

veces mayor de que los usuarios el diagnóstico de trastorno antisocial de la personalidad de provenir de una estructura familiar monoparental a su ingreso a unidad residencial.

Prevalencia de global: el 30.08% de los usuarios con una estructura familiar monoparental cumplió criterios diagnósticos para el trastorno antisocial de la personalidad a su ingreso a estancia residencial.

Prevalencia de los expuestos: el 78.37% de los usuarios con el diagnóstico de trastorno antisocial de la personalidad indicó provenir de una estructura familiar monoparental a su ingreso a estancia residencial.

Prevalencia de los no expuestos: el 57.66% de los usuarios con una estructura familiar monoparental no cumplió criterios diagnósticos para el trastorno antisocial de la personalidad a su ingreso a estancia residencial.

		Familia monoparental		Total
		Si	No	
Trastorno antisocial de la personalidad	Si	29	8	37
	No	94	69	163
Total		123	77	200

**Tabla 324.** Tabla 2x2 para prueba de asociación Chi-cuadrada positiva para las variables diagnóstico de trastorno antisocial de la personalidad y estructura familiar monoparental al ingreso de usuarios a estancia residencial en el Centro Estatal para la Atención Integral para las Adicciones.

Fuente: Funcionalidad familiar y patología dual en usuarios residenciales en Centro Estatal para la Atención Integral de las Adicciones, Hidalgo, 2015

- f) Análisis cualitativo de los usuarios en estancia residencial que cumplieron criterios diagnósticos para trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad tipo impulsivo y variables asociadas con antecedentes de salud mental.

La asociación entre la variable trastorno de la inestabilidad emocional de la personalidad tipo impulsivo y la variable antecedente de intento suicida previo a su ingreso fue positiva para la prueba de asociación Chi – cuadrada ( $X^2 = 12.410$ ,  $gl = 1$ ,  $p = 0.000$ ) con una razón de momios de 3.165 y un IC 95% (1.129 – 1.628): existe un riesgo 3.165 veces mayor de que los usuarios con el



diagnóstico de trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad de tipo impulsivo indique el antecedente de intento suicida a su ingreso a unidad residencial.

Prevalencia de global: el 58.42% de los usuarios con el antecedente de intento suicida cumplió criterios diagnósticos para el trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad tipo impulsivo la personalidad a su ingreso a estancia residencial.

Prevalencia de los expuestos: el 38.20% de los usuarios con el diagnóstico de trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad tipo impulsivo indicó el antecedente de intento suicida a su ingreso a estancia residencial.

Prevalencia de los no expuestos: el 16.21% de los usuarios con el antecedente de intento suicida no cumplió criterios diagnósticos para el trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad tipo impulsivo a su ingreso a estancia residencial.

		Antecedentes de intento suicida		Total
		Si	No	
Trastorno impulsivo de la personalidad	Si	34	55	89
	No	18	93	111
Total		52	148	200

**Tabla 325.** Tabla 2x2 para prueba de asociación Chi-cuadrada positiva para las variables diagnóstico de trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad tipo límite y antecedentes de intento suicida al ingreso de usuarios a estancia residencial en el Centro Estatal para la Atención Integral para las Adicciones.

Fuente: Funcionalidad familiar y patología dual en usuarios residenciales en Centro Estatal para la Atención Integral de las Adicciones, Hidalgo, 2015

- g) Análisis cualitativo de los usuarios en estancia residencial que cumplieron criterios diagnósticos para trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad tipo impulsivo y variables asociadas con otros trastornos de la personalidad

La asociación entre la variable trastorno de la inestabilidad emocional de la personalidad tipo impulsivo y la variable trastorno de la inestabilidad emocional de la tipo límite fue positiva para la prueba de asociación Chi – cuadrada ( $X^2 = 4.482$ ,  $gl = 1$ ,  $p = 0.006$ ) con una razón de momios de 2.203 y un IC 95% (1.246 – 3.894): existe un riesgo 2.203 veces mayor de que los usuarios con de

trastorno de la personalidad impulsivo cumplan con criterios diagnósticos para un trastorno de la personalidad límite a su ingreso a unidad residencial.

Prevalencia de global: el 87.25% de los usuarios con diagnóstico de trastorno límite de la personalidad cumplió criterios diagnósticos para el trastorno impulsivo de la personalidad del a su ingreso a estancia residencial.

Prevalencia de los expuestos: el 53.92% de los usuarios con el diagnóstico de trastorno impulsivo de la personalidad cumplió criterios diagnósticos para el trastorno límite de la personalidad a su ingreso a estancia residencial.

Prevalencia de los no expuestos: el 42.34% de los usuarios con diagnóstico de trastorno límite de la personalidad no cumplió criterios diagnósticos el trastorno impulsivo de la personalidad a su ingreso a estancia residencial.

		Trastorno límite de la personalidad		Total
		Si	No	
Trastorno impulsivo de la personalidad	Si	55	34	89
	No	47	64	111
Total		102	98	200

**Tabla 326.** Tabla 2x2 para prueba de asociación Chi-cuadrada positiva para las variables diagnóstico de trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad tipo límite y diagnóstico de trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad tipo límite al ingreso de usuarios a estancia residencial en el Centro Estatal para la Atención Integral para las Adicciones.

Fuente: Funcionalidad familiar y patología dual en usuarios residenciales en Centro Estatal para la Atención Integral de las Adicciones, Hidalgo, 2015

La asociación entre la variable trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad de tipo impulsivo y la variable cualquier rasgo de la personalidad del Grupo B fue positiva para la prueba de asociación Chi – cuadrada ( $X^2 = 22.083$ ,  $gl = 1$ ,  $p = 0.000$ ) con una razón de momios de 28.286 y un IC 95% (3.759 – 212.843):

Existe un riesgo 28.286 veces mayor de que los usuarios con el diagnóstico de trastorno inestabilidad emocional de la personalidad de tipo impulsivo cumplan con criterios diagnósticos para cualquier otro trastorno de la personalidad del Grupo B a su ingreso a unidad residencial.

Prevalencia de global: el 51.74% de los usuarios con cualquier trastorno de la personalidad del Grupo B cumplió criterios diagnósticos para el trastorno impulsivo de la personalidad a su ingreso a estancia residencial.

Prevalencia de los expuestos: el 98.87% de los usuarios con el diagnóstico de trastorno impulsivo de la personalidad cumplió criterios diagnósticos para cualquier otro trastorno de la personalidad del Grupo B a su ingreso a estancia residencial.

Prevalencia de los no expuestos: el 75.67% de los usuarios con cualquier trastorno de la personalidad del Grupo B no cumplió criterios diagnósticos para trastorno impulsivo de la personalidad a su ingreso a estancia residencial.

		Trastorno de la personalidad del Grupo B		Total
		Si	No	
Trastorno impulsivo de la personalidad	Si	88	1	89
	No	87	27	111
Total		172	28	200

**Tabla 327.** Tabla 2x2 para prueba de asociación Chi-cuadrada positiva para las variables diagnóstico de trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad tipo impulsivo y diagnóstico de trastorno de la personalidad del Grupo B al ingreso de usuarios a estancia residencial en el Centro Estatal para la Atención Integral para las Adicciones.

Fuente: Funcionalidad familiar y patología dual en usuarios residenciales en Centro Estatal para la Atención Integral de las Adicciones, Hidalgo, 2015

La asociación entre la variable trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad de tipo impulsivo y la variable trastorno ansioso de la personalidad fue positiva para la prueba de asociación Chi – cuadrada ( $X^2 = 6.040$ ,  $gl = 1$ ,  $p = 0.014$ ) con una razón de momios de 2.027 y un IC 95% (1.150 – 3.573)

Existe un riesgo 2.027 veces mayor de que los usuarios con el diagnóstico de trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad de tipo impulsivo cumplan con criterios diagnósticos para el trastorno de la personalidad ansioso a su ingreso a unidad residencial.

Prevalencia de global: el 95.69% de los usuarios con diagnóstico de trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad tipo impulsivo cumplió criterios diagnósticos para el trastorno ansioso de la personalidad del a su ingreso a estancia residencial.

Prevalencia de los expuestos: el 56.17% de los usuarios con el diagnóstico de trastorno ansioso de la personalidad cumplió criterios diagnósticos para el trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad tipo impulsivo a su ingreso a estancia residencial.

Prevalencia de los no expuestos: el 38.73% de los usuarios con diagnóstico de trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad de tipo impulsivo no cumplió criterios diagnósticos para el trastorno ansioso de la personalidad a su ingreso a estancia residencial.

		Trastorno ansioso de la personalidad		Total
		Si	No	
Trastorno impulsivo de la personalidad	Si	50	39	89
	No	43	68	111
Total		93	107	200

**Tabla 328.** Tabla 2x2 para prueba de asociación Chi-cuadrada positiva para las variables diagnóstico de trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad tipo impulsivo y diagnóstico de trastorno ansioso de la personalidad al ingreso de usuarios a estancia residencial en el Centro Estatal para la Atención Integral para las Adicciones.

Fuente: Funcionalidad familiar y patología dual en usuarios residenciales en Centro Estatal para la Atención Integral de las Adicciones, Hidalgo, 2015

- h) Análisis cualitativo de los usuarios en estancia residencial que cumplieron criterios diagnósticos para trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad tipo impulsivo y variables asociadas con tratamiento psicofarmacológico.

La asociación entre la variable trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad de tipo impulsivo y la variable inicio de tratamiento psicofarmacológico a su ingreso a estancia residencial fue positiva para la prueba de asociación Chi – cuadrada ( $X^2 = 11.351$ ,  $gl = 1$ ,  $p = 0.001$ ) con una razón de momios de 1.871 y un IC 95% (1.269 – 2.756).

Existe un riesgo 1.871 veces mayor de que los usuarios con el diagnóstico de trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad de tipo impulsivo inicien tratamiento psicofarmacológico a su ingreso a unidad residencial.

Prevalencia de global: el 74.16% de los usuarios con inicio de tratamiento psicofarmacológico a su ingreso a estancia residencial cumplió criterios diagnósticos para el trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad de tipo impulsivo.

Prevalencia de los expuestos: el 73.03% de los usuarios con el diagnóstico de trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad de tipo impulsivo inició tratamiento psicofarmacológico a su ingreso a estancia residencial.

Prevalencia de los no expuestos: el 49.54% de los usuarios con inicio de tratamiento psicofarmacológico a su ingreso a estancia residencial no cumplió criterios diagnósticos para el trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad de tipo impulsivo.

		Tratamiento psicofarmacológico		Total
		Si	No	
Trastorno impulsivo de la personalidad	Si	65	24	89
	No	55	56	111
Total		120	80	200

**Tabla 329.** Tabla 2x2 para prueba de asociación Chi-cuadrada positiva para las variables diagnóstico de trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad tipo impulsivo e inicio de tratamiento psicofarmacológico en usuarios a estancia residencial en el Centro Estatal para la Atención Integral de las Adicciones.

Fuente: Funcionalidad familiar y patología dual en usuarios residenciales en Centro Estatal para la Atención Integral de las Adicciones, Hidalgo, 2015

La asociación entre la variable trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad de tipo impulsivo y la variable inicio de tratamiento con un fármaco antidepresivo a su ingreso a estancia residencial fue positiva para la prueba de asociación Chi – cuadrada ( $X^2 = 9.209$ ,  $gl = 1$ ,  $p = 0.002$ ) con una razón de momios de 2.467 y un IC 95% (1.369 – 4.447).

Existe un riesgo 2.467 veces mayor de que los usuarios con el diagnóstico de trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad e tipo impulsivo inicien tratamiento psicofarmacológico con un antidepresivo a su ingreso a unidad residencial.

Prevalencia de global: el 75.42% de los usuarios con inicio de tratamiento psicofarmacológico con un antidepresivo a su ingreso a estancia residencial cumplió criterios diagnósticos para el trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad tipo impulsivo.

Prevalencia de los expuestos: el 70.78% de los usuarios con el diagnóstico de trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad de tipo impulsivo inició tratamiento psicofarmacológico con un antidepresivo a su ingreso a estancia residencial.

Prevalencia de los no expuestos: el 49.54% de los usuarios con diagnóstico de trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad tipo impulsivo no inició tratamiento psicofarmacológico con un antidepresivo a su ingreso a estancia residencial.

		Tratamiento con un antidepresivo		Total
		Si	No	
Trastorno impulsivo de la personalidad	Si	63	26	89
	No	55	56	111
Total		118	118	200

**Tabla 330.** Tabla 2x2 para prueba de asociación Chi-cuadrada positiva para las variables diagnóstico de trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad tipo impulsivo e inicio de tratamiento psicofarmacológico con un antidepresivo en usuarios a estancia residencial en el Centro Estatal para la Atención Integral de las Adicciones.

Fuente: Funcionalidad familiar y patología dual en usuarios residenciales en Centro Estatal para la Atención Integral de las Adicciones, Hidalgo, 2015

La asociación entre la variable trastorno de la inestabilidad emocional de la personalidad de tipo impulsivo y la variable inicio de tratamiento psicofarmacológico con un antipsicótico a su ingreso a estancia residencial fue positiva para la prueba de asociación Chi – cuadrada ( $X^2 = 11.254$ ,  $gl = 1$ ,  $p = 0.001$ ) con una razón de momios de 2.851 y un IC 95% (1.530 – 5.311).

Existe un riesgo 2.851 veces mayor de que los usuarios con el diagnóstico de trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad de tipo impulsivo inicien tratamiento psicofarmacológico con un antipsicótico a su ingreso a unidad residencial.

Prevalencia de global: el 68.53% de los usuarios con inicio de tratamiento psicofarmacológico con un antipsicótico a su ingreso a estancia residencial cumplió criterios diagnósticos para el trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad tipo impulsivo.

Prevalencia de los expuestos: el 42.68% de los usuarios con el diagnóstico de trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad de tipo impulsivo inició tratamiento psicofarmacológico con un antipsicótico a su ingreso a estancia residencial.

Prevalencia de los no expuestos: el 20.72% de los usuarios con diagnóstico de trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad tipo impulsivo no inició tratamiento psicofarmacológico con un antipsicótico a su ingreso a estancia residencial.

		tratamiento psicofarmacológico con cualquier antipsicótico		Total
		Si	No	
Trastorno impulsivo de la personalidad	Si	38	51	89
	No	23	88	111
Total		61	139	200

**Tabla 331.** Tabla 2x2 para prueba de asociación Chi-cuadrada positiva para las variables diagnóstico de trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad tipo impulsivo e inicio de tratamiento psicofarmacológico con un antipsicótico en usuarios a estancia residencial en el Centro Estatal para la Atención Integral de las Adicciones.

Fuente: Funcionalidad familiar y patología dual en usuarios residenciales en Centro Estatal para la Atención Integral de las Adicciones, Hidalgo, 2015

La asociación entre la variable rasgo de personalidad impulsivo y la variable inicio de tratamiento psicofarmacológico con cualquier anticonvulsivo a su ingreso a estancia residencial fue positiva para la prueba de asociación Chi – cuadrada ( $X^2 = 5.789$ ,  $gl = 1$ ,  $p = 0.016$ ) con una razón de momios de 2.475 y un IC 95% (1.166 – 5.255).

Existe un riesgo 2.475 veces mayor de que los usuarios que cumplieron con el diagnóstico de trastorno de la personalidad impulsivo inicien tratamiento psicofarmacológico con un anticonvulsivo a su ingreso a unidad residencial.

Prevalencia de global: el 39.32% de los usuarios con inicio de tratamiento psicofarmacológico con un anticonvulsivante a su ingreso a estancia residencial cumplió criterios diagnósticos para el trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad tipo impulsivo.

Prevalencia de los expuestos: el 24.71% de los usuarios con el diagnóstico de trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad de tipo impulsivo inició tratamiento psicofarmacológico con un anticonvulsivante a su ingreso a estancia residencial.

Prevalencia de los no expuestos: el 11.71% de los usuarios con diagnóstico de trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad tipo impulsivo no inició tratamiento psicofarmacológico con un anticonvulsivante a su ingreso a estancia residencial.

		tratamiento psicofarmacológico con cualquier anticonvulsivante		Total
		Si	No	
Trastorno impulsivo de la personalidad	Si	22	67	89
	No	13	98	111
Total		35	165	200

**Tabla 332.** Tabla 2x2 para prueba de asociación Chi-cuadrada positiva para las variables diagnóstico de trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad tipo impulsivo e inicio de tratamiento psicofarmacológico con un anticonvulsivo en usuarios a estancia residencial en el Centro Estatal para la Atención Integral de las Adicciones.

Fuente: Funcionalidad familiar y patología dual en usuarios residenciales en Centro Estatal para la Atención Integral de las Adicciones, Hidalgo, 2015

- i) Análisis cualitativo de los usuarios en estancia residencial que cumplieron criterios diagnósticos para trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad tipo impulsivo y variables asociadas con funcionalidad, estructura y dinámica familiar.

La asociación entre la variable trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad tipo impulsivo y la variable diagnóstico de cohesión familiar rígida por medio del FACES III a su ingreso a estancia residencial fue positiva para la prueba de asociación Chi – cuadrada ( $X^2 = 5.734$ ,  $gl = 1$ ,  $p = 0.017$ ) con una razón de momios de 1.178 y un IC 95% (1.023 – 1.358): existe un riesgo 1.178 veces mayor de que los usuarios con el diagnóstico de trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad de tipo impulsivo cumplan con los criterios diagnósticos de cohesión familiar rígida por medio del FACES III a su ingreso a unidad residencial.

Prevalencia de global: el 41.57% de los usuarios con el diagnóstico de cohesión familiar rígida por medio del FACES III a su ingreso a estancia residencial cumplió criterios diagnósticos para el trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad tipo impulsivo.

Prevalencia de los expuestos: el 25.84% de los usuarios con el diagnóstico de trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad de tipo impulsivo cumplió criterios diagnósticos de cohesión familiar rígida a su ingreso a estancia residencial.

Prevalencia de los no expuestos: el 12.61% de los usuarios con diagnóstico de trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad tipo impulsivo no cumplió criterios diagnósticos para una cohesión familiar rígida por medio del FACES III a su ingreso a estancia residencial.



		Adaptabilidad familiar rígida		Total
		Si	No	
Trastorno impulsivo de la personalidad	Si	23	66	89
	No	14	87	111
Total		37	163	200

**Tabla 333.** Tabla 2x2 para prueba de asociación Chi-cuadrada positiva para las variables diagnóstico de trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad tipo impulsivo y diagnóstico de cohesión familiar rígida por medio del FACES III en usuarios a estancia residencial en el Centro Estatal para la Atención Integral de las Adicciones.

Fuente: Funcionalidad familiar y patología dual en usuarios residenciales en Centro Estatal para la Atención Integral de las Adicciones, Hidalgo, 2015

- j) Análisis cualitativo de los usuarios en estancia residencial que cumplieron criterios diagnósticos para trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad tipo impulsivo y diagnóstico de patología dual.

La asociación entre la variable trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad tipo impulsivo y la variable diagnóstico de patología dual fue positiva para la prueba de asociación Chi – cuadrada ( $X^2 = 13.490$ ,  $gl = 1$ ,  $p = 0.000$ ) con una razón de momios de 8.419 y un IC 95% (2.028 – 34.946).

Existe un riesgo 8.419 veces mayor de que los usuarios con el diagnóstico de trastorno de inestabilidad emocional la personalidad de tipo impulsivo cumplan criterios para el diagnóstico de patología dual a su ingreso a unidad residencial.

Prevalencia de global: 50.28% de los usuarios con criterios para diagnóstico de patología dual a su ingreso a estancia residencial cumplió criterios diagnósticos para el trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad tipo impulsivo.

Prevalencia de los expuestos: el 97.75% de los usuarios con el diagnóstico de trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad de tipo impulsivo cumplió criterios para el diagnóstico de patología dual a su ingreso a estancia residencial.

Prevalencia de los no expuestos: el 81.08% de los usuarios con diagnóstico de patología dual no cumplió criterios para el trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad tipo impulsivo a su ingreso a estancia residencial.

		Diagnóstico de patología dual		Total
		Si	No	
Trastorno impulsivo de la personalidad	Si	87	2	89
	No	90	21	111
Total		177	23	200

**Tabla 334.** Tabla 2x2 para prueba de asociación Chi-cuadrada positiva para las variables diagnóstico de trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad tipo impulsivo y diagnóstico de patología dual en usuarios a estancia residencial en el Centro Estatal para la Atención Integral de las Adicciones.

Fuente: Funcionalidad familiar y patología dual en usuarios residenciales en Centro Estatal para la Atención Integral de las Adicciones, Hidalgo, 2015

- k) Análisis cualitativo de los usuarios en estancia residencial que cumplieron criterios diagnósticos para trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad tipo límite y variables sociodemográficas de interés.

La asociación entre la variable trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad de tipo límite y la variable género femenino fue positiva para la prueba de asociación Chi – cuadrada ( $X^2 = 20.309$ ,  $gl = 1$ ,  $p = 0.000$ ) con una razón de momios de 8.892 y un IC 95% (2.987 – 24.474).

Existe un riesgo 8.982 veces mayor de que los usuarias cumplan con los criterios diagnósticos de trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad de tipo límite a su ingreso a unidad residencial.

Prevalencia de global: el 31.37% de los usuarias a su ingreso a estancia residencial cumplió criterios diagnósticos para el trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad tipo límite.

Prevalencia de los expuestos: el 87.5% de los usuarios con el diagnóstico de trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad de tipo límite pertenecían al género femenino a su ingreso a estancia residencial.

Prevalencia de los no expuestos: el 4.08% de los usuarias a su ingreso a estancia residencial no cumplió con los criterios diagnóstico para el trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad tipo límite.

		Género Femenino		Total
		Si	No	
Trastorno límite de la personalidad	Si	28	74	102
	No	4	94	98
Total		32	168	200

**Tabla 335.** Tabla 2x2 para prueba de asociación Chi-cuadrada positiva para las variables diagnóstico de trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad tipo límite y género femenino en usuarios a estancia residencial en el Centro Estatal para la Atención Integral de las Adicciones.

Fuente: Funcionalidad familiar y patología dual en usuarios residenciales en Centro Estatal para la Atención Integral de las Adicciones, Hidalgo, 2015

- 1) Análisis cualitativo de los usuarios en estancia residencial que cumplieron criterios diagnósticos para trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad tipo límite y antecedentes de salud mental.

La asociación entre la variable trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad tipo límite y la variable antecedente de intento suicida a su ingreso a estancia residencial fue positiva para la prueba de asociación Chi – cuadrada ( $X^2 = 13.705$ ,  $gl = 1$ ,  $p = 0.000$ ) con una razón de momios de 3.562 y un IC 95% (1.153 – 1.619).

Existe un riesgo 3.562 veces mayor de que los usuarios con el diagnóstico de trastorno inestabilidad emocional de la personalidad tipo límite refieran el antecedente de intento suicida a su ingreso a estancia residencial.

Prevalencia de global: el 50.98% de los usuarios con el antecedente de intento suicida cumplió criterios diagnósticos para el trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad tipo límite a su ingreso a estancia residencial.

Prevalencia de los expuestos: el 37.25% de los usuarios con el diagnóstico de trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad de tipo límite indicaron el antecedente de intento suicida a su ingreso a estancia residencial.

Prevalencia de los no expuestos: el 14.28% de los usuarios con el antecedente de intenso suicida no cumplió con los criterios diagnóstico para el trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad tipo límite a su ingreso a estancia residencial.

		Antecedentes de intento suicida		Total
		Si	No	
Trastorno límite de la personalidad	Si	38	64	102
	No	14	84	98
Total		52	148	200

**Tabla 336.** Tabla 2x2 para prueba de asociación Chi-cuadrada positiva para las variables diagnóstico de trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad tipo límite y antecedente de intento suicida en usuarios a estancia residencial en el Centro Estatal para la Atención Integral de las Adicciones.

Fuente: Funcionalidad familiar y patología dual en usuarios residenciales en Centro Estatal para la Atención Integral de las Adicciones, Hidalgo, 2015

La asociación entre la variable trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad tipo límite y la variable antecedente de maltrato infantil de tipo físico a su ingreso a estancia residencial fue positiva para la prueba de asociación Chi – cuadrada ( $X^2 = 8.000$ ,  $gl = 1$ ,  $p = 0.005$ ) con una razón de momios de 2.311 y un IC 95% (1.099 – 1.721): existe un riesgo 2.311 veces mayor de que los usuarios con el diagnóstico de trastorno de inestabilidad la personalidad límite refieran el antecedente de maltrato infantil de tipo físico a su ingreso a estancia residencial.

Prevalencia de global: el 75.49% de los usuarios con el antecedente de maltrato infantil del tipo físico cumplió criterios diagnósticos para el trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad tipo límite a su ingreso a estancia residencial.

Prevalencia de los expuestos: el 48.03% de los usuarios con el diagnóstico de trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad de tipo límite indicó el antecedente de maltrato infantil de tipo físico a su ingreso a estancia residencial y la prevalencia de los no expuestos: el 20.40% de los usuarios con el antecedente de maltrato infantil de tipo físico no cumplió con los criterios diagnóstico para el trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad tipo límite a su ingreso a estancia residencial.

		Antecedentes de maltrato físico en la infancia		Total
		Si	No	
Trastorno límite de la personalidad	Si	49	53	102
	No	28	70	98
Total		77	123	200

**Tabla 337.** Tabla 2x2 para prueba de asociación Chi-cuadrada positiva para las variables diagnóstico de trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad tipo límite y antecedente de maltrato infantil de tipo físico en usuarios a estancia residencial en el Centro Estatal para la Atención Integral de las Adicciones.

Fuente: Funcionalidad familiar y patología dual en usuarios residenciales en Centro Estatal para la Atención Integral de las Adicciones, Hidalgo, 2015

La asociación entre la variable trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad de tipo límite y la variable antecedente de maltrato infantil de tipo emocional a su ingreso a estancia residencial fue positiva para la prueba de asociación Chi – cuadrada ( $X^2 = 12.497$ ,  $gl = 1$ ,  $p = 0.000$ ) con una razón de momios de 3.260 y un IC 95% (1.436 – 4.035).

Existe un riesgo 2.311 veces mayor de que los usuarios con el diagnóstico de trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad de tipo límite refieran el antecedente de maltrato infantil de tipo emocional a su ingreso a estancia residencial.

Prevalencia de global: el 69.38% de los usuarios con el antecedente de maltrato infantil del tipo emocional cumplió criterios diagnósticos para el trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad tipo límite a su ingreso a estancia residencial.

Prevalencia de los expuestos: el 84.31% de los usuarios con el diagnóstico de trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad de tipo límite indicó el antecedente de maltrato infantil de tipo emocional a su ingreso a estancia residencial.

Prevalencia de los no expuestos: el 62.24% de los usuarios con el antecedente de maltrato infantil de tipo emocional no cumplió con los criterios diagnóstico para el trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad tipo límite a su ingreso a estancia residencial.

		Antecedentes de maltrato emocional en la infancia		Total
		Si	No	
Trastorno límite de la personalidad	Si	86	16	102
	No	61	37	98
Total		147	53	200

**Tabla 338.** Tabla 2x2 para prueba de asociación Chi-cuadrada positiva para las variables diagnóstico de trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad tipo límite y antecedente de maltrato infantil de tipo emocional en usuarios a estancia residencial en el Centro Estatal para la Atención Integral de las Adicciones.

Fuente: Funcionalidad familiar y patología dual en usuarios residenciales en Centro Estatal para la Atención Integral de las Adicciones, Hidalgo, 2015

m) Análisis cualitativo de los usuarios en estancia residencial que cumplieron criterios diagnósticos para trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad tipo límite y antecedentes familiares.

La asociación entre la variable trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad tipo límite y la variable antecedente de separación materna fue positiva para la prueba de asociación Chi – cuadrada ( $X^2 = 4.490$ ,  $gl = 1$ ,  $p = 0.034$ ) con una razón de momios de 1.829 y un IC 95% (1.044 – 3.205).

Existe un riesgo 1.829 veces mayor de que los usuarios con el diagnóstico de trastorno de la personalidad límite refieran el antecedente de separación materna a su ingreso a estancia residencial.

Prevalencia de global: el 99.01% de los usuarios con el diagnóstico de trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad tipo límite indicó el antecedente de separación materna a su ingreso a estancia residencial.

Prevalencia de los expuestos: el 57.84% de los usuarios con el antecedente de separación materna cumplió criterios diagnósticos de trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad de tipo límite a su ingreso a estancia residencial.

Prevalencia de los no expuestos: el 42.85% de los usuarios con el diagnóstico para el trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad tipo límite no indicó el antecedente de separación materna a su ingreso a estancia residencial.

		Estado civil materno separado		Total
		Si	No	
Trastorno límite de la personalidad	Si	59	43	102
	No	42	56	98
Total		101	94	200

**Tabla 339.** Tabla 2x2 para prueba de asociación Chi-cuadrada positiva para las variables diagnóstico de trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad tipo límite y antecedente de separación materna en usuarios a estancia residencial en el Centro Estatal para la Atención Integral de las Adicciones.

Fuente: Funcionalidad familiar y patología dual en usuarios residenciales en Centro Estatal para la Atención Integral de las Adicciones, Hidalgo, 2015

La asociación entre la variable trastorno de inestabilidad emocional de personalidad de tipo límite y la variable antecedente de separación paterna fue positiva para la prueba de asociación Chi – cuadrada ( $X^2 = 6.409$ ,  $gl = 1$ ,  $p = 0.011$ ) con una razón de momios de 1.479 y un IC 95% (1.086 – 2.014.): existe un riesgo 1.479 veces mayor de que los usuarios con el diagnóstico de trastorno de inestabilidad emocional la personalidad de tipo límite refieran el antecedente de separación paterna a su ingreso a estancia residencial.

Prevalencia de global: el 90.19% de los usuarios con el diagnóstico de trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad tipo límite indicó el antecedente de separación paterna a su ingreso a estancia residencial.

Prevalencia de los expuestos: el 37.25% de los usuarios con el antecedente de separación paterna cumplió criterios diagnósticos de trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad de tipo límite a su ingreso a estancia residencial y la prevalencia de los no expuestos: el 55.10% de los usuarios con el diagnóstico de trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad tipo límite no indicó el antecedente de separación paterna a su ingreso a estancia residencial.

		Papa estado civil separado		Total
		Si	No	
Trastorno límite de la personalidad	Si	38	64	102
	No	54	44	98
Total		92	108	200

**Tabla 340.** Tabla 2x2 para prueba de asociación Chi-cuadrada positiva para las variables diagnóstico de trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad tipo límite y antecedente de separación paterna en usuarios a estancia residencial en el Centro Estatal para la Atención Integral de las Adicciones.

Fuente: Funcionalidad familiar y patología dual en usuarios residenciales en Centro Estatal para la Atención Integral de las Adicciones, Hidalgo, 2015

- n) Análisis cualitativo de los usuarios en estancia residencial que cumplieron criterios diagnósticos para trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad tipo límite y diagnósticos psiquiátricos.

La asociación entre la variable rasgo de personalidad límite y la variable diagnóstico de tres trastornos psiquiátricos simultáneos fue positiva para la prueba de asociación Chi – cuadrada ( $X^2 = 5.099$ ,  $gl = 1$ ,  $p = 0.024$ ) con una razón de momios de 2.564 y un IC 95% (1.110 – 5.920): existe un riesgo 2.564 veces mayor de que los usuarios con el diagnóstico de trastorno de inestabilidad

emocional de la personalidad de tipo límite cumpliera los criterios diagnósticos para el establecimiento de tres trastornos psiquiátricos simultáneos a su ingreso a estancia residencial.

Prevalencia de global: el 29.41% de los usuarios con el diagnóstico de trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad tipo límite cumplió criterios diagnósticos para el establecimiento de tres trastornos psiquiátricos simultáneos a su ingreso a estancia residencial.

Prevalencia de los expuestos: el 20.58% de los usuarios con criterios diagnósticos para el establecimiento de tres trastornos psiquiátricos simultáneos cumplió criterios para el trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad de tipo límite a su ingreso a estancia residencial.

Prevalencia de los no expuestos: el 9.18% de los usuarios con el diagnóstico para el trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad tipo límite no cumplió criterios diagnósticos para el establecimiento de tres trastornos psiquiátricos simultáneos a su ingreso a estancia residencial.

		Usuario con tres diagnósticos		Total
		Si	No	
Trastorno límite de la personalidad	Si	21	81	102
	No	9	89	89
Total		30	170	200

**Tabla 341.** Tabla 2x2 para prueba de asociación Chi-cuadrada positiva para las variables diagnóstico de trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad tipo límite y diagnóstico de tres trastornos psiquiátricos simultáneos por medio de la MINI en usuarios a estancia residencial en el Centro Estatal para la Atención Integral de las Adicciones.

Fuente: Funcionalidad familiar y patología dual en usuarios residenciales en Centro Estatal para la Atención Integral de las Adicciones, Hidalgo, 2015

- o) Análisis cualitativo de los usuarios en estancia residencial que cumplieron criterios diagnósticos para trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad tipo límite y su asociación con diagnósticos de otros trastornos de la personalidad.

La asociación entre la variable trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad tipo límite y la variable trastornos esquizotípico de la personalidad fue positiva para la prueba de asociación Chi – cuadrada ( $X^2 = 5.414$ ,  $gl = 1$ ,  $p = 0.020$ ) con una razón de momios de 8.255 y un IC 95% (1.013 – 67.288): existe un riesgo 8.255 veces mayor de que los usuarios con el diagnóstico de



trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad tipo límite cumplieran con los criterios diagnósticos para el trastorno esquizotípico de la personalidad a su ingreso a estancia residencial.

Prevalencia de global: el 8.82% de los usuarios con el diagnóstico de trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad tipo límite cumplió criterios diagnósticos para el trastorno esquizotípico de la personalidad a su ingreso a estancia residencial.

Prevalencia de los expuestos: el 7.84% de los usuarios con el trastorno esquizotípico de la personalidad cumplió criterios diagnósticos de trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad de tipo límite a su ingreso a estancia residencial.

Prevalencia de los no expuestos: el 1.02% de los usuarios con el diagnóstico para el trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad tipo límite no cumplió criterios diagnósticos para el trastorno esquizotípico de la personalidad a su ingreso a estancia residencial.

		Trastorno esquizotípico de la personalidad		Total
		Si	No	
Trastorno límite de la personalidad	Si	8	94	102
	No	1	97	98
Total		9	192	200

**Tabla 342.** Tabla 2x2 para prueba de asociación Chi-cuadrada positiva para las variables diagnóstico de trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad tipo límite y diagnóstico de trastorno de la personalidad esquizotípico en usuarios a estancia residencial en el Centro Estatal para la Atención Integral de las Adicciones.

Fuente: Funcionalidad familiar y patología dual en usuarios residenciales en Centro Estatal para la Atención Integral de las Adicciones, Hidalgo, 2015

La asociación entre la variable trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad tipo límite y la variable cualquier trastorno de la personalidad del Grupo B fue positiva para la prueba de asociación Chi – cuadrada ( $X^2 = 29.307$ ,  $gl = 1$ ,  $p = 0.000$ ) con una razón de momios de 34.408 y un IC 95% (5.101 – 289.211).

Existe un riesgo 34.408 veces mayor de que los usuarios que cumplieron con el diagnóstico de trastorno de la personalidad límite cumplieran con los criterios diagnósticos para cualquier otro trastorno de la personalidad del Grupo B a su ingreso a estancia residencial.

Prevalencia de global: el 59.30% de los usuarios con el diagnóstico de cualquier trastorno de la personalidad del Grupo B cumplió criterios diagnósticos para el trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad tipo límite a su ingreso a estancia residencial.

Prevalencia de los expuestos: el 99.01% de los usuarios con el trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad tipo límite cumplió criterios diagnósticos para cualquier otro trastorno de la personalidad de Grupo B a su ingreso a estancia residencial.

Prevalencia de los no expuestos: el 72.44% de los usuarios con cualquier trastornos de la personalidad del Grupo B no cumplió criterios para el trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad tipo límite a su ingreso a estancia residencial.

		Trastorno de la personalidad del Grupo B		Total
		Si	No	
Trastorno límite de la personalidad	Si	101	1	102
	No	71	27	98
Total		172	28	200

**Tabla 343.** Tabla 2x2 para prueba de asociación Chi-cuadrada positiva para las variables diagnóstico de trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad tipo límite y diagnóstico de cualquier trastorno de la personalidad del Grupo B en usuarios a estancia residencial en el Centro Estatal para la Atención Integral de las Adicciones.

Fuente: Funcionalidad familiar y patología dual en usuarios residenciales en Centro Estatal para la Atención Integral de las Adicciones, Hidalgo, 2015

La asociación entre la variable trastornos de inestabilidad emocional de la personalidad tipo límite y la variable trastorno ansioso de la personalidad fue positiva para la prueba de asociación Chi – cuadrada ( $X^2 = 5.907$ ,  $gl = 1$ ,  $p = 0.015$ ) con una razón de momios de 2.007 y un IC 95% (1.141 – 3.530).

Existe un riesgo 2.007 veces mayor de que los usuarios con el diagnóstico de trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad tipo límite cumplieran con los criterios diagnósticos para el trastorno ansioso de la personalidad a su ingreso a estancia residencial.

Prevalencia de global: el 91.17% de los usuarios con el diagnóstico de trastorno ansioso de la personalidad cumplió criterios diagnósticos para el trastornos de inestabilidad emocional de la personalidad tipo límite a su ingreso a estancia residencial.

Prevalencia de los expuestos: el 54.90% de los usuarios con el trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad tipo límite cumplió criterios diagnósticos para el trastorno de ansiedad de la personalidad a su ingreso a estancia residencial.

Prevalencia de los no expuestos: el 34.69% de los usuarios con el diagnóstico trastornos ansioso de la personalidad no cumplió criterios diagnósticos para el trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad tipo límite a su ingreso a estancia residencial.

		Trastorno ansioso de la personalidad		Total
		Si	No	
Trastorno límite de la personalidad	Si	56	46	102
	No	37	61	98
Total		93	107	200

**Tabla 344.** Tabla 2x2 para prueba de asociación Chi-cuadrada positiva para las variables diagnóstico de trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad tipo límite y diagnóstico de trastorno ansioso de personalidad en usuarios a estancia residencial en el Centro Estatal para la Atención Integral de las Adicciones.

Fuente: Funcionalidad familiar y patología dual en usuarios residenciales en Centro Estatal para la Atención Integral de las Adicciones, Hidalgo, 2015

- p) Análisis cualitativo de los usuarios en estancia residencial que cumplieron criterios diagnósticos para trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad tipo límite e inicio de tratamiento psicofarmacológico.

La asociación entre la variable trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad tipo límite y la variable inicio de tratamiento psicofarmacológico a su ingreso a estancia residencial fue positiva para la prueba de asociación Chi – cuadrada ( $X^2 = 20.812$ ,  $gl = 1$ ,  $p = 0.000$ ) con una razón de momios de 2.290 y un IC 95% (1.561 – 3.358).

Existe un riesgo 2.290 veces mayor de que los usuarios con el diagnóstico de trastorno inestabilidad emocional de la personalidad de tipo límite de iniciar tratamiento psicofarmacológico a su ingreso a estancia residencial.

Prevalencia de global: el 78.43% de los usuarios con inicio de tratamiento psicofarmacológico cumplió criterios diagnósticos para el trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad tipo límite a su ingreso a estancia residencial.

Prevalencia de los expuestos: el 24.50% de los usuarios con el trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad de tipo límite cumplió criterios para el inicio de tratamiento psicofarmacológico a su ingreso a estancia residencial.

Prevalencia de los no expuestos: el 56.12% de los usuarios con inicio de tratamiento psicofarmacológico al ingreso a estancia residencial no cumplió criterios diagnósticos para el trastornos de inestabilidad emocional de la personalidad tipo límite a su ingreso a estancia residencial.

		Tratamiento psicofarmacológico en estancia residencial		Total
		Si	No	
Rasgo límite de la personalidad	Si	25	77	102
	No	55	43	89
Total		80	120	200

**Tabla 345.** Tabla 2x2 para prueba de asociación Chi-cuadrada positiva para las variables diagnóstico de trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad tipo límite e inicio de tratamiento psicofarmacológico al ingreso de usuarios a estancia residencial en el Centro Estatal para la Atención Integral de las Adicciones.

Fuente: Funcionalidad familiar y patología dual en usuarios residenciales en Centro Estatal para la Atención Integral de las Adicciones, Hidalgo, 2015

La asociación entre la variable trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad tipo límite y la variable inicio de tratamiento con un antidepresivo a su ingreso a estancia residencial fue positiva para la prueba de asociación Chi – cuadrada ( $X^2 = 23.400$ ,  $gl = 1$ ,  $p = 0.000$ ) con una razón de momios de 4.282 con y IC 95% (2.341 – 7.832): existe un riesgo 4.282 veces mayor de que los usuarios con el diagnóstico de trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad tipo límite de iniciar tratamiento con un antidepresivo a su ingreso a estancia residencial.

Prevalencia de global: el 86.44% de los usuarios con inicio de tratamiento psicofarmacológico con un antidepresivo cumplió criterios diagnósticos para el trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad tipo límite a su ingreso a estancia residencial.

Prevalencia de los expuestos: el 75.49% de los usuarios con diagnóstico de trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad de tipo límite de iniciar tratamiento con un antidepresivo a su ingreso a estancia residencial.

Prevalencia de los no expuestos: el 41.83% de los usuarios con inicio de tratamiento con un antidepresivo a su ingreso a estancia residencial no cumplieron criterios diagnósticos para el trastornos de inestabilidad emocional de la personalidad tipo.

		Tratamiento psicofarmacológico con cualquier antidepresivo		Total
		Si	No	
Trastorno límite de la personalidad	Si	77	25	102
	No	41	57	82
Total		118	82	200

**Tabla 346.** Tabla 2x2 para prueba de asociación Chi-cuadrada positiva para las variables diagnóstico de trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad tipo límite e inicio de tratamiento psicofarmacológico con un antidepresivo al ingreso de usuarios a estancia residencial en el Centro Estatal para la Atención Integral de las Adicciones.

Fuente: Funcionalidad familiar y patología dual en usuarios residenciales en Centro Estatal para la Atención Integral de las Adicciones, Hidalgo, 2015

La asociación entre la variable trastorno de inestabilidad emocional de personalidad de tipo límite y la variable inicio de tratamiento con un antipsicótico a su ingreso a estancia residencial fue positiva para la prueba de asociación Chi – cuadrada ( $X^2 = 11.194$ ,  $gl = 1$ ,  $p = 0.001$ ) con una razón de momios de 2.911 y un IC 95% (1.539 – 5.505): existe un riesgo 2.911 veces mayor de que los usuarios con el diagnóstico de trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad de tipo límite de iniciar tratamiento psicofarmacológico con un antipsicótico a su ingreso a estancia residencial.

Prevalencia de global: el 59.80% de los usuarios con inicio de tratamiento psicofarmacológico con un antipsicótico cumplió criterios diagnósticos para el trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad tipo límite a su ingreso a estancia residencial.

Prevalencia de los expuestos: el 41.17% de los usuarios con diagnóstico de trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad de tipo límite inició tratamiento con un antipsicótico a su ingreso a estancia residencial.

Prevalencia de los no expuestos: el 19.38% de los usuarios con inicio de tratamiento con un antipsicótico a su ingreso a estancia residencial no cumplieron criterios diagnósticos para el trastornos de inestabilidad emocional de la personalidad tipo.

		Tratamiento psicofarmacológico con cualquier antipsicótico		Total
		Si	No	
Trastorno límite de la personalidad	Si	42	60	102
	No	19	79	98
Total		61	139	200

**Tabla 347.** Tabla 2x2 para prueba de asociación Chi-cuadrada positiva para las variables diagnóstico de trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad tipo límite e inicio de tratamiento psicofarmacológico con un antipsicótico al ingreso de usuarios a estancia residencial en el Centro Estatal para la Atención Integral de las Adicciones.

Fuente: Funcionalidad familiar y patología dual en usuarios residenciales en Centro Estatal para la Atención Integral de las Adicciones, Hidalgo, 2015

- q) Análisis cualitativo de los usuarios en estancia residencial que cumplieron criterios diagnósticos para trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad tipo límite y funcionalidad, estructura y dinámica familiar.

La asociación entre la variable trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad tipo límite y la variable cohesión familiar semirelacionada por medio del FACES III fue positiva para la prueba de asociación Chi – cuadrada ( $X^2 = 6.126$  gl = 1,  $p = 0.013$ ) con una razón de momios de 1.691 y un IC 95% (1.104 – 2.590): existe un riesgo 1.691 veces mayor de que los usuarios con el diagnóstico de trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad tipo límite sea diagnosticados por medio del FACES III con una cohesión familiar semirelacionada a su ingreso a estancia residencial.

Prevalencia de global: el 61.76% de los usuarios con el diagnóstico de cohesión familiar semirelacionada por medio del FACES III cumplió criterios diagnósticos para el trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad tipo límite a su ingreso a estancia residencial.

Prevalencia de los expuestos: el 23.52% de los usuarios con diagnóstico de trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad de tipo límite cumplió criterios para una cohesión semirelacionada por medio del FACES III a su ingreso a estancia residencial.

Prevalencia de los no expuestos: el 38.79% de los usuarios con el diagnóstico de cohesión familiar semirelacionada por medio del FACES III no cumplieron criterios diagnósticos para el trastornos de inestabilidad emocional de la personalidad tipo.

		Cohesión familiar semirelacionada		Total
		Si	No	
Trastorno límite de la personalidad	Si	24	78	102
	No	39	59	98
Total		63	137	200

**Tabla 348.** Tabla 2x2 para prueba de asociación Chi-cuadrada positiva para las variables diagnóstico de trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad tipo límite y diagnóstico de cohesión familiar no relacionada por medio del FACES III al ingreso de usuarios a estancia residencial en el Centro Estatal para la Atención Integral de las Adicciones.

Fuente: Funcionalidad familiar y patología dual en usuarios residenciales en Centro Estatal para la Atención Integral de las Adicciones, Hidalgo, 2015

La asociación entre la variable trastorno de inestabilidad emocional de personalidad tipo límite y la variable funcionalidad familiar fue positiva para la prueba de asociación Chi – cuadrada ( $X^2 = 11.063$  gl = 1,  $p = 0.001$ ) con una razón de momios de 3.191 y un IC 95% (1.581 – 6.443).

Existe un riesgo 3.191 veces mayor de que los usuarios con el diagnóstico de trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad tipo límite de que su familia sea diagnosticada como disfuncional por medio del APGAR familiar a su ingreso a estancia residencial.

Prevalencia de global: el 66.66% de los usuarios con el diagnóstico de familia disfuncional por medio del APGAR familiar cumplió criterios diagnósticos para el trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad tipo límite a su ingreso a estancia residencial.

Prevalencia de los expuestos: el 88.27% de los usuarios con diagnóstico de trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad de tipo límite cumplió criterios diagnósticos para una familia disfuncional por medio del APGAR familiar a su ingreso a estancia residencial.

Prevalencia de los no expuestos: el 66.32% de los usuarios con el diagnóstico de familia disfuncional por medio del APGAR familiar no cumplieron criterios diagnósticos para el trastornos de inestabilidad emocional de la personalidad tipo límite a su ingreso a estancia residencial.

		Funcionalidad familiar		Total
		Familia disfuncional	Familia funcional	
Trastorno límite de la personalidad	Si	88	14	102
	No	65	33	98
Total		153	47	200

**Tabla 349.** Tabla 2x2 para prueba de asociación Chi-cuadrada positiva para las variables diagnóstico de trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad tipo límite y diagnóstico de familia disfuncional por medio del APGAR familiar al ingreso de usuarios a estancia residencial en el Centro Estatal para la Atención Integral de las Adicciones.

Fuente: Funcionalidad familiar y patología dual en usuarios residenciales en Centro Estatal para la Atención Integral de las Adicciones, Hidalgo, 2015

- r) Análisis cualitativo de los usuarios en estancia residencial que cumplieron criterios diagnósticos para trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad tipo límite y patología dual.

La asociación entre la variable trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad tipo límite y la variable diagnóstico de patología dual fue positiva para la prueba de asociación Chi – cuadrada ( $X^2 = 11.747$  gl = 1,  $p = 0.001$ ) con una razón de momios de 4.944 y un IC 95% (1.744 – 14.015).

Existe un riesgo 4.944 veces mayor de que los usuarios con el diagnóstico de trastorno de inestabilidad emocional la personalidad tipo límite cumpliera con los criterios diagnósticos patología dual a su ingreso a estancia residencial.

Prevalencia de global: el 57.62% de los usuarios con el diagnóstico de patología dual cumplió criterios diagnósticos para el trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad tipo límite a su ingreso a estancia residencial.

Prevalencia de los expuestos: el 96.07% de los usuarios con diagnóstico de trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad de tipo límite cumplió criterios para el establecimiento del diagnóstico de patología dual a su ingreso a estancia residencial.

Prevalencia de los no expuestos: el 80.61% de los usuarios con el diagnóstico de patología dual no cumplieron criterios diagnósticos para el trastornos de inestabilidad emocional de la personalidad tipo



		Diagnóstico de patología dual		Total
		Si	No	
Trastorno límite de la personalidad	Si	98	4	102
	No	78	19	98
Total		177	23	200

**Tabla 350.** Tabla 2x2 para prueba de asociación Chi-cuadrada positiva para las variables diagnóstico de trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad tipo límite y diagnóstico de familia disfuncional por medio del APGAR familiar al ingreso de usuarios a estancia residencial en el Centro Estatal para la Atención Integral de las Adicciones.

Fuente: Funcionalidad familiar y patología dual en usuarios residenciales en Centro Estatal para la Atención Integral de las Adicciones, Hidalgo, 2015

## RESUMEN DE ANÁLISIS CUALITATIVO

Variable independiente funcionalidad familiar			
Variable	Chi <sup>2</sup>	Razón de Momios	Intervalo de confianza al 95%
Disfunción familiar y Patología dual			
Patología dual	15.764, gl = 1, p = 0.000	4.232	1.958 – 9.020
Disfunción familiar y variables sociodemográficas de interés			
Género femenino	6.306 gl = 1, p = 0.012	5.488	1.260 – 23.904
Abandono escolar antes de los 18 años de edad	8.842, gl = 1, p = 0.003	2.441	1.361 – 4.379
Antecedente de estancia en anexo	4.066, gl = 1, p = 0.044	1.166	1.034 – 1.316
Disfunción familiar y variables relacionadas con el consumo de sustancias			
Inicio de consumo de alcohol por socialización	8.974, gl = 1, p = 0.003	1.451	1.179 – 1.787

Disfunción familiar y variables relacionadas con antecedentes de salud mental de usuarios			
Variable	Chi <sup>2</sup>	Razón de Momios	Intervalo de confianza al 95%
Antecedente de atención psiquiátrica previa	4.583, gl = 1, p = 0.032	1.126	1.045 – 1.213
Antecedente de tratamiento psicofarmacológico en usuarios previo a su internamiento	4.940, gl = 1, p = 0.026	1.134	1.051 – 1.224
Antecedente de intento suicida en usuarios previo a su internamiento	9.767, gl = 1, p = 0.002	1.333	1.161 – 1.531
Antecedente de maltrato físico en la infancia	7.697, gl = 1, p = 0.006	1.401	1.142 – 1.718
Antecedente de maltrato emocional en la infancia	19.032, gl = 1, p = 0.000	2.694	1.751 – 4.145
Disfunción familiar y variables relacionadas con antecedentes familiares de usuarios residenciales			
Antecedente de separación materna	10.544, gl = 1, p = 0.001)	3.107	1.539 – 6.271
Antecedente de consumo de benzodiazepinas materna	4.411, gl = 1, p = 0.011	7.023	1.244 – 39.650
Antecedente de separación paterna	9.851, gl = 1, p = 0.002	1.654	1.247 – 2.195
Disfunción familiar y variables asociadas a los diagnósticos psiquiátricos en usuarios residenciales			
Diagnóstico de cualquier trastorno psiquiátrico	6.032, gl = 1, p = 0.014	2.550	1.187 – 5.346
Diagnóstico de cualquier trastorno de la conducta	4.904, gl = 1, p = 0.027	2.748	1.093 – 6.960
Disfuncionalidad familiar y variables asociadas a los diagnósticos de trastornos de la personalidad en usuarios residenciales			
Trastorno de la personalidad antisocial	8.268, gl = 1, p = 0.004	6.674	1.541 – 28.906

Variable	Chi <sup>2</sup>	Razón de Momios	Intervalo de confianza al 95%
Trastorno de la personalidad de la inestabilidad emocional tipo límite	11.063, gl = 1, p = 0.001	3.191	1.581 – 6.443
Cualquier trastorno de la personalidad del grupo B	9.521, gl = 1, p = 0.002	3.191	1.581 – 6.443
<b>Disfuncionalidad familiar y variables asociadas al tratamiento psicofarmacológico durante estancia residencial</b>			
Inicio de tratamiento psicofarmacológico en usuarios a su ingreso	6.008, gl = 1, p = 0.014	1.567	1.122 – 2.191
Inicio de tratamiento psicofarmacológico con un fármaco antidepresivo	6.870, gl = 1, p = 0.009	2.405	1.236 – 4.681
Inicio de tratamiento psicofarmacológico con un fármaco antipsicótico	11.434, gl = 1, p = 0.001	4.849	1.813 – 12.971
<b>Disfuncionalidad familiar y variables relacionadas con la estructura y dinámica familiar</b>			
Estructura familiar monoparental	11.524, gl = 1, p = 0.001	3.128	1.524 – 6.139
Cohesión familiar no relacionada	18.784, gl = 1, p = 0.000	5.484	2.405 – 12.506
<b>Variable dependiente patología dual</b>			
<b>Patología dual y variables sociodemográficas de interés</b>			
Abandono de actividad escolar por consumo de una o más sustancias	5.312, gl = 1, p = 0.021	1.838	1.977 – 3.456
Abandono de actividad laboral por consumo de una o más sustancias	5.225, gl = 1, p = 0.022	1.632	1.968 – 2.749
<b>Patología dual y variables asociadas al consumo de sustancias</b>			
Dependencia a cannabis	8.361, gl = 1, p = 0.004	1.776	1.057 – 2.984

Variable	Chi <sup>2</sup>	Razón de Momios	Intervalo de confianza al 95%
Inicio de consumo de cannabis por socialización	4.584, gl = 1, p = 0.032	2.079	1.942 – 4.591
Dependencia a solventes	5.409, gl = 1, p = 0.020	3.703	1.968 – 14.163
Policonsumo de sustancias	6068, gl = 1, p = 0.014	1.462	1.980 – 2.180
Patología dual y antecedentes de atención en salud mental			
Antecedentes de intento suicida	9.131, gl = 1, p = 0.003	0.706	0.642 – 0.777
Antecedentes maltrato infantil emocional	15.762, gl = 1, p = 0.000	5.504	2.216 – 13.670
Patología dual y antecedentes familiares de usuarios residenciales			
Antecedentes separación materna	4.186, gl = 1, p = 0.041	1.745	1.926 – 3.287
Antecedentes atención materna psicológica	4.344, gl = 1, p = 0.037	6.632	1.867 – 50.712
Antecedentes de separación paterna	5.810, gl = 1, p = 0.016	3.038	1.190 – 7.751
Patología dual y trastornos de la personalidad en usuarios			
Trastorno de la personalidad de la inestabilidad emocional tipo impulsivo	13.490, gl = 1, p = 0.000	5.653	1.491 – 21.431
Trastorno de la personalidad de la inestabilidad emocional tipo limite	11.747, gl = 1, p = 0.001	3.184	1.294 – 7.834
Cualquier trastorno de la personalidad del grupo B	5.830, gl = 1, p = 0.016	1.267	1.962 – 1.669
Cualquier trastorno de la personalidad	10.050, gl = 1, p = 0.002	1.176	1.974 – 1.421

Usuarios que cumplieron con el diagnóstico de dependencia alcohol			
Variable	Chi <sup>2</sup>	Razón de Momios	Intervalo de confianza al 95%
Usuarios con dependencia alcohol y variables sociodemográficas			
Abandono de actividad escolar por consumo de sustancias	5.858, gl = 1, p = 0.016	1.484	1.140 – 1.933
Usuarios con dependencia alcohol y dependencia a otras sustancias			
Dependencia a cannabis	9.059, gl = 1, p = 0.003	1.457	1.232 – 1.724
Dependencia solventes	7.132, gl = 1, p = 0.008	1.932	1.232 – 1.724
Dependencia a estimulantes	9.882, gl = 1, p = 0.002	3.188	1.554 – 6.539
Usuarios con dependencia alcohol y antecedentes de salud mental			
Antecedentes de abuso sexual en la infancia	16.718, gl = 1, p = 0.000	10.375	2.729 – 39.448
Antecedentes de violación en la infancia	10.104, gl = 1, p = 0.001	8.564	1.812 – 40.468
Usuarios con dependencia alcohol y antecedentes familiares			
Antecedentes de atención psiquiátrica materna	6.377, gl = 1, p = 0.012	12.071	1.059 – 137.604
Usuarios con dependencia alcohol y trastorno psiquiátricos			
Trastorno de la conducta negativista – desafiante	5.240, gl = 1, p = 0.022	2.386	1.151 – 4.947
Trastorno de la conducta disocial	4.856, gl = 1, p = 0.028	2.479	1.115 – 5.511
Cualquier trastorno de la conducta	11.765, gl = 1, p = 0.001	2.429	1.527 – 3.862

Usuarios con dependencia alcohol que iniciaron su consumo antes de los 18 años de edad y dependencia a otras sustancias			
Variable	Chi <sup>2</sup>	Razón de Momios	Intervalo de confianza al 95%
Dependencia a cannabis	5.356, gl = 1, p = 0.021	3.805	1.633 – 22.857
Policonsumo de sustancias	5.887, gl = 1, p = 0.015	2.305	1.741 – 7.169
Usuarios con dependencia alcohol que iniciaron su consumo antes de los 18 años de edad y antecedentes familiares			
Separación materna	5865, gl = 1, p = 0.015	0.497	0.426 – 0.579
Usuarios con dependencia alcohol que iniciaron su consumo antes de los 18 años de edad y trastorno psiquiátricos			
Diagnóstico de cualquier trastorno psiquiátrico	8.465, gl = 1, p = 0.004	2.451	1.789 – 7.618
Diagnóstico de cualquier trastorno del estado de ánimo	4.009, gl = 1, p = 0.045	3.476	1.578 – 20.899
Diagnóstico de cualquier trastorno de ansiedad	5.025, gl = 1, p = 0.025	3.732	1.621 – 22.422
Usuarios con dependencia alcohol que iniciaron su consumo antes de los 18 años de edad, funcionalidad, estructura y dinámica familiar			
Estructura familiar monoparental	4.866, gl = 1, p = 0.027	3.695	1.615 – 22.204
Disfunción familiar	5.634, gl = 1, p = 0.018	2.287	1.735 – 7.113
Usuarios con dependencia alcohol que iniciaron su consumo antes de los 18 años de edad y diagnóstico de patología dual			
Patología dual	16.946, gl = 1, p = 0.000	17.295	2.946 – 101.540
Usuarios con dependencia alcohol y tiempo de consumo de alcohol: consumo mayor a 116 meses (9 años) y variables sociodemográficas			
Abandono escolar antes de los 18 años de edad	5.106, gl = 1, p = 0.024	2.403	1.109 – 5.208
Inicio de actividad laboral antes de los 15 años de edad	3.843, gl = 1, p = 0.050	1.890	1.997 – 3.585

Variable	Chi <sup>2</sup>	Razón de Momios	Intervalo de confianza al 95%
Antecedente de estancia en anexo	7.750, gl = 1, p = 0.005	1.240	1.040 – 1.479
Usuarios con dependencia alcohol y tiempo de consumo de alcohol: consumo mayor a 116 meses (9 años) y características de consumo			
Patrón actual de consumo alcohol mayor a tres litros de destilados por semana	13.999, gl = 1, p = 0.000	1.887	1.287 – 2.767
Máximo periodo de abstinencia continua menor a tres meses	6.236, gl = 1, p = 0.013	2.607	1.211 – 5.611
Presencia de síntomas de abstinencia a su ingreso	10.800, gl = 1, p = 0.001	1.228	1.057 – 1.428
Usuarios con dependencia alcohol y tiempo de consumo de alcohol: consumo mayor a 116 meses (9 años) y dependencia a otras sustancias			
Dependencia a cannabis	9.798, gl = 1, p = 0.002	1.536	1.134 – 2.079
Policonsumo de sustancias	9.901, gl = 1, p = 0.002	1.350	1.089 – 1.694
Usuarios con dependencia alcohol y tiempo de consumo de alcohol: consumo mayor a 116 meses (9 años) y antecedentes de salud mental			
Antecedente de atención psicológica	5.052, gl = 1, p = 0.025	1.223	1.006 – 1.486
Antecedente de maltrato infantil de tipo emocional	4.199, gl = 1, p = 0.040	2.045	1.025 – 4.080
Usuarios con dependencia alcohol y tiempo de consumo de alcohol: consumo mayor a 116 meses (9 años) y diagnósticos psiquiátricos			
Diagnóstico de cualquier trastorno de la conducta	10.538, gl = 1, p = 0.001	4.119	1.527 – 11.111
Usuarios con dependencia alcohol y tiempo de consumo de alcohol: consumo mayor a 116 meses (9 años) y funcionalidad, estructura y dinámica familiar			
Cohesión familiar no relacionada	4.736, gl = 1, p = 0.030	1.515	1.016 – 2.259

Usuarios con dependencia alcohol y patrón inicial de consumo de alcohol mayor a un litro de destilados por semana y antecedentes de salud mental			
Variable	Chi <sup>2</sup>	Razón de Momios	Intervalo de confianza al 95%
Antecedente de atención psicológica	4.678, gl = 1, p = 0.031	1.199	1.030 – 1.395
Usuarios con dependencia alcohol y patrón inicial de consumo de alcohol mayor a un litro de destilados por semana y trastornos psiquiátricos			
Trastorno distimico	6.020, gl = 1, p = 0.014	1.199	1.496 – 2.045
Trastorno de la conducta	6.727, gl = 1, p = 0.009	3.323	1.293 – 8.538
Usuarios con dependencia alcohol y patrón inicial de consumo de alcohol mayor a un litro de destilados por semana e inicio de tratamiento psicofarmacológico a su ingreso a estancia residencial			
Inicio de tratamiento psicofarmacológico	4.365, gl = 1, p = 0.037	2.024	1.039 – 3.944
Usuarios con dependencia alcohol con patrón actual de consumo de alcohol mayor a tres litros de destilados por semana y variables asociadas con consumo de alcohol			
Deseo de consumo de alcohol a su ingreso	18.652, gl = 1, p = 0.000	14.092	3.165 – 62.736
Usuarios con dependencia alcohol con patrón actual de consumo de alcohol mayor a tres litros de destilados por semana y variables asociadas con consumo de alcohol			
Policonsumo de sustancias	11.430, gl = 1, p = 0.001	3.480	1.653 – 7.326
Consumo de cannabis	6.083, gl = 1, p = 0.014	2.197	1.170 – 4.126
Usuarios con dependencia alcohol con patrón actual de consumo de alcohol mayor a tres litros de destilados por semana y diagnósticos psiquiátricos en usuarios			
Trastorno de la conducta	5.676, gl = 1, p = 0.017	2.614	1.166 – 5.859
Usuarios con dependencia alcohol con patrón actual de consumo de alcohol mayor a tres litros de destilados por semana y funcionalidad, estructura y dinámica familiar			
Adaptabilidad familiar caótica	4.505, gl = 1, p = 0.034	2.614	1.049 – 3.608



Usuarios que cumplieron con el diagnóstico de dependencia cannabis			
Variable	Chi <sup>2</sup>	Razón de Momios	Intervalo de confianza al 95%
Usuarios que cumplieron con el diagnóstico de dependencia cannabis y variables sociodemográficas de interés			
Suspensión de escolar por consumo de sustancias	17.632, gl = 1, p = 0.000	3.659	1.969 – 6.799
Inicio de actividad laboral antes de los 15 años de edad	9.301, gl = 1, p = 0.002	1.382	1.106 – 1.726
Antecedentes penales	18.652, gl = 1, p = 0.000	1.548	1.291 – 1.856
Antecedentes penales por narcomenudeo	7.913, gl = 1, p = 0.005	3.867	1.429 – 10.466
Estado civil separado	9.162, gl = 1, p = 0.002	2.750	1.365 – 5.521
Usuarios que cumplieron con el diagnóstico de dependencia cannabis y consumo de otras sustancias			
Dependencia alcohol	9.059, gl = 1, p = 0.003	1.202	1.087 – 1.329
Dependencia solventes	21.179, gl = 1, p = 0.000	6.932	2.798 – 17.177
Policonsumo	77.213, gl = 1, p = 0.000	25.056	10.808 – 58.032
Usuarios que cumplieron con el diagnóstico de dependencia cannabis y antecedentes familiares			
Separación materna	7.776, gl = 1, p = 0.005	2.334	1.279 – 4.261
Separación paterna	4.051, gl = 1, p = 0.044	2.334	1.366 – 1.834
Usuarios que cumplieron con el diagnóstico de dependencia cannabis y diagnósticos de trastornos psiquiátricos			
Trastorno de la conducta negativista – desafiante	12.767, gl = 1, p = 0.000	16.434	2.197 – 123.958
Trastorno de la conducta disocial	13.388, gl = 1, p = 0.000	1.211	1.120 – 1.310
Cualquier trastorno de la conducta	30.422, gl = 1, p = 0.000	39.554	5.322 – 293.986

Variable	Chi <sup>2</sup>	Razón de Momios	Intervalo de confianza al 95%
Tres diagnósticos psiquiátricos simultáneos	4.725, gl = 1, p = 0.030	2.944	1.073 – 8.078
Usuarios que cumplieron con el diagnóstico de dependencia cannabis y diagnósticos de trastornos de la personalidad psiquiátricos			
Trastorno de la personalidad esquizoide	7.384, gl = 1, p = 0.007	2.944	1.719 – 2.526
Usuarios que cumplieron con el diagnóstico de dependencia cannabis y tratamiento psicofarmacológico a su ingreso a unidad residencial			
Tratamiento con un antipsicótico a su ingreso	4.775, gl = 1, p = 0.029	2.133	1.073 – 4.241
Usuarios que cumplieron con el diagnóstico de dependencia cannabis funcionalidad, estructura y dinámica familiar.			
Estructura familiar monoparental	4.377, gl = 1, p = 0.036	1.886	1.037 – 3.428
Usuarios que cumplieron con el diagnóstico de dependencia cannabis y diagnóstico de patología dual			
Patología dual	8.361, gl = 1, p = 0.004	3.020	1.378 – 6.618
Usuarios en estancia residencial que cumplieron con los criterios de dependencia a cannabis que iniciaron su consumo antes de los 18 años y variables sociodemográficas			
Abandono escolar antes de los 18 años	8.763, gl = 1, p = 0.003	7.267	1.642 – 32.156
Usuarios en estancia residencial que cumplieron con los criterios de dependencia a cannabis que iniciaron su consumo antes de los 18 años y variables de patrón de consumo de cannabis.			
Patrón actual de consumo mayor a 21 cigarros de cannabis por semana	6.312, gl = 1, p = 0.012	4.645	1.738 – 29.233
Deseo de consumo (craving) de cannabis a su ingreso	4.750, gl = 1, p = 0.029	5.267	1.020 – 27.195
Usuarios en estancia residencial que cumplieron con los criterios de dependencia a cannabis que iniciaron su consumo antes de los 18 años y variables de antecedente de atención en salud mental.			

Variable	Chi <sup>2</sup>	Razón de Momios	Intervalo de confianza al 95%
Antecedente de atención psicológica por consumo de sustancias	4.994, gl = 1, p = 0.026	4.636	1.076 – 19.974
Usuarios en estancia residencial que cumplieron con los criterios de dependencia a cannabis que iniciaron su consumo antes de los 18 años y trastornos psiquiátricos diagnosticados al ingreso a estancia residencial.			
Trastorno distimico	3.894, gl = 1, p = 0.048	3.871	1.432 – 24.431
Cualquier diagnóstico de trastorno psiquiátrico	13.818, gl = 1, p = 0.000	2.323	1.947 – 5.696
Usuarios en estancia residencial que cumplieron con los criterios de dependencia a cannabis que iniciaron su consumo antes de los 18 años e inicio de tratamiento psicofarmacológico a su ingreso			
Inicio de tratamiento psicofarmacológico a su ingreso	4.304, gl = 1, p = 0.038	4.915	1.953 – 25.360
Usuarios en estancia residencial que cumplieron con los criterios de dependencia a cannabis que iniciaron su consumo antes de los 18 años, funcionalidad, estructura y dinámica familiar.			
Cohesión familiar semirrelacionada	6.978, gl = 1, p = 0.008	7.054	1.360 – 36.580
Cohesión familiar no relacionada	3.894, gl = 1, p = 0.048	3.871	1.613 – 24.431
Crisis familiar	8.762, gl = 1, p = 0.003	1.758	1.877 – 3.526
Crisis familiar grave	5.616, gl = 1, p = 0.018	4.452	1.707 – 28.033
Familia disfuncional	4.569, gl = 1, p = 0.033	1.629	1.811 – 3.274
Usuarios en estancia residencial que cumplieron con los criterios de dependencia a cannabis que iniciaron su consumo antes de los 18 años y diagnóstico de Patología dual			
Patología dual	4.431, gl = 1, p = 0.035	5.571	1.946 – 32.799
Usuarios en estancia residencial que cumplieron con los criterios de dependencia a cannabis que refirieron un periodo de tiempo de evolución de consumo mayor a 61 meses (5 años) y variables sociodemográficas			
Abandonaran la actividad escolar antes de los 18 años	6.659, gl = 1, p = 0.010	2.853	1.261 – 6.455

Variable	Chi <sup>2</sup>	Razón de Momios	Intervalo de confianza al 95%
Antecedente de estancia en anexo	6.316, gl = 1, p = 0.012	3.231	1.256 – 8.307
Usuarios en estancia residencial que cumplieron con los criterios de dependencia a cannabis que refirieron un periodo de tiempo de evolución de consumo mayor a 61 meses (5 años) y dependencia a otras sustancias			
Dependencia a cocaína	11.843, gl = 1, p = 0.001	2.568	1.509 – 4.369
Policonsumo	3.762, gl = 1, p = 0.052	1.105	1.035 – 1.179
Usuarios en estancia residencial que cumplieron con los criterios de dependencia a cannabis que refirieron una evolución consumo mayor a 61 meses (5 años) y establecimiento de diagnósticos psiquiátricos a su ingreso a estancia residencial.			
Trastorno depresivo recurrente	6.958, gl = 1, p = 0.008	10.270	1.187 – 88.889
Usuarios en estancia residencial que cumplieron con los criterios de dependencia a cannabis que refirieron un periodo de tiempo de consumo mayor a 61 meses (5 años) y establecimiento de diagnóstico de trastorno de la personalidad a su ingreso.			
Trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad de tipo impulsivo	7.613, gl = 1, p = 0.006	3.130	1.365 – 7.178
Trastorno anacastico personalidad	4.609, gl = 1, p = 0.032	2.173	1.071 – 4.408
Trastorno ansioso de la personalidad	43.927, gl = 1, p = 0.048	2.219	1.000 – 4.926
Usuarios en estancia residencial que cumplieron con los criterios de dependencia a cannabis que refirieron un periodo de tiempo de consumo mayor a 61 meses (5 años) y establecimiento de diagnóstico de patología dual a su ingreso.			
Patología dual	3.627, gl = 1, p = 0.057	3.209	1.912 – 11.300
Usuarios en estancia residencial que cumplieron con los criterios de dependencia a cannabis que refirieron un patrón inicial de consumo mayor a 5 cigarros de cannabis por semana y variables sociodemográficas de interés.			
Antecedente de narcomenudeo	5.860, gl = 1, p = 0.017	2.704	1.175 – 6.225
Usuarios en estancia residencial que cumplieron con los criterios de dependencia a cannabis que refirieron un patrón inicial de consumo mayor a 5 cigarros de cannabis por semana y criterios de dependencia a otras sustancias.			
Dependencia a cocaína	6.038, gl = 1, p = 0.014	2.684	1.205 – 5.980

Variable	Chi <sup>2</sup>	Razón de Momios	Intervalo de confianza al 95%
Dependencia a benzodiazepinas	5.813, gl = 1, p = 0.016	9.730	1.052 – 89.987
Usuarios en estancia residencial que cumplieron con los criterios de dependencia a cannabis que refirieron un patrón inicial de consumo mayor a 5 cigarros de cannabis por semana y trastornos psiquiátricos detectados a su ingreso			
Dos diagnósticos psiquiátricos simultáneos	7.110, gl = 1, p = 0.008	2.816	1.299 – 6.103
Usuarios en estancia residencial que cumplieron con los criterios de dependencia a cannabis que refirieron un patrón inicial de consumo mayor a 5 cigarros de cannabis por semana y funcionalidad, estructura y dinámica familiar.			
Disfunción familiar	8.869, gl = 1, p = 0.003	7.389	1.659 – 32.895
Usuarios en estancia residencial con el diagnóstico de dependencia a cannabis con un patrón actual de consumo mayor a 21 cigarros por semana a su ingreso a estancia residencial y variables asociadas al patrón de consumo de cannabis.			
Inicio de consumo de cannabis antes de los 18 años de edad	6.312, gl = 1, p = 0.012	8.661	1.096 – 68.482
Presencia de deseo de consumo (craving)	6.710, gl = 1, p = 0.010	1.768	1.139 – 2.743
Usuarios en estancia residencial con el diagnóstico de dependencia a cannabis con un patrón actual de consumo mayor a 21 cigarros por semana a su ingreso y dependencia a otras sustancias.			
Dependencia a solventes	9.630, gl = 1, p = 0.002	3.185	1.513 – 6.705
Usuarios que cumplieron con el diagnóstico de dependencia solventes volátiles			
Usuarios en estancia residencial que cumplieron con el diagnóstico de dependencia a solventes volátiles y variables sociodemográficas de interés.			
Edad de menor de 25 años	10.225, gl = 1, p = 0.001	2.668	1.351 – 5.268
Escolaridad primaria	8.850, gl = 1, p = 0.003	2.759	1.395 – 5.457
Abandono de actividad escolar por consumo de sustancias	9.137, gl = 1, p = 0.003	2.663	1.397 – 5.079
Abandono de actividad escolar antes de los 18 años	8.935, gl = 1, p = 0.003	4.463	1.422 – 14.008

Variable	Chi <sup>2</sup>	Razón de Momios	Intervalo de confianza al 95%
Inicio de actividad laboral antes de los 15 años de edad	12.067, gl = 1, p = 0.001	2.122	1.305 – 3.450
Actividad laboral actual desempleado	7.556, gl = 1, p = 0.006	2.621	1.301 – 5.280
Suspensión de actividad laboral por consumo de sustancias	8.204, gl = 1, p = 0.004	2.672	1.349 – 5.302
Antecedentes penales	7.368, gl = 1, p = 0.007	1.395	1.062 – 1.831
Usuarios en estancia residencial que cumplieron con el diagnóstico de dependencia a solventes volátiles y variables de antecedentes de salud mental.			
Maltrato infantil de tipo emocional	3.919, gl = 1, p = 0.048	1.799	1.970 – 3.336
Usuarios en estancia residencial que cumplieron con el diagnóstico de dependencia a solventes volátiles y variables de antecedentes familiares de interés.			
Antecedentes de separación materna	6.475, gl = 1, p = 0.011	2.240	1.196 – 4.198
Antecedentes de separación paterna	4.934, gl = 1, p = 0.026	1.506	1.019 – 2.228
Usuarios en estancia residencial que cumplieron con el diagnóstico de dependencia a solventes volátiles y consumo de otras sustancias.			
Policonsumo	26.437, gl = 1, p = 0.000	33.888	4.558 – 251.948
Usuarios en estancia residencial que cumplieron con el diagnóstico de dependencia a solventes volátiles y trastornos psiquiátricos diagnosticados a su ingreso.			
Trastorno de la conducta disocial	12.297, gl = 1, p = 0.000	4.563	1.849 – 11.259
Cualquier trastorno de la conducta	13.471, gl = 1, p = 0.000	3.412	1.740 – 6.690
Diagnóstico de un trastorno psiquiátrico	6.481, gl = 1, p = 0.011	3.432	1.270 – 9.274

Variable	Chi <sup>2</sup>	Razón de Momios	Intervalo de confianza al 95%
Diagnóstico de dos trastornos psiquiátricos	5.709, gl = 1, p = 0.017	2.129	1.139 – 3.980
Usuarios en estancia residencial que cumplieron con el diagnóstico de dependencia a solventes volátiles y trastornos de la personalidad diagnosticados a su ingreso.			
Trastorno de la personalidad ansioso	7.089, gl = 1, p = 0.008	2.307	1.1238 – 4.296
Usuarios en estancia residencial que cumplieron con el diagnóstico de dependencia a solventes volátiles y variables asociadas a funcionalidad, estructura y dinámica familiar.			
Estructura familiar monoparental	7.712, gl = 1, p = 0.005	2.595	1.308 – 5.153
Usuarios en estancia residencial que cumplieron con el diagnóstico de dependencia a solventes volátiles y variable diagnóstico de patología dual			
Patología dual	5.409, gl = 1, p = 0.020	4.394	1.064 – 18.144
Usuarios en estancia residencial que cumplieron con el diagnóstico de dependencia a solventes volátiles e iniciaron su consumo de solventes volátiles antes de los 18 años de edad y variables sociodemográficas de interés.			
Grado escolar primaria	3.834, gl = 1, p = 0.050	4.286	1.069 – 28.292
Abandono de actividad escolar antes de los 18 años	4.940, gl = 1, p = 0.026	1.888	1.869 – 4.100
Estado civil separado	20.911, gl = 1, p = 0.000	48.000	4.641 – 496.435
Usuarios en estancia residencial que cumplieron con el diagnóstico de dependencia a solventes volátiles e iniciaron su consumo de solventes antes de los 18 años y dependencia a otras sustancias.			
Dependencia a cannabis	5.183, gl = 1, p = 0.023	1.341	1.888 – 2.025
Policonsumo	4.984, gl = 1, p = 0.026	1.111	1.904 – 1.366
Usuarios en estancia residencial que cumplieron con el diagnóstico de dependencia a solventes volátiles e iniciaron su consumo antes de los 18 años y patrón de consumo de solventes volátiles.			
Patrón inicial de consumo mayor a una lata de solventes de 250 gramos por semana	5.584, gl = 1, p = 0.032	5.333	1.025 – 27.758

Usuarios en estancia residencial que cumplieron con el diagnóstico de dependencia a solventes volátiles y refirieron un patrón actual de consumo a su ingreso mayor de tres latas de solventes de 250 gramos por semana			
Variable	Chi <sup>2</sup>	Razón de Momios	Intervalo de confianza al 95%
Deseo de consumo (craving) de solventes	5.930, gl = 1, p = 0.015	6.273	1.258 – 31.288
Usuarios con dependencia a solventes volátiles con un patrón actual de consumo mayor de tres latas de solventes volátiles de 250 gramos por semana e inicio de tratamiento psicofarmacológico a su ingreso en estancia residencial			
Inicio de tratamiento psicofarmacológico	5.217, gl = 1, p = 0.022	4.145	1.169 – 14.693
usuarios en estancia residencial que cumplieron con el diagnóstico de dependencia a cocaína			
Usuarios en estancia residencial que cumplieron con el diagnóstico de dependencia cocaína y variables sociodemográficas			
Abandono de actividad escolar antes de los 18 años de edad	4.322, gl = 1, p = 0.038	2.228	1.034 – 4.799
Usuarios en estancia residencial que cumplieron con el diagnóstico de dependencia cocaína y diagnóstico de dependencia a otras sustancias.			
Policonsumo	21.792, gl = 1, p = 0.000	27.625	3.710 – 205.691
Usuarios en estancia residencial que cumplieron con el diagnóstico de dependencia a cocaína y trastornos psiquiátricos detectados a su ingreso a estancia residencial.			
Trastorno de pánico	5.770, gl = 1, p = 0.016	5.142	1.184 – 22.333
Usuarios en estancia residencial que cumplieron con el diagnóstico de dependencia cocaína y tratamiento psicofarmacológico			
Tratamiento farmacológico un anticonvulsivo	11.234, gl = 1, p = 0.001	3.508	1.639 – 7.509
Usuarios con dependencia a cocaína e iniciaron su consumo antes de los 18 años de edad a su ingreso a estancia residencial y variables sociodemográficas			
Abandono de actividad escolar antes de los 18 años	5.450, gl = 1, p = 0.020	5.042	1.207 – 21.064
Inicio de actividad laboral antes de los 15 años	6.385, gl = 1, p = 0.012	4.371	1.355 – 14.105



Variable	Chi <sup>2</sup>	Razón de Momios	Intervalo de confianza al 95%
Antecedentes penales	7.775, gl = 1, p = 0.005	5.143	1.574 – 16.808
Usuarios en estancia residencial que cumplieron con el diagnóstico de dependencia a cocaína que iniciaron su consumo antes de los 18 años de edad y diagnóstico de trastorno de la personalidad.			
Trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad tipo impulsivo	6.240, gl = 1, p = 0.012	2.040	1.123 – 3.707
Usuarios con dependencia a cocaína e iniciaron con patrón inicial de consumo con más de tres gramos por semana y variables sociodemográficas de interés.			
Abandono de actividad laboral por consumo de sustancias	5.675, gl = 1, p = 0.017	9.524	1.115 – 81.345
Usuarios en estancia residencial que cumplieron con el diagnóstico de dependencia a cocaína e iniciaron su consumo con más de tres gramos por semana y trastornos de la personalidad.			
Trastorno de la personalidad antisocial	5.410, gl = 1, p = 0.020	4.950	1.021 – 20.397
Usuarios en estancia residencial que cumplieron con el diagnóstico de dependencia a estimulantes			
Usuarios en estancia residencial que cumplieron con el diagnóstico de dependencia a estimulantes y variables sociodemográficas			
Inicio de su consumo antes de los 25 años de edad	6.350, gl = 1, p = 0.012	4.071	1.059 – 15.647
Usuarios en estancia residencial que cumplieron con el diagnóstico de dependencia a estimulantes y dependencia a otras sustancias.			
Dependencia alcohol	9.882, gl = 1, p = 0.002	3.188	1.554 – 6.539
Policonsumo	7.426, gl = 1, p = 0.006	10.146	1.334 – 76.984
Usuarios en estancia residencial que cumplieron con el diagnóstico de dependencia a estimulantes y antecedentes familiares			
Separación materna	.283, gl = 1, p = 0.022	2.850	1.134 – 7.164
Separación paterna	5.567, gl = 1, p = 0.018	2.048	1.003 – 4.180

Usuarios en estancia residencial que cumplieron con el diagnóstico de dependencia a estimulantes y trastornos psiquiátricos			
Variable	Chi <sup>2</sup>	Razón de Momios	Intervalo de confianza al 95%
Trastorno distímico	5.833, gl = 1, p = 0.016	2.900	1.188 – 7.079
Trastorno depresivo recurrente	7.953, gl = 1, p = 0.005	7.818	1.486 – 4.147
Cualquier trastorno del estado de ánimo	4.638, gl = 1, p = 0.031	2.792	1.064 – 7.326
Trastorno de la conducta disocial	4.386, gl = 1, p = 0.036	2.935	1.032 – 8.348
Usuarios con dependencia a estimulantes con inicio de consumo antes de los 18 años de edad y dependencia a otras sustancias			
Dependencia al alcohol	7.667, gl = 1, p = 0.006	17.600	1.709 - 181.290
Dependencia a solventes	4.427, gl = 1, p = 0.035	5.538	1.775 - 39.565
Usuarios en estancia residencial que cumplieron con el diagnóstico de dependencia a estimulantes e iniciaron su consumo antes de los 18 años de edad y su asociación con antecedentes de salud mental			
Antecedente de maltrato infantil de tipo físico	6.740, gl = 1, p = 0.009	10.000	1.594 - 62.732
Antecedente de maltrato infantil de tipo emocional	3.949, gl = 1, p = 0.047	8.571	1.825 – 89.040
Usuarios en estancia residencial que cumplieron con el diagnóstico de dependencia a benzodiazepinas			
Usuarios en estancia residencial que cumplieron con el diagnóstico de dependencia a benzodiazepinas y variables sociodemográficas			
Antecedentes penales	4.231, gl = 1, p = 0.040	2.321	1.038 – 1.076.
Usuarios en estancia residencial que cumplieron con el diagnóstico de dependencia a benzodiazepinas y antecedentes de salud mental			
Inicio de tratamiento psicofarmacológico al ingreso	15.776, gl = 1, p = 0.000	2.116	1.898 – 4.983

Usuarios en estancia residencial que cumplieron con los diagnósticos de episodio depresivo			
Variable	Chi <sup>2</sup>	Razón de Momios	Intervalo de confianza al 95%
Usuarios en estancia residencial que cumplieron con los diagnósticos de episodio depresivo y antecedentes de salud mental			
Antecedente de intento suicida	7.405, gl = 1, p = 0.007	1.332	1.040 - 1.704
Usuarios en estancia residencial que cumplieron con los diagnósticos de episodio depresivo y diagnóstico de otros trastornos psiquiátricos			
Trastorno distimico	10.267, gl = 1, p = 0.001	2.937	1.498 - 5.753
Usuarios en estancia residencial que cumplieron con los diagnósticos de episodio depresivo y diagnóstico de trastorno de la personalidad			
Trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad tipo límite	13.112, gl = 1, p = 0.000	3.566	1.752 - 7.262
Trastorno dependiente de la personalidad	5.882, gl = 1, p = 0.015	2.444	1.171 - 5.098
Usuarios en estancia residencial que cumplieron con los diagnósticos de trastorno distimico			
Usuarios en estancia residencial que cumplieron con los diagnósticos de trastorno distimico y variables asociadas a dependencia a sustancias			
Dependencia a estimulantes	5.882, gl = 1, p = 0.016	2.900	1.188 - 7.079
Usuarios en estancia residencial que cumplieron con los diagnósticos de trastorno distimico y antecedentes de salud mental			
Antecedente de intento suicida	31.510, gl = 1, p = 0.000	1.636	1.345 - 1.991
Antecedente abuso sexual en infancia	12.608, gl = 1, p = 0.000	1.123	1.045 - 1.208
Antecedente violación en la infancia	8.689, gl = 1, p = 0.003	1.083	1.021 - 1.150
Antecedente de maltrato físico en la infancia	16.608, gl = 1, p = 0.003	1.610	1.257 - 2.063
Antecedente de maltrato emocional en la infancia	10.592, gl = 1, p = 0.001	2.326	1.351 - 4.005

Usuarios en estancia residencial que cumplieron con los diagnósticos de trastorno distímico y antecedentes familiares			
Variable	Chi <sup>2</sup>	Razón de Momios	Intervalo de confianza al 95%
Antecedente de separación materna	8.139, gl = 1, p = 0.004	2.276	1.288 - 4.020
Antecedente de separación paterna	13.424, gl = 1, p = 0.000	1.814	1.290 - 2550
Usuarios en estancia residencial que cumplieron con los diagnósticos de trastorno distímico y diagnóstico de otros trastorno psiquiátricos			
Trastorno depresivo recurrente	3.570, gl = 1, p = 0.059	6.279	1.720 - 54.755
Trastorno de ansiedad generalizada	5.756, gl = 1, p = 0.016	2.023	1.134 - 3.611
Cualquier trastorno de ansiedad	4.454, gl = 1, p = 0.035	1.815	1.042 - 3.301
Trastorno de la conducta disocial	4.075, gl = 1, p = 0.035	2.492	1.005 - 6.179
Dos diagnósticos psiquiátricos simultáneos	23.117, gl = 1, p = 0.000	4.414	2.368 - 8.231
Tres diagnósticos psiquiátricos simultáneos	13.825, gl = 1, p = 0.000	4.929	2.004 - 12.122
Cuatro diagnósticos psiquiátricos simultáneos	12.608, gl = 1, p = 0.000	1.123	1.045 - 1.208
Usuarios en estancia residencial que cumplieron con los diagnósticos de trastorno distímico y trastornos de la personalidad			
Trastorno de la personalidad paranoide	4.202, gl = 1, p = 0.040	2.022	1.024 - 3.992
Trastorno de la personalidad esquizotípico	47.155, gl = 1, p = 0.007	10.410	1.277 - 84.875
Trastorno de la personalidad de inestabilidad emocional de la personalidad tipo impulsivo	10.806, gl = 1, p = 0.001	2.595	1.491 - 4.607

Variable	Chi <sup>2</sup>	Razón de Momios	Intervalo de confianza al 95%
Trastorno de la inestabilidad emocional de la personalidad tipo límite	27.884, gl = 1, p = 0.000	4.865	2.661 – 8.894
Cualquier trastorno de la personalidad del Grupo B	27.884, gl = 1, p = 0.000	4.865	2.661 – 8.894
Trastorno dependiente de personalidad	4.981, gl = 1, p = 0.026	2.202	1.091 – 4.444
Cualquier trastorno de la personalidad	4.494, gl = 1, p = 0.034	7.129	1.875 – 58.108
Usuarios en estancia residencial que cumplieron con los diagnósticos de trastorno distímico e inicio de tratamiento psicofarmacológico			
Inicio de antidepresivo a su ingreso a estancia residencial	57.699, gl = 1, p = 0.000	13.589	6.462 – 28.574
Inicio de antipsicótico a su ingreso a estancia residencial	22.107, gl = 1, p = 0.000	4.529	2.360 – 8.692
Inicio de anticonvulsivo a su ingreso a estancia residencial	5.154, gl = 1, p = 0.023	2.355	1.110 – 4.995.
Usuarios en estancia residencial que cumplieron con los diagnósticos de trastorno distímico, funcionalidad, estructura y dinámica familiar			
Estructura familiar monoparental	10.370, gl = 1, p = 0.001	2.355	1.110 – 4.995
Cohesión familiar no relacionada	7.378, gl = 1, p = 0.007	2.189	1.239 – 3.867
Usuarios en estancia residencial que cumplieron con los diagnósticos de trastorno depresivo recurrente			
Usuarios en estancia residencial que cumplieron con los diagnósticos de trastorno depresivo recurrente y antecedente de salud mental			
Antecedente de intento suicida	5.317, gl = 1, p = 0.021	2.258	1.725 – 7.020

Usuarios en estancia residencial que cumplieron con los diagnósticos de trastorno depresivo recurrente y comorbilidad con otros trastorno psiquiátricos			
Variable	Chi <sup>2</sup>	Razón de Momios	Intervalo de confianza al 95%
Diagnóstico simultaneo de tres trastornos psiquiátricos	5.943, gl = 1, p = 0.015	6.185	1.187 – 32.243
Diagnóstico simultaneo de cuatro trastornos psiquiátricos	10.454, gl = 1, p = 0.001	11.625	1.848 – 73.124
Usuarios en estancia residencial que cumplieron el diagnóstico para cualquier trastorno del estado de ánimo			
Usuarios en estancia residencial que cumplieron con los diagnósticos para cualquier trastorno del estado de ánimo y características sociodemográficas			
Género femenino	12.448, gl = 1, p = 0.000	5.273	1.938 – 14.348
Usuarios en estancia residencial que cumplieron con los diagnósticos para cualquier trastorno del estado de ánimo y dependencia a otras sustancias			
Dependencia a estimulantes	4.638, gl = 1, p = 0.031	2.792	1.064 – 7.326
Usuarios en estancia residencial que cumplieron con los diagnósticos para cualquier trastorno del estado de ánimo y antecedentes de salud mental			
Atención psicológica previa por consumo de sustancias	4.314, gl = 1, p = 0.038	2.792	1.064 – 7.326
Antecedente de intento suicida	26.597, gl = 1, p = 0.000	8.536	1.305 – 1.812
Antecedente de abuso sexual en la infancia	8.271, gl = 1, p = 0.004	1.098	1.036 – 1.064
Antecedente de violación en la infancia	5.699, gl = 1, p = 0.017	1.067	1.017 – 1.119
Antecedente maltrato infantil de tipo físico	14.218, gl = 1, p = 0.000	3.190	1.123 – 1.896
Antecedente de maltrato emocional infantil	14.213, gl = 1, p = 0.000	3.448	1.508 – 4.061

Usuarios en estancia residencial que cumplieron con los diagnósticos para cualquier trastorno del estado de ánimo y antecedentes familiares			
Variable	Chi <sup>2</sup>	Razón de Momios	Intervalo de confianza al 95%
Antecedente de separación materna	4.493, gl = 1, p = 0.034	1.838	1.045 – 3.234
Antecedente de separación paterna	7.404, gl = 1, p = 0.007	2.192	1.122 – 2.046
Dependencia paterna alcohol	4.138, gl = 1, p = 0.042	1.890	1.013 – 2.422
Usuarios en estancia residencial que cumplieron con los diagnósticos para cualquier trastorno del estado de ánimo y otros diagnósticos psiquiátricos			
Trastorno de ansiedad generalizada	6.675, gl = 1, p = 0.010	2.121	1.195 – 3.767
Cualquier trastorno de ansiedad	5.262, gl = 1, p = 0.022	1.947	1.099 – 3.452
Dos trastornos psiquiátricos simultáneos	28.261, gl = 1, p = 0.000	5.979	2.982 – 11.988
Diagnóstico de tres trastornos psiquiátricos simultáneos	13.471, gl = 1, p = 0.000	6.349	2.124 – 18.973
Diagnóstico de cuatro trastornos psiquiátricos simultáneos	8.271, gl = 1, p = 0.004	1.098	1.036 – 1.164
Usuarios en estancia residencial que cumplieron con los diagnósticos para cualquier trastorno del estado de ánimo y trastornos de la personalidad			
Trastorno de la personalidad paranoide	6.406, gl = 1, p = 0.011	2.533	1.216 – 5.278
Cualquier trastorno de la personalidad del grupo A	5.520, gl = 1, p = 0.019	2.533	1.216 – 5.278
Trastorno de la inestabilidad emocional de la personalidad de tipo impulsivo	14.229, gl = 1, p = 0.000	3.066	1.698 – 5.536
Trastorno de la inestabilidad emocional de la personalidad de tipo límite	28.945, gl = 1, p = 0.000	5.034	2.747 – 9.226

Variable	Chi <sup>2</sup>	Razón de Momios	Intervalo de confianza al 95%
Cualquier trastorno de la personalidad del Grupo B	9.941, gl = 1, p = 0.002	3.824	1.594 – 9.172
Trastorno de la personalidad dependiente	12.551, gl = 1, p = 0.000	4.177	1.817 – 9.605
Trastorno ansioso de la personalidad	5.116, gl = 1, p = 0.024	1.923	1.088 – 3.398
Trastorno ansioso de la personalidad	7.707, gl = 1, p = 0.006	11.100	1.361 – 90.521
Usuarios en estancia residencial que cumplieron con los diagnósticos para cualquier trastorno del estado de ánimo, funcionalidad, estructura y dinámica familiar			
Estructura familiar monoparental	7.128, gl = 1, p = 0.008	2.192	1.227 – 3.917
Usuarios en estancia residencial que cumplieron los diagnósticos de trastorno de ansiedad generalizada			
Usuarios en estancia residencial que cumplieron los diagnósticos de trastorno de ansiedad generalizada y variables sociodemográficas			
Inicio de actividad laboral antes de los 15 años	3.969, gl = 1, p = 0.046	1.802	1.007 – 3.225
Usuarios en estancia residencial que cumplieron los diagnósticos para trastorno de pánico y dependencia sustancias			
Dependencia a solventes	6.288, gl = 1, p = 0.012	10.182	1.113 – 93.130
Usuarios en estancia residencial que cumplieron los diagnósticos de y antecedentes de salud mental			
Antecedente de maltrato infantil de tipo emocional	5.609, gl = 1, p = 0.018	1.739	1.096 – 2.759
Usuarios en estancia residencial que cumplieron los diagnósticos para cualquier trastorno de ansiedad (trastorno de ansiedad generalizada, trastorno de fobia social, trastorno de pánico y trastorno de estrés postraumático) y otros diagnósticos psiquiátricos			
Diagnóstico para cualquier trastorno de ansiedad	183.806, gl = 1, p = 0.000	2320	320.143 – 16812.471



Variable	Chi <sup>2</sup>	Razón de Momios	Intervalo de confianza al 95%
Diagnóstico de dos trastorno psiquiátricos simultáneos	5.387, gl = 1, p = 0.020	2.063	1.114 – 3.821
Diagnóstico de tres trastornos psiquiátricos simultáneos	14.021, gl = 1, p = 0.000	7.813	2.283 – 26.738
Diagnóstico de cuatro trastornos psiquiátricos simultáneos	7.315, gl = 1, p = 0.007	1.093	1.034 – 1.154
Usuarios en estancia residencial que cumplieron los diagnósticos para el trastorno de ansiedad social y otros diagnósticos psiquiátricos			
Diagnóstico de cuatro trastornos psiquiátricos simultáneos	13.225, gl = 1, p = 0.000	15.583	2.275 – 106.724
Usuarios en estancia residencial que cumplieron los diagnósticos trastorno de ansiedad generalizada y trastornos de la personalidad.			
Trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad de tipo impulsivo	6.032, gl = 1, p = 0.014	2.064	1.153 – 3.694
Trastorno de personalidad ansioso	6.926, gl = 1, p = 0.008	2.166	1.213 – 3.868
Usuarios en estancia residencial que cumplieron el diagnóstico para cualquier trastorno de la conducta			
Usuarios en estancia residencial que cumplieron el diagnóstico para cualquier trastorno de la conducta y variables sociodemográficas			
Abandono de actividad escolar por consumo de sustancias	4.523, gl = 1, p = 0.033	2.048	1.051 – 3.989
Inicio de actividad laboral antes de los 15 años de edad	19.148, gl = 1, p = 0.000	3.208	1.668 – 6.170
Antecedentes penales	10.579, gl = 1, p = 0.001	1.551	1.129 – 2.129
Usuarios en estancia residencial que cumplieron el diagnóstico para cualquier trastorno de la conducta y dependencia a otras sustancias			
Dependencia alcohol	11.765, gl = 1, p = 0.001	1.286	1.064 – 1.563

Variable	Chi <sup>2</sup>	Razón de Momios	Intervalo de confianza al 95%
Dependencia a cannabis	30.422, gl = 1, p = 0.000	39.554	5.322 – 293.986
Dependencia a solventes	13.471, gl = 1, p = 0.000	3.412	1.740 – 6.690
<b>Usuarios en estancia residencial que cumplieron el diagnóstico para cualquier trastorno de la conducta y antecedentes de salud mental</b>			
Antecedente de abuso sexual en la infancia	6.877, gl = 1, p = 0.009	1.106	1.995 – 1.229
Antecedente de violación en la infancia	3.997, gl = 1, p = 0.046	1.065	1.979 – 1.160
Antecedente de maltrato infantil de tipo emocional	5.348, gl = 1, p = 0.021	2.717	1.058 – 4.536
<b>Usuarios en estancia residencial que cumplieron el diagnóstico para cualquier trastorno de la conducta y antecedentes familiares de usuarios</b>			
Antecedente de separación materna	10.141, gl = 1, p = 0.001	2.970	1.496 – 5.894
<b>Usuarios en estancia residencial que cumplieron el diagnóstico para cualquier trastorno de la conducta y variables asociadas antecedentes familiares</b>			
Policonsumo	9.318, gl = 1, p = 0.002	4.235	1.581 – 11.348
<b>Usuarios en estancia residencial que cumplieron el diagnóstico para cualquier trastorno de la conducta y trastornos de la personalidad</b>			
Trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad tipo impulsivo	4.485, gl = 1, p = 0.011	2.314	1.203 – 4.449
<b>Usuarios en estancia residencial que cumplieron el diagnóstico para cualquier trastorno de la conducta y tratamiento psicofarmacológico</b>			
Tratamiento con un fármaco antidepresivo	4.658, gl = 1, p = 0.031	2.132	1.063 – 4.277
Tratamiento con un fármaco antipsicótico	4.159, gl = 1, p = 0.041	1.991	1.021 - 3.884

Usuarios en estancia residencial que cumplieron el diagnóstico para cualquier trastorno de la conducta, función, estructura y dinámica familiar			
Variable	Chi <sup>2</sup>	Razón de Momios	Intervalo de confianza al 95%
Estructura familiar monoparental	9.636, gl = 1, p = 0.002	3.229	1.508 – 6.932
Disfuncionalidad familiar	4.904, gl = 1, p = 0.027	2.758	1.508 – 6.932
Usuarios en estancia residencial que cumplieron el diagnóstico para trastornos de la conducta de tipo negativista desafiante			
Usuarios en estancia residencial que cumplieron el diagnóstico para trastornos de la conducta de tipo negativista - desafiante y variables sociodemográficas			
Inicio de actividad laboral antes de los 15 años	9.790, gl = 1, p = 0.002	3.160	1.262 – 7.917
Usuarios en estancia residencial que cumplieron el diagnóstico para trastornos de la conducta de tipo negativista - desafiante y consumo de otras sustancias			
Dependencia alcohol	5.240, gl = 1, p = 0.022	1.240	1.965 – 1.595
Dependencia a cannabis	12.767, gl = 1, p = 0.000	16.434	2.176 – 123.958
Usuarios en estancia residencial que cumplieron el diagnóstico para trastornos de la conducta de tipo negativista - desafiante y diagnóstico de trastornos psiquiátricos			
Diagnóstico de tres trastornos psiquiátricos simultáneos	8.228, gl = 1, p = 0.004	3.619	1.441 – 9.091
Diagnóstico de cuatro trastornos psiquiátricos simultáneos	6.330, gl = 1, p = 0.012	4.841	1.270 – 18.452
Usuarios en estancia residencial que cumplieron el diagnóstico para trastorno de la conducta de tipo disocial			
Usuarios en estancia residencial que cumplieron el diagnóstico para trastorno de la conducta de tipo disocial y variables sociodemográficas			
Escolaridad primaria	11.886, gl = 1, p = 0.001	4.426	1.803 – 10.863
Abandono de actividad escolar por expulsión	6.665, gl = 1, p = 0.010	4.192	1.309 – 13.421

Variable	Chi <sup>2</sup>	Razón de Momios	Intervalo de confianza al 95%
Inicio de actividad laboral antes de los 15 años	6.705, gl = 1, p = 0.010	2.631	1.064 – 6.505
Antecedentes penales	21.379, gl = 1, p = 0.000	8.653	1.487 – 7.095
Usuarios en estancia residencial que cumplieron el diagnóstico para trastorno de la conducta de tipo disocial y variables asociadas a consumo de sustancias			
Dependencia alcohol	4.856, gl = 1, p = 0.028	1.251	1.949 – 2.096
Dependencia cannabis	13.388, gl = 1, p = 0.000	2.739	1.548 – 1.692
Dependencia a solventes	12.297, gl = 1, p = 0.000	4.563	1.849 – 11.259
Dependencia estimulantes	4.386, gl = 1, p = 0.036	2.935	1.032 – 8.348
Dependencia benzodiazepinas	7.008, gl = 1, p = 0.008	6.488	1.354 – 31.086
Policonsumo	6.548, gl = 1, p = 0.011	9.152	1.202 – 69.680
Usuarios en estancia residencial que cumplieron el diagnóstico para trastorno de la conducta de tipo disocial y antecedentes familiares			
Antecedente de separación materna	8.012, gl = 1, p = 0.005	4.077	1.450 – 11.464
Antecedente de separación paterna	6.158, gl = 1, p = 0.013	2.261	1.026 – 4.981
Usuarios en estancia residencial que cumplieron el diagnóstico para trastorno de la conducta de tipo disocial y otros trastornos psiquiátricos			
Diagnóstico de tres trastornos psiquiátricos simultáneos	11.869, gl = 1, p = 0.001	4.776	1.841 – 12.384
Usuarios en estancia residencial que cumplieron el diagnóstico para trastorno de la conducta de tipo disocial y trastornos de la personalidad			
Trastorno de la inestabilidad emocional personalidad de tipo impulsivo	6.611, gl = 1, p = 0.010	3.256	1.276 – 8.313

Usuarios en estancia residencial que cumplieron el diagnóstico para trastorno de la conducta de tipo disocial, funcionalidad, estructura y dinámica familiar			
Variable	Chi <sup>2</sup>	Razón de Momios	Intervalo de confianza al 95%
Estructura familiar monoparental	4.891, gl = 1, p = 0.027	3.334	1.089 – 10.208
Usuarios en estancia residencial que cumplieron criterios diagnósticos para trastornos de la personalidad del Grupo A			
Usuarios en estancia residencial que cumplieron criterios diagnósticos para cualquier trastorno de la personalidad del Grupo A			
Trastorno de la personalidad esquizoide	94.641, gl = 1, p = 0.000	102.000	23.633 – 440.240
Usuarios en estancia residencial que cumplieron criterios diagnósticos para cualquier trastorno de la personalidad paranoide y cualquier trastorno de la personalidad del Grupo B			
Trastorno de la personalidad paranoide	6.444, gl = 1, p = 0.011	9.000	1.187 – 68.222
Usuarios en estancia residencial que cumplieron criterios diagnósticos para el trastorno de la personalidad esquizoide y crisis familiar			
Trastorno de personalidad esquizoide	5.184, gl = 1, p = 0.023	3.903	1.120 – 13.599
Usuarios en estancia residencial que cumplieron criterios diagnósticos para el trastorno de la personalidad esquizotípico y diagnóstico de cuatro trastornos psiquiátricos simultáneos			
Trastorno de la personalidad esquizotípico	5.585, gl = 1, p = 0.015	6.536	1.166 – 36.629
Usuarios en estancia residencial que cumplieron criterios diagnósticos para el trastorno de la personalidad esquizotípico y diagnóstico de otros trastornos de la personalidad			
Trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad tipo límite	5.414, gl = 1, p = 0.020	8.255	1.013 – 67.288
Usuarios en estancia residencial que cumplieron criterios diagnósticos para el trastorno de la personalidad esquizotípico y diagnóstico adaptabilidad familiar caótica			
Trastorno de personalidad esquizotípico	4.650, gl = 1, p = 0.031	4.962	1.004 – 24.519

Usuarios en estancia residencial que cumplieron criterios diagnósticos para trastornos de la personalidad del Grupo B			
Variable	Chi <sup>2</sup>	Razón de Momios	Intervalo de confianza al 95%
Usuarios en estancia residencial que cumplieron criterios diagnósticos para trastorno histriónico de la personalidad y su relación con otros trastornos de la personalidad			
Trastorno de la personalidad antisocial	4.288, gl = 1, p = 0.038	1.883	1.018 – 3.485
Cualquier trastorno de la personalidad del Grupo B	24.484, gl = 1, p = 0.000	17.630	4.055 – 76.652
Cualquier trastorno de la personalidad del Grupo C	7.439, gl = 1, p = 0.006	2.373	1.266 – 4.449
Usuarios en estancia residencial que cumplieron criterios diagnósticos para trastorno histriónico de la personalidad y su relación la funcionalidad, estructura y dinámica familiar			
Estructura familiar monoparental	5.563, gl = 1, p = 0.018	1.304	1.042 – 1.630
Cohesión familiar no relacionada	4031, gl = 1, p = 0.045	1.778	1.012 – 3.126
Crisis familiar grave	4.481, gl = 1, p = 0.034	1.832	1.044 – 3.215
Usuarios en estancia residencial que cumplieron criterios diagnósticos para trastorno narcisista de la personalidad y su relación con otros trastornos de la personalidad			
Trastorno anacastico de la personalidad	6.666, gl = 1, p = 0.010	3.097	1.273 – 7.536
Usuarios en estancia residencial que cumplieron criterios diagnósticos para trastorno antisocial de la personalidad			
Usuarios en estancia residencial que cumplieron criterios diagnósticos para trastorno antisocial de la personalidad y su relación con variables sociodemográficas			
Antecedentes penales	11.939, gl = 1, p = 0.001	1.740	1.163 – 2.603
Usuarios en estancia residencial que cumplieron criterios diagnósticos para trastorno antisocial de la personalidad, funcionalidad, estructura y dinámica familiar			
Disfuncionalidad familiar	8.268, gl = 1, p = 0.004	6.674	1.541 – 28.902

Usuarios en estancia residencial que cumplieron criterios diagnósticos para trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad tipo impulsivo			
Variable	Chi <sup>2</sup>	Razón de Momios	Intervalo de confianza al 95%
Usuarios en estancia residencial que cumplieron criterios diagnósticos para trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad tipo impulsivo y variables asociadas con antecedentes de salud mental			
Antecedente de intento suicida	12.410, gl = 1, p = 0.000	3.165	1.129 – 1.628
Usuarios en estancia residencial que cumplieron criterios diagnósticos para trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad tipo impulsivo y otros trastornos de la personalidad			
Trastorno de la inestabilidad emocional de la tipo límite	4.482, gl = 1, p = 0.006	2.203	1.246 – 3.894
Cualquier rasgo de la personalidad del Grupo B	22.083, gl = 1, p = 0.000	28.286	3.759 – 212.843
Trastorno ansioso de la personalidad	6.040, gl = 1, p = 0.014	2.027	1.150 – 3.573
Usuarios en estancia residencial que cumplieron criterios diagnósticos para trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad tipo impulsivo y variables asociadas con tratamiento psicofarmacológico			
Inicio de tratamiento psicofarmacológico a su ingreso a estancia residencial	11.351, gl = 1, p = 0.001	1.871	1.269 – 2.756
Inicio de tratamiento con un fármaco antidepresivo	9.209, gl = 1, p = 0.002	2.467	1.369 – 4.447
Inicio de tratamiento con un fármaco antipsicótico	11.254, gl = 1, p = 0.001	2.851	1.530 – 5.311
Inicio de tratamiento con un fármaco anticonvulsivo	5.789, gl = 1, p = 0.016	2.475	1.166 – 5.255
Usuarios en estancia residencial que cumplieron criterios diagnósticos para trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad tipo impulsivo, funcionalidad, estructura y dinámica familiar			
Cohesión familiar rígida	5.734, gl = 1, p = 0.017	1.178	1.023 – 1.358

Usuarios en estancia residencial que cumplieron criterios diagnósticos para trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad tipo impulsivo y diagnóstico de patología dual			
Variable	Chi <sup>2</sup>	Razón de Momios	Intervalo de confianza al 95%
Patología dual	13.490, gl = 1, p = 0.000	8.419	2.028 – 34.946
Usuarios en estancia residencial que cumplieron criterios diagnósticos para trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad tipo límite			
Usuarios en estancia residencial que cumplieron criterios diagnósticos para trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad tipo límite y variables sociodemográficas			
Género femenino	20.309, gl = 1, p = 0.000	8.892	2.987 – 24.474
Usuarios en estancia residencial que cumplieron criterios diagnósticos para trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad tipo límite y antecedentes de salud mental			
Antecedente de intento suicida	13.705, gl = 1, p = 0.000	3.562	1.153 – 1.619
Antecedente de maltrato infantil de tipo físico	8.000, gl = 1, p = 0.005	2.311	1.099 – 1.721
Antecedente de maltrato infantil de tipo emocional	12.497, gl = 1, p = 0.000	3.260	1.436 – 4.035
Usuarios en estancia residencial que cumplieron criterios diagnósticos para trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad tipo límite y antecedentes familiares			
Antecedente de separación materna	4.490, gl = 1, p = 0.034	1.829	1.044 – 3.205
Antecedente de separación paterna	6.409, gl = 1, p = 0.011	1.479	1.086 – 2.014
Usuarios en estancia residencial que cumplieron criterios diagnósticos para trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad tipo límite y diagnósticos psiquiátricos			
Diagnóstico de tres trastornos psiquiátricos simultáneos	5.099, gl = 1, p = 0.024	2.564	1.110 – 5.920
Usuarios en estancia residencial que cumplieron criterios diagnósticos para trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad tipo límite y su asociación con diagnósticos de otros trastornos de la personalidad			
Trastornos esquizotípico de la personalidad	5.414, gl = 1, p = 0.020	8.255	1.013 – 67.288



Variable	Chi <sup>2</sup>	Razón de Momios	Intervalo de confianza al 95%
Cualquier trastorno de la personalidad del Grupo B	29.307, gl = 1, p = 0.000	34.408	5.101 – 289.211
Trastorno ansioso de la personalidad	5.907, gl = 1, p = 0.015	2.007	1.141 – 3.530
Usuarios en estancia residencial que cumplieron criterios diagnósticos para trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad tipo límite e inicio de tratamiento psicofarmacológico			
Inicio de tratamiento psicofarmacológico a su ingreso a estancia residencial	20.812, gl = 1, p = 0.000	2.290	1.561 – 3.358
Inicio de tratamiento con un antipsicótico a su ingreso	11.194, gl = 1, p = 0.001	2.911	1.539 – 5.505
Usuarios en estancia residencial que cumplieron criterios diagnósticos para trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad tipo límite, funcionalidad, estructura y dinámica familiar			
Cohesión familiar semirrelacionada	6.126 gl = 1, p = 0.013	1.691	1.104 – 2.590
Disfuncionalidad familiar	11.063 gl = 1, p = 0.001	3.191	1.581 – 6.443
Usuarios en estancia residencial que cumplieron criterios diagnósticos para trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad tipo límite y patología dual			
Patología dual	11.747 gl = 1, p = 0.001	4.944	1.744 – 14.015

## ▪ DISCUSIÓN

### - Adicciones y Salud Pública.

Las adicciones son un problema de salud pública, se calcula que 1 de cada 20 adultos, esto es, alrededor de 250 millones de personas entre los 15 a 64 años de edad consumieron por lo menos una droga en 2014; 26 millones de personas que consumen drogas sufren trastornos relacionadas con ellas y 12 millones de esas personas las consumen por vía intravenosa, de los cuales, 14% viven con VIH. El número de muertes relacionadas con las drogas que en 2014 se calculó fue de 207,400 (43.5% de muertes por millón), asimismo, el consumo mundial de cannabis se ha

mantenido estable, en 2014 alrededor del 3.8% de la población había consumido cannabis durante el año anterior y este porcentaje no ha variado desde 1994, no obstante, los datos recientes de los Estados que han legalizado el consumo recreativo de cannabis indican un aumento de consumo reflejado por los indicadores de salud y seguridad (incidencia de cannabis en el número de ingreso a servicios de urgencias, hospitalizaciones, accidentes y muertes causadas por estos) y la prevalencia anual de consumo de cocaína permaneció también estable a nivel mundial en el periodo de 1998 – 2014 oscilando entre el 0.3% y el 0.4% en la población de 15 a 64 años de edad, sin embargo, el número de consumidores pasó de 14 millones en 1998 a 18.8 millones en 2014 (UNODC, 2016).

Las dos drogas ilícitas de mayor consumo continúa siendo la cannabis con una prevalencia mundial entre el 2,6% y el 5,0% y los estimulantes de tipo anfetamínico, incluido el “éxtasis” (0,3% a 1,2%), la cocaína continua ocupando el segundo lugar en consumo con una prevalencia de 0.3 a 0.5% y el policonsumo de sustancias varía ampliamente en la literatura internacional, el Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías en 2009, reportó según los datos de 22 países europeos extraídos del Proyecto de la encuesta europea escolar sobre alcohol y otras drogas (ESPAD) del 2003, una prevalencia de 20% de los escolares de 15 y 16 años de edad con un consumo simultaneo de alcohol y tabaco durante el mes anterior, el 6 % declaró haber consumido cannabis y alcohol y/o cigarrillos y el 1 % admitió haber consumido este grupo de sustancias aparte de otra droga ilegal como el éxtasis, cocaína, anfetaminas, LSD o heroína. El análisis de los datos sobre más de 260.000 pacientes que iniciaron tratamiento en 14 países europeos en 2006 reveló que más de la mitad de los mismos afirmó haber tenido problemas con al menos dos sustancias. Los estudios llevados a cabo en otros entornos confirman la elevada prevalencia del policonsumo entre los consumidores problemáticos de drogas (Toxicomanías, 2009).

En la región de las Américas, estudios en población general muestran que el 5 al 22% de las personas que consumen alcohol en el último año presentan criterios de uso problemáticos de alcohol, respecto al consumo de tabaco, la prevalencia de uso comprende del 5 al 10% y el consumo de cannabis presentó una prevalencia heterogénea a lo largo de la región comprendida entre el 5 al 20%. El consumo de solventes fue la tercera sustancia más consumida en la región con una prevalencia del 0.5 al 11%. La cocaína en sus diferentes presentaciones (clorhidrato de cocaína,

pasta base y crack) presentó una prevalencia del 0.5 al 2%. En relación al consumo de estimulantes, el “éxtasis” es el más consumido en las Américas en general con una prevalencia entre el 0.2 al 7.6%. La aparición de varias nuevas sustancias psicoactivas (NSP), que a menudo tienen propiedades químicas y/o farmacológicas similares a las sustancias controladas internacionalmente, su variedad nunca ha sido tan amplia como lo es ahora y su reconocimiento está vinculado al establecimiento de Sistemas de Alarma Temprana. En las Américas, Canadá y Estados Unidos han reportado la mayor cantidad de NSP, pero entre 2008 y 2014 varios países latinoamericanos han reportado NSP en sus territorios (OEA, 2015).

México aún presenta bajos niveles de prevalencia de consumo de sustancias ilícitas en comparación con los Estados Unidos de Norteamérica, España o Canadá, México, asimismo, tiene bajos niveles de crimen asociado con el consumo de sustancia, sin embargo, presenta altos niveles de narcotráfico debido a que México es la principal ruta para la distribución de la cocaína proveniente de Sudamérica, el segundo productor de opio y principal productor de anfetaminas para el mayor mercado de América: Estados Unidos (Medina – Mora, 2013). A pesar de las bajas prevalencia sobre consumo de sustancias ilícitas reportadas por la Encuesta Nacional sobre las Adicciones 2012, se informa sobre un incremento menor al de otras regiones circundantes, pero ha sido continuo, uno de los factores de riesgo o de protección poblacional para el incremento de la prevalencia de consumo de sustancias lícitas o ilícitas en México es la transición demográfica y del denominado bono demográfico, esto es: la transición demográfica de la población económicamente activa (15 a 64 años) es mayor a la población dependiente (niños y adultos mayores), por lo cual es necesario una mayor inversión en la prevención universal y selectiva para evitar la disminución de la productividad, principal consecuencia económica derivada del consumo de sustancias (ENA 2012).

Las políticas gubernamentales han estado dirigidas principalmente a la supresión de la oferta, no obstante, la mayoría de las intervenciones dirigidas a la supresión de la oferta por medio de la creación de un shock de forma sustancial y abrupta han brindado sólo resultados a corto plazo y con una extensión únicamente local, además, para la generación de un shock sustancial en la oferta de una sustancia es necesario que el mercado sus precursores presente un mercado concentrado como es el caso de las anfetaminas, esto no es posible en para la cocaína, los opioides o la cannabis (Nicosia, 2009). A pesar de la dificultad para controlar la oferta de sustancias ilícitas por medio de la supresión súbita, el gasto en México para controlar y erradicar la oferta comprende una inversión

de 53 mil millones de pesos sólo en el año 2010, en cambio, la inversión en la supresión de la demanda por medio de la prevención y la rehabilitación es de 6.8 mil millones durante el periodo del 2007 al 2012, por lo que es necesario una redirección de los recursos económicos para la incrementar la prevención y, por consiguiente, disminuir la demanda (Aram, 2013). En consonancia con lo previamente expuesto, la Organización de los Estados Americanos, en su reporte del 2012 sobre el problema de las drogas en las Américas, señala que la economía del narcotráfico represente el 1% del producto interno bruto mundial, la distribución de este ingreso corresponde del 0.5 al 1% a los productores, del 25 al 34% al tráfico y distribución y el 65 a 70% al narcomenudeo, es en este punto de distribución de la cadena del narcotráfico donde es necesario incidir en la reducción de la demanda por medio de la prevención (OEA, 2013).

La prevención de la adicción y la intervención en el proceso de rehabilitación de una adicción debe ser planteada desde una perspectiva modal que comprenda evaluar la interacción entre la sustancia, las personas que las empelan y el contexto, así como dirigir la prevención de tipo universal a los factores de riesgo determinantes para el inicio de una adicción como es la edad de inicio de consumo (Rojas, 2011).

- Funcionalidad familiar como factor de riesgo para el desarrollo de la adicción

El enfoque de riesgo es un abordaje conceptual y metodológico que resulta de enorme valor para identificar y actuar sobre causas multifactoriales para diversas afecciones, además, es de gran utilidad en el abordaje etiológico de las adicciones. Este enfoque plantea que las personas, las familias y los grupos, poseen diferentes grados de posibilidades de desviarse de la salud y el bienestar. Estas variaciones dependen del equilibrio existente entre esfuerzos, recursos y necesidades. Se puede considerar que el hecho de identificar a los factores de riesgo resulta de mucho interés y beneficio, pues permite que se establezcan estrategias de intervención enfocadas en la prevención del desarrollo de adicciones. Los factores de riesgo son los elementos o las condiciones que acrecientan la posibilidad de que surja una condición mórbida, aumentando la probabilidad de que una persona sea adicta. Los factores de riesgo pueden estar constituidos por características individuales, familiares y sociales (Moncada, 1997).

Un factor de riesgo viene a ser una asociación o correlato entre un sujeto y un resultado, pudiendo evaluarse antes de que se haya producido el efecto o utilizarse para dividir a la población en subgrupos de alto y bajo riesgo: los factores de riesgo pueden estar presentes o no en un caso concreto. Cuando un factor de riesgo está presente, es más probable que la persona use o abuse de las drogas que cuando no lo está (Clayton, 1992).

- Función, estructura y dinámica familiar.

La presencia de un solo factor de riesgo no es garantía para que vaya a producirse el abuso de drogas y, por el contrario, su ausencia no garantiza que el abuso no se produzca, el número de factores de riesgo presentes, está directamente relacionado con la probabilidad del abuso de drogas, aunque este efecto aditivo puede atenuarse según la naturaleza, contenido y número de factores de riesgo implicados y la mayoría de los factores de riesgo tienen múltiples dimensiones medibles y cada uno influye de forma independiente y global en el abuso de drogas (Offord, 2000), uno de los factores de riesgo externos implicado en el inicio de consumo de sustancias lícitas e ilícitas es pertenecer a una familia disfuncional: esencialmente los sujetos con mayores posibilidades de convertirse en pacientes adictos pertenecen a núcleos familiares disfuncionales (Barrios, 2016).

Las familias denominadas disfuncionales se caracterizan por el fracaso en los papeles parentales y confusión de roles. Los conflictos continuos y crisis cíclicas y repetitivas igualmente abundan. Existe fuerte resistencia al cambio y amenazas continuas de separación. Ausencia total de reglas explícitas y gran cantidad de reglas implícitas y/o secretas. Los límites son generalmente confusos y la presencia de privaciones del cariño parental derivan en un mal funcionamiento social (Barrios, 2016). En el presente estudio, el 76.5% de los usuarios a su ingreso a estancia residencial reportó pertenecer a una familia disfuncional diagnóstica por medio del APGAR familiar, el 50% de estas familias fueron calificadas como moderadamente disfuncionales y el 26.5% como gravemente disfuncionales.

Herrera Santí propone una serie de indicadores para la evaluación de la funcionalidad familiar, el primer indicador propuesto es el desarrollo de la identidad personal y la autonomía de sus miembros determinado por la el tipo de cohesión familiar establecido entre los miembros del sistema familiar; cuando la familia exige una fusión o dependencia excesiva entre sus miembros

limita la superación y realización personal e individual de éstos, por el contrario, cuando la relación familiar es muy abierta y defiende mucho la individualidad, tienden a anularse los sentimientos de pertenencia familiar (Herrera, 1997). En relación a este primer indicador, el 44.5% de usuarios indicó una cohesión familiar no relacionada, esto es, la presencia y persistencia de una comunicación familiar abierta que tiende anular la pertenencia a la dinámica familiar y acentuar la individualidad de cada uno de los miembros para la resolución de los conflictos al interior o exterior de la familia (Herrera, 1997), de acuerdo a lo anterior, en el presente estudio la asociación entre cohesión familiar no relacionada y disfunción familiar fue positiva ( $p = 0.000$ ) y confiere un riesgo de 5.484 veces mayor de que las familias con una cohesión no relacionadas sean calificadas como disfuncionales por medio del APGAR familiar. El 31.5% de los usuarios señaló una cohesión semirelacionada y sólo el 10% una cohesión aglutinada, en el primer caso, persiste la ausencia de pertenencia a la dinámica familiar y la ausencia de percepción de apoyo para la toma de decisiones, en el segundo caso, la excesiva dependencia entre los miembros impide el cumplimiento de una de las principales funciones de la familia que es la generación de autonomía y la promoción de la individualidad (Molina, 2006).

El resultado de una cohesión no relacionada y semirelacionada deriva en la incapacidad de que la familia no emprenda la búsqueda de momentos oportunos para entablar una comunicación clara y precisa para un adecuado intercambio de ideas y sentimientos, establecer límites y normas y orientar y encauzar al niño y al adolescente en la búsqueda de su identidad, al mismo tiempo que se le permita sentirse querido y apoyado. Cuando esto no existe y se da incomunicación entre padres e hijos, pueden existir consecuencias serias para el adolescente. En referencia al consumo de drogas, numerosos autores destacan dificultades en la comunicación de las familias de drogodependientes (Spooner, 2009).

Un segundo indicador para la evaluación de la funcionalidad familiar propuesto por Herrera Santí es la adaptabilidad o flexibilidad de un sistema para la solución de conflictos generados al interior o exterior del sistema. La flexibilidad o adaptabilidad analiza los vínculos familiares que intervienen en la relación asignación-asunción de roles, o sea, aquellas pautas de interacción que tienen que ver con lo que se debe y no se debe hacer y con las funciones, deberes y derechos de cada miembro del grupo familiar así como la complementariedad de rol, esto es, que los miembros

se complementen recíprocamente en el cumplimiento de las funciones asignadas y éstas no se vean de manera rígida, asimismo, el sistema familiar debe de ser capaz de adaptarse a los cambios internos propios del ciclo vital del sistema y de cada uno de sus miembros, para lograr la adaptación al cambio, la familia tiene que tener la posibilidad de modificar sus límites, sus sistemas jerárquicos, sus roles y reglas y modificar todos sus vínculos familiares, pues no son independientes unos de otros. (Herrera, 1997). Consideramos que este indicador de funcionamiento, la capacidad de adaptación, es uno de los más importantes, no sólo porque abarca todo el conjunto de vínculos familiares, sino también por el hecho de que la familia está sometida a constantes cambios y tienen que enfrentar constantemente tipos de tareas relacionadas con el desarrollo de cada uno de sus miembros (tareas relacionadas con las etapas del "ciclo vital de la familia") y las tareas de enfrentamiento (que son las que se derivan del afrontamiento de las llamadas crisis familiares no transitorias o paranormativas) (Ruiz, 2002).

En el presente estudio, el 43% de la adaptabilidad familiar en usuarios a su ingreso a estancia residencial fue calificada como caótica por medio del FACES III, esto es, el sistema familiar de los usuarios a su ingreso se caracterizó por la ausencia de generación de estrategias conjuntas para la asignación de roles, establecimiento de reglas y límites claros y asignación clara roles y establecimiento de sus vínculos. El 18.5% de los usuarios indicó a su ingreso una adaptabilidad rígida, si la familia establece estrategias disfuncionales ante las situaciones de cambio, como la rigidez y la resistencia, esto provoca una enquistación de los conflictos y por tanto, comienzan a aparecer síntomas que atentan contra la salud y el desarrollo armónico de sus miembros (Ruiz, 2002).

El 86% de las familias que acudieron para ingresar a estancia residencial a su usuario presentaban crisis familiar y el 56.5% de los representantes legales indicaron cursar por una crisis familiar grave, según Thomas Holmes, diseñador de la Escala de eventos críticos, quienes califican con más de 300 puntos la escala, que corresponde a la calificación de grave, pueden presentar un trastorno psiquiátrico con manifestaciones somáticas ante la sobrecarga de estresores que tienen que afrontar, lo cual contrasta con los bajos niveles de atención psicológica en el 27% de los representantes legales y de atención psiquiátrica en el 1.8% de éstos, asimismo, refleja los recursos sociales, emocionales y físicos con que cuenta una familia para hacer frente a situaciones de vulnerabilidad y conformación de estrategias exitosas para el adecuado desarrollo armónico del sistema familiar,

facilitando la adaptación individual, entre mayores recursos cuente la familia, menor será la vulnerabilidad para la emergencia de la adicción en uno de sus miembros (Malkus, 2004).

La estructura familiar predominante en los usuarios en estancia residencial fue la monoparental, presente en el 61.5% de los usuarios a su ingreso; la familia monoparental es definida como toda agrupación familiar de hijos dependientes económicamente de uno solo de sus progenitores con el cual conviven, y que es a la vez el que ostenta, sea de hecho o de derecho, la custodia sobre los mismos (Almeda, 2005). Las familias monoparentales pueden clasificarse en los siguientes tipos de acuerdo a su hecho generador: las formadas por viudos/as y sus hijos, las formadas tras una ruptura matrimonial (separación y divorcio) y las surgidas a partir de un nacimiento fuera del matrimonio (madres solteras) (Pérez del Campo, 2007), en los usuarios en estancia residencial, se reportó que el 50% del origen de las familias monoparentales fue la separación materna, en el 26% se debió a violencia intrafamiliar, en el 11% por infidelidad paterna, en el 10% por consumo de sustancias paterna y en el 5.5% por abandono por migración.

La estructura familiar monoparental implica una serie de retos y desafíos a sus miembros, la problemática de estas familias puede encuadrarse en diferentes aspectos como son el empleo, la vivienda, la educación y aspectos psicosociales. En cuanto a las familias encabezadas por mujeres, uno de los principales problemas es la búsqueda de empleo. Ante todo cabe señalar la precaria situación económica en la que quedan las madres, a lo que hay que añadir el problema de la difícil inserción o reinserción de estas personas en el mundo laboral, el 44.5% de las madres de usuarios eran empleadas y en el 13.5% indicaron ser autoempleadas.

La prevalencia de la estructura monoparental en consumidores en el presente estudio fue mayor al reportado por la Encuesta de Consumo de Drogas en Estudiantes en la Ciudad de México, realizada en el año 2012, en esta encuesta el 62.2% de los estudiantes vivían en una familia nuclear, el 23.1% en una familia monoparental (20% con la madre y 3.1% con el padre), lo cual contrasta con los resultados del presente estudio, como se mencionó anteriormente, la prevalencia de familias monoparentales fue del 61.5%. Respecto a la escolaridad, se encuentra una nueva discrepancia en relación con la Encuesta de Consumo de Drogas en Estudiantes en la Ciudad de México donde se indica que una séptima parte de los papás contaban con escolaridad primaria o menor, en cambio,



en este estudio el 33% de las madres de usuarios en estancia residencial contaba con escolaridad primaria o menor (5% analfabeta, 9.5% primaria completa y 19% primaria completa), en relación a la escolaridad paterna, el 43.5% sólo contaba con escolaridad primaria o menor (2.5% analfabeta, 7% primaria completa y 34% primaria completa).

- Funcionalidad familiar y patología dual

La familia ha sido siempre reconocida como una de las variables más relevantes en el origen y mantenimiento del consumo de sustancias. La asociación entre el funcionamiento familiar y el consumo de estas sustancias por parte de los hijos ha sido objeto de numerosas investigaciones (Vilaregut, 2010). La familia, por consiguiente, desempeña un papel importante en la regulación conductual de los niños y adolescentes a través de la inducción en el proceso primario y secundario de socialización, así como el en desarrollo de modelos conductuales por modelaje (coping), en el presente estudio, la estructura familiar más común fue la monoparental conformada por jefas de familia, quienes en el 61.5% se encontraba separada del padre del usuario en estancia residencial y el 58% de las madres, quienes fungían como representantes legales, se encontraban realizando alguna actividad laboral en el momento del ingreso de su usuario, lo cual ha sido asociado como un factor de riesgo para el desarrollo de trastornos de la conducta y es una característica de las familias no funcionales (Bregado, 2010), lo cual fue confirmado por medio de la asociación positiva entre estructura familiar monoparental y disfunción familiar ( $p = 0.001$ ): el pertenecer a una estructura familiar monoparental confiere un riesgo 3.128 veces mayor de que sea calificada como disfuncional por medio del APGAR familiar. El antecedente de separación materna y disfunción familiar también fue positiva ( $p = 0.011$ ) y el antecedente de separación materna confirió un riesgo 3.107 veces mayor de pertenecer a una familia calificada como disfuncional por medio del APGAR familiar. La asociación entre el antecedente de separación paterna y disfunción familiar fue positiva también ( $p = 0.002$ ) y el antecedente de separación paterna proporcionó un riesgo 1.654 veces mayor de pertenecer a una familia calificada como disfuncional por medio del APGAR familiar.

Un amplio conjunto de investigaciones asocian el entorno familiar del niño y la salud mental de los adolescentes, los resultados más replicados implican que un pobre funcionamiento familiar (aumento de los conflictos parentales, pobre apoyo emocional y ausencia de una comunicación

abierta) se han asociado con problemas emocionales como son la ansiedad, la depresión y trastornos de la conducta (Auerbach, 2012). En particular, la pobre participación afectiva de la familia puede afectar las áreas de salud mental de los niños y los adolescentes, de hecho, la pobre implicación emocional puede asemejarse a la separación paterna o incluso al abandono y derivar en problemas emocionales (Pace & Zappulla, 2012). Por otro lado, la sobreimplicación en la dinámica familiar por parte uno de sus miembros es comparable a la intrusión y también se ha asociado con problemas de salud mental en la adolescencia, asimismo, el entorno familiar (y la implicación afectiva de la familia en general) juega un papel importante en la respuesta al estrés y a salud mental de los niños (Yap, 2007). En relación con lo expuesto anteriormente, la asociación entre cualquier diagnóstico psiquiátrico y el diagnóstico de familia disfuncional por medio del APGAR familiar fue positivo ( $p = 0.014$ ) confirmando un riesgo 2.550 veces mayor de ser diagnosticado con cualquier trastorno psiquiátrico en los expuesto a una dinámica familiar disfuncional, además, la asociación entre el diagnóstico de cualquier trastorno de la conducta y disfunción familiar fue positivo ( $p = 0.0027$ ) con un riesgo 2.748 mayor para el desarrollo de cualquier trastorno de la conducta en los expuestos en comparación con los no expuestos. El efecto de la dinámica disfuncional sobre la salud mental de sus miembros infantes y adolescentes está reflejado en la asociación positiva entre el antecedente de atención psiquiátrica previa a su ingreso y disfunción familiar ( $p = 0.032$ , OR = 1.126) y el antecedente de inicio de tratamiento psicofarmacológico previo y disfunción familiar ( $p = 0.026$ , OR = 1.134).

Las relaciones de insatisfacción respecto al medio socializador familiar, han sido señaladas como factor destacado a tener en cuenta en el inicio de consumo de drogas en los adolescentes (Pardeck, 2001), Vielva y colaboradores mostraron que existe una menor satisfacción con el funcionamiento familiar, tanto desde la percepción de los hijos como de los padres, en aquellas familias en las cuales los hijos consumen drogas, lo cual sugiere que la falta de satisfacción podría estar en la base del consumo (Vielva, 2001), por lo que no es inesperada la asociación entre disfunción familiar y patología dual ( $p = 0.000$ ): el riesgo de desarrollar un trastorno psiquiátrico y un trastorno por consumo de sustancias simultáneos es 4.232 veces mayor usuarios cuya familia fue calificada como disfuncional por medio del APGAR familiar.

La patología dual es definida como la concomitancia entre un trastorno por consumo de sustancias y un trastorno psiquiátrico, la prevalencia de patología dual mostrada en el presente estudio fue del 88.5%, que es coincidente con la prevalencia reportada en literatura internacional. El Estudio Nacional de comorbilidad, E.U., 1991, reportó una prevalencia de patología dual: el 60% de los hombres y el 70% de las mujeres cumplieron criterios para dependencia de alcohol y un trastorno psiquiátrico y el Estudio Nacional Epidemiológico, E.U., 2001, reportó una prevalencia del 45% en los alcohólicos y del 72% de consumidores de sustancias de trastornos psiquiátricos comorbidos (Harvad, 2005).

El estudio de Captación Epidemiológica (ECA) realizado en E.U. encontró una prevalencia a lo largo de la vida para cualquier trastorno psiquiátrico en el 44% de las personas con dependencia alcohol y un una prevalencia de cualquier trastorno psiquiátrico en el 64.4% de las personas con adicción a una droga, asimismo, el Estudio Nacional de Comorbilidad (NCS) informó que la mayoría de los trastornos mentales son más comunes entre las personas con un trastorno por consumo sustancias que entre aquellos que nunca habían experimentado el consumo de una sustancia. Por otra parte, la mayoría de los trastornos psiquiátricos iniciaron antes los trastornos por consumo de sustancias, con la excepción de trastornos del estado de ánimo entre los hombres alcohólicos, que por lo general se desarrolló después de la aparición del alcoholismo (Nady El-Guebaly, 2004). Acorde a lo expuesto anteriormente, el 11% de los usuarios en estancia residencial indicaron el antecedente de tratamiento psicofarmacológico previo: el inicio de tratamiento con un antidepresivo previo a su ingreso se asoció positivamente con el diagnóstico de disfunción familiar ( $p = 0.009$ ) confirmando un riesgo de 2.405 veces mayor en los expuestos y el inicio de un fármaco antipsicótico previo a su ingreso también presentó una asociación positiva ( $p = 0.001$ ) con un riesgo de 4.849 veces mayor para los expuestos a una disfunción familiar.

La alta prevalencia de disfuncionalidad familiar conformada por las características predominantes de los estilos de cohesión no relacionada (prevalencia del 44.5%) y adaptación familiar caótica (prevalencia del 43%), la presencia de escasos recursos emocionales, sociales y físicos para afrontar los estresores internos y externos y mantener una crisis familiar por largos periodos de tiempo (prevalencia del 86%), así como por los altos niveles de antecedentes de maltrato infantil de tipo físico (prevalencia del 38.5%) y emocional (prevalencia del 73.5%) y al proceso de

separación entre ambos padres (antecedente de separación materna en el 50% y antecedente de separación paterna en el 51%), la alta prevalencia de la dependencia alcohol en los padres (prevalencia del 71%), así como los bajos niveles de atención en salud mental de ambos progenitores (atención psicológica materna 21%, atención psiquiátrica materna 1.5% y ausencia de atención psicológica y psiquiátrica paterna), podría explicar la alta prevalencia de disfunción familiar en el 76.5% de las familias y de patología dual en el 88.5% de los usuarios en estancia residencial obtenidos en este estudio realizado de octubre del 2014 a octubre del 2015.

- Maltrato infantil como precursor de trastornos psiquiátricos y trastornos por consumo de sustancias.

La familia desempeña un importante papel en la generación de trastornos psiquiátricos en la adolescencia y la adultez, la asociación entre maltrato infantil, principalmente de predominio emocional se ha asociado con la presencia de trastorno depresivo, trastorno de ansiedad generalizada y trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad, la interacción entre la vulnerabilidad genética y los estresores intensos presentado durante la infancia y el inicio de la adolescencia pueden interactuar para el desarrollo de un trastorno psiquiátrico como lo ha mostrado el modelo estrés diátesis (Markus, 2007).

Una característica de las familias disfuncionales es la exposición continúa al maltrato durante la infancia. El maltrato infantil es definido como toda forma de daño físico, emocional, sexual, omisión, negligencia o explotación sexual o comercial que deriva en un potencial daño en la salud, desarrollo, sobrevivencia y dignidad del infante. Existen cuatro tipos de maltrato ampliamente reconocidos: maltrato físico, maltrato emocional, abuso sexual y negligencia. (Krug, 2002).

Los efectos del maltrato infantil en el desarrollo del niño y el adolescente repercuten en el desarrollo de un vínculo de apego fuerte y seguro con el cuidador principal, el cual jugará un papel determinante en el desarrollo de un núcleo de resiliencia y el desarrollo de la personalidad (Bretherton 1997), por lo que no es extraño la prevalencia del 95% de trastornos de la personalidad en usuarios en estancia residencial y la asociación positiva ( $p = 0.002$ ) entre el cualquier trastorno de la personalidad del Grupo B (86%) y una dinámica disfuncional, que confiere un riesgo del 3.191

para el diagnóstico de trastorno de la personalidad del Grupo B, asimismo, la asociación positiva entre trastorno de la personalidad antisocial y familia disfuncional ( $p = 0.004$ ), que confiere un riesgo 6.674 veces mayor de ser diagnosticado con un trastorno de personalidad antisocial cuando se está expuesto a una dinámica familiar disfuncional.

La generación de un vínculo positivo entre niño y cuidador refuerza la capacidad del niño para hacer frente al estrés, ayuda a regular las emociones, proporciona un apoyo social y fomenta un apego adecuado a un modelo de crianza regulador, cuando el infante es víctima de abuso por uno de sus padres o cuidadores, este vínculo puede verse perturbado y expresarse por medio de patrones emocionales y conductuales anormales en respuesta a la agresión percibida o sentida (Zolotor, 1999), un ejemplo claro de ello y confirmado en el presente estudio es la asociación entre trastorno de la inestabilidad emocional de la personalidad de tipo límite (86% de prevalencia en usuarios residenciales) y una familia calificada como disfuncional por medio del APGAR familiar ( $p = 0.001$ ), la dinámica familiar disfuncional confirió un riesgo 3.191 veces mayor de ser diagnosticado con este trastorno de personalidad, asimismo, este trastorno de la personalidad presentó una asociación positiva entre el antecedente de maltrato físico ( $p = 0.005$ ,  $OR = 2.311$ ), el antecedente de maltrato emocional ( $p = 0.000$ ,  $OR = 3.260$ ), el antecedente de separación materna ( $p = 0.034$ ,  $OR = 1.829$ ), el antecedente de separación paterna ( $p = 0.011$ ,  $OR = 1.479$ ) y claro está, su asociación positiva con el diagnóstico de patología dual ( $p = 0.001$ ,  $OR = 4.944$ ). Cada uno de estos antecedentes, según lo expuesto anteriormente, son elementos nucleares de la disfunción familiar. El modelo explicativo del desarrollo para el trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad tipo límite indica que el factor de riesgo ambiental más importante para el desarrollo de este trastorno de la personalidad es el maltrato infantil de tipo emocional, así como las experimentación de maltrato físico y abandono. La investigación reciente sugiere que el abuso emocional puede ser el tipo de maltrato más relevante para el desarrollo de este trastorno de la personalidad (Gratz, 2011).

El maltrato infantil y la interacción entre padres o cuidadores puede comprometer la formación de circuitos neurales en el sistema nervioso central, una serie de estudios a lo largo de dos décadas ha demostrado que la negligencia, el maltrato infantil, el abuso sexual, el consumo de sustancias por parte de uno o ambos padres y la presencia de trastornos psiquiátricos no tratados en los

progenitores o cuidadores pueden influir en el desarrollo encefálico del niño (Tronick, 1989). La calidad de los intercambios afectivos entre cuidador e infante sirve como el fundamento para el sistema de señalización del bebé y las influencias en la salud mental y física posterior del niño, especialmente la capacidad del niño para interactuar con los demás y el desarrollo de las vías neurales para el lenguaje y funciones cognitivas superiores, los niños con el antecedente de maltrato infantil, negligencia o abuso sexual son más propensos a tener problemas de aprendizaje y conducta (CWIG, 2008).

La depresión materna es un factor determinante para un pobre desarrollo de la primera infancia, está relacionada con el funcionamiento familiar, el estilo de crianza y el compromiso del cuidador, los niños pequeños son muy sensibles a las emociones de otras personas, especialmente a las de sus familiares, por lo cual la vivencia de violencia física o verbal tiene efectos negativos directos sobre el infante con consecuencias de larga duración, de forma similar, los niños que experimentan abuso o abandono por parte de los padres son más propensos a mostrar resultados negativos en el desempeño en su vida adulta y un curso vital con caracterizado por dificultad en la regulación emocional, problemas de autoestima, déficit en habilidades sociales y motivación académica deficiente, problemas de conducta, déficit en la interacción con pares, inicio de consumo de sustancias y delincuencia (Meltzer, 2009). En relación con lo anterior, en este estudio se corroboró la implicación entre familia disfuncional y abandono de actividad escolar antes de los 18 años ( $p = 0.003$ ), lo cual confiere un riesgo 2.441 veces mayor de abandonar la actividad académica cuando se está expuesto a una familia disfuncional y el consumo de benzodiazepinas materno y el desarrollo de patología dual ( $p = 0.011$ ), esta última asociación confiere un riesgo 7.023 veces mayor de ser presentar el diagnóstico de patología dual en los usuarios y la asociación entre el antecedente de atención psicológica materna y diagnóstico de patología dual ( $p = 0.037$ , OR = 6.632).

Aproximadamente 40 millones de niños en todo el mundo sufren maltrato cada año, el maltrato infantil se produce en cualquier nivel socioeconómico en todas líneas étnicas y culturales, dentro de todos los sistemas religiosos y en todos los niveles de educación (Butchart, 2006). La prevalencia de global del abuso sexual varía del 2 al 62%, esta amplia variación es explicada por la metodología empleada, la definición de abuso sexual, los métodos de recolección de datos y las características

de la muestra poblacional evaluada. La prevalencia anual del maltrato físico varía del 4 al 16% y la prevalencia del maltrato emocional comprende el 10%. Un alto porcentaje de este maltrato es perpetuado por los padres o tutores, otros factores asociados al maltrato infantil son la pobreza, problemas de salud mental parentales y familiares, bajo nivel educativo, separación de ambos padres y violencia física y/o emocional entre otros miembros de la familia (Butchart, 2006), consecuente con lo anterior, el 5% de los usuarios señalaron el antecedente de abuso sexual y el 3.5% de violación en la infancia, no obstante, la prevalencia global del antecedente de maltrato infantil en cualquiera de sus formas (abuso sexual, violación, maltrato físico y/o emocional) fue reportado por el 75% de los usuarios en estancia residencial a su ingreso, el 73.5% indicó el antecedente de maltrato emocional y su asociación con el diagnóstico de familia disfuncional fue positiva ( $p = 0.000$ ), confirmando un riesgo 2.694 veces mayor de contar con el antecedente de maltrato emocional en la infancia cuando se es miembro de una familia disfuncional, asimismo, el 38.5% de los usuarios señaló el antecedente de maltrato de tipo físico en la infancia con una asociación positiva para el diagnóstico disfunción familiar ( $p = 0.006$ ) y un incremento del riesgo de contar con este antecedente de 1.401 veces mayor en relación con aquellos usuarios que no fueron cumplidos con los criterios para una disfunción familiar. Ambos tipos de maltrato presentaron una prevalencia superior a la referida en la literatura internacional, en el caso del maltrato físico fue dos veces mayor y en el maltrato emocional fue siete veces mayor a lo reportado a nivel internacional.

La relación entre abuso sexual y consecuencias psicológicas adversas en los adultos ha sido ampliamente documentada, asimismo, la exposición a maltrato de tipo físico, emocional y negligencia se ha asociado con un incremento en el riesgo de una amplia problemática conductual y psicológica en la edad adulta entre ellos los trastornos del estado de ánimo, los trastornos de ansiedad, antecedente de conductas suicidas, consumo de alcohol y consumo de otras sustancias ilícitas (Jewkes, 2010), como ha sido confirmado en este estudio a través de la asociación positiva entre el antecedente de maltrato infantil y el diagnóstico de patología dual ( $p = 0.000$ ), el cual confiere un riesgo 5.504 veces más de presentar patología dual cuando se fue expuesto a maltrato emocional en la infancia.

Rosana E. Norman y colaboradores realizaron una revisión sistemática y un meta-análisis sobre la asociación entre los diferentes tipos de maltrato infantil y la presencia de trastornos psiquiátricos en la vida adulta, reportaron que el abuso físico (OR = 1.54, IC 95% 1.16 – 2.4), el abuso emocional (OR = 3.06, IC 95% 2.43 – 3.85) y negligencia (OR = 2.11, IC 95% 1.61 – 2.77) conferirían un riesgo para el desarrollo de un trastorno depresivo en comparación con los no expuestos. En relación a los trastornos de ansiedad, el abuso físico (OR = 1.51, IC 95% 1.27 – 1.79), el abuso emocional (OR = 3.21, IC 95% 2.05 – 5.03) y la negligencia (OR = 1.82, IC 95% 1.51 – 2.22) incrementaron el riesgo para el desarrollo de cualquier trastorno de ansiedad en comparación con los no expuestos. El abuso físico y la negligencia incrementaron el riesgo dos veces más de desarrollar cualquier trastorno de la conducta (OR = 5.98, IC 95% 2.73 – 10.10). El abuso físico incrementó significativamente el riesgo de desarrollar dependencia alcohol y problemas conductuales por su consumo (OR = 1.26, IC 95% 1.03 – 1.55), asimismo, el maltrato emocional se asoció al consumo problemático de alcohol (OR = 1.27, IC 95% 1.11 – 1.46) y la asociación entre el desarrollo de una adicción y el abuso físico (OR = 1.95, IC 95% 1.67 – 2.20), maltrato emocional (OR = 1.41, IC 95% 1.11 – 1.79) y la negligencia (OR = 1.36, IC 95% 1.21 – 1.54) fue positivo. La conducta suicida, también se asoció con el abuso físico (OR = 3.00, IC 95% 2.07 – 4.33), el abuso emocional (OR = 3.08, IC 95% 2.42 – 3.93) y negligencia (OR = 1.85, IC 95% 1.25 – 2.73) (Norman, 2012).

En concordancia con los resultados evaluados por Norman y colaboradores, en este estudio se corroboró que los antecedentes de maltrato infantil se presentan a lo largo de cada una de las variables asociadas a los trastornos por consumo de sustancias, los trastornos psiquiátricos y trastornos de personalidad. Respecto a los trastornos por consumo de sustancias las principales asociaciones entre el antecedente de maltrato infantil fue entre el consumo de alcohol, consumo de solventes y consumo de estimulantes: la asociación entre abuso sexual y dependencia alcohol fue positiva ( $p = 0.000$ , OR = 10.375), el antecedente de violación en la infancia y dependencia alcohol ( $p = 0.001$ , OR = 8.564), el antecedente de maltrato infantil de tipo emocional y consumo de alcohol por mayor a 116 meses (9 años) ( $p = 0.040$ , OR = 2.045). En relación al consumo de solventes, la asociación entre antecedente de maltrato infantil de tipo emocional y consumo de solventes ( $p = 0.049$ , OR = 1.799). Asimismo, se encontró la asociación positiva entre el antecedente de maltrato infantil de tipo físico y consumo de estimulantes ( $p = 0.009$ , OR = 10.000) y el antecedente de maltrato infantil de tipo emocional y consumo de estimulantes ( $p = 0.049$ , OR = 8.571).



El trastorno depresivo es un ejemplo ampliamente investigado sobre la interacción gen – ambiente, Caspi y colaboradores informaron una asociación positiva y predicción de presentación de depresión en la adultez cuando se cuenta con un alelo corto para el promotor de gen del transportador de serotonina y el antecedente de maltrato infantil, los portadores homocigotos tiene un mayor riesgo de desarrollar depresión, pero sin el antecedente de maltrato infantil, los síntomas depresivos no se hacen presente, asimismo, se asoció la presencia del alelo corto de la Monoaminoxidasa A (MAO A), enzima encargada de la degradación de noradrenalina y adrenalina en la hendidura sináptica, y el trastorno antisocial de la personalidad, siempre y cuando se presentará el antecedente de maltrato infantil asociado a eventos vitales con alto contenido de estrés, lo cual condicionaría a la alteración de la secreción de cortisol por el eje hipotalámico – hipofisario – adrenal (Caspi, 2003).

De acuerdo con la investigación realizada por Caspi y colaboradores, estudios recientes examinan las variantes genéticas predisponentes para los trastornos del estado de ánimo en general y, en particular, para el trastorno depresivo mayor, el examen de las variantes genéticas predisponentes para el desarrollo de un trastorno del estado de ánimo sólo pueden hacerlo a través de la interacción con las variables ambientales. Varios informes han replicado el hallazgo de que el alelo corto de un polimorfismo de repetición funcional situado en la región promotora de la transportador de la serotonina locus SLC6A43 aumenta la vulnerabilidad a la depresión sólo en presencia de eventos estresantes tempranos (Kendler, 2005). Aunque el transportador de serotonina es un candidato atractivo como moderador de los efectos adversos vitales presentes en el desarrollo del individuo, estudios epidemiológicos indican que la vulnerabilidad a la depresión está mediada por varios genes y su interacción con el ambiente (Sullivan, 2000). Los genes que regulan los efectos del estrés a través del eje hipotálamo-pituitario-adrenal (HPA) se han considerado como candidatos adicionales para comprender la regulación fisiológica y patológica para la reactividad emocional ante los estresores vitales tempranos (De Kloet, 2004). La respuesta fisiológica a un estresor está mediado por la liberación de la hormona liberadora de corticotropina (CRH) desde el hipotálamo a partir de terminales nerviosas que emergen de la eminencia media localizada en el núcleo paraventricular, esta hormona estimula la liberación de corticotropina desde la pituitaria anterior, que a su vez induce la liberación de cortisol de la corteza suprarrenal. La hiperactividad del eje HPA es una característica de los trastornos del estado de ánimo y es al menos, en parte, es debido a una hiperactividad de las neuronas liberadoras de CRH (Reul, 2002).

Además de sus efectos sobre el eje HPA, la actividad de CRH en el receptor de CRH tipo 1 (CRHR1) en las regiones extrahipotalámica también se cree que contribuyen a la producción de los síntomas característicos de la ansiedad y la depresión, se descubrió un aumento en las concentraciones de CRH en el líquido cefalorraquídeo, así como una expresión alterada CRHR1, incremento de su ARN mensajero e incremento de la unión de la CRH en regiones límbicas del cerebro (hipotálamo, amígdala, y otras áreas que median la respuesta de la emoción) (Liu, 2006). Estos estudios sugieren que la hiperactividad del eje HPA está relacionada con el desarrollo de los trastornos del estado de ánimo en la adultez y actúa como mediador de los efectos del maltrato infantil en la presentación de cualquier trastorno del estado de ánimo en la juventud y la adultez a través de la CRH el CRHR; la hiperactividad del eje HPA subyace en la exposición crónica a estresores vitales como es el maltrato infantil por periodos prologados de tiempo y el déficit en los CRHR1 para la retroalimentación negativa del cortisol permite la perpetuación de los síntomas depresivos y de ansiedad a lo largo del desarrollo del infante (Rebekah, 2008). Acorde con lo anteriormente expuesto, el maltrato infantil de cualquier tipo con una presencia continua determina la emergencia de trastornos psiquiátricos durante la infancia y adolescencia, lo cual puede contribuir al desarrollo de un trastorno por consumo de sustancias para paliar los síntomas psiquiátricos.

En relación con lo previamente comentado, el diagnóstico para cualquier trastorno del estado de ánimo (trastorno depresivo, trastornos distímico y trastorno depresivo recurrente) realizados por medio de la en usuarios en estancia residencial y el antecedente de maltrato infantil fue una constante a lo largo del presente estudio: la asociación entre cualquier trastorno del estado de ánimo y el antecedente de abuso sexual en la infancia fue positiva ( $p = 0.004$ ,  $OR = 1.098$ ), cualquier trastorno del estado de ánimo y el antecedente de violación en la infancia ( $p = 0.017$ ,  $OR = 1.067$ ), cualquier trastorno del estado de ánimo y el antecedente de maltrato infantil de tipo físico ( $p = 0.000$ ,  $OR = 3.190$ ) y la asociación entre cualquier trastorno del estado de ánimo y el antecedente de maltrato infantil de emocional fue también positiva ( $p = 0.000$ ,  $OR = 3.448$ ).

El trastorno distímico presentó también asociación positiva con el antecedente de abuso sexual ( $p = 0.000$ ,  $OR = 1.123$ ), el antecedente de violación en la infancia ( $p = 0.003$ ,  $OR = 1.083$ ), el

antecedente de maltrato infantil de tipo físico ( $p = 0.003$ ,  $OR = 1.610$ ) y el antecedente de maltrato infantil de tipo emocional ( $p = 0.001$ ,  $OR = 2.326$ ).

La asociación entre maltrato físico y conducta suicida fue positiva en los usuarios a su ingreso a estancia residencial ( $X^2 = 8.851$ ,  $gl\ 1$ ,  $p = 0.003$ ;  $OR = 2.627$ ,  $IC\ 95\% 1.376 - 5.014$ ), el maltrato emocional y conducta suicida ( $X^2 = 8.076$ ,  $gl\ 1$ ,  $p = 0.004$ ;  $OR = 3.568$ ,  $IC\ 95\% 1.424 - 8.938$ ), asimismo, la relación entre disfuncionalidad familiar y antecedente de conducta suicida fue positiva ( $p = 0.002$ ) con un riesgo 1.333 veces mayor para los usuarios expuestos a maltrato infantil en comparación con los no expuestos.

#### - Inicio y progresión de consumo de sustancias en usuarios en estancia residencial

El inicio del consumo de sustancias lícitas e ilícitas y el desarrollo de la adicción está asociado con diferentes factores de riesgo, entre los factores con mayor replicación se encuentran la adolescencia, el género femenino, las personas que viven en pobreza y marginación y aquellas personas que padecen un trastorno psiquiátrico. La adolescencia representa el periodo de desarrollo con más alta vulnerabilidad, en las Américas, el promedio de inicio de consumo de sustancias de abuso es a los 15 años; el inicio de consumo de sustancias antes de los 15 años se asocia a un mayor riesgo para el desarrollo de una adicción durante la adolescencia y la edad adulta. Las mujeres presentan una mayor vulnerabilidad que los hombres, a pesar de que la relación hombre/mujer es mayor para los primeros, la vulnerabilidad asociada al género femenino está asociado con un mayor estigma y, por consiguiente, mayor resistencia a recibir ayuda especializada, mayores tasas de recaída, mayor exposición a factores sociales de riesgo como el abuso sexual, violación y embarazo no deseado. Otro factor de riesgo asociado al inicio de consumo de sustancias de abuso y su progresión a la adicción es el abandono de la actividad escolar antes de los 15 años de edad, los adolescentes que abandonan la escuela e inician su actividad labora antes de la mayoría de edad tiene una mayor probabilidad de pasar del uso experimental a una adicción e involucrarse en actividades relacionadas con la venta de drogas y las personas que padecen un trastorno psiquiátrico, tienen un mayor riesgo de desarrollar una adicción, se estima que entre el 50% al 80% de los sujetos con una adicción presentaban un trastorno mental previo al inicio del consumo de sustancias de abuso (Drogas y Salud Pública. OEA, 2014).

Concordante con lo expuesto en el presente estudio, la edad promedio de inicio de consumo de tabaco fue a los 14.78 años de edad, el 43.75% inició el consumo de tabaco antes de los 18 años de edad ( $X^2 = 11.158$ ,  $gl = 2$ ,  $p = 0.004$ ) y el 38.88% estos usuarios cumplieron diagnósticos de dependencia al tabaco antes de los 18 años de edad a su ingreso ( $p = 0.26$ ), el patrón promedio de consumo de tabaco por día fue de 6.78 cigarros al día con una desviación estándar de 7.17 cigarros al día.

La edad promedio de inicio del consumo de alcohol en usuarios en estancia residencial fue a los 14.62 años, con una desviación estándar de 2.6 años. El 96.5% de estos usuarios iniciaron a consumir alcohol antes de los 18 años de edad y el 32.94% cumplió con los criterios diagnósticos de dependencia alcohol antes de cumplir los 18 años de edad ( $X^2 = 4.602$ ,  $gl = 1$ ,  $p = 0.032$ ) con un riesgo 2.3 veces mayor de presentar una adicción al alcohol cuando se refirió que su consumo comenzó antes de la mayoría de edad ( $OR = 2.327$ ,  $IC\ 95\% [1.061 - 5.102]$ ). En relación al tiempo de evolución de consumo, el 63.52% de los usuarios que iniciaron el consumo de alcohol antes de los 18 años contaban con un periodo promedio de 116 meses (9 años) de evolución a su ingreso ( $p = 0.43$ ), el 44.7% con un patrón final mayor a tres litros de destilados por semana ( $p = 0.86$ ), el 77.64% con un periodo máximo de abstinencia continua menor a 6 meses y el 69.41% con un deseo de ingesta de alcohol a su ingreso ( $p = 0.54$ ).

La edad promedio de inicio de consumo de cannabis en usuarios en estancia residencial fue a los 14.84 años con una desviación estándar de 2.28 años. El 50% de los usuarios menores de 18 años presentaron el diagnóstico de dependencia a cannabis ( $X^2 = 33.027$ ,  $gl = 1$ ,  $p = 0.000$ ) con un riesgo 1.7 veces mayor en comparación con aquellos usuarios que comenzaron su consumo de cannabis después de los 18 años de edad ( $OR = 1.778$ ,  $IC\ 95\% [1.482 - 2.132]$ ). El 25% de los usuarios con dependencia a cannabis indicaron una evolución de consumo mayor a 61 meses (5 años) a su ingreso ( $p = 0.15$ ), el 54.5% de estos usuarios con inicio de consumo cannabis menor a los 18 años de edad refirieron un patrón fin de consumo mayor a 21 cigarros por semana ( $X^2 = 6.312$ ,  $gl = 1$ ,  $p = 0.012$ ) con un riesgo 4.6 veces mayor de que los usuarios con inicio de consumo menor a los 18 años cuente a su ingreso con un patrón final mayor a 21 cigarros de cannabis por semana ( $OR = 4.645$ ,  $IC\ 95\% [1.738 - 29.233]$ ), el 75% de los usuarios con inicio de consumo de cannabis antes

de los 18 años de edad indicó un periodo máximo de abstinencia continua menor a tres meses ( $p = 0.21$ ) y el 88.6% de estos usuarios indicó deseo de consumo de cannabis a su ingreso ( $p = 0.41$ ).

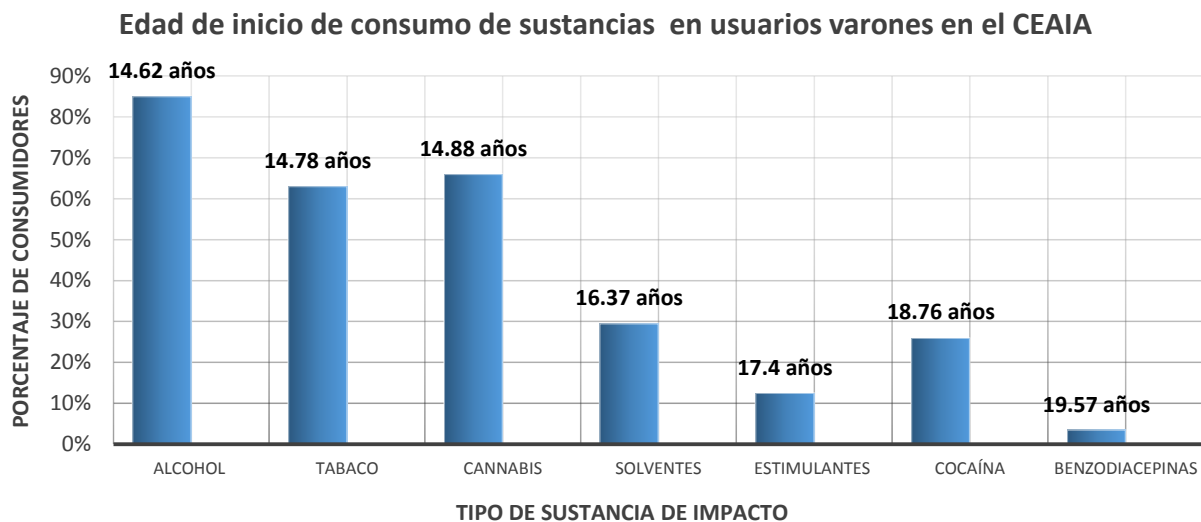
La edad promedio de inicio de consumo de solventes en usuarios en estancia residencial fue a los 16.37 años con una desviación estándar de 4.43 años. El 83.1% de los usuarios en estancia residencial comenzó el consumo de solventes antes de los 18 años de edad y el 79.66% de los usuarios menores a los 18 años de edad cumplieron criterios para el diagnóstico de dependencia a solventes a su ingreso ( $X^2 = 22.156$ ,  $gl = 1$ ,  $p = 0.000$ ) con un riesgo 35 veces mayor de cumplir con los criterios de dependencia a solventes volátiles en comparación con los usuarios que iniciaron su consumo después de los 18 años de edad (OR = 35.250, IC 95% [5.282 – 235.248]). El 23.72% de los usuarios con dependencia a solventes volátiles que comenzaron su consumo antes de los 18 años de edad refirieron una evolución consumo mayor a 40 meses (3 años) ( $p = 0.98$ ), el 35.59% de este grupo de usuarios refirió a su ingreso un patrón de consumo mayor a tres latas de 250 gramos por semana ( $p = 0.86$ ) y el 62.71% indicó deseo de consumo por solventes a su ingreso a estancia residencial ( $p = 0.76$ ).

En relación al consumo de estimulantes, la edad promedio de consumo fue de 17.40 años con una desviación estándar de 2.98 años, el 48% de estos usuarios comenzaron a consumir estimulantes antes de los 18 años de edad y cumplieron criterios diagnósticos de dependencia a estimulantes antes de cumplir los 18 años ( $X^2 = 18.132$ ,  $gl = 1$ ,  $p = 0.000$ ). El 16% de los usuarios con dependencia a estimulantes con inicio de consumo menor a la mayoría de edad refirieron a su ingreso una evolución de consumo mayor a 33 meses (2.75 años) ( $p = 0.57$ ), el 20% de los consumidores con inicio menor a los 18 años de edad refirió un patrón de consumo a su ingreso mayor a cuatro gramos de estimulantes por semana ( $p = 0.87$ ) y el 4% indicó un periodo máximo de abstinencia continua menor a cuatro meses a su ingreso ( $p = 0.95$ ).

La edad promedio de inicio del consumo de cocaína en usuarios en estancia residencial fue a los 18.76 años, con una desviación estándar de 4.6 años, el 25% de estos usuarios iniciaron a consumir cocaína antes de los 18 años de edad y cumplió con los criterios diagnósticos para dependencia cocaína antes de cumplir los 18 años de edad ( $X^2 = 19.628$ ,  $gl = 1$ ,  $p = 0.000$ ) con un riesgo 3.4

veces mayor de presentar una adicción a la cocaína en usuarios que indicó el inicio de consumo cocaína antes de edad (OR = 3.455, IC 95% [2.099 – 5.685]). El 19.23% de los usuarios con inicio de consumo de cocaína antes de los 18 años refirió una evolución mayor a 61 meses (5.08 años), 19.23% indicó un patrón final mayor a cuatro gramos de cocaína por semana ( $p = 0.18$ ) y el 32.69% presentó un periodo máximo de abstinencia continua menor a 8 meses (0.57).

La edad promedio de inicio del consumo de benzodiazepinas fue a los 19.57 años de edad con una desviación estándar de 8.94 años de edad, el 57.14% de este grupo de usuarios inicio su consumo de benzodiazepinas antes de los 18 años de edad ( $p = 0.068$ ).



**Figura 43.** Edad de inicio y progresión de consumo de sustancias en usuarios en estancia residencial en el Centro Estatal para la Atención Integral para las Adicciones.

Fuente: Funcionalidad familiar y patología dual en usuarios residenciales en Centro Estatal para la Atención Integral de las Adicciones, Hidalgo, 2015

El 73.5% de los usuarios cumplieron en estancia residencial contaba con el diagnóstico de dependencia a simultánea a más de una sustancia de abuso y el 43.53% de los usuarios que iniciaron su consumo de sustancias de abuso antes de los 18 años de edad cumplió criterios para la dependencia simultánea a más de una sustancia ( $X^2 = 13.678$ ,  $gl = 1$ ,  $p = 0.000$ ) con un riesgo 1.3 veces mayor de que los usuarios con inicio de consumo menor a los 18 años indicó la dependencia simultánea a más de dos sustancias (OR = 1.371, IC 95% [1.178 – 1.595]) y el 62.58% de los

usuarios que iniciaron su consumo de tabaco antes de los 18 años de edad cumplieron criterios para dependencia simultánea a más de una sustancia de abuso ( $X^2 = 10.349$ ,  $gl = 2$ ,  $p = 0.006$ ).

El 85% de los usuarios en estancia residencial contaban con el diagnóstico de dependencia alcohol, el 74.11% de este grupo comenzaron su consumo de alcohol antes de los 18 años de edad y cumplió criterios para dependencia simultánea a más de una sustancia de abuso ( $X^2 = 5.887$ ,  $gl = 1$ ,  $p = 0.015$ ) con un riesgo 2.3 veces mayor de que los usuarios con inicio de consumo de alcohol antes de los 18 años de edad cumplan con el diagnóstico de dependencia simultánea a más de dos sustancias de abuso a su ingreso (OR = 2.305, IC 95% [1.741 – 7.169]), el 54.11% de los usuarios con dependencia alcohol y dependencia simultánea a más de dos sustancias indicó a su ingreso una evolución de consumo mayor a 116 meses ( $X^2 = 9.901$ ,  $gl = 1$ ,  $p = 0.002$ ) con un riesgo 1.3 veces en comparación con los usuarios que iniciaron su consumo de alcohol después de los 18 años de edad (OR = 1.358, IC 95% [1.089 – 1.624]).

El 66% de los usuarios en estancia residencial contaba con el diagnóstico de dependencia a cannabis, el 93.9% de estos usuarios iniciaron su consumo antes de los 18 años de edad y el 87.12% cumplieron criterios para dependencia simultánea a más de una sustancia ( $p = 0.43$ ). El 28% de los usuarios con dependencia a cannabis con un inicio antes de los 18 años de edad y dependencia simultánea a más de una sustancia, indicó una evolución de consumo mayor a 61 meses ( $p = 0.052$ ), el 53.03% de estos usuarios refirió un patrón de consumo de cannabis a su ingreso mayor 21 cigarrillos de cannabis por semana ( $p = 0.17$ ), el 74.24% un periodo de abstinencia continuo menor a tres meses ( $p = 0.89$ ), el 87.87% refirió deseos de consumo por cannabis a su ingreso ( $p = 0.51$ ) y el 56.81% síntomas de abstinencia por supresión de consumo de cannabis ( $p = 0.73$ ).

El 29% de los usuarios en estancia residencial cumplió con el diagnóstico de dependencia a solventes volátiles, el 83.1% de estos usuarios iniciaron su consumo de solventes volátiles antes de los 18 años de edad y 83.05% cumplió criterios para dependencia simultánea a más de dos sustancias de abuso ( $X^2 = 4.984$ ,  $gl = 1$ ,  $p = 0.026$ ) con un riesgo 1.1 veces mayor para que los usuarios con dependencia a solventes que iniciaron su consumo de solventes volátiles antes de los 18 años de edad contaran con dependencia simultánea a más de dos sustancias a su ingreso (OR =

1.111, IC 95% [1.904 - 1366]). El 27.11% indicaron una evolución de consumo mayor a 40 meses ( $p = 0.11$ ), el 76.27% refirieron un periodo de abstinencia continuo menor a 4 meses ( $p = 0.098$ ), el 74.57% indicaron el deseo de consumo por solventes a su ingreso ( $p = 0.57$ ) y el 40.67% refirió un consumo mayor a tres latas de solventes por semana ( $p = 0.24$ ).

El 26% de los usuarios en estancia residencial cumplió criterios para el diagnóstico de dependencia a derivados de la cocaína, el 51% de estos usuarios iniciaron el consumo de cocaína después de los 18 años de edad ( $X^2 = 19.628$ ,  $gl = 1$ ,  $p = 0.000$ ) con un riesgo 3.4 veces mayor de que los usuarios con mayoría de edad cumplan con los criterios para dependencia a cocaína a su ingreso (OR = 3.455, IC 95% [2.099 – 5.685]). El 44% de los usuarios con dependencia a derivados de la cocaína que iniciaron su consumo antes de los 18 años de edad presentaron criterios para adicción simultánea a más de dos sustancias de abuso ( $p = 0.28$ ), el 63.46% de estos usuarios con dependencia a estimulantes y adicción simultánea a más de dos sustancias refirió un periodo de consumo de estimulantes mayor 61 meses ( $p = 0.47$ ), el 63.46% de estos usuarios indicaron iniciar su consumo menor a un gramo de derivados de cocaína ( $p = 0.47$ ), el 50% de estos usuarios a su ingreso contaba con un patrón de consumo de cocaína mayor a tres gramos por semana ( $p = 0.34$ ), el 71.15% indicó un periodo de abstinencia continua menor a 8 meses ( $p = 0.55$ ) y el 76% refirió deseo de consumo por derivados de cocaína a su ingreso ( $p = 0.61$ ).

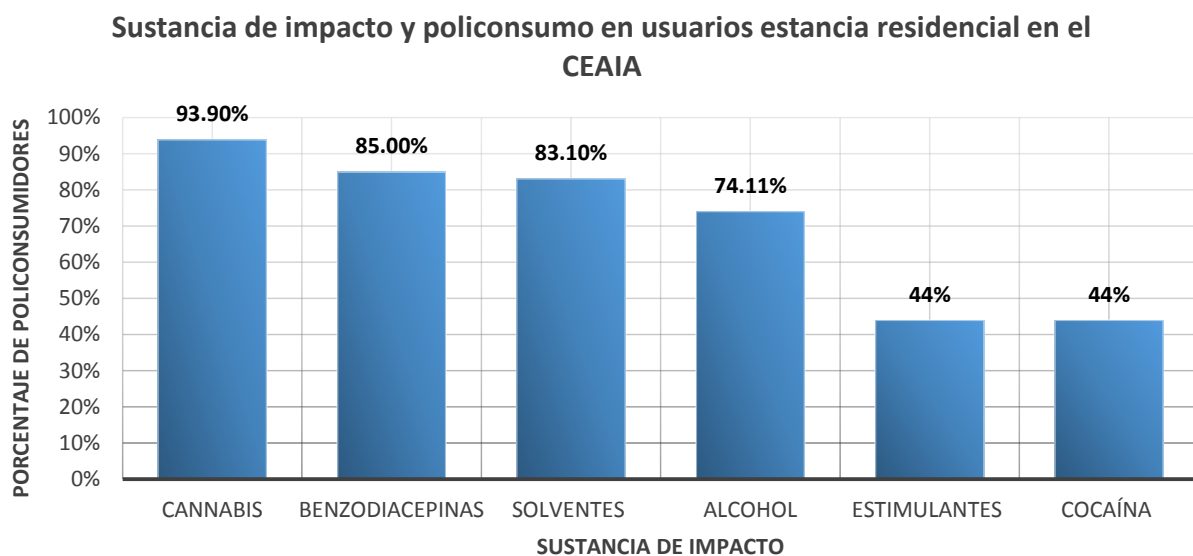
El 12.5% de los usuarios en estancia residencial presentó dependencia a estimulantes, el 44% de estos usuarios iniciaron antes de los 18 años de edad ( $X^2 = 18.132$ ,  $gl = 1$ ,  $p = 0.000$ ) y el 50% de los usuarios con dependencia a estimulantes que inició su consumo antes de los 18 años de edad contaba con el diagnóstico de dependencia simultánea a más de dos sustancias de abuso ( $p = 0.32$ ).

El 32% de los usuarios con dependencia a estimulantes con criterios de adicción a más de dos sustancias indicó una evolución de consumo mayor 33 meses ( $p = 0.17$ ), el 60% de estos usuarios inició su consumo con más de un gramo de estimulantes por semana ( $p = 0.44$ ) y el 40% indicó a su ingreso un consumo mayor a tres gramos por semana ( $p = 0.40$ ), el 72% indicó a su ingreso deseo de consumo por estimulantes ( $p = 0.10$ ) y el 92% de los usuarios con dependencia a estimulantes y criterios de adicción simultánea para más de dos sustancias de abuso refirió un



periodo de abstinencia continua menor a cuatro meses ( $X^2 = 11.979$ ,  $gl = 1$ ,  $p = 0.001$ ) con un riesgo dos veces mayor de que estos usuarios con dependencia a estimulantes y otras sustancias reporten a su ingreso una abstinencia continua menor a cuatro meses (OR = 2.000, IC 95% [1.500 – 7.997]).

El 85% de los usuarios con dependencia a benzodiazepinas cumplió criterios para la adicción simultánea a más de dos sustancias ( $p = 0.45$ ).



**Figura 44.** Sustancia de impacto y presencia de dependencia simultánea a más de dos sustancias en usuarios en estancia residencial en el Centro Estatal para la Atención Integral de las Adicciones.

Fuente: Funcionalidad familiar y patología dual en usuarios residenciales en Centro Estatal para la Atención Integral de las Adicciones, Hidalgo, 2015

El 16% de los usuarios en estancia residencial eran del género femenino, el 53% de estas usuarias eran menores de edad ( $X^2 = 4.849$ ,  $gl = 1$ ,  $p = 0.028$ ) lo cual les confirió un riesgo dos veces mayor de cumplir criterios para su ingreso a estancia residencial (OR = 2.015, IC 95% [1.072 – 3.788]).

El 81.25% de las usuarias cumplió criterio para dependencia alcohol ( $p = 0.51$ ) y el 78.12% de estas usuarias habían iniciado el consumo de alcohol antes de los 18 años de edad ( $p = 0.75$ ).

El 56.26% cumplió criterios para dependencia a cannabis ( $p = 0.20$ ) y el 100% inicio su consumo antes de los 18 años de edad ( $p = 0.24$ ). El 9.37% de cumplió criterios para dependencia a cocaína ( $X^2 = 5.472$ ,  $gl = 1$ ,  $p = 0.019$ ) con un riesgo 3.1 veces mayor de que las usuarias cumpliera con los criterios de dependencia a cocaína a su ingreso (OR = 3.111, IC 95% [1.033 – 9.372]) y el 3.12% inicio su consumo de cocaína antes de los 18 años de edad.

El 21.8% de las usuarias contaba con criterios de adicción para solventes volátiles a su ingreso ( $p = 0.30$ ) y el 71.42% inicio su consumo antes de los 18 años de edad ( $p = 0.13$ ).

El 21.87% de las usuarias contaban con criterios diagnósticos para dependencia a estimulantes ( $p = 0.08$ ) y el 71.42% inicio su consumo antes de los 18 años de edad.

El 6.25% de las usuarias presentaron adicción a las benzodiazepinas ( $p = 0.35$ ) y el 50% inicio su consumo antes de los 18 años de edad ( $p = 0.45$ ).

El 62.5% de las usuarias cumplieron criterios para dependencia simultánea a más de una sustancia a su ingreso a estancia residencial ( $p = 0.12$ ).

Como se ha observado en los resultados obtenidos en este estudio, la adolescencia y la adultez temprana son periodos claves de transición en el cual ocurren cambios sustanciales en la corteza cerebral, que comprende el desarrollo cognitivo y emocional, lo que es crucial para la vulnerabilidad del desarrollo de un trastorno por consumo de sustancias en este periodo. En adolescencia y la adultez temprana se completan la transición para el inicio de la actividad laboral, la formalización de relaciones interpersonales y sexuales y la integración del campo académico al laboral, el consumo de sustancias puede alterar estos procesos de transición (Hall et al, 2016).

La adolescencia es el periodo de mayor riesgo para el inicio de un trastorno por consumo de sustancias, este hallazgo es consistentemente reportado en la mayoría de los estudios realizados en adolescentes y adultos jóvenes con un trastorno por consumo de sustancias, la frecuencia de consumo se incrementa en la mitad de la adolescencia y alcanza su pico en la adultez temprana y la edad de inicio en estudios de cohortes es similar en todos los estudios: 16 años de edad. La primera sustancia de consumo es el alcohol con un rango de edad de inicio de consumo de 16 a 19 años, la edad promedio de consumo de la cannabis en la mayoría de los países se encuentra entre los 18 a 19 años de edad y la edad media de inicio de consumo de cocaína a los 21 a 24 años. La revisión realizada por la OMS sobre los estudios de cohorte prospectivos disponibles acerca de la edad de inicio y progresión de consumo de sustancias sitúa al alcohol como primera sustancia de abuso de consumo entre los 14 y 21 años de edad, seguida del consumo de tabaco entre los 15 a 21 años de edad, la tercera sustancia de consumo es la cannabis con un rango de inicio de consumo de los 16 a 21 años de edad y la cuarta sustancia de consumo fue la cocaína con una edad promedio de inicio de los 21 a 28 años de edad (Degenhardt, 2008).

La adolescencia es un periodo caracterizado por el crecimiento, desarrollo y maduración de los sistemas neuronales encargados de la conformación de las funciones ejecutivas y cuyo sustrato son los lóbulos frontales y el giro cingular anterior. Las funciones ejecutivas comprenden la capacidad de toma de decisiones, el control de impulsos, automonitoreo y regulación emocional, el desarrollo de estas funciones inicia en la infancia y continua durante la adolescencia y está íntimamente asociado con el sistema límbico, los ganglios basales y el cerebelo (Bartzokis, 2001). Dos procesos de maduración y modelación neuronal tienen lugar durante la adolescencia, el primero de ellos es la mielinización de las fibras nerviosas lo cual incrementa la velocidad de procesamiento ante los estímulos y demandas del medio ambiente, este proceso inicia a la edad de 4 años y concluye aproximadamente a los 44 años de edad. El segundo proceso involucrado en la maduración encefálica y, particularmente en las funciones ejecutivas, es la poda neuronal (pruning), que consiste en la remoción del exceso de conexiones sinápticas no involucradas en el desarrollo y maduración de las funciones ejecutivas, coordinación motora y aprendizaje con la finalidad de incrementar la eficacia de los procesos cognitivos a través del mantenimiento y creación de las vías neuronales involucradas en los procesos mencionados previamente (Sowell, 1999).

La conectividad neuronal durante la adolescencia está mediada por el desarrollo en paralelo de las conexiones sinápticas por medio de la maduración de los sistemas de neurotransmisión, el sistema más relevante en este proceso es el sistema dopaminérgico, este circuito se origina en el Área tegmental ventral, se proyecta al Núcleo Accumbens y a la corteza prefrontal, este circuito denominado vía mesocortical libera dopamina desde el Área tegmental ventral en respuesta a una amplia variedad de estímulos y reforzadores ambientales como la sed, la alimentación y el consumo de sustancias de abuso. Durante la adolescencia, la cantidad de receptores dopaminérgicos en la corteza prefrontal alcanzan su mayor densidad, lo cual vuelve más vulnerables a los adolescentes de desarrollar un trastorno por consumo de sustancias, la densidad de estos receptores disminuyen conforme se realiza la poda neuronal durante la adultez temprana, no obstante, la hiperactividad de las neuronas dopaminérgicas mediada por el consumo de sustancias de abuso, altera el desarrollo de otros sistemas de neurotransmisión como el sistema Gabaérgico encargado de inhibir las neuronas noradrérgicas, facilitando la actividad glutamatérgica y disminuyendo la actividad serotoninérgica, lo cual se expresa en una disminución en el control de impulsos y disminución de las conductas relacionadas con la evitación de daño (mediada por el sistema serotoninérgico), incremento en la agresividad y búsqueda de novedad (mediada por el sistema noradrenérgico) y disminución de la actividad inhibitoria gabaérgica en el eje hipotalámico – hipofisario – adrenal con la consiguiente liberación de cortisol reforzando los estímulos negativos (abstinencia) durante el consumo de sustancias (Schepis, 2008).

Los cambios neurobiológicos durante la adolescencia contribuyen al desarrollo de tres factores conductuales incrementan el riesgo para el desarrollo de un trastorno por consumo de sustancias: el incremento en la afiliación a los pares, disminución del monitoreo por parte de los padres e inicio de conductas de riesgo. La transición de la adolescencia a la edad adulta requiere un cambio en la dependencia de los padres y un incremento en las redes de apoyo de los pares, la dependencia a los pares coincide con el aumento de los niveles de conflicto entre padres y adolescentes, lo cual implica una disminución en la cercanía y tiempo compartido por los adolescentes y padres y un impacto adverso en el monitoreo de los padres. Este proceso de transición conlleva un riesgo en aquellos adolescentes con una necesidad mayor de estimulación (déficit en el sistema de recompensa mediada por el sistema dopaminérgico), bajo control de impulsos, fluctuación de estado de ánimo (déficit en el sistema serotoninérgico) y déficit en la toma de decisiones (déficit

en el sistema noradrenérgico), la combinación de estos factores biológicos característico del desarrollo neuronal del adolescente pueden ser potenciados por el inicio de consumo de sustancias y favorecer el desarrollo de una adicción en la adultez temprana (Bjork, 2004).

- Usuarios con dependencia alcohol en estancia residencial en el CEAIA

El alcoholismo, una enfermedad presente en alrededor del 2,3% de la población mundial, se caracteriza por la persistencia de un consumo compulsivo de alcohol a pesar de sus consecuencias adversas graves y por patrones intermitentes de consumos excesivos seguidos de periodos de abstinencia, los cuales son interrumpidos por el fuerte deseo de consumo de alcohol (craving) (Global status report on alcohol and health. OMS, 2014).

Aproximadamente cada año dos mil millones de personas consumen alcohol, lo cual corresponde al 40% de la población mundial mayor de 15 años (2 de cada 5 personas). Cada año se producen 3,3 millones de muertes en el mundo debido al consumo nocivo de alcohol, lo que representa un 5,9% del total de las defunciones. El uso nocivo de alcohol es el factor causal de más de 200 enfermedades y trastornos, representa el 5,1% de la carga mundial de la morbilidad y de lesiones atribuidas al consumo de alcohol, que es calculado en términos de la esperanza de vida ajustada en función de la discapacidad (EVAD), asimismo, El consumo de alcohol provoca defunción y discapacidad a una edad relativamente temprana en el grupo etario de 20 a 39 años, un 25% de estas defunciones son atribuibles al consumo de alcohol. Existe una relación causal entre el consumo nocivo de alcohol y una serie de trastornos mentales y comportamentales, además de las enfermedades no transmisibles y los traumatismos. Más allá de las consecuencias sanitarias, el consumo nocivo de alcohol provoca pérdidas sociales y económicas importantes, tanto para las personas como para la sociedad en su conjunto (OMS, 2015).

La Encuesta Nacional de Adicciones 2011, indicó una prevalencia en México del 71.3% en la población total de 12 a 65 años, quienes han consumido alcohol alguna vez en la vida (80.6% hombres y 62.6% mujeres) y en el último año la prevalencia de consumo fue del 51.4% (62.7% hombres y 40.8% mujeres). El consumo diario de alcohol en la población total es poco frecuente

(0.8%) y es significativamente mayor en los hombres (1.4%) en comparación con las mujeres (0.2%). El consumo de grandes cantidades de forma periódica (atracones) es la forma más común en la población general (32.8%) y principalmente en los hombres (47.2%) más que en las mujeres (19.3%). El consumo consuetudinario tiene una prevalencia del 5.4%. Por sexo, el porcentaje en los hombres es de 9.6% y en las mujeres de 1.4%. La posible dependencia alcohol en la población total es del 6.2% y se presenta en el 10.8% de los hombres y en el 1.8% de las mujeres (ENA, 2011).

En la población adolescente, se encontró que el 42.9% ha consumido alcohol alguna vez en la vida, cifra que corresponde al 46.0% en los hombres y al 39.7% en las mujeres. En el último año, la prevalencia de consumo fue 30.0%, (31.8% hombres y 28.1% mujeres). El 4.1% de los adolescentes presentaron dependencia al alcohol (ENA, 2011).

a) Características sociodemográficas de usuarios con dependencia alcohol en estancia residencial en el CEAIA.

El 85% de los usuarios en estancia residencial cumplió criterios diagnósticos para dependencia alcohol.

El 15.29% de los usuarios con dependencia alcohol en estancia residencial eran mujeres, al razón hombre/mujer fue de 5:1.

El 32.94% de los usuarios con dependencia alcohol en estancia residencial eran menores de edad ( $X^2 = 4.602$ ,  $gl = 1$ ,  $p = 0.032$ ), lo cual confirió un riesgo 2.3 veces mayor para establecer el diagnóstico de dependencia alcohol en menores de 18 años a su ingreso (OR = 2.327, IC 95% [1.061 – 5.102]) y el 96.47% de los usuarios con dependencia alcohol en estancia residencial iniciaron su consumo de alcohol antes de los 18 años de edad ( $X^2 = 192.204$ ,  $gl = 1$ ,  $p = 0.000$ )

El nivel de escolaridad más prevalente en los usuarios con dependencia alcohol en estancia residencial fue la escolaridad secundaria, seguida del nivel primaria. El 80.58% de estos usuarios

abandonaron la actividad escolar antes de los 18 años, el 49.41% la suspendieron por consumo de sustancias y el 17.64% por inicio de actividad laboral.

Escolaridad en usuarios en estancia residencial con el diagnóstico de dependencia alcohol					
Nivel de escolaridad		Motivo de abandono de escolaridad		Edad de abandono de escolaridad	
	Porcentaje		Porcentaje		Porcentaje
Analfabeta	1.17	Bajos ingresos	4.11	Suspensión de actividad escolar antes de los 18 años	80.58
Primaria incompleta	2.94	Actividad laboral	17.64		
Primaria completa	22.35	Rendimiento escolar	9.41		
Secundaria	49.41	Expulsión	8.82		
Bachillerato	20.00	Migración	1.17	Suspensión de actividad escolar después de los 18 años	19.42
Carrera técnica	0.58	Vida conyugal	7.05		
Licenciatura	2.94	Consumo de sustancias	49.41*		
Posgrado	0.58	Otras	2.35		

**Tabla 351.** Características sociodemográficas: escolaridad de usuarios con dependencia alcohol en estancia residencial en el Centro Estatal para la Atención Integral de las Adicciones.

Fuente: Funcionalidad familiar y patología dual en usuarios residenciales en Centro Estatal para la Atención Integral de las Adicciones, Hidalgo, 2015

\* ( $X^2 = 5.848$ ,  $gl = 1$ ,  $p = 0.016$ ,  $OR = 1.484$ ,  $IC\ 95\% [1.140 - 1.933]$ )

En el presente estudio la asociación entre el consumo de sustancias y el abandono escolar fue positiva, el consumo de drogas, legales e ilegales, se relaciona, como causa y como efecto, con la deserción escolar. Diversos estudios muestran la relación entre las dificultades y bajas aspiraciones académicas de los adolescentes y el consumo de sustancias de abuso. La deserción escolar está asociada con el inicio de conductas de alto riesgo como el consumo de tabaco, alcohol y drogas ilegales; los adolescentes que consumen alcohol y tabaco tienen un menor desempeño académico, pero también, los que han abandonado los procesos escolares presentan mayor proclividad y riesgo para iniciar el consumo de sustancias legales e ilegales antes de la mayoría de edad. Un estudio transversal realizado en los Centros de Integración Juvenil en 2009, demostró que los estudiantes de educación media básica (secundaria) que habían abandonado la escuela tenían un riesgo 1.2 veces mayor de usar drogas ilegales que los que se encontraban incorporados a la escuela y el 21.6% de los adolescentes que aceptaron haber consumido drogas al menos una vez en su vida reportaron no

estudiar. La deserción escolar, como condición que expone a los adolescentes al consumo de sustancias de abuso, incrementa la probabilidad de usar marihuana cuando se las ofrecen y el riesgo se incrementa hasta 69 veces más de iniciar el consumo de una sustancia de abuso en comparación con sus compañeros que sí se encuentran incorporados a la escuela. La probabilidad de iniciar el consumo de sustancias de abuso aumenta 21 veces más para aquellos que tienen entre 18 y 34 años de edad y no concluyeron el nivel escolar secundaria. Considerando que al menos el 20% de los adolescentes del país reportaron no acudir a la escuela, resulta que de los jóvenes desertores con problemas de adicción al alcohol, son cuando menos el 10% de la población adolescente a nivel nacional (González Sánchez, 2009).

El 48.28% de los usuarios que iniciaron el consumo de alcohol menor a los 18 años habían abandonado la actividad escolar por el consumo de sustancias ( $p = 0.423$ ) y el 55.29% de los usuarios con consumo de alcohol en menores de 18 años inició su actividad laboral antes de los 15 años de edad ( $p = 0.649$ ).

El 57.64% de los usuarios en estancia residencial con dependencia alcohol inicio su actividad laboral antes de los 15 años de edad ( $p = 0.92$ ), el 62.94% de estos usuarios se encontraban desempleados en el momento de su ingreso ( $p = 0.98$ ) y el 61.17% de los usuarios suspendieron su actividad laboral por consumo de sustancias ( $p = 0.90$ ).

Actividad laboral en usuarios en estancia residencial con el diagnóstico dependencia alcohol					
Actividad laboral actual		Motivo de abandono laboral		Inicio de actividad laboral	
	Porcentaje		Porcentaje		Porcentaje
Estudiante	7.64	Consumo de sustancias	61.17	Inicio de actividad laboral antes de los 15 años	57.64%
Empleado	16.47				
Autoempleado	12.94	Ingreso a unidad residencial	38.83	Inicio de actividad laboral después de los 15 años	42.36%
Desempleado	62.94				

**Tabla 352.** Características sociodemográficas: actividad laboral en usuarios con dependencia alcohol en usuarios en estancia residencial en el Centro Estatal para la Atención Integral para las Adicciones.

Fuente: Funcionalidad familiar y patología dual en usuarios residenciales en Centro Estatal para la Atención Integral de las Adicciones, Hidalgo, 2015



El 62.95% de los usuarios en estancia residencial con el diagnóstico de dependencia alcohol con eran solteros, el 13.52% se encontraban en unión libre, el 5.29% estaba casado, el 16.47% separado y el 1.8% divorciado.

El 32.94% de los usuarios en estancia residencial con diagnóstico de dependencia alcohol indicaron a su ingreso contar con antecedentes penales y el 17.64% contaba por lo menos con el antecedente de internamiento en un Centro de Ayuda Mutua.

b) Usuarios con dependencia alcohol y consumo simultáneo de otras sustancias

El 61.76% de los usuarios con el diagnóstico de dependencia alcohol cumplió criterios diagnósticos para el diagnóstico de dependencia a cannabis, su asociación fue positiva ( $X^2 = 9.056$ ,  $gl = 1$ ,  $p = 0.003$ ) y confirió un riesgo 1.4 veces mayor de que los usuarios con dependencia alcohol reportaran a su ingreso una dependencia simultánea a cannabis (OR = 1.457, IC 95% [1.232 – 1.724]).

El 82.53% de los usuarios con dependencia alcohol que iniciaron su consumo antes de los 18 años de edad presentó una dependencia simultánea a cannabis con una asociación positiva ( $X^2 = 5.356$ ,  $gl = 1$ ,  $p = 0.021$ ) confiriendo un riesgo 3.8 veces mayor en usuarios con inicio de consumo de alcohol antes de los 18 años de edad de cumplir criterios para el diagnóstico de una dependencia simultánea a cannabis a su ingreso (OR = 3.805, IC 95% [1.633 – 22.857]).

El diagnóstico de dependencia a más de una sustancia de forma simultánea o policonsumo de sustancias es una práctica frecuente entre los adolescentes y jóvenes adultos y la combinación entre alcohol y marihuana es la más común. La dependencia a ambas sustancias se ha asociado con la presentación a edades más temprana de disfunciones en el área escolar, social y familiar. La prevalencia de del consumo de ambas sustancias entre adolescentes y adultos oscila en el rango del 23 al 34% (Moss, 2014).

En el presente estudio la prevalencia del consumo simultáneo de alcohol y cannabis fue mucho mayor a la reportada por Moss y colaboradores: 61.76% en nuestra muestra general y 82.53% en menores de 18 años vs 34% en el estudio realizado por Moss y colegas.

La dependencia dual de alcohol y cannabis se ha asociado con un incremento en el consumo de alcohol y los problemas relacionados con su ingesta. En diversos estudios, los adolescentes y adultos con dependencia alcohol y consumo de cannabis muestran un mayor consumo de alcohol comparados con aquellos que sólo presentan dependencia alguna de ambas sustancias. Esta comorbilidad se ha asociado con un curso más insidioso de la adicción y un peor pronóstico (Terry-Mc Elrath, 2013)

En el estudio transversal realizado por Jumi Hayaki y colaboradores sobre la comorbilidad entre el consumo de alcohol y cannabis en una muestra de 523 participantes, el 27.4% cumplió criterios para dependencia alcohol ( $n = 84$ ), el 34.9% para dependencia a cannabis ( $n = 107$ ) y el 37.8% criterios para la dependencia simultanea de alcohol y cannabis. Su análisis confirmó una prevalencia mayor de problemas derivados del consumo simultáneo de alcohol y cannabis en comparación con quienes sólo consumían una sustancia, asimismo, se reportó mayor consumo de alcohol y cannabis en individuos con una dependencia dual en comparación con aquellos que sólo consumían una sola sustancia (Hayaki J, 2016).

En concordancia con los hallazgos realizados por Jumi Hayaki y colaboradores, en el presente estudio se encontró una asociación positiva entre el consumo de alcohol mayor a 116 meses (9 años) y la dependencia a cannabis ( $X^2 = 9.798$ ,  $gl = 1$ ,  $p = 0.002$ ,  $OR = 1.536$ ,  $IC\ 95\% [1.134 - 2.079]$ ), el patrón final de consumo de alcohol mayor a tres litros por semana y dependencia cannabis ( $X^2 = 6.083$ ,  $gl = 1$ ,  $p = 0.014$ ,  $OR = 2.197$ ,  $IC\ 95\% [1.170 - 4.126]$ ), un periodo de abstinencia continua de consumo de alcohol menor a tres meses y dependencia a cannabis ( $X^2 = 3.892$ ,  $gl = 1$ ,  $p = 0.45$ ,  $IC\ 95\% [1.954 - 2.027]$ ) y síntomas de abstinencia por consumo de alcohol a su ingreso a estancia residencial y dependencia a cannabis ( $X^2 = 18.513$ ,  $gl = 1$ ,  $p = 0.000$ ,  $OR = 8.943$ ,  $IC\ 95\% [2.854 - 28.021]$ ). De acuerdo a las asociaciones y los riesgos relativos encontrados en este estudio entre el patrón de consumo de alcohol y la dependencia a cannabis, es evidente que

la asociación de ambas sustancias incrementa el tiempo de consumo de alcohol, la ingesta de alcohol por semana, disminuye los periodos de abstinencia de alcohol e incrementa los síntomas de supresión etílica.

El 25.82% de los usuarios con el diagnóstico de dependencia alcohol cumplió criterios para dependencia a solventes volátiles, su asociación fue positiva ( $X^2 = 7.132$ ,  $gl = 1$ ,  $p = 0.008$ ) y confirió un riesgo 1.9 veces mayor en para establecer el diagnóstico de dependencia a solventes volátiles en usuarios con dependencia alcohol (OR = 1.932, IC 95% [1.245 – 2.997]).

El consumo de alcohol se ha asociado como una puerta de enlace para el consumo de otras sustancias como la marihuana y otras drogas duras como los solventes volátiles, la cocaína, la cocaína base y la heroína en la adolescencia. Ding y coladores demostraron que el inicio de consumo de tabaco es seguido por el consumo de alcohol, de cannabis y posteriormente de solventes volátiles (Ding K, 2009). El uso de inhalantes generalmente están asociados con el consumo de otras sustancias de forma simultánea, especialmente el consumo de alcohol y marihuana, Souza y colaboradores realizaron un estudio clínico en estudiantes de nivel medio superior en tres escuelas de San Paulo, Brasil, encontraron que aquellos estudiantes con un patrón de consumo mayor de alcohol tenía un mayor riesgo de iniciar el consumo de solventes volátiles (Souza, 2003), los datos mostrados por Souza y hallados en el presente estudio son concordantes con el estudio realizado por Silva-Oliveira y colaboradores en una población de 936 adolescentes entre las edades de 15 a 19 años, quienes mostraron una prevalencia de consumo de solventes volátiles del 7.9% y una prevalencia de consumo de solventes volátiles asociados a otras sustancias de abuso del 3.9%, además, la asociación entre consumo de alcohol y solventes volátiles fue positiva ( $p < 0.000$ ) y confirió un riesgo 5.02 veces mayor en comparación con aquellos que no consumían alcohol (OR = 5.02, IC 95% [2.57 – 9.81]) (Silva-Oliveira F, 2014).

En el presente estudio se encontró una prevalencia mayor de la comorbilidad entre el consumo de alcohol y solventes volátiles a la indicada por Silva – Olivera y colaboradores (3.9% vs 25.82%) y un riesgo relativo menor en los expuestos (1.9 vs 5.02).

El 9.41% de los usuarios con dependencia alcohol cumplieron criterios diagnósticos para dependencia a estimulantes, su asociación fue positiva ( $X^2 = 9.882$ ,  $gl = 1$ ,  $p = 0.002$ ) y confirió un riesgo 3.1 veces mayor de que los usuarios con dependencia alcohol cumpliera criterios a su ingreso para dependencia a estimulantes ( $OR = 3.188$ ,  $IC\ 95\% [1.554 - 6.539]$ ).

El consumo de estimulantes de tipo éxtasis ha incrementado debido a la disminución de los costos de su producción y está asociado con la cultura del policonsumo de drogas recreativas en jóvenes que buscan incrementar el placer asociado al consumo de alcohol. En los países occidentales, el éxtasis ha sido complementado con otros estimulantes: el 61% de las muestras de este estimulante ha sido asociado con metanfetaminas y el 40% con cocaína. La mayoría de los consumidores de estimulantes lo hacen junto con alcohol o marihuana (Sindicich & Burns, 2013).

Los estimulantes facilitan el consumo de alcohol debido a que complementan los efectos de los estimulantes, los cuales prolongan e intensifican los efectos eufóricos iniciales por la intoxicación con alcohol y disminuyen sus efectos sedantes posteriores y el alcohol disminuye el efecto ansiogénico de los estimulantes y facilitan mayores cantidades de ingesta de alcohol, debido a estas asociaciones derivadas de sus propiedades farmacodinámicas y farmacocinéticas, es común que el consumo de estimulantes, cuando se relaciona con el alcohol, sea por medio de una ingesta de altas cantidades de alcohol (atracones) (Hakkarainen & Metso, 2009).

Rebecca Mcketin y colaboradores realizaron un estudio clínico para evaluar la asociación entre el consumo de estimulantes y el consumo de alcohol en población australiana, la muestra comprendió a 26,648 sujetos con una edad comprendida entre los 15 a los 30 años de edad, los autores de este estudio hallaron una asociación positiva entre consumo de estimulantes y atracones de alcohol, esta última conducta confirió un riesgo 7.5 veces mayor de consumir estimulantes a partir de una ingesta mayor de 21 bebidas estándar por día (Mcketin R, 2014), los datos obtenidos por Rebeca y colegas puede explicar el patrón de consumo de estimulantes en usuarios en estancia residencial con dependencia alcohol referido como consumo de estimulantes una vez por semana asociado a la ingesta de grandes cantidades de alcohol, principalmente en contextos recreativos, asimismo, el

riesgo para el consumo de alcohol y estimulantes encontrado por Rebecca y colegas (7.5) fue mayor al hallado en el presente estudio (3.1).

El 74.11% de los usuarios con dependencia alcohol que inicio su consumo antes de los 18 años de edad cumplió criterios diagnóstico para la dependencia simultánea a más de dos sustancias a su ingreso a estancia residencial ( $X^2 = 5.887$ ,  $gl = 1$ ,  $p = 0.015$ ) confiriendo un riesgo 2.3 veces mayor a los usuarios con inicio de consumo de alcohol antes de los 18 años de edad de presentar dependencia simultánea a más de una sustancia a su ingreso (OR = 2.305, IC 95% [1.741 – 7.169]).

Los pacientes que han reportado iniciar el consumo de drogas con alcohol, más de la mitad (60.1%) consumieron una segunda droga, la droga de elección fue la marihuana en el 30% y de los pacientes que continuaron su consumo con dos drogas, el 59.3% paso al consumo de una tercera droga, en el 25.4% de estos pacientes, la tercera droga de consumo fue la cocaína (Perfil Epidemiológico de las Adicciones, México, 2010).

En el presente estudio, los usuarios que iniciaron su consumo con alcohol antes de los 18 años de edad, indicaron que la segunda droga de consumo fue la marihuana en el 61.17%, seguido por el consumo de solventes en el 25.29%, la tercera droga de consumo fue al cocaína (clorhidrato de cocaína y cocaína base) en el 24.11%, la cuarta droga consumida por estos pacientes fueron los estimulantes (anfetaminas y metanfetaminas) en el 9.41 y en último lugar las benzodicepinas en el 2.94%.

Flórez-Salamanca y colaboradores realizaron un análisis sobre los datos proporcionados por el National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions (NESARC) para determinar los predictores para la transición entre el abuso a la dependencia de una o más sustancias, a partir de una muestra de 7802 personas con abuso de alcohol, durante el primer año posterior al establecimiento del diagnóstico de abuso de alcohol, el 4.5% de esta muestra cumplió criterios para el diagnóstico de dependencia alcohol, de manera retrospectiva, la estimación de la probabilidad acumulada para la transición de abuso a dependencia alcohol fue del 16.7% y la probabilidad

estimada a lo largo de la vida fue del 26.6%: el periodo de tiempo promedio para la transición entre el abuso y la dependencia de alcohol fue 3.16 años a partir de la edad de inicio de consumo de alcohol ( $p = < 0.001$ ). La edad promedio de inicio de consumo de alcohol fue a los 14 años de edad, entre más temprano es el inicio del consumo de alcohol, mayor es el riesgo de transitar del abuso a la dependencia y los individuos con una dependencia alcohol tiene una mayor probabilidad de transitar de la dependencia alcohol a abuso de la cannabis y, posteriormente, el uso de cocaína, asimismo, se reportó un incremento progresivo en la ingesta de alcohol en la transición entre el abuso y la dependencia derivado en este estadio un consumo compulsivo (Flórez-Salamanca, 2013).

Acorde con lo expuesto anteriormente, el 54.11% de los usuarios en estancia residencial iniciaron su consumo de alcohol antes de los 18 años y presentaron un periodo de consumo mayor a 116 meses (9 años) cumplieron criterios diagnósticos para la dependencia simultánea a más de una sustancia ( $X^2 = 9.901$ ,  $gl = 1$ ,  $p = 0.002$ ) y un riesgo 1.3 veces mayor en comparación con aquellos usuarios con un tiempo menor de consumo ( $OR = 1.358$ ,  $IC\ 95\% [1.089 - 1.694]$ ), asimismo, el 29.41% los usuarios con inicio de consumo de alcohol menor a los 18 años indicaron un patrón actual de consumo caracterizado por la ingesta de más de tres litros de destilados al día ( $X^2 = 11.430$ ,  $gl = 1$ ,  $p = 0.001$ ) con un riesgo 3.4 veces mayor de cumplir criterios para el diagnóstico de dependencia simultánea a más de una sustancias en comparación con los usuarios con un patrón de consumo actual menor a tres litros de destilados por semana ( $OR = 3.480$ ,  $IC\ 95\% [1.653 - 7.326]$ ).

La dependencia alcohol se caracteriza por episodios de ingesta compulsiva de alcohol precedidos por periodos intermitentes de abstinencia que son interrumpidos por un deseo intenso de consumo por reiniciar la ingesta de alcohol, que puede ser desencadenado por la exposición a señales ambientales o emocionales previamente condicionadas al consumo de alcohol, este deseo de consumo o craving, juega un papel importante en el proceso de recaída. El Craving o deseo de consumo es definido como una experiencia subjetiva caracterizada por el deseo imperioso de ingesta de alcohol. Este término fue reconocido por primera vez en 1955, esta experiencia de deseo de consumo se ha identificado como un continuum asociado con las emociones negativas, el estrés,

la ansiedad y el tiempo de continuo de abstinencia perpetuando la dependencia alcohol (Sinha R, 2009).

De acuerdo con lo anteriormente expuesto, el 40% de los usuarios con dependencia alcohol con un patrón de consumo mayor a tres litros de destilados al día indicaron la presencia de deseo de consumo (craving) por alcohol a su ingreso ( $X^2 = 13.894$ ,  $gl = 1$ ,  $p = 0.000$ ) confiriendo un riesgo 4 veces mayor de presentar deseo de consumo de alcohol a su ingreso cuando se indica un patrón de consumo mayor de tres litros de destilados por semana (OR = 4.046, IC 95% [1.887 – 8.679]), el 11.76% de los usuarios con síntomas de abstinencia alcohol refirieron a su ingreso deseos de consumo de alcohol (craving) ( $X^2 = 6.273$ ,  $gl = 1$ ,  $p = 0.012$ ) y riesgo 8.9 veces mayor para presentar síntomas de abstinencia asociados a deseo de consumo por alcohol (OR = 8.932, IC 95% [1.163 – 68.571]) y el 2.9% de los usuarios con dependencia alcohol y policonsumo de sustancias también presentaron deseo de consumo (craving) por alcohol a su ingreso ( $X^2 = 34.141$ ,  $gl = 1$ ,  $p = 0.000$ ), confiriendo un riesgo de 15.1 veces mayor de presentar deseo de consumo por alcohol a su ingreso cuando se cumplen criterios para la dependencia simultánea a más de una sustancia.

Cada uno de estos marcadores, el periodo de tiempo de evolución de consumo, el deseo de consumo (craving) y la asociación de consumo de alcohol con otras sustancias, son factores de riesgo para el reinicio de consumo. La recaída o reinicio de ingesta de alcohol después de un periodo breve o prolongado de abstinencia es a menudo precedido por un incontrolable deseo de consumo (craving), lo cual contribuye significativamente a retrasar la recuperación de la dependencia alcohol y la asociación del consumo de alcohol con síntomas de abstinencia, produce una alteración en los circuitos neuronales involucrados en la regulación emocional y la toma de decisiones, que juegan un papel clave para precipitar la recaída, la desregulación emocional y el déficit en las funciones frontales, la alteración de estos circuitos, mediados por la amígdala y la corteza prefrontal, favorecen la presentación de intensos deseos de consumo de alcohol, una mayor ingesta de alcohol para regular el estado emocional y mayor vulnerabilidad para el consumo de alcohol ante presencia de síntomas de abstinencia caracterizados síntomas cognitivos y emocionales como la ansiedad, emociones negativas y la baja tolerancia a estresores cotidianos y síntomas fisiológicos

como alteraciones del sueño (insomnio) y fatiga mediado por la alteración crónica del eje hipotalámico – hipofisario – adrenal y el sistema nervioso autónomo (Beck A, 2012).

c) Usuarios con dependencia alcohol y antecedentes de salud mental

El 22.35% de los usuarios con el diagnóstico de dependencia alcohol contaban con el antecedente de atención psicológica previa a su ingreso, el 10% con el antecedente de atención psiquiátrica y el 9.41% con el antecedente de tratamiento psicofarmacológico previo a su ingreso.

El 25% de los usuarios con dependencia alcohol indicaron el antecedente de intento suicida a su ingreso.

d) Usuarios con dependencia alcohol y antecedentes de maltrato infantil

El inicio de consumo de alcohol a edad temprana ha sido definido como la ingesta de alcohol antes de los 14 años de edad y se ha identificado como un factor de riesgo para múltiples problemas en la vida adulta como la dependencia alcohol, conductas sexuales de riesgo, dependencia a sustancias ilícitas y conductas antisociales. El maltrato infantil en cualquiera de sus modalidades y la disfunción familiar, se han mostrado como predictores consistentes para el comienzo de consumo de alcohol a una edad temprana (Ellickson, 2003).

El maltrato infantil, tradicionalmente se conceptualiza como la experimentación en la infancia de maltrato de tipo físico, de tipo emocional, abuso sexual, violación, disfunción familiar y separación de ambos padres. Un amplio cuerpo de investigación ha asociado la exposición de adversidades sufridas en la infancia y en la adolescencia con una amplia gama de trastornos psiquiátricos, edad temprana de consumo de alcohol, consumo de sustancias ilícitas, separación marital y baja productividad en la edad adulta (Mersky, 2013). Las adversidades más frecuentemente asociadas al inicio de consumo de alcohol a edad temprana son la separación de uno o ambos padres, el maltrato



infantil de tipo físico y emocional, la violencia doméstica, trastornos psiquiátrico no tratados en uno o en ambos padres y antecedentes penales en uno o ambos padres (Dube, 2006).

El inicio de consumo de alcohol antes de los 14 años de edad se asocia con una constelación de factores de riesgo concurrentes, la exposición acumulativa de adversidades (dosis - respuesta) incrementa la probabilidad de iniciar el consumo de alcohol en la infancia y adolescencia (Rothman, 2008).

En el presente estudio se encontró una asociación positiva entre la dependencia alcohol y el antecedente de abuso sexual ( $X^2 = 16.718$ ,  $gl = 1$ ,  $p = 0.000$ ) confirmando un riesgo 10.3 veces mayor de cumplir criterios para dependencia alcohol en usuarios con el antecedente de abuso sexual (OR = 10.375, IC 95% [2.729 – 39.448]) y el antecedente de violación ( $X^2 = 10.104$ ,  $gl = 1$ ,  $p = 0.001$ ) con un riesgo 8.5 veces mayor para cumplir con el diagnóstico de dependencia alcohol cuando se cuenta con el antecedente de violación en la infancia (OR = 8.564, IC 95% [1.812 – 40.468]).

En el estudio comparativo realizado por María A. Ramos-Olazagasti en dos cohortes de adolescentes de Puerto Rico y la Ciudad de Nueva York con una muestra de 1259 adolescentes, encontraron que la prevalencia de maltrato infantil es más común en familias cuyos padres estaban separados o divorciados (64%) y en las familias altamente disfuncionales (25.4%). En el 87% de la muestra se indicó por lo menos la experimentación de un tipo de maltrato infantil por los participantes, el 58.52% experimento al menos dos tipos de maltrato infantil y el 18.22% experimento más de cuatro tipos de maltrato infantil de forma simultánea. No se hallaron diferencias significativas en el número de adversidades por género, pero los niños tuvieron una mayor probabilidad de experimentar abandono, abuso físico y violencia. El riesgo para el inicio de consumo de alcohol antes de los 14 años de edad es 3.3 veces mayor en comparación con los no expuestos, no se encontraron diferencias por género o por el contexto sociocultural en ambas muestras. De manera general, el maltrato infantil de tipo físico, emocional, el consumo de sustancias por uno o ambos padres y la exposición a violencia intrafamiliar fue asociado positivamente con el consumo a edad temprana de alcohol, no obstante, el maltrato infantil de tipo

emocional fue el que tuvo la asociación más significativa con el inicio de consumo de alcohol a edad temprana con un riesgo 13.9 veces mayor en comparación con los no expuestos. En relación al abuso sexual, se encontró una asociación positiva entre el inicio de consumo de alcohol antes de los 14 años de edad (OR = 2.11, IC 95% [0.77 – 2.68]). Las adversidades simultáneas constantes a lo largo de ambos estudios fueron el maltrato físico, el maltrato emocional y una personalidad antisocial en uno o ambos padres, cada una de estas adversidades aumento el riesgo de consumo de alcohol en adolescentes en el 60%, 78% y 66% respectivamente (Ramos-Olazagasti, 2016).

En este estudio no se encontraron asociaciones entre el maltrato infantil de tipo físico o emocional, pero sin con el antecedente de tratamiento psiquiátrico en la madres de los usuarios en estancia residencial y la dependencia alcohol en usuarios ( $X^2 = 6.377$ ,  $gl = 1$ ,  $p = 0.012$ ), de acuerdo con lo expuesto por Ramos-Olazagasti, la psicopatología parental es un factor de riesgo para el inicio de consumo de alcohol antes de los 14 años de edad, en este estudio, el riesgo derivado de este antecedente brindó un riesgo 12 veces mayor en comparación con los no expuestos (OR = 12.071, IC 95% [1.059 – 137.604]), asimismo, la asociación entre tiempo de evolución de consumo de alcohol mayor a 116 meses y el antecedente de maltrato infantil fue positiva ( $X^2 = 4.199$ ,  $gl = 1$ ,  $p = 0.040$ ), lo cual indicó un riesgo dos veces mayor para señalar una evolución de consumo alcohol mayor a 9 años cuando se cuenta con el antecedente de maltrato infantil de tipo emocional (OR = 2.045, IC 95% [1.025 – 4.080])

e) Usuarios con dependencia alcohol en estancia residencial y trastornos del estado de ánimo

Los trastornos del estado de ánimo y los trastornos por consumo de sustancias son altamente prevalentes en la población general y su comorbilidad es común. De manera general, esta comorbilidad está asociada con un curso más insidioso de los trastornos del estado de ánimo y de los trastornos por consumo de sustancias y un mayor costo individual, social, económico y familiar (Pettinati, 2013).

En el ejercicio clínico ha sido ampliamente reconocida la alta prevalencia entre los trastornos por consumo de sustancias y los trastornos del estado de ánimo, lo cual se ha confirmado en los últimos

25 años en tres amplios estudios epidemiológicos: El Estudio Epidemiológico de Captación por Área (CEPA), el Estudio Nacional de Comorbilidad (NCS) y la Encuesta Epidemiológica Nacional sobre Alcohol y Condiciones Relacionadas (NESARC). Este último estudio epidemiológico proporciona la más extensa base de datos sobre la comorbilidad entre trastornos por consumo de sustancias y trastornos psiquiátricos, los datos proporcionados por este estudio derivan de una muestra poblacional de 43,093 individuos e indicaron una prevalencia global de los trastornos del estado de ánimo en población estadounidense del 9.21% y de los trastornos por consumo de sustancias del 9.35. La comorbilidad entre los trastornos del estado de ánimo y consumidores de alcohol fue del 40%, el 21% tenía una historia de dependencia alcohol con un incremento en el riesgo dos veces mayor para el desarrollo de un trastorno depresivo. En los individuos con un trastorno depresivo mayor la prevalencia en los últimos 12 meses para consumo de alcohol fue del 14% y el 8.2% cumplía criterios para dependencia alcohol (Grant, 2004).

El National Longitudinal Alcohol Epidemiologic Survey halló que la dependencia alcohol incrementa el riesgo cuatro veces más para el desarrollo de un trastorno del estado de ánimo, lo cual sugiere que una amplia proporción de los trastornos del estado de ánimo diagnosticados pueden ser atribuidos al efecto del alcohol, asimismo, en el NESARC, los trastornos del estado de ánimo fueron definidos como dependientes de los efectos atribuidos a el consumo de sustancias o los síntomas de abstinencia, lo cual supone que al remitir el consumo y la abstinencia, los trastornos del estado de ánimo deben aminorar y remitir, por lo que es necesario distinguir entre los trastornos del estado de ánimo primarios y los trastorno de ánimo secundarios por el consumo de sustancias, no obstante, el Manual Diagnóstico y Estadístico para los Trastornos Psiquiátricos en su quinta edición (DSM 5) recomienda esperar un mes para establecer un diagnóstico de trastorno del estado de ánimo primario o secundario para determinar si es debido o no al consumo de sustancias, desafortunadamente la remisión de abstinencia y el deseo de consumo (craving) puede prolongarse por más de un mes, en caso de no establecerse un diagnóstico de trastorno de estado de ánimo primario o persistencia de los síntomas afectivos secundarios por consumo de sustancias por un periodo mayor de 30 días, el riesgo de recaída puede incrementarse (Schuckit, 2007).

Kiefer y colaboradores realizaron un estudio de seguimiento de pacientes en internamiento por dependencia alcohol, 65% de los pacientes tenían un trastorno del estado de ánimo comorbido, en el 50% de estos pacientes no se les estableció a su egreso un trastorno del estado de ánimo y al regresar a casa reiniciaron el consumo de alcohol después de dos semanas. Los pacientes con depresión no tratada y un trastorno comorbido por consumo de sustancias tienen un alto riesgo de recaída (Kiefer, 2003).

Greenfield y colaboradores encontraron que el diagnóstico de depresión mayor en pacientes en tratamiento residencial estaba asociado con un menor tiempo de inicio de consumo de alcohol después del seguimiento, la prevalencia de un trastorno depresivo en usuarios con dependencia alcohol fue menor (38 días vs 125 días) así como un menor tiempo recaída (41 días vs 150 días) en comparación con los pacientes sin depresión, asimismo, los pacientes con un diagnóstico de dependencia alcohol que no fueron tratados con antidepresivos durante su internamiento tuvieron una mayor probabilidad de reiniciar su consumo de alcohol en comparación con pacientes sin depresión; los pacientes sin tratamiento antidepresivo y con depresión, en promedio, recayeron a los 100 días, en cambio, el 20% de los pacientes con depresión y tratados con antidepresivo lograron mantenerse en abstinencia por un año (Greenfield, 1998).

Hasin y colaboradores realizaron un estudio de seguimiento a 250 pacientes en estancia residencial por consumo de cocaína, heroína y dependencia alcohol a los 6, 12 y 18 meses después de ser dados de alta, aproximadamente el 60% de estos pacientes cumplieron criterios diagnósticos para un trastorno depresivo. Los pacientes con el diagnóstico de depresión fueron clasificados retrospectivamente en tres grupos: pacientes con un trastorno depresivo premórbido al consumo de alcohol, pacientes que cumplieron criterios diagnósticos durante la remisión de la abstinencia y los pacientes que cumplieron criterios para un trastorno depresivo inducido por consumo de sustancias. Los sujetos con un trastorno depresivo premórbido o inducido por sustancias fueron significativamente más propensos a cumplir con criterios de dependencia durante su periodo de seguimiento y los usuarios con depresión inducida por consumo de sustancias fueron significativamente más propensos y tuvieron tres veces mayor riesgo de reiniciar el consumo de cualquier sustancia de abuso durante su periodo de seguimiento (Hasin, 2002).

Si consideramos estos resultados, es necesario evaluar adecuadamente a los pacientes y recabar detalladamente los antecedentes psiquiátricos de los usuarios que cursa con un trastorno por consumo de sustancias para la detección oportuna de un trastorno del estado de ánimo debido su alto riesgo para el reinicio de consumo, cumplir criterios de dependencia y presentar mayores tasas de recaídas e intentos suicidas (Aharonovich, 2002).

El 48% de los usuarios con dependencia alcohol en estancia residencial cumplió criterios diagnósticos para cualquier trastorno del estado de ánimo, el 20% para un episodio depresivo a su ingreso, el 39.5% de estos usuarios presentaron un trastorno distímico y el 2.5% un trastorno depresivo recurrente.

El 47.5% de los usuarios que iniciaron su consumo de alcohol antes de los 18 años de edad cumplió criterios diagnósticos para cualquier trastorno del estado de ánimo a su ingreso a estancia residencial, el 19.5% para un episodio depresivo, el 39% para un trastorno distímico y el 2.5% para un trastorno depresivo recurrente.

El 15.88% de los usuarios con dependencia alcohol en estancia residencial cumplió criterios para el diagnóstico de depresión “doble” (comorbilidad entre un episodio depresivo y un trastorno distímico), la asociación entre depresión doble y dependencia alcohol fue positiva ( $X^2 = 9.299$ ,  $gl = 1$ ,  $p = 0.002$ ) con un riesgo 3.1 veces mayor de que los usuarios con dependencia alcohol de cumplir criterios diagnóstico para una depresión doble a su ingreso a estancia residencial (OR = 3.115, IC 95% [1.473 – 6.588]).

El trastorno distímico es un trastorno del estado de ánimo muy común y su prevalencia a lo largo de la vida en población general es del 6% y en población clínica en atención ambulatoria del 22%. Klein y colaboradores realizaron un estudio prospectivo por el lapso de 10 años para evaluar el curso de la depresión en pacientes con una depresión doble, aquellos pacientes que cursaban con un trastorno distímico y depresión doble presentaron un alto riesgo de recurrencia en comparación con aquellos que sólo presentaron un episodio depresivo, además, en los pacientes con un trastorno

distímico y depresión doble al final del estudio continuaron cumpliendo los criterios diagnósticos para ambos trastornos en comparación con los pacientes que cursaban sólo con un episodio depresivo. (Klein, 2006). La elevada comorbilidad entre los trastornos del estado de ánimo y los trastornos por consumo de sustancias, motivaron a Díaz y colaboradores a realizar un estudio transversal con una muestra poblacional de 336 pacientes con dependencia simultánea a una o más sustancias de abuso para evaluar la comorbilidad entre trastorno depresivo, trastornos distímico y depresión doble, la prevalencia de para el trastorno distímico fue del 46%, del 4.5% para un trastorno depresivo y del 14% para una depresión doble (Díaz , 2012). En el presente estudio, la prevalencia de trastorno depresivo, distimia y depresión doble se encuentra en un rango promedio por las prevalencias reportadas en los estudios citados previamente: el NESARC es el estudio con la prevalencia más baja reportada (40%) y el estudio realizado Hasin con la prevalencia más alta (60%).

f) Usuarios con dependencia alcohol en estancia residencial y trastornos de ansiedad

El 60.58% de los usuarios con dependencia alcohol cumplió criterios diagnósticos para cualquier trastorno de ansiedad, el 61.17% de estos usuarios cumplieron criterios para el trastorno de ansiedad generalizada, el 2.94% para el trastorno de fobia social, el 1.17% para trastorno de estrés postraumático y el 2.94% para trastorno de pánico.

g) Usuarios con dependencia alcohol en estancia residencial, estructura, dinámica y funcionalidad familiar.

El 48.23% de los usuarios con dependencia alcohol contaba con el antecedente de separación materna y el 25.29% de estas separaciones maternas se atribuye a la violencia intrafamiliar. El 47.64% de los usuarios indicaron el antecedente de separación paterna y el 71.17% contaba con el antecedente de dependencia alcohol paterna. El 60% de los usuarios refirió pertenecer a una estructura familiar monoparental.

En relación a la dinámica familiar en usuarios con dependencia alcohol en estancia residencial, el 45.29% cumplió criterios diagnósticos por medio del FACE III para una cohesión familiar no relacionada, el 30.50% para una cohesión familiar semirelacionada, el 11.76% para una cohesión relacionada y el 12.35% para una cohesión aglutinada.

El 44.11% de los usuarios con dependencia alcohol en estancia residencial cumplió criterios por medio del FACES III para una adaptabilidad caótica, el 17.64% para una adaptabilidad rígida, el 17.64% para una adaptabilidad estructurada y el 18.82% para una adaptabilidad flexible.

El 74.70% de los usuarios con dependencia alcohol en estancia residencial cumplió criterios para el diagnóstico de disfunción familiar por medio del APGAR familiar y el 88.82% cumplió criterios para el diagnóstico de crisis familiar a su ingreso por medio de la Escala de Eventos Críticos de Thomas Holmes.

h) Usuarios con dependencia alcohol en estancia residencial y patología dual.

El 87.64% de los usuarios con dependencia alcohol en estancia residencial cumplió criterios para el establecimiento del diagnóstico de patología dual: la prevalencia de trastornos psiquiátricos hallados en consumidores de alcohol en este estudio se encuentra en el rango de otros estudios referidos previamente como es el caso de Epidemiologic Catchment Area Study (ECA) en donde se reportó una comorbilidad entre consumidores de alcohol y trastornos psiquiátricos del 55% y en el The National Comorbidity Study (NCS) del 70% (Fein, 2015).

i) Tratamiento psicofarmacológico en usuarios en estancia residencial con dependencia alcohol.

El 60% de los usuarios en estancia residencial con dependencia alcohol cumplieron con los criterios para iniciar tratamiento psicofarmacológico a su ingreso a estancia residencial, al 58.82%

iniciaron tratamiento con un antidepresivo, el 27.64% con un antipsicótico y el 16.47% con un anticonvulsivante.

#### j) Evolución en estancia residencial de usuarios con dependencia alcohol

El 35.29% de los usuarios con dependencia alcohol solicitaron su alta voluntaria antes de concluir el periodo de estancia residencial y el 9.41% se dio de baja por faltas al reglamento.

#### - Usuarios con dependencia cannabis en estancia residencial

El consumo mundial de cannabis se ha mantenido relativamente estable en los últimos años. En 2014, alrededor del 3,8% de la población mundial había consumido cannabis durante el año anterior, y ese porcentaje no ha variado desde 1998. El número total de consumidores de cannabis se ha elevado desde ese año en forma paralela al aumento de la población mundial. América, seguida de África, sigue siendo la principal región en que se produce y consume hierba de cannabis; allí se llevaron a cabo alrededor del 75% de las confiscaciones de marihuana a nivel mundial (UNODC, 2016).

La marihuana es la sustancia controlada de mayor uso en el mundo. Según estimaciones de las Naciones Unidas en 2012, 177 millones de personas entre 15 a 64 años declararon haber usado dicha droga en el año anterior, por otra parte, dado que 243 millones de personas usaron al menos una droga ilícita en el mismo periodo, es posible estimar que el consumo de marihuana da cuenta de aproximadamente el 73% de los usuarios de drogas ilícitas. La prevalencia del consumo de cannabis en América del Norte (Estados Unidos y Canadá) a lo largo de la vida es del 30% (24.20% para el año anterior y 14.40% para el mes previo), en América del Sur la prevalencia a lo largo de la vida es del 9.95% (7.21% para el año anterior y 50.9% para el mes previo) y en el Caribe la prevalencia a lo largo de la vida fue del 10.60% (6.62% para el año anterior y 3.76% para el último mes). La prevalencia promedio en las Américas para el consumo de cannabis fue del 21.26%, los países con mayores prevalencias del continente fue Chile, Canadá y Estados Unidos con un prevalencia del 28%, 25% y 24% respectivamente. La edad de inicio de consumo de cannabis en



el continente americano fue a los 13 años de edad y la prevalencia en población escolar en las Américas fue del 26%: el 10% de la población entre 15 y 17 años en Canadá y de 12 a 17 años en Estados Unidos declara haber usado marihuana en el último año (Informe sobre el Uso de las Drogas en las Américas 2015. Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas, Organización de Estados Americanos).

La prevalencia de consumo de cannabis en México, la Encuesta Nacional de Adicciones 2012 halló una prevalencia para el consumo de cualquier droga ilícita en una muestra representativa del 7.2% en la población general, en la población adolescente la prevalencia para el consumo de cualquier droga ilícita fue del 3.3% y la marihuana fue la mayor droga consumida en esta población con una prevalencia del 2.4% (IC 95% [1.719 – 3.082]) seguida de los inhalables (0.9%). La prevalencia de consumo de cannabis en la población general fue del 10.6% (IC 95% [9.499 – 11.692]) (Villatoro J, Medina-Mora ME, Bautista CF. 2012).

Los datos disponibles de prevalencia de consumo de cannabis según el sexo en la ciudad de México indican que en ambos sexos el incremento fue significativo entre el inicio de la serie en 1989 y hacia el final del año 2012. Pero el incremento en las tasas de consumo fue más alto en las mujeres, que pasaron del 0,6% al 9,9% en tanto que en los varones las tasas se quintuplicaron, pasando de 2,6% en 1989 al 14,4% en 2012. El incremento fue sostenido en el tiempo para ambos sexos (OEA, 2015).

El Sistema de Vigilancia Epidemiológica de las Adicciones (SISVEA) en 2009 reportó una prevalencia del consumo de cannabis en Centros de Atención No Gubernamentales (Centros de Ayuda Mutua) del 17.8% (n = 70.459), el 92.3% de los usuarios de estos centro reportaron como droga de impacto la marihuana y la prevalencia de consumo de cannabis por grupo etario comprendió el 5.4% en sujetos de 14 años, el 35.1% en sujetos de 15 a 19 años, el 20.8% en sujetos de 20 a 24 años y del 12.3% en personas de 25 a 30 años de edad. En los Centros Gubernamentales como los Centros de Integración Juvenil, la prevalencia global del consumo de cannabis fue del 89.5%; la droga de impacto en el 6.4% de la población atendida fue la marihuana (n = 25,665) (Perfil Epidemiológico de las Adicciones en México 2010).

La prevalencia del consumo de cannabis en usuarios en estancia residencial durante el periodo de estudio fue del 66% y representó la primera droga ilícita de consumo en esta población, precedida sólo por el consumo de alcohol. El 50% de los usuarios en estancia residencial con dependencia a cannabis eran menores de 18 años de edad ( $X^2 = 33.027$ ,  $gl = 1$ ,  $p = 0.000$ ), estos usuarios presentaron un riesgo 1.8 veces mayor para cumplir criterios diagnósticos para dependencia a cannabis en menores de 18 años a su ingreso (OR = 1.824, IC 95% [1.514 – 2.196]).

Según las estadísticas recabadas por los Servicios de Salud Mental y Abuso de sustancias (SAMHSA), el Centro de Estadísticas de Calidad en Salud y Comportamiento y la Encuesta Nacional sobre Salud y Uso de Drogas 2014 (NSDUH) en Estados Unidos, reportaron que en 2014, el cannabis sigue siendo la droga ilícita de uso más frecuente en el grupo de 12 a 17 años de edad (Center for Behavioral Health Statistics and Quality, 2014).

La adolescencia es el periodo del neurodesarrollo más vulnerable para el inicio de consumo de cannabis y el desarrollo de psicopatologías derivadas de su consumo, durante esta etapa de desarrollo, en el sistema nervioso central progresa la maduración neuronal, principalmente en áreas importantes para la modulación de la respuesta social como son los lóbulos frontales, los cuales son los encargados de la inhibición conductual, generación de respuestas conductuales adecuadas a estímulos sociales, la toma de decisiones y la planificación, lo que se realiza por medio de la restructuración sináptica (poda neuronal), continuidad de los procesos de mielinización e incremento de la plasticidad sináptica. El inicio de consumo de cannabis durante la adolescencia afecta el desarrollo de estos procesos de maduración en el sistema nervioso central durante la adolescencia (Molina KM, 2012). Meier y colegas evaluaron los efectos de la evolución, frecuencia y cantidad del consumo de cannabis en adolescentes y su efecto sobre el coeficiente intelectual, sus hallazgos se asociaron con una disminución progresiva del coeficiente intelectual en usuarios con inicio temprano de consumo cannabis y un patrón de consumo frecuente y de larga duración en comparación quienes iniciaron su consumo en la edad adulta con un patrón de consumo menos frecuente y en menor cantidad, además, se reportó, que esta disminución en el coeficiente intelectual se mantuvo después de un año de abstinencia continua (Meier, 2012).

El consumo a corto plazo de la marihuana en adolescentes se ha asociado con un déficit en la memoria a corto plazo, déficit en la coordinación motriz, alteración en la capacidad para toma de decisiones, ideación paranoide, síntomas psicóticos y un riesgo de mayor de desarrollo adicción. El uso a largo plazo de consumo de cannabis en adolescentes se asocia a un declive significativo de las funciones ejecutivas, memoria a corto y mediano plazo, aprendizaje, disminución de la velocidad de procesamiento cognitivo y disminución de la capacidad de aprendizaje verbal. Entre más temprano se inicie el consumo de cannabis, mayor es el riesgo de mantenimiento de estos déficit cognitivos en la edad adulta (Simpson AK, 2016).

- a) Características sociodemográficas de los usuarios con dependencia a cannabis en estancia residencial en el CEAIA.

El nivel de escolaridad más prevalente en los usuarios con dependencia cannabis en estancia residencial fue la secundaria reportada por el 53.03%, el segundo nivel de escolaridad más frecuente fue el nivel primaria en el 26.5%, seguida por los usuarios con bachillerato concluido en el 15.15%. El 85.6% de estos usuarios abandonaron la actividad escolar antes de los 18 años, el 63.5% la suspendieron por consumo de sustancias y el 10.6% por inicio de actividad laboral.

Escolaridad en usuarios en estancia residencial con el diagnóstico de dependencia cannabis					
Nivel de escolaridad		Motivo de abandono de escolaridad		Edad de abandono de escolaridad	
	Porcentaje		Porcentaje		porcentaje
Analfabeta	0.0	Bajos ingresos	3.03	Suspensión de actividad escolar antes de los 18 años	85.6
Primaria incompleta	3.78	Actividad laboral	10.60		
Primaria completa	26.5	Rendimiento escolar	9.09		
Secundaria	53.03	Expulsión	8.33		
Bachillerato	15.15	Migración	0.75	Suspensión de actividad escolar después de los 18 años	14.4
Carrera técnica	0.0	Vida conyugal	3.03		
Licenciatura	1.15	Consumo de sustancias	63.6		
Posgrado	0.0	Otras	1.15		

**Tabla 353.** Características sociodemográficas: Escolaridad en usuarios con dependencia a cannabis en estancia residencial en el Centro Estatal para la Atención Integral para las Adicciones.

Fuente: Funcionalidad familiar y patología dual en usuarios residenciales en Centro Estatal para la Atención Integral de las Adicciones, Hidalgo, 2015

El abandono de la actividad escolar antes de los 18 años en usuarios con dependencia a cannabis que iniciaron su consumo antes de los 18 años fue positiva ( $X^2 = 8.762$ ,  $gl = 1$ ,  $p = 0.003$ ) y confirió un riesgo 7.2 veces mayor de suspender actividades escolares cuando se inicia el consumo de cannabis antes de los 18 años de edad (OR = 7.267, IC 95% [1.642 – 32.159])

Fernández Cánoves realizó un estudio transversal en estudiantes españoles en un colegio de Valencia para asociar el ausentismo escolar y el consumo de cannabis, encontró que el 4% de los matriculados habían consumido marihuana alguna vez en la vida, el 13% indicaron consumir de forma ocasional y el 8.7% cumplió criterios para la dependencia a cannabis. El 16.6% de alumnos que iniciaron el consumo de cannabis indicaron un ausentismo del 10% durante el ciclo escolar, el 27.7% de los consumidores ocasionales indicaron un ausentismo del 25% y el 61.5% los consumidores con el diagnóstico de dependencia a cannabis reportaron un ausentismo de más del 50% (Fernández Cánoves, 2010), el porcentaje de abandono escolar en consumidores de cannabis referido por Fernández es concordante con el porcentaje hallado en nuestro estudio (61.5% vs 63.6%).

Loraine Townsend y colaboradores realizaron un análisis de un número de estudios transversales que exploraban la asociación entre el abandono escolar y el consumo de cannabis en comparación con aquellos estudiantes que no cumplieron con el diagnóstico de dependencia a cannabis, la relación entre el consumo de cannabis por periodos prolongados de tiempo se asoció de manera positiva con la deserción escolar de manera independiente al sexo o etnia de los estudiantes, asimismo, la evidencia obtenida de los análisis de los estudios transversales mostraron una asociación significativa entre la frecuencia de consumo de cannabis y el inicio su consumo a edades más tempranas en tres estudios longitudinales (Fergusson et al. 1996; Fergusson et al. 2003; Fergusson y Horwood 1997). En estos estudios, la asociación entre consumo de cannabis y abandono escolar persistió después del ajuste de las variables sociodemográficas y variables confusoras, además, Roebuck et al. (2004) llegó a la conclusión que el uso crónico de cannabis estaba asociado positivamente con la deserción de la escuela secundaria, incluso después de controlar el uso de otras drogas y el consumo de alcohol en el análisis estadístico (Townsend, 2007).

El 65.15% de los usuarios en estancia residencial con dependencia cannabis inició su actividad laboral antes de los 15 años de edad ( $X^2 = 9.301$ ,  $gl = 1$ ,  $p = 0.002$ ), lo que confirió un riesgo 1.6 veces mayor en usuarios con dependencia a cannabis de iniciar una actividad laboral antes de los 15 años de edad (OR = 1.649, IC 95 % [1.206 – 2.245]). El 66.66% de estos usuarios se encontraban desempleado su ingreso y el 62.12% de esta población suspensión su actividad laboral fue consumo de sustancias.

Actividad laboral en usuarios en estancia residencial con el diagnóstico de dependencia a cannabis					
Actividad laboral actual		Motivo de abandono laboral		Inicio de actividad laboral	
	Porcentaje		Porcentaje		Porcentaje
Estudiante	10.60	Consumo de sustancias	62.12	Inicio de actividad laboral antes de los 15 años	65.15
Empleado	9.84			Inicio de actividad laboral después de los 15 años	34.85
Autoempleado	12.87	Ingreso a unidad residencial	37.88		
Desempleado	66.66				

**Tabla 354.** Características sociodemográficas: actividad laboral en usuarios con dependencia a cannabis en usuarios en estancia residencial en el Centro Estatal para la Atención Integral para las Adicciones.

Fuente: Funcionalidad familiar y patología dual en usuarios residenciales en Centro Estatal para la Atención Integral de las Adicciones, Hidalgo, 2015

La asociación entre el inicio de actividad laboral antes de los 15 años de edad y el abandono de actividad escolar en usuarios con dependencia a cannabis fue positiva ( $X^2 = 7.834$ ,  $gl = 1$ ,  $p = 0.005$ ) con un riesgo 3.9 veces mayor de que los usuarios con dependencia a cannabis de que iniciaran una actividad laboral antes de los quince años y abandonaran su actividad escolar antes de los 18 años de edad (OR = 3.984, IC 95% [1.443 – 10.993]).

Las consecuencias psicosociales derivadas del consumo de cannabis comprenden el aislamiento social, baja competencia social, bajos niveles de escolaridad, baja asertividad, deficiente manejo de conflictos interpersonales, ausencia de actitudes prosociales y baja capacidad para afrontar situaciones adversas. En el ámbito escolar se describen factores como: bajo rendimiento académico, ausentismo, la expulsión o el abandono de la escuela, escaso interés por el estudio y por las actividades escolares (Del Bosque, 2013).

El Christchurch Health and Development Study (CHDS) es un estudio longitudinal conformado por una cohorte de 1265 sujetos, que nacieron en Christchurch, Nueva Zelanda en 1977; el 97% de la cohorte vive en la región de Christchurch y el tamaño de la muestra es representativa de la región. Esta cohorte ha sido evaluada en 23 ocasiones desde su nacimiento hasta la edad de 35 años, los sujetos que han continuado en el estudio representan el 79% de la cohorte original (962). Entre los objetivos que han sido examinados son el efecto de consumo de cannabis en los niveles de educación, la respuesta personal a los estresores vitales cotidianos y la incidencia de trastornos psiquiátricos. Las tasas anuales para el consumo de cannabis relacionadas con la edad fueron determinadas a los 15, 18, 21, 25, 30 y 35 años respectivamente. La incidencia anual para el consumo de cannabis de acuerdo a los puntos de corte fue de 8.7% a 46% para el uso de cannabis, del 0.7% al 46.8% para el uso regular de cannabis y del 0% al 6.9% para el diagnóstico de dependencia. Un área de interés creciente en la investigación es la relación entre la evolución temporal del consumo de cannabis y los efectos negativos sobre el rendimiento escolar y el bienestar social. La asociación entre la edad de inicio de consumo de cannabis y el desempeño escolar fueron positivas tras el ajuste de una amplia gama de factores de confusión, entre ellos: educación de los padres; el nivel socioeconómico familiar al nacer; patrones de crianza; capacidad escolar y problemas de conducta en la infancia. En el análisis de los datos del CHDS, la edad de inicio del consumo de cannabis se relacionó con un menor rendimiento educativo y menores logros académicos, como regla general, los sujetos que iniciaron su consumo antes de los 15 años de edad tuvieron el rendimiento escolar más bajo en comparación con aquellos sujetos que iniciaron su consumo después de los 18 años de edad, asimismo, se analizó la relación entre el desempeño laboral, en número de prestaciones sociales obtenidas y la tasa de desempleo durante el periodo de los 21 a 25 años de edad, aquellos individuos que indicaron un inicio de consumo de cannabis antes de los 15 años de edad y un patrón de consumo caracterizado por un uso de más de 400 veces a lo largo del periodo de seguimiento mostraron un bajo nivel de productividad, menor número de prestaciones sociales y mayores tasas de desempleo (Fergusson, 2015).

La asociación entre el bajo rendimiento y deserción escolar, así como las elevadas tasas de desempleo entre consumidores de cannabis puede ser explicada por las secuelas neuropsicológicas derivadas del consumo de cannabis y manifestadas por una alteración de los procesos cognitivos y de motivación, principalmente en los adolescentes cuya química encefálica es más vulnerable para

el desarrollo de alteraciones neurocognitivas. Una segunda explicación para la asociación entre consumo de cannabis y los bajos niveles educativos es que el uso de marihuana introduce a los adolescentes en un contexto antisocial donde las conductas negativistas, desafiantes y opositoras son la norma y no la excepción, estas conductas asociadas y relacionadas con la dinámica de sus pares de consumo, además, esta asociación con sus pares de consumo disminuye significativamente la necesidad de cumplir las normas y seguir los límites sociales, no obstante, es más probable que la asociación entre consumo de cannabis y bajo rendimiento escolar sea resultado de un efecto acumulativo entre factores biológicos y sociales que aumenta la vulnerabilidad en consumidores de cannabis para un bajo rendimiento escolar, una baja productividad laboral y una mayor tasa de desempleo (Matochik, 2005).

El 81.01% de los usuarios en estancia residencial con dependencia a cannabis indicaron ser solteros, el 9.1 estar separados y encontrarse con su pareja en unión libre, sólo el 0.8% refirió ser divorciado.

La asociación entre dependencia a cannabis y separación marital fue positiva ( $X^2 = 9.162$ ,  $gl = 1$ ,  $p = 0.002$ ) con un riesgo 2.7 veces mayor de contar con el antecedente de separación marital cuando se cumplen criterios de dependencia a cannabis (OR = 2.750, IC 95% [1.395 – 5.421]), asimismo, la asociación entre separación marital (unión libre y matrimonio civil) y una evolución de consumo de cannabis mayor a 116 meses (9 años) fue positiva ( $X^2 = 20.012$ ,  $gl = 1$ ,  $p = 0.000$ ) y confirmó un riesgo 4.6 veces mayor de que los usuarios en estancia residencial indicaran estar separados de su pareja sentimental cuando la evolución de su consumo fue mayor a 116 meses (OR = 4.650, IC 95% [1.307 – 16.538]).

La separación marital o de concubinato entre consumidores de sustancias y su pareja, se puede atribuir a una serie de factores de riesgo comunes como son el desempleo, bajos niveles educativos de los perpetradores de violencia, creencias positivas asociadas a la violencia de pareja, antecedentes de violencia intrafamiliar y/o maltrato en la infancia y el consumo de alcohol y cannabis (Abramsky, 2011).

La asociación entre violencia familiar y violencia de pareja y el consumo de sustancias no está claramente explicada, se han propuesto varias hipótesis para explicar estas asociaciones, la primera de ellas es la hipótesis de la distorsión cognitiva, que indica que el consumo de alcohol y otras sustancias ilícitas impide la comunicación entre los miembros de la familia, lo cual deriva en interpretaciones erróneas y generación de conflictos. Una segunda hipótesis es la negación evitativa, la cual señala que las conductas violentas son causadas por el consumo de alcohol y otras sustancias, lo que minimiza la responsabilidad del perpetrador y justifica las conductas violentas. Una tercera hipótesis postula que la desinhibición, causada por los efectos farmacológicos del alcohol y el consumo de otras sustancias, explica la asociación entre la violencia de pareja, la violencia intrafamiliar y el maltrato infantil (Moore, 2008).

Cinco estudios clínicos transversales mostraron una asociación positiva entre el consumo de cannabis en uno de los miembros de la pareja sentimental y la victimización de su contraparte. Uno de estos estudios fue realizado en población abierta que acudía servicio de urgencias, la asociación entre el consumo de cannabis y violencia fue positiva, esta asociación también fue encontrada positiva en dos más de estos estudios con muestras comunitarias. Feingold y colaboradores (2008) evaluaron los estudios mencionados y llevaron a cabo un estudio transversal, para confirmar los hallazgos previos derivados de su análisis, encontraron que los individuos con consumo de cannabis mostraban mayores patrones de consumo de alcohol, lo cual estaba relacionado con un incremento de violencia intrafamiliar y de pareja comparado con los individuos quienes no tenían un trastorno por consumo de sustancias (Feingold, 2008).

De acuerdo con lo anteriormente expuesto, la asociación entre consumo de cannabis y alcohol en el presente estudio fue positiva y el 79.5% de los consumidores de cannabis cumplieron criterios para el diagnóstico de dependencia alcohol, asimismo, la asociación entre separación marital y/o de concubinato fue positiva, lo cual incrementa el riesgo en estos usuarios de indicar el antecedente de violencia de pareja y, por consiguiente, de separación marital y/o concubinato en usuarios en estancia residencial.



El 45.45% de los usuarios con dependencia a cannabis en estancia residencial reportó a su ingreso contar con antecedentes penales, esta asociación fue positiva ( $X^2 = 18.652$ ,  $gl = 1$ ,  $p = 0.000$ ) con un riesgo 1.5 veces mayor de contar con antecedentes penales cuando se cumplen criterios para la dependencia a cannabis (OR = 1.564, IC 95% [1.300 – 1.880]).

El 18.18% de los usuarios con dependencia a cannabis indicó contar con el antecedente de robo y el 23.48% contaba con los antecedentes de narcomenudeo y el 3.78% contaba con lesiones a terceros.

La asociación entre dependencia a cannabis y antecedentes de narcomenudeo en usuarios en estancia residencial fue positiva ( $X^2 = 7.913$ ,  $gl = 1$ ,  $p = 0.005$ ), confirió un riesgo de 3.8 veces mayor en los usuarios con dependencia a cannabis de contar con el antecedente de narcomenudeo (OR = 3.867, IC 95% [1.429 – 10.466]) y la asociación entre los antecedentes de narcomenudeo y el patrón inicial de consumo de cannabis mayor a cinco cigarros por semana fue positiva ( $X^2 = 4.105$ ,  $gl = 1$ ,  $p = 0.043$ ) con un riesgo de 1.6 veces mayor de indicar el antecedente de narcomenudeo cuando se cuenta con un patrón inicial de consumo de cannabis mayor a cinco cigarros por semana (OR = 1.694, IC 95% [1.009 – 2.845]).

La asociación entre consumo crónico de cannabis y conductas criminales se ha estudiado en diversos estudios longitudinales, los resultados de estos estudios han confirmado la asociación entre ambas conductas, no obstante, permanece sin esclarecer de forma contundente si esta asociación se debe al consumo exclusivo de cannabis o está asociado con los estilos antisociales preexistentes en los consumidores (Brook, 2011). MacGue y colaboradores llevaron a cabo un estudio transversal en consumidores crónicos de cannabis, encontraron una mayor prevalencia de conductas antisociales manifestadas como conductas problemáticas, rasgos de personalidad psicopática, antecedentes delictivos y creencias antisociales en comparación con consumidores de cannabis con patrones de consumo leves a moderados, además, la asociación entre consumo de cannabis y conductas delictivas está relacionado con el consumo simultáneo de alcohol y drogas duras, asimismo, aquellos individuos quienes, posteriormente, iniciaron el consumo de drogas

duras, pueden cometer actos delictivos para obtener los recursos económicos ilegalmente para el mantenimiento de sus hábitos de consumo (Bennett, 2008).

Dustin Pardini y colaboradores realizaron un análisis de los datos del Pittsburgh Youth Study (PYS), los participantes fueron reclutados inicialmente a partir de una lista de séptimo grado inscritos en las escuelas públicas de Pittsburgh (1987-1988). Los niños eran seleccionados para el estudio después de una evaluación inicial de 856 niños seleccionados al azar de una lista de estudiantes matriculados. Tras el cribado, los niños fueron entrevistados inicialmente cada seis meses durante 2,5 años (cinco evaluaciones bianuales). Después de estas cinco evaluaciones bianuales, los participantes fueron entrevistados cada año durante los próximos 10 años (10 evaluaciones anuales). Los resultados de este estudio longitudinal en el punto de corte de 36 años de edad, mostró que más de una cuarta parte de la muestra reportó el consumo de cannabis en el último año y un poco menos de un décimo de los sujetos emplearon de forma habitual drogas duras. La prevalencia de antecedentes de violencia, robo y tráfico de drogas en los últimos cinco años era relativamente baja (8-14%), aunque casi la mitad de la muestra informó participar en al menos un acto delictivo no relacionado con la droga. En cuanto a los cargos criminales oficiales entre los sujetos entre las edades de 26 a 27 años de edad, las estimaciones de prevalencia oscilaron entre el 15% para el robo y 24% por violencia, en relación a los cargos criminales en los últimos cinco años, el 14% tenían un arresto no relacionado con drogas y 16% tenía un arresto relacionada con las drogas. Los autores sólo encontraron una diferencia significativa entre los consumidores crónicos de cannabis en comparación con los consumidores habituales, esta diferencia estadísticamente significativa estuvo asociada con el tráfico de drogas a pequeña escala (Pardini, 2015).

- b) Usuarios con dependencia a cannabis en estancia residencial y consumo simultáneo de otras sustancias.

El 79.5% de los usuarios con dependencia a cannabis en estancia residencial cumplió criterios diagnósticos para dependencia alcohol, como se indicó previamente, la asociación entre consumo de cannabis y alcohol fue positiva con un riesgo 1.4 veces mayor de que los consumidores de

cannabis a su ingreso cumplan criterios para una dependencia comorbida alcohol ( $X^2 = 9.059$ ,  $gl = 1$ ,  $p = 0.003$ ,  $OR = 1.457$ ,  $IC\ 95\% [1.232 - 1.727]$ ).

El 40.15% de los usuarios con dependencia a cannabis cumplió criterios diagnósticos para dependencia simultáneos solventes volátiles a su ingreso ( $X^2 = 21.176$ ,  $gl = 1$ ,  $p = 0.000$ ) lo cual confirió un riesgo 6.9 veces mayor de que los consumidores de cannabis presentaran una dependencia simultánea a solventes volátiles a su ingreso ( $OR = 2.798$ ,  $IC\ 95\% [2.798 - 17.177]$ ).

El 27.27% de los usuarios con dependencia a cannabis en estancia residencial cumplió criterios diagnósticos para dependencia simultánea a cocaína, el 12.87% de los usuarios con dependencia a cannabis cumplió criterios para una dependencia simultánea a estimulantes y el 3.78% dependencia a benzodiacepinas.

En el Perfil Epidemiológico de las Adicciones en México 2010, evaluó la historia natural de la adicción a cannabis en una muestra representativa de 12,511 usuarios en estancia residencial en centros no gubernamentales, de las personas que reportaron iniciar su consumo con cannabis, el 89.7% pasaron a consumir una segunda sustancia, la segunda sustancia reportada fue el alcohol en el 24.2%, seguido de la cocaína en el 20.2% y de los solventes volátiles en el 15.1%. El 79.1% de los consumidores de cannabis pasaron a consumir una tercera sustancia, la tercera sustancia más reportada fue la cocaína en el 19.4%, seguida del alcohol en el 15.5% y de la heroína en el 14.1% (Perfil Epidemiológico de las Adicciones en México 2010), en el presente estudio, la segunda droga de consumo en usuarios en estancia residencial con dependencia alcohol fue la cannabis (61.76%) y el usuarios con dependencia a cannabis la segunda droga de consumo fue el alcohol (79.5%), no obstante, la tercera droga de consumo en este estudio en usuarios con dependencia a cannabis en estancia residencial en el CEAlA fue la dependencia a solventes volátiles (40.15%).

Stephen Shamblen y Ted Miller llevaron a cabo un análisis sobre el consumo de solventes volátiles y su relación con el consumo de otras sustancias de los datos obtenido del estudio Add Health Data Set (AHDS), estudio de cohortes prospectivo que brinda seguimiento a un grupo de adolescentes

hasta la edad adulta y sus asociaciones relacionadas con el consumo de sustancias. El AHDS comprende una muestra aleatoria estratificada en dos etapas, cuya muestra fue tomada de escuelas secundarias de los Estados Unidos, se obtuvieron datos sobre la edad de inicio y el consumo de alcohol, marihuana, cocaína, inhalantes y drogas inyectables, así como antecedentes penales. El análisis de los datos derivados del estudio indicó que la prevalencia de consumo de sustancias en la cohorte fue en primer lugar el consumo de alcohol, seguido del consumo de marihuana, consumo de inhalantes y consumo de cocaína. En relación a la progresión del consumo de sustancias, aquellos que iniciaron su consumo con alcohol, marihuana o cocaína mostraban un uso más estable a lo largo del tiempo de estas sustancias. Aquellos que iniciaron su consumo de alcohol tuvieron menos probabilidad de consumir solventes volátiles, aquellos que iniciaron su consumo con marihuana tuvieron una probabilidad mayor de continuar su consumo con alcohol y el consumo inicial de cocaína tenía mayor probabilidad de proseguir su consumo con marihuana. Para los consumidores de solventes volátiles la probabilidad presentar una dependencia simultánea alcohol fue menos probable (OR = 1.90) en comparación con de consumo de cannabis (OR = 3.1), cocaína (OR = 6.35) o los drogas inyectables (OR = 3.46). Diferentes líneas de investigación convergente sugieren que el uso de inhalantes ocurre con mayor frecuencia después de la iniciar el consumo de alcohol y la marihuana. Al igual que en el 75% de los usuarios de solventes volátiles en National Survey on Drug Use and Health (NSDUH), el consumo de solventes fue precedido por el consumo de alcohol y, posteriormente marihuana, lo cual coincide con los datos obtenido del análisis del AHDS, en donde los sujetos con dependencia a solventes tenían un consumo previo de dependencia alcohol (68%) y de marihuana (55%). El uso de alcohol inició a una edad más temprana en los consumidores de solventes (68%), le precedió el consumo de marihuana (55%). El consumo de alcohol precede al uso de la marihuana, ya que proporcionalmente más participantes iniciaron con el alcohol que con la marihuana; el 83% de los consumidores de alcohol no la habían consumido y el 20% sí la consumían antes de iniciar su consumo de alcohol, asimismo, el uso de marihuana precede al uso de inhalantes debido a que proporcionalmente más participantes que iniciaron el consumo de marihuana (91%) no habían iniciado su consumo de solventes y el 46% de los consumidores de solventes contaban con el antecedente de consumo de cannabis (Shamblen & Miller, 2012).

Los datos obtenidos en este estudio son coincidentes con los expuestos anteriormente por Shambrent y Miller, ya que la progresión de consumo de sustancias de abuso hasta el uso de solventes volátiles comprendió una edad promedio de inicio de consumo de alcohol a los 12.4 años, para el consumo de cannabis a los 14.8 años y para el consumo de solventes volátiles a los 16.37 años, además, la prevalencia del consumo de solventes en usuarios con dependencia alcohol fue del 22% y la prevalencia del consumo de alcohol en usuarios con dependencia a solventes volátiles fue del 74.6%, lo cual indica que los usuarios comenzaron el consumo de alcohol de manera previa al de solventes volátiles. En relación a la prevalencia del consumo de solventes volátiles en usuarios con dependencia a cannabis fue del 40.2% y la prevalencia del consumo de cannabis en usuarios con dependencia a solventes volátiles fue del 89.8%. Es necesario señalar, que la asociación entre consumo de alcohol y solventes volátiles fue positiva ( $X^2 = 7.131$ ,  $gl = 1$ ,  $p = 0.008$ ), confirió un riesgo 1.9 veces mayor de que los usuarios con dependencia alcohol cumplieran criterios diagnósticos para dependencia a solventes a su ingreso a unidad residencial (OR = 1.932, IC 95% [1.245 – 2.997]) y la asociación entre consumo de cannabis y dependencia a solventes fue positiva ( $X^2 = 21.179$ ,  $gl = 1$ ,  $p = 0.000$ ) con un riesgo 6.9 veces mayor para que los usuarios con dependencia a cannabis cumplieran criterios para dependencia a solventes volátiles a su ingreso a estancia residencial (OR = 6.932, IC 95% [2.798 – 17.177]).

La asociación entre la dependencia a cannabis en usuarios residenciales y la dependencia simultánea a más de una sustancia (policonsumo) fue positiva ( $X^2 = 77.213$ ,  $gl = 1$ ,  $p = 0.000$ ) y confirió un riesgo 25 veces mayor de que los usuarios con dependencia a cannabis cumplieran criterios para la dependencia simultánea a más de una sustancia a su ingreso a estancia residencial (OR = 25.056, IC 95% [10.818 – 58.032]).

Flórez-Salamanca y colaboradores efectuaron un análisis sobre los datos derivados del National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions (NESARC) para determinar la probabilidad y predicción de la transición entre sustancias consumidas, el análisis se realizó en subgrupos de individuos con dependencia alcohol ( $n = 7802$ ), dependencia a cannabis ( $n = 2832$ ) y dependencia a cocaína ( $n = 815$ ). Durante el primer año de seguimiento, después de la realización de los diagnósticos de dependencia alcohol, cannabis y cocaína, la probabilidad de transición para

dependencia a otra sustancia fue del 4.5% para los individuos con un diagnóstico de dependencia alcohol, del 2.8% para los individuos con dependencia a cannabis y del 5.5% para los individuos con dependencia a cocaína. La estimación de la probabilidad acumulada para la transición para la dependencia a otra sustancia una década después de iniciado el consumo fue del 16.7% para el alcohol, del 8% para el consumo de cannabis y del 13.2% para el consumo de cocaína. La estimación de la probabilidad acumulada a lo largo de la vida para que los individuos con dependencia alcohol presentaran la adicción a otra sustancia fue del 26.6%, para los individuos con dependencia a cannabis del 9.4% y para los individuos con dependencia a cocaína del 15.6%. El tiempo estimado entre la transición de la dependencia alcohol a una segunda sustancia fue de 3.16 años, para los individuos con consumo de cannabis de 1.83 años y para los usuarios con dependencia a cocaína de 1.42 años. El inicio de consumo antes de los 14 años de edad presentaron un mayor riesgo de transitar del uso a la dependencia de alcohol, los sujetos que iniciaron el consumo con nicotina y alcohol presentaron un mayor riesgo de transitar del uso a la dependencia de cannabis y una historia de dependencia alcohol y cannabis incrementaron el riesgo de transitar a la dependencia de otras sustancias (Flórez-Salamanca, 2013).

Los trastornos del estado de ánimo, los trastornos de la personalidad y el antecedente de episodios psicóticos incremental el riesgo de desarrollar un trastorno adictivo así como el riesgo de transitar de la dependencia de una sustancia a otra. El tratamiento temprano o la prevención de estos trastornos comorbidos podrían contribuir a reducir el riesgo de transición (Behrendt, 2011).

Concordante con lo expuesto, en el presente estudio la asociación entre policonsumo de sustancias en usuarios con dependencia a cannabis y el diagnóstico de cualquier trastorno del estado de ánimo a su ingreso a estancia residencial fue positiva ( $X^2 = 7.349$ ,  $gl = 1$ ,  $p = 0.007$ ) con un riesgo 10.9 veces mayor de que los usuarios con dependencia a cannabis y dependencia simultánea a otras sustancias cumpliera criterios diagnósticos para cualquier trastorno del estado de ánimo (OR = 10.923, IC 95% [1.325 - 90.043]), asimismo, la asociación entre usuarios con dependencia a cannabis y dependencia simultánea a más de dos sustancias y el diagnóstico de trastorno distímico fue positivo ( $X^2 = 8.298$ ,  $gl = 1$ ,  $p = 0.008$ ) con un riesgo de 1.9 veces mayor de que los usuarios

con dependencia a cannabis y policonsumo de sustancias cumpliera criterios diagnósticos para el trastorno distímico a su ingreso (OR = 1.984, IC 95% [1.665 – 2.364])

- c) Usuarios con dependencia a cannabis en estancia residencial y antecedentes de salud mental.

El 25.75% de los usuarios con dependencia a cannabis indicaron contar con el antecedente de atención psicológica a su ingreso: el 19.7% de los usuarios con dependencia a cannabis recibió atención psicológica debido al consumo de sustancias, el 5.3% por problemas de conducta y el 0.8% por alteraciones del estado de ánimo.

El 11.36% con el antecedente de atención psiquiátrica y el 11.36% contaban con el antecedente de tratamiento psicofarmacológico previo: el 5.4% de los usuarios con dependencia a cannabis recibió atención por consumo de sustancias, el 4.5% por problemas de conducta, el 1.5% por alteraciones en la sensopercepción y el 0.8% por alteraciones del estado de ánimo.

El 5.3% de los usuarios de con dependencia a cannabis cumplieron criterios para el inicio de un antipsicótico, el 3% un antidepresivo, el 2.5% metilfenidato y 0.8% un anticonvulsivante.

- d) Usuarios con dependencia a cannabis en estancia residencial y antecedentes de intento suicida.

El 29.54% de los usuarios con dependencia a cannabis reportó a su ingreso a estancia residencial el antecedente de intento suicida.

El 30.64% de los usuarios con dependencia a cannabis que inicio su consumo antes de los 18 años de edad indicó el antecedente de por lo menos un intento suicida a su ingreso a estancia residencial.

- e) Usuarios con dependencia a cannabis en estancia residencial y antecedentes de maltrato infantil.

El 6.81% de los usuarios con dependencia a cannabis indicó el antecedente de abuso sexual en la infancia ( $p = 0.1$ ) y el 4.54% refirió el antecedente de violación en la infancia a su ingreso a estancia residencial ( $p = 0.26$ ).

El 43.18% de los usuarios con dependencia a cannabis reportó el antecedente de maltrato infantil de tipo físico ( $p = 0.58$ ) y el 76.51% indicó el antecedente de maltrato infantil de tipo emocional ( $p = 0.17$ ).

- f) Usuarios con dependencia a cannabis en estancia residencial y trastornos del estado de ánimo.

La depresión es una de las principales causas del consumo de sustancias psicoactivas en los adolescentes, sin embargo, la depresión puede ser también consecuencia del consumo de estas sustancias, estableciéndose así una relación en ambos sentidos y convirtiéndola en uno de los mayores problemas de salud pública en las sociedades actuales (Cassano & Fava 2002).

El 54.54% de los usuarios con dependencia a cannabis cumplió criterios diagnósticos para cualquier trastorno del estado de ánimo ( $p = 0.56$ ), el 23.48% cumplió criterios para un episodio depresivo y el ( $p = 0.64$ ) y el 46.21% para trastorno distímico ( $p = 0.77$ ) a su ingreso a estancia residencial.

El 55.64% de los usuarios con dependencia a cannabis que inicio su consumo antes de los 18 años de edad presentó criterios diagnósticos para cualquier trastorno del estado de ánimo ( $p = 0.31$ ), el 24.19% para un episodio depresivo ( $p = 0.45$ ), el 48.38% de estos usuarios para un trastorno distímico ( $X^2 = 3.894$ ,  $gl = 1$ ,  $p = 0.045$ ) lo cual confirió un riesgo 3.8 veces mayor para cumplir



con los criterios diagnóstico a su ingreso (OR = 3.871, IC 95% [1.613 – 24.431]) y el 4.0% presentó un trastorno depresivo recurrente a su ingreso.

Chuan Yu Chen y colaboradores llevaron a cabo un análisis sobre los datos recolectados por el United States National Comorbidity Survey (NCS) para establecer la asociación entre el consumo de cannabis y el desarrollo de un trastorno depresivo a partir de una muestra de 6,792 estadounidenses entre las edades de 15 a 45 años de edad, el 36.9% de los hombres y el 63.1% de las mujeres cumplieron con los criterios diagnósticos para un episodio depresivo. Los encuestados con una historia de dependencia a sustancias presentaron una prevalencia estimada para el trastorno depresivo del 9.5% para consumidores de cannabis, del 30.8% para consumidores de tabaco y el 27.8% para consumidores de alcohol. La asociación entre el consumo de cannabis y la presencia de un episodio depresivo fue positiva ( $p < 0.000$ , OR = 3.39, IC 95% [2.64 – 4.35]). La estimación de probabilidad acumulada para la presentación de un episodio depresivo en sujetos con dependencia a cannabis estaba determinada por la evolución de consumo y la edad del consumidor, por ejemplo, para los encuestados sin consumo de marihuana, la probabilidad acumulada para el desarrollo de un episodio depresivo fue del 15%, en cambio, en los consumidores de cannabis de la misma edad, el riesgo fue cinco veces mayor y la probabilidad acumulada fue del 24% (Yu Chen, 2002).

La asociación entre una evolución de consumo de cannabis mayor a 116 meses y trastorno depresivo recurrente fue positiva ( $X^2 = 6.958$ ,  $gl = 1$ ,  $p = 0.008$ ) con un riesgo 10.2 veces mayor de que los usuarios con una evolución de consumo de cannabis mayor a 116 meses cumpliera criterios para el diagnóstico de trastorno depresivo recurrente.

Brian J. Fairman y James C. Anthony evaluaron la asociación entre el inicio de consumo de cannabis antes de los 18 años de edad y el desarrollo de un trastorno del estado de ánimo en la edad adulta a partir del análisis de la Encuesta Nacional de Uso de Drogas y Salud (NSDUH), estudio epidemiológico que evaluó una muestra de 173,775 residentes estadounidenses encuestados entre 2005 – 2009. Los hallazgos del análisis mostraron que el aproximadamente 1 de cada 10 adultos de la muestra habían experimentado un episodio depresivo después de los 18 años de edad, los

factores psicosociales asociados a la emergencia de un episodio depresivo en la edad adulta fue un nivel educativo bajo, género femenino y el antecedente de separación o divorcio. La proporción de casos que habían fumado marihuana antes de los 18 (14%) era idénticos a los que habían comenzado más tarde (14%), la prevalencia de depresión fue mayor en los consumidores con una evolución de consumo mayor a 11 años, asimismo, la evolución de los periodos depresivos estuvo asociado con el consumo temprano de tabaco y alcohol (Fairman & Anthony, 2012).

g) Usuarios con dependencia a cannabis en estancia residencial y trastornos de ansiedad.

El 60.60% de los usuarios en estancia residencial con dependencia a cannabis presentó criterios diagnósticos para cualquier trastorno de ansiedad ( $p = 0.52$ ), el 59.09% para el trastorno de ansiedad generalizada ( $p = 0.97$ ), el 3.03% para trastorno de fobia social ( $p = 0.5$ ), el 0.75% para trastorno de estrés postraumático ( $p = 0.63$ ) y 4.54% para trastorno de pánico ( $p = 0.58$ ).

Los usuarios con dependencia a cannabis que iniciaron su consumo antes de los 18 años de edad, el 62.09% cumplieron criterios diagnósticos para cualquier trastorno de ansiedad ( $p = 0.16$ ), el 60.48% para trastorno de ansiedad generalizada ( $p = 0.2$ ), el 3.22% para trastorno de fobia social ( $p = 0.60$ ), el 0.8% para el trastorno de estrés postraumático ( $p = 0.79$ ) y el 4.83% para el trastorno de pánico.

h) Usuarios con dependencia a cannabis en estancia residencial e inicio de tratamiento psicofarmacológico.

Al ingreso a estancia residencial, el 59.8% de los usuarios con dependencia a cannabis cumplieron criterios para iniciar tratamiento psicofarmacológico a su ingreso ( $p = 0.95$ ), el 59.09% inició tratamiento con un antidepresivo ( $p = 0.97$ ) y el 14.3% con un anticonvulsivante ( $p = 0.1$ ).

El 35.6% de los usuarios con dependencia a cannabis en estancia residencial cumplieron criterios para el inicio de un antipsicótico ( $X^2 = 4.775$ ,  $gl = 1$ ,  $p = 0.029$ ) con un riesgo 2.1 veces mayor de

que los usuarios con dependencia a cannabis cumplieran criterios para el inicio de un antipsicótico a su ingreso (OR = 2.133, IC 95% [1.073 – 4.241]).

El consumo de cannabis ha sido asociado con episodios persistentes de psicosis más allá del periodo de intoxicación, estos episodios psicóticos inducidos, denominados “psicosis tóxica”, son desencadenados por largos periodos de consumo, se resuelven con la abstinencia y su duración es menor en comparación con los observados en los trastornos psicóticos primarios, no obstante, dos estudios longitudinales llevados a cabo en Dinamarca y Finlandia, demostraron que más del 50% de los consumidores de cannabis que inicialmente fueron diagnosticados con un episodio psicótico inducido por cannabis, durante su seguimiento completaron criterios diagnósticos para un trastorno del espectro de la esquizofrenia. Estudios transversales y longitudinales han asociado el consumo de cannabis y la emergencia de trastornos psicóticos primarios, estos estudios han demostrado que la presencia de un episodio psicótico inducido por el consumo de cannabis se asocia con el inicio temprano de la esquizofrenia. Un reciente metaanálisis concluyó que el consumo de cannabis se asocia con la aparición temprana de un episodio psicótico tres años después del inicio de consumo de cannabis y un intervalo de aproximadamente 6 años posterior al inicio de su consumo para la aparición de un trastorno psicótico primario. Por otra parte, el inicio de consumo de cannabis a edades tempranas y el uso frecuente de marihuana se asocia a un mayor riesgo para el desarrollo de psicosis; la relación temporal dosis - respuesta entre el consumo de cannabis y el desarrollo de la psicosis proporciona una evidencia indirecta de causalidad, aunque también hay algunas pruebas de una asociación bidireccional, por lo cual el empleo de antipsicóticos en esta población se ha incrementado progresivamente en los servicios de urgencias y centros de internamientos (Hanna, 2016), lo cual es coincidente con la asociación entre la dependencia a cannabis en usuarios en estancia residencial y la indicación del inicio de un antipsicótico a su ingreso

- i) Usuarios con dependencia a cannabis en estancia residencial, estructura dinámica y funcionalidad familiar.

El 66.66% de los usuarios con dependencia a cannabis en estancia residencial reportó una estructura familiar de monoparental a su ingreso a estancia residencial ( $X^2 = 4.337$ ,  $gl = 1$ ,  $p =$

0.036) lo cual confirió un riesgo 1.8 veces mayor de que los usuarios que reportan una estructura familiar monoparental cumplan criterios para dependencia a cannabis a su ingreso (OR = 1.886, IC 95% [1.307 – 3.428]).

El 57.57% de los usuarios con dependencia a cannabis en estancia residencial reportó el antecedente de separación materna ( $X^2 = 7.776$ ,  $gl = 1$ ,  $p = 0.005$ ) que confirió un riesgo 2.3 veces mayor de que los usuarios con el antecedente de separación materna cumplan con criterios diagnósticos de dependencia a cannabis a su ingreso a estancia residencial (OR = 2.324, IC 95% [1.279 – 4.261]).

El 11.36% de las madres de los usuarios con dependencia a cannabis en estancia residencial reportó que el motivo de su separación fue por infidelidad, el 28.03% fue por violencia intrafamiliar, el 11.36% se debió a consumo de sustancias por conyugue y el 6.81% por migración.

El 40.90% de los usuarios con dependencia a cannabis en estancia residencial indicó el antecedente de separación paterna ( $X^2 = 4.051$ ,  $gl = 1$ ,  $p = 0.044$ ) y confirió un riesgo 1.3 veces mayor de que los usuarios con el antecedente de separación paterna cumpla criterios diagnósticos para la dependencia a cannabis a su ingreso a estancia residencial (OR = 1.366, IC 95% [1.018 – 1.834]).

Elisardo Becoña y colegas realizaron una revisión narrativa sobre como la desorganización familiar influye sobre el consumo de sustancias en sus miembros, Becoña y colaboradores, define la desorganización familiar como aquellas familias en la que algunos de los padres presenta una psicopatología o enfermedad mental, haya un solo padre (familias monoparentales) o que alguno o ambos padres sean consumidores de sustancias. En su revisión encontraron que los adolescentes en hogares monoparentales o con padrastro tienen mayor probabilidad de consumir drogas en comparación con adolescentes que viven con sus padres, asimismo, se halló en los estudios clínicos revisados que los adolescentes que viven con ambos padres biológicos tienen un menor riesgo de iniciar el consumo de tabaco y alcohol en comparación con aquellos que viven con un solo padre o en una familia reconstituida. En relación al consumo de cannabis, la estructura familiar influye

en el consumo de cannabis, de modo que los jóvenes con padres divorciados tienen mayor probabilidad de consumir marihuana y el consumo de cannabis es mayor en las familias reconstituidas o monoparentales que en las familias intactas, además, los adolescentes de familias reconstituidas o monoparentales tienen mayor probabilidad de consumir drogas ilegales y se encontró que el divorcio o separación incrementa un 27% la probabilidad de consumo de drogas por vía parenteral en los hijos (Becona, 2012).

El 49.21% de los usuarios con dependencia a cannabis cumplieron con los criterios diagnósticos para una cohesión familiar no relacionada por medio del FACES III a su ingreso a estancia residencial ( $p = 0.49$ ), el 32.57% para cohesión semirelacionada ( $p = 0.64$ ), el 9.84% para una cohesión relacionada ( $p = 0.19$ ) y el 11.36% para una cohesión aglutinada ( $p = 0.7$ ).

El 43.93% de los usuarios con dependencia a cannabis cumplieron criterios diagnósticos por medio del FACES III para una adaptabilidad caótica ( $p = 0.7$ ), el 20.45% para una adaptabilidad rígida ( $p = 0.32$ ), el 14.39% para una adaptabilidad estructurada ( $p = 0.26$ ) y el 18.93% para una adaptabilidad flexible ( $p = 0.44$ ).

Los usuarios con dependencia a cannabis con un inicio de consumo menor a los 18 años de edad cumplieron con los criterios diagnósticos del FACES III para una cohesión no relacionada ( $X^2 = 6.978$ ,  $gl = 1$ ,  $p = 0.008$ ) con un riesgo 7.05 veces mayor en usuarios con una cohesión familiar no relacionada de iniciar su consumo de cannabis antes de los 18 años de edad (OR = 7.054, IC 95% [1.360 – 36.580]).

El 79.54% de los usuarios con dependencia a cannabis cumplieron criterios diagnósticos para una familia disfuncional por medio de APGAR familiar ( $p = 0.15$ ) y el 85.6% de este grupo de usuarios presentó una crisis familiar a su ingreso a estancia residencial ( $p = 0.14$ ).

El 81.45% de los usuarios con dependencia a cannabis que iniciaron su consumo antes de los 18 años de edad cumplieron criterios diagnósticos para una familia disfuncional por medio de APGAR

familiar ( $X^2 = 4.569$ ,  $gl = 1$ ,  $p = 0.033$ ) con un riesgo 1.6 veces mayor en usuarios con el diagnóstico de una familia disfuncional para iniciar el consumo de cannabis antes de los 18 años de edad (OR = 1.629, IC 95% [1.811 – 3.274]) y el 87.9% de los usuarios con dependencia a cannabis que iniciaron su consumo antes de los 18 años de edad indicó cursar por una crisis familiar por medio de la Escala de Holmes de Eventos Críticos ( $X^2 = 8.762$ ,  $gl = 1$ ,  $p = 0.003$ ) con un riesgo 1.7 veces mayor de que los usuarios con una crisis familiar inicien su consumo de cannabis antes de los 18 años de edad (OR = 1.758, IC 95% [1.877 – 3.526]).

Los factores sociales y familiares relacionados con la predicción del inicio de consumo de sustancia comprenden conflictos familiares frecuentes y separación de ambos padres, una historia familiar de consumo de sustancias, conductas antisociales parentales y comunicación inadecuada entre padres e hijos. Otros factores asociados con el inicio y mantenimiento del consumo de cannabis son la presión de los pares, el fracaso académico, el ausentismo escolar y el uso de otras sustancias como alcohol y tabaco (Hayatbakhsh, 2013).

Severin Haug y colaboradores realizaron un análisis sobre un estudio de Cohorte para la determinación de factores de riesgo para el inicio de consumo de sustancias (Cohort Study on Substance Use Risk Factors (CSURF)) con una muestra total de 15,074 jóvenes reclutados en tres clínicas para atención a las adicciones. Severin Haug y colegas llegaron a la conclusión de que el inicio del consumo de cannabis es el resultado de la combinación de variables, entre las más destacadas son un la dificultad o facilidad para la obtención de los medios de subsistencia necesarios, número de hermanos, divorcio de los padres menor a los 18 años, dependencia a nicotina y búsqueda de novedad. En relación al divorcio en menores de 18 años, se reportó un riesgo 1.94 veces mayor en comparación con los no expuestos ( $p < 0.1$ , OR = 1.94, IC 95% [1.42 – 2.65]) de iniciar el consumo de cannabis antes de los 14 años de edad, no obstante, para el inicio de consumo de otras drogas, los predictores más relevantes fueron la presencia de un trastorno depresivo ( $p < 0.1$ , OR = 1.3, IC 95% [1.01-1.05]), criterios diagnósticos para un trastorno antisocial de la personalidad ( $p > 0.1$ , OR = 2.03, IC 95% [1.36-3.01]), baja supervisión de los padres y desconocimiento por parte de los padres de los pares del hijo, asociación con pares que cursen con un trastorno psiquiátrico y el rasgo temperamental de búsqueda de novedad (Haug, 2014).

- j) Usuarios con dependencia a cannabis en estancia residencial y diagnóstico de patología dual.

El 93.18% de los usuarios con dependencia a cannabis en estancia residencial cumplió criterios para el diagnóstico de patología dual ( $X^2 = 8.361$ ,  $gl = 1$ ,  $p = 0.004$ ) lo cual confirió un riesgo tres veces mayor para que los usuarios con dependencia a cannabis cumplan con los criterios para un diagnóstico dual (OR = 3.020, IC 95% [1.378 – 6.618]).

El 94.35% de los usuarios con dependencia a cannabis en estancia residencial que inicio su consumo antes de los 18 años de edad completo los criterios para patología dual ( $X^2 = 4.431$ ,  $gl = 1$ ,  $p = 0.035$ ) con un riesgo de 5.5 veces mayor para que los usuarios con dependencia a cannabis que iniciaron su consumo antes de los 18 años de edad cuente con un diagnóstico dual a su ingreso (OR = 5.571, IC 95% [1.946 – 32.799]).

El riesgo a lo largo de la vida para el desarrollo de dependencia a cannabis se estima aproximadamente en el 9%, este riesgo se incrementa al 16% si el consumo de cannabis se inicia durante la adolescencia y aumenta hasta el 25% a 50% cuando se consume cannabis diariamente (Volkow, 2014), asimismo, el consumo de cannabis actúa como una sustancia de entrada para el consumo de otras sustancias ilícitas, esta asociación fue altamente significativa en los consumidores adolescentes: en un análisis integrado de tres estudios longitudinales, los consumidores de cannabis que iniciaron antes de los 17 años de edad presentaron una probabilidad significativamente aumentada para el inicio del consumo de otras sustancias ilícitas y el desarrollo de un trastorno psiquiátrico comorbido (Silins, 2014).

- k) Evolución de estancia residencial usuarios con dependencia a cannabis.

El 31.06% de los usuarios con dependencia a cannabis solicitó su alta voluntaria y el 12.87% se le dio de baja por faltas al reglamento interno de la unidad residencial. Respecto a los usuarios con dependencia a cannabis que iniciaron su consumo antes de los 18 años de edad, el 31.45% de este

grupo de usuarios solicitó su alta voluntaria y el 12.9% se les brindó su baja por faltas al reglamento.

- Usuarios con dependencia cocaína en estancia residencial.

El consumo de cocaína continúa siendo predominante en América, Europa y Oceanía, en tanto que prácticamente toda la producción mundial se realiza en tres países de América del Sur. Aunque no hay datos concluyentes sobre el alcance del consumo de esa droga en África y Asia, los expertos consideran que en esas dos regiones puede haber zonas de consumo incipiente, cuya aparición está ligada al aumento del tráfico por África y al aumento de la prosperidad en ambos continentes. El consumo de cocaína más problemático se registra en América y en América del Norte ha disminuido desde 2006, debido, en parte, a una persistente escasez, sin embargo, más recientemente se ha observado un leve aumento de la prevalencia en los Estados Unidos. En América del Sur, el consumo y el tráfico de cocaína se han hecho más notorios, especialmente en el Brasil (por factores como su ubicación geográfica y su numerosa población urbana) y en Europa occidental y central es el segundo mercado en importancia después de América (UNODC, 2014).

Las estimaciones mundiales de Naciones Unidas para el año 2012, indican que unas 17,2 millones de personas entre 15 a 64 años declararon haber usado cocaína durante los 12 meses anteriores a los estudios realizados en los respectivos países, expresada en una prevalencia mundial de 0,37%. El consumo de cocaína se ubicaría en el cuarto lugar de consumo de sustancias controladas a nivel global, la prevalencia global para el conjunto de las Américas fue del 3.24% a lo largo de la vida, la prevalencia en el último año fue del 1.49 y para el último mes del 0.86. La prevalencia a lo largo de la vida del consumo de cocaína en América del Norte fue del 2.90%, para el año previo del 1.6% y para el mes previo del 0.70%. En América del sur la prevalencia de consumo de cocaína a lo largo de la vida fue del 3.78%, en el mes previo del 2.16% y para el mes previo de 1.20%. En la región del Caribe la prevalencia a lo largo de la vida fue del 2.25%, para el último mes de 1.49% y para el último mes de 0.85% (Informe sobre el Uso de las Drogas en las Américas 2015. OEA).



La prevalencia de consumo de cocaína a nivel hemisférico fue mayor en América del Sur, específicamente en Chile, Argentina y Colombia con prevalencias mayores al 2.5%, seguido por Uruguay y Brasil con una prevalencia promedio del 2% y en América del Norte, Canadá presentó los niveles de consumo más altos. En México, el consumo reciente de cocaína en población escolar de la ciudad de México, monitoreado desde los años 1989 a 2012, indica un fuerte crecimiento para ambos sexos, pero más intenso entre las mujeres, quienes pasan del 0,3% al 2,1%, en tanto que los hombres lo hacen del 0,9% al 2,8% (Informe sobre el Uso de las Drogas en las Américas 2015. OEA).

La encuesta Nacional de Adicciones 2012 mostró que en el periodo de nueve años (2002 - 2011) el consumo global de drogas ilícitas alguna vez en la vida aumentó en la población de 12 a 65 años del 0.8% al 1.8%. Durante este mismo periodo, el consumo de cocaína aumentó del 0.33% al 2.60% en la población urbana: la cocaína es considerada la segunda droga ilícita (incluido el crack) más consumida con una prevalencia global para el 2012 a lo largo del territorio nacional del 0.5%, su consumo fue precedido por en el 7.6% por el consumo de tabaco y en el 3.8% por el consumo de alcohol (Bosque J, 2014).

El Sistema de Reporte de Información en Drogas, en su informe de la Ciudad de México, muestra estadísticas de 45 instituciones de atención a la salud y procuración de justicia, se captaron 1 261 casos de los cuales 429 (34%) fueron usuarios de cocaína; la prevalencia de consumo una vez en la vida fue del 34% y la prevalencia de consumo en el último mes fue del 24%. El grupo más afectado es el de los usuarios entre los 15 a 19 años de edad en un 45.9% (Ortiz A, 2010).

En los centros de atención gubernamentales como los Centros de Integración Juvenil (CIJ), se observó un incremento en la prevalencia a lo largo de la vida del 12.2% al 71.4% durante el periodo comprendido del 2000 al 2007, a partir del 2010 se observó una prevalencia a la baja con un 50%. Tanto el consumo de cocaína como el de cocaína de base libre o crack presentan separadamente tendencias decrecientes para llegar a localizarse, en el segundo semestre de 2010, en 39.6 y 24.8%, respectivamente (Villatoro J, 2010).

El Sistema de Vigilancia Epidemiológica de las Adicciones (SISVEA), México Información 2009, indicó una prevalencia del consumo de cocaína en estancia residencial en centros no gubernamentales del de 16.2% (n = 10.450) con un predominio de consumo en varones mayores de 35 años (25.8%), seguido por el grupo de varones entre los 15 a 19 años de edad (21.5%).

La prevalencia de usuarios con dependencia cocaína en el CEAIA fue del 26% (n = 52) durante el periodo de estudio, el 52.9% de este grupo de usuarios inició el consumo de cocaína después de los 18 años de edad (p = 0.055) y la edad promedio de inicio de consumo fue a los 23.98 años.

La cocaína es un estimulante, un supresor de apetito y un antagonista inespecífico de los canales de sodio, lo cual explica sus efectos analgésicos menores. Generalmente la cocaína es empleada como polvo de color blanco, pero puede estar cristalizada y se le llama comúnmente “crack” o “pasta base”. La pasta base es la presentación de la cocaína más adictiva, la combustión convierte los cristales en humo, que pueden ser inhalados y pasar a la circulación sanguínea a través de los alveolos pulmonares. La cocaína es buscada por sus efectos eufóricos (sensación de sentirse bien), incremento de la autoconfianza y la alerta, no obstante, el consumo crónico deriva en la presentación de neuropatías y complicaciones neuropsiquiátricas como episodios depresivos, ideación suicida, ideación paranoide y catatonía, la cual puede estar presente hasta en el 60% de los consumidores, asimismo, el consumo crónico deriva en una neurotoxicidad causada por las altas concentraciones de dopamina con afectación de los lóbulos frontales, lo cual se expresa conductualmente como una dificultad creciente para la inhibición de conductas inapropiadas, incremento de impulsividad, disminución de la atención y concentración, así como la disminución en la capacidad de toma de decisiones y planificación. La intoxicación aguda de cocaína se manifiesta minutos después de su consumo y se caracteriza por la presencia de taquicardia, palpitaciones, epistaxis, diaforesis, cefalea, ansiedad, temblor fino distal, espasmo muscular y taquipnea (Nnadi, 2005).

Las complicaciones médicas más frecuentes asociadas a grandes cantidades de cocaína son crisis epilépticas tónico - clónico generalizadas, neuropatía del nervio óptico, eventos vasculares isquémicos hemorragia subaracnoidea e intracerebral, isquemia cortical difusa, atrofia cerebral e

infarto agudo al miocardio, cada una de estas complicaciones puede disparar un edema cerebral y comprometer la vida del usuario a corto plazo y la integridad neurológica a largo plazo (Bodmer, 2014).

a) Características sociodemográficas de los usuarios con cocaína en estancia residencial.

El nivel de escolaridad más prevalente en los usuarios con dependencia cocaína en estancia residencial fue escolaridad secundaria, reportada por el 51.92% de población ( $p = 0.57$ ), el segundo nivel de escolaridad más frecuente fue el nivel primaria en el 23.07% ( $p = 0.93$ ).

El 73.07% de los usuarios con dependencia a cocaína en estancia residencial abandono la actividad escolar antes de los 18 años de edad ( $X^2 = 4.322$ ,  $gl = 1$ ,  $p = 0.038$ ) con un riesgo 2.2 veces mayor de que los usuarios con dependencia a solventes reportará a su ingreso el abandono de actividad escolar antes de los 18 años (OR = 2.228, IC 95% [1.034 – 4.799]) y el 46.15% de este grupo de usuarios indicó abandonar su actividad escolar debido al consumo de sustancias ( $p = 0.25$ ).

Escolaridad en usuarios en estancia residencial con el diagnóstico de dependencia cocaína					
Nivel de escolaridad		Motivo de abandono de escolaridad		Edad de abandono de escolaridad	
	Porcentaje		Porcentaje		Porcentaje
<b>Analfabeta</b>	0.0	Bajos ingresos	1.92	Suspensión de actividad escolar antes de los 18 años	73.07
<b>Primaria incompleta</b>	0.0	Actividad laboral	25.0		
<b>Primaria completa</b>	23.07	Rendimiento escolar	9.61		
<b>Secundaria</b>	51.92	Expulsión	7.69		
<b>Bachillerato</b>	13.49	Migración	0.0	Suspensión de actividad escolar después de los 18 años	26.92
<b>Carrera técnica</b>	0.0	Vida conyugal	7.69		
<b>Licenciatura</b>	9.61	Consumo de sustancias	46.15		
<b>Posgrado</b>	1.92	Otras	1.92		

**Tabla 355.** Características sociodemográficas: escolaridad en usuarios con dependencia a cocaína en estancia residencial en el Centro Estatal para la Atención Integral para las Adicciones.

Fuente: Funcionalidad familiar y patología dual en usuarios residenciales en Centro Estatal para la Atención Integral de las Adicciones, Hidalgo, 2015

El 53.84% de los usuarios en estancia residencial con dependencia cocaína refirió iniciar una actividad laboral antes de los 15 años de edad ( $p = 0.53$ ), el 59.61% de este grupo de usuarios indicó encontrarse desempleado a su ingreso ( $p = 0.49$ ) y el 59.61% abandono su actividad laboral debido al consumo de sustancias ( $p = 0.81$ ).

Actividad laboral en usuarios en estancia residencial con el diagnóstico de dependencia a solventes					
Actividad laboral actual		Motivo de abandono laboral		Inicio de actividad laboral	
	Porcentaje		Porcentaje		Porcentaje
Estudiante	3.84	Consumo de sustancias	59.61	Inicio de actividad laboral antes de los 15 años	53.84
Empleado	23.07			Inicio de actividad laboral después de los 15 años	46.16
Autoempleado	13.46	Ingreso a unidad residencial	40.49		
Desempleado	56.61				

**Tabla 356.** Características sociodemográficas: usuarios con dependencia a cocaína en estancia residencial en el Centro Estatal para la Atención Integral para las Adicciones.

Fuente: Funcionalidad familiar y patología dual en usuarios residenciales en Centro Estatal para la Atención Integral de las Adicciones, Hidalgo, 2015

El 55.76% de los usuarios con dependencia a cocaína en estancia residencial se refirieron como solteros, el 19.23% en unión libre y separados.

El 51.92% de los usuarios con dependencia a cocaína en estancia residencial indicaron contar con antecedentes penales a su ingreso ( $X^2 = 8.848$ ,  $gl = 1$ ,  $p = 0.003$ ), lo cual les confirió un riesgo 1.4 veces mayor de que estos usuarios contaran con antecedentes penales a su ingreso (OR = 1.476, IC 95% [1.092 – 1.993]): el 28.84% contaba con el antecedente de robo, el 21.15% con el antecedente de narcomenudeo y el 1.92% lesiones a terceros.

La asociación entre criminalidad y el consumo de cocaína está determinada por múltiples factores como la disponibilidad y los bajos costos del clorhidrato de cocaína y la cocaína base y la violencia generalizada derivada del narcotráfico. La comorbilidad entre el consumo de cocaína y la criminalidad representa un problema doble de salud pública. Los trastornos por consumo de sustancias están asociados con altos niveles de conductas violentas como robo, lesiones a terceros,

violencia intrafamiliar y agresiones sexuales. Diversos estudios transversales han examinado esta asociación y determinaron que la impulsividad es un factor importante implicada en la presencia de conductas delictivas (Baltieri, 2008). Alessandra Diehl y colaboradores llevaron a cabo un estudio transversal en una unidad de internamiento para tratamiento del consumo de sustancias en San Paulo, Brasil, con una muestra de 587 usuarios, la prevalencia de antecedentes penales en usuarios con consumo de cocaína fue del 26.8% ( $n = 156$ ), 94 personas cometieron agresión a terceros, 62 personas destrucción de propiedad privada y sólo dos personas robo. 19 de las personas con antecedentes penales estaban relacionados directamente con el tráfico de drogas y 144 de los participantes contaban con el antecedente de detención judicial (Diehl, 2016).

Felix Henrique Paim Kessler y colaboradores realizaron un estudio transversal multicentrico en cinco ciudades de Brasil; Porto Alegre, San Paulo, Rio de Janeiro y Salvador, se entrevistaron a 150 usuarios de cada centro de atención para las adicciones con una muestra total de 738 sujetos con dependencia a cocaína en su modalidad de clorhidrato de cocaína y cocaína base. Los hallazgos realizados por Kessler y colegas indicaron que los usuarios con dependencia a cocaína base presentaron mayor disfunción en el área social y familiar ( $p = 0.009$ , OR = 56.2, IC 95% [55.1 – 57.3]), así como una mayor prevalencia de trastornos psiquiátricos ( $p = 0.009$ , OR = 51.5, IC 95% [50.7 – 52.7]), un mayor número de individuos con el diagnóstico de trastorno antisocial de la personalidad y un mayor número de antecedentes de actividades ilegales comparado con los usuarios con dependencia al clorhidrato de cocaína y otras sustancias ( $p = 0.009$ , OR = 51.8, IC 95% [51.1 – 52.5]). Las actividades delictivas asociadas con el consumo de cocaína base fueron el narcotráfico (13.3%,  $p = 0.019$ , OR = 2.5%, IC 95% [1.1 – 5.3]), el robo (14%,  $p = 0.019$ , OR = 3.5%, IC 95% [1.3 – 8.9]) y robo a transeúntes (18.4%,  $p = 0.019$ , OR = 1.4, IC 95% [0.8 – 2.4]) (Paim Kessler, 2012).

Es necesario agregar que los antecedentes penales en usuarios con dependencia a cocaína en estancia residencial se asoció de forma positiva en aquellos usuarios que iniciaron su consumo antes de los 18 años de edad ( $X^2 = 7.150$ ,  $gl = 1$ ,  $p = 0.007$ ) con un riesgo 4.8 veces mayor en usuarios que iniciaron su consumo de cocaína antes de los 18 años de edad de contar con antecedentes penales a su ingreso (OR = 4.857, IC 95% [1.478 – 15.958]).

- b) Usuarios con dependencia a cocaína en estancia residencial y consumo simultáneo de otras sustancias.

El 80.7% de los usuarios en estancia residencial con el diagnóstico de dependencia a cocaína cumplió criterios para la dependencia simultánea alcohol ( $p = 0.32$ ), el 69.23% de este grupo de usuarios presentó una dependencia simultánea a cannabis ( $p = 0.56$ ), el 30.76% presentó dependencia simultánea a solventes volátiles ( $p = 0.81$ ), el 19.23% dependencia a estimulantes ( $p = 0.88$ ) y el 3.84% dependencia a benzodiazepinas.

La prevalencia de dependencia simultánea a otras sustancias de abuso en usuarios en estancia residencial en el CEAIA con dependencia a cocaína fue mayor a la prevalencia mostrada por Thiago G. Pianca y colaboradores, quienes realizaron un estudio transversal en una unidad psiquiátrica para la desintoxicación de consumo de cocaína base en la ciudad de Porto Alegre, comprendió una muestra de 90 usuarios. La edad media de inicio de consumo de cocaína fue de 15.6 años, comparado con el presente estudio, la edad de inicio de consumo de cocaína en usuarios en estancia residencial en el CEAIA fue a los 18.46 años. En el estudio de Thiago y colaboradores, el 100% de los usuarios habían experimentado por lo menos con una sustancia de abuso antes de iniciar su consumo de cocaína; el 61.4% indicaron consumir tabaco con una edad de inicio a los 11.61 años, el 44.3% consumo de alcohol con una edad de inicio a los 12.43 años y el 54.5% consumo de cannabis con una edad de inicio de 14.2 años. El tiempo medio entre la dependencia inicio de la experimentación con drogas y el crack era 2,53 años (Pianca, 2016).

El 98.07% de los usuarios con dependencia a cocaína cumplió con los criterios diagnóstico para dependencia simultánea a más de dos sustancias de abuso ( $X^2 = 21.793$ ,  $gl = 1$ ,  $p = 0.000$ ) con un riesgo 27.6 veces de que los usuarios con dependencia a cocaína cumpliera criterios para la dependencia simultánea a más de dos sustancias a su ingreso a estancia residencial (OR =27.625, IC 95% [3.710 – 205.691]).

- c) Usuarios con dependencia a solventes en estancia residencial y antecedentes de salud mental.

El 30.76% de los usuarios con dependencia a cocaína indicaron contar con el antecedente de atención psicológica a su ingreso ( $p = 0.22$ ): el 25% de los usuarios con dependencia a cocaína recibió atención psicológica debido al consumo de sustancias y el 5.76% por problemas de conducta.

El 17.30% de los usuarios con dependencia a cocaína refirió el antecedente de atención psiquiátrica ( $p = 0.063$ ): el 5.76% se debió al consumo de sustancias, el 5.76% a problemas de conducta, el 1.92% por alteraciones del estado de ánimo y el 1.92% por alteraciones en la sensibilidad, asimismo, el 15.38% contaba con el antecedente de tratamiento psicofarmacológico, los fármacos más utilizados fueron los antipsicóticos (9.61%), seguido de los antidepresivos (3.84%) y las benzodiazepinas (1.92%).

- d) Usuarios con dependencia a solventes en estancia residencial y antecedentes de intento suicida.

El 28.84% de los usuarios con dependencia a cocaína en estancia residencial indicó a su ingreso el antecedente de intento suicida ( $p = 0.58$ ) y el 36.53% indicó la realización de un intento suicida después de los 18 años de edad ( $p = 0.97$ ).

- e) Usuarios con dependencia a solventes en estancia residencial y antecedentes de maltrato infantil.

El 9.61% de los usuarios con dependencia a cocaína reportó a su ingreso a estancia residencial el antecedente de abuso sexual en la infancia ( $p = 0.76$ ), el 5.76% el antecedente de violación en la infancia ( $p = 0.30$ ), el 20% el antecedente de maltrato infantil de tipo físico ( $p = 0.99$ ) y el 82.69% el antecedente de maltrato infantil de tipo emocional ( $p = 0.081$ ).

- f) Usuarios con dependencia a solventes en estancia residencial y trastornos del estado de ánimo.

El 63.46% de los usuarios con dependencia a cocaína en estancia residencial cumplieron criterios diagnósticos para cualquier trastorno del estado de ánimo ( $p = 0.20$ ), el 21.15% de los usuarios con dependencia a cocaína presentaron un episodio depresivo a su ingreso ( $p = 0.51$ ), el 46.15% con el diagnóstico de trastorno distímico ( $p = 0.16$ ) y el 3.84% con el diagnóstico de trastorno depresivo recurrente ( $p = 0.67$ ).

Ana López Durán y Elisardo Becoña Iglesias llevaron a cabo una revisión en la literatura internacional sobre la comorbilidad entre consumo de cocaína y los trastornos psiquiátricos asociados, partieron de los resultados del Epidemiological Catchment Area Study (ECA) en donde la comorbilidad entre cualquier trastorno del estado de ánimo y el consumo de cocaína presentó una prevalencia a lo largo de la vida del 34.7%, posteriormente, evaluaron una serie de estudios transversales como el de Weiss y colaboradores, quienes a partir de una muestra de 30 consumidores de cocaína determinaron su perfil dual: el 53.3% presentaron un trastorno del estado de ánimo y más del 90% tenían un trastorno de la personalidad asociado. Gaw y Kleber realizaron un estudio transversal con una muestra de 30 individuos con dependencia a cocaína, los resultados mostraron una prevalencia a lo largo de la vida del 48% para cualquier trastorno del estado de ánimo. Weiss, Mirin, Griffin y Michael llevaron a cabo un estudio de seguimiento para dos muestras con una primera evaluación en el periodo de 1980-82 y otra de 1982-86 para determinar la prevalencia de los trastornos afectivos y los cambios en las características clínicas y demográficas de consumidores de cocaína en búsqueda de tratamiento residencial, la muestra del periodo 1982-86 estuvo conformada por 449 consumidores de cocaína y la prevalencia hallada en el primer bloque fue del 50% para cualquier trastorno del estado de ánimo, mientras que en el segundo bloque, se observó una reducción de la prevalencia de los trastornos del estado de ánimo del 20.1%, para explicar las diferencias con la muestra de 1982, señalan que el aumento en la disponibilidad y accesibilidad a la cocaína provoca que la presencia del trastorno afectivo premórbido sea considerado un factor de riesgo menos importante para el desarrollo de problemas de abuso de cocaína. Por lo tanto, a medida que se incrementa el porcentaje de consumidores, disminuye la proporción de psicopatología afectiva previa. Kleinman y colaboradores evaluaron



una serie de indicadores psicopatológicos en el momento de ingreso a estancia residencial de consumidores de cocaína, la muestra estuvo conformada por 76 individuos, el 73% eran dependientes a la cocaína base, los resultados obtenidos indicaron que el 58% de la muestra tenía algún trastorno de la personalidad (antisocial (21%), pasivo-agresivo (21%), límite (18%) y depresivo (18%)), el 47% ha tenido un trastorno depresivo a lo largo de la vida y el 28% presentaba un trastorno depresivo en el momento de su ingreso a estancia residencial y este grupo que cursaba con un episodio depresivo actual tenían el antecedente de iniciar el consumo de cannabis, tabaco y cocaína a edad más temprana en relación a los usuarios sin un trastorno del estado de ánimo (López Durán & Becoña Iglesias 2006).

g) Usuarios con dependencia a cocaína en estancia residencial y trastornos de ansiedad.

El 55.79% de los usuarios con dependencia a cocaína en estancia residencial cumplió criterios diagnósticos para cualquier trastorno de ansiedad ( $p = 0.58\%$ ), el 57.69% presentó un trastorno de ansiedad generalizada ( $p = 0.82$ ) y el 9.61% un trastorno de pánico ( $X^2 = 5.770$ ,  $gl = 1$ ,  $p = 0.016$ ) con un riesgo 5.1 veces mayor en usuarios con dependencia a cocaína para cumplir criterios diagnósticos a su ingreso (OR = 5.142, IC 95% [1.184 – 22.333]).

Los trastornos de ansiedad y los trastornos por consumo de sustancias son los trastornos psiquiátricos más prevalentes, ambos trastornos están frecuentemente asociados y esta relación es más esperada a lo atribuible al azar. La asociación de un trastorno de ansiedad y un trastorno por consumo de sustancias deriva en una mayor severidad de los síntomas de ambos trastornos, mayor intensidad en la disfunción social, laboral y familiar, una evolución tórpida y un peor pronóstico cuando ambos trastornos no son comorbidos y se presentan solos. Amplios estudios en la población general realizado en Estados Unidos, estiman que la prevalencia de los trastornos de ansiedad a lo largo de la vida y un año previo fue de 18% y 29% respectivamente, en relación a la prevalencia de los trastornos por consumo de sustancias en a lo largo de la vida y en el año previo fue del 9% y del 10% al 30% respectivamente. El NESARC (National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions) encontró que al menos el 15% de los individuos con el diagnóstico de un trastorno de ansiedad presentaron un trastorno por consumo de sustancias un año previo a la

realización del estudio y el 18% de los individuos con un trastorno por consumo de sustancias fueron diagnosticados con un trastorno de ansiedad y en individuos en tratamiento residencial por consumo de sustancias la prevalencia de cualquier trastorno de ansiedad se elevó hasta desde el 33% al 43% (McHugh, 2015). La prevalencia de cualquier trastorno de ansiedad entre consumidores de cocaína en estancia residencial en el CEAIA fue mayor, no obstante, no se encontraron asociaciones entre ambos tipos de trastornos, excepto para el trastorno de pánico.

El trastorno de pánico se caracteriza por alteraciones cognitivas y físico manifestados por taquicardia, disnea, diaforesis y temblor de aparición súbita, que alcanza su pico a los 10 minutos, estos ataques de pánico suelen repetirse varias veces al día y generan una conducta evitativa asociada a la posibilidad de un nuevo episodio, estos individuos tienen la sensación de pérdida de control e ideas catastróficas relacionadas con el estado de salud en general, por lo cual este grupo de pacientes consume grandes recursos médicos. La prevalencia del trastorno de pánico oscila entre el 1.7% a 37% en la población general y se intuye una alta comorbilidad con los trastornos por consumo de sustancias (Kessler RC, 2006).

Andressa Jacondino Pires y colaboradores realizaron un estudio transversal multicentrico en tres unidades de atención primaria en Brasil, con una muestra de 1,266 pacientes, quienes fueron entrevistados por medio del ASSIT (Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test) y la Entrevista Internacional Neuropsiquiátrica (MINI). La prevalencia del trastorno de pánico en población general fue del 5.6% ( $n = 60$ ) y la prevalencia a lo largo de la vida fue del 8.1% ( $n = 88$ ). En relación a la asociación entre consumo de cocaína y trastorno de pánico fue positiva con un prevalencia en este grupo de usuarios del 26.3% ( $n = 19$ ) con un riesgo 5.2 veces mayor en comparación con los no expuestos ( $p = 0.000$ , OR = 5.21, IC 95% [2.35 – 11.57]), se encontró también una asociación positiva entre consumo de cannabis y trastorno de pánico ( $p = 0.001$ , OR = 3.73, IC 95% [1.88 – 7.38]) y el consumo de sustancias ilícitas y el trastorno de pánico ( $p = 0.000$ , OR = 3.44, IC 95% [1.88 – 6.33]) (Pires, 2014).

h) Usuarios con dependencia a cocaína en estancia residencial e inicio de tratamiento psicofarmacológico.

El 65.38% de los usuarios con dependencia a cocaína en estancia residencial cumplieron criterios para el inicio de tratamiento psicofarmacológico a su ingreso ( $p = 0.35$ ): el 65.38% recibió tratamiento con un antidepresivo ( $p = 0.27$ ), el 38.46% con un antipsicótico ( $p = 0.14$ ) y el 32.69% con un anticonvulsivante ( $X^2 = 11.234$ ,  $gl = 1$ ,  $p = 0.001$ ) con un riesgo 3.5 veces mayor de iniciar tratamiento psicofarmacológico con un anticonvulsivante (OR = 3.508, IC 95% [1.639 – 7.506]).

El 25% de los usuarios con dependencia a cocaína iniciaron tratamiento con base en valproato de magnesio y el 5.76 con oxcarbacepina ( $X^2 = 18.433$ ,  $gl = 3$ ,  $p = 0.000$ )

La utilidad de los agonistas GABAérgicos y los antagonistas glutamatérgicos (NMDA), entre los que se encuentran algunos anticonvulsivos, implica su empleo para actuar sobre la neurotransmisión dopaminérgica del sistema mesocorticolímbico. Diferentes estudios han demostrado la capacidad de los antagonistas NMDA para reducir la autoadministración de cocaína y la estimulación locomotriz inducida por el consumo de cocaína en modelos de laboratorio, así como el empleo de los fármacos progabaérgicos para disminuir la capacidad de la cocaína de aumentar las concentraciones extracelulares de dopamina, lo cual justifica el empleo del actual uso de anticonvulsivos para la reducción de los efectos reforzadores del consumo de cocaína en usuarios con dependencia (Cocaína. Guía Clínica Socidrogasalcohol, 2008).

El valproato tiene diferentes aplicaciones en el campo de la psiquiatría entre las que se encuentra el tratamiento de las adicciones. Entre las características fundamentales de su amplio y complejo mecanismo de acción destacan, entre otros, la potenciación de la neurotransmisión GABAérgica a partir del aumento de la síntesis y liberación de GABA, además de disminuir la liberación de aminoácido excitadores ( $\beta$ -hidroxibutírico) y atenuar la excitación neuronal mediada por la activación de los receptores NMDA del glutamato. Los diferentes ensayos realizados con este fármaco en la adicción a la cocaína han aportado resultados esperanzadores, aunque no concluyentes, con disminución de la concentración urinaria así como del consumo (nivel de

evidencia 3), no obstante, un reciente estudio aleatorizado y controlado con placebo no obtuvo resultados positivos sobre su eficacia. En conclusión, los resultados son contradictorios hasta el momento y en los que las evidencias no confirman el empleo del de valproato en el tratamiento de la dependencia de cocaína (Cocaína, Guía Clínica Sociodrogasalcohol, 2008).

- i) Usuarios con dependencia a solventes en estancia residencial, estructura dinámica y funcionalidad familiar.

El 61.53% de los usuarios con dependencia a cocaína en estancia residencial reportó una estructura familiar de tipo monoparental a su ingreso ( $p = 0.99$ ), el 48.07% de este grupo de usuarios indicó el antecedente de separación materna ( $p = 0.68$ ) y en el 26.92% se debió a violencia intrafamiliar ( $p = 0.93$ ).

El 44.23% de los usuarios con dependencia a cocaína refirieron el antecedente de separación paterna a su ingreso a estancia residencial ( $p = 0.77$ ).

El 38.46% de los usuarios con dependencia a cocaína cumplió criterios diagnósticos por medio del FACE III para una cohesión familiar no relacionada ( $p = 0.30$ ), el 28.84% para una cohesión familiar semirelacionada ( $p = 0.62$ ), el 25% para una cohesión familiar relacionada y el 7.69% para una cohesión aglutinada.

El 44.23% de los usuarios con dependencia a cocaína cumplió criterios diagnósticos por medio del FACES III para una adaptabilidad familiar caótica ( $p = 0.83$ ), el 17.30% para una adaptabilidad familiar rígida ( $p = 0.79$ ), el 9.61% para una adaptabilidad familiar estructurada ( $p = 0.12$ ) y el 28.84% para una adaptabilidad familiar flexible ( $p = 0.083$ ).

El 88.46% de los usuarios en estancia residencial con el diagnóstico de dependencia a cocaína cumplió criterios para el diagnóstico de una crisis familiar a su ingreso por medio de la Escala de

Eventos Críticos de Holmes ( $p = 0.90$ ) y el 82.69% de este grupo de usuarios cumplió con los criterios para una familia disfuncional por medio del APGAR familiar a su ingreso ( $p = 0.22$ ).

j) Usuarios con dependencia a solventes en estancia residencial diagnóstico de patología dual.

El 94.23% de los usuarios con dependencia a cocaína en estancia residencial cumplió con los criterios para el diagnóstico de patología dual ( $p = 0.13$ ).

El 86.53% de los usuarios con dependencia a cocaína cumplió criterios para el diagnóstico de un trastorno psiquiátrico simultáneo al trastorno por el consumo de sustancias ( $p = 0.21$ ), el 44.23% cumplió criterios para dos trastornos psiquiátricos simultáneos ( $p = 0.10$ ), el 15.38% para tres trastornos psiquiátricos simultáneos ( $p = 0.92$ ) y el 1.92% para cuatro diagnósticos psiquiátricos simultáneos ( $p = 0.23$ ).

k) Evolución de estancia residencial de usuarios con dependencia cocaína.

El 36.53% de los usuarios con dependencia a cocaína pidió su alta voluntaria antes de concluir el periodo de estancia residencial y el 9.61% de este grupo de usuarios fue dado de baja por faltas al reglamento.

- Usuarios con dependencia solventes volátiles en estancia residencial

Los inhalables son sustancias volátiles, producen vapores químicos que pueden ser inhalados para provocar efectos psicoactivos. La definición de inhalables es problemática en la investigación en adicciones, ya que incluye una amplia gama de sustancias químicas con diversos grados de efectos psicoactivos y farmacológicos. Esta variedad de productos o sustancias plantea retos para la investigación sobre el uso de estas sustancias, las motivaciones para su uso, los comportamientos asociados y los daños que puede ocasionar en las personas. Se identifican cuatro clases de inhalables: solventes, aerosoles, gases y nitritos, o combinaciones distintas. Los solventes son

líquidos industriales o caseros que se vaporizan a temperatura ambiente, incluyendo solventes o removedores de pintura, tolueno, colas y corrector líquido. Los aerosoles son un tipo de spray que contienen propulsores y disolventes, utilizados en productos comunes tales como los desodorantes y sprays para cocinar. Los gases se encuentran en productos caseros o comerciales, como butano y propano, y también se utilizan como anestésicos médicos. Los nitritos se usan principalmente para intensificar el placer sexual y se venden comercialmente como “poppers” o “reventadores” (Informe sobre el Uso de las Drogas en las Américas. OEA, 2015).

La disponibilidad y demanda de solventes alrededor del mundo incrementó en las naciones industrializadas y en los mercados emergentes en países en desarrollo. La exposición voluntaria a solventes volátiles es un fenómeno global, en los Estados Unidos se ha calculado una prevalencia en adolescentes del 10%, en adolescentes canadienses de 12 a 17 años de edad, la prevalencia se encontró en un rango de 3% al 5% y entre sus equivalentes japoneses la prevalencia fue del 1.2% (Johnston LD, 2013).

La prevalencia global del último año de consumo de solventes en la región de las Américas se sitúa en un rango del 0.5% al 11%, con una prevalencia a lo largo de la vida del 7.4%, para el último año del 3.6% y para el último mes del 1.3%, la prevalencia más elevada para el consumo de solventes fue en la región del Caribe. La prevalencia en América del Norte a lo largo de la vida fue del 8.8%, en el último año del 3.6% y para el último mes del 1.4%. En el caso de América del Sur, la prevalencia a lo largo de la vida fue del 5.5%, en el último año del 3.6% y para el último mes del 1.03% y para la región del Caribe la prevalencia a lo largo de la vida fue del 9.84%, para el último año del 5.56% y para mes previo del 3.02% (Informe sobre el Uso de las Drogas en las Américas. OEA, 2015).

La prevalencia de consumo de solventes en México, en la Encuesta Nacional de Adicciones 2012, halló una prevalencia para el consumo solventes a lo largo de la vida en población abierta entre 12 a 65 años de edad del 0.9% (IC 95% [0.656 – 1.170]) y la prevalencia de consumo solventes en el último mes fue de 1.1% (IC 95% [0.735 – 1.371]) (Villatoro J, 2012).

Los niveles más altos de consumo de solventes en México se encontró en los estudiantes de nivel medio y medio superior con una prevalencia global del 7.9% en los adolescentes de una edad promedio de 14 años. A nivel secundaria, la prevalencia global fue del 5.7% y a nivel bachillerato del 6.9% (Encuesta Nacional de Consumo de Drogas en Estudiantes 2014).

El Sistema de Vigilancia Epidemiológica de las Adicciones (SISVEA) en 2009, reportó una prevalencia global en México del consumo de solventes en los Centros de Atención de Ayuda Mutua del 6.1% ( $n = 7,458$ ) y representó en el 44.3% de los usuarios la principal droga de consumo ( $n = 4,438$ ), el porcentaje de jóvenes de 15 a 19 años fue mayor entre los usuarios que mencionaron como droga de impacto los inhalables (40.5%) seguido por la marihuana (35.1%). En relación a la atención gubernamental, la prevalencia del consumo de solventes en los Centros de Integración Juvenil (CIJ) fue del 21% en el último mes y del 45% a lo largo de la vida en los usuarios de estos centros (Perfil Epidemiológico de las Adicciones en México 2010).

La prevalencia del consumo de solventes en usuarios en estancia residencial durante el periodo de estudio fue del 29.5% y representó la tercera droga de consumo en esta población.

El 57.62% de los usuarios en estancia residencial con dependencia a solventes eran menores de 18 años de edad ( $X^2 = 16.989$ ,  $gl = 1$ ,  $p = 0.000$ ), estos usuarios presentaron un riesgo 2.4 veces mayor para cumplir criterios diagnósticos para dependencia a solventes a su ingreso (OR = 2.418, IC 95% [1.576 – 3.710]).

Aproximadamente la mitad de los consumidores de solventes mantiene su uso continuo a lo largo de la vida, el inicio del consumo de solventes es más prevalente en los menores de 18 años, el consumo de inhalantes en adolescentes es episódico, creciente, suspendido por periodos intermitentes de abstinencia y asociado con el uso de otras sustancias de abuso, además, el uso de inhalantes tiende a ser el más frecuente en poblaciones aisladas, socialmente marginadas y económicamente desfavorecidas. Un análisis exhaustivo del uso de inhalantes entre los adultos realizado en la Encuesta Nacional sobre Drogas Uso y Salud en Estados Unidos (NSDUH) halló

que el 9.7% de los menores de 18 años habían empleado inhalantes a lo largo de su vida y sólo el 0.5% de los mayores de 18 años consumieron inhalantes de forma voluntaria el año previo al estudio (Wu & Ringwalt, 2006).

El inicio de consumo de solventes antes de los 18 años de edad está asociado con la sensación subjetiva de sensaciones placenteras muy similares a los episodios eufóricos iniciales del consumo de alcohol y generación de episodios psicóticos de tipo oniroide derivados de la intoxicación con inhalantes, no obstante, los solventes, a pesar de su alta disponibilidad y bajo costo, son igual de adictivos que la cocaína y los opiáceos, pero mucho más tóxicos. El consumo de solventes volátiles durante la infancia y la adolescencia conduce a un deterioro cognitivo mayor al observado cuando su consumo se inicia durante la edad adulta (Dingwall, 2011).

Los consumidores crónicos de solventes presentan alteraciones de la memoria a corto plazo, alteraciones en la atención, déficit en la resolución de problemas y dificultad para la inhibición de conductas, estas alteraciones suelen persistir después de largos periodos de abstinencia. Esto puede ser atribuido a la pérdida del volumen de materia blanca encefálica inducida por el consumo de solventes, la pérdida es particularmente elevada en los lóbulos frontales y temporales (Yucel, 2008).

La intoxicación aguda por inhalantes se caracteriza por un síndrome similar a la intoxicación alcohólica, manifestada por mareo, incoordinación psicomotriz, dificultad para hablar, euforia y posteriormente letargo, lenificación de reflejos y movimientos musculares, temblor, visión borrosa, estupor o coma y nistagmos. Los efectos crónicos del consumo de solventes volátiles están asociados a un déficit en el aprendizaje, memoria a largo plazo y déficit en la velocidad de procesamiento cognitivo derivado de una reducción de la sustancia blanca del cuerpo calloso, reducción del flujo sanguíneo cerebral en regiones periventriculares, subcorticales y materia blanca con persistencia de más de un año de abstinencia (Lubman, 2008).



a) Características sociodemográficas de los usuarios con dependencia a solventes en estancia residencial.

El nivel de escolaridad más prevalente en los usuarios con dependencia solventes en estancia residencial fue escolaridad secundaria, reportada por el 52.54% de población, el segundo nivel de escolaridad más frecuente fue el nivel primaria en el 37.28% ( $X^2 = 8.850$ ,  $gl = 1$ ,  $p = 0.003$ ) lo cual confirió un riesgo 2.7 veces mayor de que los usuarios con dependencia a solventes a su ingreso indicará sólo un nivel de escolaridad primaria.

El 89.83% de los usuarios con dependencia a solventes en estancia residencial abandono la actividad escolar antes de los 18 años de edad ( $X^2 = 8.935$ ,  $gl = 1$ ,  $p = 0.003$ ) con un riesgo 4.4 veces mayor de que los usuarios con dependencia a solventes reportará a su ingreso el abandono de actividad escolar antes de los 18 años (OR = 4.463, IC 95% [1.422 – 14.008]) y el 69.49% de estos usuarios indicó abandonar su actividad escolar debido al consumo de sustancias ( $X^2 = 9.137$ ,  $gl = 1$ ,  $p = 0.003$ ) con un riesgo 2.6 veces mayor de que este grupo de usuarios con dependencia a solventes indique el abandono de su actividad escolar por el consumo de sustancias (OR = 2.663, IC 95% [1.397 – 5.079]).

Escolaridad en usuarios en estancia residencial con el diagnóstico de dependencia solventes					
Nivel de escolaridad		Motivo de abandono de escolaridad		Edad de abandono de escolaridad	
	Porcentaje		Porcentaje		Porcentaje
Analfabeta	0.0	Bajos ingresos	3.38	Suspensión de actividad escolar antes de los 18 años	89.83
Primaria incompleta	6.77	Actividad laboral	6.77		
Primaria completa	37.28	Rendimiento escolar	3.38		
Secundaria	52.54	Expulsión	10.16		
Bachillerato	3.38	Migración	0.0	Suspensión de actividad escolar después de los 18 años	10.17
Carrera técnica	0.0	Vida conyugal	5.08		
Licenciatura	0.0	Consumo de sustancias	69.49		
Posgrado	0.0	Otras	1.69		

**Tabla 357.** Características sociodemográficas: escolaridad de usuarios con dependencia a solventes en estancia residencial en el Centro Estatal para la Atención Integral para las Adicciones.

Fuente: Funcionalidad familiar y patología dual en usuarios residenciales en Centro Estatal para la Atención Integral de las Adicciones, Hidalgo, 2015

El 76.27% de los usuarios en estancia residencial con dependencia solventes refirió iniciar una actividad laboral antes de los 15 años de edad ( $X^2 = 12.067$ ,  $gl = 1$ ,  $p = 0.001$ ) con un riesgo 2.1 veces mayor en estos usuarios con dependencia a solventes de iniciar actividad laboral antes de los 15 años de edad (OR = 2.122, IC 95 % [1.305 – 3.450]), el 77.96% de este grupo de usuarios indicó encontrarse desempleado a su ingreso ( $X^2 = 7.556$ ,  $gl = 1$ ,  $p = 0.006$ ) con un riesgo 2.6 mayor de que los usuarios con dependencia a solventes estén desempleados a su ingreso y el principal motivo de desempleo fue el consumo de sustancias ( $X^2 = 8.204$ ,  $gl = 1$ ,  $p = 0.004$ ) con un riesgo 2.6 veces mayor para que estos usuarios abandonaran su actividad labora debido al consumo de solventes (OR = 2.672, IC 95% [1.346 – 5.302]).

Actividad laboral en usuarios en estancia residencial con el diagnóstico de dependencia a solventes					
Actividad laboral actual		Motivo de abandono laboral		Inicio de actividad laboral	
	Porcentaje		Porcentaje		Porcentaje
Estudiante	8.47	Consumo de sustancias	76.27	Inicio de actividad laboral antes de los 15 años	76.27
Empleado	6.77			Inicio de actividad laboral después de los 15 años	23.72
Autoempleado	6.77	Ingreso a unidad residencial	23.72		
Desempleado	77.96				

**Tabla 358.** Características sociodemográficas: actividad laboral en usuarios con dependencia a solventes volátiles en estancia residencial en el Centro Estatal para la Atención Integral para las Adicciones.

Fuente: Funcionalidad familiar y patología dual en usuarios residenciales en Centro Estatal para la Atención Integral de las Adicciones, Hidalgo, 2015

Existe un escaso cuerpo de literatura internacional sobre las consecuencias psicosociales sobre el consumo de solventes volátiles, a pesar de la alta toxicidad causada por estas sustancias en el sistema nervioso central, su alta disponibilidad y su bajo costo, lo cual vuelve estas sustancias fácilmente accesibles entre los infantes y adolescentes. Melissa A. Fleschler y colaboradores llevaron a cabo un estudio transversal en estudiantes de secundaria en el Estado de Texas con una muestra representativa estatal de 562 estudiantes con una edad comprendida entre los 14 a 20 años (desviación estándar de 1.62 años), la prevalencia de estudiantes con consumo de solventes reportada fue del 27.7%, coincidente con la prevalencia reportada por el National Results on Adolescent Drug Use (ALTYRBS) del 28% y similar con la encontrada en el presente estudio (29.5%). La edad de inicio de consumo de solventes reportada por Melissa y colegas fue del 14

años, el abandono de actividad escolar debido al consumo de solventes fue positiva con un riesgo 2.53 veces mayor en comparación con los no expuestos (OR = 2.53, IC 95% [1.25 – 4.37]), el apoyo económico por otras personas que no fueran los padres de los estudiantes (actividad laboral informal) también fue positiva con un riesgo 2.3 veces mayor (OR = 2.53, IC 95% [1.46 – 4.39]) y la posesión de armas y la presencia de antecedentes penales (OR = 2.57, IC 95% [1.41 – 4.66]). Melissa y colegas concluyen que el consumo de inhalantes es un factor de riesgo para el abandono de la actividad escolar entre los adolescentes y mantener una actividad económica informal, por lo cual es indispensable identificar el consumo de solventes de forma temprana y otros factores psicosociales de riesgo asociados como el consumo de alcohol, tabaco, marihuana y cocaína, así como portar armas de fuego y contar con antecedentes penales (Fleschler, 2002).

Acorde con lo expuesto anteriormente, el 50.84% usuarios con dependencia a solventes reportaron contar con antecedentes penales a su ingreso a estancia residencial ( $X^2 = 7.368$ , gl = 1, p = 0.007) con un riesgo de 1.3 veces mayor de contar con antecedentes penales a su ingreso (OR = 1.395, IC 95% [1.062 - 1.831]): el 18.64% de este grupo de usuarios contaban con el antecedente de robo, el 25.42% antecedentes de narcomenudeo y el 5.08% contaba el antecedente lesiones a terceros.

- b) Usuarios con dependencia a solventes en estancia residencial y consumo simultáneo de otras sustancias.

El 74.57% de los usuarios con dependencia a solventes en estancia residencial cumplió criterios diagnósticos para dependencia alcohol, la asociación entre consumo de solventes y consumo de alcohol fue positiva ( $X^2 = 7.132$ , gl = 1, p = 0.008) con un riesgo 1.9 veces mayor de que los consumidores de solventes cumplan criterios para una dependencia comorbida alcohol (OR = 1.932 IC 95% [1.245 – 2.997]) y el 89.83% de este grupo de usuarios presentó criterios para el diagnóstico de dependencia a cannabis ( $X^2 = 21.179$ , gl = 1, p = 0.000) con un riesgo 6.9 veces de que estos usuarios con dependencia a solventes tuvieran una dependencia a cannabis comorbida a su ingreso (OR = 6.932, IC 95% [2.798 – 17.177]).

En relación al consumo de cocaína, el 27.11% de los usuarios con dependencia a solventes indicó su consumo simultáneo ( $p = 0.81$ ), el 11.86% refirió el consumo simultáneo de estimulantes ( $p = 0.86$ ) y el 5.08% consumo de benzodiazepinas ( $p = 0.43$ ).

El 98.30% de los usuarios con dependencia a solventes presentó dependencia a más de una sustancia de forma simultánea ( $X^2 = 26.437$ ,  $gl = 1$ ,  $p = 0.000$ ), lo cual le confirió un riesgo 33.8 veces mayor a esta población de presentar dependencia a más de una sustancia a su ingreso (OR = 33.888, IC 95% [4.558 – 251.948]).

El consumo de solventes volátiles se ha asociado con el consumo de otras sustancias como alcohol y cannabis, los sujetos entrevistados por la Encuesta Nacional sobre Uso de Drogas y la Salud en Estados Unidos (NSDUH) indicaron que por lo menos el 25% de los entrevistados que habían consumido inhalantes, ya habían consumido previamente alcohol y marihuana (Ding, 2009).

Un análisis retrospectivo realizado por Bennett y colaboradores, comparó adultos con dependencia a solventes volátiles y adultos con dependencia a marihuana con un inicio de ambas sustancias antes de los 18 años de edad, hallaron que los consumidores de solventes tenían dos veces mayor probabilidad de iniciar su consumo de alcohol con más de cinco bebidas estándar en comparación con los consumidores de cannabis (Bennett ME, 2000), coincidente con lo reportado en el presente estudio, en el cual, el 72.88% de los usuarios con dependencia a solventes volátiles habían iniciado su consumo de alcohol antes de los 18 años de edad ( $X^2 = 8.301$ ,  $gl = 2$ ,  $p = 0.016$ ) y el 77.96% de este grupo de usuarios inicio su consumo de cannabis antes de los 18 años ( $X^2 = 5.181$ ,  $gl = 1$ ,  $p = 0.023$ ).

La progresión del consumo de sustancias en este grupo de usuarios se caracterizó por una edad promedio de inicio de consumo de alcohol a los 14.62 años, para el consumo de marihuana a los 14.84 años y para el consumo de solventes de 16.37 años. Wu y Ringwalt realizaron un estudio retrospectivo en una muestra de representativa de adultos estadounidenses para evaluar la progresión

del consumo de sustancias en usuarios con dependencia a solventes, encontraron que más del 50% de los entrevistados habían consumido más de cuatro drogas de forma simultánea al consumo de solventes, esta secuencia no reflejar la causalidad, sino más bien los patrones escalonados de uso de sustancias (Wu LT & Howard MO, 2007).

- c) Usuarios con dependencia a solventes en estancia residencial y antecedentes de salud mental.

El 25.42% de los usuarios con dependencia a solventes indicaron contar con el antecedente de atención psicológica a su ingreso ( $p = 0.84$ ): el 23.72% de los usuarios con dependencia a solventes recibió atención psicológica debido al consumo de sustancias y el 1.69% por problemas de conducta.

El 10.16% de los usuarios con dependencia a solventes refirió el antecedente de atención psiquiátrica ( $p = 0.92$ ): el 6.77 se debió al consumo de sustancias, el 1.69% a problemas de conducta y alteraciones del estado de ánimo y el 1.69% por alteraciones en la sensorpercepción, asimismo, el 11.86% contaba con el antecedente de tratamiento psicofarmacológico, el fármaco más utilizados fueron los antipsicóticos (15.25%), seguido de los antidepresivos (1.69%), los anticonvulsivantes (1.69%) y los estimulantes de tipo atomoxetina (1.69%).

- d) Usuarios con dependencia a solventes en estancia residencial y antecedentes de intento suicida.

El 32% de los usuarios con dependencia a solventes refirió a su ingreso el antecedente de intento suicida ( $p = 0.19$ ) y el 25% de los usuarios con dependencia a solventes con el antecedente de intento suicida tenía menos de 18 años de edad ( $p = 0.56$ ).

- e) Usuarios con dependencia a solventes en estancia residencial y antecedentes de maltrato infantil.

El 8.47% de los usuarios con dependencia a solventes reportó a su ingreso a estancia residencial el antecedente de abuso sexual en la infancia ( $p = 0.14$ ), el 6.77% el antecedente de violación en la infancia ( $p = 0.10$ ), el 40.67% el antecedente de maltrato infantil de tipo físico ( $p = 0.68$ ) y el 83.05% el antecedente de maltrato infantil de tipo emocional ( $X^2 = 3.919$ ,  $gl = 1$ ,  $p = 0.48$ ), lo cual confirió un riesgo 1.7 veces mayor en los usuarios con dependencia a solventes de indicar el antecedente de maltrato infantil de tipo emocional (OR = 1.799, IC 95%, [0.970 – 3.336]).

- f) Usuarios con dependencia a solventes en estancia residencial y trastornos del estado de ánimo.

El 59.32% de los usuarios con dependencia a solventes en estancia residencial cumplió criterios diagnósticos para cualquier trastorno del estado de ánimo ( $p = 0.54$ ), el 25.42% de los estos usuarios contaba con criterios para un episodio depresivo ( $p = 0.84$ ) y el 50.84% cumplió criterios diagnósticos para un trastorno distímico ( $p = 0.32$ ).

- g) Usuarios con dependencia a solventes en estancia residencial y trastornos de ansiedad.

El 59.32% de los usuarios con dependencia a solventes volátiles presentó criterios para el diagnóstico de cualquier trastorno de ansiedad ( $p = 0.95$ ), el 40.67% de este grupo de usuarios contaba con criterios diagnósticos para un trastorno de ansiedad generalizada ( $p = 0.95$ ) y el 1.69% cumplió criterios para el trastorno de pánico ( $p = 0.28$ ).

El 6.77% de los usuarios con dependencia a solventes volátiles cumplió criterios diagnósticos para el trastorno de ansiedad social ( $X^2 = 6.288$ ,  $gl = 1$ ,  $p = 0.012$ ) con un riesgo 10.18 veces mayor de que estos usuarios con dependencia a solventes volátiles presentará criterios diagnósticos para el trastorno de ansiedad social (OR = 10.182, IC 95% [1.13 – 93.130]).

La ansiedad social es un trastorno de ansiedad caracterizado por un miedo persistente y excesivo provocado la exposición a ciertas situaciones y el desempeño social. Este miedo deriva de una crítica potencial, humillación y evaluación negativa por parte otros, lo cual es considerado como el origen de la ansiedad entre los individuos que cursa con este diagnóstico. La excesiva conciencia sobre los defectos personales y elevados niveles de autocrítica son características nucleares, a menudo producen conductas evitativas extremas que son el origen de una disfunción social. Este malestar significativo en la interferencia o funciones sociales es la clave diagnóstica para el trastorno de ansiedad social. La fobia social se considera un trastorno psiquiátrico crónico e incapacitante, el National Comorbidity Survey Replication (NCS - R) encontró una prevalencia a lo largo de la vida para el trastorno de fobia social del 12.1% y del 7.1% para el año previo (Letamendi, 2009).

Li-Tzy Wu y colaboradores realizaron un análisis estadístico sobre la base de datos del National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions (NESARC) del año 2001 – 2002 para determinar la comorbilidad entre usuarios con consumo de inhalantes y trastornos psiquiátricos con base en una muestra de 664 encuestados que cumplían con los criterios de dependencia a solventes. El 70% de los usuarios reportó criterios para los diagnósticos de cualquier trastorno psiquiátrico, el 48% cumplió criterios para un trastorno del estado de ánimo, el 36% para un trastorno de ansiedad y el 45% para un trastorno de la personalidad. En relación con la prevalencia por géneros, las mujeres presentaron mayor comorbilidad psiquiátrica en comparación con los hombres a lo largo de la vida para un trastorno distímico (24% vs 11%), para cualquier trastorno de ansiedad (53% vs 30%), para el trastorno de pánico sin agorafobia (25% vs 11%) y para el trastorno de fobia específica (28% vs 14%), sin embargo, en relación con la prevalencia del trastorno de la personalidad de tipo antisocial, fue mayor en hombres que en mujeres (36% vs 22%). La prevalencia del trastorno de ansiedad social fue del 12.1% y se indicó la presencia de este trastorno a la edad promedio de 13.5 años (Li-Tzy Wu & Howard MO, 2007).

En relación a los hallazgos encontrados en el presente estudio, la prevalencia global para cualquier trastorno del estado de ánimo fue mayor (59.32% vs 48%), para cualquier trastorno de ansiedad (59.32% vs 36%) y para cualquier trastorno de personalidad (100% vs 45%).

La asociación entre consumo de solventes volátiles y el trastorno de fobia social puede ser explicado como un factor de riesgo para el inicio de consumo de inhalantes, en un análisis realizado por Allison J. Ober y colaboradores de los datos proporcionados por un estudio en escolares sobre la prevención del consumo de sustancias en los Ángeles, E.U. (CHOICE) con una muestra total de 3,215 estudiantes de 12 a 18 años de edad. Entre los factores de riesgo asociados el inicio de consumo de solventes volátiles fue la percepción positiva del uso de inhalantes por lo pares ( $p < 0.001$ , OR = 1.25, IC 95% [1.12 – 1.40]), la oferta de inicio de consumo por éstos ( $p < 0.001$ , OR = 7.71, IC 95% [4.16 – 14.31]) y la aprobación de los compañeros para iniciar el consumo de solventes ( $p < 0.001$ , 1.74, IC 95% [1.35 – 2.23]) (Ober , 2013). La aprobación del consumo de solventes volátiles por los pares, la percepción positiva de su consumo y la integración al grupo a través de la aceptación de la sustancia de consumo podría explicar porque los usuarios con un trastorno de fobia social, la aceptación y la aprobación del consumo de sustancias de los pares actuaría como factor de riesgo para el inicio no solo de solventes volátiles, sino de otras sustancias de abuso, lo cual haría altamente vulnerable a esta población al inicio y mantenimiento del consumo de sustancias debido a la necesidad de aprobación e integración social.

h) Usuarios con dependencia a solventes en estancia residencial e inicio de tratamiento psicofarmacológico.

El 67.79% de los usuarios con dependencia a solventes volátiles cumplió criterios para el inicio de tratamiento psicofarmacológico a su ingreso a estancia residencial ( $p = 0.14$ ): en el 66.1% se comenzó tratamiento con un antidepresivo ( $p = 0.18$ ), en el 25.42% con un anticonvulsivante ( $p = 0.56$ ) y en el 44.06% con un antipsicótico ( $X^2 = 7.268$ , gl = 1,  $p = 0.007$ , OR = 2.386, IC 95% [1.258 – 4.527]).

El antipsicótico más empleado en este grupo de consumidores fue la risperidona (23.72%) seguida por la olanzapina (20.33%), ambos antipsicóticos tuvieron una asociación positiva con el consumo de solventes volátiles ( $X^2 = 16.613$ , gl = 3,  $p = 0.001$ ).



El empleo de antipsicóticos en esta población se ha justificado por los efectos agudos derivados de la exposición a inhalantes manifestados por la inducción de efectos eufóricos, distorsiones espaciales y visuales, alucinaciones visuales y auditivas complejas e impulsividad. El uso crónico de inhalables se traduce en síntomas neuropsiquiátricos como son la incoordinación motriz (ataxia cerebelosa), irritabilidad, labilidad emocional, ideación paranoica, agresividad y déficit cognitivos y respecto a las consecuencias psicosociales, abandono de actividad escolar, abandono de actividad laboral y delincuencia. Misra y colegas, reportaron un caso clínico por dependencia a inhalantes tratado con risperidona, los resultados reportados incluyeron la reducción de las alteraciones sensorceptuales manifestadas como alucinaciones visuales y auditivas, remisión de la ideación delirantes paranoica, reducción de las conductas agresivas y disminución significativa del deseo de consumo de inhalantes, asimismo, se brindó seguimiento al caso por el lapso de 12 semanas durante las cuales no se observó reinicio de consumo de solventes (Misra, 1999), no obstante, los tratamientos psicofarmacológicos empleados para las alteraciones neuropsiquiátricas agudas, como son los episodios psicóticos asociados a la intoxicación por solventes volátiles, han recibido poca atención y la literatura internacional sobre el uso de diversos fármacos es escasa. Un ensayo clínico aleatorizado realizado por Hernández Ávila y colaboradores con 40 pacientes con un episodio psicótico agudo y antecedente de dependencia a solventes, iniciaron tratamiento con base en haloperidol o carbamacepina o ambos, después de 5 semanas de seguimiento, los pacientes que había recibido carbamacepina y haloperido mostraron una reducción significativa de la severidad de los síntomas. En segundo reporte de caso por Shen (2007), se comenzó el tratamiento psicofarmacológico con base en lamotrigina en un paciente de 21 años de edad con evolución de 4 años de dependencia a solventes, se brindó un seguimiento por el lapos de 6 meses con remisión del deseo de consumo de inhalantes y mantenimiento de abstinencia (Howard, 2011).

- i) Usuarios con dependencia a solventes en estancia residencial, estructura dinámica y funcionalidad familiar.

El 76.27% de los usuarios con dependencia a solventes en estancia residencial reportó una estructura familiar de tipo monoparental a su ingreso a estancia residencial ( $X^2 = 7.712$ ,  $gl = 1$ ,  $p = 0.005$ ) lo cual confirió un riesgo 2.5 veces mayor de que los usuarios con criterios de dependencia

a solventes reportaran una estructura familiar monoparental a su ingreso (OR = 2.596, IC 95% [1.308 – 5.153]).

El 64.40% de los usuarios con dependencia a solventes en estancia residencial reportó el antecedente de separación materna ( $X^2 = 6.475$ ,  $gl = 1$ ,  $p = 0.011$ ) que confirió un riesgo 2.2 veces mayor de que los usuarios con el antecedente de separación materna cumplieran con los criterios diagnósticos de dependencia a solventes a su ingreso a estancia residencial (OR = 2.240, IC 95% [1.196 – 4.198]).

El 36.59% de las madres de los usuarios con dependencia a solventes volátiles en estancia residencial reportó que el motivo de su separación fue por violencia intrafamiliar ( $p = 0.056$ ), el 15.25% por consumo de sustancias de su pareja, el 15.25% por infidelidad y el 3.38% por abandono debido a migración.

El 28.81% de las madres de los usuarios con dependencia a solventes volátiles contaba sólo con el nivel de escolaridad primaria ( $X^2 = 5.237$ ,  $gl = 1$ ,  $p = 0.022$ , OR = 2.313, IC 95% [1.115 – 4.798]): el 6.77% no tenía instrucción escolar, el 15.25% contaba con primaria incompleta, el 32.20% con nivel escolar medio y el 5.08% con bachillerato completo, el 8.47% carrera técnica y el 3.3% licenciatura.

El 33.89% de los usuarios con dependencia a solventes volátiles reportó el antecedente de separación paterna ( $X^2 = 4.934$ ,  $gl = 1$ ,  $p = 0.026$ ) y presentó un riesgo 1.5 veces mayor de referir el antecedente de separación paterna a su ingreso a estancia residencial (OR = 1.506, IC 95% [1.019 – 2.228]).

Allison J. Ober y colaboradores, en su estudio previamente mencionado, los factores de riesgo asociados con el inicio de consumo de solventes fue el consumo de alcohol y/o cannabis por parte de un adulto, ya sea por parte de uno de los padres (OR = 1.24, IC 95% [1.11 – 1.39]) o alguno de los hermanos mayores (OR = 6.38, IC 95% [3.22 – 12.65]), asimismo, el bajo nivel educativo y

socioeconómico de los padres de los consumidores de solventes fue considerado como un factor de riesgo y nivel educativo por arriba del nivel medio (secundaria) fue considerado un factor protector (OR = 0.80, IC 95% [0.65 – 0.99]), asimismo, la funcionalidad familiar actúo como un factor protector (OR = 0.71, IC 95% [0.62 – 0.82]) y la cohesión familiar (OR = 0.84, IC 95% [0.73 – 0.96]) (Ober, et al, 2013).

El 54.23% de los usuarios con dependencia a solventes volátiles cumplió criterios diagnósticos por medio del FACE III para una cohesión familiar no relacionada ( $p = 0.073$ ), el 28.81% para una cohesión familiar semirelacionada ( $p = 0.59$ ), el 10.16% para una cohesión familiar relacionada y el 6.77% para una cohesión aglutinada.

El 42.37% de los usuarios con dependencia a solventes volátiles cumplió criterios diagnósticos por medio del FACES III para una adaptabilidad familiar caótica ( $p = 0.98$ ), el 20.33% para una adaptabilidad familiar rígida ( $p = 0.66$ ), el 13.55% para una adaptabilidad familiar estructurada ( $p = 0.46$ ) y el 22.03% para una adaptabilidad flexible ( $p = 0.72$ ).

El 81.35% de los usuarios en estancia residencial con el diagnóstico de dependencia a solventes volátiles cumplió criterios para el diagnóstico de una crisis familiar a su ingreso por medio de la Escala de Eventos Críticos de Holmes ( $p = 0.61$ ) y el 79.66% de este grupo de usuarios cumplió con los criterios para una familia disfuncional por medio del APGAR familiar a su ingreso ( $p = 0.49$ ).

j) Usuarios con dependencia a solventes en estancia residencial diagnóstico de patología dual.

El 96.61% de los usuarios con dependencia a solventes volátiles en estancia residencial cumplió con los criterios para el diagnóstico de patología dual ( $X^2 = 5.409$ ,  $gl = 1$ ,  $p = 0.020$ ) con un riesgo para este grupo 4.3 veces mayor para cumplir criterios diagnósticos para cualquier trastorno psiquiátrico a su ingreso (OR = 4.394, IC 95% [1.064 – 18.144]).

El 47.45% de los usuarios con dependencia a solventes volátiles cumplió criterios para el diagnóstico de dos trastornos psiquiátricos simultáneos ( $X^2 = 5.709$ ,  $gl = 1$ ,  $p = 0.017$ ) con un riesgo 2.1 veces mayor de que los usuarios con dependencia a solventes de cumplir criterios para el diagnóstico de dos trastornos psiquiátricos simultáneos (OR = 2.129, IC 95% [1.139 – 3.980]).

k) Evolución de estancia residencial usuarios con dependencia a solventes

El 27.11% de los usuarios con dependencia a solventes volátiles pidió su alta voluntaria antes de concluir el periodo de estancia residencial y el 16.94% de este grupo de usuarios fue dado de baja por faltas al reglamento.

- Usuarios con dependencia estimulantes (anfetaminas y metanfetaminas) en estancia residencial

El consumo y fabricación de estimulantes de tipo anfetamínico y metanfetamínico es difícil de cuantificar debido al aumento del número de laboratorios clandestinos que fabrican estas sustancias y la variabilidad de la demanda debido a su consumo de tipo recreativo. La producción de metanfetaminas aumentó en América del Norte, tanto en los Estados Unidos como en México se desmanteló un número mucho mayor de laboratorios dedicados a su fabricación. Del total de 144 toneladas de estimulantes de tipo anfetamínico incautadas en el mundo, la mitad correspondió a América del Norte y la cuarta parte a Asia oriental y sudoriental. En 2012 aumentó el volumen de las incautaciones de éxtasis, que alcanzó niveles importantes en Asia oriental y sudoriental, seguidas de Europa (Europa sudoriental, occidental y central), cuyo total agregado representó más del 80% de la incautación mundial de esa sustancia. No es inusual el uso indebido de estimulantes o medicamentos de venta con receta medicada para el trastorno de déficit de atención e hiperactividad, pero solo unos pocos países notifican alguna prevalencia del uso indebido en la población en general o en los jóvenes de estos fármacos. Aunque el uso indebido de estimulantes vendidos con receta médica no es escaso en muchas regiones y no reportado, el incremento de estos medicamentos de prescripción médica han incrementado en principalmente países de América del Norte y América del Sur (UNODC, 2014).

A nivel mundial, los estimulantes de tipo anfetamínico son el grupo de drogas de mayor uso después de la marihuana, con estimaciones que van entre 14 y 53 millones de personas en el caso del grupo de las anfetaminas, y entre 10 y 28 millones de usuarios para las sustancias tipo éxtasis. En los países de las Américas, el uso de estas drogas es muy variado, con altas tasas de consumo de anfetaminas en Canadá y los Estados Unidos. Sin embargo, también se ha detectado un consumo importante de sustancias tipo éxtasis en la población joven de muchos otros países del Hemisferio (Drogas y Salud Pública. OEA, 2014).

La prevalencia del consumo de estimulantes en la región de las Américas varía a lo largo de las diferentes regiones, debido a la ausencia de datos en diferentes países del hemisferio y otros países sólo cuentan con información desactualizada. La prevalencia global para el hemisferio fue de 2.7% a lo largo de la vida, el 1.8% en el año previo a la encuesta y el 0.7% para el último mes. En América del Norte la prevalencia a lo largo de la vida fue del 3.5%, en el año previo del 2.2% y para el mes previo del 0.8%. En América del Sur, la prevalencia a lo largo de la vida fue del 1.7%, para el año previo del 1.1% y para el mes previo del 0.6% y en la región de América central la prevalencia fue del 0.6%, para el año previo 0.4% y para el último mes del 0.1% (OEA, 2015).

La prevalencia de consumo de sustancias de abuso en los centros de tratamiento y rehabilitación no gubernamentales obtuvo un registro de 48 378 personas que acudieron a 1 658 centros de tratamiento de las 32 entidades federativas del país. Las personas que acudieron a estos centros de tratamiento durante el 2012 fueron en mayor medida adultos jóvenes con una media de edad de 29.2 años, principalmente de sexo masculino (85.5%). Respecto a su escolaridad, el 67.9% mencionó tener una escolaridad entre primaria y bachillerato. El 15.7% fueron estudiantes de tiempo completo. Se encontró, que después del alcohol (46.5%) y el tabaco (30.7%), la marihuana fue la tercera droga de inicio (12.7%), mientras que los inhalables ocuparon el cuarto lugar (5.4%), seguidos por la cocaína (2.1%). En el caso de los inhalables, como droga de inicio, se aprecian mayores porcentajes en las edades más tempranas, y es en el grupo de menores de 14 años donde se presentó el mayor porcentaje. Como droga de impacto después del alcohol, se situaron la marihuana con 16.4%, el cristal (13.4%), la cocaína (10.1%) y los inhalables (8.5%), aunque en estados como Sonora, Sinaloa, Durango, Baja California y Baja California Sur (propriadamente la

zona noroccidental) fueron los estimulantes de tipo anfetamínico y metanfetamínico fueron la principal droga de impacto (Encuesta Nacional de Consumo de Drogas en Estudiantes 2014).

La prevalencia del consumo de estimulantes en usuarios en estancia residencial en el CEAIA durante el periodo de estudio fue 12.5% (n = 25), el 52% de este grupo de usuarios iniciaron el consumo de anfetaminas antes de los 18 años de edad ( $p = 0.65$ ) y la edad promedio de inicio de consumo fue a los 17.40 años de edad.

Los estimulantes tipo anfetamínico y metanfetamínico es un fármaco simpaticomimético con efectos farmacodinámicos caracterizados por estimulación del sistema nervioso central, disminución de apetito, euforia, alteraciones de pensamiento, alucinaciones, incremento de la alerta y disminución de la fatiga. Los estimulantes actúan como agonista indirecto con liberación de catecolaminas desde las terminales sinápticas, debido a su estructura molecular similar a las catecolaminas se fijan a transportadores de membrana que incluye en transportador de dopamina (DAT), el transportador de norepinefrina (NET), el transportador de serotonina (SERT) y vesículas de almacenamiento citoplasmáticas de catecolaminas (VMAT2). Las metanfetaminas también reducen la oxidación de las catecolaminas y bloquean su recaptura, los niveles elevados de neurotransmisores activan los receptores postsinápticos y dando como resultado una estimulación adrenérgica. Las conductas adictivas como el deseo de consumo (craving) y de recompensa, así como los síntomas psiquiátricos son debido al efecto de los estimulantes sobre los receptores de dopamina. Las metanfetaminas son liposolubles y pueden ser administradas por diferentes vías como la respiratoria, nasal, intramuscular, intravenosa, rectal y vaginal. El inicio de su acción depende de la ruta de administración, puede presentarse en segundo si es fumada o inyectada, si es administrada por vía intranasal el inicio de su acción puede retardarse hasta 5 minutos y si se administra de vía oral hasta 20 minutos. La vida media plasmática de las metanfetaminas es de 12 a 24 horas con una duración de su efecto después de 24 horas posterior a su administración (Panenka, 2013).

El empleo de estimulantes de tipo anfetamínico y metanfetamínico durante la adolescencia puede alterar las vías de desarrollo y morfología neuronales, estudios de neuroimagen muestran que los

usuarios de estimulantes presentan una reducción de materia gris en comparación con controles sanos, estos cambios son especialmente notables en el sistema fronto-estriado, asimismo, se han observado cambios en la materia blanca y disminución de la maduración neuronal en los lóbulos frontales, específicamente en la corteza cingulada anterior, la cual está relacionada con las funciones ejecutivas frontales y la toma de decisiones, la lesión a estas áreas está asociado con una disminución de la cognición a edades tempranas (Casey, 2010).

El consumo de estimulantes en adolescentes también está asociado a la disminución de mielinización de la vía frontoestriada la cual contribuye a la inhibición de las respuestas asociadas a la búsqueda de recompensa, asimismo, la neurotoxicidad neuronal se presenta en consumidores de estimulantes debido a la liberación de radicales libres en las terminales sinápticas dopaminérgicas y serotoninérgicas secundario al incremento de calcio intracelular por la activación prolongada de los receptores de dopamina y serotonina. La neurotoxicidad explica el incremento de conductas impulsivas, déficit en la memoria, déficit en la coordinación motriz y la presencia de síntomas psicóticos como alteraciones del pensamiento de tipo paranoide, referencial, daño y persecución (Park, 2016).

- a) Características sociodemográficas de los usuarios con dependencia a estimulantes en estancia residencial.

El nivel de escolaridad más prevalente en los usuarios con dependencia estimulantes en estancia residencial fue escolaridad secundaria, reportada por el 56% de población ( $p = 0.78$ ), el segundo nivel de escolaridad más frecuente fue el nivel primaria en el 28% ( $p = 0.57$ ).

El 92% de los usuarios con dependencia a estimulantes en estancia residencial abandono la actividad escolar antes de los 18 años de edad ( $p = 0.18$ ) y el 56% de este grupo de usuarios indicó abandonar su actividad escolar debido al consumo de sustancias ( $p = 0.74$ ).

Escolaridad en usuarios en estancia residencial con el diagnóstico de dependencia estimulantes					
Nivel de escolaridad		Motivo de abandono de escolaridad		Edad de abandono de escolaridad	
	Porcentaje		Porcentaje		Porcentaje
Analfabeta	0.0	Bajos ingresos	4.0	Suspensión de actividad escolar antes de los 18 años	92.0
Primaria incompleta	4.0	Actividad laboral	4.0		
Primaria completa	28.0	Rendimiento escolar	4.0		
Secundaria	56.0	Expulsión	16.0		
Bachillerato	12.0	Migración	8.0	Suspensión de actividad escolar después de los 18 años	8.0
Carrera técnica	0.0	Vida conyugal	8.0		
Licenciatura	0.0	Consumo de sustancias	56.0		
Posgrado	0.0	Otras	0.0		

**Tabla 359.** Características sociodemográficas: escolaridad en usuarios con dependencia a estimulantes en estancia residencial en el Centro Estatal para la Atención Integral para las Adicciones.

Fuente: Funcionalidad familiar y patología dual en usuarios residenciales en Centro Estatal para la Atención Integral de las Adicciones, Hidalgo, 2015

El 56% de los usuarios en estancia residencial con dependencia estimulantes refirió iniciar una actividad laboral antes de los 15 años de edad ( $p = 0.14$ ), el 56% de este grupo de usuarios indicó encontrarse desempleado a su ingreso ( $p = 0.40$ ) y el 60% abandono su actividad laboral debido al consumo de sustancias ( $p = 0.91$ ).

Actividad laboral en usuarios en estancia residencial con el diagnóstico de dependencia a solventes					
Actividad laboral actual		Motivo de abandono laboral		Inicio de actividad laboral	
	Porcentaje		Porcentaje		Porcentaje
Estudiante	16.0	Consumo de sustancias	60.0	Inicio de actividad laboral antes de los 15 años	56.0
Empleado	12.0				
Autoempleado	20.0	Ingreso a unidad residencial	40.0	Inicio de actividad laboral después de los 15 años	46.0
Desempleado	56.0				

**Tabla 360.** Características sociodemográficas: actividad laboral en usuarios con dependencia a estimulantes en estancia residencial en el Centro Estatal para la Atención Integral de las Adicciones.

Fuente: Funcionalidad familiar y patología dual en usuarios residenciales en Centro Estatal para la Atención Integral de las Adicciones, Hidalgo, 2015



El 64% de los usuarios con dependencia a estimulantes en estancia residencial se refirieron como solteros, el 16% en unión libre, el 12% separados y el 8% casados.

El 36% de los usuarios con dependencia a estimulantes en estancia residencial indicaron contar con antecedentes penales a su ingreso ( $p = 0.91$ ): el 24% contaba con el antecedente de narcomenudeo y el 12% de robo.

El 12% de los usuarios con dependencia a estimulantes contaba por lo menos con el antecedente de un internamiento en un Grupo de Ayuda Mutua ( $p = 0.37$ )

- b) Usuarios con dependencia a cocaína en estancia residencial y consumo simultáneo de otras sustancias.

El 76% de los usuarios en estancia residencial con el diagnóstico de dependencia a estimulantes cumplió criterios para la dependencia simultánea tabaco ( $p = 0.15$ ) y el 64% de este grupo de usuarios presentó una dependencia simultánea alcohol ( $X^2 = 9.882$ ,  $gl = 1$ ,  $p = 0.002$ ) con un riesgo 1.3 veces mayor de cumplir criterios diagnósticos de dependencia alcohol en usuarios con consumo de estimulantes a su ingreso (OR = 1.375, IC 95% [1.020 - 1854]).

El 68% de los usuarios en estancia residencial con dependencia a estimulantes cumplió criterios para el diagnóstico de dependencia a cannabis ( $p = 0.82$ ), el 40% para dependencia simultánea a cocaína ( $p = 0.88$ ) y el 28% presentó dependencia simultánea a solventes volátiles ( $p = 0.86$ ).

EL 96% de los usuarios con dependencia a estimulantes en estancia residencial cumplió criterios diagnósticos para el consumo simultáneo a más de una sustancia de abuso a su ingreso ( $X^2 = 7.426$ ,  $gl = 1$ ,  $p = 0.006$ ) con un riesgo 10.1 veces mayor de que este grupo de usuarios cumplan criterios para la dependencia a más de una sustancia (OR = 10.146, IC 95% [1.337 - 76.984]).

Karina Jiménez Silvestre y colaboradores llevaron a cabo un estudio transversal en usuarios de los Centro de Integración Juvenil con una muestra de 306 usuarios con uso de estimulantes, la asociación de sustancias de abuso comprendió en este estudio la combinaron de metanfetaminas con el alcohol en el 52% de los usuarios, la combinación de mariguana y metanfetaminas en el 33.1% y la combinación de cocaína con metanfetaminas en el 10.1%. En relación a la combinación de cocaína base y alcohol, se presentó en el 72% de este grupo de usuarios y la combinación entre el consumo de benzodiacepinas y cocaína en el 16.5% (Jiménez Silvestre, 2006).

Mindy A. Herman-Stahl y colaboradores realizaron un análisis de los datos obtenidos del National Survey of Drugs Use and Health (NSDUH) para caracterizar las variables demográficas, psicosociales y conductas relacionadas con el consumo de estimulantes en una muestra de 17,709 adolescentes. El 0.9% del total de la muestra ( $n = 164$ ) indicaron el uso de estimulantes el año previo, dos variables fueron constantes a lo largo de análisis bivariado y la regresión logística realizada por los autores, la primera correspondió bajos niveles de religiosidad, la cual confirió un riesgo 1.70 veces mayor de consumir estimulantes en comparación con sus pares y la segunda variable fue en antecedente de atención para la salud mental el año previo, lo cual incremento el riesgo para el consumo de estimulantes 1.66 veces más en comparación con sus pares. Otras variables que actuaron como factores de riesgo para el inicio y el mantenimiento del consumo de estimulantes en adolescentes fueron la dependencia de alcohol y, principalmente, la presencia de atracones de alcohol ( $p = 0.000$ , OR = 1.79, IC 95% [1.14 – 1.82]), el consumo de marihuana el mes previo ( $p = 0.000$ , OR = 4.94, IC 95% [2.35 – 10.39]), consumo de otras drogas de abuso el año previo ( $p = 0.000$ , OR = 16.90, IC 95% [7.86 – 10.39]) y narcomenudeo el año previo ( $p = 0.000$ , OR = 4.17, IC9% [2.47 – 7.04]) (Herman-Stahl, 2006).

- c) Usuarios con dependencia a solventes en estancia residencial y antecedentes de salud mental.

El 16% de los usuarios con dependencia a estimulante indicaron contar con el antecedente de atención psicológica a su ingreso ( $p = 0.29$ ): el 12% de los usuarios con dependencia a estimulantes recibió atención psicológica debido al consumo de sustancias y el 4% por problemas de conducta.

El 4% de los usuarios con dependencia a estimulantes refirió el antecedente de atención psiquiátrica ( $p = 0.27$ ) y el motivo de atención psiquiátrica en este usuario fue por alteraciones del estado de ánimo.

- d) Usuarios con dependencia a solventes en estancia residencial y antecedentes de intento suicida.

El 32% de los usuarios con dependencia a estimulantes en estancia residencial indicó a su ingreso el antecedente de intento suicida ( $p = 0.46$ ) y el 20% indicó la realización de un intento suicida antes de los 18 años de edad ( $p = 0.47$ ).

- e) Usuarios con dependencia a solventes en estancia residencial y antecedentes de maltrato infantil.

El 20% de los usuarios con dependencia a estimulantes reportó a su ingreso a estancia residencial el antecedente de abuso sexual en la infancia, el 12% el antecedente de violación en la infancia, el 52% el antecedente de maltrato infantil de tipo físico ( $p = 0.13$ ) y el 76% el antecedente de maltrato infantil de tipo emocional ( $p = 0.76$ ).

El 16% de los usuarios con dependencia a estimulantes que iniciaron su consumo antes de los 18 años de edad indicó el antecedente de abuso sexual a su ingreso a estancia residencial ( $p = 0.16$ ), el 8% de los usuarios con dependencia a estimulantes con inicio de consumo antes de los 18 años de edad refirió el antecedente de violación en la infancia ( $p = 0.58$ ), el 40% de este grupo de usuarios señalaron a su ingreso el antecedente de maltrato infantil de tipo físico ( $X^2 = 6.740$ ,  $gl = 1$ ,  $p = 0.009$ ) con un riesgo 10 veces mayor de contar con el antecedente de maltrato físico en comparación con los usuarios que iniciaron su consumo después de los 18 años de edad (OR = 10.000, IC 95% [1.594 – 62.732]) y el 48% de los usuarios con dependencia a estimulantes con inicio de consumo antes de los 18 años de edad ( $X^2 = 3.949$ ,  $gl = 1$ ,  $p = 0.047$ ) con un riesgo 8.5 veces mayor de contar con el antecedente de maltrato infantil de tipo emocional en comparación

con usuarios que iniciaron su consumo después de los 18 años de edad (OR = 8.571, IC 95% [1.825 – 89.040]).

Svingen y colaboradores realizaron un estudio transversal que examinó la asociación entre los antecedentes familiares de problemas de consumo de sustancias, el maltrato infantil, y la edad de inicio del consumo de drogas en una muestra de hombres y mujeres que buscan tratamiento para la dependencia de la metanfetamina. Diversas formas de maltrato infantil fueron considerados como mediadores de la asociación entre la historia familiar de problemas de consumo de sustancias y la edad de inicio del consumo de drogas. La muestra total comprendió a 99 participantes (40% mujeres con una media de 33 años) que estaban bajo tratamiento para la dependencia de estimulantes, se realizó una entrevista prospectiva para evaluar los antecedentes sociodemográficos, sustancia de inicio de consumo, así como historia de consumo de sustancias de abuso y alcohol y problemas derivados con el consumo, asimismo, se aplicó el inventario de trauma en edad temprana versión corta para evaluar las experiencias de maltrato del niño antes de la edad de 18 años. Svingen y colegas encontraron que los antecedentes familiares de consumo de sustancias en uno o ambos padres y el maltrato infantil de tipo físico (pero no el maltrato emocional o el abuso sexual) eran los predictores más eficaces para el inicio de consumo de sustancias y específicamente de estimulantes de tipo metanfetaminas en la adolescencia (Svingen, 2016).

En el estudio transversal realizado por Karina Jiménez Silvestre y colaboradores mencionado previamente, también evaluó la asociación entre el consumo de estimulante de tipo metanfetaminas y cocaína a partir de análisis factorial de cuatro variables, el primer análisis consistió en la asociación entre el antecedente de conductas de violencia física, antecedentes familiares de violencia y consumo de drogas, la asociación de estas tres variables explicó el 11% de la varianza, lo que significa que existe la probabilidad de que los usuarios con consumo de estimulantes con el antecedente de maltrato infantil de tipo físico llevara a cabo algún tipo de conducta violenta como lesiones o daños a terceros y participación en riñas ( $p = .000$ ). El segundo análisis comprendió las variables delincuencia menor, antecedentes familiares de violencia y consumo de drogas, lo que indica la probabilidad de que los usuarios con consumo de estimulantes con el antecedente de violencia familiar cometieran un acto de delincuencia menor ( $p = 0.031$ ). Para el caso de las

variables de violencia autoinflingida, el tercer modelo incluyó a las variables de antecedentes familiares de violencia emocional y antecedentes familiares de violencia Sexual como predictoras; en este sentido, se puede decir que existe la probabilidad de que los usuarios con uso de estimulantes que tuvieron antecedentes familiares de violencia emocional, como amenazas de daño, lleven a cabo conductas de violencia autoinflingida, las cuales tienen relación con la auto agresión y el intento suicida ( $p = 0.000$ ) (Jiménez Silvestre, 2006).

- f) Usuarios con dependencia a solventes en estancia residencial y trastornos del estado de ánimo.

El 76% de los usuarios con dependencia a estimulantes en estancia residencial cumplieron criterios diagnósticos para cualquier trastorno del estado de ánimo ( $X^2 = 4.638$ ,  $gl = 1$ ,  $p = 0.031$ ) con un riesgo 2.7 veces mayor de que los usuarios con dependencia a estimulantes cumpliera criterios para cualquier trastorno del estado de ánimo a su ingreso ( $OR = 2.792$ ,  $IC\ 95\% [1.064 - 7.326]$ ).

EL 28% de los usuarios con dependencia a estimulantes en estancia residencial presentó criterios para el diagnóstico de un episodio depresivo ( $p = 0.66$ ), el 68% de estos usuarios con dependencia a estimulantes cumplió criterios para el diagnóstico de trastorno distímico ( $X^2 = 5.833$ ,  $gl = 1$ ,  $p = 0.016$ ) con un riesgo 2.9 veces mayor de que al ingreso de estos usuarios se establezca el diagnóstico de trastorno distímico a su ingreso ( $OR = 2.900$ ,  $IC\ 95\% [1.188 - 7.079]$ ) y el 12% cumplió criterios para un trastorno depresivo recurrente ( $X^2 = 7.952$ ,  $gl = 1$ ,  $p = 0.005$ ) con un riesgo 7.8 veces mayor de que los usuarios con dependencia a estimulantes que buscan tratamiento cumplan criterios para un trastorno depresivo recurrente a su ingreso ( $OR = 7.818$ ,  $IC\ 95\% [1.486 - 41.147]$ ).

Mahin Eslami-Shahrbabaki y colaboradores realizaron un estudio transversal descriptivo en pacientes que cursaban con un episodio de psicosis inducido por metanfetaminas en tratamiento en el hospital de Shahid Beheshit en Kerman, Iran, se seleccionaron 121 usuarios con dependencia a metanfetaminas y se aplicaron las escalas de Yale Brown para síntomas obsesivo compulsivos (Y - BOCS), la escala de ansiedad y depresión de Hamilton (HAM A y HAM D), la escala de manía

de Young (YMRS), el cuestionario de severidad de dependencia (SDSS), la escala de síntomas positivos y negativos (PANSS) y la escala de impresión clínica global (CGI). La prevalencia de escolaridad predominante fue el nivel medio (secundaria) en el 25.6% de los usuarios, el 40.5% se refirieron como solteros y el 63.7% estaban desempleados. La prevalencia para cualquier trastorno de ansiedad fue del 3.3%, para cualquier trastorno del estado de ánimo del 47.9%, para el diagnóstico de trastorno obsesivo compulsivo del 16.5% y para el trastorno bipolar del 6.6%. En relación los trastornos de la personalidad, la prevalencia global del 70.2% con predominio del trastorno de la inestabilidad emocional de la personalidad tipo límite (35.5%) y el trastorno antisocial de la personalidad (16.5%) (Eslami-Shahrbabaki, 2014).

Taiwo Akindipe y colaboradores llevaron a cabo un estudio transversal con usuarios en tratamiento residencial y ambulatorio en dos centros de atención para las adicciones en Cape Town, la muestra estuvo conformada por 100 participantes en tratamiento para dependencia a metanfetaminas, se evaluaron por medio de la Entrevista Internacional Neuropsiquiátrica (MINI) para determinar la prevalencia de los trastornos psiquiátricos en este grupo de usuarios, la prevalencia global para cualquier trastorno psiquiátrico diagnóstico por medio de la MINI en este grupo de usuarios con dependencia a metanfetaminas fue del 36%, el 16% cumplió criterios para cualquier trastorno del estado de ánimo y el 7% para cualquier trastorno de ansiedad, los predictores para la comorbilidad entre el consumo de metanfetaminas y el diagnóstico de un trastorno psiquiátrico fueron el ser hombre ( $p = 0.004$ , OR = 10.04, IC 95% [2.07 – 48.63]) y contar con un trastorno psiquiátrico previo ( $p = 0.001$ , OR = 18.45, IC 95% [3.81 – 89.33]) (Akindipe, 2014).

Ambos estudios muestran prevalencias diferentes debido a los instrumentos empleados, no obstante, en el estudio de Taiwo Akindipe y colaboradores, quienes emplearon la MINI para la determinación de la prevalencia de trastornos psiquiátricos en consumidores de metanfetaminas, encontraron una prevalencia menor en comparación a la hallada en este estudio donde se empleó el mismo instrumento: la prevalencia de cualquier trastorno psiquiátrico en usuarios con dependencia a estimulantes fue del 88% vs 36%, para cualquier trastorno del estado de ánimo del 76% vs 16%, no obstante, en relación al antecedente de un diagnóstico previo de un trastorno

psiquiátrico en el presente estudio en usuarios con dependencia a estimulantes sólo fue del 4% ( $p = 0.31$ , OR = 1.899, IC 95% [0.538 – 6.701]).

g) Usuarios con dependencia a estimulantes en estancia residencial y trastornos de ansiedad.

El 60% de los usuarios con dependencia a estimulantes en estancia residencial presentó criterios diagnósticos para cualquier trastorno de ansiedad ( $p = 0.91$ ), el 60% de este grupo de usuarios cumplió criterios para el diagnóstico de un trastorno de ansiedad generalizada ( $p = 0.91$ ) y el 4% para el diagnóstico del trastorno de fobia social ( $p = 0.60$ ).

Suzette Glasner-Edwards y colaboradores realizaron un estudio de cohorte con una duración de tres años en usuarios con dependencia a metanfetaminas, se reclutaron a 526 participantes, cohorte originaria del Proyecto para tratamiento para las metanfetaminas (MTP), participantes eran originario de California, Montana y Hawái, los objetivos del estudio fueron describir la prevalencia de los trastornos psiquiátricos en usuarios con dependencia a metanfetaminas, evaluar las características demográficas, clínicas y patrón de consumo de sustancias y evaluar la relación entre el diagnóstico de trastornos psiquiátricos, las características sociodemográficas y el consumo de sustancias a lo largo de un periodo de tres años. El instrumento empleado para evaluar la prevalencia de trastornos psiquiátricos fue la MINI. La prevalencia para cualquier trastorno psiquiátrico, al momento de la evaluación inicial y final, fue del 48%, la prevalencia para cualquier trastorno del estado de ánimo fue del 34.2%, seguido por los trastornos de ansiedad con una prevalencia del 26.2% y del 2.5% para cualquier trastornos de la conducta alimentaria, asimismo, se indicó el antecedente de intento suicida en un tercio de la muestra (28.7%). Estos diagnósticos permanecieron constantes a lo largo del periodo de evaluación (media = 15 meses con una desviación estándar del 0.8 meses) (Glasner-Edwards, 2010).

Como fue descrito previamente para los trastornos del estado de ánimo, la prevalencia de los trastornos de ansiedad en este estudio fue mayor en comparación a los estudios dirigidos por Taiwo Akindipe y Suzette Glasner-Edwards: 60% vs 16% y 26.2% respectivamente, a pesar de que los participantes fueron evaluados con el mismo instrumento, la aportación del estudio de Suzette

Glasner-Edwards es la estabilidad de los diagnósticos psiquiátricos realizados en usuarios de metanfetaminas en un periodo de seguimiento de tres años.

- h) Usuarios con dependencia a estimulantes en estancia residencial e inicio de tratamiento psicofarmacológico.

El 76% de los usuarios con dependencia a estimulantes en estancia residencial cumplieron criterios para el inicio de tratamiento psicofarmacológico a su ingreso ( $p = 0.81$ ): el 76% recibió tratamiento con un antidepresivo ( $p = 0.065$ ), el 36% con un antipsicótico ( $p = 0.53$ ) y el 20% con un anticonvulsivante.

Diferentes abordajes farmacológicos han sido llevados a cabo para el tratamiento de usuarios con dependencia a metanfetaminas, los fármacos más comúnmente empleados son los antidepresivos, los antipsicóticos y terapias de sustitución. Evidencia indirecta apoya el uso de los antidepresivos para el manejo de las conductas compulsivas asociadas al consumo de metanfetaminas, reducción de los síntomas de abstinencia y del deseo de consumo, no obstante, diversos ensayo clínicos con antidepresivos no han aportado beneficios para el tratamiento de los síntomas relacionados con la dependencia a estimulantes como el deseo de consumo, los síntomas de abstinencia y la fluctuación del estado de ánimo. En recientes ensayos clínicos, en antidepresivo que ha mostrado mayor eficacia para el manejo de los síntomas asociados al consumo de metanfetaminas es la mirtazapina con una reducción significativa de las conductas sexuales de riesgo, disminución en las muestras urinarias de usuarios con uso de estimulantes y disminución de la fluctuación del estado de ánimo. El empleo de antipsicóticos son la primera línea de elección para la presencia de síntomas psicóticos asociados al consumo de estimulantes, sin embargo, el empleo de haloperido y risperidona no han logrado reducir los efectos agudos inducidos por los estimulantes, pero la quetiapina y la risperidona han mostrado una efectividad para la estabilización del estado de ánimo principalmente en usuarios con trastorno bipolar (Panenkaa, 2012).

El empleo de antidepresivos en usuarios en estancia residencial en el CEAIA fue debido a la alta comorbilidad de los trastornos del estado de ánimo ( $X^2 = 16.45$ ,  $gl = 3$   $p = 0.001$ ).



- i) Usuarios con dependencia a solventes en estancia residencial, estructura dinámica y funcionalidad familiar.

El 76% de los usuarios con dependencia a estimulantes en estancia residencial reportó una estructura familiar de tipo monoparental a su ingreso ( $p = 0.11$ ), el 72% de este grupo de usuarios indicó el antecedente de separación materna ( $X^2 = 5.283$ ,  $gl = 1$ ,  $p = 0.22$ ) con un riesgo 2.8 veces mayor de que los usuarios con dependencia a estimulantes contaran con el antecedente de separación materna a su ingreso (OR = 2.850, IC 95% [1.134 - 7167]), el 28% de la separación materna se debió a violencia intrafamiliar, el 20% a infidelidad paterna, el 16% por migración paterna y el 8% por consumo de sustancias paterno.

El 76% de los usuarios con dependencia a estimulantes refirieron el antecedente de separación paterna a su ingreso a estancia residencial ( $p = 0.18$ ).

El 56% de los usuarios con dependencia a estimulantes cumplió criterios diagnósticos por medio del FACE III para una cohesión familiar no relacionada ( $p = 0.21$ ), el 24% para una cohesión familiar semirelacionada ( $p = 0.38$ ), el 4% para una cohesión familiar relacionada ( $p = 0.18$ ) y el 16% para una cohesión aglutinada ( $p = 0.51$ ).

El 40% de los usuarios con dependencia a estimulantes cumplió criterios diagnósticos por medio del FACES III para una adaptabilidad familiar caótica ( $p = 0.74$ ), el 16% para una adaptabilidad familiar rígida ( $p = 0.73$ ), el 16% para una adaptabilidad familiar estructurada ( $p = 0.94$ ) y el 28% para una adaptabilidad familiar flexible ( $p = 0.32$ ).

El 88% de los usuarios en estancia residencial con el diagnóstico de dependencia a estimulantes cumplió criterios para el diagnóstico de una crisis familiar a su ingreso por medio de la Escala de Eventos Críticos de Holmes ( $p = 1.0$ ) y el 82% de este grupo de usuarios cumplió con los criterios diagnósticos para una familia disfuncional por medio del APGAR familiar a su ingreso ( $X^2 = 3.981$ ,  $gl = 1$ ,  $p = 0.051$ , OR = 3.981, IC 95% [0.902 - 17.560]).

- j) Usuarios con dependencia a estimulantes en estancia residencial diagnóstico de patología dual.

El 92% de los usuarios con dependencia a estimulantes en estancia residencial cumplió con los criterios para el diagnóstico de patología dual ( $p = 0.55$ ).

El 88% de los usuarios con dependencia a estimulantes cumplió criterios para el diagnóstico de un trastorno psiquiátrico simultáneo al trastorno por el consumo de sustancias ( $p = 0.31$ ), el 48% cumplió criterios para dos trastornos psiquiátricos simultáneos ( $p = 0.14$ ), el 28% para tres trastornos psiquiátricos simultáneos ( $p = 0.052$ ) y el 8% para cuatro diagnósticos psiquiátricos simultáneos ( $p = 0.46$ ).

- k) Evolución de estancia residencial usuarios con dependencia a estimulantes

El 24% de los usuarios con dependencia a estimulantes pidió su alta voluntaria antes de concluir el periodo de estancia residencial y el 8% de este grupo de usuarios fue dado de baja por faltas al reglamento.

- Usuarios con dependencia benzodicepinas en estancia residencial

Las benzodicepinas y los hipnóticos no benzodicepinicos (zolpidem y zipiclone) son los fármacos más ampliamente prescritos alrededor del mundo, a pesar de que estos fármacos son prescritos para el tratamiento de los trastornos de la ansiedad y los trastornos del sueño, presentan un fuerte potencial de abuso, que puede estar asociado con el consumo simultáneo de otras sustancias de abuso (Ashton H, 2005).

La prevalencia global del consumo de benzodicepinas con fines recreativos muestra una amplia variabilidad entre diferentes países, no obstante, en 2012, la Organización Mundial de la Salud señaló una prevalencia para el último año en los países occidentales del 10% al 20% y entre el 1% al 3% ha consumido benzodicepinas diariamente por más de un año. En España, durante el 2006,

se reportaron datos del Sistema Nacional de Salud que reflejan prescripciones por un total de 69.9 DHD (dosis diarias definidas por cada 1000 habitantes-día), el doble que en el año 1993. En el 2010 significó que aproximadamente entre 6 y 7% de su población estaba en tratamiento con benzodiazepinas. En México, los datos reportados en la última Encuesta Nacional de Adicciones señalan a las benzodiazepinas como los fármacos de prescripción más usados en hombres y mujeres de 12 a 65 años de edad (Rosas-Gutiérrez, 2013).

La prevalencia del consumo de benzodiazepinas en menores de 25 años de edad varía ampliamente y, en la mayoría de los casos, no se cuenta con datos específicos sobre el consumo recreativo, en Europa, el European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA) señaló un incremento del 94% el consumo de sustancias de abuso en menores de 25 años que accedieron a tratamiento para la dependencia a sustancias entre 2005 y 2010, la prevalencia de consumo de alcohol fue del 86.3%, de tabaco del 37.3%, de opiáceos (morfina, codeína y oxicodeina) del 28.3%, de anfetaminas y metanfetaminas del 28.3%, de cannabis del 10.3% y de sedantes/tranquilizantes del 4.8% (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, 2006).

El Sistema de Vigilancia Epidemiológica de las Adicciones (SISVEA), México 2009, reportó una prevalencia del consumo de benzodiazepinas en centros de atención no gubernamentales del 18.8%, en cambio, la prevalencia de consumo de benzodiazepinas reportada por los Centros de Integración Juvenil fue del 4.3%.

La prevalencia en usuarios con dependencia a benzodiazepinas en estancia residencial en el CEAIA fue del 3.5% ( $n = 7$ ), el 57.14% de los usuarios con dependencia a benzodiazepinas eran menores de edad ( $p = 0.23$ ) y el 71.42% de este grupo de usuarios inicio el consumo de benzodiazepinas antes de los 18 años de edad.

- a) Características sociodemográficas de usuarios con dependencia benzodiazepinas en estancia residencial en el CEAIA.

El 71.42% de los usuarios con dependencia a benzodiazepinas eran varones, la edad promedio de estos usuarios fue de 23.71 años con una desviación estándar de 12.01 años. El 42.9% de los usuarios con dependencia a benzodiazepinas contaba sólo con escolaridad primaria y el 28.6% con escolaridad secundaria. El 53% de estos usuarios abandonaron su actividad escolar por consumo de sustancias y el 82.5% lo hicieron antes de los 18 años de edad ( $p = 0.088$ ).

Escolaridad en usuarios en estancia residencial con el diagnóstico de dependencia benzodiazepinas					
Nivel de escolaridad		Motivo de abandono de escolaridad		Edad de abandono de escolaridad	
	Porcentaje		Porcentaje		Porcentaje
Analfabeta	0.0	Bajos ingresos	0.0	Suspensión de actividad escolar antes de los 18 años	85.7
Primaria incompleta	14.3	Actividad laboral	14.3		
Primaria completa	42.9	Rendimiento escolar	0.0		
Secundaria	28.6	Expulsión	28.8		
Bachillerato	0.0	Migración	0.0	Suspensión de actividad escolar después de los 18 años	14.3
Carrera técnica	0.0	Vida conyugal	0.0		
Licenciatura	14.3	Consumo de sustancias	42.9		
Posgrado	0.0	Otras	14.5		

**Tabla 361.** Características sociodemográficas: escolaridad en usuarios con dependencia a benzodiazepinas en estancia residencial en el Centro Estatal para la Atención Integral para las Adicciones.

Fuente: Funcionalidad familiar y patología dual en usuarios residenciales en Centro Estatal para la Atención Integral de las Adicciones, Hidalgo, 2015

El 42.9% de los usuarios en estancia residencial con dependencia benzodiazepinas refirió iniciar una actividad laboral antes de los 15 años de edad ( $p = 0.42$ ), el 71.4% de este grupo de usuarios indicó encontrarse desempleado a su ingreso ( $p = 0.65$ ) y el 71.4% abandono su actividad laboral debido al consumo de sustancias ( $p = 0.56$ ).

Actividad laboral en usuarios en estancia residencial con el diagnóstico de dependencia a benzodiazepinas					
Actividad laboral actual		Motivo de abandono laboral		Inicio de actividad laboral	
	Porcentaje		Porcentaje		Porcentaje
Estudiante	0.0	Consumo de sustancias	71.4	Inicio de actividad laboral antes de los 15 años	42.9
Empleado	14.3			Inicio de actividad laboral después de los 15 años	57.1
Autoempleado	14.3	Ingreso a unidad residencial	28.6		
Desempleado	71.4				

**Tabla 362.** Características sociodemográficas: actividad laboral en usuarios con dependencia a benzodiazepinas en estancia residencial en el Centro Estatal para la Atención Integral para las Adicciones.

Fuente: Funcionalidad familiar y patología dual en usuarios residenciales en Centro Estatal para la Atención Integral de las Adicciones, Hidalgo, 2015

El 85.7% de los usuarios con dependencia a benzodiazepinas en estancia residencial se refirieron como solteros y el 14.3% en unión libre.

El 71.4% de los usuarios con dependencia a benzodiazepinas en estancia residencial indicaron contar con antecedentes penales a su ingreso ( $X^2 = 4.231$ ,  $gl = 1$ ,  $p = 0.041$ ,  $OR = 4.643$ ,  $IC 95\% [0.924 - 23.318]$ ): el 49.2% contaba con el antecedente de narcomenudeo ( $p = 0.081$ ), el 14.3% de robo y 14.3% lesiones a terceros.

El 42.9% de los usuarios con dependencia a estimulantes contaba por lo menos con el antecedente de un internamiento en un Grupo de Ayuda Mutua ( $p = 0.091$ ).

- b) Usuarios con dependencia a cocaína en estancia residencial y consumo simultáneo de otras sustancias en el CEAIA.

El 57.1% de los usuarios en estancia residencial con el diagnóstico de dependencia a benzodiazepinas cumplió criterios para la dependencia simultánea tabaco ( $p = 0.74$ ) y el 71.4% de este grupo de usuarios presentó una dependencia simultánea alcohol e inicio su consumo antes de los 18 años de edad ( $p = 0.30$ ).

El 71.4% de los usuarios en estancia residencial con dependencia a benzodicepinas cumplió criterios para el diagnóstico de dependencia a cannabis con inicio de consumo menor a los 18 años de edad ( $p = 0.75$ ), el 28.6% cumplió dependencia simultánea a cocaína ( $p = 0.87$ ) y el 49.2% presentó dependencia simultánea a solventes volátiles ( $p = 0.43$ ).

El 85.7% de los usuarios con dependencia a benzodicepinas en estancia residencial cumplió criterios diagnósticos para el consumo simultáneo a más de una sustancia de abuso a su ingreso ( $p = 0.45$ ).

- c) Usuarios con dependencia a benzodicepinas en estancia residencial y antecedentes de salud mental.

El 42.9% de los usuarios con dependencia a benzodicepinas indicaron contar con el antecedente de atención psicológica a su ingreso ( $X^2 = 4.179$ ,  $gl = 1$ ,  $p = 0.041$ , OR 4.109, IC 95% [0.952 – 17.725]): el 42.9% de los usuarios con dependencia a benzodicepinas recibió atención psicológica debido al consumo de sustancias.

El 42.9% de los usuarios con dependencia a benzodicepinas refirió el antecedente de atención psiquiátrica ( $X^2 = 8.082$ ,  $gl = 1$ ,  $p = 0.004$ ), con un riesgo 6.3 veces mayor para que este grupo de usuarios contara con el antecedente de atención psiquiátrica a su ingreso a estancia residencial (OR = 6.393, IC 95% [1.534 – 26.635]): el 14.3 recibió atención psiquiátrica por problemas de conducta, el 14.3% por consumo de sustancias y el 14.3% por un trastorno de ansiedad.

El 57.1% de los usuarios con dependencia a benzodicepinas contaba con el antecedente de tratamiento psicofarmacológico ( $X^2 = 15.776$ ,  $gl = 1$ ,  $p = 0.000$ ) con un riesgo 10.7 veces mayor de estos usuarios reportaran a su ingreso el antecedente de tratamiento psicofarmacológico (OR = 10.788, IC 95% [2.582 – 45.075]): el 28.6% contaba con prescripción de un fármaco de tipo benzodicepina y el 28.6% de tipo estimulante.

Marylene Guerlais y colaboradores llevaron un estudio transversal en unidades farmacéuticas del área de Nantes, Francia, para determinar la prevalencia de dependencia a benzodicepinas, los participantes fueron 212 adultos entre las edades de 19 a 64 años de edad, que acudían a surtir recetas médicas para benzodicepinas o fármacos inductores del sueño como el zolpidem, se evaluó la dependencia a benzodicepinas e inductores del sueño por medio de una entrevista semiestructurada y la comorbilidad psiquiátrica a través de la Entrevista Internacional Neuropsiquiátrica (MINI). 53 usuarios de los servicios farmacéuticos cumplieron criterios para dependencia a benzodicepinas, la edad media de estos usuarios fue de 48 años de edad. El 66.3% (n = 140) de los usuarios reportaron el antecedente de un trastorno psiquiátrico, el 45.5% contaba con el antecedente de un trastorno del estado de ánimo, el 20.7% un trastorno de ansiedad, el 17.1% el antecedente de dependencia alcohol y el 10.4% consumían sustancias de abuso ilícitas. Dos variables a lo largo del análisis de los datos fueron constantes, la primera es el reporte del antecedente de un trastorno psiquiátrico previo ( $p < 0.0001$ ), lo cual confirmó 3.9 veces mayor en para el desarrollo de dependencia a benzodicepinas en comparación con quienes no contaban de un trastorno psiquiátrico previo (OR = 3.98, IC 95% [2.04 – 7.77]). La segunda variable fue el tiempo de consumo de benzodicepinas ( $p = 0.004$ ) lo cual brindó un riesgo 2.5 veces mayor para la dependencia a benzodicepinas (OR = 2.5, IC 95% [1.34 – 4.80]) (Guerlais M, 2014). En presente estudio el antecedente de atención psiquiátrica y el antecedente de tratamiento psicofarmacológico previo en usuarios a estancia residencial fue positiva, en cambio, las asociaciones entre dependencia a benzodicepinas con el tiempo de consumo, el patrón inicial y final de consumo no fueron positivos en relación al incremento del riesgo para el desarrollo de una dependencia a estos fármacos de prescripción médica.

- d) Usuarios con dependencia a benzodicepinas en estancia residencial en el CEAIA y antecedentes conducta suicida.

El 42.9% de los usuarios en estancia residencial con dependencia a benzodicepinas indicó a su ingreso el antecedente de intento suicida ( $p = 0.30$ ), el 28% de estos usuarios con el antecedente de conducta suicida eran menor a 18 años de edad.

- e) Usuarios con dependencia a benzodicepinas en estancia residencial en CEAIA y antecedentes de maltrato infantil.

El 42.9% de los usuarios con dependencia a benzodicepinas reportó a su ingreso a estancia residencial el antecedente de maltrato infantil de tipo físico ( $p = 0.80$ ) y el 87.5% de estos usuarios indicó el antecedente de maltrato infantil de tipo emocional ( $p = 0.45$ ).

- f) Usuarios con dependencia a benzodicepinas en estancia residencial en el CEAIA y trastornos del estado de ánimo.

El 57.1% de los usuarios con dependencia a benzodicepinas cumplieron con los criterios para el diagnóstico de cualquier trastorno del estado de ánimo ( $p = 0.95$ ): el 14.3% de este grupo de usuarios cumplió con el diagnóstico de un episodio depresivo ( $p = 0.52$ ) y el 57.1% cumplió con el diagnóstico de trastorno distímico ( $p = 0.52$ ).

- g) Usuarios con dependencia a benzodicepinas en estancia residencial en el CEAIA y trastornos de ansiedad.

El 85.7% de los usuarios con dependencia a benzodicepinas en estancia residencial presentó criterios diagnósticos para cualquier trastorno de ansiedad ( $p = 0.14$ ): el 85.5% de este grupo de usuarios cumplió criterios para el diagnóstico de un trastorno de ansiedad generalizada ( $p = 0.14$ ) y el 14.3% criterios para el trastorno de pánico ( $p = 0.15$ ).

- h) Usuarios con dependencia a benzodicepinas en estancia residencial en el CEAIA e inicio de tratamiento psicofarmacológico.

El 57.1% de los usuarios con dependencia a benzodicepinas en estancia residencial cumplieron criterios para el inicio de tratamiento psicofarmacológico a su ingreso ( $p = 0.87$ ): el 57.1% recibió tratamiento con un antidepresivo ( $p = 0.91$ ), el 57.1% con un antipsicótico ( $p = 0.11$ ) y el 14.3% con un anticonvulsivante ( $p = 0.82$ ).



- i) Usuarios con dependencia a benzodicepinas en estancia residencial en el CEAlA, estructura dinámica y funcionalidad familiar.

El 57.1% de los usuarios con dependencia a benzodicepinas en estancia residencial reportó una estructura familiar de tipo monoparental a su ingreso ( $p = 0.80$ ), el 57.1% de este grupo de usuarios indicó el antecedente de separación materna ( $p = 0.72$ ): el 28.6% de la separación materna se debió a violencia intrafamiliar, el 28.6% a infidelidad paterna y el 49.2% por migración paterna.

El 42.9% de los usuarios con dependencia a benzodicepinas refirieron el antecedente de separación paterna a su ingreso a estancia residencial ( $p = 0.86$ ).

El 57.1% de los usuarios con dependencia a benzodicepinas cumplió criterios diagnósticos por medio del FACE III para una cohesión familiar no relacionada ( $p = 0.49$ ) y el 42.9% para una cohesión familiar semirelacionada ( $p = 0.51$ ).

El 57.1% de los usuarios con dependencia a benzodicepinas cumplió criterios diagnósticos por medio del FACES III para una adaptabilidad familiar caótica ( $p = 0.44$ ), el 14.3% para una adaptabilidad familiar estructurada ( $p = 0.87$ ) y el 28.6% para una adaptabilidad familiar flexible ( $p = 0.59$ ).

El 85.7% de los usuarios en estancia residencial con el diagnóstico de dependencia a benzodicepinas cumplió criterios para el diagnóstico de una crisis familiar a su ingreso por medio de la Escala de Eventos Críticos de Holmes ( $p = 0.85$ ) y el 100% de este grupo de usuarios cumplió con los criterios diagnósticos para una familia disfuncional por medio del APGAR familiar a su ingreso ( $p = 0.13$ ).

- j) Usuarios con dependencia a benzodiazepinas estancia residencial en el CEAIA y diagnóstico de patología dual.

El 100% de los usuarios con dependencia a benzodiazepinas en estancia residencial cumplió con los criterios para el diagnóstico de patología dual ( $p = 0.33$ ).

El 85.7% de los usuarios con dependencia a benzodiazepinas cumplió criterios para el diagnóstico de un trastorno psiquiátrico simultáneo al trastorno por el consumo de sustancias ( $p = 0.72$ ), el 57.1% cumplió criterios para dos trastornos psiquiátricos simultáneos ( $p = 0.21$ ) y el 14.3% para tres trastornos psiquiátricos simultáneos ( $p = 0.95$ ).

- k) Evolución de estancia residencial usuarios con dependencia benzodiazepinas

El 42.9% de los usuarios con dependencia a dependencia a benzodiazepinas pidió su alta voluntaria antes de concluir el periodo de estancia residencial y el 14.3% de este grupo de usuarios fue dado de baja por faltas al reglamento.

- Usuarios con el diagnóstico de trastornos de la conducta en estancia residencial.

El 36% ( $n = 72$ ) de los usuarios en estancia residencial durante el periodo de estudio tenían menos de 18 años de edad y el 76.3% de este grupo de usuarios eran del género masculino ( $X^2 = 4.849$ ,  $gl = 1$ ,  $p = 0.028$ ), lo cual confirió un riesgo 2 veces mayor de que los usuarios varones menores de 18 años de edad cumplieran con criterios para el ingreso a estancia residencial (OR = 2.015, IC 95% [1.072 – 3.788]).

El 69.44% de los usuarios menores de 18 años en estancia residencial cumplieron criterios diagnósticos para cualquier trastorno de la conducta a su ingreso a estancia residencial ( $X^2 = 111.227$ ,  $gl = 1$ ,  $p = 0.000$ ), lo cual confirió un riesgo 87 veces mayor de que los usuarios menores de 18 años de edad cumplieran criterios diagnósticos para cualquier trastorno de la conducta a su ingreso a estancia residencial (OR = 87.111, IC 95% [12.286 – 617.625]).

Los trastornos de la conducta incluyen el trastorno de la conducta oposicionista desafiante y el trastorno de la conducta disocial, ambos trastornos representan las condiciones clínicas más comunes en infantes y adolescentes en los servicios de salud mental pediátrica. Estas condiciones están asociadas con un amplio conjunto de problemas conductuales, emocionales y sociales con un alto costo para la comunidad (Kolko, 2009).

Los trastornos de la conducta negativista – desafiante y disocial forman parte de una amplia y nueva categoría de trastornos denominados como trastornos del control de los impulsos, conjunto de trastornos incluye el trastorno explosivo intermitente, cleptomanía, piromanía y el trastorno antisocial de la personalidad. Estos trastornos se caracterizan por una estructura multidimensional psicopatológica, que ha sido confirmada en los adultos y adolescentes y comprende tres dimensiones principales: 1) una dimensión afectiva, caracterizada por una falta de empatía y remordimiento con fluctuación de emociones de corta; 2) una dimensión interpersonal conformada por conductas narcisistas, manipuladoras, egocentristas, encanto superficial y de grandiosidad asociadas a habilidades verbales manipuladoras y seductoras y 3) una dimensión conductual manifestada por impulsividad o desinhibición, irresponsabilidad impulsiva, propensión al aburrimiento, búsqueda de novedad y conductas antisociales como robo, asociación delictiva y ruptura de normas y límites sociales (Frick & Viding, 2009).

Los trastornos del comportamiento perturbador – trastornos de la conducta – en la infancia y en la adolescencia engloban un conjunto de conductas que implican oposición a las normas sociales y a los avisos de las figuras de autoridad, cuya consecuencia más destacada es la perturbación, más o menos crónica, de la convivencia con otras personas: compañeros, padres, profesores y personas desconocidas. La categorización del “trastorno del comportamiento perturbador en la infancia y adolescencia” hace referencia a la presencia de un patrón de conducta persistente, repetitivo e inadecuado a la edad del menor. Se caracteriza por el incumplimiento de las normas sociales básicas de convivencia y por la oposición a los requerimientos de las figuras de autoridad, generando un deterioro en las relaciones familiares o sociales (Fernández, 1999).

Los trastornos de la conducta se clasifican en dos categorías diagnósticas de acuerdo al Manual Estadístico y Diagnóstico de los Trastornos Mental, quinta versión (DSM 5), el trastorno

negativista – desafiante (TND) que se caracteriza por un patrón recurrente de conductas no cooperativas, desafiantes, negativistas, irritables y hostiles hacia los padres, compañeros, profesores y otras figuras de autoridad, en cambio, al diagnóstico de la conducta disocial se le agregan los criterios diagnósticos de violaciones a la ley y a los derechos básicos de los demás. Estos comportamientos se presentan por lo menos por un periodo de seis meses y con mayor intensidad que en otros adolescentes, interfiere en las relaciones interpersonales, la vida familiar y el rendimiento escolar, asimismo, el DSM 5 considera que los trastornos de la conducta son una característica comúnmente asociada a los trastornos del estado de ánimo en niños y adolescentes y, por lo tanto, no debe ser diagnosticado separadamente si los síntomas aparecen exclusivamente en el transcurso de este trastorno y es necesario su diferenciación entre el trastornos por déficit de atención e hiperactividad (DSM 5, 2013).

La prevalencia de los trastornos de la conducta oscila entre el 2 al 16% de acuerdo a la metodología empleada y la población muestra, la prevalencia del trastorno negativista - desafiante o del trastorno disocial es aproximadamente de un 3 % a los 10 años y aumenta al 8-9 % a los 16, es decir, se duplica en la adolescencia (Díaz, 2005). La prevalencia anual de los trastornos de la conducta (TND o TD) es del 6% con un rango comprendido entre el 5 al 14.5%. Las tasas de prevalencia del TND y del TD con base en los criterios del DSM IV en estudio recientes, estima una prevalencia en el Reino Unido del 2.3% para el TND y del 1.5% para el TD, sin embargo, en E.U. la prevalencia se incrementa dentro del rango del 2.5% al 5.5% para el TND y para el TD del 2% al 3.32%. De forma similar al trastorno por déficit de atención e hiperactividad, los trastornos de la conducta son más prevalentes en los niños que en las niñas, en algunos estudios la proporción entre niños y niñas es cuatro veces mayor para los niños, en cambio, en otros estudios no se ha encontrado diferencia en la prevalencia entre géneros, asimismo, no se han encontrado asociaciones significativas entre el estatus socioeconómico y los trastornos de la conducta. La edad de inicio de los trastornos de la conducta es un predictor a largo plazo para el desarrollo de conductas disruptivas, entre más temprano se el inicio de las conductas negativitas – desafiantes y disociales más problemáticas y agresivas serán estas conductas (Merikangas, 2009).

La prevalencia en este estudio para cualquier trastorno de la conducta fue del 25% en usuarios en estancia residencial durante el periodo de octubre del 2014 a octubre del 2015, esto es, dos veces

mayor al rango más alto anual registrado a nivel internacional. Respecto a la prevalencia del trastorno de la conducta negativista desafiante en usuarios en estancia residencial fue del 13.5%, dos veces mayor para la prevalencia más alta registrada anualmente en E.U. y la prevalencia para el trastornos disocial fue del 11.5%, casi cuatro veces más alta a la indicada anualmente en E.U.

- a) Usuarios con el diagnóstico de trastornos de la conducta en estancia residencial en el CEAIA y características sociodemográficas.

El grado de escolaridad más común en los usuarios con el diagnóstico de cualquier trastorno de la conducta fue la secundaria en el 48%, seguido de la escolaridad primaria en el 44%. El 100% de estos usuarios abandonaron su actividad escolar antes de los 18 años de edad ( $X^2 = 14.141$ ,  $gl = 1$ ,  $p = 0.000$ ) y el principal motivo de abandono escolar fue el consumo de sustancias en el 66% ( $X^2 = 4.523$ ,  $gl = 1$ ,  $p = 0.033$ ), lo cual confirió un riesgo 2 veces mayor para que los usuarios con el diagnóstico de cualquier trastorno de la conducta reportará el abandono de la actividad escolar a su ingreso a estancia residencial (OR = 2.048, IC 95% [1.051 – 3.989]).

Escolaridad en usuarios en estancia residencial con el diagnóstico de trastorno de la conducta					
Nivel de escolaridad		Motivo de abandono de escolaridad		Edad de abandono de escolaridad	
	Porcentaje		Porcentaje		Porcentaje
Analfabeta	0.0	Bajos ingresos	0.0	Suspensión de actividad escolar antes de los 18 años	100
Primaria incompleta	6.0	Actividad laboral	4.0		
Primaria completa	44.0	Rendimiento escolar	12.0		
Secundaria	48.0	Expulsión	16.0		
Bachillerato	2.0	Migración	0.0	Suspensión de actividad escolar después de los 18 años	0.0
Carrera técnica	0.0	Vida conyugal	2.0		
Licenciatura	0.0	Consumo de sustancias	66.0		
Posgrado	0.0	Otras			

**Tabla 363.** Características demográficas: escolaridad en usuarios con el diagnóstico de cualquier trastorno de la conducta en estancia residencial en el Centro Estatal para la Atención Integral para las Adicciones.

Fuente: Funcionalidad familiar y patología dual en usuarios residenciales en Centro Estatal para la Atención Integral de las Adicciones, Hidalgo, 2015

El 84% de los usuarios con el diagnóstico de trastorno de la conducta indicó iniciar su actividad laboral antes de los 15 años de edad ( $X^2 = 19.158$ ,  $gl = 1$ ,  $p = 0.000$ ) con un riesgo 3.8 veces mayor

de que estos usuarios con el diagnóstico de trastorno de la conducta indicaran a su ingreso el inicio de actividad laboral antes de los 15 años (OR = 3.880, IC 95% [1.923 – 7.831]).

Numerosos estudios han asociado el abandono escolar en infantes y adolescentes con problemas familiares y legales, así como con desempleo en la edad adulta. El abandono escolar durante la adolescencia es fenómeno complejo y necesita ser entendido en el contexto socioeconómico, sistema educativo, cultural y familiar; en los países emergentes es común que los adolescentes abandonen su actividad escolar para iniciar una actividad laboral informal o participar en el cuidado de hermanos de menor edad en familias monoparentales (Hibbett A & Fogelman K. 2009).

Los trastornos de la conducta son fuertes predictores para el abandono escolar durante la adolescencia, esta asociación está modulada por el contexto familiar y social en el cual se encuentra inscrito el individuo, no obstante, el impacto de los trastornos de la conducta en el rendimiento académico y el abandono escolar puede ser observado a lo largo de diferentes culturas, por ejemplo, Fergusson y colegas investigaron la asociación entre los problemas de comportamiento y conducta y el desempeño escolar a través de un estudio longitudinal, dieron seguimiento a una cohorte de adolescentes por el lapso de 8 años, hallaron positiva la asociación entre alteraciones de la conducta y abandono escolar, sin embargo, esta asociación sólo podía ser explicada por una serie de variables asociadas como los factores familiares, sociales e individuales como el coeficiente intelectual, comorbilidad con otros trastornos psiquiátricos, estructura y funcionalidad familiar y desventajas socioeconómicas. Un subsecuente análisis de los datos derivados del estudio de Fergusson y colegas mostraron la asociación entre el abandono escolar y los procesos conductuales propios de la adolescencia como los patrones de afiliación con pares, presencia de trastornos de por consumo de sustancias y conductas desafiantes relacionadas con la autoridad (Fergusson DM & Horwood LJ. (1998).

Silz Tramontina y colaboradores realizaron un estudio transversal para evaluar la asociación entre los trastornos de la conducta y el abandono escolar en una muestra de estudiantes brasileños, los participantes fueron reclutados de 246 escuelas gubernamentales de Porto Alegre, Brasil, se conformó una muestra de 93 estudiantes, 49 contaban con el antecedente de abandono escolar y 44 actuaron como controles. Se empleó la Entrevista Epidemiológica para los trastornos afectivos y

esquizofrenia para escolares (K-SADS-E) y la Entrevista Internacional Neuropsiquiátrica (MINI). La prevalencia de abandono escolar fue mayor en el grupo con el diagnóstico de cualquier trastorno de la conducta en comparación con el grupo control (31.8% vs 2.3%,  $p < 0.001$ ), se llevó a cabo un segundo análisis evitando las variables confusoras como grado de escolaridad en ambos padres, ingresos económicos y distrito de residencia, persistiendo la asociación entre el diagnóstico de trastorno de la conducta y abandono escolar ( $p = 0.003$ ). Silzá Tramontina y colaboradores concluyeron que el diagnóstico de un trastorno de la conducta está significativamente asociado con el abandono escolar y este grupo tenía una mayor probabilidad presentar un bajo rendimiento escolar en comparación con los controles (Tramontina S, 2001).

En relación con el diagnóstico de trastorno de la conducta de tipo negativista – desafiante, el grado de escolaridad predominante fue la secundaria en el 59.29% ( $p = 0.084$ ), seguido de la escolaridad primaria en el 37.03% ( $p = 0.28$ ) y el 3.7% contaba con bachillerato. En este grupo de usuarios, el 69.2% abandono su actividad escolar secundario al consumo de sustancias ( $p = 0.62$ ), el 14.81% debido a bajo rendimiento escolar ( $p = 0.57$ ), el 11.11% debido a expulsión por problemas de conducta ( $p = 0.30$ ), el 7.40% debido a inicio de actividad laboral y el 3.7% abandono su actividad escolar por inicio vida conyugal.

Para el trastorno de la conducta de tipo disocial, el grado de escolaridad predominante fue el nivel primaria en el 52.17% ( $p = 0.28$ ), seguido de escolaridad secundaria en el 34.78% ( $p = 0.84$ ) y primaria incompleta en el 13.04%. El principal motivo de abandono escolar en este grupo de usuarios con el diagnóstico de trastorno disocial fue el consumo de sustancias en el 69.59% ( $p = 0.62$ ), el 21.73% por expulsión escolar por problemas de conductas ( $p = 0.30$ ) y el 8.69% por bajo rendimiento escolar ( $p = 0.50$ ).

El 84% de los usuarios con el diagnóstico de trastorno de la conducta indicó iniciar su actividad laboral antes de los 15 años de edad ( $X^2 = 19.158$ ,  $gl = 1$ ,  $p = 0.000$ ) con un riesgo 3.8 veces mayor de que estos usuarios con el diagnóstico de trastorno de la conducta indicaran a su ingreso el inicio de actividad laboral antes de los 15 años (OR = 3.880, IC 95% [1.923 – 7.831]).

El 66% de los usuarios en estancia residencial con el diagnóstico de cualquier trastorno de la conducta indicó encontrarse desempleado a su ingreso a estancia residencial ( $X^2 = 16.796$ ,  $gl = 3$ ,  $p = 0.001$ ) y el 64% de estos usuarios refirió abandonar su actividad laboral debido al consumo de sustancias ( $p = 0.67$ ).

Actividad laboral en usuarios en estancia residencial con el diagnóstico de cualquier trastorno de la conducta					
Actividad laboral actual		Motivo de abandono laboral		Inicio de actividad laboral	
	Porcentaje		Porcentaje		Porcentaje
Estudiante	20.0	Consumo de sustancias	64.0	Inicio de actividad laboral antes de los 15 años	84.0
Empleado	4.0			Inicio de actividad laboral después de los 15 años	16.0
Autoempleado	10.0	Ingreso a unidad residencial	36.0		
Desempleado	66.0				

**Tabla 364.** Características sociodemográficas: actividad laboral en usuarios en estancia residencial en el Centro Estatal para la Atención Integral para las Adicciones.

Fuente: Funcionalidad familiar y patología dual en usuarios residenciales en Centro Estatal para la Atención Integral de las Adicciones, Hidalgo, 2015

El 85.18% de los usuarios con el diagnóstico de trastorno de la conducta de tipo negativista – desafiante iniciaron su actividad laboral antes de los 15 años de edad ( $p = 0.80$ ), el 66.66% de estos usuarios se encontraba desempleados a su ingreso a estancia residencial ( $p = 0.91$ ), el 18.51% eran estudiantes, el 11.11% se encontraban autoempleados, y el 4.34% tenían un empleo formal. El principal motivo de abandono de la actividad laboral fue el consumo de sustancias en el 55.55% ( $p = 0.17$ ).

En relación a los usuarios con el diagnóstico de trastorno de la conducta disocial, el 82.60% inicio su actividad laboral antes de los 15 años de edad ( $p = 0.80$ ), el 65.21% de estos usuarios se encontraban desempleados en el momento de su ingreso a estancia residencial ( $p = 0.91$ ), el 21.73% era estudiante, el 8.69% se encontraban autoempleados y el 4.34% contaban con un empleo formal. El principal motivo del abandono laboral fue el consumo de sustancias en el 73.91% ( $p = 0.17$ ).

El 46% de los usuarios con cualquier trastorno de la conducta indicó a su ingreso a estancia residencial contar con antecedentes penales ( $X^2 = 10.579$ ,  $gl = 1$ ,  $p = 0.001$ ), lo cual confirió un riesgo 1.5 veces mayor de que este grupo de usuarios refiriera a su ingreso a estancia residencial



un antecedente penal (OR = 1.551, IC 95% [1.129 – 1.129]); el 26% refirió contar con el antecedente de robo, el 22% con el antecedente de narcomenudeo y el 6% con el antecedente de lesiones a terceros.

El 39.1% de los usuarios con el diagnóstico de trastorno de la conducta de tipo negativista – desafiante contaba con antecedentes penales a su ingreso a estancia residencial ( $X^2 = 10.092$ , gl = 1,  $p = 0.001$ ) con un riesgo 7.2 veces mayor de que los usuarios con el diagnóstico de conducta negativista – desafiante reporte antecedentes penales (OR = 7.200, IC 95% [2.015 – 25.730]): el 18.51% de estos usuarios indicó contar con el antecedente de narcomenudeo ( $p = 0.52$ ), el 11.11% contaba con el antecedente de robo y el 3.7% con lesiones a terceros.

El 78.2% de los usuarios con el diagnóstico de trastorno de la conducta de tipo disocial contaba con antecedentes penales a su ingreso ( $X^2 = 10.092$ , gl = 1,  $p = 0.001$ ), lo cual confirió un riesgo 3 veces mayor de que los usuarios con el diagnóstico de trastorno de la conducta disocial de referir antecedentes penales (OR = 3.067, IC 95% [1.351 – 6.963]): el 43.47% reportó el antecedente de robo, el 26.08% el antecedente de narcomenudeo y el 8.69% el antecedente de lesiones a terceros.

Smith y Thornberry realizaron un estudio para asociar el antecedente de maltrato infantil y el incremento significativo de la probabilidad de la posterior participan de delitos violentos, graves y de mediana gravedad, el antecedente de maltrato infantil incremento significativamente las posibilidades de ser detenido y la frecuencia de las detenciones, asimismo, encontraron que los adolescentes que pertenecían a familias no violentas, representan una participación del 38% en delincuencia violenta, esta tasa o índice alcanza el 60% para jóvenes que han experimentado una forma de violencia, el 73% para aquellos expuestos a dos formas de violencia, y el 78% para los adolescentes expuestos a tres tipos de violencia familiar durante la infancia (Vázquez, 2003). En este estudio se confirmó la asociación entre antecedentes penales y cualquier trastorno de la conducta.

Gustavo Manoel Schier y colaboradores realizaron un estudio transversal en un centro educacional en Curitiba, Paraná, Brasil, con el objeto de determinar la prevalencia de los trastornos por consumo de sustancias y trastornos de la conducta en una muestra de 69 adolescentes con antecedentes penales, a quienes se les aplicó la Entrevista para trastornos afectivos y esquizofrenia para

escolares. La edad media de los participantes fue de 15.5 años, el 24% de los adolescentes entrevistados contaba con el antecedente de atención psiquiátrica, el 10.1% atención neurológica y el 40.6% atención psicológica. El 14.5% contaban con escolaridad secundaria y el 73.9% abandonaron la actividad escolar y el 51% de los participantes reportaron el antecedente de separación de ambos padres. La prevalencia encontrada en este estudio del trastorno de la conducta fue del 59.4%, la prevalencia para el trastorno por consumo de sustancias fue de 53.6% y la prevalencia de cualquier trastorno psiquiátrico fue del 81.1% (Schier, 2015). En el presente estudio, la prevalencia para cualquier trastorno de la conducta fue menor a la reportada por Gustavo Manoel Schier y colaboradores (25% vs 59.4%), el abandono escolar en lo participantes de ambos estudios fue similar (80% vs 73.9%) y el antecedente de separación de ambos padres fue mayor en el presente estudio (70% vs 51%).

Jorge Gaete y colaboradores llevaron a cabo un estudio transversal con el objetivo de determinar la prevalencia de trastornos psiquiátricos en adolescentes infractores de la ley entre los 14 a 17 años de edad que cumplían algún tipo de condena, se reclutó una muestra de 489 adolescentes con una edad promedio de 16.4 años, los participantes fueron evaluados con la Entrevista Internacional Neuropsiquiátrica (MINI). El 70.1% de los usuarios contaban con escolaridad primaria, el 86.3% curso con cualquier diagnóstico psiquiátrico, los trastornos más prevalentes fueron el consumo por sustancias (75.5%, IC 95% [71.6 – 79.3]), el trastornos de la conducta disocial (27.7%, IC 95% [23.6 – 31.7]), el trastorno de la conducta negativista - desafiante (27.1%, IC 95% [23 – 31.7]) y el trastorno por déficit de atención e hiperactividad (25.4%, IC 95% [21.6 – 29.5]) (Gaete J, 2014). La prevalencia de cualquier trastorno de la conducta en este estudio fue similar a la reportada Jorge Gaete y colegas (25% vs 27.1% y 27.7), asimismo, un punto importante a resaltar en el estudio transversal previamente descrito es el reporte del número de trastornos psiquiátricos comorbidos: el 16.4% de los participantes contaba con dos trastornos psiquiátricos simultáneos (IC 95% 13.1 – 19.7), el 15.1% tres trastornos psiquiátricos comorbidos (IC 95% 11.9 – 18.3) y el 14.3% con cuatro trastornos psiquiátricos (IC 95% 11.2 – 17.4). En el presente estudio la prevalencia trastornos psiquiátricos comorbidos en usuarios en estancia residencial con el diagnóstico de trastorno de la conducta fue del 34% para dos trastornos psiquiátricos simultáneos, el 36% para tres trastornos psiquiátricos comorbidos ( $p = 0.000$ ) y el 10% para cuatro trastornos psiquiátricos simultáneos.

En ambos estudios examinados, la prevalencia de trastornos psiquiátricos fue muy similar, no obstante, la prevalencia de cualquier trastorno psiquiátrico en usuarios con el diagnóstico de cualquier trastorno de la conducta en estancia residencial en el CEAlA fue mayor (98% vs 81.1% y 70.1%) y confirió un riesgo del 16 veces mayor de que estos usuarios con los diagnósticos de cualquier trastorno de la conducta y un trastorno por consumo de sustancias cumpliera con los criterios diagnóstico de un tercer trastorno psiquiátrico comorbido ( $X^2 = 13.006$ ,  $gl = 1$ ,  $p = 0.000$ ,  $OR = 16.625$ ,  $IC\ 95\% [2.219 - 124.546]$ ).

El 10% de los usuarios con el diagnóstico de cualquier trastorno de la conducta en estancia residencial indicó el antecedente de internamiento en un grupo de ayuda mutua ( $p = 0.074$ ).

- b) Usuarios con el diagnóstico de trastorno de la conducta en estancia residencial y consumo simultáneo de otras sustancias.

El 66% de los usuarios con el diagnóstico de cualquier trastorno de la conducta cumplió criterios para el diagnóstico de dependencia a nicotina ( $p = 0.61$ ), la edad promedio de inicio de consumo de tabaco en este grupo fue a 12.76 años de edad.

El 70% de los usuarios con el diagnóstico de cualquier trastorno de la conducta cumplió criterios a su ingreso a estancia residencial para dependencia alcohol ( $X^2 = 11.765$ ,  $gl = 1$ ,  $p = 0.001$ ) con un riesgo 1.2 veces mayor de que los usuarios con el diagnóstico de trastorno de la conducta contara con el diagnóstico de dependencia alcohol a su ingreso ( $OR = 1.286$ ,  $IC\ 95\% [1.064 - 1.553]$ ). La edad de inicio de consumo en este grupo fue a los 12.97 años de edad ( $p = 0.004$ ).

El 70.37% de los usuarios con el diagnóstico de trastorno de la conducta negativista – desafiante ( $p = 0.95$ ) y el 69.56% de los usuarios con el diagnóstico trastorno de la conducta disocial ( $p = 0.95$ ) cumplió criterios diagnósticos para el dependencia alcohol.

Thomas C. Harford y colaboradores analizaron los datos del National Household Survey on Drug Abuse 2000 (NHSDA), incluye una muestra de 19,439 participantes entre las edades de 12 a 17 años, la finalidad del análisis fue explorar la asociación entre consumo de alcohol y trastornos

psiquiátricos en adolescentes en una muestra representativa a nivel nacional. El NHSDA 2000 es un estudio de tipo encuesta realizado entre 1999 – 2003 con una muestra total de 71,704 participantes mayores de 12 años de edad, provenientes de los 50 estados de E.U., los participantes fueron evaluados a partir de estos los criterios clínicos diagnósticos del DSM IV – TR. La prevalencia global de consumo de alcohol en adolescentes varones fue del 1.84% y en mujeres adolescentes del 1.89%, la prevalencia de trastornos psiquiátricos en adolescentes varones con dependencia alcohol fue del 54.9% para el trastornos negativista – desafiante ( $p < 0.05$ , OR = 3.6, IC 95% [2.48 – 5.21]), seguido del trastorno de la conducta disocial en el 48% ( $p < 0.05$ , OR = 7.34, IC 95% [5.08 – 10.60]), trastorno depresivo en el 31.2% ( $p < 0.05$ , OR = 6.02, IC 95% [4.05 – 8.94]) y el trastorno por déficit de atención e hiperactividad en el 26.3% ( $p < 0.05$ , OR = 2.92, IC 95% [1.94 – 4.38]) (Harford TC, 2015).

La prevalencia de dependencia de alcohol en usuarios con el diagnóstico de trastorno de la conducta negativista – desafiante fue mayor en el presente estudio a la observada por el NHSDA (54.9% vs 70%) y para el trastorno de la conducta de tipo disocial (69.56% vs 48%), asimismo, la prevalencia hallada en este estudio fue mayor a la reportada por Gustavo Manoel Schier Dória y colegas (8.7%) y por Jorge Gaete y colaboradores (26.8%).

Abhishek Ghosh y colegas llevaron a cabo un estudio de casos y controles en un centro de tratamiento para las adicciones en el norte de la India, se reclutaron 100 casos con el diagnóstico de cualquier trastorno de la conducta con base a los criterios del DSM IV – TR y 100 controles con características sociodemográficas similares sin el diagnóstico de dependencia alcohol, el objetivo de este estudio fue determinar la prevalencia del antecedente de trastorno de conducta en la infancia y el diagnóstico actual de dependencia alcohol. El 35% de los casos con dependencia alcohol cumplieron criterios diagnósticos para un trastorno de la conducta en la infancia y sólo el 16% de los controles lo indicaron, lo cual sugiere que un amplio número de pacientes con dependencia alcohol tiene una historia positiva para un trastorno de la conducta en comparación con los controles ( $p < 0.01$ , OR = 2.82, IC 95% [1.4 – 5.5]) y 17% de los usuarios eran menores de edad y contaban con el diagnóstico de dependencia alcohol en comparación con el 6% de los controles quienes contaban con el diagnóstico de dependencia alcohol ( $p < 0.02$ , OR = 5.9) (Ghosh A, 2016),

lo cual sustenta la asociación entre el cualquier trastorno de la conducta como factor de riesgo para el desarrollo de dependencia alcohol en la edad adulta y el antecedente de un trastorno de la conducta en la infancia.

El 98% de los usuarios con cualquier trastorno de la conducta cumplió criterios para el diagnóstico de dependencia a cannabis ( $X^2 = 30.422$ ,  $gl = 1$ ,  $p = 0.000$ ), lo cual confirió un riesgo 39.5 veces mayor de que los usuarios con el diagnóstico de trastorno de la conducta cumpla con los criterios para dependencia a cannabis a su ingreso (OR = 39.554, IC 95% [5.322 – 293.986]). La edad de inicio de consumo de cannabis en este grupo fue los 13.42 años de edad ( $p = 0.000$ ).

El 96.29% de los usuarios con el diagnóstico de trastorno de la conducta de tipo negativista – desafiante cumplió criterios para dependencia a cannabis ( $p = 0.35$ , OR = 1.885, IC 95% [1.448 – 2.452]) y el 100% de los usuarios con el diagnóstico de trastorno de la conducta disocial cumplieron criterios para dependencia a cannabis ( $p = 0.35$ , OR = 1.885, IC 95% [1.448 – 2.452]).

Li-Tzy Wu y colaboradores llevaron a cabo un análisis de los registros médicos electrónicos de pacientes en atención psiquiátrica ambulatoria entre 2 a 17 años de edad para determinar la prevalencia de trastorno por consumo de sustancias, la muestra total comprendió 11,457 registros médicos de diferentes instituciones hospitalarias lo largo de E.U. durante el periodo de 2000 a 2010, el 54% de los participantes eran varones entre los 2 a 12 años de edad, el 24% de este grupo de pacientes recibían atención ambulatoria, el 93% los usuarios con un trastorno por consumo de sustancias presentaron una edad promedio de 13 a 17 años de edad. La prevalencia de dependencia a cualquier sustancia de abuso fue del 6.7% y para la dependencia simultánea a más de dos sustancias fue del 5.7%, las sustancias con mayor consumo en este grupo fue en el 10.4% para dependencia a cannabis, 5.3% para dependencia alcohol, 1.4% para nicotina, 1.3% para cocaína y 0.5% para tranquilizantes, para el grupo de mayor edad (13 – 17 años), la prevalencia para la dependencia a una sustancia fue del 13.5% y para la dependencia a más de dos sustancias simultáneas fu el 11.7%, la sustancia más consumida en este grupo fue la cannabis en el 21.1%, seguido del alcohol en el 10.9%. La prevalencia de trastornos psiquiátricos fue mayor en el grupo

de menor edad (2 – 12 años) en comparación con el de edad mayor (13 – 17 años); el principal trastorno psiquiátrico comorbido los participantes con un trastorno por consumo de sustancias fue el trastorno depresivo (56.7% vs 35%), seguido por los trastornos de la conducta (50% vs 21.1%) y los trastornos de ansiedad (36.5% vs 12.1%), el 95.2% de los participantes del primer grupo contaban con más de un trastorno psiquiátrico simultáneo. Li-Tzy Wu y colegas concluyeron que los pacientes comprendidos entre los 2 a 12 años de edad con un trastorno por consumo de sustancias fue del sólo el 0.9% de la muestra total, más de la mitad de este grupo de pacientes concurren a su primera visita a consulta ambulatoria de psiquiatría. Pacientes de 2 a 12 años en sus primeras visitas ambulatorias al servicio de psiquiatría se debió principalmente a trastorno de internalización (trastorno depresivo) o un trastorno de disruptivo (trastorno de la conducta), lo cual sugiere que los trastornos por consumo de sustancias aparecen más tarde y la conjunción de un trastorno psiquiátrico previo asociado a factores ambientales precipitantes pueden incrementar el riesgo para el desarrollo de un trastorno por consumo de sustancias. Estos datos derivados de los registros médicos, sugieren una alta tasa de comorbilidades en los usuarios con un trastorno por consumo de sustancias, los trastornos psiquiátricos con mayor valor predictivo para el desarrollo de un trastorno por consumo de sustancias fue el trastorno de la conducta, cualquier trastorno de ansiedad y el trastorno por déficit de atención e hiperactividad (Li-Tzy Wu, 2011).

El consumo de cannabis en adolescentes es común, el mayor pico de incidencia para el inicio de consumo de cannabis ocurre en la adolescencia y está asociado con efectos sociales y de salud negativos, los factores de riesgo asociados al inicio de consumo de cannabis son los trastornos de la conducta, disfunción familiar, maltrato infantil, separación parental y problemas mentales y de consumo de sustancias en uno o ambos padres (Odgers CL, 2008), lo cual es concordante con los hallazgos en este estudio, la asociación entre dependencia a cannabis en usuarios con el diagnóstico de cualquier trastorno de la conducta y el diagnóstico de disfunción familiar por medio del APGAR familiar fue positiva ( $X^2 = 7.483$ ,  $gl = 1$ ,  $p = 0.006$ ), lo cual confirmó un riesgo 9.8 veces mayor de que este grupo de usuarios con una disfunción familiar cumpliera con el diagnóstico de dependencia a cannabis (OR = 9.800, IC 95% [4.271 – 22.488]), asimismo, la asociación en este grupo de usuarios con el diagnóstico de trastorno de la conducta que iniciaron su consumo antes de los 18 años de edad y el diagnóstico de disfunción familiar por medio del APGAR familiar fue positiva ( $X^2 = 7.483$ ,  $gl = 1$ ,  $p = 0.006$ ), el diagnóstico de familia disfuncional confirmó un riesgo

9.8 veces mayor para que estos usuarios iniciaran el consumo de cannabis antes de los 18 años de edad (OR = 9.800, IC 95% [4.271 – 22.488]) y la asociación entre inicio de consumo de cannabis por socialización y el diagnóstico de disfunción familiar fue positiva ( $X^2 = 6.805$ ,  $gl = 1$ ,  $p = 0.009$ ), lo cual confirió un riesgo 9 veces mayor de que los usuarios con el diagnóstico de disfunción familiar indicara a su ingreso el inicio de consumo de cannabis por socialización (OR = 9.000, IC 95% [1.398 – 57.944]).

El 50% de los usuarios en estancia residencial con el diagnóstico de cualquier trastorno de la conducta cumplió criterios para el diagnóstico de dependencia a solventes volátiles ( $X^2 = 13.471$ ,  $gl = 1$ ,  $p = 0.000$ ) lo cual confirió un riesgo para estos usuarios 3.4 veces mayor para cumplir criterios para el dependencia a solventes volátiles a su ingreso (OR = 3.412, IC 95% [1.740 – 6.690]). La edad de inicio de consumo solventes volátiles en este grupo fue a los 14.44 años de edad ( $p = 0.000$ ).

Li-Tzy Wu y Matthew Owen Howard realizaron un análisis de los datos recabados de the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions (NESARC) para determinar la prevalencia de trastornos psiquiátricos en consumidores de solventes volátiles, la prevalencia de dependencia a solventes volátiles en la muestra total de 43,093 participantes fue de 1.7%, de este grupo 88% cumplieron criterios para el uso de solventes y sólo el 19% para dependencia, más del 60% iniciaron su consumo antes de los 18 años de edad. La prevalencia de trastornos de la conducta en este estudio fue del 32%, asimismo, el inicio del consumo de solventes antes de los 18 años de edad se asoció con la presencia de múltiples trastornos psiquiátricos y trastornos de la personalidad (Li-Tzy Wu & Howard, 2007). En el presente estudio la prevalencia de consumo de solventes en usuarios en estancia residencial fue mayor (50% vs 19%), así como la prevalencia de cualquier trastorno de la conducta (50% vs 32%).

El 24% de los usuarios en estancia residencial con el diagnóstico de cualquier trastorno de la conducta cumplió criterios para dependencia a cocaína ( $p = 0.71$ ), la edad de inicio de consumo de cocaína en este grupo de usuarios fue a los 14.08 años de edad ( $p = 0.000$ ).

El 20% de los usuarios en estancia residencial con el diagnóstico de cualquier trastorno de la conducta cumplió criterios para dependencia a estimulantes ( $p = 0.64$ ), la edad de inicio de consumo de estimulantes fue a los 15.10 años de edad ( $p = 0.001$ ).

El 6% de los usuarios con el diagnóstico de cualquier trastorno de la conducta cumplió con los criterios de dependencia a benzodiacepinas ( $p = 0.26$ ), la edad de inicio de consumo de benzodiacepinas fue a los 13.67 años de edad ( $p = 0.13$ ).

El 90% de los usuarios en estancia residencial con el diagnóstico de cualquier trastorno de la conducta cumplió criterios para dependencia simultánea a más de una sustancias a su ingreso ( $X^2 = 9.318$ ,  $gl = 1$ ,  $p = 0.002$ ) con un riesgo 4.2 veces mayor para que este grupo de usuarios contara con dependencia simultánea a más de una sustancia (OR = 4.235, IC 95% [1.581 – 11.348]).

c) Usuarios con el diagnóstico de trastorno de la conducta en estancia residencial y antecedentes de salud mental.

El 30% de los usuarios con el diagnóstico de cualquier trastorno de la conducta indicó contar con el antecedente de atención psicológica ( $p = 0.29$ ): el 18% refirió el motivo de atención por consumo de sustancias ( $p = 0.83$ ), el 10% por problemas de conducta y el 2% por alteraciones en el estado de ánimo.

El 12% de los usuarios con el diagnóstico de cualquier trastorno de la conducta en estancia residencial refirió a su ingreso contar con el antecedente de atención psiquiátrica ( $p = 0.69$ ): El 6% se debió a consumo de sustancias ( $p = 0.83$ ), el 6% a problemas de conducta y el 2% a alteraciones del estado de ánimo.



El 14% de estos usuarios contaban con el antecedente de tratamiento psicofarmacológico previo ( $p = 0.43$ ): en el 2% de prescribió un antidepresivo, en el 8% un antipsicótico y el 2% un estimulante.

- d) Usuarios con el diagnóstico de trastorno de la conducta en estancia residencial y antecedentes de intento suicida.

El 30% de los usuarios con el diagnóstico de cualquier trastorno de la conducta indicó a su ingreso el antecedente de intento suicida ( $p = 0.45$ ), el 18.51% presentó el diagnóstico de trastorno de la conducta negativista – desafiante ( $p = 0.34$ ) y el 43.47% presentó el diagnóstico de trastorno de la conducta disocial ( $X^2 = 4.126$ ,  $gl = 1$ ,  $p = 0.042$ ), lo cual confirió un riesgo en este grupo de usuarios 2.1 veces mayor de indicar un antecedente de intento suicida a su ingreso a estancia residencial (OR = 2.189, IC 95% [1.022 – 4.688]).

- e) Usuarios con el diagnóstico de trastorno de la conducta en estancia residencial en el CEAIA y antecedentes de maltrato infantil.

El 12% de los usuarios con el diagnóstico de cualquier trastorno de la conducta en estancia residencial indicó el antecedente de abuso sexual en la infancia ( $X^2 = 6.788$ ,  $gl = 1$ ,  $p = 0.009$ ), lo cual confirió un riesgo 2.5 veces mayor de que los usuarios con el antecedente de abuso sexual en la infancia cumpliera con los criterios para cualquier trastorno de la conducta a su ingreso (OR = 2.591, IC 95% [1.467 – 4.575]).

EL 3.7% de los usuarios con el diagnóstico de trastorno de la conducta negativista – desafiante indicó a su ingreso el antecedente de abuso sexual en la infancia ( $p = 0.70$ ) y el 21.73% de los usuarios con diagnóstico de trastorno de la conducta disocial refirió el antecedente de abuso sexual en la infancia ( $X^2 = 15.331$ ,  $gl = 1$ ,  $p = 0.000$ ) con un riesgo 5.2 veces mayor de que los usuarios con el antecedente de abuso sexual en la infancia cumplieran criterios diagnósticos para el diagnóstico de trastorno de la conducta disocial (OR = 5.278, IC 95% [2.469 – 11.283]).

El 8% de los usuarios con el diagnóstico de cualquier trastorno de la conducta refirió el antecedente de violación en la infancia ( $X^2 = 3.997$ ,  $gl = 1$ ,  $p = 0.046$ ) lo que confirió un riesgo 2.3 veces mayor de que los usuarios con el antecedente de violación en la infancia cumplieran criterios para diagnósticos para cualquier trastorno de la conducta a su ingreso a estancia residencial (OR = 2.398, IC 95% [1.203 – 4.777]).

El 3.1% de los usuarios con el diagnóstico de trastorno de la conducta de tipo negativista – desafiante indicó el antecedente de violación en la infancia ( $p = 0.95$ ) y el 13.04% de los usuarios con el diagnóstico de trastorno de la conducta disocial refirió el antecedente violación en la infancia ( $X^2 = 7.008$ ,  $gl = 1$ ,  $p = 0.008$ ) con riesgo 4.1 veces mayor de este grupo de usuarios con el antecedente de violación en la infancia cumpliera criterios para el trastorno de la conducta disocial a su ingreso (OR = 4.136, IC 95% [1.598 – 10.701]).

El 50% de los usuarios en estancia residencial con el diagnóstico de cualquier trastorno de la conducta refirió el antecedente de maltrato infantil de tipo físico a su ingreso ( $X^2 = 0.054$ ,  $gl = 1$ ,  $p = 0.054$ ) con un riesgo 1.5 veces mayor de que los usuarios con el antecedente de maltrato infantil físico cumplieran criterios diagnósticos para cualquier trastorno de la conducta.

El 13.04% de los usuarios con el diagnóstico del trastorno de la conducta negativista – desafiante contaba con el antecedente de maltrato infantil de tipo físico ( $p = 0.55$ ) y el 69.56% de los usuarios con el diagnóstico de trastorno de la conducta disocial indicó a su ingreso el antecedente de maltrato infantil de tipo físico ( $X^2 = 10.592$ ,  $gl = 1$ ,  $p = 0.001$ ) con un riesgo 3.6 veces mayor de los usuarios con el antecedente de maltrato infantil cumpliera con los criterios diagnósticos de un trastorno de la conducta disocial a su ingreso (OR = 3.651, IC 95% [1.574 – 8.468]).

El 86% de los usuarios con el diagnóstico de cualquier trastorno de la conducta indicó a su ingreso el antecedente de maltrato infantil de tipo emocional ( $X^2 = 5.348$ ,  $gl = 1$ ,  $p = 0.021$ , lo cual confirió un riesgo 2.2 veces mayor de que los usuarios con el antecedente de maltrato infantil cumpla criterios para cualquier trastorno de la conducta a su ingreso a estancia residencial (OR = 2.215, IC 95% [1.063 – 4.617]).

El 81.48% de los usuarios con el diagnóstico de trastorno de la conductas negativista – desafiante refirió a su ingreso el antecedente de maltrato infantil de tipo emocional ( $p = 0.31$ ) y el 91.3% de los usuarios con el diagnóstico de trastorno de la conducta disocial indicó el antecedente de maltrato emocional en la infancia ( $X^2 = 4.230$ ,  $gl = 1$ ,  $p = 0.040$ ) con un riesgo 3.7 veces mayor de que los usuarios con el antecedente de maltrato infantil cumplieran con los criterios diagnósticos para el trastorno de la conducta disocial a su ingreso ( $OR = 3.786$ ,  $IC\ 95\% [1.919 - 15.599]$ ).

Se ha demostrado que la exposición al maltrato infantil aumenta el riesgo de para la emergencia de muchos trastornos psiquiátricos, incluidos los trastornos del estado de ánimo, los trastornos de ansiedad, el síndrome de dependencia alcohol, trastornos por consumo de sustancias y trastornos de la conducta o disruptivos y el trastorno de personalidad antisocial (Green, 2010). Las fuertes asociaciones de maltrato infantil con una amplia gama de resultados psiquiátricos sugieren que el maltrato infantil puede conferir un riesgo no específico para la psicopatología en lugar de un riesgo específicos para un trastorno psiquiátrico determinado (Dong, 2004).

El periodo promedio de evolución para el trastorno de la conducta negativista - desafiante fue de tres años y para el trastorno disocial de cuatro años para los usuarios a su ingreso a estancia residencial.

Los factores de riesgo asociados al desarrollo de los trastornos de la conducta pueden clasificarse como factores biológicos y ambientales, entre los factores biológicos los más aceptados son el género, factores pre y perinatales, lesiones cerebrales y bioquímicas, variables temperamentales (temperamento difícil, neuroticismo, extroversión, impulsividad, búsqueda de novedad, inestabilidad afectiva), alteraciones cognitivas (dificultad para solución de problemas, baja capacidad verbal, atribuciones y distorsiones cognitivas) y déficit en habilidades sociales (pobre empatía, baja autoestima, bajo rendimiento escolar). Los factores de riesgo ambientales comprenden principalmente a la familia del infante, la dinámica familiar determina la expresión de las variables temperamentales, su desarrollo y mantenimiento. Los factores de riesgo asociados al desarrollo de los trastornos de la conducta asociados con la dinámica familiar son la psicopatología de los padres (alcoholismo, drogadicción, conducta antisocial, depresión de la madre), familias desestructuradas (pérdida de uno de los padres, conflictos graves de pareja), estilos educativos

(falta de supervisión, utilización excesiva de medios punitivos, mala calidad de las relaciones) (García Romera, et al, 2006). De acuerdo con lo anteriormente expuesto, en el presente estudio la asociación entre familia disfuncional y cualquier trastorno de la conducta fue positiva ( $p = 0.027$ ), lo cual confiere un riesgo de 2.748 veces mayor en los expuestos a una dinámica familiar disfuncional de ser diagnosticados con cualquier trastorno de la conducta a su ingreso a estancia residencial.

Numerosos estudios han demostrado que el abuso de sustancias por uno o ambos padres y la conducta antisocial están asociadas con una elevada prevalencia de trastornos de la conducta; estudios familiares, de gemelos y de adopción han reportado que una historia de dependencia al alcohol paterna está asociada con una prevalencia mayor para el trastorno por déficit de atención e hiperactividad, el trastorno de la conducta negativista – desafiante y el trastorno disocial, asimismo, numerosos estudios han establecido una asociación entre la conducta antisocial parental y el inicio de consumo de sustancias asociado a los trastornos de la conducta (Herndon, 2005).

El estudio sobre el maltrato infantil y sus consecuencias en el desarrollo de trastornos psiquiátricos ha convergido en dos grandes dimensiones en las que se observa patrones de comorbilidad, la primera dimensión es la internalización de los efectos del maltrato infantil, lo cual es manifestado por alteraciones en el estado de ánimo, emergencia del trastorno de ansiedad generalizada, trastorno de pánico y fobia social. La segunda dimensión corresponde a la externalización de los conflictos derivados del maltrato infantil que son expresados como trastornos de la conducta, trastornos por consumo de sustancias y trastornos de la personalidad, principalmente el trastorno antisocial de la personalidad (Krueger, 2002). Datos recientes de la Organización Mundial de la Salud (OMS-WMH) encontraron que casi todas las estimaciones de comorbilidad entre trastornos psiquiátricos son debidos a la internalización de los conflictos derivados del antecedente de maltrato infantil o su externalización, la presencia de ambas comorbilidades (internalización y externalización) puede explicarse por medio de una vulnerabilidad común subyacente de tipo biológico (rasgos temperamentales) y ambientales (contexto familiar y social mediato) (Kessler, 2011). En relación los hallazgos en este estudio se encontró una asociación positiva entre el antecedente abuso sexual y cualquier trastorno de la conducta ( $p = 0.009$ ) lo cual confiere un riesgo para los expuestos de 1.106 veces mayor de ser diagnosticado con cualquier trastorno de la conducta, antecedente de violación

en la infancia y cualquier trastorno de la conducta ( $p = 0.046$ ) confiriendo un riesgo 1.065 veces mayor para ser diagnosticado con cualquier trastornos de la conducta cuando se cuenta con el antecedente de violación durante la infancia, asimismo, el antecedente de maltrato infantil de tipo emocional y el diagnóstico de cualquier trastorno de la conducta fue positivo ( $p = 0.021$ ) con un riesgo 2.717 veces mayor de ser diagnosticado con cualquier trastorno de la conducta cuando se es expuesto al maltrato infantil de tipo emocional.

Resulta de interés señalar que en los usuarios con el diagnóstico de cualquier trastorno de la conducta la asociación entre el antecedente de abuso sexual y la dependencia alcohol fue positiva ( $X^2 = 4.365$ ,  $gl = 1$ ,  $p = 0.037$ ) lo cual brindó un riesgo 6 veces mayor en los usuarios con el antecedente de abuso sexual de cumplir criterios para cualquier trastorno de la conducta y dependencia alcohol a su ingreso (OR = 6.000, IC 95% [1.963 – 37.381]), asimismo, el antecedente de abuso sexual en este grupo de usuarios confirió un riesgo 4.8 veces mayor de cumplir criterios para cualquier trastorno de la conducta y dependencia a estimulantes ( $X^2 = 9.280$ ,  $gl = 1$ ,  $p = 0.002$ , OR = 4.889, IC 95% [1.921 – 12.445]) y el antecedente de abuso sexual confirió un riesgo 3.6 veces mayor de cumplir criterios diagnósticos para cualquier trastorno de la conducta y dependencia a cocaína ( $X^2 = 6.805$ ,  $gl = 1$ ,  $p = 0.009$ , OR = 3.667, IC 95% [1.576 – 8.531]).

- f) Usuarios con el diagnóstico de trastorno de la conducta en estancia residencial y trastornos del estado de ánimo.

El 56% de los usuarios con el diagnóstico de cualquier trastorno de la conducta en estancia residencial cumplió criterios diagnósticos para el diagnóstico de cualquier trastorno del estado de ánimo ( $p = 1.0$ ), el 18% de este grupo de usuarios contaba con criterios para un episodio depresivo ( $p = 0.21$ ), el 48% para un trastorno distímico y el 2% para un trastorno depresivo recurrente ( $p = 0.63$ ).

El 44.44% de los usuarios con el diagnóstico de trastorno de la conducta negativista – desafiante cumplió criterios diagnósticos para cualquier trastorno del estado de ánimo ( $p = 0.19$ ), el 29.62% cumplió criterios para un episodio depresivo ( $p = 0.5$ ), 33.33% cumplió criterios para un trastornos distímico ( $p = 0.17$ ) y 3.7% cumplió criterios para un trastorno depresivo recurrente ( $p = 0.81$ ).

El 69.56% de los usuarios que cursa con el diagnóstico de trastorno de la conducta disocial cumplió criterios diagnósticos para cualquier trastorno del estado de ánimo ( $p = 0.16$ ), el 4.34% para un episodio depresivo ( $X^2 = 5.706$ ,  $gl = 1$ ,  $p = 0.017$ ,  $OR = 7.139$ ,  $IC\ 95\% [0.988 - 51.600]$ ) y el 65.21% para un trastorno distímico ( $X^2 = 4.075$ ,  $gl = 1$ ,  $p = 0.044$ ) lo cual confirió un riesgo 2.4 veces mayor de que los usuarios con el diagnóstico de trastorno de la conducta disocial cumplieran con los criterios diagnósticos para un trastorno distímico a su ingreso ( $OR = 2.492$ ,  $IC [1.005 - 6.179]$ ).

- g) Usuarios con el diagnóstico de trastorno de la conducta en estancia residencial y trastornos de ansiedad.

El 58% de los usuarios el diagnóstico de cualquier trastorno de la conducta en estancia residencial cumplió criterios diagnósticos de cualquier trastorno de ansiedad a su ingreso ( $p = 0.86$ ), el 56% de este grupo de usuarios cumplió con el diagnóstico de trastorno de ansiedad generalizada ( $p = 0.61$ ), el 2% con el diagnóstico de fobia social ( $p = 0.79$ ), el 2% con el diagnóstico de trastorno de estrés postraumático ( $p = 0.41$ ) y el 8% con el diagnóstico de trastorno de pánico ( $p = 0.96$ ).

El 62.96% de los usuarios con el diagnóstico de trastorno de la conducta negativista – desafiante cumplió criterios para cualquier trastorno de ansiedad ( $p = 0.65$ ), el 59.25% con el diagnóstico de trastorno de ansiedad generalizada ( $p = 0.97$ ), el 7.40% con el diagnóstico de trastorno de fobia social ( $p = 0.66$ ) y el 13.04% para el diagnóstico de trastorno de pánico ( $p = 0.043$ ,  $OR = 4.200$ ,  $IC\ 95\% [0.943 - 18.708]$ ).

El 52.17% de los usuarios con el diagnóstico de trastorno de la conducta disocial cumplió criterios para el diagnóstico de cualquier trastorno de ansiedad ( $p = 0.47$ ), el 52.17% para el diagnóstico de trastorno de ansiedad generalizada ( $p = 0.47$ ), el 4.34% para el diagnóstico de trastornos de estrés postraumáticos ( $p = 0.086$ ) y el 4.34% para el diagnóstico de pánico ( $p = 0.92$ ).

- h) Usuarios con el diagnóstico de trastorno de la conducta en estancia residencial e inicio de tratamiento psicofarmacológico.

El 72% de los usuarios en estancia residencial con el diagnóstico de cualquier trastorno de la conducta cumplió criterios para el inicio de tratamiento psicofarmacológico a su ingreso a estancia residencial ( $p = 0.046$ ,  $OR = 1.714$ ,  $IC\ 95\% [0.990 - 2.967]$ ); el 72% iniciaron su tratamiento psicofarmacológico con un antidepresivo ( $X^2 = 4.658$ ,  $gl = 1$ ,  $p = 0.031$ ,  $OR = 2.132$ ,  $IC\ 95\% [1.063 - 4.277]$ ), el 42% iniciaron tratamiento con un antipsicótico ( $X^2 = 4.159$ ,  $gl = 1$ ,  $p = 4.159$ ,  $OR = 1.991$ ,  $IC\ 95\% [1.021 - 3.884]$ ) y el 14% iniciaron tratamiento con un anticonvulsivante ( $p = 0.45$ ).

El 70.37% de los usuarios con el diagnóstico de trastorno de la conducta de tipo negativista – desafiante cumpliera criterios para iniciar tratamiento psicofarmacológicos ( $p = 0.78$ ), el 70.37% iniciaron tratamiento con un antidepresivo ( $p = 0.78\%$ ), el 37.03% iniciaron tratamiento con un antipsicótico ( $p = 0.44$ ) y el 18.5% iniciaron tratamiento con un anticonvulsivante ( $p = 0.31$ ).

El 73.91% de los usuarios con el diagnóstico de trastorno de la conducta de tipo disocial iniciaron tratamiento con un antidepresivo ( $p = 0.78$ ), el 47.82% iniciaron con un tratamiento antipsicótico ( $p = 0.44$ ) y el 8.69% con un anticonvulsivante ( $p = 0.31$ ).

- i) Usuarios con el diagnóstico de trastorno de la conducta en estancia residencial, estructura, dinámica y funcionalidad familiar.

El 80% de los usuarios con el diagnóstico de cualquier trastorno de la conducta indicó a su ingreso una estructura familiar monoparental ( $X^2 = 9.636$ ,  $gl = 1$ ,  $p = 0.002$ ), lo cual confirió un riesgo 3.2 veces mayor de que los usuarios con una estructura familiar monoparental cumpliera criterios para el diagnóstico de cualquier trastorno de la conducta a su ingreso ( $OR = 3.229$ ,  $IC\ 95\% [1.504 - 6.932]$ ).

El 77.77% de los usuarios con el diagnóstico de trastorno de la conducta negativista – desafiante refirió una estructura monoparental a su ingreso ( $p = 0.67$ ) y el 82.6% de los usuarios con el diagnóstico de trastorno de la conducta disocial ( $p = 0.67$ ).

El 88% de los usuarios con el diagnóstico de cualquier trastorno de la conducta presentó el diagnóstico de familia disfuncional por medio del APGAR familiar a su ingreso ( $X^2 = 4.904$ ,  $gl = 1$ ,  $p = 0.027$ ), lo cual confirió un riesgo 2.7 veces mayor de que los usuarios menores de 18 años con el diagnóstico de una familia disfuncional por medio del APGAR familiar cumplan criterios para el diagnóstico de cualquier trastorno de la conducta ( $OR = 2.758$ ,  $IC\ 95\% [1.093 - 6.960]$ ) y el 84% de este grupo de usuarios cumplió criterios para el diagnóstico de crisis familiar a su ingreso por medio de Escala de Eventos críticos de Holmes ( $p = 0.31$ ).

El 26% de los usuarios con el diagnóstico de cualquier trastorno de la conducta cumplió criterios para una cohesión familiar no relacionada por medio del FACES III a su ingreso ( $p = 0.21$ ), el 32% para una cohesión familiar semirelacionada ( $p = 0.93$ ), el 10% para una cohesión familiar relacionada y el 6% para una cohesión aglutinada ( $p = 0.13$ ).

En relación a la adaptabilidad familiar, el 42% cumplió criterios por medio del FACES III para una adaptabilidad familiar caótica ( $p = 0.86$ ), el 18% para una adaptabilidad rígida ( $p = 0.91$ ), el 16% para una adaptabilidad estructurada ( $p = 0.92$ ) y el 22% para una adaptabilidad flexible ( $p = 0.76$ ).

Los hijos de padres separados o divorciados, comparados con los que viven con ambos progenitores, es más probable que presentes problemas de adaptación; durante el año siguiente a la separación, tanto los hijos como las hijas presentan tasas superiores de problemas externalizantes (trastorno de conducta y comportamiento, agresión, delincuencia y consumo de drogas) en comparación de los hogares intactos. Concretamente, es más probable que los niños de familias monoparentales a cargo de la madre presenten puntuaciones más elevadas en conductas agresivas, comportamiento antisocial, conductas delictivas y consumo de alcohol y drogas. (Cantón, 2002).

Una de las consecuencias de la separación o divorcio de los padres es una estructura monoparental, que desafortunadamente, genera inestabilidad afectiva y emocional necesaria para el desarrollo del infante, especialmente cuando el apego aún no está suficientemente afianzado. Es conocido, al respecto, que la mayor proporción de ellos tiene una media de edad de seis años o menos en el momento de la ruptura, de cuyo conjunto una gran parte muestra más desajustes psicológicos a lo largo de su vida que los que pertenecen a familias intactas, si bien tales desajustes no siempre alcanzan niveles clínicos. Una serie de características en el comportamiento del niño tras el cambio



de la composición de la familia son los efectos negativos de la ausencia de la figura paterna junto a la típica situación de la custodia de la madre, el incremento del estrés económico en el grupo con las subsiguientes consecuencias en el trato al hijo, los problemas que derivan del cambio que supone pasar de tener dos padres a tener uno solo y lo negativo que trae consigo la existencia de tensión interparental en el hijo (Orellana, 2004). En concordancia a lo expuesto, en este estudio la asociación entre separación materna y cualquier trastorno de la conducta fue positiva ( $p = 0.001$ ) con un riesgo 2.970 veces mayor de ser diagnosticado con cualquier trastorno de conducta cuando se cuenta con el antecedente de separación materna, asimismo, la asociación entre trastorno de la conducta de tipo disocial y el antecedente de separación materna ( $p = 0.005$ ) y el antecedente de separación paterna ( $p = 0.013$ ), lo cual confirió un riesgo de 4.077 y 2.261 veces mayor para el establecimiento de trastorno de la conducta disocial cuando se indica el antecedente de separación materna y paterna respectivamente.

Las familias monoparentales se presentan índices superiores de consumo de drogas con independencia del estatus económico, la presión de los iguales o la exposición a modelos conductuales anormales, se relacionan en general, con el consumo de drogas, explicando el inicio de consumo en adolescentes en un 39%. (Cantón, 2002). En el presente estudio se confirmó la asociación entre familia monoparental y cualquier trastorno de la conducta ( $p = 0.002$ ) confiriendo un riesgo 3.229 veces mayor de ser diagnosticado con cualquier trastorno de la conducta cuando se es miembro de una familia monoparental, en relación al trastornos de la conducta de tipo disocial y estructura familiar monoparental su asociación también fue positiva ( $p = 0.027$ ) con un riesgo 3.334 veces de mayor de presentar el diagnóstico de trastornos de la conducta disocial cuando se es miembro de una familia monoparental.

Un estudio realizado por Di Lorenzo y colaboradores en una unidad de emergencias psiquiátrica para niños y adolescentes en Modena, Italia, 2016, indicó que el 61% de los niños y adolescentes ingresados al servicio de urgencias contaban con el antecedente de separación parental, coincidente con la prevalencia de las familias monoparentales correspondiente al 61.5% en nuestro estudio, asimismo, sólo el 21% de los pacientes ingresados al servicio de urgencias reportó el antecedente de atención en salud mental de alguno de sus padres, lo cual es también concordante con el presente estudio, donde la prevalencia de antecedentes en salud mental (psicológica y psiquiátrica) fue del

21% en las madres de usuarios en estancia residencial para atención psicológica y del 1.5% para atención psiquiátrica. En el estudio de Di Lorenzo y colaboradores el diagnóstico más frecuente en adolescentes fue el trastorno de la conducta, seguido de los trastornos por consumo de sustancias, el 51% de los adolescentes ingresados al servicio de urgencias indicó un desajuste social representado por bajo rendimiento y abandono escolar, desempleo y otros factores estresantes, datos acordes a las asociaciones realizadas en este estudio, en donde el abandono de actividad escolar antes de los 18 años y cualquier trastorno de la conducta fue positivo ( $p = 0.033$ ,  $OR = 2.048$ ), inicio de actividad laboral antes de los 15 años de edad y cualquier trastorno de la conducta ( $p = 0.000$ ,  $OR = 3.208$ ), inicio de actividad laboral antes de los 15 años de edad y el trastorno de la conducta negativista – desafiante ( $p = 0.022$ ,  $OR = 3.160$ ) e inicio de actividad laboral antes de los 15 años y trastorno de la conducta disocial ( $p = 0.010$ ,  $OR = 2.631$ ). Acorde con evidencias de estudios longitudinales que documenten las asociaciones de los trastornos mentales de inicio en la infancia con el nivel de instrucción inferior a los no expuesto a efectos estresantes adversos en la infancia y trastornos psiquiátricos de inicio en la adolescencia (Currie, 2007), en presente estudio se presentó la asociaciones positivas entre el nivel de escolaridad primaria y el trastorno de la conducta disocial ( $p = 0.001$ ,  $OR = 4.426$ ) y abandono de actividad escolar por expulsión debido a conductas disruptivas y el trastorno de la conducta disocial ( $p = 0.010$ ,  $OR = 4.192$ ).

Las relaciones familiares se encuentran dentro del grupo de factores de riesgo externos para el desarrollo de una conducta adictiva, en un contexto familiar disfuncional el maltrato y la violencia doméstica son una constante, la inconsistencia afectiva dañan la salud y el bienestar de sus miembros, lo cual favorece la incorporación de redes sociales secundarias fuera del hogar y la incorporación de sustancias lícitas o ilícitas al estilo de vida de los miembros más vulnerables (Rodrigo J., 2004), lo cual es consecuente con la asociación positiva entre el diagnóstico de disfunción familiar y el inicio de consumo de alcohol por socialización con pares ( $p = 0.003$ ), lo que confiere un riesgo de 1.451 veces mayor de iniciar el consumo de alcohol por socialización cuando se es miembro de una familia disfuncional.

- j) Usuarios con el diagnóstico de trastorno de la conducta en estancia residencial en el CEAIA y diagnóstico de patología dual.

El 100% de los usuarios con el diagnóstico de cualquier trastorno de la conducta en estancia residencial cumplió criterios para el diagnóstico de patología dual ( $X^2 = 8.663$ ,  $gl = 1$ ,  $p = 0.003$ ).

El 98% de los usuarios con el diagnóstico de cualquier trastorno de la conducta cumplió criterios diagnósticos para un segundo trastorno psiquiátrico simultáneo ( $X^2 = 13.006$ ,  $gl = 1$ ,  $p = 0.000$ ) con un riesgo 16.6 veces mayor de que estos usuarios cumplieran con los criterios para un segundo diagnóstico psiquiátrico a su ingreso (OR = 16.625, IC 95% [2.219 – 124.546]), el 36% de este grupo de usuarios cumplió criterios diagnósticos para un tercer trastorno psiquiátrico simultáneo ( $X^2 = 23.059$ ,  $gl = 1$ ,  $p = 0.000$ ) con un riesgo 6.4 veces mayor de que los usuarios con el diagnóstico de cualquier trastorno de la conducta presentará otros tres trastornos psiquiátricos simultáneos a su ingreso (OR = 6.468, IC 95% [2.833 – 14.768]) y el 10% cumplió con criterios diagnósticos para cuatro trastornos psiquiátricos simultáneos a su ingreso ( $p = 0.61$ ).

El 96% de los usuarios con el diagnóstico de cualquier trastorno de la conducta en estancia residencial cumplieron criterios diagnósticos para cualquier trastorno de la personalidad a su ingreso, el 90% de estos usuarios contaban el diagnóstico de cualquier trastorno de la personalidad del grupo B, seguido en el 72% de los trastornos de la personalidad del grupo A y el 48% contaban el diagnóstico de cualquier trastorno de la personalidad del grupo C. Los trastornos de la personalidad más prevalente en este grupo de usuarios fue el trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad de tipo impulsivo y tipo impulsivo, presente en el 60% y en el 62%, respectivamente. En el caso del trastorno de la personalidad tipo impulsivo y cualquier trastorno de la conducta, su asociación fue positiva ( $X^2 = 6.485$ ,  $gl = 1$ ,  $p = 0.011$ ) y brindó un riesgo 2.3 veces mayor de que los usuarios con el diagnóstico de cualquier trastorno de la conducta cumpliera criterios simultáneos para el trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad tipo impulsivo (OR = 2.314, IC 95% [1.203 – 4.449]).

Los trastornos de la conducta inician durante la infancia tardía y la adolescencia temprana, como se mencionó anteriormente, los factores de riesgo asociados al desarrollo de estos trastornos de la

conducta disruptiva están asociado a una dinámica disfuncional, una cohesión familiar no relacionada y una adaptabilidad familiar caótica, asimismo, un factor de riesgo para esta población es el bajo ingreso económico, 53.8% de la población entre 0 y 17 años carece de vivienda, seguridad social y alimentación (CONEVAL, 2014) y el desempleo, en México, 6.7 a 7 millones de mexicanos comprendidos entre las edad de 15 a 24 años representan un factor alto de riesgo para el inicio de consumo de sustancias a una menor edad (OCED, 2014).

Los adolescentes son un grupo en alto riesgo debido a que el 60% de las personas que llegan a desarrollar una adicción inician su consumo antes de 18 años de edad y el 80% de las personas adictas al alcohol y tabaco, inicio su consumo antes de la mayoría de edad (Johnston., 2005), en relación a la muestra estudiada en esta investigación, 88% de la población en estancia residencial cumplió con los criterios de adicción al alcohol y el 61% al tabaco con una media de edad de inicio de 14 años, la cannabis con una media de edad de 14.4%, los solventes 15.4 años y los estimulantes a los 17.4 años, asimismo, el uso de sustancias ilícitas a edad temprana está asociado a un incremento progresivo para el uso de otras sustancias y presentación de comorbilidad psiquiátrica (Yen., 2006). El inicio de consumo de sustancias durante este periodo de desarrollo incrementa la vulnerabilidad para el desarrollo de sus habilidades ejecutivas en los adolescentes como son la planificación, jerarquización, control de impulsos y toma de decisiones, por lo cual es necesario ubicar la edad de inicio de consumo como un punto prioritario (OEA, 2013).

La vulnerabilidad para el desarrollo de una adicción en los adolescentes deriva de la inmadurez de las conexiones sinápticas del sistema nervioso central y un desequilibrio en la expresión de neurotransmisores (dopamina y serotonina) en el sistema de recompensa (Potenza, 2003), los cambios en la neurobiología del adolescente pueden ser la causa subyacente para el incremento de conductas de riesgo e inmadurez en el desarrollo de la capacidad de inhibición conductual derivada del proceso del desarrollo del sistema serotoninérgico (implicado en el control de impulsos), el eje hipotalámico – hipofisario – adrenal (encargado de la modulación de las respuestas a los estresores vitales) y de la corteza prefrontal (implicada en la regulación social emocional). Estos factores pueden estar asociados al alto riesgo de inicio de consumo de una sustancia generado por altos niveles de conflictos familiares y un incremento en las relaciones filiales con pares para la generación de una red social que supla las funciones primordiales de la familia (Steinberg, 2004).

- Usuarios con el diagnóstico de trastorno de la personalidad en estancia residencial.

La personalidad está conformada por una mezcla de factores temperamentales (determinados biológicamente) y caracterológicos (determinados por el ambiente). El concepto de temperamento se refiere a las influencias innatas, genéticas y constitucionales que determinan los rasgos de la personalidad, el temperamento, constituiría la dimensión biológica de la personalidad. El concepto de carácter hace referencia a factores psicosociales, aprendidos, que influyen sobre la personalidad; el carácter se forma a lo largo de la experiencia y del proceso de socialización por medio de la generación de esquemas, generalmente durante la infancia. Los esquemas que conforman el carácter representan la dimensión psicológica de la personalidad, son creencias básicas que utiliza un individuo para organizar su visión sobre sí mismo, el mundo (incluyendo a las demás personas) y el futuro. Estos elementos organizados a partir de experiencias y reacciones a eventos cotidianos pasados forman un cuerpo relativamente compacto y persistente de conocimientos capaz de dirigir las valoraciones y percepciones posteriores de los individuos. Aaron Beck describen tres niveles de procesamiento de la información relevantes para la configuración de los trastornos de la personalidad; el primer nivel se compone de esquemas, que almacenan postulados y suposiciones básicas que se utilizan para interpretar la información, sólo la información que es concordante con los esquemas es procesada de forma completa y agregada al bagaje de respuestas a situaciones concretas. El segundo nivel consta de procesos cognitivos o distorsiones cognitivas, la asimilación de la experiencia al contenido de un esquema predomina sobre la acomodación de un esquema a los hechos de la experiencia. En el tercer nivel, los procesos cognitivos traducen los esquemas en pensamientos automáticos, éstos se definen como monólogos, diálogos o imágenes internas que no son conscientes a menos que el individuo fije su atención en ellos (Caballo, 2004).

El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DMS), define los trastornos de la personalidad como patrones desadaptativos de pensamientos, sentimientos, percepciones y conductas que comienzan muy temprano en la vida y se perpetúan a lo largo del tiempo y a través de diferentes situaciones. Suelen constituir desviaciones importantes de lo que serían los patrones de vida normal y, especialmente, de comportamiento interpersonal dentro del grupo sociocultural al que pertenece el individuo. Se pueden, por lo tanto, definir los trastornos de la personalidad como un conjunto de características básicas profundamente enraizadas y de naturaleza inflexible, son desadaptativos especialmente en los contextos interpersonales, son relativamente estables a lo

largo del tiempo, deterioran significativamente la capacidad funcional y produce malestar en el entorno de la persona (Caballo, 2004).

El DSM 5 clasifica los trastornos de personalidad entre grupos o clusters: el Grupo A o Cluster A (raro-excéntrico) conformado por los trastornos paranoide, esquizoide y esquizotípico de la personalidad; el Grupo B o Cluster B (dramático-emocional) comprende los trastornos histriónico, narcisista, antisocial y el trastorno de la inestabilidad emocional de la personalidad o trastorno límite, que es clasificado en dos formas por la Clasificación Internacional de la Enfermedades versión décima (CIE 10) en el trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad tipo límite y el trastorno de inestabilidad emocional de tipo impulsivo. El Grupo C o Cluster C (ansioso-temeroso) está conformado por el trastornos obsesivo-compulsivo (anacástico en el CIE 10), dependiente y evitativo (ansioso en el CIE 10). En DSM 5 se agrega una categoría residual que comprende el trastorno de la personalidad no especificado o trastornos mixtos de la personalidad (configuración de dos o más trastornos de la personalidad simultáneos).

Los trastornos de personalidad del Grupo A son considerados como los más severos trastornos de la personalidad, los individuos con el diagnóstico de cualquiera de estos trastornos de la personalidad son señalados como “fuera de línea...ausentes del mundo circundante” y excesivamente centrados en sí mismo, lo cual da lugar a dificultades importantes para el inicio y mantenimiento de relaciones interpersonales, además, la sintomatología de este Grupo de trastorno es muy similar a la de otros trastornos psiquiátricos del Eje I, particularmente la esquizofrenia (Esterberg, 2010).

La prevalencia del trastorno esquizotípico de la personalidad en la población general es del 3 a 4%, su descripción inicial tuvo base en el estudio de los rasgos de la personalidad de familiares en primer grado de individuos con esquizofrenia. La prevalencia del trastorno paranoide de la personalidad es del 2 al 4% en la población general, las características nucleares de este trastorno es la desconfianza, esto puede deberse a una percepción de vulnerabilidad a los malos tratos y la anticipación de ser explotado, manipulado y engañado por los demás, como resultado, las personas que cumplen con los criterios para el trastorno paranoide de la personalidad generalmente experimentan sentimientos de ira por el presunto abuso, la ansiedad derivada de las amenazas

percibidas, y una mayor sensación de miedo, a menudo estos individuos son percibidos como argumentativos, tercos, a la defensiva, y sin concesiones con las demás personas. Los individuos con este diagnóstico son reacios a confiar en otros, hostiles al sentir que forman parte de una intriga, excesivamente preocupado por la confidencialidad, excesivamente celosos por la fidelidad de sus socios y su pareja y tienden a culpar a los demás por sus dificultades personales (Esterberg, 2010).

Se estima que la prevalencia del trastorno esquizoide de la personalidad es menor al 1% en la población general, este trastorno de la personalidad se caracteriza por una ausencia de deseo e iniciativa para iniciar y mantener relaciones interpersonales, tienden a organizar su vida de tal modo que su interacción se limite lo menos posible con los demás, ya que la elección de sus actividades se basan en una mínima conexión social, tienden a sacrificar su intimidad con la finalidad de preservar su autonomía, su autosuficiencia e independencia, que es necesaria para el mantenimiento de sus creencias. Su discurso es vago, sus expresiones corporales limitadas y la entonación de su habla es pobre y con tendencia a la parquedad (Esterberg, 2010).

El trastorno antisocial de la personalidad se caracteriza por el antecedente de un trastorno de la conducta durante la infancia y la adolescencia, el diagnóstico de trastorno antisocial se establece después de los 18 años de edad, generalmente estos pacientes cuentan con el antecedente de comportamientos ilegales, conductas manipuladoras, impulsividad, menosprecio de la seguridad de los otros y la propia, incapacidad para asumir responsabilidades asignadas y ausencia de remordimiento. La prevalencia aproximada de este trastorno en la población general es del 3% en los hombres y del 1% en las mujeres, los pacientes que cursa con un este diagnóstico tienen una mayor probabilidad de presentar una comorbilidad psiquiátrica con episodios depresivos, trastorno bipolar, trastorno de pánico, trastorno de estrés postraumático y trastornos por consumo de sustancias. La prevalencia del trastorno depresivo mayor en esta población es aproximadamente del 30% y el 5 al 10% tienen un mayor riesgo de conductas suicidas (Kraus & Reynolds, 2001).

El trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad o trastorno límite, es entre todos los trastornos de la personalidad del Grupo B, los que se cree experimentan mayor sufrimiento y presentan un mayor número de crisis emocionales, generalmente estos pacientes se encuentran en la frontera de diversos trastornos psiquiátricos (“borderline o fronterizos”). Las características

nucleares de este trastorno son el miedo al abandono manifestado por esfuerzos frenéticos para evitar la separación real o imaginaria de su pareja (el valor predictivo positivo más alto), antecedentes y conductas suicidas recurrentes manifestados como intentos, gestos y amenazas suicidas (segundo valor predictivo positivo más alto), impulsividad, relaciones interpersonales inestables, alteración de la identidad, inestabilidad afectiva, sentimientos crónicos de vacío, ira inapropiada y transitoria e ideación paranoide relacionada con el estrés y síntomas disociativos graves. La prevalencia estimada de este trastorno en la población general es del 1 al 2%, en pacientes con atención ambulatoria representan el 10% y en pacientes hospitalizados la prevalencia es del 20 al 25%. Aproximadamente el 75% de estos pacientes son mujeres, el 90% pueden cumplir criterios diagnósticos para otros trastornos de la personalidad y entre el 40 al 60% pueden tener un trastorno depresivo o bipolar comorbido, el 51% presenta un trastorno de pánico y el 75% síntomas de ansiedad. Aproximadamente el 10% de estos pacientes lograron consumir el suicidio, el 75% de estos pacientes han presentado el antecedente de un intento a lo largo de la vida suicida, el 70% intentaron quitarse la vida por medio de una sobre dosis de medicamentos y el 65% por autolesiones, asimismo, el 67% de estos pacientes tienen una comorbilidad con trastornos por abuso de sustancias, el 25% presenta conductas temerarias y de alto riesgo como la promiscuidad sexual y uno de cada cinco pacientes contaban con el antecedente de hospitalización previa en una unidad psiquiátrica. La asociación entre el trastorno límite y otros trastornos psiquiátricos tiene base en las anormalidades serotoninérgicas, que son compartidas con el trastorno de personalidad antisocial, el trastorno de la personalidad con mayor relación con el trastorno límite. Se han encontrado en estos pacientes lesiones cerebrales adquiridas o producidas durante el desarrollo, además, se han hallado por lo menos dos signos neurológicos suaves. Los factores ambientales asociados al desarrollo del trastorno límite es el maltrato en la infancia, el 80% estos pacientes contaban con el antecedente de maltrato infantil de tipo emocional, físico y sexual (Kraus & Reynolds, 2001).

El trastorno histriónico de la personalidad se caracteriza por una conducta excesivamente dramática, emocional y exhibicionista, estos pacientes tienen una intensa necesidad de afecto, son egoístas, seductores, manipuladores y desean intensamente ser el centro de atención. Tres elementos nucleares se han identificado en este trastorno de la personalidad: la seducción, el egocentrismo y la preocupación excesiva de atención y aprobación por parte de los demás. La



prevalencia de este trastorno en la población general es del 2 a 3% y en las muestras clínicas la prevalencia llega a ser del 10 al 15% (Kraus & Reynolds, 2001).

La etología del trastorno histriónico de la personalidad no cuenta con un apoyo empírico extenso, no obstante, se ha asociado a una incapacidad en la infancia para legitimar y conseguir la atención de los padres durante el desarrollo, lo cual derivaría en la necesidad no satisfecha de atención y la incapacidad de competir con éxito con otros para satisfacer estas necesidades potenciales, lo que puede llevarlos a involucrarse en actividades inapropiadas. Al igual que otros trastornos del Grupo B, existe una alta comorbilidad entre los trastornos del Eje I y el trastorno histriónico de la personalidad, que incluye depresión, ansiedad (especialmente por separación), trastorno bipolar y trastorno por consumo de sustancias (Kraus & Reynolds, 2001).

Las personas con un trastorno de la personalidad narcisista se caracteriza por ser interpersonalmente explotador, presentan un sentido grandioso de su propia importancia, están preocupados constantemente con fantasías de éxito ilimitado, poder, brillantez, belleza o amor ideal, consideran que son especiales, de tal forma que sólo pueden asociarse con otros pares de alto estatus. Su conducta está encaminada a obtener una excesiva admiración, carecen de empatía, se muestran arrogantes, desdeñosos y sospechan abiertamente de la envidia de los otros. Los rasgos de personalidad con mayor valor predictivo para el diagnóstico del trastorno narcisista de la personalidad son el sentido de grandiosidad (mayor valor predictivo) y la necesidad de admiración y la falta de empatía (segundo mayor valor predictivo). La prevalencia del trastorno narcisista de la personalidad se ha estimado menor al 1% en la población general y hasta del 16% en poblaciones clínicas (Kraus & Reynolds, 2001).

El trastorno evitativo de la personalidad o ansioso presenta una prevalencia del 5.2% de la población general y la comorbilidad psiquiátrica más común es la fobia social, estos pacientes muestran una inseguridad continua para asumir responsabilidades propias y muestran conductas evitativas. El trastorno de personalidad obsesivo-compulsivo está presente en aproximadamente el 2,4% la población general, a menudo es confundido el trastorno obsesivo-compulsivo, que es un diagnóstico del Eje I, estos pacientes generalmente exhiben rasgos que son desadaptativos y pueden generar angustia en la realización de sus actividades diarias por el elevado deseo de

perfeccionismo, mientras que otros pacientes con el mismo diagnóstico tienden a tener pensamientos desagradables recurrentes y comportamientos rituales, asimismo, tienen un miedo intenso a perder el control e incrementan su atención en cada detalle de su actividad perdiendo de vista el objetivo global de la misma. El trastorno dependiente de la personalidad es el menos frecuente de los trastornos del grupo C, se estima una prevalencia en la población general aproximadamente del 0,6% la población general (Angstman & Rasmussen, 2011).

#### a) Prevalencia de los trastornos de la personalidad

La prevalencia de los trastornos de la personalidad en muestras comunitarias varía ampliamente desde un rango del 2.4% en Europa occidental hasta del 7.9% en Colombia, la prevalencia más elevada fue encontrada en el National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions (NESARC) (n=43,093) en donde el 14.8% de la muestra poblacional cumplió con los criterios diagnósticos para cualquier trastorno de la personalidad. De manera general, se acepta que la prevalencia de los trastornos de la personalidad en población general comprende del 3 al 10% (Tyrer P, 2010).

La prevalencia de los trastornos de la personalidad en población con atención ambulatoria que cursa con un trastorno psiquiátrico se ha calculado del 30 al 50%, el 15% de los pacientes hospitalizados en unidades psiquiátricas ingresa básicamente por problemas causados por un trastorno de la personalidad y el 51% de los usuarios de unidades psiquiátricas en su modalidad ambulatoria o de internamiento cumplieron criterios diagnósticos para cualquier trastorno de la personalidad (Huang Y, 2009).

La prevalencia de trastornos de la personalidad en usuarios en régimen ambulatorio con dependencia alcohol oscila entre el 40 al 60%, en esta población que cursan con un trastorno de la personalidad y dependencia alcohol en estancia residencial varía entre el 34 al 78% y la prevalencia en pacientes con dependencia a sustancias ilícitas se encuentra entre el rango de 35 al 91% de acuerdo al tipo de metodología empleada e instrumentos aplicados (Rounsaville , 1998).

La prevalencia global para cualquier trastornos de la personalidad en usuarios en estancia residencial en el Centro Estatal para la Atención Integral de la Adicciones fue del 95.5%.

La prevalencia para cualquier trastornos de la personalidad del Grupo A fue del 48%, para los trastornos de la personalidad que conforman este Cluster, la prevalencia para el trastorno paranoide de la personalidad fue del 22%, para el trastorno esquizoide de la personalidad del 33% y para el trastorno esquizotípico de la personalidad fue del 4.5%.

En relación a la prevalencia para cualquier trastorno de la personalidad del Grupo B fue del 86% en usuarios en estancia residencial, el trastorno histriónico de la personalidad estuvo presente en el 50% de los usuarios, el trastorno de personalidad narcisista en el 12.5%, el trastorno de la personalidad antisocial en el 18.5%, el trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad tipo impulsivo en el 44% y el trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad tipo límite en el 51%. La prevalencia para cualquier trastorno de la personalidad del Grupo C en usuario en estancia residencial fue del 70%, para el trastorno anacástico de la personalidad fue del 20.5%, para el trastorno dependiente de la personalidad fue del 20.5% y para el trastorno ansioso de la personalidad del 46.5% En menores de 18 años la prevalencia para cualquier trastorno de la personalidad fue del 95.8, para cualquier trastorno de la personalidad del Grupo A fue del 47.2%, para cualquier trastorno de la personalidad del Grupo B del 87.5% y para cualquier trastorno de la personalidad del Grupo C del 75%.

Patricia Cohen y colaboradores realizaron un estudio de cohortes con base en dos muestras seleccionadas aleatoriamente de muestra aleatoria basada en residencialmente de los niños que residen en uno de los dos condados del Estado de Nueva York que fueron evaluados por vez primera en 1983 para trastornos psiquiátricos del Eje I y II, la siguientes evaluaciones se realizaron en 1985 – 1986 y 1991 – 1994, se dieron seguimiento a 796 (85%). En este estudio la prevalencia para cualquier trastorno de la personalidad fue del 24.5%, para el trastorno paranoide de la personalidad fue del 4.7%, para el trastorno esquizoide de la personalidad del 2% y para el trastorno esquizotípico de la personalidad del 2.5%. En relación a los trastornos de la personalidad del Grupo B, se reportó una prevalencia del 6.1% para el trastorno histriónico de la personalidad, del 5.3% para el trastorno narcisista de la personalidad, del 3.9 para cualquier trastorno de la conducta y del

4.7% para el trastorno límite de la personalidad. El Grupo C de los trastornos de la personalidad se encontró una prevalencia del 3.5%, 3.9% y 4.1% para el trastorno de la personalidad de tipo evitativo, dependiente y anacástico, respectivamente. La presencia de un trastorno de la personalidad en la adolescencia se asoció con una edad más temprana para el consumo de cannabis (14.9 años) en comparación con los adolescentes que no cumplieron con los diagnósticos de un trastorno de la personalidad. La edad promedio para el inicio de consumo de cannabis fue significativamente anteriormente para los sujetos con el diagnóstico de trastorno de personalidad paranoide (14.9 años), trastorno límite de la personalidad (16,5 años) y cualquier trastorno de la conducta (13.6 años) (Cohen P, 2008), lo cual demuestra la asociación entre el inicio de consumo de sustancias, su mantenimiento y los trastornos de la personalidad.

b) Características sociodemográficas de usuarios en estancia residencial con cualquier trastorno de la personalidad

El 83.2% de los usuarios con cualquier diagnóstico de la personalidad fueron hombres y el 63.8% indicaron ser solteros.

El 50.7% contaban con secundaria concluida, el 82.7% abandono su actividad escolar antes de los 18 años de edad y 53.9% lo hizo debido al consumo de sustancias.

Escolaridad en usuarios en estancia residencial con el diagnóstico de cualquier trastorno de la personalidad					
Nivel de escolaridad		Motivo de abandono de escolaridad		Edad de abandono de escolaridad	
	Porcentaje		Porcentaje		Porcentaje
Analfabeta	0.52%	Bajos ingresos	4.1%	Suspensión de actividad escolar antes de los 18 años	82.7%
Primaria incompleta	3.66%	Actividad laboral	16.2%		
Primaria completa	23.5%	Rendimiento escolar	7.3%		
Secundaria	50.7%	Expulsión	7.3%		
Bachillerato	17.2%	Migración	1.5%	Suspensión de actividad escolar después de los 18 años	17.3%
Carrera técnica	0.52%	Vida conyugal	7.3%		
Licenciatura	3.14%	Consumo de sustancias	53.9%		
Posgrado	0.52%	Otras	2.0%		

**Tabla 365.** Características sociodemográficas: escolaridad en usuarios con el diagnóstico de trastorno de la personalidad en estancia residencial en el Centro de Atención Integral para las Adicciones.

Fuente: Funcionalidad familiar y patología dual en usuarios residenciales en Centro Estatal para la Atención Integral de las Adicciones, Hidalgo, 2015  
 UAEH, ICSA; Maestría en Salud Pública

El 57.5% de los usuarios con cualquier diagnóstico de la personalidad inicio su actividad laboral antes de los 15 años de edad, el 62.8% se encontraban desempleados al momento de su ingreso y el 61.2% suspendió su actividad laboral debido al consumo de sustancias.

Actividad laboral en usuarios en estancia residencial con el diagnóstico de cualquier trastorno de la personalidad					
Actividad laboral actual		Motivo de abandono laboral		Inicio de actividad laboral	
Estudiante	8.9%	Consumo de sustancias	61.3%	Inicio de actividad laboral antes de los 15 años	57.5%
Empleado	15.7%			Inicio de actividad laboral después de los 15 años	42.4%
Autoempleado	12.5%	Ingreso a unidad residencial	38.7%		
Desempleado	62.8%				

**Tabla 366.** Características sociodemográficas: actividad laboral con el diagnóstico de trastorno de la personalidad en estancia residencial en el Centro Estatal para la Atención Integral de las Adicciones.

Fuente: Funcionalidad familiar y patología dual en usuarios residenciales en Centro Estatal para la Atención Integral de las Adicciones, Hidalgo, 2015

El 35.6% de los usuarios con el diagnóstico de cualquier trastorno de la personalidad indicó a su ingreso contar con antecedentes penales; el 15% indicó el antecedente de robo, el 17.8% de narcomenudeo y el 2.6% lesiones a terceros.

- Usuarios con el diagnóstico de un trastorno de la personalidad y dependencia alcohol en estancia residencial.

Los trastornos de la personalidad son condiciones comunes en la población adulta con prevalencia aproximada del 13% en la población adulta, un 40% en adultos que acuden a consulta psiquiátrica ambulatoria y hasta del 71% en pacientes internados en unidades psiquiátricas (Zimmerman M, 2008). En los adolescentes, la prevalencia de los trastornos de la personalidad varían desde 6 al 17% en muestras de la comunidad, y en muestras clínicas del 41 al 64% (Kongerslev M, 2015).

Los rasgos de personalidad patológicos aparecen en una edad temprana y están relacionados con un incremento en el riesgo para el desarrollo de conductas patológicas en la adolescencia y en la adultez, no obstante, los rasgos de personalidad pueden ser menos estables en la infancia debido a

que pueden ser una respuesta desadaptativa a estresores circundantes de origen familiar y social y desembocar en consumo de múltiples sustancias como una forma de afrontamiento (Caspi A, 2003).

El consumo de sustancias en adolescentes comprende un rango desde el 4.6% al 17% (Essau, 2011). La adicción a una o múltiples sustancias está asociado con una extensa comorbilidad psiquiátrica, principalmente con los trastornos de la personalidad, los trastornos del estado de ánimo, los trastornos de ansiedad, el trastorno por déficit de atención e hiperactividad y los trastornos de la conducta. La asociación entre un trastorno psiquiátrico y un trastorno por consumo de sustancias (patología dual) está relacionado con un bajo rendimiento psicosocial, mayor uso de servicios hospitalarios y especializados, discapacidad cognitiva y deterioro funcional, además, las tasas de remisión de ambos o cualquiera de los trastornos es inferior en comparación con quienes sólo presentan un trastorno psiquiátrico o un trastorno por consumo de sustancias (Magidson JF, 2012).

La prevalencia de cualquier trastorno de la personalidad en usuarios en estancia residencial en el CEAIA que cumplieron con el diagnóstico de dependencia alcohol fue del 84.2%, para los usuarios con criterios diagnósticos para dependencia a cannabis fue del 66.4%, para usuarios con dependencia a solventes volátiles fue del 30.9% ( $X^2 = 3.943$ ,  $gl = 1$ ,  $p = 0.047$ ,  $OR = 1.447$ ,  $IC\ 95\% [1.316 - 1.591]$ ), para usuarios con dependencia a cocaína fue del 26.7%, para usuarios con dependencia a estimulantes fue del 12% y para el consumo de benzodiazepinas fue del 3.6%. En relación al policonsumo de sustancias y el diagnóstico de trastorno de la personalidad la prevalencia fue del 74.3%.

La prevalencia para cualquier trastorno de la personalidad y la dependencia alcohol en usuarios en estancia de residencial en el CEAIA fue menor en la reportada en el National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions (NESARC) del 39.5%, pero coincidente con el rango del 25% al 93% reportado por Preuss y colaboradores en su estudio realizado en pacientes con dependencia alcohol en estancia residencial (Preuss UW, 2006).

La prevalencia de dependencia alcohol en usuarios en estancia residencial que cumplieron con los criterios para el diagnóstico cualquier trastorno de la personalidad del Grupo A fue del 45.88%, para cualquier trastornos de la personalidad del Grupo B fue del 86.40% y para cualquier trastorno del Grupo C fue del 70%.

Fernández Montalvo y colaboradores realizaron un estudio para determinar la prevalencia de trastornos de la personalidad en adultos con dependencia alcohol conformada por una muestra de 70 sujetos en Navarra, España, la prevalencia global para cualquier trastorno de la personalidad en adultos con dependencia alcohol fue del 62.8%, los trastornos de la personalidad más prevalentes en usuarios con dependencia alcohol fueron los trastornos de la personalidad antisocial (20.45%) y el trastorno de la personalidad dependiente (20.45%) (Fernández-Montalvo J, 2002).

En comparación con el presente estudio, los trastornos de la personalidad más prevalentes entre los usuarios que cursaban con el diagnóstico de dependencia alcohol fueron el trastorno de la inestabilidad emocional de la personalidad tipo límite (52.94%) seguido del trastornos de la personalidad de tipo histriónico (50%) y del trastorno de la personalidad ansioso (46.47%).

El Paola Casadio y colaboradores realizaron un estudio en Ravenna, Italia, con una muestra de 320 pacientes con el diagnóstico de dependencia a una o más de dos sustancias en atención ambulatoria, la prevalencia de cualquier trastorno de psiquiátrico en los usuarios ambulatorios fue del 20%, la prevalencia para cualquier trastorno del estado de ánimo fue del 17%, para los trastorno cualquier trastorno de ansiedad del 4% y para cualquier trastorno psicótico del 5%. Respecto a los trastornos de la conducta, el 34% de los usuarios indicaron tener dificultad para el control de la impulsividad y agresividad y el 22% de pacientes indicaron contar con antecedentes psiquiátricos familiares. La prevalencia para cualquier trastorno de la personalidad fue del 62.2%, los trastornos de la personalidad más comunes fueron el trastorno de personalidad antisocial y el trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad tipo limite, en relación a su agrupación, cualquier trastorno de la personalidad del Grupo A fue del 8%, del Grupo B del 33% y del Grupo C del 14%.

Prevalencia de dependencia alcohol en usuarios con diagnóstico de trastorno de la personalidad						
Trastornos de la personalidad	Fernández Montalvo	No	Paola Casadio	No	Gómez Benumea	No
Paranoide	6.81%	3	8.1%	26	21.17%	36
Esquizoide	18.18%	8	4.4%	14	31.76%	54
Esquizotípico	2.27%	1	0.0%	0	5.29%	9
Histriónico	2.27%	1	1.5%	5	50.0%	85
Narcisista	18.18%	8	2.5%	8	12.35%	25
Antisocial	20.45%	9	13.8%	44	17.64%	30
Límite	9.9%	4	15%	48	52.94%	90
Ansioso	18.8%	8	7.8%	25	46.47%	79
Dependiente	20.45%	8	1.6%	5	19.41%	33
Anacastico	11.35%	6	4.7%	15	20.00%	34

**Tabla 367.** Comparativa entre tres diferentes estudios transversales sobre la prevalencia de trastornos de la personalidad en usuarios con dependencia a una o más sustancias (Fernández – Montalvo: Inventario de Personalidad de Millon; Paola Casadio: Examen Internacional para los trastornos de la personalidad y Gómez Benumea: Cuestionario para los trastornos de personalidad de Salamanca).

Fuente: Funcionalidad familiar y patología dual en usuarios residenciales en Centro Estatal para la Atención Integral de las Adicciones, Hidalgo, 2015

El trastorno de la inestabilidad emocional de la personalidad tipo límite presentó la mayor prevalencia en los usuarios en estancia residencial que cursaban con el diagnóstico de dependencia alcohol. Existe una sustancial documentación sobre la alta comorbilidad entre el trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad, los trastornos por consumo de sustancia, el abuso y la dependencia alcohol en relación al consumo de alcohol (Trull, 2000).

Estudios clínicos y epidemiológicos han indicado altas tasas de comorbilidad entre el trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad tipo límite y el consumo de alcohol, la Encuesta Epidemiológica Nacional sobre Alcohol y Condiciones relacionadas (NESARC) halló una prevalencia del 58.3% de los individuos con una dependencia alcohol fueron diagnosticados con el diagnóstico de trastorno límite de la personalidad que los individuos con un diagnóstico de por vida. En estudios clínicos la prevalencia entre los individuos con el diagnóstico de trastorno límite de la personalidad con dependencia alcohol fue del 48.8% y la prevalencia de dependencia alcohol en mujeres con un diagnóstico de trastorno límite con un trastorno psiquiátrico comorbido fue del 59%. La comorbilidad entre el diagnóstico de dependencia alcohol y el trastorno de límite de la



personalidad pronostica una pobre respuesta a los tratamientos convencionales y un mayor riesgo para el desarrollo de trastornos psiquiátricos comorbidos en comparación con quienes cursan con un solo diagnóstico (Gianoli MO, 2012).

Los trastornos de la personalidad del Grupo B o personalidades de externalización se caracterizan por dirigir sus pensamientos y tensión emocional al exterior, es común, que sus emociones fluctúen, culpen a otros por sus problemas, presenten una autopercepción negativa y afrontan los estresores mediante la modificación del medio ambiente por medio de la manipulación de los otros o incluso por medio de la violencia en un intento de controlar estrictamente las percepciones sobre sí mismos y de los otros. Los individuos con trastornos de la personalidad del grupo B modifican su entorno y afrontan la tensión interna expresada como ansiedad por medio de la búsqueda de sustancias que la mitiguen, el consumo de alcohol puede actuar como automedicación, el alcohol inicialmente disminuye la experiencia del estrés y la ansiedad por la atenuación de la hiperactividad del eje hipotálamo-hipofisario –adrenal a través de la neurotransmisión inhibitoria GABAérgicas, asimismo, los rasgos característicos de este conjunto de personalidades incluyen la impulsividad, la labilidad emocional e irritabilidad debido a la desregulación de las vías noradrenérgicas y serotoninérgicas (Herman JP, 2012).

- a) Usuarios con el diagnóstico de trastornos de la personalidad y edad de inicio de consumo de alcohol menor a los 18 años de edad en el CEAIA.

El inicio de consumo de alcohol antes de los 18 años de edad en usuarios con el diagnóstico de cualquier trastorno de la personalidad del Grupo A fue del 80.2%, en los usuarios con diagnóstico de trastorno paranoide de la personalidad fue del 84%%, en los usuarios con trastornos esquizoide de la personalidad del 78% y para los usuarios con trastorno de la personalidad esquizotípica fue del 100%.

La prevalencia en usuarios con cualquier diagnóstico de trastorno de la personalidad del Grupo B que inició el consumo de alcohol antes de los 18 años fue del 83.7%, para el trastornos histriónico de la personalidad fue del 80.1%, para el trastorno narcisista de la personalidad del 80%, para el

trastorno antisocial de la personalidad del 78.3%, para el trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad de tipo impulsivo y tipo límite fue del 82% y 87.2% respectivamente.

La prevalencia de usuarios con cualquier diagnóstico de cualquier trastorno de la personalidad del Grupo C fue del 81.5%, para el trastorno de la personalidad anacástico fue del 78%, para el trastorno dependiente de la personalidad del 80.4% y para el trastorno de personalidad ansioso del 84.9%.

El principal motivo de inicio de consumo de alcohol en usuarios de estancia residencial fue el inicio de consumo por socialización con una prevalencia del 70%, Palacios Delgado realizó un estudio exploratorio sobre los motivos el inicio de consumo de alcohol en adolescentes, encontró que el principal motivo de consumo se estuvo vinculado a motivos sociales en el 50.4%, en especial a las situaciones o contextos bajo las cuales se consume alcohol; el 24.9% se vincula con motivos afectivos y el 12.2% tiene que ver con motivos hedónicos (Palacios D, 2012).

El motivo de inicio de consumo de alcohol por socialización con pares en usuarios con cualquier diagnóstico de cualquier trastorno de la personalidad del Grupo presentó una prevalencia del 52% y una su asociación fue positiva ( $X^2 = 4.821$ ,  $gl = 1$ ,  $p = 0.028$ ) confirmando un riesgo 1.29 veces mayor de iniciar el consumo de alcohol por socialización con pares cuando se cumplen los criterios diagnósticos para cualquier trastorno de la personalidad del Grupo A (OR = 1.292, IC 95% [1.023 – 1.633]). El 56.3% de los usuarios que cursaban con cualquier trastorno de la personalidad del Grupo B iniciaron su consumo de alcohol motivados por la socialización con pares siendo su asociación positiva ( $X^2 = 6.651$ ,  $gl = 1$ ,  $p = 0.010$ ) y confirmando un riesgo 1.45 veces mayor de iniciar el consumo de alcohol por socialización con pares (OR = 1.457, IC 95% [1.174 – 1.810]).

Al interior de los trastornos de personalidad del Grupo B, el trastorno de la inestabilidad emocional de la personalidad de tipo límite y el inicio de consumo de alcohol menor a los 18 años tuvo una prevalencia del 47.5%, mostró una asociación positiva ( $X^2 = 4.849$ ,  $gl = 1$ ,  $p = 0.028$ ) y confirmó un riesgo 1.38 veces mayor para iniciar el consumo de alcohol antes de los 18 años de edad cuando se es diagnosticado con un trastorno límite de la personalidad (OR = 1.389, IC 95% [1.057 – 1.827]).

La socialización con pares es el escenario más común para iniciar el consumo de alcohol, la socialización se asocia a contextos o situaciones donde se produce la interacción con otros, dentro de los motivos sociales, alta búsqueda de novedad, conducta impulsiva con incapacidad de abstinencia, baja evitación del daño y la dependencia a la recompensa, características nucleares de los trastornos de la personalidad externalizados, los cuales pueden mediar la asociación con pares e iniciar el consumo de alcohol. En comparación, en los trastornos internalizantes, el predominio de la pérdida de control por presencia de ansiedad, la alta dependencia de la recompensa, la evitación del daño, y baja búsqueda de novedad pueden mediar el inicio de consumo de alcohol en personas que cursen con cualquier diagnóstico de Grupo C y Grupo A para regular el proceso de socialización con pares, modelar la conducta en relación con sus pares y facilitar la desinhibición conductual (Cloninger CR, 1993). Otro factor implicado en el inicio de consumo de alcohol antes de los 18 años de edad es la disfunción familiar, la dinámica familiar es esencial en la causalidad de las adicciones ya que ésta constituye el primer sistema de educación y fuente de valores para el individuo, de modo que en la familia recae la responsabilidad de favorecer la socialización primaria (entre los miembros de la familia) y brindar sostén a la socialización secundaria (escuela, barrio y trabajo). Sin embargo, la carencia de unidad y la ausencia de relaciones positivas dentro de la familia, como la participación, la confianza, las manifestaciones de afecto y la cercanía entre sus miembros, además de la inexistencia de ciertos valores tradicionales, son constantes que incrementan el riesgo del consumo de drogas (Hernández-Castillo L, 2012), coincidente con lo anteriormente expuesto, la asociación entre funcionalidad familiar e inicio de consumo de alcohol antes de los 18 años fue positiva ( $X^2 = 5.634$ ,  $gl = 1$ ,  $p = 0.018$ ), lo cual confiere un riesgo 5.9 veces mayor de iniciar el consumo de alcohol antes de los 18 años de edad cuando la familia es calificada como disfuncional por medio del APGAR familiar (OR = 5.907, IC 95% [1.121 – 31.122]).

- b) Usuarios con el diagnóstico de trastornos de la personalidad y características de patrón de consumo de alcohol en estancia residencial en el CEAIA.

El 34.3% de los usuarios en estancia residencial con cualquier trastorno de la personalidad cumplió criterios diagnósticos para dependencia de alcohol y una evolución mayor a 116 meses. En relación a los usuarios con el diagnóstico para cualquier trastorno de la personalidad del Grupo A, 30.67%

indicó una evolución de consumo de alcohol mayor a 116 meses, para los usuarios con el diagnóstico de cualquier trastorno de la personalidad del Grupo B fue del 59.5% y para el Grupo C del 47.85%.

El 36.8% de los usuarios estancia con cualquier trastorno de la personalidad indicó iniciar su consumo de alcohol con una ingesta mayor de un litro de destilados por semana, el 14.7% de los usuarios con cualquier trastorno de la personalidad del Grupo A inició su consumo de alcohol con una ingesta mayor a un litro de destilados por semana, el 35.5% de los usuarios con cualquier diagnóstico de cualquier trastorno del Grupo B señaló iniciar su consumo de alcohol mayor a un litro de destilados por semana y para los usuarios con cualquier diagnóstico del Grupo C fue del 25.15%.

La prevalencia de un patrón final de consumo de alcohol mayor a tres litros de destilados por semana en usuarios con el diagnóstico de cualquier trastorno de la personalidad fue del 47.23%, para los usuarios con un diagnóstico del Grupo B fue del 23.31% y para los usuarios con el diagnóstico de cualquier trastorno de la personalidad del Grupo C fue del 42.33%.

El 79.14% de los usuarios que cursaban con el diagnóstico de cualquier trastorno de la personalidad indicó una abstinencia continúa de consumo de alcohol menor a tres meses, 39.87% de los usuarios con cualquier diagnóstico de personalidad del Grupo A indicó una abstinencia continúa menor a tres meses, el 69.96% de los usuarios con cualquier diagnóstico de la personalidad del Grupo B señaló contar con una abstinencia continua menor a tres meses y una asociación positiva ( $X^2 = 4.073$ ,  $gl = 1$ ,  $p = 0.044$  y un riesgo 1.23 veces mayor de que los usuarios con cualquier diagnóstico de trastorno de la personalidad del Grupo B cuenten con un periodo de abstinencia continua menor a tres meses a su ingreso a estancia residencial (OR = 1.233, IC 95% [1.091 – 1.395]).

El 39.2% de los usuarios con cualquier diagnóstico de Grupo C indicó un periodo continuo de abstinencia alcohol menor a tres meses.

Trastornos de la personalidad y patrón de consumo de alcohol en usuarios en estancia residencial						
Trastorno de la personalidad	Consumo mayor a 116 meses		Consumo inicial mayor a un litro de destilados		Consumo final mayor a tres litros de destilados	
	Trastorno paranoide	13.49%	22	7.35%	12	9.81%
Trastorno esquizoide	19.75%	32	9.81%	16	19.01%	31
Trastorno esquizotípico	4.26%	7	1.84%	3	1.84%	3
Trastorno histriónico	33.74%	55	17.17%	28	23.31%	38
Trastorno narcisista	10.42%	17	6.74%	11	4.29%	7
Trastorno antisocial	12.26	20	4.29%	7	8.58%	14
Trastorno impulsivo	29.44%	48	23.00%	23	22.08%	36
Trastorno límite	39.26%	64	19.01%	31	23.31%	38
Trastorno anacastico	11.04	18	7.97%	13	8.58%	14
Trastorno dependiente	13.49	22	7.36%	12	9.81%	16
Trastorno ansioso	33.74	55	17.79%	29	20.24%	33

**Tabla 368.** Patrón de consumo de alcohol en usuarios con el diagnóstico uno o más trastornos de la personalidad en estancia residencial en el Centro Estatal para la Atención Integral de las Adicciones.

Fuente: Funcionalidad familiar y patología dual en usuarios residenciales en Centro Estatal para la Atención Integral de las Adicciones, Hidalgo, 2015

El 73.61% de los usuarios en estancia residencial que cursaban con el diagnóstico de cualquier trastorno de la personalidad indicó a su ingreso deseo de consumo de alcohol (craving).

El 37.4% de los usuarios con el diagnóstico de cualquier trastorno de la personalidad del Grupo A presentó deseo de consumo de alcohol

El 68.7% de los usuarios con el diagnóstico de cualquier trastorno de la personalidad del Grupo B señaló el deseo de consumo a su ingreso a estancia residencial mostrando una asociación positiva ( $X^2 = 7.999$ ,  $gl = 1$ ,  $p = 0.005$ ) y un riesgo 2.19 veces mayor de que los usuarios con el diagnóstico de cualquier trastorno de la personalidad indicará a su ingreso deseo de consumo de alcohol (OR = 2.191, IC 95% [1.347 – 3.565]).

El 53.9% de los usuarios con cualquier trastorno de la personalidad del grupo C refirió deseo de consumo de alcohol a su ingreso.

Trastornos de la personalidad y patrón de consumo de alcohol en usuarios en estancia residencial						
Trastorno de la personalidad	Abstinencia continua menor a tres meses		Deseo de consumo de alcohol a su ingreso (Craving)		Síntomas de abstinencia alcohol	
Trastorno paranoide	19.01%	31	18.40%	30	2.45%	4
Trastorno esquizoide	26.38%	43	25.76%	42	4.90%	8
Trastorno esquizotípico	4.29%	7	4.29%	7	1.22%	2
Trastorno histriónico	38.65%	63	39.87%	65	5.52%	9
Trastorno narcisista	11.04%	18	10.42%	17	0.61%	1
Trastorno antisocial	14.11%	23	11.65%	19	1.84%	3
Trastorno impulsivo	36.19%	59	33.74%	55	6.74%	11
Trastorno límite	44.78%	73	42.94%	70	5.52%	9
Trastorno anacastico	15.95%	26	15.95%	26	3.06%	5
Trastorno dependiente	15.95%	26	34.96%	57	1.22%	2
Trastorno ansioso	39.26%	64	15.33%	25	20.24%	33

**Tabla 369.** Abstinencia, deseo de consumo y síntomas de abstinencia en usuarios con el diagnóstico de uno o más trastorno de la personalidad en estancia residencial en el Centro Estatal para la Atención Integral a las Adicciones.

Fuente: Funcionalidad familiar y patología dual en usuarios residenciales en Centro Estatal para la Atención Integral de las Adicciones, Hidalgo, 2015

- Usuarios con el diagnóstico de uno o más trastornos de la personalidad y dependencia cannabis en estancia residencial.

a) Prevalencia de los trastornos de la personalidad y dependencia a cannabis

La prevalencia encontrada en el NESARC para cualquier trastorno de la personalidad y dependencia a cannabis fue del 58% (Peters EN, 2014), la prevalencia de trastornos de la personalidad en consumidores de cannabis fue reportada por Kranzler y colaboradores en un 70% en pacientes que ingresaban a rehabilitación (Kranzler HR, 1994).

En el estudio realizado por Arias y colaboradores en 64 Centros de atención a las drogodependencias de la Comunidad de Madrid y del Ayuntamiento de Madrid y 18 Centros de Salud Mental de la Comunidad de Madrid con una muestra de 837 pacientes, la prevalencia para cualquier trastorno de la personalidad en consumidores de cannabis fue del 51% (Arias F, Szerman N, 2013).

La prevalencia de dependencia en usuarios en estancia residencial con el diagnóstico de cualquier trastorno de la personalidad fue del 66.4%, la prevalencia del consumo de cannabis en usuarios con cualquier diagnóstico de la personalidad del Grupo A fue del 48.8%, para los usuarios con cualquier diagnóstico del Grupo B fue del 48.8% y para los usuarios con cualquier diagnóstico del Grupo C fue del 71.65%.

El Estudio Madrid sobre patología dual se establece la prevalencia de los trastornos de la personalidad y consumo de cannabis, a continuación se muestra una tabla comparativa entre los hallazgos del Estudio Madrid y el presente estudio.

Prevalencia del consumo de cannabis y trastornos de la personalidad				
Trastorno de la personalidad	Arias F et al.		Gómez Benumea RA	
Cualquier trastornos de la personalidad	51.00%	180	66.49	127
Trastorno paranoide	19.50%	69	23.62%	30
Trastorno esquizoide	6.20%	22	27.55% *	35
Trastorno esquizotípico	10.20%	36	5.51%	7
Trastorno histriónico	6.02%	22	51.96%	66
Trastorno narcisista	6.80%	24	14.17%	18
Trastorno antisocial	19.50%	69	22.83	29
Trastorno límite	19.80%	70	54.33%	69
Trastorno anacastico	15.00%	53	18.89%	24
Trastorno dependiente	7.10%	25	22.04%	28
Trastorno ansioso	18.40%	65	40.03%	61

**Tabla 370.** Comparativo entre prevalencia de consumo de cannabis en usuarios con el diagnóstico de uno o más trastornos de la personalidad (Arias: Inventario de la Personalidad de Millon, Gómez: Cuestionario para los trastornos de personalidad de Salamanca).

Fuente: Funcionalidad familiar y patología dual en usuarios residenciales en Centro Estatal para la Atención Integral de las Adicciones, Hidalgo, 2015

Los dos trastornos de personalidad con mayor prevalencia en el presente estudio fue el trastorno de la inestabilidad emocional de la personalidad de tipo límite con una prevalencia del 54.33% y el trastornos histriónico de la personalidad con una prevalencia del 51.96%, asimismo, se halló una asociación positiva entre el trastorno esquizoide de la personalidad y la dependencia a cannabis en usuarios en estancia residencial ( $X^2 = 7.384$ ,  $gl = 1$ ,  $p = 0.007$ ) confiriendo un riesgo de 1.36 veces

mayor para que los usuarios con el diagnóstico de trastorno esquizoide de la personalidad cumplan criterios diagnósticos para dependencia a cannabis (OR = 1.365, IC 95% [1.063 – 1.753]).

El consumo de cannabis se ha asociado con cualquier trastorno de la personalidad del Grupo A, particularmente con los trastornos de personalidad esquizoide y esquizotípico en adolescentes y jóvenes adultos, asimismo, adolescentes y jóvenes adultos han reportado altos puntajes para rasgos de personalidad esquizoides y esquizotípicos asociados al consumo de cannabis y problemas asociados con su consumo. La importancia de esta asociación radica en que tanto el consumo de cannabis como los rasgos de personalidad esquizoide y esquizotípico son factores de riesgo asociados al desarrollo de esquizofrenia en adolescentes y jóvenes adultos (McGrath J, 2010). En algunos estudios clínicos se ha encontrado que los trastornos de la personalidad esquizoide y esquizotípico preceden al inicio de consumo de cannabis, no obstante, Anglin y colaboradores en su estudio reportan que a partir del consumo de cannabis se pueden desarrollar rasgos esquizoides y esquizotípicos (Aglin DM, 2012).

La relación entre consumo de cannabis y los trastornos de la personalidad esquizoide y esquizotípico es confusa debido a la alta comorbilidad entre el trastorno de la personalidad esquizotípica y el trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad en consumidores de cannabis es frecuente y elevada (Fonseca-Pedrero, 2012) como se estableció también en este estudio, donde la asociación entre el trastornos de inestabilidad emocional de la personalidad tipo límite y el trastorno esquizotípico en consumidores de cannabis fue positiva ( $X^2 = 5.414$ ,  $gl = 1$ ,  $p = 0.020$ ) con un riesgo de 8.25 veces mayor de que los usuarios con el diagnóstico de trastornos de inestabilidad emocional de la personalidad tipo límite cumplan con los criterios diagnósticos para el diagnóstico de trastorno esquizotípico de la personalidad y viceversa (OR = 8.255, IC 95% [1.013 – 67.288]).

b) Trastornos de la personalidad e inicio de consumo de cannabis antes de los 18 años de edad.

El 93.7% de los usuarios en estancia residencial con el diagnóstico de cualquier trastorno de la personalidad inició el consumo de cannabis antes de los 18 años de edad.



El 46.4% de los usuarios en estancia residencial con criterios diagnósticos para cualquier trastorno de la personalidad del Grupo A indicó iniciar el consumo de cannabis antes de los 18 años de edad, el 85.8% de los usuarios con cualquier diagnóstico de trastorno de la personalidad reportó que inició su consumo antes de los 18 años de edad y el 68.5% de los usuarios con cualquier diagnóstico del Grupo C inició el consumo de cannabis antes de los 18 años de edad.

Inicio de consumo de cannabis antes de los 18 años de edad en usuarios en estancia residencial con el diagnóstico de un trastorno de la personalidad		
Trastorno de la personalidad	Porcentaje	No
Trastorno paranoide	96.66	29/30
Trastorno esquizoide	94.28	33/35
Trastorno esquizotípico	100.00	7/7
Trastorno histriónico	93.93	62/66
Trastorno narcisista	100.00	17/17
Trastorno antisocial	93.10	27/29
Trastorno límite	96.20	66/69
Trastorno impulsivo	98.36	60/61
Trastorno anacastico	91.66	22/24
Trastorno dependiente	96.42	27/28
Trastorno ansioso	96.72	59/61

**Tabla 371.** Prevalencia de consumo de cannabis en menores de 18 años de edad que cursaban con el diagnóstico de uno o más trastornos de la personalidad en estancia residencial en el Centro Estatal para la Atención a las Adicciones.

Fuente: Funcionalidad familiar y patología dual en usuarios residenciales en Centro Estatal para la Atención Integral de las Adicciones, Hidalgo, 2015

El principal motivo de inicio de consumo de cannabis en usuarios en estancia residencial que cursaron con el diagnóstico de cualquier trastorno de la personalidad fue la socialización con sus pares en el 65.35%, la curiosidad fue el segundo motivo de inicio de consumo de cannabis en el 18.11%, le siguió la imitación de pares en el 10.23% y el último lugar el afrontamiento emocional en el 6.29% de los usuarios.

c) Trastornos de la personalidad y características de patrón de consumo de cannabis

El 28.34% de los usuarios en estancia residencial con cualquier trastorno de la personalidad cumplió criterios diagnósticos para dependencia cannabis y una evolución de consumo mayor a 61

meses, el 14.17% de los usuarios con el diagnóstico para cualquier trastorno de la personalidad del Grupo A indicó una evolución de consumo de cannabis mayor a 61 meses, el 25.19% de los usuarios con el diagnóstico de cualquier trastorno de la personalidad del Grupo B señaló una evolución de consumo de cannabis mayor a 61 meses y el 18.89% indicó una evolución mayor de 61 meses para los usuarios con cualquier diagnóstico del Grupo C. El 31.49% de los usuarios estancia residencial con cualquier trastorno de la personalidad indicó iniciar su consumo de cannabis con mayor a cinco cigarros por semana, el 13.38% de los usuarios con cualquier trastorno de la personalidad del Grupo A inició su consumo de cannabis mayor a cinco cigarros por día, el 29.92% de los usuarios con cualquier diagnóstico de trastorno de la personalidad del Grupo B y el 22.04% para los usuarios con cualquier diagnóstico del Grupo C. El 55.90% de los usuarios en estancia residencial con cualquier diagnóstico de la personalidad indicó un patrón actual de consumo de cannabis a su ingreso al CEAIA mayor a 21 cigarros por semana: 27.55% de los usuarios con cualquier diagnóstico del Grupo A, el 51.18% de los usuarios con cualquier diagnóstico del Grupo B y el 43.30% de los usuarios con cualquier diagnóstico de del Grupo C.

Trastornos de la personalidad y patrón de consumo de cannabis en usuarios en estancia residencial						
Trastorno de la personalidad	Consumo mayor a 61 meses		Consumo inicial mayor a 5 cigarros por semana		Consumo final mayor a 21 cigarros por semana	
	%	N	%	N	%	N
Trastorno paranoide	6.29%	8	6.28%	8	13.38%	17
Trastorno esquizoide	7.87%	10	7.08%	9	17.32%	22
Trastorno esquizotípico	3.14%	4	2.36%	3	1.84%	3
Trastorno histriónico	13.38%	17	17.32%	22	29.92%	38
Trastorno narcisista	6.29%	8	6.29%	8	7.08%	7
Trastorno antisocial	9.44%	12	10.23%	13	13.38%	17
Trastorno impulsivo	7.87%	10	15.74%	20	29.13%	37
Trastorno límite	11.81%	15	17.32%	22	29.13%	37
Trastorno anacastico	8.66%	11	7.87%	10	11.81%	15
Trastorno dependiente	7.87%	10	5.51%	7	14.99%	19
Trastorno ansioso	9.44% *	12	12.59%	16	30.70%	39

**Tabla 372.** Patrón de consumo de cannabis en usuarios con el diagnóstico de uno o más trastornos de la personalidad en estancia residencial en el Centro Estatual para la Atención Integral de las Adicciones.

Fuente: Funcionalidad familiar y patología dual en usuarios residenciales en Centro Estatual para la Atención Integral de las Adicciones, Hidalgo, 2015

El 79.52% de los usuarios en estancia residencial con el diagnóstico de cualquier trastorno de la personalidad indicó una abstinencia continua al consumo de cannabis menor a tres meses a su ingreso, en relación a los usuarios con cualquier diagnóstico de trastorno de la personalidad del Grupo A el 39.37% señaló una abstinencia continua menor a tres meses, para los usuarios con cualquier diagnóstico de trastorno de la personalidad del Grupo B fue del 71.65 y para los usuarios del Grupo C del 57.48%.

El 95.27% de los usuarios en estancia residencial con cualquier trastorno de la personalidad con dependencia a cannabis reportaron deseo de consumo (craving) a su ingreso, mostrando una asociación positiva ( $X^2 = 10.514$ ,  $gl = 1$ ,  $p = 0.001$ ) y un riesgo 8.46 veces mayor de que los usuarios con dependencia a cannabis y el diagnóstico de cualquier trastorno de la personalidad reportaran deseo de consumo (craving) a su ingreso (OR = 8.467, IC 95% [2.245 – 31.935]).

El 45.66% de los usuarios con cualquier diagnóstico de la personalidad del Grupo C presentaron deseo de consumo (craving) por cannabis a su ingreso, el 86.61% de los usuarios con dependencia a cannabis con el diagnóstico de cualquier trastorno de la personalidad del Grupo B señaló deseo de consumo (craving) por cannabis a su ingreso con una asociación positiva ( $X^2 = 4.601$ ,  $gl = 1$ ,  $p = 0.036$ ) y un riesgo 4.05 veces mayor de los usuarios con cualquier diagnóstico de trastorno de la personalidad del Grupo B indicara deseo de consumo (craving) por cannabis a su ingreso a estancia residencial (OR = 4.059, IC 95% [1.065 – 15.465]) y el 66.92% de los usuarios con cualquier diagnóstico de la personalidad del Grupo C indicó deseo de consumo por cannabis a su ingreso.

El 62.99% de los usuarios con el diagnóstico de cualquier trastorno de la personalidad indicaron síntomas de abstinencia a cannabis a su ingreso a estancia residencial, el 33.85% de los usuarios con cualquier trastorno de la personalidad del Grupo A indicó síntomas de abstinencia a cannabis a su ingreso, el 59.84% de los usuarios con cualquier diagnóstico de la personalidad del Grupo B presentó síntomas de abstinencia a cannabis a su ingreso con una asociación positiva ( $X^2 = 8.403$ ,  $gl = 1$ ,  $p = 0.004$ ) y un riesgo 2.08 veces mayor en usuarios con cualquier diagnóstico del Grupo B para mostrar síntomas de abstinencia a su ingreso a estancia residencial. En los usuarios con cualquier diagnóstico del Grupo C, el 44.88% mostró síntomas de abstinencia a cannabis a su ingreso.

Trastornos de la personalidad y patrón de consumo de cannabis en usuarios en estancia residencial						
Trastorno de la personalidad	Abstinencia continua menor a tres meses		Deseo de consumo de cannabis a su ingreso		Síntomas de abstinencia a cannabis	
	Trastorno paranoide	19.68%	25	22.04%	28	14.96%
Trastorno esquizoide	22.83%	29	26.77%	34	18.89%	24
Trastorno esquizotípico	3.93%	5	5.51%	7	3.93%	5
Trastorno histriónico	43.30%	55	49.60%	63	33.85%	43
Trastorno narcisista	12.59%	16	14.17%	18	8.66%	11
Trastorno antisocial	18.89%	24	22.04%	28	15.74%	20
Trastorno impulsivo	41.73%	53	45.66%	58	32.28%	41
Trastorno límite	43.30%	55	51.96%	66	34.64%	44
Trastorno anacastico	15.74%	20	17.32%	22	9.44%	12
Trastorno dependiente	17.32%	22	20.47%	26	13.38%	17
Trastorno ansioso	38.58%	49	44.88%	57	32.28%	41

**Tabla 373.** Patrón de consumo en cannabis usuarios con el diagnóstico de uno o más trastornos de la personalidad en estancia residencial en el Centro Estatal para la Atención a las Adicciones.

Fuente: Funcionalidad familiar y patología dual en usuarios residenciales en Centro Estatal para la Atención Integral de las Adicciones, Hidalgo, 2015

- Usuarios con el diagnóstico de trastornos de la personalidad y dependencia a cocaína en estancia residencial.
  - a) Prevalencia de los trastornos de la personalidad y dependencia a cocaína.

La comorbilidad psicopatológica en una misma persona de un trastorno por consumo de cocaína y de otras psicopatologías, constituye un problema serio de salud. Estos pacientes con comorbilidad psicopatológica conforman un grupo de riesgo desde una visión clínica y social. Frecuentan en mayor medida los servicios hospitalarios, tienen mayores tasas de suicidios y tienen peores respuestas a tratamientos convencionales que en pacientes que sólo cursan con uno de ambos trastornos. Por otra parte, desde un punto de vista social, son pacientes con mayor carga de conflictos a nivel laboral, judicial y de inserción social, lo cual oscurece su pronóstico y brinda un mayor riesgo para recaídas (Karila L, 2013).

Numerosos estudios clínicos y en población abierta muestran una asociación elevada entre el consumo de cocaína y comorbilidad psicopatológica, asimismo, las investigaciones que relacionan la presencia de una alta comorbilidad psicopatológica en consumidores de cocaína revelan una prevalencia entre el 30 al 65% tanto en población clínica como no clínica (Vergara-Moragues E, 2012).

En el estudio Madrid sobre patología Dual, Francisco Arias y Nestor Szerman reportaron una prevalencia de cualquier diagnóstico psiquiátrico en el 94.4% de la población estudiada (n = 837), para el subgrupo poblacional con dependencia a cocaína, la prevalencia de cualquier diagnóstico psiquiátrico fue del 68.7%, respecto a la prevalencia de cualquier trastorno de la personalidad en sujetos con el diagnóstico de dependencia a cocaína fue del 46.9% (Arias F, 2013).

En el presente estudio el 26.7% de los usuarios en estancia residencial que cursaban con el diagnóstico de cualquier trastorno de la personalidad cumplió criterios para dependencia a cocaína a su ingreso.

El 15.18% de los usuarios en estancia residencial con el diagnóstico de cualquier trastorno de la personalidad del Grupo A cumplió con los criterios de dependencia a cocaína, el 25.65% de los usuarios con diagnóstico de cualquier trastorno de la personalidad del Grupo B cumplió con criterios para dependencia a cocaína, siendo esta asociación positiva ( $X^2 = 3.954$ ,  $gl = 1$ ,  $p = 0.047$ ) con un riesgo de 1.24 veces mayor de cumplir criterios para dependencia a cocaína cuando se cursa con cualquier trastorno de la personalidad del Grupo B (OR = 1.249, IC 95% [1.065 – 1.464]). El 18.84% de los usuarios con el diagnóstico de cualquier trastorno de la personalidad del Grupo C cumplió criterios para dependencia a cocaína.

Los trastornos de personalidad más frecuentes entre consumidores de sustancias son, en primer lugar, los trastornos que pertenecen al Grupo B, concretamente el límite y el antisocial; en segundo lugar, los del Grupo C, trastorno por evitación, pasivo-agresivo y obsesivo compulsivo; y, en tercer lugar, el Grupo A, destacando el esquizoide (Skinstad & Swain, 2001).

La asociación entre los trastornos de personalidad y el consumo de drogas desde la función que cumpliría el consumo de drogas en determinados trastornos: desinhibición del comportamiento para los trastornos antisocial y límite; para reducir el estrés en los trastornos por evitación, por dependencia, esquizotípico y límite; y por la sensibilidad a la recompensa en el histriónico y narcisista (Fernández JJ. (2002).

Trastornos de la personalidad y consumo de cocaína				
Trastorno de la personalidad	Gómez Benumea RA		Arias F et al	
	Porcentaje	N	Porcentaje	N
Cualquier trastornos de la personalidad	26.70	51	49.6	242
Trastorno paranoide	8.37	16	18.9	92
Trastorno esquizoide	9.42	18	5.3	26
Trastorno esquizotípico	1.57	3	8.4	41
Trastorno histriónico	14.13	27	6.6	32
Trastorno narcisista	4.18	8	7.2	35
Trastorno antisocial	7.32	14	17.0	83
Trastorno límite	16.23	31	19.7	96
Trastorno impulsivo	13.61	26		
Trastorno anacastico	5.23	10	15.8	77
Trastorno dependiente	6.8	13	8.1	44
Trastorno ansioso	10.47	20	18.4	90

**Tabla 374.** Comparativo sobre la prevalencia de trastornos de la personalidad en usuarios con dependencia a cocaína (Arias F: Inventario de la Personalidad de Millon y Gómez B: Cuestionario de los trastornos de personalidad de Salamanca).

Fuente: Funcionalidad familiar y patología dual en usuarios residenciales en Centro Estatal para la Atención Integral de las Adicciones, Hidalgo, 2015

La revisión de la prevalencia de los trastornos de la personalidad en usuarios que cursa con el diagnóstico de dependencia a consumo de cocaína realizada por Calsyn y Saxon se encontró entre el 36.7 al 97% (Calsyn & Saxon 1990), rango en el cual se presentó la prevalencia de trastornos de la personalidad con dependencia a cocaína en estancia residencial en el CEAIA

- b) Trastornos de la personalidad e inicio de consumo de cocaína antes de los 18 años de edad.

La prevalencia de consumo de cocaína fue del 49.01% en usuarios con cualquier trastorno de la personalidad e inició de consumo de cocaína antes de los 18 años de edad, para los usuarios con cualquier trastorno de la personalidad del Grupo A el 27.45% inició su consumo de cocaína antes de los 18 años, para los usuarios con cualquier trastorno de la personalidad del Grupo B el 47.05% inició su consumo ante de los 18 años de edad y para los usuarios con cualquier trastorno de la diagnóstico del Grupo C el 39.21% de inició su consumo antes de los 18 años de edad.

En el estudio realizado por Pedro Araos y colaboradores, realizado en Málaga, España, la edad promedio de inicio de consumo de cocaína en usuarios ambulatorios de los servicios de drogodependencias para toda la muestra de 22.8 años, la edad de inicio de consumo de cocaína en sujetos con comorbilidad psiquiátrica fue menor al promedio de la población general con una edad 21.9 años y de 24.3 años para los sujetos sin comorbilidad. (Araos P, 2014). La edad promedio los usuarios en este estudio fue de 36.5 años.

Concordante con el estudio realizado por Pedro Aros y colaboradores, el 60.78% de los usuarios con dependencia a cocaína en estancia residencial mayores de 18 años cumplieron con los criterios diagnósticos para cualquier trastorno psiquiátrico del Eje I, asimismo, conforme se incrementaba el número de diagnósticos psiquiátricos en usuarios en estancia residencial, la prevalencia en mayores de 18 años era mayor, de esta manera, para el diagnóstico de dos trastornos psiquiátricos simultáneos, la prevalencia en mayores de 18 años con dependencia a cocaína fue del 41.17%, para el diagnóstico de tres trastornos psiquiátricos simultáneos fue del 68.62% con presencia de asociación positiva ( $X^2 = 6.843$ ,  $gl = 1$ ,  $p = 0.009$ ) y un riesgo 4.8 veces mayor para el diagnóstico de tres trastornos psiquiátricos simultáneos en usuarios con dependencia a cocaína mayores de 18 años ( $OR = 4.872$ ,  $IC\ 95\% [1.347 - 17.617]$ ) y la prevalencia para mayores de 18 años con el diagnóstico de cuatro trastornos psiquiátricos simultáneos fue del 72.54.

El principal motivo de inicio de consumo de cocaína reportado en el 82.35% de los usuarios a su ingreso a estancia residencial fue el inicio de consumo por socialización con sus pares.

Inicio de consumo de cocaína antes de los 18 años de edad en usuarios en estancia residencial con el diagnóstico de un trastorno de la personalidad		
Trastorno de la personalidad	Porcentaje	No
Trastorno paranoide	43.75	9/16
Trastorno esquizoide	44.44	8/18
Trastorno esquizotípico	0.0	0/3
Trastorno histriónico	55.55	15/27
Trastorno narcisista	62.50	5/8
Trastorno antisocial	42.85	6/14
Trastorno límite	<b>65.38*</b>	<b>17/26</b>
Trastorno impulsivo	41.94	13/31
Trastorno anacastico	50.00	5/5
Trastorno dependiente	38.46	5/13
Trastorno ansioso	65.00	11/20

**Tabla 375.** Usuarios con el diagnóstico de un trastorno de la personalidad que inicio su consumo antes de los 18 años de edad en estancia residencial en el Centro Estatal para la Atención Integral de las Adicciones.

Fuente: Funcionalidad familiar y patología dual en usuarios residenciales en Centro Estatal para la Atención Integral de las Adicciones, Hidalgo, 2015

\* ( $X^2 = 6.240$ ,  $gl = 1$ ,  $p = 0.012$ ,  $OR = 2.040$ ,  $IC\ 95\% [1.123 - 3.707]$ )

La asociación entre dependencia a cocaína y el trastorno de la inestabilidad emocional de la personalidad tipo límite fue positiva en este estudio y concordante con la reportada por Pedro Aros y colaboradores, no obstante, la prevalencia reportada en el estudio de Aros fue menor (21% vs 65.38%), asimismo, de acuerdo al estudio realizado por Matthew T. Tull y colaboradores, la prevalencia de usuarios con el diagnóstico de trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad en consumidores de cocaína fue del 45% (Tull MT, 2011).

### c) Trastornos de la personalidad y características de patrón de consumo de cocaína

El 33.33% de los usuarios en estancia residencial con cualquier trastorno de la personalidad cumplió criterios diagnósticos para dependencia cocaína y una evolución de consumo mayor a 61 meses, el 13.72% de los usuarios con el diagnóstico para cualquier trastorno de la personalidad del Grupo A indicó una evolución de consumo de cocaína mayor a 61 meses, el 33.33% de los usuarios con el diagnóstico de cualquier trastorno de la personalidad del Grupo B señaló una evolución de



consumo de cocaína mayor a 61 meses y el 17.64% indicó una evolución mayor de 61 meses para los usuarios con cualquier diagnóstico trastorno de la personalidad del Grupo C.

El 33.33% de los usuarios estancia residencial con cualquier trastorno de la personalidad indicó iniciar su consumo de cocaína mayor a un gramo por semana, el 17.47% de los usuarios con cualquier trastorno de la personalidad del Grupo A inició el consumo de cocaína con más de un gramo por semana, el 33.33% de los usuarios con cualquier diagnóstico de trastorno de la personalidad del Grupo B indicó un consumo inicial mayor a un gramo de cocaína por semana y el 25.49% de los usuarios con cualquier diagnóstico del Grupo C.

El 52.95% de los usuarios en estancia residencial con cualquier diagnóstico de la personalidad indicó un patrón actual de consumo de cocaína a su ingreso al CEAIA mayor a 4 gramos por semana, el 31.37% de los usuarios con cualquier diagnóstico del Grupo A, 52.95% de los usuarios con cualquier diagnóstico del Grupo B y el 39.21% de los usuarios con cualquier diagnóstico de del Grupo C.

De los trastorno de personalidad explorados en este estudio, el trastorno antisocial de la personalidad es uno de los trastornos más asociados con el consumo de cocaína, presentó una asociación positiva con una evolución del consumo de cocaína mayor 61 meses ( $p = 0.012$ ), una asociación positiva con patrón inicial de consumo mayor a un gramo de cocaína por semana ( $p = 0.001$ ) y una asociación positiva con un patrón de consumo actual mayor a cuatro gramos de cocaína por semana ( $p = 0.045$ ). El trastorno antisocial de la personalidad junto con el trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad de tipo límite son los más prevalentes en individuos con dependencia a cocaína, reportado una prevalencia en la literatura internacional del trastorno antisocial de la personalidad comorbido con dependencia a cocaína del 21% (Chen KW, 2011).

En este estudio la prevalencia del trastorno antisocial de personalidad usuarios en estancia residencial con dependencia a cocaína fue del 7.32%

Trastornos de la personalidad y patrón de consumo de cocaína en usuarios en estancia residencial						
Trastorno de la personalidad	Consumo mayor a 61 meses		Consumo inicial mayor a un gramo por semana		Consumo final mayor cuatro gramos por semana	
	Trastorno paranoide	7.84%	4	11.76%	6	21.56%
Trastorno esquizoide	7.84%	4	11.76%	6	19.60%	10
Trastorno esquizotípico	1.90%	1	1.90%	1	1.90%	1
Trastorno histriónico	17.6%	9	21.56%	11	31.37%	16
Trastorno narcisista	0.0%	0	3.92%	2	7.84%	4
Trastorno antisocial	<b>15.68% *</b>	<b>8</b>	<b>17.64% **</b>	<b>9</b>	<b>19.60% ***</b>	<b>10</b>
Trastorno impulsivo	17.64%	9	17.64%	9	27.45%	14
Trastorno límite	19.60%	10	15.68%	8	35.29%	18
Trastorno anacastico	3.92%	2	7.84%	4	13.72%	7
Trastorno dependiente	3.92%	2	7.84%	4	13.72%	7
Trastorno ansioso	11.76%	6	15.68%	8	21.56%	11

**Tabla 376.** Patrón de consumo de cocaína en usuarios con el diagnóstico de un trastorno de la personalidad en estancia residencial en el Centro Estatal para la Atención Integral para las Adicciones.

Fuente: Funcionalidad familiar y patología dual en usuarios residenciales en Centro Estatal para la Atención Integral de las Adicciones, Hidalgo, 2015

\* ( $X^2 = 6.246$ ,  $gl = 1$ ,  $p = 0.012$ ,  $OR = 5.156$ ,  $IC\ 95\% [1.344 - 19.779]$ )

\*\* ( $X^2 = 10.117$ ,  $gl = 1$ ,  $p = 0.001$ ,  $OR = 8.438$ ,  $IC\ 95\% [2.055-34.649]$ )

\*\*\* ( $X^2 = 4.028$ ,  $gl = 1$ ,  $p = 0.045$ ,  $OR = 4.118$ ,  $IC\ 95\% [1.976 - 17.376]$ )

El 72.54% de los usuarios en estancia residencial con el diagnóstico de cualquier trastorno de la personalidad indicó una abstinencia continua de consumo de cocaína menor a ocho meses a su ingreso. En los usuarios con cualquier diagnóstico del Grupo A, el 41.13% señaló una abstinencia continua menor a cocaína menor a ocho meses, para los usuarios con cualquier diagnóstico de trastorno de la personalidad fue del 68.62% y para los usuarios con cualquier diagnóstico del Grupo C fue del 50.98%

El 78.43% de los usuarios en estancia residencial con el diagnóstico de cualquier trastorno de la personalidad indicó presencia de deseo de consumo (craving) por cocaína a su ingreso, el 49.01% de los usuarios con cualquier trastorno de la personalidad del Grupo A, el 76.47% de los usuarios con cualquier trastorno de la personalidad del Grupo B y el 51.82% de los usuarios con cualquier diagnóstico del Grupo C.

El 3.92% de los usuarios con cualquier trastorno de la personalidad indicaron presencia de síntomas de abstinencia a su ingreso a estancia residencial, el 0.01 de los usuarios con el diagnóstico de cualquier trastorno de la personalidad del Grupo A señaló el presencia de síntomas de abstinencia a su ingreso, el 3.92% para cualquier diagnóstico del Grupo B y Grupo C respectivamente.

Trastornos de la personalidad y patrón de consumo de cocaína en usuarios en estancia residencial						
Trastorno de la personalidad	Abstinencia continua menor a ocho meses		Deseo de consumo de cocaína a su ingreso		Síntomas de abstinencia a cocaína	
	%	N	%	N	%	N
Trastorno paranoide	23.52%	12	29.41%	15	1.96%	1
Trastorno esquizoide	23.52%	12	29.41%	15	1.96%	1
Trastorno esquizotípico	5.88%	3	3.92%	2	0.0%	0
Trastorno histriónico	33.33%	17	45.09%	23	3.92%	2
Trastorno narcisista	11.76%	6	13.72%	7	0.0%	0
Trastorno antisocial	13.72%	7	21.56%	11	1.96%	1
Trastorno impulsivo	35.29%	18	41.17%	21	3.92%	2
Trastorno límite	41.17%	21	47.05%	24	0.0%	0
Trastorno anacastico	11.76%	6	17.64%	9	0.0%	0
Trastorno dependiente	21.56%	11	19.60%	10	1.96%	1
Trastorno ansioso	29.41%	15	33.33%	17	3.92%	2

**Tabla 377.** Patrón de consumo de cocaína en usuarios con el diagnóstico de trastorno de la personalidad en estancia residencial en el Centro Estatal para las Adicciones.

Fuente: Funcionalidad familiar y patología dual en usuarios residenciales en Centro Estatal para la Atención Integral de las Adicciones, Hidalgo, 2015

- Usuarios con el diagnóstico de trastornos de la personalidad y dependencia a solventes volátiles en estancia residencial.

a) Prevalencia de los trastornos de la personalidad y dependencia a solventes volátiles

El 30% de los usuarios en estancia residencial cumplió con los criterios diagnósticos para dependencia a solventes volátiles, los 59 usuarios en estancia residencial con el diagnóstico de dependencia a solventes volátiles presentó el diagnóstico de por lo menos un trastorno de la personalidad a su ingreso ( $p = 0.045$ ).

La prevalencia de cualquier trastorno de la personalidad del Grupo A en usuarios en estancia residencial con dependencia a solventes volátiles fue del 16.75%, para los usuarios con dependencia a solventes y cualquier trastorno de la personalidad del Grupo B fue del 28.27% y para los usuarios con dependencia a solventes y cualquier trastorno de la personalidad de Grupo C fue del 23.5%.

Prevalencia de trastornos de la personalidad en usuarios con el diagnóstico de dependencia a solventes volátiles		
Trastorno de la personalidad	Porcentaje	No
Trastorno paranoide	6.80	13
Trastorno esquizoide	10.99	21
Trastorno esquizotípico	1.04	1
Trastorno histriónico	15.18	29
Trastorno narcisista	2.61	5
Trastorno antisocial	7.85	15
Trastorno límite	17.27	33
Trastorno impulsivo	16.23	31
Trastorno anacastico	5.75	11
Trastorno dependiente	5.23	10
Trastorno ansioso	<b>18.84*</b>	<b>36</b>

Tabla 378. Prevalencia de consumo de solventes volátiles en usuarios con el diagnóstico de trastorno de la personalidad en estancia residencial en el Centro Estatal para la Atención Integral a las Adicciones.

Fuente: Funcionalidad familiar y patología dual en usuarios residenciales en Centro Estatal para la Atención Integral de las Adicciones, Hidalgo, 2015

\* ( $X^2 = 7.089$ ,  $gl = 1$ ,  $p = 0.008$ ,  $OR = 2.307$ ,  $IC\ 95\% [1.238 - 4.296]$ )

El principal motivo de inicio de consumo de solventes en usuario en estancia con cualquier trastorno de la personalidad fue la socialización reportada en el 79.59%.

b) Trastornos de la personalidad e inicio de consumo de cocaína antes de los 18 años de edad.

El 30% de los usuarios en estancia residencial que inicio su consumo de solventes volátiles antes de los 18 años de edad cumplió criterios diagnósticos para cualquier trastorno de la personalidad.

El 14% de los usuarios en estancia residencial con inicio de consumo de solventes volátiles antes de los 18 años de edad cumplió criterios diagnósticos para cualquier trastorno de la personalidad de Grupo A, el 23.03% de los usuarios con dependencia a solventes volátiles antes de los 18 años de edad cumplió criterios para cualquier trastorno de la personalidad tipo B y el 20.48% de los usuarios con dependencia a solventes volátiles e inicio de su consumo antes de los 18 años edad presentó criterios diagnóstico para cualquier trastorno de la personalidad del Grupo C.

Inicio de consumo de solventes volátiles antes de los 18 años de edad en usuarios en estancia residencial con el diagnóstico de un trastorno de la personalidad		
Trastorno de la personalidad	Porcentaje	No
Trastorno paranoide	22.44	11/49
Trastorno esquizoide	32.65	16/49
Trastorno esquizotípico	4.08	2/49
Trastorno histriónico	51.02	25/49
Trastorno narcisista	61.22	3/49
Trastorno antisocial	22.44	11/49
Trastorno límite	55.10	27/49
Trastorno impulsivo	55.10	27/49
Trastorno anacastico	16.32	8/49
Trastorno dependiente	16.32	8/49
Trastorno ansioso	<b>67.37*</b>	<b>33/49</b>

**Tabla 379.** Usuarios con el diagnóstico de trastorno de la personalidad e inicio de consumo de solventes volátiles antes de los 18 años de edad en estancia residencial en el Centro Estatal para la Atención a las Adicciones.

Fuente: Funcionalidad familiar y patología dual en usuarios residenciales en Centro Estatal para la Atención Integral de las Adicciones, Hidalgo, 2015

\* ( $X^2 = 4.870$ ,  $gl = 1$ ,  $p = 0.027$ ,  $OR = 2.245$ ,  $IC\ 95\% [1.854 - 5.902]$ )

c) Trastornos de la personalidad y características de patrón de consumo de solventes volátiles

El 71.18% de los usuarios con dependencia a solventes volátiles y el diagnóstico de cualquier trastorno de la personalidad indicó un consumo continuo mayor a 40 meses (3 años).

El 37.28% usuario con dependencia a solventes volátiles y el diagnóstico de cualquier trastorno de la personalidad de Grupo A indicó a su ingreso a estancia residencial un consumo mayor a 40

meses, el 66.10% de los usuarios con diagnóstico de dependencia a solventes volátiles y cualquier trastorno de la personalidad señaló un consumo mayor a 40 meses y el 57.62% de los usuarios con cualquier trastorno de la personalidad del Grupo C.

El 50.84% de los usuarios con dependencia a solventes volátiles y el diagnóstico de cualquier trastorno de la personalidad indicaron un consumo inicial de solventes volátiles mayor a una lata de solventes volátiles de tipo PVC de 250 gramos por semana, el 33.89% de los usuarios con dependencia a solventes volátiles y cualquier trastorno de la personalidad del Grupo B señaló un consumo inicial mayor de una lata de solventes y el 47.45% de los usuarios del Grupo C también señaló un inicio de consumo de solventes mayor a una lata por semana. El 42.37% de los usuarios con dependencia a solventes volátiles que cursan con el diagnóstico de cualquier trastorno de la personalidad indicó a su ingreso a estancia residencial un patrón actual de consumo mayor a tres latas de solventes volátiles de tipo PVC por semana, el 25.42% de los usuarios con cualquier trastorno de grupo A, el 37.28% de los usuarios con cualquier diagnóstico de Grupo B y el 30.5% de los usuarios con cualquier diagnóstico del Grupo C también indicaron un patrón de consumo a su ingreso a estancia residencial mayor a tres latas de solventes por semana.

Trastornos de la personalidad y patrón de consumo de solventes volátiles en usuarios en estancia residencial						
Trastorno de la personalidad	Consumo mayor a 40 meses		Consumo inicial mayor a una lata por semana		Consumo final mayor tres latas por semana	
	%	N	%	N	%	N
Trastorno paranoide	13.55%	8	15.25%	9	10.16%	6
Trastorno esquizoide	25.42%	15	20.33%	12	18.64%	11
Trastorno esquizotípico	1.69%	1	1.69%	1	1.69%	1
Trastorno histriónico	35.59%	21	30.50%	18	20.33%	12
Trastorno narcisista	3.38%	2	5.08%	3	6.77%	4
Trastorno antisocial	15.25%	9	10.16%	6	6.77%	4
Trastorno impulsivo	35.59%	21	27.11%	16	23.72%	14
Trastorno límite	42.37%	25	25.42%	15	23.72%	14
Trastorno anacastico	10.16%	6	8.47%	5	8.47%	5
Trastorno dependiente	10.16%	6	8.47%	5	8.47%	5
Trastorno ansioso	47.45%	28	33.89%	20	23.72%	14

**Tabla 380.** Patrón de consumo de solventes volátiles en usuarios con un diagnóstico de trastorno de la personalidad en estancia residencial en el Centro Estadal para la Atención Integral para las Adicciones.

Fuente: Funcionalidad familiar y patología dual en usuarios residenciales en Centro Estadal para la Atención Integral de las Adicciones, Hidalgo, 2015

El 72.88% de los usuarios con dependencia a solventes volátiles y con el diagnóstico de cualquier trastorno de la personalidad señaló un máximo periodo de abstinencia continuo para consumo de solventes menor a cuatro meses, el 35.59% de los usuarios con cualquier diagnóstico del Grupo A, el 71.18% de los usuarios con dependencia solventes volátiles y cualquier diagnóstico del Grupo B con un periodo de abstinencia menor a cuatro meses ( $p = 0.005$ ) y el 57.62% de los usuarios con dependencia a solventes y cualquier trastorno de la personalidad del Grupo C.

El 76.27% de los usuarios con dependencia a solventes volátiles y con el diagnóstico de cualquier trastorno de la personalidad presentó deseo de consumo de solventes a su ingreso a estancia residencial: el 44.89% de los usuarios con cualquier diagnóstico del Grupo A, el 71.18% de los usuarios con cualquier diagnóstico de Grupo B y el 59.32% de los usuarios con cualquier diagnóstico del Grupo C.

Trastornos de la personalidad y patrón de consumo de solventes volátiles en usuarios en estancia residencial						
Trastorno de la personalidad	Abstinencia continua menor a cuatro meses		Deseo de consumo de solventes a su ingreso		Síntomas de abstinencia a cocaína	
Trastorno paranoide	13.55%	8	<b>77.77%*</b>	<b>7</b>	1.69%	1
Trastorno esquizoide	23.72%	14	27.11%	16	0.0%	0
Trastorno esquizotípico	3.38%	2	3.38%	2	0.0%	0
Trastorno histriónico	38.98%	23	37.28%	22	1.69%	1
Trastorno narcisista	6.77%	4	6.77%	4	1.69%	1
Trastorno antisocial	18.64%	11	15.25%	9	0.0%	0
Trastorno impulsivo	44.06%	26	40.67%	24	0.0%	0
Trastorno límite	45.76%	27	44.76%	26	0.0%	0
Trastorno anacastico	11.86%	7	15.25%	9	0.0%	0
Trastorno dependiente	15.25%	9	15.25%	9	0.0%	0
Trastorno ansioso	49.15%	29	47.45%	28	0.0%	0

**Tabla 381.** Patrón de consumo de solventes volátiles en usuarios con el diagnóstico de trastorno de la personalidad en estancia residencial en el Centro Estatal para la Atención Integral para las Adicciones.

Fuente: Funcionalidad familiar y patología dual en usuarios residenciales en Centro Estatal para la Atención Integral de las Adicciones, Hidalgo, 2015

\* ( $X^2 = 4.633$ ,  $gl = 1$ ,  $p = 0.031$ ,  $OR = 4.071$ ,  $IC\ 95\% [1.076 - 15.402]$ )

- Usuarios con el diagnóstico de trastornos de la personalidad y dependencia a estimulantes en estancia residencial.
- a) Prevalencia de los trastornos de la personalidad y dependencia a estimulantes

De los 25 usuarios con dependencia a estimulantes, 23 cumplió criterios para cualquier trastorno de la personalidad a su ingreso a estancia residencial, esto es, la prevalencia de cualquier trastorno de la personalidad en usuarios con cualquier trastorno de la personalidad fue del 92%

El 48% de los usuarios con dependencia a estimulantes cumplió criterios diagnósticos para cualquier trastorno de la personalidad del Grupo A, el 5.08% de los usuarios con dependencia a estimulantes cumplió criterios para cualquier diagnóstico del Grupo B y el 10.16% de los usuarios con dependencia a estimulantes cumplió criterios para cualquier trastorno de la personalidad del Grupo C.

Prevalencia de trastornos de la personalidad en usuarios con el diagnóstico de dependencia a estimulantes		
Trastorno de la personalidad	Porcentaje	No
Trastorno paranoide	8.37	16
Trastorno esquizoide	10.47	20
Trastorno esquizotípico	12.56	24
Trastorno histriónico	5.23	10
Trastorno narcisista	10.47	20
Trastorno antisocial	11.51	22
Trastorno límite	5.23	10
Trastorno impulsivo	6.28	12
Trastorno anacastico	9.42	18
Trastorno dependiente	8.90	17
Trastorno ansioso	6.28	12

**Tabla 382.** Prevalencia de consumo de estimulantes en usuarios con el diagnóstico de trastorno de la personalidad en estancia residencial en el Centro Estatal para la Atención Integral para las Adicciones.

Fuente: Funcionalidad familiar y patología dual en usuarios residenciales en Centro Estatal para la Atención Integral de las Adicciones, Hidalgo, 2015



El 72% de los usuarios con dependencia a estimulantes con criterios diagnósticos para cualquier trastorno de la personalidad inició su consumo por socialización con sus pares, asimismo el 36% de los usuarios con cualquier diagnóstico del Grupo A, el 68% de los usuarios con cualquier diagnóstico del Grupo B y el 60% para los usuarios con cualquier diagnóstico del Grupo C.

- b) Trastornos de la personalidad e inicio de consumo de estimulantes antes de los 18 años de edad.

El 52% de los usuarios con dependencia a estimulantes que cumplieron con los criterios diagnósticos para cualquier trastorno de la personalidad indicó iniciar su consumo de estimulantes antes de los 18 años de edad. Respecto a los usuarios con dependencia a estimulantes con cualquier diagnóstico del Grupo A, el 28% inició su consumo antes de los 18 años de edad. Los usuarios con cualquier diagnóstico del Grupo B de la personalidad, el 48% señaló iniciar su consumo antes de los 18 años de edad y el 44% los usuarios con dependencia a estimulantes y cualquier diagnóstico de trastorno de la personalidad del Grupo C.

Inicio de consumo de estimulantes antes de los 18 años de edad en usuarios en estancia residencial con el diagnóstico de un trastorno de la personalidad		
Trastorno de la personalidad	Porcentaje	No
Trastorno paranoide	20.00	5/25
Trastorno esquizoide	8.00	2
Trastorno esquizotípico	0.00	0
Trastorno histriónico	36.00	9
Trastorno narcisista	4.00	1
Trastorno antisocial	12.00	3
Trastorno límite	28.00	7
Trastorno impulsivo	36.00	9
Trastorno anacastico	16.00	4
Trastorno dependiente	12.00	3
Trastorno ansioso	32.00	8

**Tabla 383.** Usuarios con el diagnóstico de trastorno de la personalidad en estancia residencial en el Centro Estatal para la Atención Integral para las Adicciones que iniciaron su consumo de estimulantes antes de los 18 años de edad.

Fuente: Funcionalidad familiar y patología dual en usuarios residenciales en Centro Estatal para la Atención Integral de las Adicciones, Hidalgo, 2015

c) Trastornos de la personalidad y características de patrón de consumo estimulantes.

El 56% de los usuarios con dependencia a solventes volátiles y el diagnóstico de cualquier trastorno de la personalidad indicó un consumo continuo de estimulantes mayor a 33 meses (2.7 años).

El 28% de los usuarios con dependencia a solventes volátiles y el diagnóstico de cualquier trastorno de la personalidad de Grupo A indicó a su ingreso a estancia residencial un consumo estimulantes mayor a 33 meses, el 52% de los usuarios con diagnóstico de dependencia a estimulantes y cualquier trastorno de la personalidad señaló un consumo mayor a 33 meses y el 44% de los usuarios con cualquier trastorno de la personalidad del Grupo C.

El 64% de los usuarios con dependencia estimulantes y el diagnóstico de cualquier trastorno de la personalidad indicaron un consumo inicial de estimulantes mayor medio gramo por semana, el 40% de los usuarios con dependencia a estimulantes y cualquier trastorno de la personalidad del Grupo A señaló un consumo inicial mayor medio gramo por semana.

El 64% de los usuarios del Grupo B y los usuarios con dependencia a estimulantes con cualquier diagnóstico de cualquier trastorno de la personalidad del Grupo C indicó iniciar su consumo con más de medio gramo por semana, este grupo de usuarios presentó una asociación positiva ( $X^2 = 7.677$ ,  $gl = 1$ ,  $p = 0.006$ ), lo cual confiere un riesgo 18.7 veces mayor en relación con los otros trastornos de la personalidad de iniciar su consumo de estimulantes con un patrón inicial mayor a medio gramo por semana (OR = 18.750, IC 95% [1.678 – 209.547]).

El 40% de los usuarios con dependencia a estimulantes que cursaban con el diagnóstico de cualquier trastorno de la personalidad indicó a su ingreso a estancia residencial un patrón actual de consumo de estimulantes mayor a tres gramos por semana, para el 36% de los usuarios con cualquier trastorno de grupo A, para el 36% de los usuarios con cualquier diagnóstico de Grupo B y el 40% de los usuarios con cualquier diagnóstico del Grupo C también indicaron un patrón de consumo a su ingreso a estancia residencial mayor a tres estimulantes por semana.

Trastornos de la personalidad y patrón de consumo de estimulantes en usuarios en estancia residencial						
Trastorno de la personalidad	Consumo mayor a 33 meses		Consumo inicial mayor de medio gramo por semana		Consumo final mayor tres gramos por semana	
Trastorno paranoide	8.00	2	28.00	7	12.00	3
Trastorno esquizoide	<b>16.00*</b>	4	16.00	4	8.00	2
Trastorno esquizotípico	0.0	0	4.00	1	0.0	0
Trastorno histriónico	28.00	7	<b>48.00**</b>	12	24.00	6
Trastorno narcisista	12.00	3	16.00	4	12.00	3
Trastorno antisocial	8.00	2	12.00	3	4.00	1
Trastorno impulsivo	24.00	6	<b>44.00***</b>	11	12.00	3
Trastorno límite	24.00	6	44.00	11	32.00	8
Trastorno anacastico	12.00	3	16.00	4	20.00	5
Trastorno dependiente	8.00	2	28.00	7	8.00	2
Trastorno ansioso	20.00	5	<b>48.00****</b>	12	24.00	6

**Tabla 384.** Patrón de consumo de estimulantes en usuarios con el diagnóstico de un trastorno de la personalidad en estancia residencial en el Centro Estatal para la Atención Integral para las Adicciones.

Fuente: Funcionalidad familiar y patología dual en usuarios residenciales en Centro Estatal para la Atención Integral de las Adicciones, Hidalgo, 2015

\* ( $X^2 = 5.252$ ,  $gl = 1$ ,  $p = 0.022$ ,  $OR = 12.000$ ,  $IC\ 95\% [1.074 - 134.110]$ )

\*\* ( $X^2 = 4.167$ ,  $gl = 1$ ,  $p = 0.041$ ,  $OR = 6.000$ ,  $IC\ 95\% [1.003 - 35.908]$ )

\*\*\* ( $X^2 = 4.996$ ,  $gl = 1$ ,  $p = 0.025$ ,  $OR = 7.700$ ,  $IC\ 95\% [1.159 - 51.171]$ )

\*\*\*\* ( $X^2 = 9.420$ ,  $gl = 1$ ,  $p = 0.002$ ,  $OR = 24.000$ ,  $IC\ 95\% [2.251 - 255.938]$ )

El 84% de los usuarios con dependencia a estimulantes y con el diagnóstico de cualquier trastorno de la personalidad señaló un máximo periodo de abstinencia continuo menor a tres meses para el consumo de estimulantes, el 48% de los usuarios con cualquier diagnóstico del Grupo A, el 80% de los usuarios con dependencia estimulantes con cualquier diagnóstico del Grupo B y el 68% de los usuarios con dependencia a estimulantes y cualquier trastorno de la personalidad del Grupo C.

El 64% de los usuarios con dependencia a estimulantes con el diagnóstico de cualquier trastorno de la personalidad presentó deseo de consumo (craving) estimulantes a su ingreso a estancia residencial, para los usuarios con dependencia a estimulantes y cualquier trastorno de la personalidad del Grupo A reporto en el 28% deseo de consumo por estimulantes, para los usuarios con el dependencia a estimulantes y cualquier trastorno de la personalidad del Grupo B indicó en

el 60% deseo de consumo de estimulantes y para los usuarios con diagnóstico de cualquier trastorno de la personalidad en el Grupo C en el 52%.

Trastornos de la personalidad y patrón de consumo de estimulantes en usuarios en estancia residencial						
Trastorno de la personalidad	Abstinencia continua menor a cuatro meses		Deseo de consumo de estimulantes a su ingreso		Síntomas de abstinencia a cocaína	
	Trastorno paranoide	36.00	9	20.00	5	0.0
Trastorno esquizoide	16.00	4	12.00	3	0.0	0
Trastorno esquizotípico	4.00	1	4.00	1	0.0	0
Trastorno histriónico	52.00	13	40.00	10	0.0	0
Trastorno narcisista	12.00	3	16.00	4	0.0	0
Trastorno antisocial	8.00	2	8.00	2	0.0	0
Trastorno impulsivo	48.00	12	32.00	8	0.0	0
Trastorno límite	56.00	14	44.00	11	0.0	0
Trastorno anacastico	24.00	6	16.00	4	0.0	0
Trastorno dependiente	32.00	8	28.00	7	0.0	0
Trastorno ansioso	48.00	12	36.00	9	0.0	0

**Tabla 385.** Patrón de consumo de estimulantes en usuarios con el diagnóstico de trastorno de la personalidad en estancia residencial en el Centro Estatal para la Atención Integral para las Adicciones.

Fuente: Funcionalidad familiar y patología dual en usuarios residenciales en Centro Estatal para la Atención Integral de las Adicciones, Hidalgo, 2015

- Usuarios con diagnóstico de trastornos de la personalidad y dependencia a benzodiazepinas en estancia residencial.
- a) Prevalencia de los trastornos de la personalidad y dependencia benzodiazepinas

De los 7 usuarios con dependencia a estimulantes, 7 cumplió criterios para cualquier trastorno de la personalidad a su ingreso a estancia residencial, esto es, la prevalencia de cualquier trastorno de la personalidad en usuarios con cualquier trastorno de la personalidad fue del 100%.

Un usuario con dependencia a benzodiazepinas cumplió con los criterios para cualquier diagnóstico de trastorno de la personalidad del Grupo A y los 6 usuarios restantes cumplieron de forma simultánea para cualquier trastorno de la personalidad del Grupo B y C.

- Usuarios con el diagnóstico de trastorno de la personalidad y antecedentes en salud mental en estancia residencial.

El 25.65% de los usuarios en estancia residencial contaban con el antecedente de atención psicológica previa, el con el diagnóstico de cualquier trastorno de la personalidad contaba con el antecedente de atención psicológica previa a su ingreso, el 97.95% de estos usuarios cumplieron criterios diagnósticos para cualquier trastorno de la personalidad.

El 10.99% de los usuarios en estancia residencial indicaron el antecedente de atención psiquiátrica previa a su ingreso, el 95.23% de estos usuarios cumplieron con los criterios diagnósticos para cualquier trastorno de la personalidad.

El 11.51% de los usuarios contaban con el antecedente de tratamiento psicofarmacológico previo a su ingreso, el 95.45% de estos usuarios cumplieron criterios para el diagnóstico de cualquier trastorno de la personalidad.

a) Trastornos de la personalidad del Grupo A y antecedentes de atención en salud mental

El 55.10% de los usuarios con cualquier diagnóstico de Grupo A de la personalidad indicó a su ingreso el antecedente de atención psicológica, el 38% de estos usuarios contaba con el antecedente de atención psiquiátrica y el 40.99% contaba con el antecedente de tratamiento psicofarmacológico previo.

Trastornos de la personalidad del Grupo A y antecedentes de atención en salud mental						
Trastorno de la personalidad	Antecedentes de atención psicológica		Antecedentes de atención psiquiátrica		Antecedentes de tratamiento psicofarmacológico	
	Porcentaje	N	Porcentaje	N	Porcentaje	N
Trastorno paranoide	6.28	12	1.04	2	1.57	3
Trastorno esquizoide	9.42	18	2.61	5	2.61	5
Trastorno esquizotípico	1.57	3	0.52	1	0.52	1

**Tabla 386.** Antecedente de atención en salud mental en usuarios con un diagnóstico de trastorno de la personalidad en estancia residencial en el Centro Estatual para la Atención Integral para las Adicciones.

Fuente: Funcionalidad familiar y patología dual en usuarios residenciales en Centro Estatual para la Atención Integral de las Adicciones, Hidalgo, 2015

UAEH, ICSA; Maestría en Salud Pública

b) Trastornos de la personalidad del Grupo B y antecedentes de atención en salud mental

El 23.5% de los usuarios en estancia residencial con el diagnóstico de cualquier trastorno de la personalidad del Grupo B indicó el antecedente de atención psicológica a su ingreso, el 10.47% de este grupo de usuarios contaba con atención psiquiátrica previa y el 10.99% había sido tratado con un psicofármaco.

Trastornos de la personalidad del Grupo B y antecedentes de atención en salud mental						
Trastorno de la personalidad	Antecedentes de atención psicológica		Antecedentes de atención psiquiátrica		Antecedentes de tratamiento psicofarmacológico	
	Porcentaje	N	Porcentaje	N	Porcentaje	N
Trastorno histriónico	14.65	28	6.80	13	6.80	13
Trastorno narcisista	2.09	4	1.57	3	1.57	3
Trastorno antisocial	6.28	12	2.09	4	1.57	3
Trastornos impulsivo	<b>16.23*</b>	31	6.80	13	<b>7.85**</b>	15
Trastorno límite	15.70	30	<b>7.85***</b>	15	<b>8.37****</b>	16

**Tabla 387.** Antecedentes de salud mental en usuarios con el diagnóstico de trastorno de la personalidad en estancia residencial en el Centro Estatal para la Atención Integral para las Adicciones.

Fuente: Funcionalidad familiar y patología dual en usuarios residenciales en Centro Estatal para la Atención Integral de las Adicciones, Hidalgo, 2015

\* ( $X^2 = 9.257$ ,  $gl = 1$ ,  $p = 0.002$ ,  $OR = 1.286$ ,  $IC\ 95\% [1.082 - 1.528]$ )

\*\* ( $X^2 = 5.613$ ,  $gl = 1$ ,  $p = 0.018$ ,  $OR = 1.127$ ,  $IC\ 95\% [1.014 - 1.252]$ )

\*\*\* ( $X^2 = 3.918$ ,  $gl = 1$ ,  $p = 0.048$ ,  $OR = 1.101$ ,  $IC\ 95\% [1.001 - 1.210]$ )

\*\*\*\* ( $X^2 = 4.670$ ,  $gl = 1$ ,  $p = 0.031$ ,  $OR = 1.113$ ,  $IC\ 95\% [1.010 - 1.228]$ )

El trastorno de la inestabilidad emocional de la personalidad de tipo límite e impulsivo se caracterizan por un patrón persistente de inestabilidad en el estado de ánimo, relaciones interpersonales y autoimagen asociado a un bajo control de impulsos, es un síndrome heterogéneo, difícil de delimitar, con presentaciones clínicas y del comportamiento que varían entre individuos y entre los distintos momentos de evolución de un mismo paciente. La variabilidad de las presentaciones clínicas de este trastorno de la personalidad conlleva que sea un trastorno infradiagnosticado con una demora en su diagnóstico de 9.5 años en mujeres y de 6.5 años en hombres, en consecuencia, para los afectados suele ser difícil mantener relaciones interpersonales y desenvolverse correctamente en los distintos ámbitos sociales. Las personas con este trastorno de

la personalidad pueden experimentar dificultades como: significantes cambios de humor, pérdida de la confianza, conductas impulsivas y de autodestrucción, abuso de sustancias, excesiva sensibilidad y temor al rechazo y a la crítica. Cabe señalar que el suicidio es un riesgo particular con un 8-10% de los intentos de suicidio consumados (APA, 2001.).

Esta población consume una gran cantidad de recursos sanitarios, estos pacientes usa los servicios de salud mental más que los otros grupos de pacientes de salud mental, a excepción de los esquizofrénicos y representa el 10% de las consultas en centros ambulatorios de salud mental y en torno al 15-20% de los pacientes ingresados, los pacientes con un diagnóstico de trastornos de inestabilidad emocional de la personalidad de tipo límite o impulsivo presentan un deterioro significativo en el funcionamiento social y profesional debido a la baja tasa de recuperación, de ahí su impacto sustancias en las áreas sociales, laborales e interpersonales (Zanarini M, 2010).

Los pacientes que cursa con un trastornos de inestabilidad emocional utilizan los servicios de salud mental en mayor medida que los pacientes que no tienen este diagnóstico, asimismo, tiene tasas significativamente mayores de hospitalización psiquiátrica, mayor uso de servicios terapéuticos en comparación con los pacientes que cursa con el diagnóstico de trastorno depresivo. En más de un estudio en pacientes psiquiátricos ambulatorios, se halló que los usuarios con un diagnóstico de trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad tenían un mayor número de sesiones de psicoterapia, así como un mayor número de prescripciones de psicofármacos en comparación con los pacientes con otros trastornos psiquiátricos. Por último, en una muestra poblacional australiana, Jackson y Burgess encontraron que los individuos con trastorno límite eran más propensos que otros individuos a buscar atención psiquiátrica o consulta psicológica (Sansone RA, 2011).

En concordancia con la reportado a nivel internacional, los usuarios en estancia residencial con el diagnóstico de trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad de tipo impulsivo con dependencia a una o más sustancias, indicó la mayor prevalencia de atención psicológica previa con un riesgo 1.2 veces mayor en comparación con los usuarios que cursaban con otros trastornos de la personalidad y la mayor prevalencia de tratamiento psicofarmacológico previo a su ingreso con un riesgo 1.1 veces mayor de iniciar tratamiento con cualquier psicofármaco.

Los usuarios con el diagnóstico de trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad de tipo límite reportaron la mayor prevalencia de atención psiquiátrica previa a su ingreso, confiriendo un riesgo 1.1 veces mayor en relación a los usuarios con otros diagnósticos de trastornos de la personalidad, asimismo, estos usuarios también presento una elevada prevalencia para el inicio de tratamiento psicofarmacológico previo a su ingreso con un riesgo 1.1 veces mayor en comparación con otros usuarios con otros diagnósticos de la personalidad.

c) Trastornos de la personalidad del Grupo C y antecedentes de atención en salud mental

El 17.80% de los usuarios en estancia residencial que cursaban con cualquier trastorno de la personalidad del Grupo C y dependencia a una o más sustancias contaba con el antecedente de atención psicológica, el 6.80% de este grupo de usuarios indicaron el antecedente de atención psiquiátrica previa a su ingreso y el 7.85% contaban con el antecedente de tratamiento psicofarmacológico

Trastornos de la personalidad del Grupo C y antecedentes de atención en salud mental						
Trastorno de la personalidad	Antecedentes de atención psicológica		Antecedentes de atención psiquiátrica		Antecedentes de tratamiento psicofarmacológico	
	Porcentaje	N	Porcentaje	N	Porcentaje	N
Trastorno anacastico	4.18	8	2.09	4	2.09	4
Trastorno dependiente	4.71	9	1.57	1.47	1.57	3
Trastorno ansioso	12.4	23	4.18	8	4.71	9

**Tabla 388.** Antecedentes de atención en salud mental en usuarios con el diagnóstico de un trastorno de la personalidad del Grupo C en estancia residencial en el Centro Estatal para la Atención Integral de las Adicciones.

Fuente: Funcionalidad familiar y patología dual en usuarios residenciales en Centro Estatal para la Atención Integral de las Adicciones, Hidalgo, 2015

- Usuarios con el diagnóstico de trastorno de la personalidad y antecedentes de conductas suicidas en estancia residencial.

El 27.22% de los usuarios indicaron el antecedente de intento suicida en el momento de su ingreso a estancia residencial, el 98.07% de estos usuarios cumplieron con el diagnóstico de cualquier trastorno de la personalidad.



El 14.13% de los usuarios con el diagnóstico de cualquier trastorno de la personalidad del grupo A contaba con el antecedente de intento suicida, el 25.13% de los usuarios con cualquier trastornos de la personalidad del Grupo B indicaron el antecedente de conducta suicida y el 18.84% de los usuarios con cualquier diagnóstico de Grupo C.

Usuarios con el diagnóstico de trastorno de la personalidad y antecedente de conducta suicida		
Trastorno de la personalidad	Porcentaje	N
Trastorno paranoide	7.32	14
Trastornos esquizoide	7.32	14
Trastorno esquizotípico	1.57	3
Trastorno histriónico	12.04	23
Trastorno narcisista	3.14	6
Trastorno antisocial	4.71	9
Trastorno impulsivo	<b>17.80*</b>	<b>34</b>
Trastorno límite	<b>19.89**</b>	<b>38</b>
Trastorno anacastico	4.71	9
Trastorno dependiente	7.32	14
Trastorno ansioso	13.08	25

**Tabla 389.** Antecedente de intento suicida en usuarios con el diagnóstico de un trastorno de la personalidad en estancia residencial en el Centro Estatal para la Atención Integral para las Adicciones.

Fuente: Funcionalidad familiar y patología dual en usuarios residenciales en Centro Estatal para la Atención Integral de las Adicciones, Hidalgo, 2015

\* ( $X^2 = 12.410$ ,  $gl = 1$ ,  $p = 0.000$ ,  $OR = 1.356$ ,  $IC\ 95\% [1.129 - 1.628]$ )

\*\* ( $X^2 = 13.705$ ,  $gl = 1$ ,  $p = 0.000$ ,  $OR = 1.366$ ,  $IC\ 95\% [1.153 - 1.619]$ )

La conducta suicida incluye el suicidio consumado, los intentos suicidas y la ideación suicida y es considerada como un desafío para los individuos, sus familias y los sistemas de salud pública. La conducta suicida está determinada por múltiples correlaciones y factores de riesgo, entre los más replicados se encuentra una historia individual y familiar de psicopatología y factores ambientales distales y proximales, que incluyen estresores vitales y maltrato infantil, los cuales pueden contribuir a incrementar la vulnerabilidad del individuo o actuar como factores precipitantes para la aparición de una conducta suicida (Brezo J, 2008).

Otros factores involucrados en el incremento del desarrollo de conductas suicidas incluyen los sentimientos de desesperanza, la depresión, los trastornos por consumo de sustancias y los intentos deliberados de autolesiones, no obstante, ciertos grupo de pacientes presentan un incremento en el riesgo de conductas suicidas, la población con mayor vulnerabilidad son los individuos que cursa con el diagnóstico de trastornos de inestabilidad emocional, se ha reportado que más del 75% de los individuos con este diagnóstico cuentan con el antecedente de por lo menos un intento suicida a lo largo de la vida y la tasa de suicidio consumo de aproximadamente el 10% (Nock MK, 2006).

Datos concordantes con la prevalencia de intento suicida en el presente estudio: 65.38% en usuarios en estancia residencial con el diagnóstico de trastorno de la inestabilidad emocional de la personalidad de tipo impulsivo y en el 73.07% en usuarios con el trastornos de inestabilidad emocional de la personalidad tipo límite.

El diagnóstico de trastornos de inestabilidad emocional de la personalidad en diversos estudios ha mostrado un incremento en el riesgo de intentos suicidas previos asociados con el diagnóstico comorbido de trastorno por consumo de sustancias y depresión debido a la impulsividad y agresividad, características nucleares de este trastorno de la personalidad (Hawton K, 2003).

El 58.42% de los usuarios con criterios para el de trastornos de inestabilidad emocional de la personalidad cumplieron criterios diagnósticos para el trastorno distimico, con una asociación positiva, asimismo, el 35.29% de los usuarios con el diagnóstico de trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad tipo límite presentó una asociación positiva con el diagnóstico de episodio depresivo y el 63.72% de estos usuarios completaron criterios diagnósticos para el trastorno distimico, es necesario agregar, que los usuarios con este diagnóstico de la personalidad presentó las prevalencias más altas en la dependencia alcohol (52.94%), dependencia a cannabis (54.33%), dependencia a solventes volátiles (17.27%) y dependencia a cocaína (16.23%), lo cual confiere un riesgo mayor para presentar antecedentes de cualquier conducta suicida a su ingreso a estancia residencial, por lo que es una población en alto riesgo para consumir una conducta suicida.

- Usuarios con el diagnóstico de trastorno de la personalidad y antecedentes de maltrato infantil en estancia residencial.

El 5.23% de los usuarios a su ingreso contaban con el antecedente de abuso sexual en la infancia, el 100% de los usuarios con el antecedente de abuso sexual cumplió criterios diagnósticos para cualquier trastorno de la personalidad.

El 3.66% de los usuarios indicó el antecedente de violación en la infancia durante su ingreso a estancia residencial, el 100% de estos usuarios cumplieron con los criterios diagnósticos para cualquier trastorno de la personalidad.

El 40.31% de los usuarios a su ingreso refirió el antecedente de maltrato infantil de tipo físico, el 97.40% de estos usuarios cumplieron criterios diagnósticos para cualquier trastorno de la personalidad.

El 76.96% de los usuarios a su ingreso contaba con el antecedente de maltrato infantil de tipo emocional y el 95.91% de estos usuarios cumplieron con los criterios diagnósticos para cualquier trastorno de la personalidad.

- a) Usuarios con el diagnóstico de trastorno de la personalidad del Grupo A y antecedentes de maltrato infantil

El 3.1% de los usuarios con el diagnóstico de cualquier trastorno de la personalidad del Grupo A indicó a su ingreso a estancia residencial el antecedente de abuso sexual en la infancia, de este grupo de usuarios y el 2.09% de este grupo de usuarios reportó el antecedente de violación en la infancia. El 23.03% de los usuarios con cualquier diagnóstico de la personalidad del Grupo A contaba con el antecedente de maltrato infantil de tipo físico con una asociación positiva ( $X^2 = 4.193$ ,  $gl = 1$ ,  $p = 0.041$ ) lo cual confiere un riesgo 1.3 veces mayor de cumplir los criterios diagnósticos para cualquier trastorno de la personalidad cuando se cuenta con el antecedente de maltrato infantil de tipo emocional (OR = 1.352, IC 95% [1.019 – 1.794]), asimismo, el 40.31% de los estos usuarios señalaron a su ingreso el antecedente de maltrato infantil de tipo emocional con

una asociación positiva ( $X^2 = 4.265$ ,  $gl = 1$ ,  $p = 0.039$ ), lo que confiere un riesgo 1.4 veces mayor de cursar con cualquier trastorno de la personalidad del Grupo A cuando se cuenta con el antecedente de maltrato infantil de tipo emocional (OR = 1.461, IC 95% [1.988 – 2.162]).

Usuarios con dependencia a una o más sustancias con el diagnóstico de trastorno de la personalidad del Grupo A y antecedentes de maltrato infantil								
Trastorno de la personalidad	Abuso sexual		Violación		Maltrato físico		Maltrato emocional	
	Porcentaje	N	Porcentaje	N	Porcentaje	N	Porcentaje	N
Trastorno paranoide	2.61*	5	1.57	3	10.99	21	19.37	37
Trastorno esquizoide	1.57	3	1.57	3	15.18	29	26.70	51
Trastorno esquizotípico	0.0	0	0.0	0	3.1	6	4.71	9

Tabla 390. Antecedentes de maltrato infantil en usuarios con el diagnóstico de trastorno de la personalidad en estancia residencial en el Centro de Estatal para la Atención Integral de las Adicciones.

Fuente: Funcionalidad familiar y patología dual en usuarios residenciales en Centro Estatal para la Atención Integral de las Adicciones, Hidalgo, 2015

\* ( $X^2 = 4.809$ ,  $gl = 1$ ,  $p = 0.028$ , OR = 2.436, IC 95% [1.234 – 4.808])

Las teorías actuales sobre la evolución de los trastornos de la personalidad proponen una etiología compleja derivada de la combinación de factores genéticos y ambientales, sin embargo, existe un conocimiento limitado sobre la trayectoria de los trastornos de la personalidad que son diagnosticados en la infancia y en la adolescencia y su estabilidad en la edad adulta (Caspi A 2005). No obstante, algunos niños y adolescentes que cursan con el diagnóstico de cualquier trastorno de la personalidad del Grupo A pueden persistir en la adultez y presentar una mayor comorbilidad con otros trastornos psiquiátricos empeorando su pronóstico y agudizando el trastorno de la personalidad y los trastornos psiquiátricos comorbidos (Crawford TN, 2008).

En relación al trastorno paranoide de la personalidad, los factores psicosociales asociados a su desarrollo en niñez y adolescencia son el maltrato infantil ( $p = 0.028$ , OR = 2.436) y la negligencia, pobres relaciones intrafamiliares, disfunción familiar y violencia intrafamiliar, factores psicosociales concordantes con los hallazgos en el presente estudio mostrado por la asociación positiva entre separación materna por violencia intrafamiliar y trastorno de la personalidad paranoide ( $X^2 = 4.266$ ,  $gl = 1$ ,  $p = 0.039$ , OR = 2.099, IC 95% [1.030 – 4.277]).

La comorbilidad más frecuente con otros trastornos psiquiátricos en la adolescencia son los trastornos externalizantes como los trastornos de conducta y consumo de sustancias (Natsuaki MN, 2009).

b) Trastornos de la personalidad del Grupo B y antecedentes de maltrato infantil

El 5.23% de los usuarios con el diagnóstico de cualquier trastorno de la personalidad reportó el antecedente de abuso sexual en la infancia y el 3.66% de estos usuarios indicaron el antecedente de violación en la infancia. Respecto al antecedente de maltrato infantil de tipo físico, el 35.07% de los usuarios con cualquier trastorno de la personalidad de Grupo B lo indicó a su ingreso y el 67.53% contaba con el antecedente de maltrato infantil de tipo emocional.

Usuarios con dependencia a una o más sustancias con el diagnóstico de trastorno de la personalidad del Grupo B y antecedentes de maltrato infantil								
Trastorno de la personalidad	Abuso sexual		Violación		Maltrato físico		Maltrato emocional	
	Porcentaje	N	Porcentaje	N	Porcentaje	N	Porcentaje	N
Trastorno histriónico	4.18	8	2.61	5	18.84	36	39.26	75
Trastorno narcisista	1.04	2	1.04	2	7.32	14	10.47	20
Trastorno antisocial	0.52	1	0.52	1	7.32	14	15.70	30
Trastorno impulsivo	3.66	7	2.09	4	<b>21.98*</b>	42	36.64	70
Trastorno límite	4.18	8	3.14	6	<b>25.65**</b>	49	<b>45.02***</b>	86

**Tabla 391.** Antecedentes de maltrato infantil en usuarios con el diagnóstico de trastorno de la personalidad en estancia residencial en el Centro Estatal para la Atención Integral para las adicciones.

Fuente: Funcionalidad familiar y patología dual en usuarios residenciales en Centro Estatal para la Atención Integral de las Adicciones, Hidalgo, 2015

\* ( $X^2 = 5.116$ ,  $gl = 1$ ,  $p = 0.024$ ,  $OR = 1.297$ ,  $IC\ 95\% [1.027 - 1.637]$ )

\*\* ( $X^2 = 8.000$ ,  $gl = 1$ ,  $p = 0.005$ ,  $OR = 1.375$ ,  $IC\ 95\% [1.098 - 1.721]$ )

\*\*\* ( $X^2 = 12.497$ ,  $gl = 1$ ,  $p = 0.000$ ,  $OR = 2.407$ ,  $IC\ 95\% [1.437 - 4.035]$ )

Los trastornos de la personalidad del Grupo B o grupo conceptualizado como los trastornos de la personalidad dramáticos e emocionalmente inestables, estos trastornos presentan características comunes como el egocentrismo, la ausencia de empatía, solicitud de atención constante, respuestas exageradas al rechazo, indiferencia, explosiones de ira y alternancia entre idealización y

devaluación, seducción y manipulación, expresión excesiva de las emociones y dramatización de los afectos, pero aquellos sujetos diagnosticados con un trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad muestran un mayor grado de impulsividad, autodestrucción, inestabilidad emocional y distorsiones cognitivas de la realidad. El desarrollo en la infancia y la adolescencia del trastorno de la inestabilidad emocional de personalidad no sólo requiere la presencia de una vulnerabilidad biológica subyacente, sino factores psicosociales de riesgo, que han sido asociados con la emergencia de este trastorno de la personalidad como son la desintegración social, la disfunción familiar y la dificultad para establecimiento de normas y límites: una infancia inestable y relaciones familiares idealizadas son características que tienden a estar presente en individuos con este trastorno de la una personalidad; la estabilidad familiar juega un papel preponderante en el desarrollo (Harman JM, 2004). Concordante con lo expuesto anteriormente, en el presente estudio, la disfunción familiar y las variables asociadas con su dinámica fueron positivas entre separación materna y trastorno de inestabilidad emocional tipo límite ( $X^2 = 4.490$ ,  $gl = 1$ ,  $p = 0.034$ ,  $OR = 1.828$ ,  $IC\ 95\% [1.044 - 3.205]$ ), separación materna por violencia intrafamiliar ( $X^2 = 4.990$ ,  $gl = 1$ ,  $p = 0.025$ ,  $OR = 2.079$ ,  $IC\ 95\% [1.087 - 3.976]$ ), separación paterna ( $X^2 = 6.409$ ,  $gl = 1$ ,  $p = 0.011$ ,  $OR = 1.479$ ,  $IC\ 95\% [1.086 - 2.014]$ ) y disfunción familiar ( $X^2 = 11.063$ ,  $gl = 1$ ,  $p = 0.001$ ) con un riesgo 3.1 veces mayor ( $OR = 3.191$ ,  $IC\ 95\% [1.581 - 6.443]$ ). Zanarini y colaboradores identificaron cuatro predictores de para el trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad de tipo límite: (1) el sexo femenino; (2) abuso sexual; (3) la negación emocional de una figura paterna; y (4) una relación incoherente madre-figura femenina, también identificó que los expuestos a una disfunción familiar tiene un mayor riesgo de desarrollar este trastorno (Zanarini MC 1997).

Una aproximación teórica para entender el papel del maltrato infantil en el desarrollo del trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad es conceptualizar su emergencia como la conjunción de múltiples dominio de influencia que incluyen las características temperamentales, la dinámica y funcionalidad familiar y características ambientales, este modelo sugiere una interacción entre rasgos temperamentales y estresores ambientales (Beauchaine TP, 2009). El estresor ambiental más comúnmente reportado que ha mostrado un incremento en el riesgo para el desarrollo del trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad en la infancia y adolescencia es el maltrato infantil, que incluye las experimentación de abuso y negligencia, muchos adultos que han sido

diagnosticados con un trastorno límite de la personalidad reportaron una elevada prevalencia de abuso infantil y negligencia en comparación con otros individuos que habían sido diagnosticados con otros trastornos de la personalidad (Battle CL, 2004)..

Diferentes formas de maltrato infantil se han asociado con el desarrollo del trastorno límite de la personalidad, principalmente el abuso sexual en la infancia, no obstante, investigaciones recientes sugieren que el maltrato emocional infantil (agresiones verbales, humillaciones, negación de consuelo en malestar emocional y falta de seguridad) es el factor de riesgo psicosocial más relevante, diversos estudios han confirmado una alta prevalencia de antecedentes de maltrato infantil de tipo emocional en adultos con el diagnóstico de trastorno límite y estos estudios han mostrado que el maltrato en la infancia de tipo emocional es el único asociado de forma consistente con el desarrollo de este trastorno en comparación con otros tipo de maltrato infantil (Bornovalova MA, 2006).

Jonhanson y colaboradores encontraron que las experiencia de maltrato emocional en la infancia como la experimentación de abuso verbal en la infancia (episodios de gritos a los infantes combinado con las amenazas de violencia física por mal comportamiento y / o declaraciones de no amar o deseo de haber concebido al niño o intenciones de enviar al niño con otros familiares), los sujetos reclutados en dicho estudio indicaron de forma prospectiva el antecedente de maltrato infantil de tipo emocional y fue el mejor predictor para el desarrollo y emergencia de síntomas característicos del trastorno límite de la personalidad en adolescentes y adultos, incluso después de controlar una amplia gama de factores pertinentes, incluidos el maltrato infantil de tipo físico, el abuso sexual y el abandono (Johnson JK, 2001).

De acuerdo con lo expuesto anteriormente, la asociación entre maltrato infantil de tipo físico y el trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad tipo límite fue positiva ( $p = 0.005$ ) con un riesgo 1.3 veces mayor de ser diagnosticado con este trastorno de la personalidad cuando se cuenta con el antecedente de maltrato infantil de tipo físico y su asociación entre maltrato infantil de tipo emocional ( $p = 0.000$ ) con un riesgo 2.4 veces mayor en comparación con los no expuestos.

c) Trastornos de la personalidad del Grupo C y antecedentes de maltrato infantil

El 4.71% de los usuarios con el diagnóstico de cualquier trastorno de la personalidad del Grupo C reportó el antecedente de abuso sexual en la infancia y el 3.14% de estos usuarios indicaron el antecedente de violación en la infancia. En relación al antecedente de maltrato infantil de tipo físico, el 30.89% de los usuarios con cualquier trastorno de la personalidad de Grupo C lo reportó a su ingreso y el 55.49% contaba con el antecedente de maltrato infantil de tipo emocional.

Usuarios con dependencia a una o más sustancias con el diagnóstico de trastorno de la personalidad del Grupo C y antecedentes de maltrato infantil								
Trastorno de la personalidad	Abuso sexual		Violación		Maltrato físico		Maltrato emocional	
	Porcentaje	N	Porcentaje	N	Porcentaje	N	Porcentaje	N
Trastorno anacastico	0.52	1	0.0	0	7.85	15	13.61	26
Trastorno dependiente	2.61	5	1.57	3	9.42	18	<b>19.37**</b>	37
Trastorno ansioso	3.66	7	2.61	5	<b>23.03*</b>	44	38.74	74

**Tabla 392.** Antecedentes de maltrato infantil en usuarios con el diagnóstico de trastorno de la personalidad del Grupo C en estancia residencial en el Centro Estatal para la Atención Integral de las Adicciones.

Fuente: Funcionalidad familiar y patología dual en usuarios residenciales en Centro Estatal para la Atención Integral de las Adicciones, Hidalgo, 2015

\* ( $X^2 = 5.701$ ,  $gl = 1$ ,  $p = 0.017$ ,  $OR = 1.313$ ,  $IC\ 95\% [1.042 - 1.653]$ )

\*\* ( $X^2 = 7.423$ ,  $gl = 1$ ,  $p = 0.006$ ,  $OR = 3.159$ ,  $IC\ 95\% [1.210 - 8.247]$ )

De acuerdo al estudio de Tyrka y colaboradores en donde se explora al asociación entre el antecedente de maltrato infantil y su asociación con los diferentes trastorno de la personalidad en una muestra de 105 individuos sin comorbilidad con otros trastornos psiquiátricos, reportó una asociación positiva entre cualquier tipo de maltrato en la infancia (maltrato emocional, maltrato físico, abuso sexual y abandono) entre el trastornos paranoide de la personalidad ( $X^2 = 9.29$ ,  $p = 0.01$ ), trastorno de la inestabilidad emocional de la personalidad tipo límite ( $X^2 = 10.91$ ,  $p = 0.004$ ), para el trastorno ansioso de la personalidad ( $X^2 = 6.22$ ,  $p = 0.045$ ), trastorno dependiente de la personalidad ( $X^2 = 6.64$ ,  $p = 0.036$ ) y trastorno anacastico de la personalidad ( $X^2 = 11.25$ ,  $p = 0.004$ ) (Tyrkaa AR, 2009).



- Usuarios en estancia residencial con trastorno de la personalidad y diagnóstico comorbido de trastornos del estado de ánimo.

El 58.11% de los usuarios en estancia residencial con dependencia a una o más sustancias que cursan con el diagnóstico de cualquier trastorno de la personalidad cumplieron criterios diagnósticos para cualquier trastorno del estado de ánimo, su asociación fue positiva ( $X^2 = 7.707$ ,  $gl = 1$ ,  $p = 0.006$ ) y confirió un riesgo 11.1 veces mayor en usuarios con el diagnóstico de cualquier trastorno de la personalidad de cumplir criterios para cualquier trastorno del estado de ánimo (OR = 11.100, IC 95% [1.361 – 90.521]).

El 25.65% de los usuarios en estancia residencial cumplió criterios diagnósticos para un episodio depresivo a su ingreso a estancia residencial, el 100% estos usuarios cumplieron criterios diagnósticos para cualquier trastorno de la personalidad.

El 47.65% de los usuarios en estancia residencial cumplió criterios diagnósticos para el trastorno distímico, el 98% de estos usuarios cursaban con el diagnóstico de cualquier trastorno de la personalidad, su asociación fue positiva ( $X^2 = 4.494$ ,  $gl = 1$ ,  $p = 0.034$ ) con un riesgo de 7.1 veces mayor de cumplir criterios diagnósticos del trastorno distímico cuando se cursa con cualquier trastorno de la personalidad.

El 3.14% de los usuarios cumplieron con los criterios diagnósticos para el trastorno depresivo recurrente, de estos usuarios, el 100% contaba con el diagnóstico de un trastorno de la personalidad.

Los trastornos del estado de ánimo en general y el trastorno depresivo mayor en particular, presentan una alta comorbilidad con otros trastornos mentales y produce un alto costo en los individuos, sus familias y los sistemas de salud. Estudios prospectivos y longitudinales en pacientes que cursan con el diagnóstico de un episodio depresivo muestran que este cualquier trastorno del estado de ánimo es una enfermedad crónica caracterizada por un patrón complejo de persistencia, remisión y recurrencias (Hollon SD, 2005).

La cronicidad en los trastornos del estado de ánimo puede estar representado por el tiempo prolongado de recuperación de un episodio (persistencia) o la aparición de un nuevo episodio en un caso remitido (recaída o reaparición). La identificación de predictores consistentes de la evolución del trastorno depresivo mayor (remisión, recaída, o persistencia) ha sido difícil, no obstante, la recurrencia de los episodios y el número de éstos están asociados con remisiones y recaídas tardías aceleradas. Los pacientes con trastorno depresivo mayor y trastorno distímico concurrente (depresión doble) tienen cursos de enfermedades crónicas en comparación con otros trastornos psiquiátricos, la comorbilidad, la aparición a edad temprana y el sexo femenino son otros predictores de cronicidad (Klein DN, 2006).

Los trastornos de personalidad han recibido una atención creciente como factores pronósticos para el curso y el pronóstico de un trastorno depresivo mayor, estudios naturalistas y ensayos clínicos para el tratamiento psicofarmacológico sugieren que los trastornos de personalidad tienen un impacto negativo en curso de los trastornos del estado de ánimo (Mulder RT, 2002).

El estudio longitudinal colaborativo de los trastornos de la personalidad (The Collaborative Longitudinal Personality Disorders Study [CLPS]) fue diseñado para proporcionar información sobre el curso y pronóstico de los trastornos del estado de ánimo en pacientes con un trastorno de la personalidad comorbido y pacientes sin un trastornos de personalidad como grupo control, el análisis inicial predijo que los pacientes con un trastorno de la personalidad presentaban una remisión más lenta y mayor tasas de recaídas con predominio en los pacientes con trastorno de la inestabilidad emocional de la personalidad y el trastorno anacástico en comparación con los pacientes sin un trastorno de la personalidad (Grilo CM, 2005).

El análisis de los resultados del estudio CLPS realizado por Andrew E Skodol y colaboradores hallaron que los trastorno de la personalidad comorbidos predijeron una persistencia del trastorno depresivo mayor, los trastornos de ansiedad y el trastorno distímico, la población con mayor riesgo atribuible, en primer lugar, fue el trastorno de la inestabilidad emocional de la personalidad de tipo límite, seguido de los trastornos de personalidad esquizoide y esquizotípico (Andrew E, 2011).

- a) Usuarios en estancia residencial con cualquier trastorno de la personalidad del Grupo A y diagnóstico comorbido de trastornos del estado de ánimo.

El 32.46% de los usuarios con cualquier diagnóstico de la personalidad del Grupo A presentó un trastorno del estado de ánimo comorbido, su asociación fue positiva ( $X^2 = 5.520$ ,  $gl = 1$ ,  $p = 0.019$ ) y mostró un riesgo 1.9 veces mayor de cursar con un trastorno de estado de ánimo cuando se cumplen criterios para cualquier trastorno de la personalidad del Grupo A (OR = 1.969, IC 95% [1.116 – 3.476]).

EL 13.08% de los usuarios con cualquier trastorno de la personalidad del Grupo A cumplió criterios para el diagnóstico de un episodio depresivo a su ingreso, el 25.65% cumplió criterios para un trastorno distímico y el 3.14% cumplió criterios para un trastorno depresivo recurrente.

Usuarios con dependencia a una o más sustancias con el diagnóstico de trastorno de la personalidad del Grupo A y diagnóstico de un trastorno del estado de ánimo						
Trastorno de la personalidad	Episodio depresivo		Trastorno distímico		Trastorno depresivo recurrente	
	Porcentaje	N	Porcentaje	N	Porcentaje	N
Trastorno paranoide	6.80	13	13.61*	26	0.52	1
Trastorno esquizoide	8.90	17	15.18	29	2.09	4
Trastorno esquizotípico	0.52	1	4.18**	8	0.0	0

**Tabla 393.** Usuarios con el diagnóstico de un trastorno de la personalidad y un diagnóstico comorbido de trastorno de estado de ánimo en estancia residencial en el Centro Estatal para la Atención Integral de las Adicciones.

Fuente: Funcionalidad familiar y patología dual en usuarios residenciales en Centro Estatal para la Atención Integral de las Adicciones, Hidalgo, 2015

\* ( $X^2 = 4.202$ ,  $gl = 1$ ,  $p = 0.040$ , OR = 2.022, IC 95% [1.024 – 3.992])

\*\* ( $X^2 = 7.155$ ,  $gl = 1$ ,  $p = 0.007$ , OR = 10.410, IC 95% [1.277 – 84.875])

El trastorno paranoide de la personalidad se caracteriza por un patrón persistente de desconfianza, que frecuentemente se asocia con un estilo hostil de relación con los demás, frialdad emocional, hipersensibilidad a la crítica y creencias suspicaces continuas sobre las intenciones de los otros. La prevalencia de este trastorno de la personalidad sugiere que es uno de los trastornos más diagnosticados en la población general y en muestras clínicas, además, este trastorno de

personalidad se caracteriza por una significativa disfuncionalidad en diferentes dominios que puede incrementar el riesgo para el desarrollo de trastornos del estado de ánimo y trastornos de ansiedad, violencia y conductas delictivas, incremento en la prevalencia de intentos suicidas y una reducción global de la calidad de vida de las personas quienes han sido diagnósticas con este trastorno de la personalidad (Grant BF, 2004).

En el estudio de tipo casos y controles realizado por Medine Yazıcı y Hocaoglu, en una población de estudiantes universitarios ( $n = 72$ ) para establecer la asociación entre trastornos de personalidad, trastorno depresivo mayor y discapacidad, encontraron altos puntajes para la escala de Hamilton para depresión y ansiedad en los sujetos que cursaban con un trastornos de la personalidad en comparación con los controles (56.9% vs 10.1%), el trastorno de la personalidad del Grupo A asociado con mayores puntajes para depresión y discapacidad fue el trastorno paranoide de la personalidad, el 65.3% de la población con este trastorno de la personalidad cumplió criterios para un episodio depresivo ( $p = 0.001$ ) (Yazıcı & Hocaoglu, 2011) en comparación con el presente estudio, no se encontraron asociaciones con el diagnóstico de trastorno depresivo mayor para cualquier trastorno de la personalidad del Grupo A, no obstante, la prevalencia del trastorno distímico en usuarios con el diagnóstico de trastorno paranoide de la personalidad fue del 13.6% con una asociación positiva ( $p = 0.040$ ) y un riesgo 2.02 veces mayor de presentar síntomas distímico. En el estudio realizado Andrew y Skodol, se encontró una persistencia del trastorno distímico en pacientes con un diagnóstico de personalidad paranoide con una riesgo relativo de 1.8 (IC 95% [1.21 – 2.68]), lo cual es concordante con la prevalencia hallada en este estudio y el riesgo para la presentación de trastorno distímico para los usuarios con el diagnóstico de trastorno paranoide de la personalidad. Es necesario incluir los resultados obtenidos por Oddgeir Friborg y colaboradores obtenidos en su meta-análisis sobre la comorbilidad entre los trastornos de la personalidad y los trastornos del estado de ánimo a partir de la revisión de 122 ensayos clínicos, los hallazgos reportados en relación al trastorno paranoide de la personalidad, indican una prevalencia del trastorno distímico del 6 – 7% para este trastorno y una rango del 18 al 35% para cualquier trastorno de la personalidad del Grupo A (Friborg O, 2011).

El trastorno esquizotípico de la personalidad es un complejo constructo que se ha asociado de formas diversas con la esquizofrenia, tanto a nivel histórico, conceptual, genético, neuroquímico,

anatómico y neurocognitivo. La organización esquizotípica de la personalidad puede conceptualizarse como una forma atenuada de esquizofrenia y puede considerarse una fase premorbida o prodrómica de este trastorno o como una organización de la personalidad genéticamente predispuesta a la psicosis. Reine teoriza que existen dos formas de trastorno esquizotípico, una forma estaría representado por una constelación de déficits en el neurodesarrollo que harían al individuo vulnerable para el desarrollo de la esquizofrenia y una segunda forma que se caracterizaría por un déficit más psicosocial y una gran variabilidad sintomática (Raine A, 2006).

La elevada prevalencia de los trastornos del estado de ánimo en sujetos con un trastorno de personalidad esquizotípica puede atribuirse, en primera instancia, a que los pacientes con esquizofrenia y sus familiares en primer grado presentan altas tasas de síntomas depresivos y, en segundo lugar, los síntomas depresivos estén presentes en la fase prodrómica de individuos con alto riesgo para el desarrollo de un trastorno del espectro de la esquizofrenia (Lemos-Giráldez S, 2009).

De acuerdo con diversos estudios realizados sobre la relación entre el trastorno esquizotípico y los trastornos del estado de ánimo sugieren una elevada prevalencia entre los síntomas depresivos en sujetos adolescentes con rasgos esquizotípicos, Wigman y colaboradores encontraron que la dimensión positiva del trastorno esquizotípico está asociado con una mayor vulnerabilidad al estrés y problemas emocionales, asimismo, Scott et al, reclutaron una muestra de adolescentes australianos quienes reportaron alucinaciones auditivas y/o visuales asociadas con altas prevalencias de síntomas depresivos en comparación con los no expuestos (Fonseca-Pedrero E, 2011), asimismo, el trastorno esquizotípico de la personalidad, se ha asociado con una mayor comorbilidad con el trastorno distímico y una persistencia de este trastorno del estado de ánimo, el cual modula de forma negativa la estabilidad del diagnóstico del trastorno esquizotípico de la personalidad en los estudios de seguimiento, empeorando el pronóstico del trastorno del estado de ánimo comorbido, incrementando la disfunción psicosocial, actuando como un indicador de crisis psicóticas, intentos suicidas, hospitalizaciones psiquiátricas y mayor uso de servicios de emergencia (Katon W, 2002).

En un análisis sobre la comorbilidad entre el trastorno distímico y el trastorno esquizotípico de la personalidad en el Estudio Longitudinal Colaborativo de los Trastornos de la Personalidad (CLPS),

David J. Hellersteina, Andrew E. Skodol y colaboradores encontraron una prevalencia del trastorno distímico en los individuos con un trastorno esquizotípico de personalidad del 14.7% ( $n = 84/573$ ) y una persistencia de esta asociación a lo largo de dos años de seguimiento, pero con un incremento en la prevalencia del trastorno esquizotípico de la personalidad en el segundo año de evaluación con persistencia de los síntomas depresivos. En el análisis realizado Vanessa Lentz y colaboradores sobre el trastorno esquizotípico de la personalidad a partir del National Epidemiological Survey on Alcohol and Related Conditions (NESARC) la asociación entre trastorno esquizotípico de la personalidad y trastorno distímico fue positiva con un riesgo relativo de 1.18 (Lentz V, 2011), en el presente estudio el riesgo la prevalencia del trastorno esquizotípico fue menor a la reportada David J. Hellersteina, Andrew E. Skodol, pero el riesgo relativo en este estudio fue mayor al reportado por Vanessa Lentz y colaboradores (2.02 vs 1.8).

Es importante señalar que los estudios revisados previamente evaluaban la asociación entre el trastorno esquizotípico de la personalidad y el trastorno distímico, en el presente estudio también exploró la asociación entre el trastorno de la personalidad esquizotípica y el trastorno distímico, no obstante, los individuos evaluados para ambos trastornos cursaban con dependencia a una o más sustancias, lo cual puede incrementar el riesgo relativo de la asociación debido al efecto de la variable dependencia a una o más sustancias.

- b) Usuarios en estancia residencial con cualquier trastorno de la personalidad del Grupo B y diagnóstico comorbido de trastornos del estado de ánimo.

El 54.45% de los usuarios en estancia residencial con cualquier trastorno de la personalidad del Grupo B cumplieron con los criterios diagnósticos para cualquier trastorno del estado de ánimo (episodio depresivo, trastorno distímico y trastorno depresivo recurrente), su asociación fue positiva ( $X^2 = 9.941$ ,  $gl = 1$ ,  $p = 0.002$ ) y mostró un riesgo 3.8 veces mayor en los usuarios de ser diagnóstico con cualquier trastorno del estado de ánimo a su ingreso (OR = 3.824, IC 95% [1.594 – 9.172]).

EL 23% de los usuarios con cualquier trastorno de la personalidad del Grupo B cumplieron criterios diagnósticos para un episodio depresivo y el 2.61% criterios para trastorno depresivo recurrente a su ingreso a estancia residencial.

El 44.5% de los usuarios con cualquier trastorno de la personalidad del Grupo B cumplieron criterios diagnósticos a su ingreso para el trastorno distímico, su asociación fue positiva ( $X^2 = 7.608$ ,  $gl = 1$ ,  $p = 0.006$ ) y confirió un riesgo 3.5 veces mayor para usuarios que cursan con cualquier trastorno de la personalidad del Grupo B de cumplir con los criterios diagnóstico para un trastorno distímico (OR = 3.582, IC 95% [1.384 – 9.271]).

Usuarios con dependencia a una o más sustancias con el diagnóstico de trastorno de la personalidad del Grupo B y diagnóstico de un trastorno del estado de ánimo						
Trastorno de la personalidad	Episodio depresivo		Trastorno distímico		Trastorno depresivo recurrente	
	Porcentaje	N	Porcentaje	N	Porcentaje	N
Trastorno histriónico	12.56	24	24.08	46	2.61	5
Trastorno narcisista	4.18	8	6.28	12	0.52	1
Trastorno antisocial	4.18	8	7.85	15	0.0	0
Trastorno impulsivo	12.56	24	<b>27.22**</b>	52	2.09	4
Trastornos límite	<b>18.84*</b>	36	<b>34.03***</b>	65	1.57	3

**Tabla 394.** Trastornos del estado de ánimo en usuarios en estancia residencial con un trastorno de la personalidad del Grupo B en el Centro de Atención Integral para las Adicciones.

Fuente: Funcionalidad familiar y patología dual en usuarios residenciales en Centro Estatal para la Atención Integral de las Adicciones, Hidalgo, 2015

\* ( $X^2 = 13.112$ ,  $gl = 1$ ,  $p = 0.000$ , OR = 3.566, IC 95% [1.752 – 7.262])

\*\* ( $X^2 = 10.806$ ,  $gl = 1$ ,  $p = 0.001$ , OR = 2.595, IC 95% [1.461 – 4.607])

\*\*\* ( $X^2 = 27.884$ ,  $gl = 1$ ,  $p = 0.000$ , OR = 4.865, IC 95% [2.661 – 8.894])

La comorbilidad psiquiátrica más común en los pacientes que cursan con el diagnóstico de trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad de tipo límite son los trastornos del estado de ánimo, trastornos por ansiedad y el trastorno de estrés postraumático, la prevalencia de estos trastornos a lo largo de la vida es del 85%, seguido por los trastornos por uso de sustancias con una prevalencia a lo largo de la vida del 78%. Estudios transversales realizados en Estados Unidos y Alemania

mostraron prevalencias similares respecto al consumo de tabaco (54%), consumo de alcohol (47%) y consumo de sustancias (22%) con un riesgo relativo de 10.1 veces mayor en comparación con los no expuestos (Kienast T, 2014).

Los trastornos del estado de ánimo se han estudiado ampliamente en los sujetos que cursa con cualquier trastorno de la personalidad del Grupo los B, Sanderson y colaboradores reportaron una prevalencia para cualquier trastorno de la personalidad para depresión mayor, distimia y depresión doble (episodio depresivo sobrepuesto a un trastorno distímico) del 50%, 52% y 69% respectivamente. Respecto a los trastornos de la personalidad del Grupo B, la mayor prevalencia de trastornos del estado de ánimo corresponde al trastorno de inestabilidad emocional y al trastorno histriónico del personalidad (Sanderson, 1992). En el meta-análisis realizado por Friborg y colaboradores, reportaron una prevalencia global para cualquier trastorno del estado de ánimo del 49 al 78% (Friborg O, 2011), coincidente con las prevalencias halladas en el presente estudio.

Nahathai Wongpakaran y colaboradores realizaron un estudio transversal en población universitaria con una muestra 87 estudiantes asiáticos, la prevalencia para cualquier trastorno del estado de ánimo fue del 27% con predominio del trastorno de inestabilidad emocional tipo límite, la prevalencia para el trastorno depresivo en estudiantes con un trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad tipo límite fue del 20%, para el trastorno distímico del 2.4% y para la depresión doble del 1.2%. La prevalencia de cualquier trastorno del estado de ánimo y el trastorno límite de la personalidad es la asociación más repicada a través de diferentes culturas debido a que el constructo de este trastorno de la personalidad está más estrechamente relacionado con los hallazgos clínicos y biológicos que lo sustentan (Wongpakaran N, 2015).

Yen y colaboradores realizaron un estudio prospectivo a dos años de seguimiento con una población de 668 sujetos, entre los sujetos con cualquier diagnóstico de trastorno de la personalidad del grupo B, aquellos que cursa con el diagnóstico de trastorno de la personalidad límite fue un predictor para intentos suicidas (OR = 2.8, IC 95% [1.26 – 6.64]), una mayor prevalencia para el trastorno depresivo mayor (OR = 1.60, 95% [1.60 – 2.00]), consumo del alcohol (OR = 1.74, IC 95%, IC 95% [1.13 – 2.68]) y consumo de drogas (OR = 2.11, IC 95% [1.43 – 3.12]). Yen et al concluyen que los sujetos con el diagnóstico de trastorno de inestabilidad es un fuerte predictor



para conductas suicidas, mayor prevalencia para el trastorno depresivo, consumo de alcohol y consumo de sustancias (Yen S, 2003).

Acorde con lo expuesto anteriormente, en el presente estudio, se encontraron asociaciones positivas entre el antecedente de intento suicida y el trastorno límite de la personalidad (OR = 1.69, IC 95% [1.31 – 2.16]), trastorno depresivo (OR = 3.56, IC 95% [1.75 – 7.26]) y trastorno distímico (OR = 4.86, IC 95% [2.66 – 8.89]).

- c) Usuarios en estancia residencial con cualquier trastorno de la personalidad del Grupo C y diagnóstico comorbido de trastornos del estado de ánimo.

El 43.97% de los usuarios en estancia residencial con cualquier trastorno de la personalidad del Grupo C cumplieron con los criterios diagnósticos para cualquier trastorno del estado de ánimo (episodio depresivo, trastorno distímico y trastorno depresivo recurrente), el 20.41% de estos usuarios cumplieron criterios diagnósticos para un episodio depresivo, el 35.6% para trastorno distímico y el 2.61% para trastorno depresivo recurrente.

Usuarios con dependencia a una o más sustancias con el diagnóstico de trastorno de la personalidad del Grupo C y diagnóstico de un trastorno del estado de ánimo						
Trastorno de la personalidad	Episodio depresivo		Trastorno distímico		Trastorno depresivo recurrente	
	Porcentaje	N	Porcentaje	N	Porcentaje	N
Trastorno anacástico	6.28	12	9.42	18	0.52	1
Trastorno dependiente	<b>8.37*</b>	<b>16</b>	<b>13.08**</b>	<b>25</b>	1.57	3
Trastorno ansioso	13.61	26	25.65	49	1.57	3

Tabla 395. Trastornos del estado de ánimo en usuarios con el diagnóstico de un trastorno de la personalidad del Grupo C en estancia residencial en el Centro Estatal para la Atención Integral para las Adicciones.

Fuente: Funcionalidad familiar y patología dual en usuarios residenciales en Centro Estatal para la Atención Integral de las Adicciones, Hidalgo, 2015

\* (X<sup>2</sup> = 5.882, gl = 1, p = 0.015, OR = 2.444, IC 95% [1.171 – 5.098])

\*\* (X<sup>2</sup> = 4.951, gl = 1, p = 0.026, OR = 2.202, IC 95% [1.091 – 4.444])

Jeffrey G. Johnson y Patricia Cohen llevaron a cabo un estudio longitudinal prospectivo para investigar la asociación de los rasgos de trastornos de la personalidad en la edad adulta y el riesgo de desarrollo de cualquier trastorno del estado de ánimo (trastorno depresivo y trastorno distímico). En relación al trastorno dependiente de la personalidad, evaluación inicial al comienzo del estudio (corte trasversal) indicó una asociación positiva entre el trastorno de personalidad dependiente y el desarrollo de un episodio depresivo mayor y/o distimia con un riesgo relativo de 1.3 (IC 95% [1.03 – 1.68]), la segunda medición se realizó a los 33 años de edad con un incremento en la prevalencia y el riesgo relativo 4.56 (IC 95% [1.51 – 13.96]) veces mayor de cursar con cualquier trastorno del estado de ánimo cuando se tiene un diagnóstico de trastorno de la personalidad dependiente (Johnson JG, 2015), lo cual es coincidente con los hallazgos del presente estudio en relación a la medición inicial de su estudio longitudinal.

- Usuarios en estancia residencial con trastorno de la personalidad y diagnóstico comorbido de trastorno de ansiedad.

El 60.2% de los usuarios en estancia residencial con dependencia a una o más sustancias que cursaban con el diagnóstico de cualquier trastorno de la personalidad cumplieron criterios diagnósticos para cualquier trastorno ansiedad.

El 59% de los usuarios en estancia residencial cumplió criterios diagnósticos para el trastorno de ansiedad generalizada, el 97.45% estos usuarios cumplieron criterios diagnósticos para cualquier trastorno de la personalidad.

El 2.5% de los usuarios en estancia residencial cumplió criterios diagnósticos para el trastorno de ansiedad social y el 100% de estos usuarios cumplieron diagnósticos para cualquier trastorno de la personalidad.

El 1% de los usuarios cumplieron con los criterios diagnósticos para el trastorno de estrés postraumático y el 100% contaba con el diagnóstico de un trastorno de la personalidad.

El 4% de los usuarios cumplieron con los criterios diagnósticos para el trastorno de pánico y el 100% de estos usuarios cumplió criterios para cualquier trastorno de la personalidad.

- a) Usuarios en estancia residencial con cualquier trastorno de la personalidad del Grupo A y diagnóstico comorbido de ansiedad.

El 30.89% de los usuarios en estancia residencial con cualquier trastorno de la personalidad del Grupo A cumplieron con los criterios diagnósticos para el trastorno de ansiedad generalizada, el 1.57% con el trastorno de fobia social, el 0.52% con el trastorno de estrés postraumático y el 2.09% para el trastorno de pánico.

Usuarios con dependencia a una o más sustancias con el diagnóstico de trastorno de la personalidad del Grupo A y diagnóstico de un trastorno de ansiedad								
Trastorno de la personalidad	Ansiedad generalizada		Fobia social		TEPT		Trastorno de pánico	
	Porcentaje	N	Porcentaje	N	Porcentaje	N	Porcentaje	N
Trastorno paranoide	14.13	27	0.52	1	0.0	0	0.0	0
Trastorno esquizoide	20.94	40	1.04	2	0.52	1	1.57	3
Trastorno esquizotípico	3.66	7	0.0	0	0.0	0	0.52	1

Tabla 396. Trastornos por ansiedad en usuarios con el diagnóstico de un trastorno de la personalidad del Grupo C en estancia residencial en el Centro Estatal para la Atención Integral para las Adicciones.

Fuente: Funcionalidad familiar y patología dual en usuarios residenciales en Centro Estatal para la Atención Integral de las Adicciones, Hidalgo, 2015

- b) Usuarios en estancia residencial con cualquier trastorno de la personalidad del Grupo B y diagnóstico comorbido de ansiedad.

El 54.45% de los usuarios en estancia residencial con cualquier trastorno de la personalidad del Grupo B cumplieron criterios diagnósticos para el trastorno de ansiedad generalizada, el 1.57% para el trastorno de fobia social, el 1.04% para el trastorno de estrés postraumático y el 4.18% para el trastorno de pánico.

Usuarios con dependencia a una o más sustancias con el diagnóstico de trastorno de la personalidad del Grupo A y diagnóstico de un trastorno de ansiedad								
Trastorno de la personalidad	Ansiedad generalizada		Fobia social		TEPT		Trastorno de pánico	
	Porcentaje	N	Porcentaje	N	Porcentaje	N	Porcentaje	N
Trastorno histriónico	32.46	62	1.04	2	0.52	1	3.14	6
Trastorno narcisista	7.85	15	0.52	1	0.52	1	1.57	3
Trastorno antisocial	10.99	21	0.0	0	0.0	0	0.52	1
Trastorno impulsivo	<b>31.93*</b>	61	0.0	0	0.52	1	2.61	5
Trastorno límite	32.46	62	0.0	0	1.04	2	2.61	5

**Tabla 397.** Trastornos por ansiedad en usuarios con el diagnóstico de un trastorno de la personalidad del Grupo B en estancia residencial en el Centro Estatal para la Atención Integral para las Adicciones.

Fuente: Funcionalidad familiar y patología dual en usuarios residenciales en Centro Estatal para la Atención Integral de las Adicciones, Hidalgo, 2015

\* ( $X^2 = 6.032$ ,  $gl = 1$ ,  $p = 0.014$ ,  $OR = 2.064$ ,  $IC\ 95\% [1.153 - 3.694]$ )

El trastorno de la inestabilidad emocional de la personalidad está asociado con altas tasas de comorbilidad con otros trastornos psiquiátricos con una media de 3 a 3.4 trastornos psiquiátricos del eje I (trastornos del estado de ánimo, trastornos de la conducta alimentaria, episodios psicóticos y trastornos por consumo de sustancias) y de 4.2 a 4.8 trastornos psiquiátricos a lo largo de la vida (Zimmerman M & Mattia JI, 1999). Concordante con lo anteriormente expuesto, en el presente estudio, la asociación entre el diagnóstico trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad y el diagnóstico de dos trastornos psiquiátricos simultáneos fue positiva ( $X^2 = 4.687$ ,  $gl = 1$ ,  $p = 0.030$ ,  $OR = 1.917$ ,  $IC\ 95\% [1.060 - 3.465]$ ) y el diagnóstico de tres trastornos psiquiátricos simultáneos ( $X^2 = 5.099$ ,  $gl = 1$ ,  $p = 0.24$ ,  $OR = 2.564$ ,  $IC\ 95\% [1.110 - 5.920]$ ).

Los trastornos de ansiedad son igualmente prevalentes que los trastornos del estado de ánimo en los pacientes que cursan con el diagnóstico de trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad tipo límite con un rango del 75 al 90%: el 56% de estos pacientes cumplen criterios diagnósticos para el trastornos de estrés postraumático, el 45% para el trastorno de pánico, el 46% para fobia específica, el 16% para el trastorno obsesivo compulsivo y el 14% para el trastorno de ansiedad generalizada (Grant BF, 2008).

Ales Grambal y colaboradores realizaron un estudio transversal para evaluar la prevalencia de los trastornos de ansiedad y su relación con la calidad de vida en pacientes con el diagnóstico de trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad en una muestra de 515 pacientes con el diagnóstico de un trastorno de ansiedad, el 22.1% (n = 114) de los reclutados contaron con los criterios para cualquier trastorno de ansiedad y el trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad, las prevalencias encontradas en esta muestra de pacientes comprendió el 18.5% para el trastorno de pánico, 17.4% para el trastorno de ansiedad generalizada y 8.7% para el trastorno de estrés postraumático (Grambal A, 2016). La prevalencia del trastorno de ansiedad generalizada y el trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad se encontró por arriba de la hallada en el Estudio Nacional Epidemiológico para Alcohol y condiciones relacionadas (NARC III), pero menor a la encontrada por Grambal y colaboradores.

- c) Usuarios en estancia residencial con cualquier trastorno de la personalidad del Grupo C y diagnóstico comorbido de ansiedad.

El 45.54% de los usuarios con cualquier trastorno de la personalidad del Grupo C cumplió criterios diagnósticos para el trastorno de ansiedad generalizada, el 2.09% para el trastorno de fobia social, el 0.52% para trastorno de estrés postraumático y el 2.61% para el trastorno de pánico.

Usuarios con dependencia a una o más sustancias con el diagnóstico de trastorno de la personalidad del Grupo C y diagnóstico de un trastorno de ansiedad								
Trastorno de la personalidad	Ansiedad generalizada		Fobia social		TEPT		Trastorno de pánico	
	Porcentaje	N	Porcentaje	N	Porcentaje	N	Porcentaje	N
Trastorno anacastico	11.51	22	0.52	1	0.0	0	0.52	1
Trastorno dependiente	13.61	26	0.0	0	0.0	0	0.52	1
Trastorno ansioso	<b>33.50*</b>	64	2.09	4	0.52	1	1.57	3

**Tabla 398.** Trastornos de ansiedad en usuarios con el diagnóstico de trastorno de la personalidad del Grupo C en estancia residencial en el Centro Estatal para la Atención Integral para las Adicciones.

Fuente: Funcionalidad familiar y patología dual en usuarios residenciales en Centro Estatal para la Atención Integral de las Adicciones, Hidalgo, 2015

\* ( $X^2 = 6.926$ ,  $gl = 1$ ,  $p = 0.008$ ,  $OR = 2.166$ ,  $IC\ 95\% [1.213 - 3.868]$ )

- Usuarios con el diagnóstico de trastornos de la personalidad, estructura, dinámica y funcionalidad personalidad en estancia residencial.

El 76% de los usuarios en estancia residencial con el diagnóstico de cualquier trastorno de la personalidad cumplió criterios para una familia disfuncional por medio del APGAR familiar y el 88.48% de estos usuarios presentaban una crisis familiar a su ingreso a estancia residencial.

El 60.73% de los usuarios con cualquier trastorno de la personalidad indicó pertenecer a una familia monoparental.

El 44.5% de los usuarios con cualquier diagnóstico de la personalidad indicó una cohesión familiar no relacionada por medio del FACES III, el 31.93% una cohesión semirrelacionada, el 11.51% una cohesión relacionada y el 12.04% una cohesión familiar aglutinada.

El 42.40% de los usuarios con cualquier trastorno de la personalidad calificó para una adaptabilidad familiar caótica por medio del FACES III, el 18.32% para una adaptabilidad familiar rígida, el 17.27% para una adaptabilidad familiar estructurada y el 20.41% una adaptabilidad familiar flexible.

- a) Usuarios en estancia residencial con trastorno de la personalidad del Grupo A, estructura, dinámica y funcionalidad familiar.

El 39.26% de los usuarios con cualquier diagnóstico de la personalidad cumplió criterios diagnósticos para familia disfuncional por medio del APGAR familiar y el 46.59% de estos usuarios cumplieron criterios por medio de la Escala de Tomas Holmes una crisis familiar a su ingreso.

El 20.94% de los usuarios con cualquier diagnóstico de la personalidad del Grupo A indicó por medio del FACES III una cohesión familiar no relacionada, el 16.75% una cohesión familiar semirrelacionada, el 6.80% una cohesión familiar relacionada y el 9.24% una cohesión familiar aglutinada.

El 22.51% de los usuarios con cualquier diagnóstico de la personalidad del Grupo A cumplió criterios diagnósticos por medio del FACES III para una adaptabilidad caótica, el 16.80% para una adaptabilidad rígida, el 13.44% para una adaptabilidad familiar flexible y el 8.37% para una adaptabilidad estructurada.

Dinámica y funcionalidad familiar en usuarios con dependencia a una o más sustancias con el diagnóstico de trastorno de la personalidad del Grupo A						
Funcionalidad y dinámica familiar	Trastorno paranoide		Trastorno esquizoide		Trastorno esquizotípico	
	Porcentaje	n	Porcentaje	n	Porcentaje	n
Disfunción familiar	19.89	38	26.70	51	4.18	8
Crisis familiar	20.94	40	<b>32.98*</b>	<b>63</b>	4.18	8
Cohesión no relacionada	10.99	21	13.61	26	1.04	2
Cohesión semirrelacionada	5.75	11	12.04	23	2.09	4
Cohesión relacionada	4.18	8	4.71	9	0.52	1
Adaptabilidad caótica	10.47	20	15.70	30	<b>3.66**</b>	<b>7</b>
Adaptabilidad rígida	18.84	36	28.79	55	3.66	7
Adaptabilidad estructurada	3.66	7	7.32	14	0.0	0
Adaptabilidad flexible	4.18	8	5.75	11	0.0	0

**Tabla 399.** Dinámica y funcionalidad familiar en usuarios con el diagnóstico de trastorno de la personalidad del Grupo A en estancia residencial en el Centro Estatal para la Atención Integral para las Adicciones.

Fuente: Funcionalidad familiar y patología dual en usuarios residenciales en Centro Estatal para la Atención Integral de las Adicciones, Hidalgo, 2015

\* ( $X^2 = 5.184$ ,  $gl = 1$ ,  $p = 0.023$ ,  $OR = 3.903$ ,  $IC\ 95\% [1.120 - 13.599]$ )

\*\* ( $X^2 = 4.650$ ,  $gl = 1$ ,  $p = 0.031$ ,  $OR = 4.962$ ,  $IC\ 95\% [1.004 - 24.519]$ )

b) Usuarios en estancia residencial con trastorno de la personalidad del Grupo B, estructura, dinámica y funcionalidad familiar.

El 72.25% de los usuarios con cualquier diagnóstico de la personalidad del Grupo B cumplió criterios diagnósticos para familia disfuncional por medio del APGAR familiar con una asociación positiva ( $X^2 = 9.521$ ,  $gl = 1$ ,  $p = 0.002$ ) y un riesgo 3.5 veces mayor en comparación con los no expuestos ( $OR = 1.531$ ,  $IC\ 95\% [1.531 - 8.084]$ ). El 81.15% de este grupo de pacientes indicaron una por medio de la Escala de Tomas Holmes una crisis familiar a su ingreso con una asociación

positiva ( $X^2 = 5.211$ ,  $gl = 1$ ,  $p = 0.022$ ) y un riesgo 3 veces mayor en comparación con los no expuestos (OR = 3.039, IC 95% [1.128 – 8.189]).

El 41.88% de los usuarios con cualquier diagnóstico de la personalidad del Grupo B cumplió criterios diagnósticos por medio del FACES III para una cohesión no relacionada, el 28.27% para una cohesión semirelacionada, el 9.94% para una cohesión relacionada y el 9.94% para una cohesión aglutinada.

El 37.69% de los usuarios con cualquier diagnóstico de la personalidad del Grupo B cumplió criterios diagnósticos por medio del FACES III para una adaptabilidad caótica, el 17.27% para una adaptabilidad rígida, el 14.65% para una adaptabilidad estructurada y el 19.37% para una adaptabilidad flexible.

Dinámica y funcionalidad familiar en usuarios con dependencia a una o más sustancias con el diagnóstico de trastorno de la personalidad del Grupo B						
Funcionalidad y dinámica familiar	Trastorno histriónico		Trastorno narcisista		Trastorno antisocial	
	Porcentaje	n	Porcentaje	n	Porcentaje	n
Disfunción familiar	41.36	79	10.47	20	<b>18.32*</b>	<b>35</b>
Crisis familiar	48.16	92	12.04	23	18.32	35
Cohesión no relacionada	<b>27.22**</b>	<b>52</b>	7.32	14	9.42	18
Cohesión semirrelacionada	16.23	31	3.14	6	5.23	10
Cohesión relacionada	6.28	12	1.04	2	2.61	5
Cohesión aglutinada	<b>3.14***</b>	<b>6</b>	1.57	3	2.09	4
Adaptabilidad caótica	21.98	42	6.80	13	7.85	15
Adaptabilidad rígida	40.31	77	10.47	20	17.27	33
Adaptabilidad estructurada	8.90	17	1.04	2	3.66	7
Adaptabilidad flexible	8.90	17	2.61	5	5.23	10

**Tabla 400.** Dinámica y funcionalidad familiar en usuarios con el diagnóstico de un trastorno de la personalidad del Grupo B en estancia residencial en el Centro Estatal para la Atención Integral para las Adicciones.

Fuente: Funcionalidad familiar y patología dual en usuarios residenciales en Centro Estatal para la Atención Integral de las Adicciones, Hidalgo, 2015

\* ( $X^2 = 8.268$ ,  $gl = 1$ ,  $p = 0.004$ , OR = 6.674, IC 95% [1.541 – 28.902])

\*\* ( $X^2 = 4.031$ ,  $gl = 1$ ,  $p = 0.045$ , OR = 1.778, IC 95% [1.012 – 3.126])

\*\*\* ( $X^2 = 7.094$ ,  $gl = 1$ ,  $p = 0.008$ , OR = 3.061, IC 95% [1.268 – 7.389])



Dinámica y funcionalidad familiar en usuarios con dependencia a una o más sustancias con el diagnóstico de trastorno de la personalidad del Grupo B				
Funcionalidad y dinámica familiar	Trastorno impulsivo		Trastorno límite	
	Porcentaje	n	Porcentaje	n
Disfunción familiar	37.17	71	<b>46.07*</b>	<b>88</b>
Crisis familiar	41.36	79	47.64	91
Cohesión no relacionada	21.46	41	<b>28.27**</b>	<b>54</b>
Cohesión semirrelacionada	12.56	24	<b>12.56***</b>	<b>24</b>
Cohesión relacionada	6.28	12	6.80	13
Cohesión aglutinada	6.28	12	5.75	11
Adaptabilidad caótica	17.80	34	23.03	44
Adaptabilidad rígida	27.69	23	10.99	21
Adaptabilidad estructurada	5.75	11	6.80	13
Adaptabilidad flexible	9.94	19	12.04	23

**Tabla 401.** Dinámica familiar y funcionalidad familiar en usuarios con el diagnóstico de trastorno de la personalidad del Grupo B en estancia residencial en el Centro Estatal para la Atención Integral para las Adicciones.

Fuente: Funcionalidad familiar y patología dual en usuarios residenciales en Centro Estatal para la Atención Integral de las Adicciones, Hidalgo, 2015

\* ( $X^2 = 11.063$ ,  $gl = 1$ ,  $p = 0.001$ ,  $OR = 3.191$ ,  $IC\ 95\% [1.581 - 6.443]$ )

\*\* ( $X^2 = 6.006$ ,  $gl = 1$ ,  $p = 0.014$ ,  $OR = 2.025$ ,  $IC\ 95\% [1.148 - 3.571]$ )

\*\*\* ( $X^2 = 6.129$ ,  $gl = 1$ ,  $p = 0.013$ ,  $OR = 1.691$ ,  $IC\ 95\% [1.104 - 2.590]$ )

- c) Usuarios en estancia residencial con trastorno de la personalidad del Grupo C, estructura, dinámica y funcionalidad familiar.

El 59.16% de los usuarios con cualquier diagnóstico de la personalidad del Grupo C cumplió criterios diagnósticos para familia disfuncional por medio del APGAR familiar y el 63.87% de este grupo de pacientes indicaron una por medio de la Escala de Tomas Holmes una crisis familiar a su ingreso a estancia residencial.

El 31.97% de los usuarios con cualquier diagnóstico de la personalidad del Grupo C cumplió criterios diagnósticos por medio del FACES III para una cohesión no relacionada, el 23.56% para una cohesión semirrelacionada, el 8.37% para una cohesión relacionada y el 9.94% para una cohesión aglutinada.

El 31.41% de los usuarios con cualquier diagnóstico de la personalidad del Grupo C cumplió criterios diagnósticos por medio del FACES III para una adaptabilidad caótica, el 15.18% para una adaptabilidad rígida, el 10.99% para una adaptabilidad estructurada y el 14.65% para una adaptabilidad flexible.

Dinámica y funcionalidad familiar en usuarios con dependencia a una o más sustancias con el diagnóstico de trastorno de la personalidad del Grupo C						
Funcionalidad y dinámica familiar	Trastorno anacástico		Trastorno dependiente		Trastorno ansioso	
	Porcentaje	n	Porcentaje	n	Porcentaje	n
Disfunción familiar	15.18	29	18.32	35	39.79	76
Crisis familiar	17.27	33	18.32	35	41.88	80
Cohesión no relacionada	7.85	15	10.47	20	21.98	42
Cohesión semirrelacionada	7.32	14	8.90	17	15.70	30
Cohesión relacionada	2.61	5	1.04	2	5.75	11
Cohesión aglutinada	3.66	7	1.04	2	5.23	10
Adaptabilidad caótica	8.37	16	9.42	18	23.03	44
Adaptabilidad rígida	4.18	8	5.23	10	9.94	19
Adaptabilidad estructurada	3.14	6	2.61	5	7.32	14
Adaptabilidad flexible	5.23	10	3.66	7	7.85	15

**Tabla 402.** Dinámica y funcionalidad familiar en usuarios con el diagnóstico de un trastorno de la personalidad del Grupo C en estancia residencial en el Centro Estatal para la Atención Integral para las Adicciones.

Fuente: Funcionalidad familiar y patología dual en usuarios residenciales en Centro Estatal para la Atención Integral de las Adicciones, Hidalgo, 2015

- Usuarios en estancia residencial con trastorno de la personalidad y tratamiento psicofarmacológico en estancia residencial.

El 60% de los usuarios en estancia residencial cumplió criterio para el inicio de un psicofármaco a su ingreso a estancia residencial, el 99.16% de estos usuarios cursaban con un trastorno de la personalidad, su asociación fue positiva y confirmó un riesgo 1.1 veces mayor de iniciar tratamiento psicofarmacológico a su ingreso ( $X^2 = 9.385$ ,  $gl = 1$ ,  $p = 0.002$ ,  $OR = 1.102$ ,  $IC\ 95\% [1.022 - 1.188]$ ).

El 59% de los usuarios en estancia residencial cumplió criterios para el inicio de un antidepresivo a su ingreso a estancia residencial, 100% de estos usuarios cumplieron con criterios diagnósticos por lo menos para un trastorno de la personalidad, su asociación fue positiva y confirió un riesgo 1.8 veces mayor de iniciar tratamiento con un antidepresivo en estos usuarios ( $X^2 = 13.561$ ,  $gl = 1$ ,  $p = 0.000$ ,  $OR = 1.890$ ,  $IC\ 95\% [1.825 - 1.961]$ ).

El 30.5% de los usuarios en estancia residencial cumplieron criterios para el inicio de un antipsicótico, el 100% de estos usuarios contaba con un trastorno de la personalidad, su asociación fue positiva y confirió un riesgo 1.9 veces mayor para iniciar el tratamiento con un antipsicótico ( $X^2 = 1.935$ ,  $gl = 1$ ,  $p = 0.042$ ,  $OR = 1.985$ ,  $IC\ 95\% [1.895 - 1.977]$ ). El 17.5% de los usuarios en estancia residencial cumplió criterio para el inicio de un anticonvulsivante, el 100% de estos usuarios contaban con un trastorno de la personalidad.

- a) Usuarios en estancia residencial con trastorno de la personalidad del Grupo A y tratamiento psicofarmacológico.

El 32.46% de los usuarios con cualquier diagnóstico de trastorno de la personalidad del Grupo A cumplió criterios diagnósticos para el inicio de cualquier psicofármaco (antidepresivo, antipsicótico y anticonvulsivante) a su ingreso a estancia residencial, el 32.46% de este grupos de usuarios iniciaron tratamiento con un antipsicótico a su ingreso y el 16.75% con un anticonvulsivante.

Usuarios con dependencia a una o más sustancias con el diagnóstico de trastorno de la personalidad del Grupo A y tratamiento psicofarmacológico						
Trastorno de la personalidad	Tratamiento antidepresivo		Tratamiento antipsicótico		Tratamiento anticonvulsivo	
	Porcentaje	N	Porcentaje	N	Porcentaje	N
Trastorno paranoide	15.18	29	7.85	15	5.23	10
Trastorno esquizoide	20.41	39	9.94	19	6.80	13
Trastorno esquizotípico	3.14	6	1.57	3	1.57	3

**Tabla 403.** Tratamiento psicofarmacológico en usuarios con el diagnóstico de un trastorno de la personalidad del Grupo A en estancia residencial en el Centro Estatal para la Atención Integral para las Adicciones.

Fuente: Funcionalidad familiar y patología dual en usuarios residenciales en Centro Estatal para la Atención Integral de las Adicciones, Hidalgo, 2015

b) Usuarios en estancia residencial con trastorno de la personalidad del Grupo B y tratamiento psicofarmacológico.

El 32.46% de los usuarios con el cualquier trastorno de la personalidad de tipo B cumplió criterios para el inicio de cualquier psicofármaco a su ingreso, su asociación fue positiva ( $X^2 = 8.001$ ,  $gl = 1$ ,  $p = 0.005$ ) y confirió un riesgo 1.18 veces mayor de iniciar tratamiento psicofarmacológico al ingreso de los usuarios cuando cursan con cualquier trastorno de la personalidad del Grupo B (OR = 1.183, IC 95% [1.039 – 1.347]).

El 57.06% de los usuarios con cualquier trastorno de la personalidad del Grupo B cumplió criterios para iniciar un antidepresivo a su ingreso a estancia residencial, la asociación fue positiva ( $X^2 = 9.708$ ,  $gl = 1$ ,  $p = 0.002$ ) y mostró un riesgo relativo de 3.65 veces mayor de iniciar tratamiento con un antidepresivo a su ingreso (OR = 3.659, IC 95% [1.559 – 8.559]).

El 30.89% de los usuarios con cualquier trastorno de la personalidad del Grupo B cumplió criterios diagnósticos para iniciar con un antipsicótico, su asociación fue positiva ( $X^2 = 8.379$ ,  $gl = 1$ ,  $p = 0.004$ ) y confirió un riesgo relativo de 6.7 veces mayor en comparación con los no expuestos (OR = 6.788, IC 95% [1.557 – 29.588]) y el 17.27% de estos usuarios cumplieron criterios para el inicio de un anticonvulsivante a su ingreso a estancia residencial.

Usuarios con dependencia a una o más sustancias con el diagnóstico de trastorno de la personalidad del Grupo B y tratamiento psicofarmacológico						
Trastorno de la personalidad	Tratamiento antidepresivo		Tratamiento antipsicótico		Tratamiento anticonvulsivo	
	Porcentaje	N	Porcentaje	N	Porcentaje	N
Trastorno histriónico	31.93	61	16.23	31	11.51	22
Trastorno narcisista	8.37	16	4.71	9	<b>4.18*****</b>	<b>8</b>
Trastorno antisocial	10.99	21	5.75	11	2.61	5
Trastorno impulsivo	<b>32.98*</b>	<b>63</b>	<b>19.8****</b>	<b>38</b>	<b>11.51*****</b>	<b>22</b>
Trastorno límite	<b>40.31**</b>	<b>77</b>	<b>21.98*****</b>	<b>42</b>	10.99	21

**Tabla 404.** Tratamiento psicofarmacológico en usuarios con el diagnóstico de trastorno de la personalidad del Grupo B en estancia residencial en el Centro Estatal para la Atención Integral para las Adicciones.

Fuente: Funcionalidad familiar y patología dual en usuarios residenciales en Centro Estatal para la Atención Integral de las Adicciones, Hidalgo, 2015

- \* ( $X^2 = 9.209$ ,  $gl = 1$ ,  $p = 0.002$ ,  $OR = 2.467$ ,  $IC\ 95\% [1.369 - 4.447]$ )
- \*\* ( $X^2 = 23.400$ ,  $gl = 1$ ,  $p = 0.000$ ,  $OR = 4.282$ ,  $IC\ 95\% [2.341 - 7.832]$ )
- \*\*\* ( $X^2 = 11.254$ ,  $gl = 1$ ,  $p = 0.001$ ,  $OR = 2.851$ ,  $IC\ 95\% [1.530 - 5.311]$ )
- \*\*\*\* ( $X^2 = 11.194$ ,  $gl = 1$ ,  $p = 0.001$ ,  $OR = 2.911$ ,  $IC\ 95\% [1.539 - 5.505]$ )
- \*\*\*\*\* ( $X^2 = 4.161$ ,  $gl = 1$ ,  $p = 0.040$ ,  $OR = 2.580$ ,  $IC\ 95\% [1.013 - 6.571]$ )
- \*\*\*\*\* ( $X^2 = 5.789$ ,  $gl = 1$ ,  $p = 0.016$ ,  $OR = 2.475$ ,  $IC\ 95\% [1.166 - 5.255]$ )

La administración de Alimentos y Drogas (FDA) no ha aprobado ningún psicofármaco para el tratamiento de los pacientes con trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad de tipo límite, no obstante, muchos psicofármacos son empleados para el manejo de la irritabilidad, la impulsividad y la fluctuación de estado de ánimo como los antidepresivos, los antipsicóticos y anticonvulsivantes que son características nucleares de este trastorno, algunas de estos fármacos son el topiramato y la lamotrigina y antipsicóticos de segunda generación como el aripiprazol y la olanzapina parecen ser de ayuda en los pacientes con dependencia a sustancias y trastorno límite de la personalidad. Los antidepresivos han mostrado sólo un pequeño efecto sobre el manejo de los síntomas mencionados anteriormente (Lieb K, 2010).

El empleo de inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina (ISRS) como la sertralina y la fluoxetina tiene un efecto pequeño sobre la impulsividad, la irritabilidad y la fluctuación de estado de ánimo, pero han mostrado resultados favorables para los trastornos del estado de ánimo como la distimia y la depresión, por lo que estos antidepresivos sólo están indicados en el caso de comorbilidad con estos trastornos del estado de ánimo (Bellino S, 2006), indicación principal en usuarios en estancia residencial debido a la alta comorbilidad entre el trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad y trastorno depresivo y trastorno distímico (Fluoxetina: 31.09%; sertralina: 23.52% y citalopram: 9.24%).

El único antidepresivo que se ha mostrado superior al placebo para el tratamiento psicofarmacológico de los síntomas nucleares del trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad tipo límite es la amitriptilina, no obstante, no es un fármaco de primera elección a causa de sus efectos adversos y toxicidad en pacientes con altas tasas de intentos suicidas. La olanzapina ha mostrado en los ensayos clínicos mejoría en las relaciones interpersonales, disminución de la irritabilidad, la agresión y síntomas de ansiedad en comparación la sertralina,

haloperidol y placebo. En relación a la quetiapina, su empleo en un ensayo clínico aleatorizado mostró un efecto moderado sobre la tolerancia a frustración, la función cognitiva y la fluctuación del estado de ánimo, sin efectos notables sobre la impulsividad y la presencia de trastornos del estado de ánimo. La risperidona mostró un efecto sobre la agresividad y la irritabilidad. El aripiprazol es otro antipsicótico de segunda generación empelado en varios ensayos clínicos, junto con la olanzapina y la risperidona han mostrado una disminución significativa en la ideación suicida y las autolesiones, sin embargo, el empleo de los antipsicóticos de segunda generación y, en particular el empleo de la olanzapina, se asocian con el incremento del apetito, somnolencia, sedación, afectación de la función hepática, niveles de calcio y prolactina (Stoffers & Lieb, 2015).

Dos ensayos clínicos encontraron que la administración de olanzapina en pacientes con un diagnóstico dual de consumo de alcohol y trastorno de la inestabilidad emocional de la personalidad disminuía los síntomas agresividad, en uno de estos en ensayos realizados por Zanarini y colaboradores (2001), 28 pacientes femeninos con ambos diagnósticos se les dio seguimiento por 6 meses con reducción progresiva de los síntomas de impulsividad, agresividad, sensibilidad interpersonal, ansiedad e ideación paranoica. Un estudio similar realizado por Nurnberg y colaboradores (2004), 48 pacientes fueron aleatorizado para el inicio de tratamiento con olanzapina y placebo, a las cuatro semanas de tratamiento mostraron una mejoría significativa en la sintomatología nuclear del trastorno de la inestabilidad emocional de la personalidad. Zanarini y Frankenburg (2004) realizaron la eficacia de olanzapina y fluoxetina en una muestra de 48 mujeres por el lapso de 8 semanas, la combinación de olanzapina y fluoxetina mostró una mayor eficacia para disminución del impulsividad, agresividad y fluctuación del estado de ánimo, en comparación sólo con tratamiento con fluoxetina u olanzapina (Mayumi O 2012).

En el presente estudio el antipsicótico más prevalente fue la olanzapina (19.5%), seguido de la risperidona (10.5%) y la quetiapina (1%).

Los anticonvulsivantes empleados como estabilizadores del estado de ánimo en pacientes con el diagnóstico de trastorno límite de la personalidad han mostrado una eficacia mayor para el control de impulsos y la agresividad en comparación con otros psicofármacos como los antidepresivos y los antipsicóticos. Los ensayos clínicos disponibles para el manejo de anticonvulsivantes están

disponibles para el valproato de magnesio y semisódico, carbamacepina, topiramato y lamotrigina. El valproato semisodico mostró en dos ensayos clínicos controlados una mejoría significativa en sensibilidad interpersonal, la irritabilidad y la agresividad. La lamotrigina estuvo relacionada con la disminución de irritabilidad y la impulsividad, el topiramato, como la lamotrigina y el valproato mostró una mejoría en la impulsividad, la sensibilidad interpersonal, la agresividad y mejoría en la sintomatología general del trastorno (Mercer D, 2009).

En este estudio la prevalencia de anticonvulsivos como estabilizadores del estado de ánimo fueron el valproato de magnesio (13.5%), carbamacepina (2%) y oxcarbacepina (1.5%).

- c) Usuarios en estancia residencial con trastorno de la personalidad del Grupo C y tratamiento psicofarmacológico.

El 43.97% de los usuarios con cualquier trastorno de la personalidad del Grupo C cumplió criterios para iniciar tratamiento con un antidepresivo a su ingreso a estancia residencial, el 24.08% de estos usuarios iniciaron tratamiento con un antipsicótico y el 13.08% iniciaron tratamiento con un anticonvulsivante.

Usuarios con dependencia a una o más sustancias con el diagnóstico de trastorno de la personalidad del Grupo C y tratamiento psicofarmacológico						
Trastorno de la personalidad	Tratamiento antidepresivo		Tratamiento antipsicótico		Tratamiento anticonvulsivo	
	Porcentaje	N	Porcentaje	N	Porcentaje	N
Trastorno anacastico	9.94	19	5.23	10	3.66	7
Trastorno dependiente	13.61	26	8.37	16	3.66	7
Trastorno ansioso	<b>32.46*</b>	<b>62</b>	<b>18.84**</b>	<b>36</b>	94.24	18

**Tabla 405.** Tratamiento psicofarmacológico en usuarios con el diagnóstico de un trastorno de la personalidad del Grupo C en estancia residencial en el Centro Estatal para la Atención Integral para las Adicciones.

Fuente: Funcionalidad familiar y patología dual en usuarios residenciales en Centro Estatal para la Atención Integral de las Adicciones, Hidalgo, 2015

\* ( $X^2 = 4.224$ ,  $gl = 1$ ,  $p = 0.040$ ,  $OR = 1.821$ ,  $IC\ 95\% [1.026 - 3.235]$ )

\*\* ( $X^2 = 5.527$ ,  $gl = 1$ ,  $p = 0.019$ ,  $OR = 2.072$ ,  $IC\ 95\% [1.123 - 3.820]$ )

- Evolución de usuarios con el diagnóstico de trastorno de la personalidad en estancia residencial.

El 33.5% de los usuarios en estancia residencial que cursaban con el diagnóstico de cualquier trastorno de la personalidad solicitó su alta voluntaria antes de cumplir su periodo de internamiento ( $p = 0.17$ ) y el 10.99% se brindó su baja por faltas al reglamento.

El 18% de los usuarios con cualquier diagnóstico de trastorno de la personalidad solicitó su alta voluntaria antes de concluir su periodo de internamiento ( $p = 0.39$ ), el 30% de los usuarios con el diagnóstico de cualquier trastorno de la personalidad del grupo B ( $p = 0.88$ ) y el 24.08% de los usuarios con el diagnóstico de cualquier trastorno de la personalidad de tipo C.

#### ▪ CONCLUSIONES

La prevalencia de patología dual en usuarios en estancia residencial en el Centro Estatal para la Atención Integral para las Adicciones fue del 88.5% y la prevalencia de disfunción familiar del 76.5%, el 88% de las familias de los usuarios presentaban una crisis a su ingreso; la asociación entre patología dual y disfunción familiar fue positiva.

Los diagnósticos psiquiátricos del Eje I más prevalentes fueron los trastornos de ansiedad, el más predominante fue el trastorno de ansiedad generalizada, seguido de los trastornos del estado de ánimo, siendo el trastorno distímico el más común. En usuarios menores de 18 años, el trastorno psiquiátrico más frecuente fueron los trastornos de conducta, el más prevalente fue el trastorno de la conducta de tipo negativista – desafiante, no obstante, el trastorno de la conducta disocial presentó mayor comorbilidad con el número de sustancias consumidas y número de trastornos psiquiátricos.

La prevalencia de trastornos psiquiátricos del Eje II o trastornos de la personalidad fue del 95.5% y la asociación con cualquier trastorno de psiquiátrico del Eje I fue positiva.



En relación a los trastornos de la personalidad, los trastornos más prevalentes fueron el trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad, tipo límite el trastorno histriónico de la personalidad, el trastorno de ansioso de la personalidad y trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad tipo impulsivo. La mayoría de los usuarios en estancia residencial completaron criterios para más de un trastorno de personalidad.

Tanto los trastornos de la conducta en menores de 18 años como los trastornos de la personalidad en usuarios en estancia residencial fueron los factores riesgo con mayores asociaciones relacionadas con el consumo de sustancias: edad de inicio, patrón de consumo, número de sustancias consumidas; factores de riesgo relacionados con el inicio y el mantenimiento de consumo de sustancias y emergencia de trastornos comorbidos del Eje I; factores de riesgo psicosociales como abandono escolar, inicio de actividad laboral antes de los 18 años de edad, desempleo, antecedentes de penales y asociaciones delictivas y factores de riesgo relacionados como la funcionalidad y dinámica familiar.

Otros factores de riesgo asociados al desarrollo de la patología dual en usuarios residencial estuvieron representada por el grado de escolaridad materna con un predominio de educación primaria y escolaridad secundaria, escolaridad paterna con un predominio del nivel primaria y escolaridad secundaria, asimismo, el antecedente de atención en salud mental de las madres de los usuarios residenciales, la estructura familiar monoparental, el antecedente de maltrato infantil de tipo sexual, físico y emocional

La prevalencia del policonsumo en usuarios residenciales fue del 73.5% con en el alcohol como sustancia de consumo más prevalente, seguida de la cannabis, los solventes volátiles, la cocaína, estimulantes y benzodicepinas, siendo el policonsumo de sustancias la regla y no la excepción.

La evaluación de la funcionalidad familiar por medio del APGAR familiar mostró una prevalencia de familias disfuncionales del 76.5%; el 50% de las familias disfuncionales mostraban un grado moderado y el 26% una disfuncionalidad grave.

El tipo más común de cohesión familiar fue la no relacionada con una prevalencia del 44.5%, seguida del tipo semirelacionada presente en el 31.5%, respecto a la adaptabilidad familiar, la

estrategia más común de afrontamiento fue el caótico, presente en el 43% y le siguió la estrategia flexible con una prevalencia del 21%.

La crisis familiar estuvo presente en el 88% de las familias al ingreso de su usuario a unidad residencial, el 6.5% de las familias presentó una crisis de intensidad leve, el 23% una crisis moderada y el 54% una crisis familiar grave.

Ante la evidencia presentada por este trabajo de investigación, es necesario un cambio en las estrategias de atención a las adicciones, que contemple un manejo integral de estos pacientes, en los cuales las recaídas son la regla, estas nuevas estrategias deberán ir dirigidas al diseño de modelos de intervención que permitan el tratamiento comorbido para un trastorno por consumo de sustancias, un trastorno de psiquiátrico o un trastorno de la personalidad, cuyo eje de acción sean las intervenciones psicoterapéuticas basadas en la evidencia de su efectividad para cada una de las comorbilidades presentes los usuarios de servicio de internamiento, asimismo, es necesario la creación de espacios diseñados específicamente para la atención de usuarios con comorbilidades psiquiátricas más graves como la esquizofrenia y trastorno bipolar, entre otros trastornos, que no son atendidos en las unidades de internamiento para usuarios con una adicción o en unidades psiquiátricas donde no existen espacios para estos pacientes duales.

El desarrollo de un modelo para la atención a las adicciones debe ir más allá de brindar contención del consumo de sustancias como sucede actualmente en los Centros de Internamiento de los grupos de Ayuda Mutua denominados “anexos” y brindar un modelo cognitivo – conductual estandarizado, que sustituya o complemente al modelo “AA” actualmente en boga, por lo que se requiere el desarrollo de guías estandarizada con base en un modelo cognitivo – conductual para el tratamiento de las comorbilidades más frecuentes en estos usuarios, asimismo, es una prioridad abandonar el modelo de adicción “pura” y monosintomática como acontece en los Centros de Atención Primaria para las Adicciones (CAPA-UNEME), lo cual permitiría entender la adicción como una constelación de causas y efectos, que implican un sustrato biológico asociado a factores económicos, culturales y sociales.

## ▪ PERSPECTIVAS

Una de las limitaciones del presente trabajo de estudio es la propia de un estudio transversal, en el cual no es posible determinar la dirección de la causalidad, así como la ausencia de comparación con otras unidades similares de internamiento, lo cual le brindaría un mayor poder estadístico, una mayor representatividad y una validez externa. Asimismo, hasta el momento, la muestra incluida no es representativa de otras unidades de estancia residencial similares al Centro Estatal para la Atención Integral de las Adicciones y mucho menos de los “anexos” donde la población es más heterogénea y la prevalencia y gravedad de los trastornos psiquiátricos comorbidos puede ser mayor debido a la modalidad de internamiento involuntario.

Una de las ventajas del presente estudio es su concordancia con los datos mostrados por la literatura internacional, lo cual le brinda una sólida consistencia interna, asimismo, brinda un punto de partida para el establecimiento de nuevas hipótesis de trabajo, que es una de las ventajas de los estudios trasversales. En relación con la salud mental y sobrecarga en los cuidadores de usuarios residenciales, está aún pendiente la exploración sobre el efecto de estas variables en la evolución de la adicción, la rehabilitación e inserción social, además, es necesario llevar a cabo estudios cuyo principal enfoque sean los trastornos de la personalidad y el desarrollo de las adicciones, debido a que la prevalencia de los trastornos del Eje II en el presente estudio fue mayor a los trastornos psiquiátricos del Eje I, y, además, resulta una prioridad determinar los factores de riesgo implicados en la emergencia de los trastornos de la conducta y los trastornos por consumo de sustancias para la generación de enfoques preventivos que involucren a los usuarios y familiares a una edad temprana y evitar en desarrollo de secuelas en el contexto biológico, familiar, social y económico de estos usuarios.

Una de las ventajas del presente estudio es la aportación de la prevalencia de la disfunción familiar en usuarios en estancia residencial por trastornos por consumo de sustancias. Otro elemento a resaltar de importancia es el desarrollo de una metodología para evaluar la prevalencia y características del consumo de sustancias en estancia residencial.

Aún queda pendiente en desarrollo de manuales integrales para el entendimiento de las adicciones elaborados en el contexto nacional, este trabajo es un primer paso para ello.

▪ RECOMENDACIONES

- Estrategias enfocadas en la prevención.

- a) Generación de estrategias enfocadas en los principales factores de riesgo para el desarrollo de un trastorno por consumo de sustancias con base en el contexto sociocultural.
- b) Prevención selectiva por medio de la detección e intervención breve en atención médica de primer nivel a través del desarrollo modelos psicoterapéuticos y psicofarmacológicos para el manejo inicial de la adicción a drogas lícitas (tabaquismo y alcoholismo).
- c) Fortalecimiento de red de apoyo médico en los tres niveles de atención sanitaria.

- Estrategias para la atención a usuarios con un trastorno por consumo de sustancias.

- a) Capacitación del personal de primer y segundo nivel de atención médica para homogeneidad de protocolos de intervención y manejo psicoterapéutico y psicofarmacológico.
- b) Desarrollo de Guías de atención para las comorbilidades más frecuentes en usuarios con un trastorno por consumo de sustancias.
- c) Evaluación de la interacción entre sustancia de consumo, contexto y usuario para el desarrollo de un programa individualizado de atención
- d) Fortalecimiento de evaluación de programas de atención de forma periódica a través de indicadores comunes y estandarizados.
- e) Desarrollo de programas con enfoque de género.

- Promoción de la salud mental.

- a) Brindar información universal y selectiva en grupos de riesgo sobre los principales síntomas de un trastorno por consumo de sustancias, los trastornos psiquiátricos más comorbidos y trastornos de personalidad más frecuentes asociados.
- b) Desestigmatizar la atención a la salud mental.
- c) Cambio en el paradigma para el afrontamiento de la adicción como fenómeno global.

- Aceptación del fracaso de las políticas gubernamentales para la supresión de la oferta.
  - a) La mayoría de las intervenciones sobre la oferta no han logrado producir un shock sustancial en la oferta de forma abrupta y continua.
  - b) La falta de concentración del mercado de la mayoría de las sustancias ilícitas de abuso impide que la supresión de la oferta sea global y continua, favoreciendo sólo una supresión temporal y local.
  
- Redirección del gasto público para la supresión de la oferta a la reducción de la demanda.

En México se gastaron 6.8 mil millones de pesos para el desarrollo de programas de prevención contra las adicciones del 2007 al 2009 y se gastaron sólo en 2010 53 mil millones de pesos para la seguridad pública relacionada con el consumo, producción y tráfico de sustancias.

▪ BIBLIOGRAFÍA

1. Alegría A.A., Hasin D.S., Nunes E.V., Liu S.M., Davies C., Grant B.F. & Blanco C. (2008). Comorbidity of generalized anxiety disorder and substance use disorders: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *J Clin Psychiatry*: 187-95.
2. Abramsky T, Watts CH, Garcia-Moreno C, et al. (2011). What factors are associated with recent intimate partner violence? Findings from the WHO multicountry study on women's health and domestic violence. *BMC Public Health*: 109 - 112.
3. Aglin DM, Corcoran, CM, Brown, AS, et al. (2012). Early cannabis use and schizotypal personality disorder symptoms from adolescence to middle adulthood. *Schizophrenia Research*: 45 – 49.
4. Aharonovich E, Liu X, Nunes E, et al. (2002). Suicide attempts in substance abusers: Effects of major depression in relation to substance use disorders. *Am J Psychiatry*: 1600 - 1602.
5. Alonso J., Angermeyer M.C., Bernert S., Bruffaerts R., Brugha T.S., Bryson H., et al. (2004). 12-Month comorbidity patterns and associated factors in Europe: results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project. *Acta Psychiatr Scand*, Suppl: 28-37.
6. Akindipe T, Wilson D & Stein DJ. (2014). Psychiatric disorders in individuals with methamphetamine dependence: prevalence and risk factors. *Metab Brain Dis*: 1 – 7.
7. Almeda E. (2005). Las familias monoparentales en España: un enfoque crítico. *Revista Internacional de Sociología*: 33 – 37.
8. American Psychiatric Association. Practice Guideline for the treatment of patients with Borderline Personality Disorder. Washington, DC: American Psychiatric Association; 2001.
9. Andrew E. Skodol, MD, Grilo CM, et al. (2011). Relationship of Personality Disorders to the Course of Major Depressive Disorder in a Nationally Representative Sample. *Am J Psychiatry*: 257 – 264.
10. Angstman KB & Rasmussen NH. (2011). Personality Disorders: Review and Clinical Application in Daily Practice. *American Family Physician*: 1254 – 1269.

11. Anzures. (2008). Medicina Familiar. *Colegio Mexicano de Medicina Familiar*. México, Distrito Federal.
12. Arias F. (2013). Abuso o Dependencia al cannabis y otros Trastornos psiquiátricos. Estudio Madrid sobre la Prevalencia de Patología Dual. *Actas Psiquiátricas Españolas*: 122-129.
13. Ashton, H. (2005). The diagnosis and management of benzodiazepine dependence. *Current Opinion in Psychiatry*: 249 – 255.
14. Arias F, Szerman N, Vega P, et al. (2013). Abuso o dependencia al cannabis y otros trastornos psiquiátricos. Estudio Madrid sobre prevalencia de patología dual. *Actas Esp Psiquiatr*: 122 – 129.
15. Arias F, Szerman N, Vega P. et al. (2013). Abuso o dependencia a la cocaína y otros trastornos psiquiátricos. Estudio Madrid sobre la prevalencia de la patología dual. *Rev Psiquiatr Salud Ment*: 121 – 128.
16. Araos P, Vergara-Moragues E, Pedraz M. et al. (2014). Comorbilidad psicopatológica en consumidores de cocaína en tratamiento ambulatorio. *Adicciones*: 15 – 26.
17. Auerbach R.P. & Ho M. (2012). A cognitive-interpersonal model of adolescent depression: the impact of family conflict and depressogenic cognitive styles. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*: 792–802.
18. Baltieri DA, & De Andrade AG. (2008). Drug consumption among sexual offenders against females. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*: 62 – 80.
19. Barrios Y. H. & Machado M. R. (2016). Las familias disfuncionales como factor de riesgo adictivo en la adolescencia. *Revista Adicción y Ciencia*: 3 – 8.
20. Barbado A. (2004). Individuo y familia: Habilidades en Salud Mental. *Rev SEMG*: 84-94.
21. Bartzokis G, Beckson M, Lu PH, et al. (2001). Age-related changes in frontal and temporal lobe volumes in men: A magnetic resonance imaging study. *Arch Gen Psychiatry*: 461–465.
22. Battle CL, Shea MT, Johnson DM, et al. (2004). Childhood maltreatment associated with adult personality disorders: Findings from the collaborative longitudinal personality disorders study. *Journal of Personality Disorders*: 193 – 211.

23. Beauchaine TP, Klein DN, Crowell SE. Et al. (2009). Multifinality in the development of personality disorders: A Biology  $\times$  Sex  $\times$  Environment model of antisocial and borderline traits. *Development and Psychopathology*: 735 – 770.
24. Becoña. (2012) ¿Cómo influye la desorganización familiar en el consumo de drogas en los hijos? Una revisión. *Adicciones*: 253-268.
25. Beck A, Wustenberg T, Genauck A et al. (2012). Effect of brain structure, brain function, and brain connectivity on relapse in alcohol-dependent patients. *Arch Gen Psychiatry*: 842 – 852.
26. Behrendt S, Beesdo-Baum K, Zimmermann P, et al (2011). The role of mental disorders in the risk and speed of transition to alcohol use disorders among community youth. *Psychol Med*: 1073 – 1085.
27. Bellino S, Zizza M, Rinaldi C, et al. (2006). Combined treatment of major depression in patients with borderline personality disorder: a comparison with pharmacotherapy. *Can J Psychiatry Rev*: 453 – 460.
28. Bennett ME, Walters ST, Miller JH, et al. (2000). Relationship of early inhalant use to substance use in college students. *Journal of Substance Abuse*: 227 – 240.
29. Bennett T, Holloway K & Farrington D. (2008). The Statistical Association between Drug Misuse and Crime: A Meta-analysis. *Aggression and Violent Behavior*: 107 – 118.
30. Bretherton I. (1997) Bowlby's legacy to developmental psychology. *Child Psychiatry Hum*: 33 – 43.
31. Bierut L. (2010). Genetic of Addictions. *Psichiatr Clin N Am*: 107 – 124.
32. Bierut L. (2011). Genetic Vulnerability and Susceptibility to Substance Dependence. *Neuron*: 618 – 629.
33. Boettiger F. T. (2009). Impulsivity, Frontal Lobes and Risk for Addiction. *Pharmacol Biochem Behav*: 237 – 247.
34. Bodmer M, Enzler F, Liakoni E, et al. (2014) Acute cocaine-related health problems in patients presenting to an urban emergency department in Switzerland: a case series. *BMC Res Notes*: 1 – 7.
35. Bornovalova MA, Gratz KL, Delany-Brumsey A, et al. (2006). Temperamental and environmental risk factors for borderline personality disorder among inner-city substance users in residential treatment. *Journal of Personality Disorders*: 218 – 231.



36. Bosque J, Mairena AF, Bruno Díaz D, et al. (2014). La cocaína: consumo y consecuencias. *Salud Mental*: 381 – 389.
37. Bjork JM, Knutson B, Fong GW, et al. (2004). Incentive-elicited brain activation in adolescents: similarities and differences from young adults. *J Neurosci*: 1793 – 1802.
38. Brezo J, Klempan T & Turecki G. (2008). The Genetics of Suicide: A Critical Review of Molecular Studies. *Psychiatr Clin N Am*: 179 – 203.
39. Brook JS, CS Zhang & Brook DW. (2011). Antisocial Behavior at Age 37: Developmental Trajectories of Marijuana Use Extending from Adolescence to Adulthood. *American Journal on Addictions*: 509 – 515.
40. Burmeister M. D. (2009). New insight into the genetics of addiction. *Nature Reviews*: 225 – 231.
41. Butchart A., Phinney H.A., Kahane T., et al. (2006). Preventing child maltreatment: a guide to action and generating evidence. Geneva: World Health Organization and International Society for Prevention of Child Abuse and Neglect.
42. Brown F. (2008). Co-occurring disorders in substance abuse treatments: Issues and prospects. *J Subst Abuse treatment*: 36 – 47.
43. Caballo VE. (2004) Manual de los trastornos de la personalidad. Editorial Síntesis. Madrid.
44. Calsyn DA y Saxon AJ. (1990). Personality disorder subtypes among cocaine and opioids addicts using the Millon Clinical Multiaxial Inventory. *International Journal of the Addictions*: 1037 – 1049.
45. Cantón J & Justicia MD. (2002). Problemas de adaptación de los hijos divorciados. *Conflictos matrimoniales, divorcio y desarrollo de los hijos*. Madrid. Ediciones Pirámide.
46. Cantón J, Cortés MR, Justicia D. (2002). Las consecuencias del divorcio en los hijos. *Psicopatología clínica, legal y forense*: 47 – 66.
47. Caspi A, Harrington H, Milne B, et al. (2003) Children's behavioral styles at age 3 are linked to their adult personality traits at age 26. *J Pers*. 2003: 495 – 513.
48. Caspi A, Roberts BW & Shiner RL (2005). Personality development: Stability and Change. *Annual Review of Psychology*: 453 – 484.
49. Caroff L. J. (2009). Management of Schizophrenia with Substance Use Disorders. *Psychiatr Clin N Am*: 821–833.

50. Casey BJ & Jones RM. (2010). Neurobiology of the adolescent brain and behavior: implications for substance use disorders. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*: 1189 – 1201.
51. Cassano P & Fava M. (2002). Depression and public health: An overview. *Journal of Psychosomatic Research*: 849 – 857.
52. Center for Behavioral Health Statistics and Quality. Behavioral health trends in the United States: Results from the 2014 National Survey on Drug Use and Health. Publication. November 20, 2015.
53. Cocaína. Gruía Clínica Socidrogasalcohol basa en la evidencia científica, Valencia, España, 2008.
54. Cohen P, Chen H, Crawford TN, et al. (2008). Personality disorders in early adolescence and the development of later substance use disorders in the general population. *Drug Alcohol Depend.* (Suppl 1): S71 – S84.
55. Comptois T. W. (2005). Dual Diagnosis: Impact of the family history. *The American Journal on Addictions*: 291 – 299.
56. Compton W.M., Thomas Y.F., Stinson FS et al. (2009). Prevalence, correlates, disability, and comorbidity of DSM-IV drug abuse and dependence in the United States: results from the national epidemiologic survey on alcohol and related conditions. *Arch Gen Psychiatry*: 566 – 76.
57. Cloninger CR, Svrakic DM, Przybeck TR. (1993). A psychobiological model of temperament and character. *Arch Gen Psychiatry*: 975.
58. Crano H. V. (2009). Family structure and adolescent drug use: An exploration of single-parent families. *Substance Use & Misuse*: 2099 – 2011.
59. Chamber K. J. (2001). A neurobiological basis for substance abuse co-morbidity in schizophrenia. *Biol Psychiatry*: 71 – 83.
60. Chen KW, Banducci A, Guller L. et al. (2011). An Examination of Psychiatric Comorbidities as a Function of Gender and Substance Type within an Inpatient Substance Use Treatment Program. *Drug and Alcohol Dependence*: 92 – 99.
61. Child Welfare Information Gateway. Long-term consequences of child abuse and neglect. Washington, DC: Child Welfare Information Gateway; 2008.

62. Clayton, R (1992). Transitions in drug use: Risk and protective factors. Vulnerability to drug abuse. Washington, DC: American Psychological Association: 15 – 51.
63. Currie J & Stabile M. (2007). Mental health in childhood and human capital. National Bureau of Economic Research; Cambridge, NBER.
64. Crawford TN, Cohen P, First MB, Skodol AE, et al. (2008). Comorbid Axis I and Axis II disorders in early adolescence. *Archives of General Psychiatry*: 641 – 648.
65. David P. (2012). New System of Care for Substance Use Disorders: Treatment, Finance and Technology under Health Care Reform. *Psychiatr Clin N Am*: 327 – 356.
66. De Kloet ER. (2004). Hormones and the stressed brain. *Ann N Y Acad Sci*: 1 – 15.
67. Degenhardt L, Chiu WT, Sampson N, et al. (2008). Toward a global view of alcohol, tobacco, cannabis, and cocaine use: findings from the WHO World Mental Health Surveys. *PLoS Med*.
68. Del Bosque J, Fernández C, Sánchez H, et al. (2013). El problema del consumo de cannabis: el papel del Sector Salud. *Salud Mental*: 149 – 158.
69. Díaz N, Horton EG, Weiner M. (2012). Dysthymia, major depression, and double depression among individuals receiving substance abuse treatment. *Health*: 1229 – 1237.
70. Díaz-Sibaja MA. (2005). Trastornos del comportamiento perturbador: trastorno negativista desafiante y trastorno disocial. Manual de terapia de conducta en la infancia. Madrid: Ed. Dykinson: 465 – 517.
71. Diehl A, Pillon SC, Dos Santos MA, et al. (2016). Criminality and Sexual Behaviours in Substance Dependents Seeking Treatment. *Journal of Psychoactive Drugs*, 124 – 134.
72. Di Lorenzo R, Cimino N, Di Pietro E, et al. (2016). A 5-year retrospective study of demographic, anamnestic, and clinical factors related to psychiatric hospitalizations of adolescent patients. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*: 191 – 201.
73. Ding K, Chang GA & Southerland R. (2009). Age of inhalant first time use and its association to the use of other drugs. *J Drug Education*: 261 – 272.
74. Dingwall KM, Maruff P, Fredrickson A, et al. (2011). Cognitive recovery during and after treatment for volatile solvent abuse. *Drug Alcohol Depend*: 180 – 185.
75. Dong M, Anda RF, Felitti VJ, Dube SR, Williamson DF, Thompson TJ, et al. (2004). The interrelatedness of multiple forms of childhood abuse, neglect, and household dysfunction. *Child Abuse Negl*: 771 – 784.

76. Dube SR, Miller JW, Brown DW, et al. (2006). Adverse childhood experiences and the association with ever using alcohol and initiating alcohol use during adolescence. *Journal of Adolescent Health: 444 – 450.*
77. Drake R.E., et al. (2001). Implementing Dual Diagnosis Services for Clients with Severe Mental Illness. *Psychiatric Services: 469 – 76.*
78. Ellickson PL, Tucker JS, & Klein DJ. (2003). Ten-year prospective study of public health problems associated with early drinking. *Pediatrics: 949 – 955.*
79. Encuesta Nacional de las Adicciones: Drogas Ilícitas, 2011. (ENA 2011).
80. Encuesta Nacional de Consumo de Drogas en Estudiantes 2014: Reporte de Drogas. Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente.
81. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. Annual Report 2006: Selected Issues. Luxembourg: European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, 2006:57.
82. Eslami-Shahrbabaki M, Fekrat A & Mazhari Sh. (2014). A Study of the Prevalence of Psychiatric Disorders in Patients with Methamphetamine-Induced Psychosis. *Addict Health: 37 – 46.*
83. Essau CA. (2011). Comorbidity of substance use disorders among community based and high-risk adolescents. *Psychiatry Res: 176–84.*
84. Esterberg ML, Goulding, SM & Walker EF (2010). A Personality Disorders: Schizotypal, Schizoid and Paranoid Personality Disorders in Childhood and Adolescence. *J Psychopathol Behav Assess: 515 – 528.*
85. Fairman BJ & Anthony JC. (2012). Are early-onset cannabis smokers at an increased risk of depression spells? *J Affect Disord: 54 – 62)*
86. Fergusson DM. (1995). Childhood circumstances, adolescent adjustment, and suicide attempts in a New Zealand birth cohort. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry: 612 – 622.*
87. Fergusson DM, Boden JM & Horwood JL (2015). Psychosocial sequel of cannabis use and implications for policy: findings from the Christchurch Health and Development Study. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol: 1317 – 1326.*
88. Fergusson DM & Horwood LJ. (1998). Early conduct problems and later life opportunities. *J Child Psychol Psychiatry: 1097 – 1108.*
89. Fein G. (2015). Psychiatric Comorbidity in Alcohol Dependence. *Neuropsychol Rev: 10 – 16.*

90. Feingold A, Kerr DC & Capaldi DM (2008). Associations of substance use problems with intimate partner violence for at-risk men in long-term relationships. *Journal of Family Psychology*: 429 – 438.
91. Fernández Cánoves RM. (2010). El consumo de drogas y el fracaso escolar. *Transversalidad educativa*: 5 - 17.
92. Fernández E & Olmedo M. (1999). Trastorno del comportamiento perturbador. Madrid: UNED-FUE.
93. Fernández JJ. (2002). Trastornos de personalidad y adicción: relaciones etiológicas y consecuencias terapéuticas. *Anales de Psiquiatría*: 421 – 427.
94. Fernández-Montalvo J, Landa N, López I, et al. (2002). Trastornos de personalidad en alcohólicos: Un estudio descriptivo. *Psicopatología y Psicología Clínica*: 2217 – 225.
95. Fonseca-Pedrero E, Lemos-Giráldez S, Paino M, et al. (2012). Relationship between schizotypal and borderline traits in college students. *The Spanish Journal of Psychology*: 306 – 314.
96. Fonseca-Pedrero E, Paino M, Lemos-Giráldez S, et al. (2011). Schizotypal traits and depressive symptoms in nonclinical adolescents. *Comprehensive Psychiatry*: 293 – 300.
97. Fleschler MA, Tortolero SR, Baumler ER, et al. (2002). Lifetime inhalant use among alternative High school students in Texas: prevalence and characteristics of users. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*: 477 – 495.
98. Flórez-Salamanca L, Secades-Villa R, Hasin DS, et al. (2013). Probability and Predictors of Transition from Abuse to Dependence on Alcohol, Cannabis, and Cocaine: Results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Am J Drug Alcohol Abuse*: 168 – 179.
99. Framo. (1981). The integration of marital therapy with sessions with family or origin. New York: Brunner Mazel.
100. Friborg O, Martinsen EW, Martinussen M, et al. (2011). Comorbidity of personality disorders in mood disorders: A meta-analytic review of 122 studies from 1988 to 2010. *Journal of Affective Disorders*: 152 – 154.
101. Frick, PJ & Viding EM. (2009). Antisocial behavior from a developmental psychopathology perspective. *Dev. Psychopathol*: 1111 – 1131.

102. Georgas. (2006). Families and Family Change. *Catalogue Families across Cultures*: Cambridge University Press.
103. Goldman F. D. (2012). The Genetic Basis of Addictive Disorders. *Psychiatr Clin N Am*: 495 – 519.
104. Guerlais M, Grall-Bronnec M, Feuillet F, et al. (2014). Dependence on Prescription Benzodiazepines and Z-drugs Among Young to Middle-aged Patients in France. *Substance Use & Misuse*: 1 – 8.
105. Glasner-Edwards S, Mooney LJ, Marinelli-Casey P, et al. (2010). Psychopathology in methamphetamine-dependent adults 3 years after treatment. *Drug Alcohol Rev*: 12 – 20.
106. Gratz, Latzman, RD, Tull MT, Reynolds EK & Lejuez CW. (2011). Exploring the Association between Emotional Abuse and Childhood Borderline Personality Features: The Moderating Role of Personality Traits. *Behav Ther*: 493 – 508.
107. Hasin D., Liu X., Nunes E., McCloud S., Samet S., Endicott J. (2002) Effects of major depression on remission and relapse of substance dependence. *Arch Gen Psychiatry*: 375 - 380.
108. Herndon RW & Iacono WG. (2005). The familial transmission of antisocial behavior from parent to child. *Psychol Med*: 1815 – 1824.
109. Hibbett A & Fogelman K. (2009). Future lives of truants: family formation and health-related behavior. *Br J Educ Psychol*: 171 – 179.
110. García Romera A, Arnal Gimeno AB, Bezanbide Bidaburu EA, et al. (2006). Trastornos de la conducta. Una guía de intervención en la escuela. Aragón, España.
111. Gaete J, Labbé N, Del Villar P, et al. (2014). Prevalencia de trastornos psiquiátricos en adolescentes infractores de ley en Chile. *Rev Med Chile*: 1377 – 1384.
112. Gianoli MO, Jane JS, O'Brien E, et al. (2012). Treatment for comorbid borderline personality disorder and alcohol use disorders: a review of the evidence and future recommendations. *Exp Clin Psychopharmacol*: 333 – 344.
113. González Sánchez JD, Guerra Lobera LI, Díaz Negrete DB, et al. (2009). Adherencia escolar y consumo de drogas. Centros de Integración Juvenil, Dirección de Prevención, Subdirección de Investigación, México.
114. Ghosh A, Malhotra S. & Basu D. (2016). Oppositional defiant disorder (ODD), the forerunner of alcohol dependence: A controlled study. *Asian J. Psychiatry*: 1 – 5.

115. Global status report on alcohol and health. (2014). World Health Organization. Switzerland: Geneva.
116. Grambal A, Prasko J, Kamaradova D, et al. (2016). Quality of life in borderline patients comorbid with anxiety spectrum disorders – a cross-sectional study. *Patient Preference and Adherence*: 1421 – 1433.
117. Grant B.F., Stinson F.S., Dawson D.A., Chou S.P., Dufour M.C., Compton W., et al. (2004). Prevalence and co-occurrence of substance use disorders and independent mood and anxiety disorders: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Arch Gen Psychiatry*: 807 – 816.
118. Grant BF, Hasin DS, Stinson FS, et al. (2004). Prevalence, correlates, and disability of personality disorders in the United States: Results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Journal of Clinical Psychiatry*: 948 – 958.
119. Greenfield SF, Weiss RD, Muenz LR, et al. (1998). The effect of depression on return to drinking: a prospective study. *Arch Gen Psychiatry*: 259 – 265.
120. Green JG, McLaughlin KA, Berglund P, Gruber MJ, Sampson NA, Zaslavsky AM, et al. (2010). Childhood adversities and adult psychopathology in the National Comorbidity Survey Replication (NCS-R) I: associations with first onset of DSM-IV disorders. *Arch Gen Psychiatry*: 113 – 123.
121. Grilo CM, Sanislow CA, Shea MT, et al. (2005). Two-year prospective naturalistic study of remission from major depressive disorder as a function of personality disorder comorbidity. *J Consult Clin Psychol*: 78 – 85.
122. Hakkarainen P & Metso L. (2009). Joint use of drugs and alcohol. *Eur Addict Res*: 113 – 120.
123. Hayatbakhsh R, Williams GM, Bor W, et al. (2013). Early childhood predictors of age of initiation to use of cannabis: a birth prospective study. *Drug Alcohol Rev*: 232 – 240.
124. Hanna RC, Jessica M, Perez BS, et al. (2016). Cannabis and development of dual diagnoses: A literature review. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*: 1 – 14.
125. Hall WD, Patton G, Stockings E, et al. (2016). Substance use in young people. Why young people's substance use matters for global health. *Lancet Psych*: 445 – 452.

126. Harford TC, Hsiao-ye Yi, Chen CM, et al. (2015). Psychiatric Symptom Clusters as Risk Factors for Alcohol Use Disorders in Adolescence: A National Study. *Alcohol Clin Exp Res*: 1174 – 1185.
127. Harman JM. (2004). Children At-Risk for Borderline Personality Disorder. *Journal of Contemporary Psychotherapy*: 279 – 290.
128. Harrington R. (2001). Causal processes in development and psychopathology. *Br J Psychiatry*: 93-94.
129. Hasin D, Liu X, Nunes E, et al. (2002). Effects of major depression on remission and relapse of substance dependence. *Arch Gen Psychiatry*: 375 – 380.
130. Haug S, Núñez CL, Becker J, et al. (2014). Predictors of onset of cannabis and other drug use in male young adults: results from a longitudinal study. *BMC Public Health*: 1202 – 1220.
131. Hayaki J, Bradley J. & Stein A. (2016). Dual Cannabis and Alcohol Use Disorders in Young Adults: Problems Magnified. *Substance Abuse*: 1 – 21.
132. Hawton K, et al. (2003) Comorbidity of axis I and axis II disorders in patients who attempted. *Suicide*: 1494 – 1500.
133. Herman-Stahl MA, Krebs CP, Krouti LA. (2006). Risk and Protective Factors for Nonmedical Use of Prescription Stimulants and Methamphetamine among Adolescents. *Journal of Adolescent Health*: 374 – 380.
134. Herman JP (2012). Neural pathways of stress integration: relevance to alcohol abuse. *Alcohol Res Curr Rev*: 229 – 239.
135. Hernández-Castillo L, Cargill-Foster NR, Gutiérrez-Hernández G. (2012). Funcionalidad familiar y conducta de riesgo en estudiantes de nivel medio superior Jonuta, Tabasco. *Salud en Tabasco*: 14 – 24.
136. Herrera. (1997). La familia funcional y disfuncional, un indicador de salud. *Rev Cubana Med Gen Inegr*: 591 – 595.
137. Herrera. (2003). El APGAR familiar en el cuidado primario de la salud. *Colombia Médica*: 26 – 28.
138. Hollon SD, DeRubeis RJ, Shelton RC, et al. (2005). Prevention of relapse following cognitive therapy vs medication in moderate to severe depression. *Arch Gen Psychiatry*: 417 – 422.



139. Hosseinbor N. M. (2012). Family Functioning of Addicted and Non Addicted Individuals: A Comparative Study. *International Journal of High Risk Behaviors and Addiction*: 109.
140. Howard MO, Bowen SE & Garland EL, et al. (2011). Inhalant Use and Inhalant Use Disorders in the United States. *Addictions Science & Clinical Practice*: 18 – 31.
141. Huang Y, Kotov R, Girolamo G, et al. (2009). DSM–IV personality disorders in the WHO World Mental Health Surveys. *Br J Psychiatry*: 46 – 53.
142. IESM-OMS. Informe de la evaluación del sistema de salud mental en México utilizando el Instrumento de Evaluación para Sistemas de Salud Mental de la Organización Mundial de la Salud, 2011. Secretaría de Salud de México, Organización Panamericana de la Salud y Organización Mundial de la Salud.
143. Informe del Uso de Drogas en las Américas, 2015. Organización de los Estados Americanos.
144. Informe Mundial sobre las Drogas 2016, Oficina de las Naciones Unidas contra las Drogas y el Delito.
145. Informe sobre el Uso de las Drogas en las Américas 2015. Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas, Organización de Estados Americanos
146. Jewkes R.K., Dunkle K., Nduna M., et al. (2010) Associations between childhood adversity and depression, substance abuse and HIV and HSV2 incident infections in rural South African youth. *Child Abuse Negl*: 833 – 841.
147. Jiménez Silvestre K, García Aurrecoechea R & Balanzario Lorenzana MC. (2006). Consumo de estimulantes y su relación con la violencia. Centros de Integración Juvenil, Dirección de Investigación y Enseñanza, Subdirección de Investigación, México, 2006
148. Johnston LD, O'Malley PM, Bachman JG, et al. (2013). Monitoring the Future National Results on Adolescent Drug Use: Overview of Key Findings, 2012. Institute for Social Research, University of Michigan: Ann Arbor, MI.
149. Johnson JK, Cohen P, Smailes EM, et al. (2001). Childhood verbal abuse and risk for personality disorders during adolescence and early adulthood. *Comprehensive Psychiatry*: 16 – 23.
150. Johnson JG, Cohen P, Kasen S, et al. (2015). Personality disorder traits associated with risk for unipolar depression during middle adulthood. *Psychiatry Research*: 113 – 121.

151. Karila, L, Zarmndini, R, Petit, A, et al. (2013). Cocaine addiction: Current data for clinician. *Presse Medicale*.
152. Katon W, Russo J, Frank E, et al. (2002). Predictors of nonresponse to treatment in primary care patients with dysthymia. *Gen Hosp Psychiatry: 20 – 27*.
153. Kelly, T. M. (2013). Integrated Treatment of Substance Use and Psychiatric Disorders. *Social Work Public Health: 388-406*
154. Kendler KS. (1983). Overview: a current perspective on twin studies of schizophrenia. *Am J Psychiatry: 1413 – 1452*.
155. Kendler KS, Kuhn JW, Vittum J, Prescott CA, Riley B. (2005). The interaction of stressful life events and a serotonin transporter polymorphism in the prediction of episodes of major depression: a replication. *Arch Gen Psychiatry: 529 – 535*.
156. Kessler RC. (2004). The Epidemiology of Dual Diagnosis. *Biol psychiatry: 730 – 737*.
157. Kessler RC, Chiu WT, Jin R, Ruscio AM, Shear K, Walters E.E. (2006). The epidemiology of panic attacks, panic disorder, and agoraphobia in the National Comorbidity Survey Replication. *Arch Gen Psychiatry: 415 – 424*.
158. Kessler RC, Ormel J, Petukhova M, McLaughlin KA, Green JG, Russo LJ, et al. (2011). Development of lifetime comorbidity in the world health organization world mental health surveys. *Arch Gen Psychiatry: 90 – 100*.
159. Kessler RC, Chiu WT, Jin R, et al. (2006). The epidemiology of panic attacks, panic disorder, and agoraphobia in the National Comorbidity Survey Replication. *Arch Gen Psychiatry: 415 – 424*.
160. Kiefer F, Holger J, Tarnaske T, et al. (2003). Comparing and combining naltrexone and acamprosate in relapse prevention of alcoholism: a doubleblind, placebo-controlled study. *Arch Gen Psychiatry: 92 – 99*.
161. Kienast T, Stoffers J, BERPohl F, et al. (2014). Borderline Personality Disorder and Comorbid Addiction. *Dtsch Arztebl Int: 280 – 286*.
162. King K. M. (2000). Influence of psychiatric comorbidity on HIV risk behaviors: changes during drug abuse treatment. *J Addict Dis: 65 – 83*.
163. Kolko DJ, Dorn LD, Bukstein OG, et al. (2009). Community vs. Clinic-based modular treatment of children with early-onset ODD or CD: a clinical trial with 3-year follow-up. *J Abnorm. Child Psychol: 591 – 609*.

164. Kongerslev M, Chanen A, Simonsen E (2015). Personality Disorder in Childhood and Adolescence comes of Age: a Review of the Current Evidence and Prospects for Future Research. *Scand J Child Adolesc Psychiatr Psychol*: 31 – 48.
165. Klein DN, Shankman SA & Rose S. (2006) Ten- year prospective follow-up study of the naturalistic course of dysthymic disorder and double depression. *American Journal of Psychiatry*: 872 - 880.
166. Kraus G & Reynolds DJ, (2001). The “A – B – C’s” of the cluster B’s: Identifying, understanding, and treating Cluster B Personality disorders. *Clinical Psychology Review*: 345 – 373.
167. Kranzler HR, Satel S, Apter A. (1994). Personality disorders and associated features in cocaine-dependent inpatients. *Compr Psychiatry*: 335 – 340.
168. Krug EG, Dahlberg LL, Mercy JA, Zwi A, Lozano R (2002) World report on violence and health. Geneva: World Health Organization.
169. Krueger RF, Hicks BM, Patrick CJ, Carlson SR, et al. (2002). Etiologic connections among substance dependence, antisocial behavior, and personality: modeling the externalizing spectrum. *J Abnorm Psychol*: 411 – 424.
170. Krystal C. (2001). A neurobiological basis for substance abuse comorbidity in schizophrenia. *Biol Psychiatry*: 71 – 83.
171. Lemos-Giráldez S, Vallina-Fernández O, Fernández-Iglesias P, et al. (2009). Symptomatic and functional outcome in youth at ultra-high risk for psychosis: a longitudinal study. *Schizophr Res*: 121 – 129.
172. Lentz V, Robinson J & Bolton JM. (2011). Childhood Adversity, Mental Disorder Comorbidity, and Suicidal Behavior in Schizotypal Personality Disorder. *J Nerv Ment Dis*: 795 – 801.
173. Letamendi AM, Chavira DA et al. (2009). Issues in the Assessment of Social Phobia: A Review. *Isr J Psychiatry Relat Sci*: 13 – 24.
174. Lieb K, Vollm B, Rucker G, et al. (2010). Pharmacotherapy for borderline personality disorder: Cochrane systematic review of randomised trials. *British Journal of Psychiatry*: 1180 – 1192.

175. Li-Tzy Wu, Gersing K, Burchett B, et al. (2011). Substance use disorders and comorbid Axis I and II psychiatric disorders among young psychiatric patients: Findings from a large electronic health records database. *Journal of Psychiatric Research*: 1453 – 1462.
176. Li-Tzy Wu & Howard MO. (2007). Psychiatric Disorders in Inhalant Users: Results from The National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Drug Alcohol Depend*: 146 – 155.
177. Liu Z, Zhu F, Wang G, Xiao Z, et al. (2006). Association of corticotropin-releasing hormone receptor1 gene SNP and haplotype with major depression. *Neurosci Lett*: 358 – 362.
178. López Durán A & Becoña Iglesias E. (2006). Consumo de cocaína y psicopatología asociada: una revisión. *Adicciones*: 161 – 196.
179. Louro. (2005). Modelo de salud en el grupo familiar. *Rev Cub de Salud Pública*: 35 – 40.
180. Lubman DI, Yücel M & Lawrence AJ. (2008). Inhalant abuse among adolescents: Neurobiological considerations. *British Journal of Pharmacology*: 316 – 326.
181. Magidson JF, Liu SM, Lejuez CW, Blanco C. (2012). Comparison of the course of substance use disorders among individuals with and without generalized anxiety disorder in a nationally representative sample. *J Psychiatr Res*: 659 – 666.
182. Mannelli P. (2013). The burd of Caring: Drug Users and their families. *Indian Journal Of Medical Research*: 636 – 638.
183. Manuchin S. (1977). Familia y terapia familiar. Editorial Crítica, Barcelona.
184. Matochik JA, Eldreth DA, Cadet JL, et al. (2005). Altered brain tissue composition in heavy marijuana users. *Drug Alcohol Depend*: 23 – 30
185. Merikangas KR, Nakamura EF & Kessler RC. (2009). Epidemiology of mental disorders in children and adolescents. *Dialogues-CNS*: 7 – 20.
186. Marín-Navarrete R., Benjet C., Borges G. et al. (2013). Comorbilidad de los trastornos por consumo de sustancias con otros trastornos psiquiátricos en Centros Residenciales de Ayuda-Mutua para la Atención de las Adicciones. *Salud Mental*: 471 – 479.
187. Marín-Navarrete R. & Medina-Mora M.E. (2015) Comorbilidades en los Trastornos por Consumo de Sustancias: Un desafío para los servicios de salud en México. Academia Nacional de Medicina de México A.C.: 39 – 58.

188. Marín-Navarrete R. & Szerman N. (2015). Repensando el concepto de adicciones: pasos hacia la patología dual. *Salud Mental*: 395 – 396.
189. Mayumi O, Gianoli, Serrita J, O'Brien E, et al. (2012). Treatment for comorbid borderline personality disorder and alcohol use disorders: A review of the evidence and future recommendations. *Exp Clin Psychopharmacol*: 333 – 344.
190. Meier MH, Caspi A, Ambler A, et al. (2012). Persistent cannabis users show neuropsychological decline from childhood to midlife. *Proc Natl Acad Sci*: 2657 – 2664.
191. Medina Mora M. E. (2001). Del siglo XX al tercer milenio; Las adicciones y la salud pública: drogas, alcohol y sociedad. *Salud Mental*: 3 – 19.
192. Medina-Mora M. E. (2013). Las drogas y la Salud Pública: ¿hacia dónde vamos? *Salud Pública de México*: 67 – 73.
193. Mèlich M. T. (2008). Patología dual: situación actual y retos de futuro. *Adicciones*: 315 - 320.
194. Mercer D, Douglass AB & Links PS. (2009). Meta-analyses of mood stabilizers, Antidepressants and Antipsychotics in the treatment of borderline personality disorder: effectiveness for depression and anger symptoms. *Journal of Personality Disorders*: 156 – 174.
195. Mersky, J. P. (2013). Impacts of adverse childhood experiences on health, mental health, and substance use in early adulthood: A cohort study of an urban, minority sample in the U.S. *Child Abuse and Neglect*: 917 – 925.
196. Misra LK, Kofoed L & Fuller W. (1999). Treatment of Inhalant Abuse with Risperidone. *J. Clin Psychiatry*: 620.
197. Molina A. (2006). La familia como sistema. Un enfoque dialéctico. Facultad Psicología. UNAM.
198. Molina KM, Alegría M & Chen CN. (2012). Neighborhood context and substance use disorders: a comparative analysis of racial and ethnic groups in the United States. *Drug Alcohol Depend*, (Suppl 1): S35 – S43.
199. Moncada, S. (1997). Factores de riesgo y de protección en el consumo de drogas: Plan Nacional sobre Drogas. Prevención de las drogodependencias. Análisis y propuestas de actuación. Madrid: Plan Nacional sobre Drogas: 85 – 101.

200. Moore TM, Stuart GL, Meehan JC, et al. (2008). Drug abuse and aggression between intimate partners: A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review*: 247 – 274.
201. Morean C. W. (2009). Parental history of anxiety and alcohol use disorders and alcohol expectancies as predictor of alcohol-related problems. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*: 227 – 236.
202. Moss HB, Chen CM & Yi H. (2014). Early adolescent patterns of alcohol, cigarettes, and marijuana polysubstance use and young adult substance use outcomes in a nationally representative sample. *Drug Alcohol Depend*: 51 - 62.
203. Mulder RT. (2002). Personality pathology and treatment outcome in major depression: a review. *Am J Psychiatry*: 359 – 371.
204. McGrath J, Welham, J, Scott J, et al. (2010). Association between cannabis use and psychosis-related outcomes using sibling pair analysis in a cohort of young adults. *Archives of General Psychiatry*: 440 – 447.
205. McHugh RK. (2015). Treatment of Co-occurring Anxiety Disorders and Substance Use Disorders. *Harv Rev Psychiatry*: 99 – 111.
206. Mcketin R, Chalmers J, Sunderland M (2014). Recreational drug use and binge drinking: Stimulant but not cannabis intoxication is associated with excessive alcohol consumption. *Drug and Alcohol Review*: 436 – 445.
207. Nady El-Guebaly. (2004). Concurrent substance-related disorders and mental illness: the North American experience. *World Psychiatry*. WAP Section Report.
208. National Institute on Drug Abuse (NIDA). (2003). Preventing Drug Use among Children and Adolescents, A Research-Based Guide for Parents, Educators, and Community Leaders. E.U.: NIH Publication No 04-4212Niehuaus N. D. (2009). Plasticity of Addiction: a Mesolimbic Dopamine Short-Circuit? *Am J Addict*: 259 – 271.
209. Natsuaki MN, Cicchetti D & Rogosch FA. (2009). Examining the developmental history of child maltreatment, peer relations, and externalizing problems among adolescents with symptoms of paranoid personality disorder. *Development and Psychopathology*: 1181 – 1193.
210. Nicosia D. A. (2010). The War on Drugs; Methamphetamine, Public Health and Crime. *Am Econ Rev*: 324 – 349.

211. Norman ER, Byambaa M, Butchart A, et al. (2012). The Long-Term Health Consequences of Child Physical Abuse, Emotional Abuse, and Neglect: A Systematic Review and Meta-Analysis. *PLOS Medicine*: 1 – 31.
212. Nock MK, Joiner TE, Gordon KH, et al. (2006). Non-suicidal self-injury among adolescents: Diagnostic correlates and relation to suicide attempts. *Psychiatry Res*: 65 – 72.
213. Nocon B. D. (2007). Dual diagnosis in an inpatient drug-abuse detoxification unit. *Eur Addict Res*: 192 – 200.
214. Nomura W. P. (2002). Family discord, parental depression, and psychopathology in offspring: ten-year follow-up. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*: 402 - 409.
215. Nnadi CU, Mimiko OA, McCurtis HL, et al. (2005) Neuropsychiatric effects of cocaine use disorders. *J Natl Med Assoc*: 1504 – 1515.
216. Ober AJ, Miles JN, Brett B, et al. (2013). Risk for Inhalant Initiation Among Middle School Students: Understanding Individual, Family, and Peer Risk and Protective Factors. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*: 835 – 840.
217. Odgers CL, Moffitt TE, Broadbent JM, et al. (2008). Female and male antisocial trajectories: from childhood origins to adult outcomes. *Dev Psychopathol*: 673 – 716.
218. Offord D. & Kraemer C. (2000). Risk factors and prevention. *EBMH Notebook*; 3: 70 – 71.
219. Organización Mundial de la Salud. (2011). OMS: Global Burden Disease 2000 – 2011.
220. Oficina de las Naciones Unidas contra las Drogas y Delito: Reporte Informe Mundial sobre las drogas 2014.
221. Oficina de las Naciones Unidas contra las Drogas y Delito: Reporte Informe Mundial sobre las drogas 2016.
222. OEA. (2012). El problema de las drogas en las Américas: Drogas y Salud Pública. México, Organización de los Estados Americanos.
223. Ortiz A, Martínez R, Meza D. (2010). Grupo Interinstitucional para el desarrollo del Sistema de Reporte de Información en Drogas. Resultados de la Aplicación de la Cédula: “Informe Individual sobre Consumo de Drogas”. Tendencias en el área metropolitana No. 49. Ed. Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz. México, D.F.

224. Pace U. & Zappulla C. (2012). Detachment from parents, problem behaviors, and the moderating role of parental support among Italian adolescents. *Journal of Family Issues: 768 – 783.*
225. Paim Kessler FH, Barbosa Terra M, Faller S, et al. (2012). Crack Users Show High Rates of Antisocial Personality Disorder, Engagement in Illegal Activities and Other Psychosocial Problems. *The American Journal on Addictions: 370 – 380.*
226. Palacios D. (2012). Exploración de los motivos para consumir alcohol en adolescentes. *Psicología Iberoamericana: 29 – 39.*
227. Panenka WJ, Procyshyn RM, Lecomte T, et al. (2013) Methamphetamine use: a comprehensive review of molecular, preclinical and clinical findings. *Drug Alcohol Depend: 167 – 179.*
228. Park TM & Haning WF. (2016). Stimulant Use Disorders. *Child Adolesc Psychiatric Clin N Am: 23 – 38.*
229. Pérez del Campo A.M. (2007). El lugar de la familia monoparental en la sociedad. Cuadernos de las familias democráticas, Familias UNAF, Madrid.
230. Peters EN, Schwartz RP, Wang S. et al. (2014). Psychiatric, Psychosocial, and Physical Health Correlates of Co- Occurring Cannabis Use Disorders and Nicotine Dependence. *Drug Alcohol Depend: 1 – 20.*
231. Pettinati HM, O'Brien CP & Dundon WD. (2013). Current status of co-occurring mood and substance use disorders: a new therapeutic target. *Am J Psychiatry: 23 – 30.*
232. Pianca TG, Rohde LA, Rosa LR. (2016). Crack Cocaine Use in Adolescents: Clinical Characteristics and Predictors of Early Initiation. *J Clin Psychiatry: 220 – 228.*
233. Pires AJ, Casanova CC, Avila Quevedo L. et al (2014). Panic disorder and psychoactive substance use in primary care. *Trends Psychiatry Psychother: 113 – 118.*
234. Potenza MS. (2011). Neuroscience of behavioral and pharmacological treatments for addictions. *Neuron: 695-712.*
235. Preuss UW, Koller G, Barnow S, et al. (2006). Suicidal behavior in alcohol-dependent subjects: the role of personality disorders. *Alcohol Clin Exp Res: 866 – 877.*
236. Thomas Ray J. R. (2009). Family Members of Person with Alcohol and Drugs Dependence: Health problems and medical cost compared to family members of person's whit Diabetes and Asma. *Adicction: 203-214.*



237. Raine A. (2006). Schizotypal personality: neurodevelopmental and psychosocial trajectories. *Annu Rev Clin Psychol*: 291 – 326.
238. Ramos-Olazagasti MA, Bird HA, Canino GJ, et al. (2016). Childhood Adversity and Early Initiation of Alcohol Use in Two Representative Samples of Puerto Rican Youth. *J Youth Adolescence*: 543 – 555.
239. Rebekah G, Bradley, Elisabeth B, Binder et al. (2008). Influence of Child Abuse on Adult Depression: Moderation by the Corticotropin-Releasing Hormone Receptor Gene. *Arch Gen Psychiatry*: 190 – 200.
240. Reinherz A. P. (2003). Childhood and adolescent predictors of major depression in the transition to adulthood. *Am J Psychiatry*: 46-56.
241. Reul JM, Holsboer F. (2002). Corticotropin-releasing factor receptors 1 and 2 in anxiety and depression. *Curr Opin Pharmacol*: 23 – 33.
242. Regier D.A., Farmer M.E., Rae D.S., Locke B.Z., Keith S.J., Judd L.L., et al. (1990). Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse. Results from the Epidemiologic Catchment Area (ECA). *JAMA*: 2511 – 2518.
243. Rodrigo J., Máiquez L., García M. et al. (2004). Relaciones padres-hijos y estilos de vida en la adolescencia. *Psicothema*: 203 - 210.
244. Rosas-Gutiérrez I, Simón-Arceo K & Mercado F. (2013). Mecanismo celular y molecular de la adicción a benzodiazepinas. *Salud Mental*: 325 – 329.
245. Rothman EF, Edwards EM, et al. (2008). Adverses childhood experiences predict earlier age of drinking onset: Results from a representative US sample of current or former drinkers. *Pediatrics*: 298 – 304.
246. Rounsaville BJ, Kranzler HR, Ball S, et al. (1998). Personality disorders in substance abusers: relation to substance use. *J Nerv Ment Dis*: 87 – 95.
247. Ruiz R. (2002). La familia. *Rev Cubana Med Gen Integr*; 22 - 23.
248. Sabrina J., Meier P.S., Stirling J. & Berry M. (2008). Treatment approaches for dual diagnosis clients in England. *Drug and Alcohol Review*: 650 – 658.
249. Sanderson WC, Wetzler S, Beck AT, et al. (1992). Prevalence of personality disorders in patients with major depression and dysthymia. *Psychiatry Res*: 93 – 99.
250. Sansone RA, Farukhi S, Wiederman MW. (2011). Utilization of primary care physicians in borderline personality. *General Hospital Psychiatry*: 343 – 346.

251. Saucedo G. (1991). Psicología de la vida en familia: una visión estructural. *Rev Med IMSS*: 61 – 63.
252. Sanvisens M. T. (2009). Patología Dual: Guía Clínica de intervención. Sociedad Española de Patología Dual, Barcelona, España.
253. Sindicich N & Burns L. (2013). Australian trends in ecstasy and related drug markets 2011. Findings from the Ecstasy and Related Drugs Reporting System (EDRS). Sydney: National Drug and Alcohol Research Centre, University of New South Wales.
254. Silva-Oliveira F, Kelly OJ, Ferreira e Ferreira E, et al. (2014). The prevalence of inhalant use and associated factors among adolescents in Belo Horizonte, Brazil. *Ciência & Saúde Coletiva*: 881 – 890.
255. Silins E, Horwood LJ, Patton GC, et al. (2014). Young adult sequelae of adolescent cannabis use: an integrative analysis. *Lancet Psychiatry*: 286 – 293.
256. Simpson AK & Magid V. (2016). Cannabis Use Disorder in Adolescence. *Child Adolesc Psychiatric Clin N Am*: 431 – 443.
257. Sinha R. (2011). New findings on biological factors predicting addiction relapse vulnerability. *Curr Psychiatry Rep*: 398 – 405.
258. Sinha R, Fox HC, Hong KA, et al. (2009). Enhanced negative emotion and alcohol craving, and altered physiological responses following stress and cue exposure in alcohol dependent individuals. *Neuropsychopharmacology*: 1198 – 1208.
259. Souza y Machorro M. & Cruz M.D. (2010). Salud mental y atención psiquiátrica en México. *Revista de la Facultad de Medicina de la UNAM*: 17 – 23.
260. Souza MM. (2003). Drinking practices and other health related behaviors among adolescents of Sao Paulo City, Brazil. *Subst Use Misuse*: 905 – 932.
261. Scott Weich P.B. (2009). Family relationships in childhood and common psychiatric disorders in later life: systematic review of prospective studies. *B J Psych*: 392 – 398.
262. Sowell ER, Thompson PM, Holmes CJ, et al. (1999). In vivo evidence for post-adolescent brain maturation in frontal and striatal regions. *Nat Neurosci*: 859 – 861.
263. Sullivan PF, Neale MC, Kendler KS. (2000). Genetic epidemiology of major depression: review and metaanalysis. *Am J Psychiatry*: 1552 – 1562.

264. Sugaya Nagasi H. A. (2011). Family dysfunction differentially affects alcohol and methamphetamine dependence: a view from the addiction severity index in Japan. *Int J Environ Res Public Health*: 3922 – 3937.
265. Sussman SS. (2011). Considering the Definition of Addiction. *Int. J. Environ. Res. Public Health*: 4025 – 4038.
266. Schepis TS, Adinoff B & Rao U. (2008). Neurobiological Processes in Adolescent Addictive Disorders. *Am J Addict*: 6 – 23.
267. Schier Dória GM, Antoniuk SA, Assumpção Junior FB. (2015). Delinquency and association with behavioral disorders and substance abuse. *Rev Assoc Med Bras*: 51 – 57.
268. Schuckit MA, Tipp JE, Bergman M, et al. (2007). Comparison of induced and independent major depressive disorder in 2,945 alcoholics. *Am J Psychiatry*: 948 – 957.
269. Shamblen SR & Miller T (2012). Inhalant initiation and the relationship of inhalant use to the use of other substances. *J Drug Educ*: 327 – 346.
270. Sheehan MF. (1993). Dual diagnosis. *Psychiatric Quarterl*: 107 – 134.
271. Skinstad AH & Swain A. (2001). Comorbidity in a clinical sample of substance abusers. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*: 45 – 64.
272. Stoffers JM & Lieb K. (2015). Pharmacotherapy for Borderline Personality Disorder. *Current Evidence and Recent Trends*: 534 – 540.
273. Svingen L, Dykstra RE, Simpson JL, et al. (2016). Associations Between Family History of Substance Use, Childhood Trauma, and Age of First Drug Use in Persons With Methamphetamine Dependence. *J Addict Med*: 269 – 273.
274. Szerman N., Basurte I., Vega P., Arias-Horcajada F., et al. (2008). Estudio epidemiológico para determinar la prevalencia, diagnóstico y actitud terapéutica de la patología dual en la comunidad de Madrid. Comunicación. Congreso Internacional de Patología Dual.
275. Szerman N., Arias F. et al. (2011). Estudio piloto sobre la prevalencia de patología dual en pacientes en tratamiento en la Comunidad de Madrid. *Adicciones*: 249 – 255.
276. Terry-Mc Elrath YM, O'Malley PM & Johnston LD. (2013). Simultaneous alcohol and marijuana use among US high school seniors from 1976 to 2011: Trends, reasons, and situations. *Drug Alcohol Depend*: 71 – 79.

277. Townsend L, Flisher AJ & King G. (2007). A Systematic Review of the Relationship between High School Dropout and Substance Use. *Clinical Child and Family Psychology: 295 – 317.*
278. Tull MT, Gratz KL & Weiss NH. (2011). Exploring Associations Between Borderline Personality Disorder, Crack/Cocaine Dependence, Gender, and Risky Sexual Behavior Among Substance-Dependent Inpatients. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment: 209 – 219.*
279. Tramontina S, Martins S, Michalowski MB, et al. (2001). School Dropout and Conduct Disorder in Brazilian Elementary School Students. *Can J Psychiatry: 941 – 947.*
280. Tronick EZ. (1989). Emotions and emotional communication in infants. *Am Psychol: 112 - 119.*
281. Trull TJ, Sher KJ, Minks-Brown et al. (2000). Borderline personality disorder and substance use disorders: a review and integration. *Clinical Psychology Review: 235 – 253.*
282. Tyrer P, Mulder R, Crawford M, et al. (2010). Personality disorder: a new global perspective. *World Psychiatry: 56 – 60.*
283. Tyrkaa AR, Wychea MC, Kelly MM, et al. (2009). Childhood maltreatment and adult personality disorder symptoms: Influence of maltreatment type. *Psychiatry Res: 281 – 287.*
284. Vlado Jukie J. I. (2012). Familial Risk Factors Favoring Drug Addiction Onset. *Journal of Psychoactive Drugs: 172 – 185.*
285. Villatoro J, Gaytán E, Moreno M, et al (2010). Consumo de Alcohol, Tabaco y otras Drogas en la Ciudad de México. Medición 2009. Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz. México, D.F.
286. Villatoro J, Medina-Mora ME, Bautista CF. (2012). El consumo de drogas en México: Resultados de la Encuesta Nacional de Adicciones, 2011. *Salud Mental: 447 – 457.*
287. Vázquez GC. (2003). Delincuencia juvenil. Consideraciones penales y criminologías, Colex, Madrid: 121 – 168.
288. Vergara-Moragues E, González-Saíz F, Lozano OM, et al. (2012). Psychiatric comorbidity in cocaine users treated in therapeutic community. Substance induced versus independent disorders. *Psychiatry Research: 734 – 741.*
289. Volkow ND, Compton WM, Weiss SR. (2014). Adverse health effects of marijuana use. *N Engl J Med: 879 – 888.*

290. Wells K. (2009). Substance Abuse and Child Maltreatment. *Pediatr Clin N Am*: 345 – 362.
291. Wilson M. E. (2013). Impact of Family History in Person with Dual Diagnosis. *Journal Dual Diagnosis*: 30 – 38.
292. Wongpakaran N, Wongpakaran T, Boonyanaruthee V, et al. (2015). Comorbid personality disorders among patients with depression. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*: 1091 – 1096.
293. Wu LT & Ringwalt CL. (2006). Inhalant use and disorders among adults in the United States. *Drug and Alcohol Dependence*: 1 – 11.
294. Wu LT & Howard MO. (2007). Psychiatric disorders in inhalant users: Results from The National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Drug and Alcohol Dependence*: 146 – 155.
295. Yap M.B., Allen N.B., Sheeber L. (2007). Using an emotion regulation framework to understand the role of temperament and family processes in risk for adolescent depressive disorders. *Clinical Child and Family Psychology Review*: 180 – 196.
296. Yazıcı M & Hocaoglu C. (2011). Relationship between Personality and Disability in Patients with Major Depressive Disorder. *Isr J Psychiatry Relat Sci*: 123 – 128.
297. Yen S, Shea T, Pagano M, et al (2003). Borderline personality disorder, drug use disorder, and worsening depression or substance abuse are significant predictors of suicide attempts in people with Axis I and II disorders. *J Abnorm Psychol*: 375 – 381.
298. Yu Chen C, Wagner FA, & Anthony JC. (2002). Marijuana use and the risk of Major Depressive Episode: Epidemiological evidence from the United States National Comorbidity Survey. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*: 199 – 206.
299. Yucel M, Takagi M, Walterfang M, al. (2008). Toluene misuse and long-term harms: a systematic review of the neuropsychological and neuroimaging literature. *Neurosci Biobehav Rev*: 910 – 926.
300. Yitzchak K. (2007). Treatment program for dual-diagnosis substance abusers. *Archives of Psychiatry and Psychotherapy*: 61–67.
301. Zamudio P., Chávez R. & Zafra E. (2015). Abusos en centros de tratamiento con internamiento para usuarios de drogas en México. Cuadernos CUPIHD: 7 – 32.

302. Zanarini M, Frankenburg F, Bradford RD, et al. 2010) Time to attainment of Recovery from Borderline Personality Disorder and Stability of Recovery: A 10-year Prospective Follow-Up Study. *Am J Psychiatry*: 663 – 667.
303. Zanarini MC, Williams AA, Lewis RE, et al. (1997). Reported pathological childhood experiences associated with the development of borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry*: 1101 – 1106.
304. Zimmerman M, Chelminski I, Young D. (2008). The frequency of personality disorders in psychiatric patients. *Psychiatr Clin North Am*: 405 – 420.
305. Zimmerman M & Mattia JI (1999). Axis I diagnostic comorbidity and borderline personality disorder. *Compr Psychiatry*: 245 – 452.
306. Zolotor A, Kotch J, Dufort V, Winsor J, Catellier D, Bou-Saada I. (1993). School performance in a longitudinal cohort of children at risk of maltreatment. *Matern Child Health J*: 19 – 27.

- **ANEXOS**

---

### **Tabla de contenido de anexos**

#### **Cuestionario sociodemográfico y clínico**

#### **Entrevista Internacional Neuropsiquiátrica**

#### **Cuestionario de personalidad de Salamanca**

#### **APGAR familiar**

#### **FACES III**

#### **Escala de Eventos críticos de Thomas Holmes**

---

<b>CUESTIONARIO SOCIODEMOGRÁFICO</b>	Fecha: <input style="width: 90%;" type="text"/>
	Folio: <input style="width: 90%;" type="text"/>

<b>FICHA DE IDENTIFICACIÓN</b>								
Identificación	Nombre (s)			Apellido Paterno			Apellido Materno	
							M <input type="checkbox"/>	F <input type="checkbox"/>
							(1)	(2)
Fecha de nacimiento			Edad (años)			Sexo		
Domicilio	Lugar de origen (municipio y estado)			Lugar de residencia actual (Municipio)				
	Calle y Número			Colonia			Estado	
<b>CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS DE USUARIO RESIDENCIAL</b>								
Escolaridad	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (2)	<input type="checkbox"/> (3)	<input type="checkbox"/> (4)	<input type="checkbox"/> (5)	<input type="checkbox"/> (6)	<input type="checkbox"/> (7)	<input type="checkbox"/> (8)
	Analfabeta	Primaria incompleta	Primaria	Secundaria	Bachiller	Carrera técnica	Lic.	Posgrado
Motivo de abandono de actividad escolar	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (2)	<input type="checkbox"/> (3)	<input type="checkbox"/> (4)	<input type="checkbox"/> (5)	<input type="checkbox"/> (6)	<input type="checkbox"/> (7)	<input type="checkbox"/> (8)
	Pobreza	Actividad laboral	Inicio de Consumo	Bajo rendimiento	Expulsión	Migración	Vida conyugal	Otras
Edad de abandono escolar	Edad en años			Edad de inicio de actividad laboral			Edad en años	
Actividad laboral actual	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (2)	<input type="checkbox"/> (3)	<input type="checkbox"/> (4)	<input type="checkbox"/> (5)			
	Estudiante	Empleado	Autoempleado	Jubilado	Desempleado			
Motivo de desempleo actual	<input type="checkbox"/> (1)		<input type="checkbox"/> (2)		<input type="checkbox"/> (3)		<input type="checkbox"/> (4)	
	Ingreso a Tratamiento residencial		Egreso rehabilitación social		Consumo de sustancias		Egreso de Anexo	
	Tiempo de desempleo			Meses:				
Estado civil actual	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (2)	<input type="checkbox"/> (3)	<input type="checkbox"/> (4)	<input type="checkbox"/> (5)	<input type="checkbox"/> (6)		
	Soltero	Unión libre	Casado	Separado	Divorciado	Viudo		
Antecedente de migración	Sí <input type="checkbox"/> (1)	No <input type="checkbox"/> (2)	Estancia en años:			1. Antecedentes penales		<input type="checkbox"/>
						2. indocumentado		<input type="checkbox"/>
						3. Decisión propia		<input type="checkbox"/>
						4. Otros		<input type="checkbox"/>
Antecedentes penales	Residencia en Estados Unidos			Tiempo de estancia			Motivo de inmigración	
	Sí <input type="checkbox"/> (1)	No <input type="checkbox"/> (2)	Meses:			1. Robo		<input type="checkbox"/>
						2. Narcomenudeo		<input type="checkbox"/>
						3. Destrucción propiedad		<input type="checkbox"/>
						4. Lesiones a terceros		<input type="checkbox"/>
					5. Otros		<input type="checkbox"/>	
Antecedentes de estancia en anexo	Antecedentes penales		Tiempo de estancia en unidad de rehabilitación social			Motivo de internamiento en unidad de rehabilitación social		
	Sí <input type="checkbox"/> (1)	No <input type="checkbox"/> (2)						
	Antecedente de internamiento en Anexo		Número de internamientos en Centros de Ayuda Mutua (anexo)			Máximo periodo de internamiento en Anexo		

CARACTERÍSTICAS DE CONSUMO DE USUARIO RESIDENCIAL									
Tabaquismo	Si <input checked="" type="checkbox"/>	No <input checked="" type="checkbox"/>							
	(1)	(2)							
Fuma actualmente		Edad de inicio		N de tabacos/día		Índice tabáquico		Test Frguërstom	
PATRÓN DE CONSUMO									
Dependencia a sustancia uno									
		1. Socialización		<input checked="" type="checkbox"/>	Meses:		(n/semana)		(n/semana)
		2. Imitación		<input checked="" type="checkbox"/>					
		3. Curiosidad		<input checked="" type="checkbox"/>					
		4. Afrontamiento		<input checked="" type="checkbox"/>					
Tipo de sustancia consumida	Edad de inicio	Motivo de inicio de consumo			Tiempo de consumo		Patrón inicial de consumo		Patrón actual de consumo
Consumo por día:	Meses:	Si <input checked="" type="checkbox"/>	No <input checked="" type="checkbox"/>	Si <input checked="" type="checkbox"/>	No <input checked="" type="checkbox"/>	1. Accidentes		<input checked="" type="checkbox"/>	
		(1)	(2)	(1)	(2)	2. Familiares		<input checked="" type="checkbox"/>	
						3. Penales		<input checked="" type="checkbox"/>	
						4. Sociales		<input checked="" type="checkbox"/>	
Máximo consumo por ocasión	Máximo periodo abstinencia	Presencia actual de craving por sustancia			Síntomas de abstinencia		Efectos negativos		Intentos previos por suspender consumo
Dependencia a sustancia dos									
		1. Socialización		<input checked="" type="checkbox"/>	Meses:		(n/semana)		(n/semana)
		2. Imitación		<input checked="" type="checkbox"/>					
		3. Curiosidad		<input checked="" type="checkbox"/>					
		4. Afrontamiento		<input checked="" type="checkbox"/>					
Tipo de sustancia consumida	Edad de inicio	Motivo de inicio de consumo			Tiempo de consumo		Patrón inicial de consumo		Patrón actual de consumo
Consumo por día:	Meses:	Si <input checked="" type="checkbox"/>	No <input checked="" type="checkbox"/>	Si <input checked="" type="checkbox"/>	No <input checked="" type="checkbox"/>	1. Accidentes		<input checked="" type="checkbox"/>	
		(1)	(2)	(1)	(2)	2. Familiares		<input checked="" type="checkbox"/>	
						3. Penales		<input checked="" type="checkbox"/>	
						4. Sociales		<input checked="" type="checkbox"/>	
Máximo consumo por ocasión	Máximo periodo abstinencia	Presencia actual de craving por sustancia			Síntomas de abstinencia		Efectos negativos		Intentos previos por suspender consumo
Dependencia a sustancia tres									
		1. Socialización		<input checked="" type="checkbox"/>	Meses:		(n/semana)		(n/semana)
		2. Imitación		<input checked="" type="checkbox"/>					
		3. Curiosidad		<input checked="" type="checkbox"/>					
		4. Afrontamiento		<input checked="" type="checkbox"/>					
Tipo de sustancia consumida	Edad de inicio	Motivo de inicio de consumo			Tiempo de consumo		Patrón inicial de consumo		Patrón actual de consumo
Consumo por día:	Meses:	Si <input checked="" type="checkbox"/>	No <input checked="" type="checkbox"/>	Si <input checked="" type="checkbox"/>	No <input checked="" type="checkbox"/>	1. Accidentes		<input checked="" type="checkbox"/>	
		(1)	(2)	(1)	(2)	2. Familiares		<input checked="" type="checkbox"/>	
						3. Penales		<input checked="" type="checkbox"/>	
						4. Sociales		<input checked="" type="checkbox"/>	
Máximo consumo por ocasión	Máximo periodo abstinencia	Presencia actual de craving por sustancia			Síntomas de abstinencia		Efectos negativos		Intentos previos por suspender consumo
Dependencia a sustancia cuatro									
		1. Socialización		<input checked="" type="checkbox"/>	Meses:		(n/semana)		(n/semana)
		2. Imitación		<input checked="" type="checkbox"/>					
		3. Curiosidad		<input checked="" type="checkbox"/>					
		4. Afrontamiento		<input checked="" type="checkbox"/>					



Tipo de sustancia consumida	Edad de inicio	Motivo de inicio de consumo		Tiempo de consumo		Patrón inicial de consumo		Patrón actual de consumo			
Consumo por día:	Meses:	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	1. Accidentes	<input type="checkbox"/>				
		(1)	(2)	(1)	(2)	2. Familiares	<input type="checkbox"/>				
						3. Penales	<input type="checkbox"/>				
						4. Sociales	<input type="checkbox"/>				
Máximo consumo por ocasión	Máximo periodo abstinencia	Presencia actual de craving por sustancia		Síntomas de abstinencia		Efectos negativos		Intentos previos por suspender consumo			
<b>SUSTANCIAS DE ABUSO</b>											
<b>Sustancia</b>	Sustancia (1)		Sustancia (2)		Sustancia (3)		Sustancia (4)				
<b>Tipo</b>											
<b>Número de consumo</b>											
<b>Edad de consumo</b>											
<b>ANTECEDENTE DE ATENCIÓN PSICOLÓGICA Y PSIQUIÁTRICA</b>											
Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	1. Problemas de conducta		<input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	1. Problemas de conducta		<input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
(1)	(2)				(1)	(2)				(1)	(2)
		2. Consumo de sustancias		<input type="checkbox"/>			2. Consumo de sustancias		<input type="checkbox"/>		
		3. Alteraciones estado de ánimo		<input type="checkbox"/>			3. Alteración estado de ánimo		<input type="checkbox"/>		
		4. Alteraciones sensoriales		<input type="checkbox"/>			4. Alteraciones sensoriales		<input type="checkbox"/>		
		5. Ansiedad		<input type="checkbox"/>			5. Ansiedad		<input type="checkbox"/>		
Recibió atención psicológica previa	Motivo de atención			Recibió atención psiquiátrica previa	Motivo de atención			Indicación Medicamento			
Atención psicológica					Atención psiquiátrica						
Antecedente de medicación psiquiátrica previa a ingreso	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	
	(1)	(2)	(1)	(2)	(1)	(2)	(1)	(2)	(1)	(2)	
	Tipo:		Tipo:		Tipo:		Tipo:		Tipo:		
	Dosis:		Dosis:		Dosis:		Dosis:		Dosis:		
	Periodo:		Periodo:		Periodo:		Periodo:		Periodo:		
	Antidepresivo		Antipsicótico		Anticonvulsivante		Benzodiacepina		Otros		
<b>ANTECEDENTES DE INTENTOS SUICIDAS DE USUARIO RESIDENCIAL DERIVADOS DE ENTREVISTA</b>											
Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>							Previa planeación	<input type="checkbox"/>		
(1)	(2)							Previa estructuración	<input type="checkbox"/>		
								Contexto impulsivo	<input type="checkbox"/>		
Antecedente	N de intentos	Modo de intento reciente		Motivo de intento reciente		Estructura					
<b>ANTECEDENTES DE ABUSO SEXUAL Y MALTRATO INFANTIL</b>											
Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	1. Froterismo		<input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	
(1)	(2)				(1)	(2)	(1)	(2)	(1)	(2)	
		2. Tocamientos		<input type="checkbox"/>							
		3. vuoyerismo		<input type="checkbox"/>							
Antecedente de abuso	Tipo de abuso		Antecedente de violación		Antecedente de maltrato físico		Antecedente de Maltrato psicológico				
<b>ANTECEDENTES FAMILIARES DE USUARIO RESIDENCIAL</b>											
<b>Madre de usuario residencial</b>											
Edad:		Domicilio:									
Escolaridad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)			
	Analfabeta	Primaria incompleta	Primaria	Secundaria	Bachiller	Carrera técnica	Lic.	Posgrado			
Actividad laboral actual	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)					
	Estudiante	Empleado	Autoempleado	Jubilado	Desempleado	Hogar					
Estado civil actual	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)					
	Soltero	Unión libre	Casado	Separado	Divorciado	Viudo					

Motivo de separación de conyugue	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
	(1)	(2)	(3)	(4)			
	Infidelidad	Violencia intrafamiliar	Consumo de sustancias	Abandono			
<b>Antecedentes toxicológicos de madre de usuario residencial</b>							
Tabaquismo	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>					
	(1)	(2)					
	Fuma actualmente		Edad de inicio	N de tabacos/día		Índice tabáquico	
Consumo de etanol	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>		1. Una vez cada 6 meses	<input type="checkbox"/>		
	(1)	(2)		2. Una vez por mes	<input type="checkbox"/>		
				3. Una vez por semana	<input type="checkbox"/>		
	Toma bebidas embriagantes		Edad de inicio	Frecuencia de consumo		Cantidad/día	
Consumo de drogas ilícitas	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>		1. Vez en la vida	<input type="checkbox"/>		
	(1)	(2)		2. Una vez cada 6 meses	<input type="checkbox"/>		
				3. Una vez por mes	<input type="checkbox"/>		
				4. Una vez por semana	<input type="checkbox"/>		
	Consumo de droga ilícita		Edad de inicio	Frecuencia de consumo		Cantidad/día	
Tipo de sustancia consumida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)
	Cannabis	Cocaína	Coca base	Solventes	Alucinógeno	Opioides	Otras
<b>Tipo de droga consumida</b>							
Consumo de ansiolíticos	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>		1. vez en la vida	<input type="checkbox"/>		
	(1)	(2)		2. Una vez cada 6 meses	<input type="checkbox"/>		
				3. Una vez al mes	<input type="checkbox"/>		
				4. Una vez a la semana	<input type="checkbox"/>		
				5. Diario	<input type="checkbox"/>		
	Consumo de inductor del sueño		Edad de inicio	Frecuencia de consumo		Cantidad/día	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(6)
	Clonazepam	Alprazolam	Bromacepam	Lorazepam	Diacepam	Otros	
<b>Tipo de inductor de sueño</b>							
Antecedentes de salud mental	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	
	(1)	(2)	(1)	(2)	(1)	(2)	
	Atención psicológica		Atención psiquiátrica		Toma de psicofármaco		Motivo
Antecedentes de enfermedad médica	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	1. _____		
	(1)	(2)	(1)	(2)	2. _____		
	Enfermedad médica		Toma de medicamento		3. _____		
<b>Padre de usuario residencial</b>							
Edad:		Domicilio:					
Escolaridad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)
	Analfabeta	Primaria incompleta	Primaria	Secundaria	Bachiller	Carrera técnica	Lic. Posgrado
Actividad laboral actual	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(6)
	Estudiante	Empleado	Autoempleado	Jubilado	Desempleado	Hogar	
Estado civil actual	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(6)
	Soltero	Unión libre	Casado	Separado	Divorciado	Viudo	
<b>Antecedentes toxicológicos de Padre de usuario residencial</b>							
Tabaquismo	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>					
	(1)	(2)					
	Fuma actualmente		Edad de inicio	N de tabacos/día		Índice tabáquico	

Consumo de etanol	Si <input type="checkbox"/> (1)	No <input type="checkbox"/> (2)		1. Una vez cada 6 meses	<input type="checkbox"/>	
	Toma bebidas embriagantes		Edad de inicio	Frecuencia de consumo		Cantidad/día
Consumo de drogas ilícitas	Si <input type="checkbox"/> (1)	No <input type="checkbox"/> (2)		1. Vez en la vida	<input type="checkbox"/>	
	Consumo de droga ilícita		Edad de inicio	Frecuencia de consumo		Cantidad/día
	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (2)	<input type="checkbox"/> (3)	<input type="checkbox"/> (4)	<input type="checkbox"/> (5)	<input type="checkbox"/> (6)
	Cannabis	Cocaína	Coca base	Solventes	Alucinógeno	Opioides
	Tipo de droga consumida					
Consumo de ansiolíticos	Si <input type="checkbox"/> (1)	No <input type="checkbox"/> (2)		1. vez en la vida	<input type="checkbox"/>	
	Consumo de inductor del sueño		Edad de inicio	Frecuencia de consumo		Cantidad/día
Tipo de ansiolítico consumido	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (2)	<input type="checkbox"/> (3)	<input type="checkbox"/> (4)	<input type="checkbox"/> (5)	<input type="checkbox"/> (6)
	Clonazepam	Alprazolam	Bromacepam	Lorazepam	Diacepam	Otros
Tipo de inductor de sueño						
Antecedentes de salud mental	Si <input type="checkbox"/> (1)	No <input type="checkbox"/> (2)	Si <input type="checkbox"/> (1)	No <input type="checkbox"/> (2)	Si <input type="checkbox"/> (1)	No <input type="checkbox"/> (2)
	Atención psicológica		Atención psiquiátrica		Toma de psicofármaco	
Antecedentes de enfermedad médica	Si <input type="checkbox"/> (1)	No <input type="checkbox"/> (2)	Si <input type="checkbox"/> (1)	No <input type="checkbox"/> (2)	1. _____ 2. _____ 3. _____	
	<b>DIAGNÓSTICOS POR TRASTORNOS POR CONSUMO DE SUSTANCIAS A SU INGRESO</b>					
Dependencia a una sustancia		Dependencia a dos sustancias		Dependencia a más de tres sustancias		
Si <input type="checkbox"/> (1)	No <input type="checkbox"/> (2)	Sí <input type="checkbox"/> (1)	No <input type="checkbox"/> (2)	Si <input type="checkbox"/> (1)	No <input type="checkbox"/> (2)	
<b>Tipos de sustancias con diagnóstico de dependencia a su ingreso:</b>						
Sustancia de impacto						
Sustancia 2						
Sustancia 3						
Sustancia 4						
<b>DIAGNOSTICOS PSIQUIATRICOS DE USUARIO RESIDENCIAL A SU INGRESO</b>						
Si <input type="checkbox"/> (1)	No <input type="checkbox"/> (2)	Tipo:		Tipo:		
Diagnostico psiquiátrico al ingreso		Diagnostico psiquiátrico de ingreso a unidad residencial EJE I		Diagnostico psiquiátrico de ingreso unidad residencial EJE II		
<b>DIAGNOSTICOS PSIQUIATRICOS DE USUARIO RESIDENCIAL DERIVADOS DE ENTREVISTA PSIQUIÁTRICA DEL EJE I</b>						
Primer Diagnostico psiquiátrico EJE I						
Tipo:				Meses:		
Diagnostico psiquiátrico EJE I				Tiempo evolución		

Segundo Diagnostico psiquiátrico EJE I									
Tipo: Diagnostico psiquiátrico EJE I					Meses: Tiempo de evolución				
Tercer Diagnostico psiquiátrico EJE I									
Tipo: Diagnostico psiquiátrico EJE I					Meses: Tiempo de evolución				
Cuarto Diagnostico psiquiátrico EJE I									
Tipo: Diagnostico psiquiátrico EJE I					Meses: Tiempo de evolución				
DIAGNOSTICOS PSIQUIATRICOS DE USUARIO RESIDENCIAL DERIVADOS DE ENTREVISTA PSIQUIÁTRICA DEL EJE II									
Primer diagnóstico Eje II									
Tipo:		Grupo A		<input checked="" type="checkbox"/>	Puntaje en Salamanca		N de criterios		
		Grupo B		<input checked="" type="checkbox"/>					
		Grupo C		<input checked="" type="checkbox"/>					
Rasgos predominantes				Predominancia de grupo		Puntaje en Salamanca		N de criterios	
Segundo diagnóstico Eje II									
Tipo:		Grupo A		<input checked="" type="checkbox"/>	Puntaje en Salamanca		N de criterios		
		Grupo B		<input checked="" type="checkbox"/>					
		Grupo C		<input checked="" type="checkbox"/>					
Rasgos predominantes				Predominancia de grupo		Puntaje en Salamanca		N de criterios	
Tercer diagnóstico Eje II									
Tipo:		Grupo A		<input checked="" type="checkbox"/>	Puntaje Salamanca		N de criterios		
		Grupo B		<input checked="" type="checkbox"/>					
		Grupo C		<input checked="" type="checkbox"/>					
Rasgos predominantes				Predominancia de grupo		Puntaje Salamanca		N de criterios	
Primer diagnóstico Eje II									
Tipo:		Grupo A		<input checked="" type="checkbox"/>	Puntaje en Salamanca		N de criterios		
		Grupo B		<input checked="" type="checkbox"/>					
		Grupo C		<input checked="" type="checkbox"/>					
Rasgos predominantes				Predominancia de grupo		Puntaje en Salamanca		N de criterios	
<b>TRATAMIENTO PSICOFARMACOLÓGICO INDICADO A USUARIO RESIDENCIAL DERIVADO DE ENTREVISTA</b>									
Si <input checked="" type="checkbox"/> (1)	No <input checked="" type="checkbox"/> (2)	Si <input checked="" type="checkbox"/> (1)	No <input checked="" type="checkbox"/> (2)	Si <input checked="" type="checkbox"/> (1)	No <input checked="" type="checkbox"/> (2)	Si <input checked="" type="checkbox"/> (1)	No <input checked="" type="checkbox"/> (2)	Si <input checked="" type="checkbox"/> (1)	No <input checked="" type="checkbox"/> (2)
Tipo:		Tipo:		Tipo:		Tipo:		Tipo:	
Dosis:		Dosis:		Dosis:		Dosis:		Dosis:	
Periodo:		Periodo:		Periodo:		Periodo:		Periodo:	
Antidepresivo		Antipsicótico		Anticonvulsivante		Benzodiacepina		Otros	
<b>EVALUACIÓN DE FUNCIONALIDAD FAMILIAR DE USUARIO</b>									
Composición familiar	<input checked="" type="checkbox"/> (1)		<input checked="" type="checkbox"/> (2)		<input checked="" type="checkbox"/> (3)		<input checked="" type="checkbox"/> (4)		
	Nuclear		Monoparental		Extensa		Compuesta		
APGAR familiar	Puntaje				Diagnostico				
	Cohesión		Cohesión		Cohesión		Cohesión		
FACES III	Adaptabilidad		Adaptabilidad		Adaptabilidad		Adaptabilidad		
	Puntaje				Diagnostico				

Eventos críticos			
	Puntaje	Diagnostico	
Subsistema conyugal			
	Puntaje	Diagnostico	
<b>ESTANCIA RESIDENCIAL</b>			
Solicitud de Alta voluntaria	Si <input type="checkbox"/> (1)	No <input type="checkbox"/> (2)	Tiempo de estancia
Baja por faltas al reglamento	Si <input type="checkbox"/> (1)	No <input type="checkbox"/> (2)	Tiempo de estancia
Cumplió tratamiento residencial	Si <input type="checkbox"/> (1)	No <input type="checkbox"/> (2)	Tiempo de estancia
Reinicio de consumo a su egreso de tratamiento residencial	Si <input type="checkbox"/> (1)	No <input type="checkbox"/> (2)	Tiempo de reinicio de consumo

Observaciones:


# **MINI**

## **MINI INTERNATIONAL NEUROPSYCHIATRIC INTERVIEW**

**Versión en Español 5.0.0  
DSM-IV**

**EE.UU.: D. Sheehan, J. Janavs, R. Baker, K. Harnett-Sheehan, E. Knapp, M. Sheehan**  
University of South Florida, Tampa

**FRANCIA: Y. Lecrubier, E. Weiller, T. Hergueta, P. Amorim, L. I. Bonora, J. P. Lépine**  
Hôpital de la Salpêtrière, Paris

**Versión en español:**

**L. Ferrando, J. Bobes, J. Gibert**  
Instituto IAP – Madrid – España

**M. Soto, O. Soto**  
University of South Florida, Tampa  
Asesores de traducción: L. Franco-Alfonso, L. Franco

**@Copyright 1992, 1994, 1998, 1999 Sheehan DV & Lecrubier Y.**

**Todos los derechos están reservados. Ninguna parte de este documento puede ser reproducida o transmitida en forma alguna, ni por cualquier medio electrónico o mecánico, incluyendo fotocopias y sistemas informáticos, sin previa autorización escrita de los autores. Investigadores y clínicos que trabajen en instituciones públicas o lugares no lucrativos (incluyendo universidades, hospitales no lucrativos, instituciones gubernamentales) pueden hacer copias del MINI para su uso personal.**

**MINI 5.0.0 (1 de enero de 2000)**

Nombre de paciente:	Número de protocolo:
Fecha de nacimiento:	Hora de inicio de entrevista:
Nombre de entrevistador:	Hora de término de la entrevista:
Fecha de la entrevista:	Duración total:

MÓDULO	PERIODO EXPLORADO	+	DSM-IV	CIE-10
A.EPISODIO DEPRESIVO MAYOR	Actual (2 semanas)		299.20-296.26 episodio único	F32.x
EDM RECURRENTE	Recidivante		296.30-296.36 recidivante	F33.x
EDM CON SÍNTOMAS MELANCÓLICOS	Actual (2 semanas)		296.20-296.26 episodio único	F32.x
B. TRASTORNO DISTÍMICO	Actual (2 años)		296.30-296.36 recidivante	F33.x
C.RIESGO SUICIDA	RIESGO: Leve Moderado Alto		300.4	F34.1
D. EPISODIO MANÍACO	Actual Pasado		296.00-296.06	F30.x-F31.9
D.EPISODIO HIPOMANÍACO	Actual pasado		296.80-296.89 300.01/300.21	F31.8- F31.9/F34.0 F40.01-F41.0
E.TRASTORNO DE ANGUSTIA	Actual (último mes) De por vida		300.22	F 40.00
F. AGORAFOBIA	Actual			
G.FOBIA SOCIAL	Actual (último mes)		300.23	F40.1
H.TRASTORNO OBSESIVO COMPULSIVO	Actual (último mes)		300.3	F42.8
I.TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO	Actual (último mes)		309.81	F43.1
J.DEPENDENCIA DE ALCOHOL/ABUSO	Últimos 12 meses Últimos 12 meses		303.9 305.00	F10.2X F10.1
K.DEPENDENCIA DE SUSTANCIAS (no alcohol)	Últimos 12 meses		304.00-.90/305.20-.90	F11.1-F19.1
L.TRASTORNOS PSICÓTICOS	De por vida Actual		295.10-295.90/297.1 297.3/293.81/293.82 293.89/298.8/298.9	F20.XX-F29
TRASTORNO DEL ESTADO DE ÁNIMO CON SÍNTOMAS PSICÓTICOS	Actual		296.24	F32.3/f33.3
M.ANOREXIA NERVIOSA	Actual (últimos 3 mes)		307.1	F50.0
N.BULIMIA NERVIOSA	Actual (últimos 3 mes)		307.51	F50.2
ANOXIA NERVIOSA TIPO COMPULSIVA/PURGATIVA	Actual		307.1	F50.0
O.TRASTRONO DE ANSIEDAD GENERALIZADA	Actual (últimos 6 mes)		300.02	F41.2
P.TRASTORNO ANTISOCIAL DE LA PERSONALIDAD	De por vida		301.7	F60.2

## INSTRUCCIONES GENERALES

La MINI es una entrevista diagnóstica estructurada de breve duración que explora los principales trastornos psiquiátricos del Eje I del DSM-IV y la CIE-10. Se han realizado estudios de validez y de confiabilidad comparando la MINI con el SCID-P para el DSM-III-R y el CIDI (una entrevista estructurada desarrollada por la Organización Mundial de la Salud para entrevistadores no clínicos para la CIE-10). Los resultados de estos estudios demuestran que la MINI tiene una puntuación de validez y confiabilidad aceptablemente alta, pero puede ser administrada en un período de tiempo mucho más breve (promedio de  $18,7 \pm 11,6$  minutos, media 15 minutos) que los instrumentos mencionados. Puede ser utilizada por clínicos tras una breve sesión de entrenamiento. Entrevistadores no clínicos deben recibir un entrenamiento más intenso.

### ENTREVISTA:

Con el fin de hacer la entrevista lo más breve posible, informe al paciente que va a realizar una entrevista clínica que es más estructurada de lo usual, en la cual se le van a hacer unas preguntas precisas sobre sus problemas psicológicos que requieren unas respuestas de sí o no.

### PRESENTACIÓN:

La MINI está dividida en módulos identificados por letras; cada uno corresponde a una categoría diagnóstica.

- Al comienzo de cada módulo (con excepción del módulo de los trastornos psicóticos) se presentan en un **recuadro gris** una o varias preguntas **«filtro»** correspondientes a los criterios diagnósticos principales del trastorno.
- Al final de cada módulo, una o varias casillas diagnósticas permiten al clínico indicar si se cumplen los criterios diagnósticos.

### CONVENIOS:

*Las oraciones escritas en «letra normal»* deben leerse «palabra por palabra» al paciente con el objetivo de regularizar la evaluación de los criterios diagnósticos. *Las oraciones escritas en «MAYÚSCULAS»* no deben de leerse al paciente. Éstas son las instrucciones para asistir al entrevistador a calificar los algoritmos diagnósticos.

*Las oraciones escritas en «negrita»* indican el período de tiempo que se explora. El entrevistador debe leerlas tantas veces como sea necesario. Sólo aquellos síntomas que ocurrieron durante el período de tiempo explorado deben ser considerados al codificar las respuestas.

*Respuestas con una flecha encima (→)* indican que no se cumple uno de los criterios necesarios para el diagnóstico. En este caso el entrevistador debe pasar directamente al final del módulo, rodear con un círculo «NO» en todas las casillas diagnósticas y continuar con el siguiente módulo. Cuando los términos están separados por una barra (/) el entrevistador debe leer sólo aquellos síntomas que presenta el paciente (p. ej., la pregunta H6).

*Frases entre paréntesis ()* son ejemplos clínicos de los síntomas evaluados. Pueden leerse para aclarar la pregunta.

### INSTRUCCIONES DE ANOTACIÓN:

Todas las preguntas deben ser codificadas. La anotación se hace a la derecha de la pregunta enmarcando SÍ o NO. El clínico debe asegurarse de que cada dimensión de la pregunta ha sido tomada en cuenta por el paciente (p. ej., período de tiempo, frecuencia, severidad, alternativas y/o). Los síntomas que son mejor explicados por una causa médica o por el uso de alcohol o drogas no deben codificarse SÍ en la MINI.

La MINI Plus tiene preguntas que exploran estos problemas. Para preguntas, sugerencias, sesiones de entrenamiento o información acerca de los últimos cambios en la MINI se puede comunicar con:

David V Sheehan, M.D., M.B.A. Yves Lecrubier, M.D./Thierry Hergueta, M.S. Laura Ferrando, M.D. Marelli Soto, M.D. University of South Florida INSERM U302 IAP University of South Florida. Institute for Research in Psychiatry Hôpital de la Salpêtrière Velázquez, 156, 3515 East Fletcher Avenue 3515 East Fletcher Avenue 47, boulevard de l'Hôpital 28002Madrid, España Tampa, FL USA 33613-4788 Tampa, FL USA 33613 4788 F. 75651 París, Francia Tel.: + 91 564 47 18 Tel.: + 1 813 974 4544 Tel.: + 1 813 974 4544 Tel.: + 33 (0) 1 42 16 16 59 Fax: + 91 411 54 32 Fax: + 1 813 974 4575 Fax: + 1 813 974 4575 Fax: + 33 (0) 1 45 85 28 00 e-mail: iap@lander.es e-mail: [mon0619@aol.com](mailto:mon0619@aol.com) e-mail: dsheehan@hsc.usf.edu e-mail: hergueta@ext.jussieu.fr



A. EPISODIO DEPRESIVO MAYOR			
(→Significa: Ir a la casilla y rodear con un circulo NO y continuar con el siguiente módulo )			
A1. ¿En las dos últimas semanas, se ha sentido deprimido o decaído la mayor parte del día, casi todos los días?	NO	SÍ	1
A2. ¿En las dos últimas semanas, ha perdido el interés en la mayoría de las cosas o ha disfrutado menos de las cosas que usualmente le agradaban?	NO	SÍ	2
¿Codifico SÍ en A1 y A2 o en A2?	NO →	SÍ	
A3. En las últimas 2 semanas, cuando se sentía deprimido o sin interés en las cosas			
A3a. ¿Disminuyó o aumentó su apetito casi todos los días? ¿Perdió o ganó peso sin intentarlo? (Variaciones en el último mes de ±5% de su peso corporal o ± 3.5kg para una persona de 70kg)	NO	SÍ	3
A3b. ¿Tiene dificultad para dormir casi todas las noches (dificultad para quedarse dormido, se despierta a media noche, se despierta temprano en la mañana o dormía excesivamente)?	NO	SI	4
A3c. ¿Casi todos los días hablaba o se movía más lento de lo usual, o estaba inquieto o tenía dificultades para permanecer tranquilo?	NO	SI	5
A3d. ¿Casi todos los días, se sentía la mayor parte del tiempo fatigado o sin energía?	NO	SI	6
A3e. ¿Casi todos los días, sentía culpable o inútil?	NO	SI	7
A3f. ¿Casi todos los días, tenía dificultad para concentrarse o tomar decisiones?	NO	SI	8
A3g. ¿En varias ocasiones, deseó hacerse daño, se sintió suicida o deseó estar muerto?	NO	SI	9
CODIFICÓ MÁS SÍ EN 5 O MÁS RESPUESTAS (A1-A3)	NO	SÍ EPISODIO DEPRESIVO ACTUAL	
SI UN PACIENTE CODIFICA POSITIVO PARA UN EPISODIO DEPRESIVO MAYOR ACTUAL, CONTINÚE CON A4, DE LO CONTRARIO CONTINÚE CON EL MODULO B:			
A4a. ¿En el transcurso de su vida, tuvo otros periodos de dos o más semanas en los que se sintió deprimido o sin interés por la mayoría de las cosas y tuvo la mayoría de los problemas de los que acabamos de hablar?	NO →	SÍ	10
	NO	SÍ	

A4b. ¿Ha tenido alguna vez un período de por lo menos dos meses sin depresión o sin falta de interés por la mayoría de las cosas y ocurrió este período entre dos episodios depresivos?			Episodio Depresivo Mayor Actual (11)
EPISODIO DEPRESIVO MAYOR CON SÍNTOMAS MELANCÓLICOS (opcional)			
(→ Significa: Ir a las casillas diagnósticas, rodear con un círculo NO y continuar con el siguiente módulo)			
SI EL PACIENTE CODIFICA POSITIVO PARA UN EPISODIO DEPRESIVO MAYOR ACTUAL (A3=SÍ) EXPLORAR LO SIGUIENTE:			
A5a. ¿CODIFICÓ SÍ EN A2?	NO	SÍ	
A5b. ¿Durante el período más graves del episodio depresivo actual, perdió la capacidad de reaccionar ante las cosas que previamente le daban placer o le animaban?  SI NO: ¿Cuándo algo bueno le sucede, no logra hacerle sentir mejor aunque sea temporalmente?	NO	SÍ	12
¿CODIFICÓ SÍ EN A5a O A5b?	NO →	SÍ	
A6 Durante las últimas 2 semanas, cuando se sintió deprimido o sin interés por la mayoría de las cosas			
A6a ¿Se sentía deprimido de una manera diferente al tipo de sentimiento que ha experimentado cuando alguien cercano a usted se ha muerto?	NO	SÍ	13
A6b. ¿Casi todos los días, por lo regular se sentía peor por las mañanas?	NO	SÍ	14
A6c. ¿Casi todos los días se despertaba por lo menos dos horas antes de su hora habitual y tenía dificultades para volverse a dormir?	NO	SÍ	15
A6d. ¿CODIFICÓ SÍ EN A3c (ENLENTECIMIENTO O AGITACIÓN PSICOMOTRIZ)?	NO	SÍ	
A6e. ¿CODIFICÓ SÍ EN A3a (ANOREXIA O PÉRDIDA DE PESO)?	NO	SÍ	
A6f. ¿Se sentía excesivamente culpable o era su sentimiento de culpabilidad desproporcionado con la realidad de la situación?	NO	SÍ	16
	NO	SÍ	

¿CODIFICÓ SÍ EN 3 O MÁS RESPUESTAS DE A6?		EPISODIO DEPRESIVOS MAYOR CON SÍNTOMAS MELANCÓLICOS ACTUAL	
B. TRASTORNO DISTIMICO			
SÍ LOS SÍNTOMAS DEL PACIENTE ACTUALMENTE CUMPLEN CON LOS CRITERIOS DE UN EPISODIO DEPRESIVO MAYOR, NO EXPLORE ESTE MODULO			
B1. ¿En los dos últimos años, se ha sentido triste, desanimado o deprimido la mayor parte del tiempo?	NO →	SÍ	17
B2. ¿Durante este tiempo, ha habido algún periodo de 2 meses o más en el que se sintiera bien?	NO	SÍ →	18
B3. Durante este período en el que se sintió deprimido la mayor parte del tiempo:			
B3a. ¿Cambió su apetito notablemente?	NO	SÍ	19
B3b. ¿Tuvo dificultad para dormir o durmió en exceso?	NO	SÍ	20
B3c. ¿Se sintió cansado o sin energía?	NO	SÍ	21
B3d. ¿Perdió la confianza en sí mismo?	NO	SÍ	22
B3e. ¿Tuvo dificultades para concentrarse o tomar decisiones?	NO	SÍ	23
B3f. ¿Tuvo sentimientos de desesperanza?	NO	SÍ	24
CODIFICÓ SÍ EN 2 O MÁS RESPUESTAS DE B3	NO →	SÍ	
B4 ¿En los síntomas de depresión, le causaron gran angustia o han interferido con su funcionamiento en el trabajo, socialmente o de otra manera importante?	NO →	SÍ	25
CODIFICÓ SÍ EN B4	NO	SÍ	Trastorno Distímico Actual

C. RIESGO SUICIDA			
DURANTE ESTE ÚLTIMO MES:			
C1. ¿Ha pensado que estaría mejor muerto o ha deseado estar muerto?	NO	SÍ	1
C2. ¿Ha querido hacerse daño?	NO	SÍ	2
C3. ¿Ha pensado en el suicidio?	NO	SÍ	6
C4. ¿Ha planeado cómo suicidarse?	NO	SÍ	10
C5. ¿Ha intentado suicidarse?	NO	SÍ	10
A LO LARGO DE SU VIDA:			
C6. ¿Alguna vez ha intentado suicidarse?	NO	SÍ	4
¿CODIFICÓ POR LO MENOS SÍ EN 1 RESPUESTA?	NO	SÍ	Riesgo Suicida
SI SÍ, SUME EL NÚMERO TOTAL DE PUNTOS DE LAS RESPUESTAS (C1-C6) ESPECÍFIQUE EL NIVEL DE RIESGO DE SUICIDIO	1-5 LEVE ( ) 6-9 MODERADO ( ) ≥ 10 ALTO ( )		
D. EPISODIO (HIPO)MANÍACO			
D1a. ¿Alguna vez ha habido un período en el que se ha sentido exaltado, eufórico, o tan lleno de energía o seguro de sí mismo, y esto le ha ocasionado problemas u otras personas han pensado que usted no estaba en su estado habitual? (No considere períodos en los que estaba intoxicado con drogas o alcohol)	NO	SÍ	1
ESPECÍFIQUE: “Exaltado” o “Eufórico”; estado de satisfacción alto, lleno de energía, en el que necesita dormir menos, los pensamientos se aceleran, se tienen muchas ideas y aumenta la productividad, la creatividad, la motivación o el comportamiento impulsivo.		SÍ →	

SI SÍ: D1.b ¿En este momento se siente “exaltado” eufórico” o lleno de energía?	NO	SÍ	2
D2a: ¿Ha estado usted alguna vez persistentemente irritado durante varios días, de tal manera que tenía discusiones, peleaba o le gritaba a personas fuera de su familia? ¿Ha notado usted, o los demás, que ha estado más irritable o que reacciona de manera exagerada, comparado a otras personas, en situaciones en las que incluso usted creía justificadas?	NO	SÍ	3
SI SÍ: D2b ¿En este momento se siente excesivamente irritable?	NO	SÍ	4
¿CODIFICÓ SÍ EN D1a o EN D2a?	NO →	SÍ	
D3 SI D1b o D2B = SÍ: EXPLORAR SÓLO EPISODIO ACTUAL SÍ D1b y D2b = SÍ: EXPLORAR EL EPISODIO PASADO MÁS SINTOMÁTICO			
DURANTE EL TIEMPO EN EL QUE SE SENTÍA EXALTADO, LLENO DE ENERGÍA O IRRITABLE NOTÓ QUE:			
D3a ¿Sentía que podía hacer cosas que otros no podía hacer, o que usted era una persona especialmente importante?	NO	SÍ	5
D3b ¿Necesitaba dormir menos (p.ej. se sentía descansado con pocas horas de sueño)?	NO	SÍ	6
D3c ¿Habla usted sin parar o tan deprisa que los demás tienen dificultad para entenderle?	NO	SÍ	7
D3d ¿Sus pensamientos pasan tan deprisa por su cabeza que tiene dificultades para seguirlos?	NO	SÍ	8
D3e ¿Se distraía tan fácilmente que la menor interrupción le hacía perder el hilo de lo que estaba haciendo o pensando?	NO	SÍ	9
D3f ¿Estaba tan activo, tan inquieto físicamente que los demás se preocupaban por usted?	NO	SÍ	10
D3g. ¿Quería involucrarse en actividades tan placenteras que ignoró los riesgos o las consecuencias (p. ej. Se embarcó en gastos descontrolados, condujo imprudentemente o mantuvo actividades sexuales indiscretas)?	NO	SÍ	11
¿CODIFICÓ SÍ EN 3 O MÁS RESPUESTAS DE D3 (O 4 O MÁS RESPUESTAS SI EN D1a ES NO (EPISODIO PASADO) O SI D1b ES NO (EPISODIO ACTUAL))?	NO →	SÍ	
D4 ¿Duraron sus síntomas al menos 1 semana y le causaron problemas que estaban fuera de su control, en casa, en el trabajo, en la escuela o fue usted hospitalizado a causa de estos problemas?	NO HIPOMANÍA	SÍ MANÍA	12

<p>¿CODIFICÓ NO EN D4?</p> <p>ESPECÍFICAR SI EL ESPISODIO ES ACTUAL O PASADO</p>	<p>NO</p>	<p>SÍ</p> <p>EPISODIO HIPOMANÍA</p> <p>ACTUAL</p> <p>PASADO</p>
<p>¿CODIFICÓ SÍ EN D4?</p> <p>ESPECÍFICAR SI EL EPISODIO ES ACTUAL O PASADO</p>	<p>NO</p>	<p>SÍ</p> <p>EPISODIO MANIA</p> <p>ACTUAL</p> <p>PASADO</p>
<p>E. TRASTORNO DE ANGUSTIA</p>		
<p>(→ Significa: Rodear con un circulo NO es E5 y Pasar directamente a F1 )</p>		
<p>E1a. ¿En más de una ocasión tuvo una crisis o ataques en los cuales se sintió súbitamente ansioso, asustado, incómodo o inquieto, incluso en situaciones en las que la mayoría de las personas no se sentirían así?</p>	<p>NO →</p>	<p>SÍ</p> <p>1</p>
<p>E1b. ¿En estas crisis o ataques alcanza su máxima expresión en los primeros 10 minutos?</p>	<p>NO →</p>	<p>SÍ</p> <p>2</p>
<p>E2. ¿Alguna vez estas crisis o ataques ocurrieron de una manera inesperada o espontánea u ocurrieron de forma impredecible o sin provocación?</p>	<p>NO</p>	<p>SÍ</p> <p>3</p>
<p>E3. ¿Ha tenido una de estas crisis seguida por un período de un mes o más en la que temía que otro episodio recurriera o se preocupaba por las consecuencias de las crisis?</p>	<p>NO</p>	<p>SÍ</p> <p>4</p>

E4. Durante la peor crisis que usted puede recordar:			
E4a. ¿Sentía que su corazón le daba un vuelco, latía más fuerte o más rápido?	NO	SÍ	5
E4b. ¿Sudaba o tenía las manos húmedas?	NO	SÍ	6
E4c. ¿Tenía temblores o sacudidas musculares?	NO	SÍ	7
E4d. ¿Sentía falta de aliento o dificultad para respirar?	NO	SÍ	8
E4e. ¿Tenía la sensación de ahogo o un nudo en la garganta?	NO	SÍ	9
E4f. ¿Notaba dolor o molestia en el pecho?	NO	SÍ	10
E4g. ¿Tenía náuseas, molestias en el estómago o diarreas repentinas?	NO	SÍ	11
E4h. ¿Se sentía mareado, inestable, aturdido o a punto de desvanecerse?	NO	SÍ	12
E4i. ¿Le parecía que las cosas a su alrededor eran irreales, extrañas, indiferentes o no le parecían familiares, o se sintió fuera o separado de su cuerpo o de partes de su cuerpo?	NO	SÍ	13
E4j. ¿Tenía miedo de perder el control o de volverse loco?	NO	SÍ	14
E4k. ¿Tenía miedo de que estuviera muriendo?	NO	SÍ	15
E4l. ¿Tenía alguna parte del cuerpo adormecida o con hormigueo?	NO	SÍ	16
E4m. ¿Tenía sofocos o escalofríos?	NO	SÍ	17
E5 ¿CODIFICÓ SÍ EN E3 Y POR LO MENOS EN MENOS DE 4 DE E4?	NO	SÍ TRASTORNO DE ANGUSTIA DE POR VIDA	
E6 SI E5 = NO, ¿CODIFICO SÍ EN ALGUNA RESPUESTA DE E4? SI E6 = SÍ, PASAR A F1	NO	SÍ CRISIS ACTUAL CON SÍNTOMAS LIMITADOS	
E7 ¿En el pasado mes, tuvo estas crisis en varias ocasiones (2 o más), seguidas de miedo persistente a tener otra?	NO	SÍ TRASTORNO DE ANGUSTIA ACTUAL (18)	
F. AGORAFOBIA			
F1. ¿Se ha sentido particularmente incómodo o ansioso en lugares o situaciones donde podría tener una crisis o un ataque, o síntomas de una crisis como los que acabamos de discutir, o situaciones donde no dispondría de ayuda o escapar pudiera resultar un tanto difícil, como estar en una multitud, permanecer en fila, estar solo fuera de casa, permanecer solo en casa, viajar en autobús, tren o automóvil?	NO	SÍ	19
SI F1= NO, RODEE CON UN CIRCULO NO EN F2			
	NO	SÍ	

F2. ¿Teme tanto estas situaciones que las evita, sufre en ellas o necesita estar acompañado para enfrentarlas?		AGORAFOBIA ACTUAL (20)	
¿CODIFICÓ NO EN F2 (AGORAFOBIA ACTUAL) Y CODIFICÓ SÍ EN E7 (TRASTORNO DE ANGUSTIA ACTUAL)?	NO	SÍ TRASTORNO DE ANGUSTIA CON AGORAFOBIA ACTUAL	
¿CODIFICÓ SÍ EN F2 (AGORAFOBIA ACTUAL) Y CODIFICÓ SÍ EN E7 (TRASTORNO DE ANGUSTÍA ACTUAL)?	NO	SÍ TRASTORNO DE ANGUSTIA CON AGORAFOBIA ACTUAL	
¿CODIFICÓ SÍ EN F2 (AGORAFOBIA ACTUAL) Y CODIFICÓ NO EN E5 (TRASTORNO DE ANGUSTIA DE POR VIDA)?	NO	SÍ AGORAFOBIA ACTUAL SIN HISTORIA DE TRASTORNO DE ANGUSTIA	
G. FOBIA SOCIAL (Trastorno de ansiedad social)			
(→ significa: ir a las casillas diagnósticas, rodear con un círculo no en cada una y continuar con el siguiente modulo)			
G1. ¿En el pasado mes, tuvo miedo o sintió vergüenza de que lo estuvieran observando, de ser el centro de atención o temió la humillación? ¿Incluye cosas como hablar en público, comer en público o con otros, escribir mientras alguien le mira o estar en situaciones sociales?	NO →	SÍ	1
G2. ¿Piensa usted que este miedo es excesivo o irracional?	NO →	SÍ	2
G3. ¿Teme tanto estas situaciones sociales que las evita o sufre en ellas?	NO →	SÍ	3
G4. ¿Este miedo interfiere con su trabajo normal o en el desempeño de sus actividades sociales o es la causa de la intensa molestia?	NO	SÍ	



		FOBIA SOCIAL ACTUAL (4)	
<b>H. TRASTORNO OBSESIVO COMPULSIVO</b>			
H1. ¿En este último mes, ha estado usted molesto con pensamientos recurrentes, impulsivos o imágenes no deseadas, desagradables, inapropiadas, intrusivas o angustiosas (p.ej. la idea de estar sucio, contaminado, o tener gérmenes, o miedo a estar contaminar a otros, o temor a hacerle daño a alguien sin querer, o temor a actuar en función de algún impulso, o tiene temores o supersticiones de ser responsable de que las cosas vayan mal, o se obsesiona con pensamientos, imágenes o impulsos sexuales, o acumula o colecciona sin control, o tiene obsesiones religiosas)?  NO INCLUIR PREOCUPACIONES OBSESIVAS POR PROBLEMAS DE LA VIDA COTIDIANA. NO INCLUIR OBSESIONES DIRECTAMENTE RELACIONADAS CON TRASTORNO DE LA CONDUCTA ALIMENTICIA, CONDUCTAS SEXUALES, PROBLEMAS PATOLÓGICOS RELACIONADOS CON EL JUEGO, EL ACOHOL O ABUSO DE DROGAS, PORQUE EL PACIENTE PODRÍA DERIVAR DE LA ACTIVIDAD Y PRODRÍA QUERER EVITARLAS SIMPLEMENTE POR LAS CONSECUENCIAS NEGATIVAS	NO → H4	SÍ	1
H2. ¿Estos pensamientos volvían a su mente aun cuando trataba de ignorarlos o de librarse de ellos?	NO → H4	SÍ	2
H3. ¿Cree usted que estos pensamientos son producto de su propia mente y que no se son impuestos desde el exterior?	NO	SÍ OBSESIONES	(3)
H4. ¿En el pasado mes, ha hecho usted algo repetidamente, sin ser capaz de evitarlo, como lavar o limpiar en exceso, contar y verificar las cosas una y otra vez o repetir, coleccionar u ordenar las cosas o realizar otros rituales supersticiosos?	NO	SÍ COMPUSIONES	(4)
¿CODIFICÓ SÍ EN H3 O EN H4?	NO →	SÍ	
H5. ¿Reconoce usted que estas ideas obsesivas o actos compulsivos son irracionales, absurdos o excesivos?	NO →	SÍ	5

H6. ¿Estas obsesiones o actos compulsivos interfieren de manera significativa con sus actividades cotidianas, con su trabajo, con sus relaciones sociales, o le ocupan más de una hora diaria?	NO	SÍ TRASTORNO OBSESIVO COMPULSIVO  (6)	
I. TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO			
(→ Significa: ir a las casillas diagnósticas, rodear con un círculo NO y continuar con el siguiente modulo)			
I.1 ¿Ha vivido o ha sido testigo de un acontecimiento extremadamente traumático en el cual otras personas han muerto y/u otras personas o usted mismo han estado amenazados de muerte o en su integridad física?  EJEMPLOS DE ACONTECIMIENTOS TRAUMÁTICOS: ACCIDENTES GRAVES, ATRACO, VIOLACIÓN, ATENTADO TERRORISTA, SER TOMADO COMO REHÉN, SECUESTRO, INCENDIO, DESCUBRIR UN CÁDAVER, MÚERTE SÚBITA DE ALGUIEN CERCAÑO A USTED, GUERRA O CATASTROFE NATURAL	NO →	SÍ	1
I2. ¿Durante el pasado mes, ha revivido el evento de una manera angustiada (p.ej. lo ha soñado, ha tenido imágenes vividas, ha reaccionado físicamente o ha tenido memorias intensas)?	NO →	SÍ	2
I3. En el último mes:			
I3a. ¿Ha evitado usted pensar en este acontecimiento, o en todo aquello que se lo pudiese recordar?	NO	SÍ	3
I3b. ¿Ha tenido dificultades para recordar alguna parte del evento?	NO	SÍ	4
I3c. ¿Ha disminuido su interés en las cosas que le agradaban o en las actividades sociales?	NO	SÍ	5
I3d. ¿Se ha sentido usted alejado o distante de otros?	NO	SÍ	6
I3e. ¿Ha notado que sus sentimientos están adormecidos?	NO	SÍ	7
I3f. ¿Ha tenido la impresión de que su vida se va acortando debido a este trauma o que va a morir antes que otras personas?	NO	SÍ	8
¿CODIFICÓ SÍ EN 3 O MÁS RESPUESTAS DEL 13a?	NO →	SÍ	
I4 Durante el último mes:			
I4a. ¿Ha tenido dificultades para dormir?	NO	SÍ	9
I4b. ¿Ha estado particularmente irritable o le daban ataques de coraje?	NO	SÍ	10
I4c. ¿Ha tenido dificultad para concentrarse?	NO	SÍ	11
I4d. ¿Ha estado nervioso o constantemente en alerta?	NO	SÍ	12
I4e. ¿Se ha sobresaltado fácilmente por cualquier cosa?	NO	SÍ	13
¿CODIFICÓ SÍ EN 2 O MÁS RESPUESTAS DE I3?	NO	SÍ	

	→		
15. ¿En el transcurso de este mes, han interferido estos problemas en su trabajo, en sus actividades sociales o han sido causa de gran ansiedad?	NO	SÍ TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO ACTUAL (14)	
J. ABUSO Y DEPENDENCIA DE ALCOHOL			
(→ Significa: Ir a las casillas diagnósticas, rodear con un circulo NO en cada una y continuar con el siguiente módulo)			
J1. ¿En los últimos 12 meses, ha tomado 3 o más bebidas alcohólicas en un período de 3 horas en tres o más ocasiones?	NO →	SÍ	1
J2. En los últimos 12 meses:			
J2a. ¿Necesita beber más para conseguir los mismos efectos que cuando comenzó a beber?	NO	SÍ	2
J2b. ¿Cuándo reducía la cantidad de alcohol, le temblaban las manos, sudaba o se sentía agitado? ¿Bebía para evitar estos síntomas o para evitar la resaca (p.ej. Temblores, sudoración, agitación)? CODIFICAR SÍ, SI CONTESTÓ SÍ EN ALGUNA	NO	SÍ	3
J2c. ¿Durante el tiempo en el que bebía alcohol, acababa bebiendo más de lo que en un principio había planeado?	NO	SÍ	4
J2d. ¿Ha tratado de reducir o dejar de beber alcohol pero ha fracasado?	NO	SÍ	5
J2e. ¿Los días en los que bebía, empleaba mucho tiempo en procurarse alcohol, en beber y en recuperarse de los efectos?	NO	SÍ	6
J2f. ¿Pasó menos tiempo trabajando, disfrutando de sus pasatiempos o estando con otros, debido al consumo de alcohol?	NO	SÍ	7
J2g. ¿Continuó bebiendo a pesar de saber que esto le causaba problemas físicos o mentales?	NO	SÍ	8
¿CODIFICÓ SÍ EN 3 O MÁS RESPUESTAS DE J2?	NO	SÍ DEPENDENCIA A ALCOHOL	
J3 En los últimos 12 meses.			
J3a. ¿Ha estado usted varias veces intoxicado, embriagado o con resaca en más de una ocasión, cuando tenía otras responsabilidades en la escuela, el trabajo o la casa?	NO	SÍ	9
J3b. ¿Ha estado intoxicado en alguna situación en la que corría algún peligro físico, por ejemplo, conducir un automóvil, una motocicleta, una embarcación, utilizar una maquina?	NO	SÍ	10

J3c. ¿Ha tenido problemas legales debido a su uso de alcohol, por ejemplo, un arresto, perturbación del orden público?	NO	SÍ	11
J3d. ¿Ha continuado usted bebiendo a pesar de que esto le ocasionaba problemas con su familia u otras personas?	NO	SÍ	12
¿CODIFICÓ SÍ EN 1 O MÁS RESPUESTAS EN J3?	NO	SÍ ABUSO DE ALCOHOL ACTUAL	
<b>K. TRASTORNOS ASOCIADOS AL USO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS NO ALCOHÓLICAS</b>			
(Significa: Ir a las casillas diagnósticas, rodear con un círculo NO en cada una y continuar con el siguiente módulo)			
Ahora le voy a enseñar/leer una lista de sustancias ilícitas o medicinales.			
K1a. ¿En los últimos 12 meses, tomó alguna de estas sustancias, en más de una ocasión, para sentirse mejor o para cambiar su estado de ánimo?  ESTIMULANTES: Anfetaminas, speed, cristal, dexedrina, ritalina, píldoras adelgazantes COCAÍNA: Inhalada, intravenosa, crack, speedball NARCÓTICOS: Heroína, morfina, opio, demerol, metadona, codeína, percodan, darvon ALUCINOGENOS: LSD, mescalina, peyote, PCP, hogos, éxtasis, MDA, MDMA INHALANTES: Pegamento, éter, óxido nitroso, poppers MARIHUANA: Hachís, THC, pasto, hierba, mota TRANQUILIZANTES: Benzodicepinas, barbitúricos. OTRAS SUSTANCIAS: ESPECIFIQUE.	NO →	SÍ	
K1b. Si existe el uso concurrente o sucesivo de varias sustancias o drogas, especifique qué droga/clase de droga a a ser explorada en la entrevista a continuación	NO	SÍ	
Sólo una droga/clase de droga ha sido utilizada	NO	SÍ	
Sólo la clase de droga más utilizada es explorada	NO	SÍ	
Cada droga es examinada individualmente			
K2 Considerando su uso (NOMBRE DE LA DROGA/CLASE SELECCONADO) en los últimos 12 meses			
K2a ¿Ha notado usted que necesitaba una mayor cantidad de (nombre/clase droga) para obtener los mismos efectos que cuando comenzó a usarla?	NO	SÍ	1

K2b. ¿Cuándo redujo la cantidad o dejó de utilizarla (nombre/clase de droga) tuvo síntomas de abstinencia (dolor, temblor, fiebre, debilidad, diarrea, náuseas, sudoración, palpitaciones dificultad para dormir, o se sentía ansioso, agitado, irritable o deprimido)? Utilizó alguna/s droga/s para evitar enfermar (síntomas de abstinencia) o para sentirse mejor	NO	SÍ	2
CODIFICAR SÍ, SI CONTESTO SÍ EN ALGUNA			
K2c. ¿Ha notado que cuando usted usaba (nombre/clase de la droga seleccionada) terminaba utilizando más de lo que en un principio había planeado?	NO	SÍ	3
K2d. ¿Ha tratado de reducir o dejar de tomar (nombre/clase de droga seleccionada) pero ha fracasado?	NO	SÍ	4
K2e. ¿Los días que utilizaba (nombre/clase de droga seleccionada) empleaba mucho tiempo (más de 2 horas) en obtener, consumir, recuperarse de los efectos o pensando en drogas?	NO	SÍ	5
K2f. ¿Pasó menos tiempo trabajando, disfrutando de los pasatiempos, estado con la familia o amigos debido a su uso de drogas?	NO	SÍ	6
K2g. ¿Ha continuado usando (nombre/clase de droga seleccionada) a pesar de saber que esto le causaba problemas mentales o de salud?	NO	SÍ	7
¿CODIFICÓ SÍ EN 3 O MÁS RESPUESTAS DE K2?  ESPECIFICAR LA/S DROGA/S:	NO	SÍ →  DEPENDENCIA DE SUSTANCIAS ACTUAL	
K3. Considerando su uso de (nombre/clase de droga seleccionada) en los últimos 12 meses:			
K3a. ¿Ha estado intoxicado o con resaca a causa de (nombre/clase de droga) en más de una ocasión, cuando tenía otras responsabilidades en la escuela, en el trabajo o en el hogar? ¿Esto le causo problemas?  CODIFIQUE SÍ, SÓLO SI LE OCASIONO PROBLEMAS	NO	SÍ	8
K3b. ¿Ha estado intoxicado con (nombre/clase de la droga seleccionada) en alguna situación en la que corriese un riesgo físico (p. ej. Conducir un automóvil, una motocicleta, una embarcación, utilizar una maquina)?	NO	SÍ	9
K3c. ¿Ha tenido algún problema legal debido a su uso, por ejemplo, un arresto o perturbación del orden público?	NO	SÍ	10
K3d. ¿Ha continuado usando (nombre/clase de droga seleccionada) a pesar de saber que esto le causaba problemas con su familia u otras personas?	NO	SÍ	11
¿CODIFICÓ SÍ EN 1 O MÁS DE LAS RESPUESTAS DE K3?  ESPECIFICAR LA/S DROGA/S	NO	SÍ	

			ABUSO DE SUSTANCIAS ACTUAL	
L. TRASTORNOS PSICÓTICOS				
(→ Significa: Ir a las casillas diagnósticas, rodear con un círculo NO en cada una y continuar con el siguiente módulo )				
<p>PIDA UN EJEMPLO PARA CADA PREGUNTA CONTESTADA AFIRMATIVAMENTE, CODIFIQUE SÍ SÓLO PARA AQUELLOS EJEMPLOS QUE MUESTREN CLARAMENTE UNA DISTORSIÓN DEL PENSAMIENTO O DE LA PERCEPCIÓN O SI NO SON CULTURALMENTE APROPIADOS, ANTES DE CODIFICAR, INVESTIGUE SI LAS IDEAS DELIRANTES CALIFICAN COMO EXTRAÑAS O RARAS.</p> <p>LAS IDEAS DELIRANTES SON “EXTRAÑAS” O RARAS SI: SON CLARAMENTE ABSURDAS, IMPROBABLES, INCOMPENSIBLES, Y NO PUEDEN DERIVARSE DE EXPERIENCIAS DE LA VIDA COTIDIANA.</p> <p>LAS ALUCINACIONES SON “EXTRAÑAS” O RARAS SI: UNA VOZ HACE COMENTARIOS SOBRE LOS PENSAMIENTOS O LOS ACTOS DE LA PERSONA, DOS O MÁS VOCES CONVERSAN ENTRE SÍ.</p> <p>Ahora le voy a preguntar acerca de experiencias poco usuales que algunas personas pueden tener:</p>				
L1.a ¿Alguna vez ha tenido la impresión de que alguien le espiaba o conspiraba contra usted, o que trataban de hacerle daño?	NO	SÍ	EXTRAÑOS SÍ	1
NOTA: pida ejemplos para descartar un verdadero acecho				
L1b. SI SÍ ¿Actualmente cree usted esto?	NO	SÍ	EXTRAÑO SÍ →L6	2
L2a. ¿Ha tenido usted la impresión de que alguien podía leer o escuchar sus pensamientos, o que usted podía leer o escuchar los pensamientos de otros?	NO	SÍ	EXTRAÑO SÍ	3
L2b. SI SÍ: ¿Actualmente cree usted en esto?	NO	SÍ	EXTRAÑO SÍ → L6	4
L3a. ¿Alguna vez ha creído que alguien o que una fuerza externa había metido pensamientos ajenos en su mente o le hicieron actuar de manera no usual en usted? ¿Alguna vez ha tenido la impresión de que está poseído?	NO	SÍ	EXTRAÑO SÍ	5
	NO	SÍ	EXTRAÑO	

L3b. Si Sí: ¿Actualmente cree usted en esto?			SÍ → L6	6
L4a. ¿Alguna vez ha creído que le envían mensajes especiales a través de la radio, la televisión, o el periódico, o que una persona que no conocía personalmente se interesaba particularmente por usted?	NO	SÍ	EXTRAÑO SÍ	7
L4b. Si Sí: ¿Actualmente cree usted en esto?	NO	SÍ	EXTRAÑO SÍ → L6	8
L5a. ¿Considera sus familiares o amigos que algunas de sus creencias son extrañas o poco usuales?	NO	SÍ	EXTRAÑO SÍ	9
L5b. Si Sí: ¿Actualmente cree usted en esto?	NO	SÍ	EXTRAÑO SÍ → L6	10
L6a ¿Alguna vez ha escuchado cosas que otras personas no podían escuchar, como voces?  LAS ALUCINACIONES SON IDENTIFICADAS COMO “EXTRAÑAS” SOLAMENTE SI EL PACIENTE CONTESTA SÍ A LO SIGUIENTE:  Si Sí: ¿Escucho una vez que comentaba acerca de sus pensamientos o sus actos, o escucho dos o más voces conversando entre sí?	NO	SÍ	EXTRAÑO SÍ  SÍ	11
Si Sí: ¿Ha escuchado estas cosas en el pasado mes?	NO	SÍ	SÍ → L8b	12
L7a. ¿Alguna vez, estando despierto, ha tenido visiones o ha visto cosas que otros no podían ver?  INVESTIGUE SI ESTAS VISIONES SON CULTURALMENTE INAPROPIADAS	NO	SÍ	EXTRAÑAS SÍ	13
L7b. Si Sí: ¿Ha visto estas cosas en el pasado mes?	NO	SÍ	EXTRAÑO SÍ	14
<b>BAJO EL PUNTO DE VISTA DEL ENTREVISTADOR:</b>				
L8b. ¿Presenta el paciente actualmente lenguaje desorganizado, incoherente o con marcada pérdida de las asociaciones?	NO	SÍ	EXTRAÑO SÍ	15
L9b. ¿Presenta el paciente actualmente un comportamiento catatónico o desorganizado?	NO	SÍ	EXTRAÑO SÍ	16
L10b. ¿Hay síntomas negativos de esquizofrenia prominentes durante la entrevista (aplanamiento afectivo, pobreza del lenguaje (alogia) o incapacidad para iniciar o persistir en actividades con determinada finalidad)?	NO	SÍ	EXTRAÑO SÍ	17

L11 ¿CODIFICÓ SÍ EXTRAÑO EN 1 O MÁS PREGUNTAS “b”? O ¿CODIFICÓ SÍ (EN VEZ DE EXTRAÑO) EN 2 O MÁS DE LAS PREGUNTAS “b”?	NO	SÍ	SÍ TRASTORNO PSICÓTICO ACTUAL	
L12 ¿CODIFICÓ SÍ EXTRAÑO EN 1 O MÁS PREGUNTAS “a”? O ¿CODIFICÓ SÍ EN L11?	NO	SÍ	SÍ TRASTORNO PSICÓTICO DE POR VIDA	18
L13a. ¿CODIFICÓ SÍ EN 1 O MÁS PREGUNTAS DE L1b A L7b Y CODIFICÓ SÍ EN EPISODIO DEPRESIVO MAYOR (ACTUAL) O EPISODIO MANÍACO (ACTUAL O PASADO)?	NO →	SÍ		
L13b. SI CODIFICÓ SÍ EN L13a: Anteriormente me dijo usted que tuvo un período/s en el que se sintió (deprimido/a o exaltado/a o particularmente irritable).  Estas creencias o experiencias que acabo de describir (SÍNTOMAS CODIFICADOS EN L1b a L7b) ¿Se limitan exclusivamente a los períodos en los que se sintió deprimido/a o exaltado/a o irritable?	NO	SÍ	SÍ TRASTORNO DEL ESTADO DE ANMO CON SÍNTOMAS PSICÓTICOS ACTUAL	19
M. ANOREXIA NERVIOSA				
M1a. ¿Cuál es su estatura?			cm	
M1b ¿En los últimos 3 meses, cuál ha sido su peso más bajo?			Kg	
M1c. ¿Es el peso del paciente inferior al peso mínimo correspondiente a su estatura? (VER TABLA)	NO →	SÍ		
En los últimos tres meses:				
M2 ¿A pesar de su peso bajo, evita engordar?	NO	SÍ		1
M3 ¿A pesar de estar bajo peso, temía ganar peso o ponerse gordo/a?	NO	SÍ		2
M4a. ¿Se consideraba gordo/a, o que una parte de su cuerpo era demasiado gorda?	NO	SÍ		3
M4b. ¿Influyó mucho su peso o su figura en la opinión que usted tenía de sí mismo?	NO	SÍ		4
M4c. ¿Pensaba usted que su bajo peso era normal o excesivo?	NO →	SÍ		5
M5 ¿CODIFICÓ SÍ EN UNA O MÁS RESPUESTAS DE M4?	NO →	SÍ		



M6 SÓLO PARA MUJERES: ¿En los últimos 3 meses, dejó de tener todos sus períodos menstruales, aunque debió tenerlos (cuando no estaba embarazada)?	NO →	SÍ	6
PARA MUJERES: ¿CODIFICÓ SÍ EN M5 Y M6?  PARA HOMBRES: ¿CODIFICÓ SÍ EN M5?	NO	SÍ ANOREXIA NERVIOSA ACTUAL	
<p><b>Mujer estatura/peso</b>  Pies/pulgadas 4,9 4,10 4,11 5,0 5,1 5,2 5,3 5,4 5,5 5,6 5,7 5,8 5,9 5,10  Libras 84 85 86 87 89 92 94 97 99 102 104 107 110 112  cm 144,8 147,3 149,9 152,4 154,9 157,5 160,0 162,6 165,1 167,6 170,2 172,7 175,3 177,8  kg 38 39 39 40 41 42 43 44 45 46 47 49 50 51</p> <p><b>Hombre estatura/peso</b>  Pies/pulgadas 5,1 5,2 5,3 5,4 5,5 5,6 5,7 5,8 5,9 5,10 5,11 6,0 6,1 6,2 6,3  Libras 105 106 108 110 111 113 115 116 118 120 122 125 127 130 133  cm 154,9 157,5 160,0 162,6 165,1 167,6 170,2 172,7 175,3 177,8 180,3 182,9 185,4 188,0  190,5  kg 47 48 49 50 51 51 52 53 54 55 56 57 58 59 61</p>			
<p>Los umbrales de pesos anteriormente mencionados son calculados con un 15 % por debajo de la escala normal de la estatura y el sexo del paciente, tal como requiere el DSM-IV. Esta tabla refleja los pesos con un 15 % por debajo del límite inferior de la escala de distribución normal de la <i>Metropolitan Life Insurance Table of Weights</i>.</p>			
<p>N. BULIMIA NERVIOSA</p>			
<p>(→ Significa: Ir a las casillas diagnósticas, rodear con un círculo NO en cada una y continuar con el siguiente módulo)</p>			
N1. ¿En los últimos 3 meses, se ha dado usted atracones, en los cuales comía grandes cantidades de alimentos en un período de 2 horas?	NO →	SÍ	7
N2. ¿En los últimos 3 meses, se ha dado usted al menos 2 atracones por semana?	NO →	SÍ	8
N3. ¿Durante estos atracones, se siente descontrolado comiendo?	NO →	SÍ	9
N4. ¿Hace usted algo para compensar o evitar ganar peso como consecuencia de estos atracones, como vomitar, ayunar, practicar ejercicio, tomar laxantes, enemas, diuréticos (pastillas de agua) u otros medicamentos?	NO →	SÍ	10
N5. ¿Influye grandemente en la opinión que tiene usted de sí mismo su peso o la figura de su cuerpo?	NO →	SÍ	11
	NO	SÍ	

N6. ¿CUMPLEN LOS SÍNTOMAS DEL PACIENTE CON LOS CRITERIOS DE ANOREXIA NERVIOSA?	Ir a N8		
N7. ¿Ocurren estos atracones solamente cuando está por debajo de (kg)?  ENTREVISTADOR: ESCRIBA ENTRE PARÉNTESIS EL PESO MÍNIMO DE ESTE PACIENTE EN RELACIÓN CON SU ESTATURA, BASADO EN LA TABLA DE ESTATURA/PESO QUE SE ENCUENTRA EN EL MÓDULO DE ANOREXIA NERVIOSA	NO	SÍ	12
N8. ¿CODIFICÓ SÍ EN N5 O CODIFICÓ NO EN N7 O SALTO A N8?	NO	SÍ BULIMIA NERVIOSA ACTUAL	
N8. ¿CODIFICÓ SÍ EN N7?	NO	SÍ ANOREXIA NERVIOSA TIPO COMPULSIVO PURGATIVO ACTUAL	
O. TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA			
(→ Significa: Ir a las casillas diagnósticas, rodear con un círculo NO en cada una y continuar con el siguiente módulo)			
O1a. ¿Se han sentido excesivamente preocupado o ansioso debido a varias cosas durante los últimos 6 meses?	NO →	SÍ	1
O1b. ¿Se presentan preocupaciones casi todos los días?	NO →	SÍ	2
CODIFICA SÍ, SI LA ANSIEDAD DEL PACIENTE ES RESTRINGIDA EXCLUSIVAMENTE, O MEJOR EXPLICADA POR CUALQUIERA DE LOS TRASTORNOS PREVIAMENTE DISCUTIDOS	NO	SÍ →	3
O2. ¿Le resulta difícil controlar estas preocupaciones o interfieren para concentrarse en lo que hace?	NO →	SÍ	4
O3. CODIFIQUE NO SI LOS SÍNTOMAS SE LIMITAN A RASGOS DE CUALQUIERA DE LOS TRASTORNOS PREVIAMENTE EXPLORADOS			

En los últimos 6 meses, cuando estaba ansioso, casi todo el tiempo:			
O3a. ¿Se sentía inquieto, intranquilo, agitado?	NO	SÍ	5
O3b. ¿Se sentía tenso?	NO	SÍ	6
O3c. ¿Se sentía cansado, flojo o se agotaba fácilmente?	NO	SÍ	7
O3d. ¿Tenía dificultad para concentrarse, o notaba que la mente se le quedaba en blanco?	NO	SÍ	8
O3e. ¿Se sentía irritable?	NO	SÍ	9
O3f. ¿Tenía dificultad durmiendo (dificultad para quedarse dormido, se despertaba a media noche o demasiado temprano o dormía en exceso)?	NO	SÍ	10
¿CODIFICÓ SÍ EN 3 O MÁS RESPUESTAS DE O3?	NO	SÍ	
TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA ACTUAL			
P. TRASTORNO ANTISOCIAL DE LA PERSONALIDAD (opcional)			
(→ Significa: Ir a las casillas diagnósticas y rodear con un círculo NO)			
P1. Antes de cumplir 15 años:			
P1a. ¿Faltaba a la escuela o se escapaba y dormía fuera de casa con frecuencia?	NO	SÍ	1
P1b. ¿Mentía, hacía trampa, estafaba o robaba con frecuencia?	NO	SÍ	2
P1c. ¿Iniciaba peleas o incitaba a otros, los amenazaba o los intimidaba?	NO	SÍ	3
P1d. ¿Destruía cosas deliberadamente o empezaba fuegos?	NO	SÍ	4
P1e. ¿Maltrataba a los animales o las personas deliberadamente?	NO	SÍ	5
P1f. ¿Forzó a alguien a tener relaciones sexuales con usted?	NO	SÍ	6
¿CODIFICÓ SÍ EN 2 O MÁS RESPUESTAS DE P1?	NO	SÍ	
NO CODIFIQUE SÍ, SI LA CONDUCTA ES SÓLO POR MOTIVOS POLÍTICOS O RELIGIOSOS			
P2. Después de cumplir los 15 años:			
P2a. ¿Se ha comportado repetidamente de una forma que otros considerarían irresponsable, como no pagar sus deudas, ser deliberadamente impulsivo, o deliberadamente no trabajar para mantenerse?	NO	SÍ	7

P2b. ¿Ha hecho cosas que son ilegales incluso si no ha sido descubierto (p.ej. destruir la propiedad, robar artículos en las tiendas, hurtar, vender drogas o cometer algún tipo de delito)?	NO	SÍ	8
P2c. ¿Ha participado repetidamente en peleas físicas (incluidas las peleas que tuviera con su conyugue o con sus hijos)?	NO	SÍ	9
P2d. ¿Ha mentido o estafado a otros con el objeto de conseguir dinero o por placer o mintió para divertirse?	NO	SÍ	10
P2e. ¿Ha expuesto a otros a peligros sin que le importara?	NO	SÍ	11
P2f. ¿No ha sentido culpabilidad después de hacerle daño a otros, maltratado, mentirles o robarles, o después de dañar la propiedad de otros?	NO	SÍ	12
¿CODIFICÓ SÍ EN 3 O MÁS RESPUESTAS DE P2?	NO	SÍ	
			TRASTORNO ANTISOCIAL DE LA PERSONALIDAD DE POR VIDA

**AQUÍ CONCLUYE ENTREVISTA**

### APGAR FAMILIAR

POR FAVOR LEA DESPACIO Y POSTERIORMENTE MARQUE EL CUADRO QUE CORRESPONDE A LA OPCION QUE MEJOR SE AJUSTA A SU RESPUESTA

Nombre:

Edad:

Fecha:

	Casi siempre (2 puntos)	A veces (1 punto)	Casi nunca (0 puntos)
Está satisfecho con la ayuda de su familia cuando tiene problemas			
Está satisfecho con el interés con que su familia y usted platican los problemas de casa			
Está satisfecho de que las decisiones personales que toma, hay la aceptación en conjunto con la familia			
Está satisfecho en la forma que su familia le expresa afecto			
Está satisfecho con el tiempo que su familia y usted pasan juntos			
<b>PUNTUACIÓN</b>			

ESCALA DE EVENTOS CRITICOS DE Thomas Holmes

NOMBRE:

EDAD:

FECHA

EVEN TO	VALOR		
		23 Cambio de responsabilidad en el trabajo	29
01 Muerte de cónyuge	100	24 Hijo o hija que deja el hogar	29
02 Divorcio	73	25 Problemas legales	29
03 Separación matrimonial	63	26 Logro personal notable	28
04 Causas penales	63	27 La esposa comienza o deja de trabajar	26
05 Muerte de un familiar cercano	63	28 Comienzo o fin de la escolaridad	26
06 Lesión o enfermedad personal	53	29 Cambio en las condiciones de vida	25
07 Matrimonio	50	30 Revisión de hábitos personales	24
08 Pérdida de empleo	47	31 Problemas con el jefe	23
09 Paro	47	32 Cambios en el horario o condiciones de trabajo	20
10 Reconciliación matrimonial	45	33 Cambio de residencia	20
11 Jubilación	45	34 Cambio de escuela	20
12 Cambios en la salud de un miembro de la familia	44	35 Cambio de actividades de ocio	19
13 Drogadicción y/o alcoholismo	44	36 Cambio en las actividades religiosas	19
14 Embarazo	40	37 Cambio en las actividades sociales	18
15 Problemas sexuales	39	38 Cambio de hábito de dormir	17
16 Incorporación de un nuevo miembro de la familia	39	39 Cambio en el número de reuniones familiares	16
17 Reajuste en los negocios	39	40 Cambio en los hábitos alimentarios	15
18 Cambios en el estado financiero	38	41 Vacaciones	13
19 Muerte de un amigo muy querido	37	42 Navidad	12
20 Cambio a una línea diferente de trabajo	36	43 Violaciones menores a la ley	11
21 Mala relación con el cónyuge	35	Total	70
22 Juicio por crédito o hipoteca	30		

### FACES III

NOMBRE:  
EDAD:  
FECHA:

EN LA COLUMNA SITUADA A LA IZQUIERDE ANOTE LOS NUMEROS DEL 1 AL 5 SEGÚN CORRESPONDA A LAS RESPUESTAS QUE DECEA DAR

		NUNCA 1	CASI NUNCA 2	ALGUNAS VECES 3	CASI SIEMPRE 4	SIEMPRE 5
	1	Los miembros de nuestra familia se dan apoyo entre sí.				
	2	En nuestra familia se toman en cuenta las sugerencias de los hijos para resolver los problemas.				
	3	Aceptamos las amistades de los demás miembros de la familia.				
	4	Los hijos pueden opinar en cuento a su disciplina.				
	5	Nos gusta convivir solo con los familiares más cercanos				
	6	Cualquier miembro de la familia puede tomar la autoridad				
	7	Nos sentimos más unidos entre nosotros que con personas que no son de nuestra familia				
	8	Nuestra familia cambia el modo de hacer sus cosas				
	9	Nos gusta pasar el tiempo libre en familia				
	10	Padres e hijos se ponen de acuerdo en relación con los castigos				
	11	Nos sentimos muy unidos				
	12	En nuestra familia los hijos toman las decisiones				
	13	Cuando se toma una decisión importante, toda la familia está presente.				
	14	En nuestra familia las reglas cambian				
	15	Con facilidad podemos planear actividades en familia				
	16	Intercambiamos los quehaceres del hogar entre nosotros				
	17	Consultamos los unos con otros para tomar decisiones				
	18	En nuestra familia es difícil identificar quien tiene la autoridad				
	19	La unión familiar es muy importante				
	20	Es difícil decir quien hace las labores del hogar				