ARTÍCULO ORIGINAL

Patología dual y conductas psicopatológicas en población juvenil con trastorno por consumo de estimulantes en una comunidad terapéutica

Monserrat Armenta-Reséndiz[1], Betzaida Salas-García[1], María del Carmen Gogeascoechea-Trejo[1], Xóchitl De San Jorge-Cárdenas[1], Roberto Meyer-Gómez [1]

[1] Instituto de Ciencias de la Salud, Universidad Veracruzana, Xalapa-Enríquez, Veracruz, México.

RESUMEN

Introducción: la patología dual (PD) es entendida como la coexistencia de trastornos por consumo de sustancias con otros trastornos mentales. Es un problema que afecta la calidad de vida y el tratamiento de las personas que lo sufren. Aunque existen estudios que analizan este fenómeno, poco se ha considerado el papel de los estimulantes y de la etapa adolescente en las características de este fenómeno. **Objetivo:** en este estudio se exploraron las diferencias en las características sociodemográficas, los patrones de consumo de estimulantes y las conductas psicopatológicas entre jóvenes de 13 a 25 años con trastorno por consumo de estimulantes, clasificados con patología dual y con un solo diagnóstico. **Método:** se utilizó un diseño transversal basado en la revisión retrospectiva de expedientes clínicos (n = 125) de una comunidad terapéutica (CT) en México. **Resultados:** se identificó patología dual según la definición operacional del estudio en 86 de 125 residentes (68.8%); y la metanfetamina fue la principal droga de impacto. Los grupos diagnósticos registrados con mayor frecuencia fueron los trastornos depresivos, del neurodesarrollo, del espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos, así como los trastornos de ansiedad. También, se observaron diferencias entre los grupos con patología dual y con un solo diagnóstico (SD) en el registro de conductas psicopatológicas, particularmente en la impulsividad, las conductas autolesivas y las conductas suicidas. **Discusión y conclusiones:** los hallazgos de este estudio refuerzan la relevancia de crear estrategias de intervención que consideren a la PD como un fenómeno clínico frecuente, para atenderla de manera estructural considerando además la especificidad de la etapa adolescente.

Palabras clave: patología dual, trastornos relacionados con sustancias, metanfetamina, trastornos mentales, adolescente.

ABSTRACT

Introduction: dual diagnosis (DD), defined as the co-occurrence of substance use disorders and other mental disorders, represents a significant clinical and public health challenge due to its impact on quality of life and treatment outcomes. Although this phenomenon has been widely documented, limited attention has been paid to the specific role of stimulant use and the developmental stage of adolescence in shaping its clinical presentation. **Objective:** this study explored differences in sociodemographic characteristics, patterns of stimulant use, and psychopathological behaviors among individuals aged 13 to 25 with a stimulant use disorder—categorized as having either dual diagnosis or a single diagnosis. **Method:** a cross-sectional study was conducted based on a retrospective review of clinical records (n = 125) from a therapeutic community (TC) in Mexico. **Results:** eighty-six of 125 residents (68.8%) met the study's operational definition of dual diagnosis, and methamphetamine was the most frequently recorded primary substance. The most frequently identified mental disorders were depressive disorders, neurodevelopmental disorders, schizophrenia spectrum and other psychotic disorders, and anxiety disorders. Differences were also observed between residents with SD and DD in the documentation of psychopathological behaviors, particularly impulsivity, self-harming behaviors, and suicidal behaviors. **Discussion and conclusions:** these findings underscore the importance of accurately characterizing DD in clinical settings. They highlight the importance of developing comprehensive intervention strategies that address the structural complexity of dual diagnosis, while also accounting for the neurodevelopmental specificity of adolescence.

Keywords: dual diagnosis, substance-related disorders, methamphetamine, mental disorders, adolescent.

Autor de correspondencia:
Monserrat Armenta-Reséndiz. Instituto de Ciencias de la Salud, Universidad Veracruzana, Agustín Melgar S/N, esquina Araucarias, Colonia 21 de marzo, C.P. 91010, Xalapa-Enríquez, Veracruz México.Correo electrónico:marmenta@uv.mx
Recibido: 27 de mayo de 2026
Aceptado: 26 de octubre de 2026
Publicación web: 5 de noviembre de 2026

INTRODUCCIÓN

La patología dual (PD) se define como la coexistencia de un trastorno por consumo de sustancias (TCS) y otro trastorno mental, ya sea actual o documentado como antecedente a lo largo de la vida. Se trata de una condición que ha cobrado visibilidad en las últimas décadas, debido a la complejidad de sus manifestaciones clínicas y a sus implicaciones para la atención de la salud mental (Choudhary et al., 2025; Gómez-Benumea, 2017; Marín-Navarrete et al., 2021; Santo et al., 2024). La PD presenta una elevada prevalencia a nivel internacional; algunos estudios han reportado una comorbilidad psiquiátrica alrededor del 50% - 75% en pacientes de centros de tratamiento para las adicciones (Alfonzo-Bello et al., 2017; Chetty et al., 2023; Marín-Navarrete et al., 2021). Los pacientes con PD presentan mayor dificultad para mantenerse en los tratamientos psicológicos y farmacológicos, lo que representa mayor vulnerabilidad a las recaídas (Bastos Maia et al., 2025). Por lo tanto, la caracterización de la coexistencia entre los trastornos por consumo de sustancias con otros trastornos mentales es relevante para la evaluación clínica y el diseño de intervenciones dirigidas a esta población.

Los estimulantes son un grupo de drogas que incrementan la actividad del sistema nervioso central (SNC) al actuar sobre la neurotransmisión dopaminérgica, noradrenérgica y serotoninérgica. Entre sus efectos agudos se encuentran el aumento del estado de alerta, euforia, disminución del apetito, incremento de la energía y de la frecuencia cardiaca; mientras que el consumo crónico puede provocar tolerancia, dependencia, alteraciones del estado de ánimo, trastornos del sueño, deterioro cognitivo, complicaciones cardiovasculares y la aparición de episodios psicóticos caracterizados por delirios, alucinaciones y desorganización del pensamiento (Brunton et al., 2023). En este contexto, el trastorno por consumo de estimulantes (TCE) se caracteriza por un patrón problemático de consumo de estas sustancias asociado con deterioro o malestar clínicamente significativo y con consecuencias que afectan el funcionamiento de la persona. La presencia de un TCE no implica por sí misma la existencia de patología dual, por lo que es necesario distinguir entre los trastornos mentales que coexisten de manera independiente con el TCE y los cuadros psicopatológicos inducidos por el consumo de estas sustancias.

Los estimulantes de tipo anfetamínico (ETA) son los más prevalentes, con aproximadamente 31 millones de usuarios, seguidos por la cocaína, que registra alrededor de 25 millones de consumidores a nivel mundial (United Nations Office on Drugs and Crime [UNODC], 2025). En México, desde el 2020 hasta el 2024, los estimulantes han sido las sustancias de impacto más prevalentes entre las personas de 11 a 25 años que solicitaron tratamiento (Centros de Integración Juvenil, 2024). Además, se han reportado como la cuarta droga de inicio reportada por jóvenes, con 7.4%, después del alcohol, tabaco y marihuana (Comisión Nacional de Salud Mental y Adicciones [CONASAMA] & Observatorio Interamericano sobre Drogas de la CICAD OEA, 2024). Estos datos permiten situar el consumo de estimulantes como un problema relevante en población adolescente y adulta joven en México. Algunos de los efectos buscados son la inhibición del apetito, el incremento en la concentración y energía, para mejorar el rendimiento sexual y las sensaciones de poder y fuerza (Dluzen & Liu, 2008).

El consumo de estimulantes también se ha relacionado con diversas conductas psicopatológicas (CPP), entre ellas conductas suicidas y autolesivas, agresividad, problemas escolares y legales, así como conductas sexuales de riesgo y una mayor exposición a enfermedades infecciosas (Adam et al., 2026; Dong et al., 2022; Fernández-Cáceres et al., 2026). Estas manifestaciones pueden coexistir con trastornos mentales independientes o presentarse en relación con el consumo de sustancias, por lo que su identificación y caracterización resulta relevante en el estudio de la PD. De este modo, las CPP constituyen un componente clínico de interés que puede acompañar tanto al TCE como a la comorbilidad psiquiátrica, sin que su presencia implique por sí misma un diagnóstico de trastorno mental independiente.

Esta problemática adquiere particular relevancia en población juvenil de 13 a 25 años, población que atraviesa un proceso crítico de maduración del sistema nervioso central. Durante estas etapas, el desarrollo aún incompleto de las áreas prefrontales, (implicadas en el control de impulsos y la toma de decisiones), favorece conductas de riesgo y reduce la capacidad de autorregulación (Keshavan et al., 2014; Lenroot y Giedd, 2006). A esta vulnerabilidad neurobiológica se suma la alta prevalencia de trastornos psiquiátricos del neurodesarrollo y otros trastornos mentales (Clinical Guideline Committee et al., 2024; Koller et al., 2024). La consideración de este rango de edad permite estudiar una etapa del desarrollo caracterizada por cambios neurobiológicos, psicológicos y sociales relevantes para la aparición y expresión de problemas relacionados con el consumo de sustancias y la psicopatología.

En este contexto, las CPP asociadas al estrés propio del desarrollo (búsqueda de identidad, cambios físicos y emocionales, y presión de pares), pueden

interactuar con el consumo de estimulantes y con otras condiciones psicopatológicas, contribuyendo a una presentación clínica compleja (Guerin et al., 2023; Kessler et al., 2023; Tubman et al., 2021).

A pesar de la evidencia disponible sobre la coexistencia de trastornos por consumo de sustancias y trastornos mentales, existe información limitada sobre la PD en población adolescente con TCE, particularmente en población atendida en comunidades terapéuticas. Asimismo, es necesario caracterizar la frecuencia de los trastornos mentales concurrentes y de las CPP en esta población, considerando las características de una etapa del desarrollo en la que convergen factores neurobiológicos, psicológicos y sociales. En México, la relevancia de este problema se sustenta en la presencia de los estimulantes entre las principales sustancias de impacto en personas jóvenes que solicitan tratamiento (Centros de Integración Juvenil, 2024). Esta información aporta evidencia contextual para orientar la identificación de necesidades de evaluación y atención integral en servicios con características semejantes.

Con base en lo anterior, el objetivo del presente estudio fue explorar las diferencias en las características sociodemográficas, los patrones de consumo de estimulantes y las conductas psicopatológicas entre jóvenes de 13 a 25 años con trastorno por consumo de estimulantes, clasificados con patología dual y con un solo diagnóstico, mediante la revisión retrospectiva de expedientes clínicos de una comunidad terapéutica en México. Asimismo, se describieron los trastornos mentales documentados entre los residentes clasificados con patología dual.

MÉTODO

Diseño

Se realizó un estudio observacional, analítico, transversal y retrospectivo, basado en la revisión de expedientes clínicos de adolescentes y adultos jóvenes con TCE que recibieron tratamiento residencial en una comunidad terapéutica del estado de Veracruz, México. La información se obtuvo de registros clínicos generados durante la atención habitual, sin intervención de los investigadores sobre el tratamiento ni contacto directo con los usuarios. Congruente con el diseño transversal y retrospectivo, los análisis permitieron describir la frecuencia de los diagnósticos y las conductas registradas, así como explorar asociaciones entre variables, pero no establecer relaciones causales.

Participantes

Los expedientes que se incluyeron en este estudio fueron de usuarios que recibieron tratamiento entre enero del 2020 y diciembre del 2024, que presentaron como droga de impacto una sustancia estimulante (cocaína, crack, metanfetamina (MA), anfetamina o MDMA) y que tuvieron como diagnóstico al ingreso un trastorno por consumo de estimulantes. Se excluyeron los expedientes incompletos, definidos como aquellos que carecían de alguno de los siguientes documentos: entrevista inicial, evaluación socioeconómica, historial clínico, historial psiquiátrico y evaluaciones psicológicas. Asimismo, se excluyeron los expedientes de usuarios cuya permanencia en la comunidad terapéutica (CT) fue inferior a dos semanas, debido a que, durante el periodo inicial de abstinencia, determinados instrumentos de evaluación clínica no se administran de manera inmediata, sino una vez transcurrida esta etapa. En consecuencia, la interrupción del tratamiento antes de las dos semanas podía limitar la realización de las evaluaciones previstas y, por tanto, la disponibilidad e integridad de la información clínica necesaria para el análisis. Este criterio de exclusión puede introducir un sesgo relacionado con la selección de participantes en función de la duración de su estancia, lo que podría limitar la representatividad de la muestra y la generalización de los resultados, por lo que los hallazgos deben interpretarse considerando esta posible limitación.

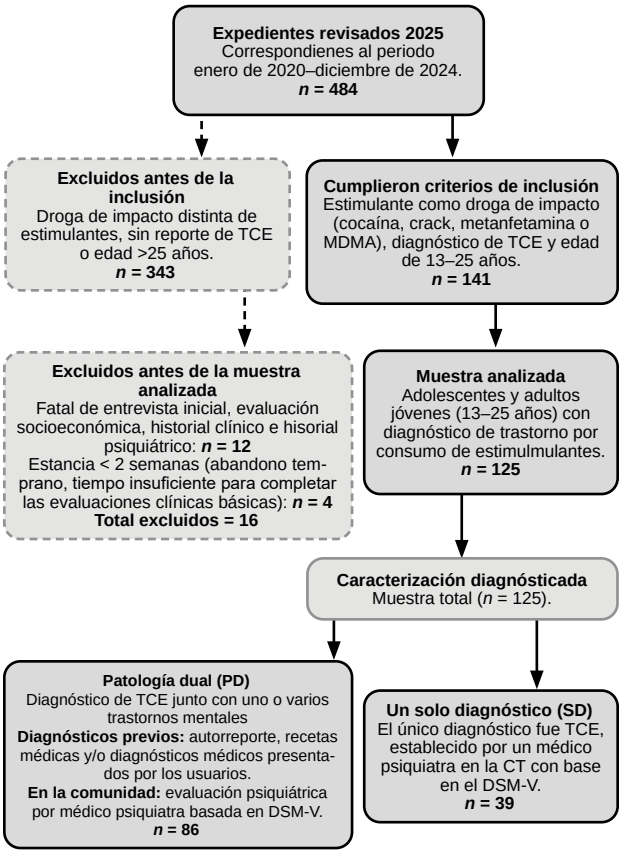
El tamaño de la muestra se estableció a partir de un censo de los registros obtenidos del periodo 2020–2024, por lo que no se realizó un cálculo muestral a priori. De los 484 expedientes revisados, 343 no cumplieron los criterios de edad, diagnóstico o droga de impacto. De los 141 expedientes restantes, se excluyeron cuatro por estancia menor de dos semanas y 12 por falta de documentación clínica requerida, lo que dio lugar a una muestra de 125 expedientes. El flujo de selección se presenta en la Figura 1.

Instrumentos

Se elaboró una cédula de registro ad hoc, diseñada con base en las variables de interés. Se revisaron los siguientes documentos de los expedientes elegibles: la entrevista inicial, historia clínica, historia psicosocial y evaluación psiquiátrica que realizó el personal de salud de la comunidad terapéutica. Este instrumento permitió organizar de manera sistemática los datos recopilados, en apego a los principios éticos y a los estándares internacionales de protección de la confidencialidad, el anonimato y la privacidad. Para ello, los expedientes fueron revisados y registrados en la base de datos mediante un código de identificación

Figura 1

Diagrama de flujo de selección de expedientes y caracterización de los diagnósticos de patología dual.



único, sin incorporar información adicional que permitiera identificar a las personas involucradas. Las variables incluidas en la cédula de registro fueron características sociodemográficas como edad, sexo, situación económica, ocupación y estado civil. La edad correspondió a los años cumplidos al momento del ingreso; el sexo, al registrado en el expediente clínico; la situación económica, documentada en la evaluación correspondiente; la ocupación, a la actividad laboral o productiva registrada; y el estado civil, a la situación conyugal reportada por el usuario. Todas estas variables fueron obtenidas del formato de entrevista inicial y de la evaluación socioeconómica.

También se registraron las siguientes características del consumo: el número de internamientos previos, definido como la cantidad de ingresos anteriores a la CT por motivos relacionados con el consumo de sustancias; la edad de inicio, referida a la edad en que el usuario comenzó a consumir sustancias psicoactivas; la droga de inicio, entendida como la primera sustancia psicoactiva consumida; la droga de impacto, definida como la sustancia asociada con las principales consecuencias negativas o problemas que motivaron la búsqueda de tratamiento, de acuerdo con el registro clínico; la droga de preferencia, correspondiente a la sustancia identificada como la de mayor preferencia por el usuario, según la información documentada; y la conclusión del tratamiento en la CT, entendida como la condición de egreso registrada al finalizar la estancia en la comunidad terapéutica, de acuerdo con las categorías consignadas en el expediente clínico. Estas variables fueron obtenidas de registros en el historial de consumo, que incluía formatos de auto registro, así como entrevistas y evaluaciones realizadas por el personal de salud.

En relación con la patología dual, se revisaron los diagnósticos y antecedentes de trastornos mentales registrados antes del ingreso y durante la estancia en la comunidad terapéutica. Todos los residentes fueron evaluados por médicos psiquiatras de la institución, quienes utilizaron criterios del DSM-5. Los antecedentes previos se obtuvieron de autorreportes, recetas médicas y documentación clínica disponible; algunos antecedentes autorreportados carecían de confirmación médica independiente. Para la clasificación operacional de patología dual se consideró la presencia de trastorno por consumo de estimulantes y al menos otro trastorno mental registrado en el expediente, incluido un antecedente autorreportado, con receta de tratamiento psiquiátrico, o diagnóstico externo no confirmado como activo en la CT. Esta clasificación no equivale a la confirmación psiquiátrica uniforme de comorbilidad activa. Los registros diagnósticos se agruparon en siete categorías para el análisis, según se detalla en el apartado correspondiente.

Las conductas psicopatológicas, con o sin la presencia de un diagnóstico de trastorno mental, se obtuvieron de las entrevistas psicológicas, así como de las notas de evolución psicológica elaboradas desde el inicio del proceso psicoterapéutico, durante el primer mes de estancia. Estos registros fueron elaborados por los psicólogos encargados del tratamiento psicoterapéutico.

Procedimiento

La recolección de datos se efectuó en el 2025 a partir de los registros clínicos institucionales correspondientes al periodo 2020-2024. Los expedientes elegibles fueron identificados conforme a los criterios de inclusión y exclusión antes mencionados. Posteriormente, se extrajo de manera sistemática la información contenida en las historias clínicas utilizando un formato estandarizado o cédula de registro de captura de datos, diseñado específicamente para el estudio. El acceso a los expedientes estuvo restringido al personal autorizado y se llevó a cabo bajo la supervisión permanente de personal capacitado en ética de

la investigación, quien se encargó de vigilar que los procesos de revisión y resguardo de la información se realizaran de manera adecuada, garantizando en todo momento la protección de los datos.

Para asegurar la consistencia de los datos, se aplicaron procedimientos estandarizados de codificación y verificación de la información, resolviendo las discrepancias mediante consenso entre los investigadores. Dado que se trató de un estudio basado exclusivamente en fuentes secundarias de información, no existió contacto directo con los participantes ni se modificó el curso de su atención clínica. Para proteger la confidencialidad, los expedientes se codificaron mediante identificadores numéricos y se excluyeron de la base de datos analítica los datos de identificación personal que no eran necesarios para los objetivos del estudio. Estas medidas se orientaron a reducir el riesgo de identificación de los participantes y a preservar la confidencialidad de la información clínica durante su procesamiento y análisis.

Análisis de datos

Se analizaron las características sociodemográficas, el tipo de estimulante de consumo y el trastorno psiquiátrico asociado. Para el análisis, los registros diagnósticos se agruparon en siete categorías generales, construidas a partir de los capítulos y grupos diagnósticos del Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5). Esta agrupación integró los trastornos del neurodesarrollo y neurocognitivos; los trastornos depresivos, bipolares y relacionados; los trastornos de la personalidad, disruptivos, del control de los impulsos y de la conducta; los trastornos del espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos; los trastornos de ansiedad, relacionados con traumas y factores de estrés, obsesivo-compulsivo y relacionados; los trastornos del sueño-vigilia; y los trastornos de la conducta alimentaria y de la ingesta de alimentos. La agrupación se realizó con fines analíticos para facilitar la comparación de la distribución de los registros diagnósticos documentados antes del ingreso y durante la estancia en la comunidad terapéutica (CT). Debido a que algunas categorías reúnen distintos grupos diagnósticos del DSM-5, esta clasificación constituye una adaptación operativa para el análisis y no una reproducción literal de la estructura del manual.

Se utilizaron dos procedimientos de contabilización diagnóstica. En la Figura 2 se describieron los diagnósticos identificados a lo largo de la vida de los participantes (n = 154 diagnósticos), contando una sola vez cada trastorno por persona, aunque hubiera sido registrado antes del ingreso y confirmado durante la estancia. En la Tabla 2 se contabilizaron separadamente los registros diagnósticos previos al ingreso (n = 112) y durante la estancia (n = 63), incluso cuando correspondían al mismo trastorno de una misma persona. En consecuencia, los denominadores de la Figura 2 y la Tabla 2 representan unidades de conteo diferentes y no deben interpretarse como cantidades de pacientes.

Para el análisis de las conductas psicopatológicas, se compararon los registros de los grupos con patología dual (PD) y con un solo diagnostico (SD). Se evaluó la presencia o ausencia de diez conductas psicopatológicas: violencia intrafamiliar, escolar o sexual; conducta agresiva; problemas escolares; problemas laborales; conductas sexuales de riesgo; conducta delictiva; impulsividad; conductas autolesivas; conductas e ideaciones suicidas; y conducta antisocial. Las variables se describieron mediante frecuencias absolutas y porcentajes, y las diferencias entre los grupos PD y SD se evaluaron mediante la prueba de chi-cuadrado o la prueba exacta de Fisher, según correspondiera. Asimismo, se calcularon las razones de momios (OR) y sus intervalos de confianza del 95 % (IC 95 %). Se estableció un nivel de significancia estadística de $p < .05$.

Consideraciones éticas

Este proyecto, con número de identificación I-241, fue aprobado por el Comité de Investigación de la Universidad Veracruzana reconocido por la Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios (COFREPRIS) y por el Comité de Ética en Investigación, reconocido por la Comisión Nacional de Bioética (CONBIOETICA), ambos adscritos al Instituto de Ciencias de la Salud de la Universidad Veracruzana con el dictamen aprobatorio No.002/2025. La investigación se desarrolló de conformidad con los principios éticos internacionales aplicables a la investigación en salud, los principios de la Declaración de Helsinki y la normativa nacional vigente en materia de investigación para la salud y protección de datos personales.

Debido a su diseño observacional, retrospectivo y basado exclusivamente en la revisión de expedientes clínicos institucionales correspondientes al periodo 2020-2024, el estudio no implicó contacto directo con los participantes ni modificaciones en la atención clínica recibida. La revisión se realizó exclusivamente a partir de expedientes clínicos previamente existentes, sin establecer contacto adicional con los usuarios para la obtención de información.

Se garantizó la privacidad y confidencialidad de la información mediante procedimientos estandarizados de codificación, control de acceso y resguardo

de los datos. A cada expediente se le asignó un código numérico único, sin incorporar identificadores personales directos a la base de datos analítica. No se conservó una clave de correspondencia entre los códigos y la identidad de los usuarios, y las variables incluidas no permitían razonablemente su identificación indirecta; por tanto, los datos analizados se consideraron anonimizados.

El proyecto contó con dictamen aprobatorio de los comités institucionales correspondientes. Dado que consistió exclusivamente en una revisión retrospectiva de expedientes clínicos previamente generados durante la atención habitual, sin contacto directo con los participantes ni modificaciones de su tratamiento, no se solicitó consentimiento informado adicional para la extracción de datos con fines de investigación. Se aplicaron medidas de acceso restringido, codificación, confidencialidad y anonimización descritas anteriormente.

Estas medidas se implementaron para prevenir la divulgación no autorizada de información clínica y minimizar el riesgo de identificación de los usuarios durante la extracción, el procesamiento y el análisis de los datos. La información se utilizó exclusivamente para los fines científicos establecidos en el protocolo aprobado.

RESULTADOS

La muestra estuvo conformada por 125 participantes, de los cuales el 96.8% correspondió al sexo masculino y el 3.2% al femenino. Esta distribución podría estar relacionada con la reciente implementación del programa dirigido a mujeres. Respecto a la edad, el 64% de los participantes tenía entre 19–25 años, mientras que el 36% tenía de 13–18 años. En cuanto al nivel socioeconómico, el 45.6% se ubicó en el nivel medio y el 44.8% en el nivel bajo. En relación con la ocupación, el 48% reportó estar desempleado, el 35.2% tener un empleo y el 12% ser estudiante. Finalmente, en cuanto al estado civil, el 89.6% manifestó estar soltero y el 10.4% vivir en unión libre. Al comparar los grupos que presentaron patología dual (PD) de aquellos que tenían un solo diagnóstico (SD), es decir, el trastorno por consumo de estimulantes sin otro diagnóstico concomitante, se encontró que los residentes del grupo PD presentaron una mayor proporción de escolaridad media superior que los que pertenecieron al grupo SD con un solo diagnóstico (55.8% frente a 28.2%), mientras que la escolaridad básica fue más frecuente en el segundo grupo (59.0% frente a 33.7%; p = .013) (Tabla 1).

En cuanto a su consumo, el promedio de edad de inicio resultó ser 12.94 ± 2.47, las principales drogas de inicio fueron el tabaco (32.8%), el alcohol (31.2%) y el cannabis (12%).

En cuanto a los antecedentes de internamiento, el 60% de los residentes no reportó internamientos previos, mientras que el 18.4% refirió haber tenido un internamiento y el 21.6% informó más de uno. El estimulante más reportado como droga de impacto fue la metanfetamina (MA) (89.6%), seguido de la cocaína y sus derivados (7.2%). Como droga de preferencia las principales sustancias reportadas fueron MA con 64.0% y cannabis con 16.8%. Además, la mayor parte de los consumidores de estimulantes no terminaron el tratamiento residencial en la CT (68.8%) (Tabla 1). Entre las causas más comunes para el abandono del tratamiento se encontraron la solicitud de los familiares para retirarlos del programa, baja voluntaria y canalización a instituciones hospitalarias especializadas en atención a la salud mental.

De los 125 participantes con trastorno por consumo de estimulantes, 86 (68.8%) fueron clasificados con patología dual (PD) según la definición operacional basada en los expedientes clínicos y 39 (31.2%) con un solo diagnóstico (SD). Entre los 86 clasificados con PD, 36 contaban con un diagnóstico previo de otro trastorno mental confirmado por psiquiatría de la CT, 10 recibieron un diagnóstico nuevo durante su estancia en la CT y 40 fueron clasificados a partir de antecedentes diagnósticos previos no confirmados como activos durante la evaluación institucional. Entre los diagnósticos de trastornos mentales identificados a lo largo de la vida de los participantes, considerando tanto los registrados antes del ingreso como los establecidos durante la estancia en la comunidad terapéutica (CT), los trastornos depresivos representaron el 23.38%, el trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) el 19.48% y los trastornos del espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos el 17.53% (Figura 2). Para este análisis, cada trastorno se contabilizó una sola vez por participante, de modo que los diagnósticos previos que fueron confirmados nuevamente durante la evaluación psiquiátrica en la CT no se duplicaron. No obstante, un mismo participante pudo aportar más de un diagnóstico cuando se trataba de trastornos diferentes.

Los antecedentes diagnósticos de trastornos mentales registrados antes del ingreso a la comunidad terapéutica (CT) y que fueron documentados mediante el autorreporte de los participantes durante la entrevista inicial o la presentación de recetas y documentos médicos previos, correspondieron principalmente a trastornos depresivos, incluidos el trastorno depresivo mayor,

Tabla 1

Características sociodemográficas y de consumo de drogas en residentes en tratamiento.

Características	*Total n = 125*	*PD n = 86*	*SD n = 39*	*P-valor*	*OR (IC 95%)*
Sociodemográficas					
Lugar de procedencia					
Veracruz	109 (87.2)	75 (87.2)	34 (87.2)		Ref.
Otras entidades	14 (11.2)	10 (11.6)	4 (10.3)	1.000[F]	1.13 (.30–5.30)*
No especificado	2 (1.6)	1 (1.2)	1 (2.5)		-
Sexo					
Masculino	121 (96.8)	82 (95.4)	39 (100.0)	.309[F]	Ref.
Femenino	4 (3.2)	4 (4.6)	-		∞ (.30–∞)*
Situación económica					
Baja	56 (44.8)	38 (44.2)	18 (46.2)		Ref.
Media	57 (45.6)	39 (45.3)	18 (46.2)	1.000[F]	1.03 (.47–2.26)
Alta	4 (3.2)	3 (3.5)	1 (2.5)		1.41 (.10–78.69)*
No especificado	8 (6.4)	6 (7.0)	2 (5.1)		-
Escolaridad					
Básica	52 (41.6)	29 (33.7)	23 (59.0)		Ref.
Media superior	59 (47.2)	48 (55.8)	11 (28.2)	.013	3.46 (1.47–8.13)
Superior	13 (10.4)	8 (9.3)	5 (12.8)		1.27 (.37–4.40)
No especificado	1 (.8)	1 (1.2)	-		-
Edad					
13-18	45 (36.0)	31 (36.0)	14 (35.9)	.987	Ref.
19-25	80 (64.0)	55 (64.0)	25 (64.1)		.99 (.45–2.19)
Ocupación					
Estudiante	15 (12.0)	12 (14.0)	3 (7.7)		Ref.
Trabajador	44 (35.2)	31 (36.0)	13 (33.3)	.585[F]	.60 (.09–2.78)*
Desempleado	60 (48.0)	38 (44.2)	22 (56.4)		.44 (.07–1.87)*
Nini	6 (4.8)	5 (5.8)	1 (2.5)		1.24 (.07–78.57)*
Estado civil					
Soltero	112 (89.6)	77 (89.5)	35 (89.7)	1.000[F]	Ref.
Unido	13 (10.4)	9 (10.5)	4 (10.3)		1.02 (.26–4.86)*
Consumo de drogas					
Número de internamientos					
0	75 (60.0)	49 (57.0)	26 (66.7)		Ref.
1	23 (18.4)	16 (18.6)	7 (17.9)	.487	1.21 (.44–3.32)
≥ 2	27 (21.6)	21 (24.4)	6 (15.4)		1.86 (.67–5.17)
Edad de inicio de consumo[t]					
Media ± DE (DM)	12.94±2.47	12.87 ± 2.49	13.10±2.43	.631[t]	-.23 (-1.17–.71) ‡
Droga de impacto					
Metanfetamina	112 (89.6)	74 (86.0)	38 (97.5)		Ref.
Cocaína	4 (3.2)	3 (3.5)	1 (2.5)		1.54 (.12–82.97)*
Crack	5 (4.0)	5 (5.8)	-	.442[F]	∞ (.45–∞)*
Anfetamina	1 (.8)	1 (1.2)	-		∞ (.01–∞)*
Policonsumo	3 (2.4)	3 (3.5)	-		∞ (.20–∞)*

Tabla 1
(Continuación)

Características	*Total n = 125*	*PD n = 86*	*SD n = 39*	*P-valor*	*OR (IC 95%)*
Droga de inicio					
Alcohol	39 (31.2)	25 (29.1)	14 (35.9)		Ref.
Tabaco	41 (32.8)	29 (33.7)	12 (30.8)		1.35 (.53–3.46)
Cannabis	15 (12.0)	9 (10.5)	6 (15.4)	.633[F]	.84 (.25–2.85)
Otra droga	4 (3.2)	4 (4.6)	-		∞ (.32–∞)*
Policonsumo	26 (20.8)	19 (22.1)	7 (17.9)		1.52 (.51–4.50)
Droga de preferencia					
Metanfetamina	80 (64.0)	52 (60.5)	28 (71.8)		Ref.
Cannabis	21 (16.8)	16 (18.6)	5 (12.8)	.721[F]	1.72 (.57–5.20)
Otra	19 (15.2)	14 (16.3)	5 (12.8)		1.51 (.49–4.62)
Policonsumo	5 (4.0)	4 (4.6)	1 (2.5)		2.14 (.20–110)*
Conclusión del tratamiento					
Si	37 (29.6)	27 (31.4)	10 (25.6)		Ref.
No	86 (68.8)	57 (66.3)	29 (74.4)	.464	.73 (.31–1.71)
No especificado	2 (1.6)	2 (2.3)	-		-

Nota: Grupo con patología dual (PD), grupo con un solo diagnóstico (SD). OR = razón de momios (odds ratio); IC 95% = intervalo de confianza al 95%; DE = desviación estándar; DM = diferencia de medias (PD-SD); Ref. = categoría de referencia. *Nota: Los datos se representan como frecuencia y porcentaje f (%); la edad de inicio de consumo se presenta como Media ± DE (DM = diferencia de medias).* Nota metodológica: Cuando existieron celdas con frecuencias pequeñas, la prueba χ^2 no fue apropiada y se utilizó la prueba exacta de Fisher indicado con superíndice ([F]). Esta prueba no produce un estadístico como el χ^2, sino que calcula directamente la probabilidad exacta asociada a la distribución observada, reportándose únicamente el valor *p*. En los demás casos se utilizó la χ^2 de Pearson. Las categorías <<No especificado>> no se incluyeron en los valores p ni en el cálculo del OR. Edad de inicio de consumo comparada con la t de Student para muestras independientes, calculada a partir de las medias y DE reportadas. Se cumple el supuesto de normalidad para la edad de inicio de consumo. El OR se calculó como razón de productos cruzados con IC 95% de Wald (escala logarítmica). * Cuando alguna celda tuvo frecuencia observada < 5 se reporta el OR condicional de máxima verosimilitud con IC 95% exacto. Cuando una celda fue 0 el OR no es estimable (∞) y solo el límite inferior del IC es informativo. ‡ Para la edad de inicio se reporta la DM (PD-SD) con IC 95% basado en la *t* de Student.

el trastorno depresivo persistente y el trastorno bipolar (26.78%). Les siguieron los trastornos del neurodesarrollo, como el trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH), con 24.11%; los trastornos del espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos, con un 21.43%, y los trastornos de ansiedad, relacionados con traumas y factores de estrés, obsesivo-compulsivo y trastornos relacionados, con un 13.39% (Tabla 2).

Por su parte, los registros diagnósticos establecidos durante la evaluación psiquiátrica en la CT mostraron una mayor frecuencia de trastornos del neurodesarrollo y neurocognitivos (31.75%), seguidos de los trastornos depresivos (23.81%) y los trastornos psicóticos (14.29%) (Tabla 2).

En la Tabla 2, los totales de 112 registros previos al ingreso y 63 registros durante la estancia representan registros diagnósticos y no números de participantes. Un participante pudo aportar varios diagnósticos en un mismo periodo; además, un mismo trastorno pudo contabilizarse en ambos periodos si existía un antecedente previo y se documentó también durante la estancia.

En este estudio, las conductas psicopatológicas (CPP) se consideraron indicadores de problemas de salud mental en residentes consumidores de estimulantes, tanto en aquellos con patología dual (PD) como en quienes presentaron un solo diagnóstico (SD). En el total de participantes, las conductas más frecuentes fueron la conducta agresiva (81.6%) y la violencia intrafamiliar, escolar o sexual (80.8%), seguidas de la conducta antisocial (72.8%) y la impulsividad (68.0%). Asimismo, el 73.6% presentó problemas escolares, el 56.8% reportó conductas sexuales de riesgo y el 51.2% presentó conducta delictiva. Los problemas laborales se identificaron en el 36.0% de los participantes. En cuanto a las conductas relacionadas con la autolesión y el suicidio, el 24.0% reportó conductas autolesivas y el 25.6% presentó conductas e ideaciones suicidas (Tabla 3).

Al comparar los grupos, se identificaron diferencias estadísticamente significativas en la impulsividad, las conductas autolesivas y las conductas e ideaciones suicidas. La impulsividad fue más frecuente en el grupo con patología dual (PD) que en el grupo con un solo diagnóstico (SD) (79.1% frente a 43.6%; p = .003; OR = 4.40; IC 95%: 1.61–12.06). De manera similar, las conductas autolesivas se presentaron en el 33.7% del grupo con PD, en comparación con el 2.5% del grupo con SD (p < .001; OR = 15.71; IC 95%: 2.02–122). Las

conductas e ideaciones suicidas también fueron más frecuentes en el grupo con PD (33.7%) que en el grupo con SD (7.7%) (p = .014; OR = 4.73; IC 95%: 1.31–17.12).

Para las demás conductas evaluadas, no se observaron diferencias estadísticamente significativas entre los grupos (p > .05). Estos resultados indican que, en esta muestra, la impulsividad, las conductas autolesivas y las conductas e ideaciones suicidas fueron significativamente más frecuentes entre los participantes con patología dual (Tabla 3).

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Los hallazgos del presente estudio aportan evidencia sobre la frecuencia de la patología dual (PD) en residentes consumidores de estimulantes de una comunidad terapéutica, aunque los resultados son congruentes con algunos de los hallazgos descritos en la literatura científica, también muestran particularidades en las conductas psicopatológicas (CPP) que contribuyen a caracterizar a esta población.

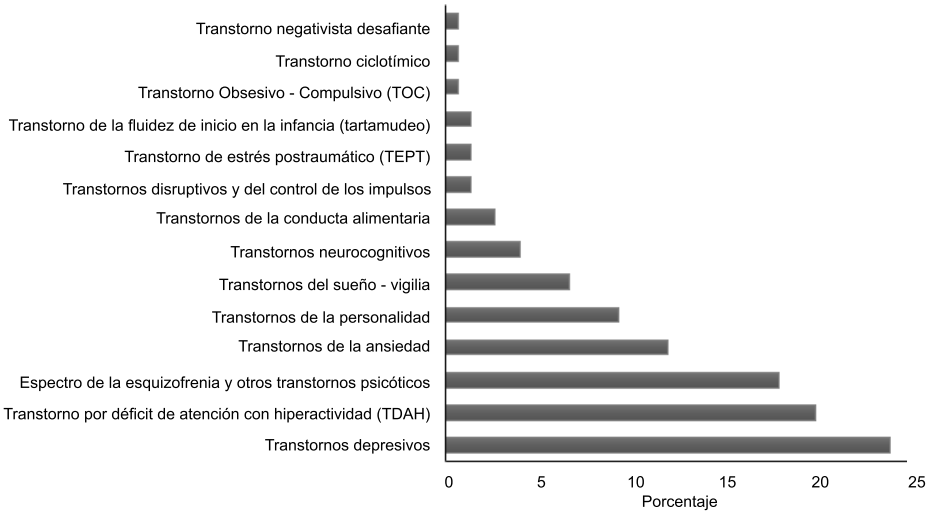
En relación con el nivel socioeconómico, se observó que la mayoría de los participantes se ubicó en los niveles medio (45.6%) y bajo (44.8%). Este hallazgo es relevante, ya que diversos estudios han documentado el consumo de metanfetamina (MA) en poblaciones en situación de vulnerabilidad social, debido a su bajo costo, amplia disponibilidad y fácil acceso en comparación con otras sustancias ilícitas (Hançer Tok & Tokur Kesgin, 2024; Jones et al., 2020; Pavón-León et al., 2024).

Si bien la proporción de participantes pertenecientes al nivel socioeconómico bajo coincide con esta perspectiva, la presencia de un porcentaje considerable de usuarios pertenecientes a un nivel socioeconómico medio sugiere que, en la población estudiada, el consumo de estimulantes no se limitó a personas clasificadas en el nivel socioeconómico bajo. No obstante, debido al diseño y al contexto específico del estudio, este resultado no permite concluir que el consumo se esté extendiendo hacia otros estratos sociales a nivel poblacional, pero pone de manifiesto la importancia de considerar la diversidad socioeconómica de los consumidores al diseñar estrategias de prevención y atención, evitando restringir las intervenciones a grupos definidos exclusivamente por condiciones de vulnerabilidad económica.

En el presente estudio, la escolaridad fue la única característica sociodemográfica que mostró diferencias estadísticamente significativas entre los residentes con patología dual (PD) y aquellos con un solo diagnóstico (SD). Se observó una mayor proporción de participantes con escolaridad básica en el grupo SD, mientras que la escolaridad media superior fue más frecuente entre quienes presentaban patología

Figura 2

Trastornos mentales en consumidores de estimulantes presentados a lo largo de la vida.



Nota: El denominador (n = 154) corresponde a diagnósticos distintos identificados a lo largo de la vida, no a participantes. Cada trastorno se contabilizó una sola vez por persona, incluso cuando constaba antes del ingreso y fue confirmado nuevamente durante la estancia; una persona pudo aportar varios trastornos diferentes. Las barras representan el porcentaje de los trastornos o condiciones de salud mental encontradas en los registros. Los trastornos depresivos fueron los más frecuentes (f = 36; 23.38%), seguidos por TDAH (f = 30; 19.48%) y trastornos de espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos (f = 27; 17.53%). También se reportaron trastornos de ansiedad (f = 18; 11.69%) y trastornos de la personalidad (f = 14; 9.09%). En menor proporción se identificaron trastornos del sueño- vigilia (f = 10; 6.49%), trastornos del neurocognitivos (f = 6; 3.9%), trastornos de la conducta alimentaria (f = 4; 2.6%), trastornos disruptivos y del control de los impulsos, TEPT y trastorno de la fluidez verbal o tartamudeo (f = 2; 1.3% cada uno), así como TOC, trastorno bipolar o ciclotímico y trastorno negativista desafiante (f = 1; .65% cada uno).

Tabla 2

Distribución porcentual de los registros diagnósticos según el periodo de documentación.

Agrupación de categorías diagnósticas	*Diagnósticos documentados previos al ingreso*	*Diagnósticos documentados durante la estancia en la CT*
Trastornos del neurodesarrollo y neurocognitivos	27 (24.11)	20 (31.75)
Trastornos depresivos, bipolar y trastornos relacionados	30 (26.78)	15 (23.81)
Trastornos de la personalidad, disruptivos, del control de los impulsos y de la conducta	7 (6.25)	7 (11.11)
Trastornos del espectro de la esquizofrenia y otros trastornospsicóticos	24 (21.43)	9 (14.29)
Trastornos de ansiedad, relacionados con traumas y factores de estrés, obsesivo-compulsivo y trastornos relacionados	15 (13.39)	6 (9.52)
Trastornos del sueño - vigilia	6 (5.36)	4 (6.35)
Trastornos de la conducta alimentaria y de la ingesta de alimentos	3 (2.68)	2 (3.17)
Total de registros diagnósticos	112 (100.0)	63 (100.0)

Nota: Los diagnósticos documentados previos al ingreso están basados en los antecedentes declarados (autorreporte), prescripciones o evaluaciones médicas externas presentadas por los residentes al ingreso. Los diagnósticos documentados durante la estancia en la CT se derivan de las evaluaciones psiquiátricas realizadas por los médicos psiquiatras de la CT. Las categorías diagnósticas se agruparon con base en la clasificación del Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5). Los trastornos del neurodesarrollo y neurocognitivos incluyen alteraciones del desarrollo y del funcionamiento cognitivo, como el trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH), los trastornos de la comunicación y los trastornos neurocognitivos. Los trastornos depresivos, bipolares y relacionados comprenden alteraciones del estado de ánimo, como el trastorno depresivo mayor, el trastorno depresivo persistente y el trastorno bipolar. Los trastornos de la personalidad, disruptivos, del control de los impulsos y de la conducta abarcan patrones persistentes de funcionamiento interpersonal y conductual, así como dificultades en la regulación de los impulsos, e incluyen trastornos como el límite de la personalidad y el negativista desafiante. Los trastornos del espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos comprenden alteraciones de la percepción de la realidad, como la esquizofrenia, el trastorno delirante y el trastorno psicótico breve. Los trastornos de ansiedad, relacionados con traumas y factores de estrés, obsesivo-compulsivo y relacionados incluyen afecciones caracterizadas por miedo o preocupación excesivos, respuestas asociadas con experiencias traumáticas, obsesiones y compulsiones, como el trastorno de ansiedad generalizada, el trastorno de estrés postraumático (TEPT) y el trastorno obsesivo-compulsivo (TOC). Los trastornos del sueño-vigilia comprenden alteraciones en la duración, continuidad o regulación del sueño, como el insomnio y la narcolepsia. Finalmente, los trastornos de la conducta alimentaria y de la ingesta de alimentos incluyen alteraciones persistentes de la alimentación, como la anorexia nerviosa y la bulimia. Los valores corresponden al número de registros diagnósticos clasificados en cada categoría, no al número de participantes. Los porcentajes se calcularon respecto del total de registros diagnósticos documentados antes del ingreso (n = 112) y durante la estancia en la comunidad terapéutica (n = 63). Una misma persona pudo contribuir con más de un diagnóstico. Los resultados son descriptivos y no permiten establecer diferencias en la incidencia, aparición o evolución de los trastornos entre ambos momentos.

Tabla 3

Conductas psicopatológicas en consumidores de estimulantes.

Conductas psicopatológicas	*Total n = 125*	*PD n = 86*	*SD n = 39*	*P-valor*	*OR (IC 95%)*
Violencia intrafamiliar, escolar o sexual					
Si	101 (80.8)	72 (83.7)	29 (74.3)		
No	10 (8.0)	9 (10.5)	1 (2.6)	.282[F]	.28 (.033–2.28)*
NE	14 (11.2)	5 (5.8)	9 (23.1)		
Conducta agresiva					
Si	102 (81.6)	72 (83.7)	30 (76.9)		
No	10 (8.0)	9 (10.5)	1 (2.6)	.279[F]	.27 (.032–2.20)*
NE	13 (10.4)	5 (5.8)	8 (20.5)		
Problemas escolares					
Si	92 (73.6)	65 (75.6)	27 (69.2)		
No	16 (12.8)	15 (17.4)	1 (2.6)	.065[F]	.16 (.020–1.28)*
NE	17 (13.6)	6 (7.0)	11 (28.2)		
Problemas laborales					
Si	45 (36.0)	33 (38.4)	12 (30.8)		
No	62 (49.6)	45 (52.3)	17 (43.6)	.931	1.04 (.44–2.47)
NE	18 (14.4)	8 (9.3)	10 (25.6)		
Conductas sexuales de riesgo					
Si	71 (56.8)	54 (62.8)	17 (43.6)		
No	30 (24.0)	20 (23.3)	10 (25.6)	.330	1.59 (.62–4.04)
NE	24 (19.2)	12 (13.9)	12 (30.8)		

Tabla 3
(Continuación)

Conductas psicopatológicas	*Total n = 125*	*PD n = 86*	*SD n = 39*	*P-valor*	*OR (IC 95%)*
Conducta delictiva					
Si	64 (51.2)	48 (55.8)	16 (41.0)		
No	40 (32.0)	28 (32.6)	12 (30.8)	.576	1.29 (.53–3.10)
NE	21 (16.8)	10 (11.6)	11 (28.2)		
Impulsividad					
Si	85 (68.0)	68 (79.1)	17 (43.6)		
No	21 (16.8)	10 (11.6)	11 (28.2)	.003	4.40 (1.61–12.06)
NE	19 (15.2)	8 (9.3)	11 (28.2)		
Conductas autolesivas					
Si	30 (24.0)	29 (33.7)	1 (2.5)		
No	74 (59.2)	48 (55.8)	26 (66.7)	< .001[F]	15.71 (2.02–122)*
NE	21 (16.8)	9 (10.5)	12 (30.8)		
Conductas e ideaciones suicidas					
Si	32 (25.6)	29 (33.7)	3 (7.7)		
No	73 (58.4)	49 (57.0)	24 (61.5)	.014 [F]	4.73 (1.31–17.12)*
NE	20 (16.0)	8 (9.3)	12 (30.8)		
Conducta antisocial					
Si	91 (72.8)	68 (79.1)	23 (59.0)		
No	13 (10.4)	8 (9.3)	5 (12.8)	.329[F]	1.85 (.55–6.22)*
NE	21 (14.8)	10 (11.6)	11 (28.2)		

Nota: Cada conducta se clasificó en tres categorías: "sí", cuando se encontraba documentada su presencia en la evaluación psicológica; "no", cuando se registraba explícitamente su ausencia; y "no especificado" (NE), cuando el expediente clínico no contenía información suficiente para determinar su presencia o ausencia. Grupo con patología dual (PD), grupo con un solo diagnóstico (SD). No especificado (NE); OR = razón de momios (odds ratio); IC 95% = intervalo de confianza al 95%. Nota metodológica: Los porcentajes se calcularon respecto al total de participantes de cada grupo (PD = 86; SD = 39). Para las pruebas de asociación y el cálculo de las razones de momios (OR), se compararon las categorías «Sí» y «No», excluyendo los registros «No especificado». Por ello, el número de observaciones incluidas en cada análisis estadístico varió según la conducta evaluada. Cuando existieron celdas con frecuencias esperadas pequeñas (< 5), la prueba χ^2 no fue apropiada y se utilizó la prueba exacta de Fisher, indicada con el superíndice F. Esta prueba no produce un estadístico como el χ^2, sino que calcula directamente la probabilidad exacta asociada a la distribución observada, reportándose únicamente el valor p. * Cuando alguna celda tuvo frecuencia observada < 5 se empleó la prueba de Fisher, se reporta el OR condicional de máxima verosimilitud con IC 95% exacto.

dual. Este resultado debe interpretarse con reserva, dado que difiere de lo descrito en diversos estudios epidemiológicos, en los que una menor escolaridad se ha asociado con una mayor presencia de trastornos mentales y consumo de sustancias. Por ejemplo, Erickson et al. (2016) identificaron una asociación entre menor nivel educativo y mayores probabilidades de presentar trastornos por consumo de sustancias, mientras que en otro estudio se describe que determinados trastornos mentales se relacionaban con menores probabilidades de completar la educación secundaria y universitaria (Mojtabai et al., 2015).

El hallazgo presentado en este estudio podría explicarse porque al incluir datos exclusivamente de residentes que recibieron tratamiento, las características educativas observadas pueden estar condicionadas por los procesos de selección y acceso al servicio, así como por las particularidades sociales y clínicas de esta población. Por consiguiente, la mayor frecuencia de escolaridad media superior en el grupo con PD podría reflejar características específicas de los usuarios incluidos y no necesariamente una relación entre la escolaridad y la patología dual. Por lo que, requiere investigación adicional y no puede confirmarse con los datos analizados una posible relación causal ni determinar la dirección de una posible asociación.

En general, se observó que los participantes iniciaron el consumo de sustancias a una edad temprana, alrededor de los 13 años, principalmente con tabaco, alcohol y cannabis, en concordancia con lo reportado en estudios previos (López-Quintero et al., 2011; Pavón-León et al., 2024; Strashny, 2014). Este patrón de consumo se asocia con mayor probabilidad de policonsumo, dependencia y comorbilidad psiquiátrica en etapas posteriores (LaBossier et al., 2022; López-Quintero et al., 2011). Asimismo, el bajo porcentaje de finalización del tratamiento residencial es congruente con estudios que reportan

elevadas tasas de abandono en consumidores de estimulantes, particularmente en aquellos con comorbilidad psiquiátrica (Behle et al., 2022; Reske et al., 2008) aunque en este estudio no se encontraron diferencias significativas entre el grupo de PD y SD.

El hallazgo de que la metanfetamina fuera la principal droga de impacto y, al mismo tiempo, la droga de preferencia entre los residentes sugiere una coincidencia entre la sustancia predominante en sus patrones de consumo y aquella a la que se atribuyen los principales problemas relacionados con el uso de sustancias. Esta convergencia permite enfatizar la relevancia clínica de la metanfetamina en la población estudiada, ya que su predominio no se limita a la preferencia declarada, sino que también se refleja en su identificación como la sustancia de mayor impacto. Este resultado es consistente con la literatura reciente que documenta un aumento sostenido en su consumo en América Latina y otras regiones, asociado a mayor severidad clínica, deterioro cognitivo y riesgo psiquiátrico (UNODC, 2023). La presencia de cocaína y sus derivados como segunda sustancia más utilizada también coincide con estudios previos, aunque su impacto clínico suele diferir en términos de perfil psicopatológico y curso evolutivo (Hall et al., 2018; Tardelli et al., 2023). No obstante, dado el diseño retrospectivo del estudio, este hallazgo debe interpretarse como una característica del patrón de consumo de los residentes y no como evidencia directa de una mayor gravedad clínica o de una relación causal entre la preferencia por la metanfetamina y las consecuencias asociadas a su consumo.

Uno de los hallazgos más relevantes del estudio es la elevada proporción de participantes clasificados con patología dual (68.8%), cifra que debe interpretarse con cautela al compararla con el rango reportado en investigaciones internacionales, donde se estima que entre el 50% y el 75% de las personas con trastornos por uso de sustancias presentan al menos un trastorno mental concomitante (Arunogiri et al., 2018; Choudhary et al., 2025; Torrens et al., 2017). Esta estimación incluye antecedentes diagnósticos no confirmados como activos y, por tanto, no representa una prevalencia de comorbilidad activa confirmada o concomitante al momento del ingreso. Aun así, pone de manifiesto la relevancia de la identificación de antecedentes psiquiátricos en esta población y coincide con la evidencia que señala que la coexistencia de trastornos mentales y trastornos por uso de sustancias constituye un problema clínico frecuente. Además de que sustenta la necesidad de modelos de atención integrados y especializados.

El predominio del trastorno depresivo mayor como diagnóstico comórbido coincide con otros estudios que señalan a los trastornos del estado de ánimo como las comorbilidades más frecuentes en consumidores de otras sustancias (Hunt et al., 2020; Warden et al., 2016). La presencia significativa de TDAH es particularmente relevante, dado que la literatura ha documentado una fuerte asociación entre TDAH y mayor gravedad del trastorno por uso de sustancias y que se asocia particularmente a consumidores de estimulantes (Barbuti et al., 2023; Rohner et al., 2023).

Las diferencias entre los diagnósticos documentados antes del ingreso y los establecidos durante la estancia en la comunidad terapéutica deben interpretarse con cautela. Antes del ingreso, los registros más frecuentes correspondieron a trastornos del estado de ánimo (26.78%), mientras que durante la evaluación institucional predominaron los trastornos del neurodesarrollo (31.75%). Esta variación podría relacionarse con diferencias en las fuentes de información, la disponibilidad de evaluaciones especializadas, la multiplicidad de diagnósticos por persona o los criterios utilizados para registrar los diagnósticos. La literatura sobre jóvenes con trastornos concurrentes destaca que la identificación de estas condiciones puede ser compleja y que los perfiles clínicos son heterogéneos (Köck et al., 2022). Por tanto, los datos disponibles no permiten concluir que determinados trastornos hayan aumentado o disminuido entre ambos momentos, ni que todos los diagnósticos registrados durante la atención institucional fueran necesariamente nuevos. En términos clínicos, los resultados respaldan la necesidad de combinar la revisión de antecedentes con una evaluación psiquiátrica estructurada y de considerar tanto el consumo de sustancias como los posibles trastornos mentales concomitantes en la planificación del tratamiento.

En este estudio se incluyeron a las conductas psicopatológicas, debido a que la presencia de rasgos y conductas que no necesariamente cumplen un criterio diagnóstico pero que caracterizan el perfil de estos usuarios, puede brindar un panorama mucho más específico de su salud mental, entre estas conductas encontramos con mayor porcentaje la presencia de impulsividad, autolesiones y conductas e ideaciones suicidas en el grupo con PD, este hallazgo concuerda con evidencia que indica que la comorbilidad psiquiátrica se asocia con una mayor frecuencia de conductas autolesivas y suicidas en consumidores de sustancias (Adam et al., 2026; Conejero et al., 2019). La impulsividad, en particular, ha sido identificada como un rasgo central tanto en los trastornos por uso de estimulantes como en

diversos trastornos mentales, actuando como un factor transversal de riesgo (Adam et al., 2026; Vassileva & Conrod, 2019).

Finalmente, aunque la frecuencia de los trastornos mentales concomitantes y del consumo de estimulantes observada en este estudio coincide con lo descrito en población adulta, estos hallazgos adquieren una relevancia particular en adolescentes y adultos jóvenes, ya que se presentan en una etapa clave para el desarrollo emocional, cognitivo y social. La presencia simultánea de estas condiciones puede interferir con el desarrollo de habilidades adaptativas, la continuidad educativa, la inserción laboral y las relaciones interpersonales, favoreciendo trayectorias de mayor vulnerabilidad y peores desenlaces en salud mental a lo largo de la vida. En este sentido, los resultados respaldan la necesidad de fortalecer modelos de atención temprana e integrada, adaptados a las necesidades de esta población, que permitan abordar de manera conjunta el trastorno por consumo de estimulantes, los trastornos mentales concomitantes y las conductas psicopatológicas, con el fin de mejorar la adherencia al tratamiento, reducir las recaídas y favorecer un mejor pronóstico.

Limitaciones del estudio

Las principales limitaciones del estudio radican en su diseño transversal retrospectivo, el uso de expedientes clínicos no elaborados con fines de investigación y la inclusión exclusiva de residentes de una comunidad terapéutica, lo que puede limitar la generalización de los hallazgos a otros contextos asistenciales o a la población general con trastorno por consumo de estimulantes. Si bien los expedientes incluían evaluaciones diagnósticas psiquiátricas y psicológicas realizadas por profesionales de la salud mental, la calidad de la información dependió de la completitud y consistencia de los registros clínicos, por lo que no puede descartarse la presencia de sesgos de información o sesgo de memoria, derivado de la posible omisión, imprecisión o inconsistencia de la información consignada en las historias clínicas. Otra limitación importante fue el predominio de población masculina en la muestra, debido a la disponibilidad limitada de expedientes clínicos de mujeres, ya que el programa de atención dirigido a esta población es de implementación reciente y recibe un número reducido de usuarias. Esta situación limita la representatividad de las mujeres y la posibilidad de establecer comparaciones entre sexos. A ello se suma la exclusión de los usuarios que causaron baja temprana del programa, lo que pudo introducir un sesgo de selección al dejar fuera a personas con menor permanencia en el tratamiento y limitar la comprensión de las características asociadas con la retención terapéutica.

Asimismo, la naturaleza observacional y retrospectiva del estudio impide establecer relaciones causales o establecer un seguimiento longitudinal imposibilitando la evaluación de la evolución clínica de los participantes a lo largo del tiempo, los cambios en las comorbilidades psiquiátricas y la persistencia de las conductas psicopatológicas identificadas. La principal limitación diagnóstica fue la heterogeneidad de las fuentes empleadas para clasificar la patología dual. Aunque todos los participantes recibieron evaluación psiquiátrica institucional, 40 de los 86 clasificados con patología dual fueron incluidos a partir de antecedentes diagnósticos previos que no se confirmaron como activos, algunos de ellos autorreportados sin documentación independiente. La falta de confirmación actual no permite establecer si esos trastornos estaban en remisión, habían remitido o correspondían a antecedentes no verificables. Este procedimiento pudo producir errores de clasificación y afectar tanto la frecuencia estimada de patología dual como las comparaciones entre grupos. Por ello, la cifra de 68.8% corresponde a la definición operacional amplia utilizada y no a una prevalencia de comorbilidad psiquiátrica activa confirmada.

FUENTES DE FINANCIAMIENTO

No se recibió ningún financiamiento para la realización de esta investigación.

CONFLICTO DE INTERÉS

Los autores declaran no tener conflictos de interés. Asimismo, declaran que durante la preparación de este documento, utilizaron los servicios de la herramienta de IA ChatGPT (de OpenAI) con la finalidad de mejorar la redacción, claridad y organización de algunas ideas desarrolladas. Después de usar esta herramienta, los autores editaron y revisaron el contenido generado. Los autores asumen plena responsabilidad sobre la versión final del manuscrito.

CONTRIBUCIÓN DE LOS AUTORES

Monserrat Armenta-Reséndiz: conceptualización, investigación, redacción de borrador original, visualización, metodología, análisis formal, revisión, edición, supervisión y coordinación de proyecto.
Betzaida Salas-García: investigación, metodología, análisis formal, visualización, redacción de borrador original, supervisión, revisión y edición.

María del Carmen Gogeascoechea-Trejo: Conceptualización, metodología, visualización, redacción, revisión y edición.
Xóchitl De San Jorge-Cárdenas: Redacción de borrador original, revisión y edición.
Roberto Meyer-Gómez: Conceptualización, recursos, investigación, revisión.

REFERENCIAS

Adam, H. M., Aljadani, A. H., Abouzed, M., Alrasheedy, B. B., & Alarfaj, M. A. (2026). Suicide and psychiatric disorders associated with amphetamine type stimulant use: a systematic review and meta-analysis. *Frontiers in Psychiatry*, *17*, 1654091. https://doi.org/10.3389/fpsyt.2026.1654091

Alfonzo-Bello, L., Szerman, N., Marín-Navarrete, R., Arribas-Ibar, E., Pérez-López, A., Babín, F., & Medina-Mora, M. E. (2017). Ibero-American initiative for dual disorders to improve public treatment programs. *Salud Mental*, *40*(6), 249–255. https://doi.org/10.17711/SM.0185-3325.2017.032

Arunogiri, S., Foulds, J. A., McKetin, R., & Lubman, D. I. (2018). A systematic review of risk factors for methamphetamine-associated psychosis. *The Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, *52*(6), 514–529. https://doi.org/10.1177/0004867417748750

Barbuti, M., Maiello, M., Spera, V., Pallucchini, A., Brancati, G. E., Maremmani, A. G. I., Perugi, G., & Maremmani, I. (2023). Challenges of Treating ADHD with Comorbid Substance Use Disorder: Considerations for the Clinician. *Journal of Clinical Medicine*, *12*(9), 3096. https://doi.org/10.3390/jcm12093096

Bastos Maia, M., Martins, P. M., & Figueiredo-Braga, M. (2025). Outcomes and Challenges of Motivational Interviewing in Dual Diagnosis Treatment-A Systematic Review. *Journal of Dual Diagnosis*, *21*(1), 56–69. https://doi.org/10.1080/15504263.2024.2434218

Behle, N., Kamp, F., Proebstl, L., Hager, L., Riebschläger, M., Schacht-Jablonowsky, M., Hamdorf, W., Neumann, S., Krause, D., Manz, K., Franke, A. G., Koller, G., & Soyka, M. (2022). Treatment outcome, cognitive function, and psychopathology in methamphetamine users compared to other substance users. *World Journal of Psychiatry*, *12*(7), 944–957. https://doi.org/10.5498/wjp.v12.i7.944

Brunton, L. L., Knollmann, B. C., & Hilal-Dandan, R. (Eds.). (2023). Goodman & Gilman: Las bases farmacológicas de la terapéutica (14ª ed.). McGraw-Hill.

Centros de Integración Juvenil. (2024). *Reporte de información epidemiológica del consumo de drogas*. http://www.cij.gob.mx/Programas/Investigacion/Epidemiologica.asp

Chetty, A., Guse, T., & Malema, M. (2023). Integrated vs non-integrated treatment outcomes in dual diagnosis disorders: A systematic review. *Health SA Gesondheid*, *28*, a2094. https://doi.org/10.4102/hsag.v28i0.2094

Choudhary, H., Bagri, S., Thakur, M. R., Balhara, Y. P. S., & Sarkar, S. (2025). A Systematic Review and Meta-Analysis of Dual Diagnosis Patient Profile in the Clinical Setting. *Journal of Dual Diagnosis*, *21*(4), 378–390. https://doi.org/10.1080/15504263.2025.2564419

Clinical Guideline Committee (CGC) Members, ASAM Team, AAAP Team, & IRETA Team. (2024). The ASAM/AAAP clinical practice guideline on the management of stimulant use disorder. *Journal of Addiction Medicine*, *18*(1S Suppl 1), 1–56. https://doi.org/10.1097/ADM.0000000000001299

Comisión Nacional de Salud Mental y Adicciones & Observatorio Interamericano sobre Drogas de la CICAD-OEA. (2024, 26 de junio). Informe sobre la situación de la salud mental y el consumo de sustancias en México 2024. Gobierno de México. https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/923815/INFORME_PAxS_2024.pdf

Conejero, I., Jaussent, I., López, R., Guillaume, S., Olié, E., Hebbache, C., Cohen, R. F., Kahn, J. P., Leboyer, M., Courtet, P., & López-Castroman, J. (2019). Association of symptoms of attention deficit-hyperactivity disorder and impulsive-aggression with severity of suicidal behavior in adult attempters. *Scientific Reports*, *9*(1), 4593. https://doi.org/10.1038/s41598-019-41046-y

Dluzen, D. E., & Liu, B. (2008). Gender differences in methamphetamine use and responses: a review. *Gender Medicine*, *5*(1), 24–35. https://doi.org/10.1016/S1550-8579(08)80005-8

Dong, H., Shen, Y., & Hao, W. (2022). Assessing the mediating role of impulsivity between methamphetamine-induced psychotic disorders and increased gambling severity in methamphetamine-dependent individuals. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, *272*(6), 1109–1117. https://doi.org/10.1007/s00406-021-01320-5

Erickson, J., El-Gabalawy, R., Palitsky, D., Patten, S., Mackenzie, C. S., Stein, M. B., & Sareen, J. (2016). Educational attainment as a protective factor for psychiatric disorders: findings from a nationally representative longitudinal study. *Depression and Anxiety*, *33*(11), 1013–1022. https://doi.org/10.1002/da.22515

Fernández-Cáceres, C., Díaz-Negrete, D. B., Sánchez-Domínguez, R., & Marín-Navarrete, R. (2026). Problemas de salud mental en personas con consumo de metanfetaminas: Estudio piloto. *Investigación y Avances en Psicología*, *1*(1), 79–108. https://doi.org/10.36105/psic_anah.2026v1n1.05

Gómez-Benumea, R.A. (2017). Diagnóstico dual: un cambio de paradigma en el tratamiento de las adicciones. *Revista Mexicana de Investigación Médica*, *5* (9). https://doi.org/10.29057/mjmr.v5i9.2787

Guerin, A. A., Bridson, T., Plapp, H. M., & Bedi, G. (2023). A systematic review and meta-analysis of health, functional, and cognitive outcomes in young people who use methamphetamine. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, *153*, 105380. https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2023.105380

Hançer Tok, H., & Tokur Kesgin, M. (2024). Reasons for using methamphetamine: Systematic review. *Archives of Psychiatric Nursing*, *52*, 147–154. https://doi.org/10.1016/j.apnu.2024.07.007

Hall, M. G., Hauson, A. O., Wollman, S. C., Allen, K. E., Connors, E. J., Stern, M. J., Kimmel, C. L., Stephan, R. A., Sarkissians, S., Barlet, B. D., & Grant, I. (2018). Neuropsychological comparisons of cocaine versus methamphetamine users: A research synthesis and meta-analysis. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, *44*(3), 277–293. https://doi.org/10.1080/00952990.2017.1355919

Hunt, G. E., Malhi, G. S., Lai, H. M. X., & Cleary, M. (2020). Prevalence of comorbid substance use in major depressive disorder in community and clinical settings, 1990-2019: Systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, *266*, 288–304. https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.01.141

Jones, C. M., Compton, W. M., & Mustaquim, D. (2020). Patterns and

characteristics of methamphetamine use among adults—United States, 2015–2018. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, *69*(12), 317–323. https://doi.org/10.15585/mmwr.mm6912a1

Keshavan, M. S., Giedd, J., Lau, J. Y., Lewis, D. A., & Paus, T. (2014). Changes in the adolescent brain and the pathophysiology of psychotic disorders. *The Lancet Psychiatry*, *1*(7), 549–558. https://doi.org/10.1016/S2215-0366(14)00081-9

Kessler, L., Hopkins, A., Bahrke, J., & Kunstman, K. (2023). An Overview of Adolescent Psychostimulant Use. *Pediatric Annals*, *52*(5), e170–e177. https://doi.org/10.3928/19382359-20230307-05

Köck, P., Meyer, M., Elsner, J., Dürsteler, K. M., Vogel, M., & Walter, M. (2022). Co-occurring Mental Disorders in Transitional Aged Youth With Substance Use Disorders – A Narrative Review. *Frontiers in Psychiatry*, *13*, 827658. https://doi.org/10.3389/fpsyt.2022.827658

Koller, D., Mitjans, M., Kouakou, M., Friligkou, E., Cabrera-Mendoza, B., Deak, J. D., Llonga, N., Pathak, G. A., Stiltner, B., Løkhammer, S., Levey, D. F., Zhou, H., Hatoum, A. S., Kember, R. L., Kranzler, H. R., Stein, M. B., Corominas, R., Demontis, D., Soler Artigas, M, Ramos-Quiroga, J.A., Gelernter, J., Ribases, M., Cormand, B. & Polimanti, R. (2024). Genetic contribution to the comorbidity between attention-deficit/hyperactivity disorder and substance use disorders. *Psychiatry Research*, *333*, Article 115758. https://doi.org/10.1016/j.psychres.2024.115758

LaBossier, N. J., & Hadland, S. E. (2022). Stimulant misuse among youth. *Current Problems in Pediatric and Adolescent Health Care*, *52*(9), 101265. https://doi.org/10.1016/j.cppeds.2022.101265

Lenroot, R. K., & Giedd, J. N. (2006). Brain development in children and adolescents: Insights from anatomical magnetic resonance imaging. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, *30*(6), 718–729. https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2006.06.001

López-Quintero, C., Pérez de los Cobos, J., Hasin, D. S., Okuda, M., Wang, S., Grant, B. F., & Blanco, C. (2011). Probability and predictors of transition from first use to dependence on nicotine, alcohol, cannabis, and cocaine: Results of the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions (NESARC). *Drug and Alcohol Dependence*, *115*(1–2), 120–130. https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2010.11.004

Marín-Navarrete, R., Fernández-Cáceres, C., Madrigal de León, E., Sánchez-Huesca, R., Díaz-Negrete, B., Rodríguez-Kuri, S., Sánchez-Domínguez, R., Pérez-López, A., Hernández-Álvarez, D., & Szerman, N. (2021). Characterization of dual disorders in addiction treatment-seekers at mexican outpatient centers. *Actas Españolas de Psiquiatría*, *49*(1), 1–10.

Mojtabai, R., Stuart, E. A., Hwang, I., Eaton, W. W., Sampson, N., & Kessler, R. C. (2015). Long-term effects of mental disorders on educational attainment in the National Comorbidity Survey ten-year follow-up. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, *50*(10), 1577–1591. https://doi.org/10.1007/s00127-015-1083-5

Pavón-León, P., Armenta-Arellano, S., Salas García, B., De San Jorge Cárdenas, X., Gutiérrez-Alba, G., & Muñoz Hernández, J. A. (2024). Consumo de metanfetaminas en estudiantes universitarios: Prevalencia y factores asociados. *Revista Internacional de Investigación en Adicciones*, *10*(2). https://doi.org/10.28931/riiad.2024.2.07

Reske, M., & Paulus, M. P. (2008). Predicting treatment outcome in stimulant dependence. *Annals of the New York Academy of Sciences*, *1141*, 270–283. https://doi.org/10.1196/annals.1441.011

Rohner, H., Gaspar, N., Philipsen, A., & Schulze, M. (2023). Prevalence of Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) among Substance Use Disorder (SUD) Populations: Meta-Analysis. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, *20*(2), 1275. https://doi.org/10.3390/ijerph20021275

Santo, T., Jr, Gisev, N., Campbell, G., Colledge-Frisby, S., Wilson, J., Tran, L. T., Lynch, M., Martino-Burke, D., Taylor, S., & Degenhardt, L. (2024). Prevalence of comorbid substance use disorders among people with opioid use disorder: A systematic review & meta-analysis. *The International Journal on Drug Policy*, *128*, 104434. https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2024.104434

Strashny, A. (2014). Age of Substance Use Initiation Among Treatment Admissions Aged 18 to 30. In The CBHSQ Report. (pp. 1–9). Substance Abuse and Mental Health Services Administration (US).

Tardelli, V. S., Berro, L. F., Gerra, G., Tadonio, L., Bisaga, A., & Fidalgo, T. M. (2023). Prescription psychostimulants for cocaine use disorder: A review from molecular basis to clinical approach. *Addiction Biology*, *28*(4), e13271. https://doi.org/10.1111/adb.13271

Torrens, M., Mestre-Pintó, J. I., Montanari, L., Vicente, J., & Domingo-Salvany, A. (2017). Dual diagnosis: an European perspective. Patología dual: una perspectiva europea. Adicciones, 29(1), 3–5. https://doi.org/10.20882/adicciones.933

Tubman, J. G., Oshri, A., Duprey, E. B., & Sutton, T. E. (2021). Childhood maltreatment, psychiatric symptoms, and suicidal thoughts among adolescents receiving substance use treatment services. *Journal of Adolescence*, *89*, 18–27. https://doi.org/10.1016/j.adolescence.2021.03.002

United Nations Office on Drugs and Crime. (2023). World Drug Report 2023: Developments and emerging trends in selected drug markets. https://www.unodc.org/unodc/en/data-and-analysis/world-drug-report-2023.html

United Nations Office on Drugs and Crime. (2025). World Drug Report 2025. https://www.unodc.org/unodc/en/data-and-analysis/world-drug-report-2025.html

Vassileva, J., & Conrod, P. J. (2019). Impulsivities and addictions: a multidimensional integrative framework informing assessment and interventions for substance use disorders. Philosophical Transactions of the Royal Society of London. *Series B, Biological Sciences*, *374*(1766), 20180137. https://doi.org/10.1098/rstb.2018.0137

Warden, D., Sanchez, K., Greer, T., Carmody, T., Walker, R., De la Cruz, A., Toups, M., Rethorst, C., & Trivedi, M. H. (2016). Demographic and clinical characteristics of current comorbid psychiatric disorders in a randomized clinical trial for adults with stimulant use disorders. *Psychiatry Research*, *246*, 136–141. https://doi.org/10.1016/j.psychres.2016.09.007