
**TRASTORNOS DE AJUSTE PSICOSOCIAL ENTRE
USUARIOS DE DROGAS QUE INICIAN TRATAMIENTO
EN CENTROS DE INTEGRACIÓN JUVENIL**

Abelardo Guerrero Huesca
Raúl García Aurrecoechea
David Bruno Díaz Negrete
Mario Carlos Balanzario Lorenzana

*Centros de Integración Juvenil
Dirección de Prevención
Subdirección de Investigación
México, 2000*

Informe de Investigación 99-15

DIRECTORIO

PRESIDENTE DEL PATRONATO NACIONAL

Dr. Jesús Kumate

PRESIDENTE VITALICIO

Lic. José Gómez Gordo

PRESIDENTA DE LA COMISIÓN DE VIGILANCIA

Sra. Kena Moreno

DIRECCIÓN GENERAL

Lic Jesús A. Cabrera Solís

DIRECCIÓN DE PREVENCIÓN

Psic. Raúl Zapata Aguilar

Citación: Guerrero Huesca, J.A., García Aurrecoechea, V.R., Díaz Negrete D.B., Balanzario Lorenzana M.C. *Trastornos de Ajuste Psicosocial entre Usuarios de Drogas que Inician Tratamiento en Centros de Integración Juvenil*, Centros de Integración Juvenil, Dirección de Prevención, Subdirección de Investigación, **Informe de Investigación 99-15**, México, 2000.

CONTENIDOS

INTRODUCCIÓN	5
Metodología	6
OBJETIVO	
DISEÑO	
POBLACIÓN Y MUESTRA	
LEVANTAMIENTO DE INFORMACIÓN E INSTRUMENTO	
PRINCIPALES HALLAZGOS	9
USO DE DROGAS ...	9
AJUSTE PSICOSOCIAL	11
ÍNDICE DE SEVERIDAD GLOBAL .	
ÍNDICES DE SEVERIDAD POR ÁREA	
ÍNDICES DE SEVERIDAD RELATIVA.	
COMPARACIÓN CON OTROS ESTUDIOS	14
OBSERVACIONES FINALES	16
REFERENCIAS	18

Resumen

Es un estudio orientado a evaluar a mediano plazo los resultados e impacto del programa de tratamiento en Centros de Integración Juvenil, A.C., a través de un diseño longitudinal que evaluó una muestra de usuarios de drogas que concluyeron la fase diagnóstica y que iniciaron tratamiento en las modalidades de psicoterapia individual o familiar (n=617). Los resultados representan la línea base sobre la severidad de los trastornos de ajuste psicosocial en 10 áreas de la vida cotidiana (v. ajustada del DUSI-R) y el patrón de consumo de drogas en los últimos 12 meses, los cuales mostraron elevados índices de desajuste psicosocial en las áreas de: vinculación con redes sociales, uso del tiempo libre, conducta (antisocial), estado afectivo y otros síntomas psicopatológicos, así como de consumo de drogas.

INTRODUCCIÓN

El presente informe constituye el primero de los correspondientes al estudio longitudinal, actualmente en desarrollo, para evaluar el resultado e impacto del Programa de Atención Curativa de Centros de Integración Juvenil (CIJ). Comprende los resultados de una primera aplicación de la cédula diseñada para esta evaluación, consistente en una adaptación del *Drug Use Screening Inventory* versión revisada (DUSI-R).

Realizado con usuarios de drogas que concluyeron la fase de diagnóstico e iniciaron tratamiento en las modalidades de psicoterapia individual o familiar, este primer levantamiento de información constituirá la línea base para la evaluación de resultados e impacto. De acuerdo con lo programado, esta evaluación consistirá en la valoración del uso de sustancias y de trastornos de ajuste psicosocial al inicio y término del tratamiento, así como en tres sesiones de seguimiento. Los factores estudiados comprenden trastornos de conducta, estado de salud, trastornos afectivos y otros síntomas psicopatológicos, competencia social, relaciones familiares, desempeño escolar y/o laboral, pertenencia a redes sociales disfuncionales, uso del tiempo libre y prevalencia e intensidad del consumo de drogas.

METODOLOGÍA

OBJETIVO

Evaluar la severidad de los trastornos de ajuste psicosocial y la prevalencia del uso de sustancias psicoactivas entre usuarios de drogas que inician tratamiento, a fin de contar con información base para la evaluación de los servicios de tratamiento de CIJ.

DISEÑO

El estudio se sustenta en un diseño longitudinal y prospectivo que supone el levantamiento de información con la misma muestra de sujetos hasta en cinco ocasiones, con el fin de evaluar los cambios atribuibles al tratamiento. Como se ha señalado, el presente informe comprende los resultados obtenidos en la aplicación *ex post facto* de cédulas con pacientes usuarios de drogas que iniciaron tratamiento.

POBLACIÓN Y MUESTRA

La población de estudio está integrada por usuarios de drogas que, una vez concluida la fase diagnóstica, ingresaron a tratamiento en las modalidades de psicoterapia individual o familiar. Inicialmente se captaron 918 casos, de los que se seleccionaron 617 que cumplieron con los requisitos de confiabilidad del DUSI-R.

Los casos del género masculino representaron el 87% de la muestra, contra 13% de mujeres. La edad promedio fue de 21.5 años, en tanto que los menores de 25 años comprendieron el 71.3% de los casos.

El 73.4% era soltero, mientras que 23.5% estaba casado o vivía en unión libre. El 21.1% contaba con estudios de educación básica, 47.7% cursaba o había cursado algún grado de instrucción secundaria, 21.5% cursaba o había cursado estudios de enseñanza media superior, 4.3%, capacitación técnica y 4.2% estudios superiores.

Más de la mitad de los casos (52.6%) manifestó contar con un empleo remunerado, 45.7% refirió tener como única ocupación alguna actividad laboral, mientras que 6.9% estudiaba y trabajaba. El 19.0% declaró dedicarse sólo al estudio y 24.6%, carecer de ocupación. Finalmente, 3.8% se ocupaba en labores del hogar.

LEVANTAMIENTO DE INFORMACIÓN E INSTRUMENTO

Entre noviembre de 1998 y septiembre de 1999, el personal médico-técnico de CIJ participante en tratamiento (psicólogos, médicos psiquiatras o generales y trabajadores sociales) aplicó, mediante entrevista estructurada, la cédula basada en el *Drug Use Screening Inventory* versión revisada (DUSI-R), con la muestra de pacientes que concluyeron la valoración diagnóstica e iniciaban tratamiento individual o familiar.¹

La versión del DUSI-R utilizada constituye un inventario multidimensional que permite evaluar el consumo de drogas y el funcionamiento psicosocial del sujeto en los 12 meses previos al inicio del tratamiento. Está conformada por dos secciones: la primera evalúa, a través de la estimación de índices de severidad, el nivel de ajuste psicosocial en diez áreas de la vida de relación; la segunda, explora la prevalencia del consumo de drogas.

La primera sección tiene por objeto identificar la presencia de alteraciones de ajuste psicosocial, permitiendo explorar factores asociados al consumo de drogas. Las áreas que se estudian son: **conducta** (trastornos de comportamiento con pautas más o menos permanentes), **estado de salud** (prevalencia de problemas de salud, accidentes y lesiones), **estado afectivo y otros síntomas psicopatológicos** (ansiedad y depresión, así como rasgos neuróticos, psicóticos y psicopáticos), **competencia social** (dificultades para la interacción social), **relaciones familiares** (conflicto familiar y antecedentes familiares de consumo de drogas y problemas legales),

¹ Otros servicios de tratamiento ofrecidos al paciente o a sus familiares comprendieron: farmacoterapia, terapia familiar múltiple e intervención en red.

desempeño escolar (bajo rendimiento y adherencia escolares), **desempeño laboral** (poca permanencia, capacidad y motivación por el trabajo y conflictos laborales relacionados con el abuso de sustancias), **pertenencia a redes sociales disfuncionales** (vínculo con personas con actitudes y conductas antisociales, problemas con la autoridad o que participen en la venta y uso de drogas), **uso del tiempo libre** (inadecuada utilización del tiempo libre actividades, con quién se comparten, tutoría de personas adultas, consumo de drogas con fines recreativos) e **intensidad del uso de drogas** (síntomas de dependencia y tolerancia y trastornos ocasionados por el uso de sustancias, incluyendo el de bebidas alcohólicas).²

El inventario incluye además una escala de verdad-falsedad integrada por 10 reactivos, distribuidos al final de cada una de las anteriores áreas.

La segunda parte evalúa el consumo de sustancias psicoactivas, incluyendo: uso alguna vez en la vida, en los últimos 12 meses, en los últimos 30 días y edad de inicio por sustancia, así como la droga de mayor impacto y la sustancia de preferencia.

Con base en los datos de la primera sección se calculan un índice de severidad global (**ISG**) que evalúa el desempeño psicosocial general del sujeto, índices de severidad por área (**ISA**) que describen la gravedad de los trastornos en cada una de las áreas estudiadas, y un índice de severidad relativa (**ISR**) que denota el peso relativo de los problemas detectados en cada una de las áreas en relación con el índice de severidad global, permitiendo identificar comparativamente las áreas que presentan mayores alteraciones.³

² R. Tarter, autor del DUSI, seleccionó estos factores con base en los siguientes criterios: *a*) que estuviesen relacionados con el inicio del abuso de sustancias o contribuyeran a su sostenimiento y *b*) que las alteraciones identificadas fuesen susceptibles de tratamiento psicoterapéutico.

³ Los índices global y por área se estimaron sumando el total de respuestas afirmativas (indicativas de factores de desajuste) y dividiéndolas entre el total de preguntas y multiplicándolas por diez.

En el presente informe los anteriores índices de severidad se consignan en escala de cero (ausencia de trastorno) a diez (máxima severidad). A partir de ello se agrupó a la muestra con base en la siguiente clasificación de severidad: baja (**IS** de 0.1 a 2.5), moderada (**IS** de 2.6 a 5.0), alta (**IS** de 5.1 a 7.5) y muy alta (**IS** de 7.6 a 10), sin que ello implique una evaluación o clasificación clínica de los trastornos identificados.

Cabe señalar que el DUSI ha sido validado y utilizado con diversas poblaciones y en distintos países (México, Estados Unidos, Chile, Colombia y Costa Rica). Los resultados han mostrado que se trata de un instrumento confiable y válido para el estudio de factores psicosociales, sensible para diferenciar a usuarios de sustancias psicoactivas y jóvenes con alteraciones psicosociales.

En el caso presente, la escala global del DUSI-R para la evaluación psicosocial resulta altamente consistente (*alpha* de Cronbach=0.9271). Las escalas de desempeño escolar, uso de drogas y estado emocional y otros síntomas psicopatológicos registraron elevados índices de confiabilidad (0.9585, 0.8634 y 0.8029, respectivamente); las de desempeño laboral, competencia social, uso del tiempo libre y conducta, índices aceptables (>0.7) y las de redes sociales, relaciones familiares y estado de salud, ligeramente por abajo de lo habitualmente aceptado (0.6916, 0.6271 y 0.5678, respectivamente).

PRINCIPALES HALLAZGOS

USO DE DROGAS

El alcohol y el tabaco son las sustancias cuyo uso fue referido con mayor frecuencia en cualquiera de las categorías de prevalencia (alguna vez en la vida, 12 meses y 30 días). En cuanto a las sustancias de curso ilegal, destaca el uso de cocaína y marihuana, seguido en menor proporción por el de solventes inhalables y el de depresores con utilidad médica fuera de prescripción. Sin embargo, cabe destacar también las altas tasas detectadas en el consumo de *crack*, com-

puestos anfetamínicos (anfetaminas, metanfetamina y MDMA o *éxtasis*) y alucinógenos.

Tabla 1. Prevalencia (%) del uso de drogas (n=617)

Sustancia	Alguna vez	12 meses	30 días
Alcohol	87.0	78.6	53.9
Tabaco	82.3	75.7	65.5
Cocaína (clorhidrato)	75.0	65.5	28.7
Cannabis	70.0	54.8	27.6
Solventes inhalables	45.9	29.2	10.9
Depresores con utilidad médica	33.5	21.4	6.2
Crack	19.9	14.0	4.4
Anfetaminas	15.9	8.6	1.8
Alucinógenos	15.6	5.6	0.3
Metanfetamina	9.4	4.1	1.3
Heroína/otros opiáceos	6.2	3.3	0.7
Éxtasis	6.0	3.6	0.8
Otras sustancias	5.0	2.1	0.5

Una alta proporción de los casos reportó preferencia por el uso de cocaína, sustancia que también fue señalada como droga de mayor impacto⁴ por un porcentaje ligeramente más alto. En contraste, si bien la marihuana ocupó el segundo lugar en la preferencia de los usuarios, una proporción considerablemente menor la reportó como sustancia de mayor

⁴ Droga de mayor impacto es aquella que el paciente identifica como la que le ha producido los efectos más negativos en las áreas de salud, familiar, escolar, laboral o social.

impacto, mientras que los solventes inhalables presentan una menor tasa de preferencia, no obstante que un porcentaje relativamente alto de los casos los identificó como las sustancias que les habían provocado un mayor daño.

Tabla 2. Sustancias de preferencia y mayor impacto (n=617)

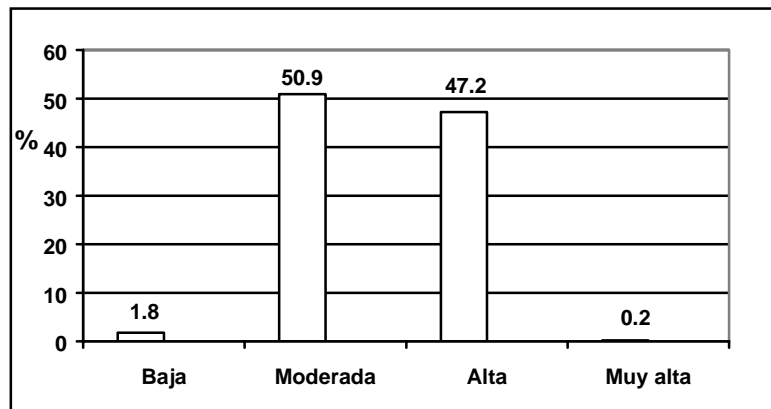
Sustancia	Preferencia %	Mayor impacto %
Alcohol	9.1	10.9
Tabaco	8.5	1.4
Cocaína (clorhidrato)	36.1	38.0
Cannabis	27.5	13.6
Solventes inhalables	10.1	19.4
Depresores con utilidad médica	1.8	3.6
Crack	2.5	3.1
Anfetaminas	0.9	1.8
Alucinógenos	0.7	0.7
Metanfetamina	1.1	2.2
Otras sustancias	1.6	5.3

Ajuste Psicosocial

Índice de severidad global

Los trastornos de ajuste psicosocial identificados mostraron un índice de severidad global **ISG de 4.9 puntos** que de acuerdo con los criterios establecidos para este estudio denota la existencia de alteraciones de moderada severidad. De hecho, poco más de la mitad de los casos registró trastornos de moderada severidad, si bien una proporción similar presentó trastornos altamente severos.

Gráfica 1. Trastornos de ajuste psicosocial entre usuarios de drogas que inician tratamiento en CIJ, índice de severidad global (n=617)



Índices de severidad por área

Los trastornos detectados en las áreas de vinculación con redes sociales disfuncionales, uso del tiempo libre, conducta, estado afectivo y otros síntomas psicopatológicos, así como consumo de drogas calificaron con índices de alta severidad (**IS** de 5.1 a 7.5 puntos). Los trastornos en las áreas de relaciones familiares, competencia social, estado de salud y desempeño laboral registraron índices moderados (**IS** de 2.6 a 5.0 puntos), en tanto que en el área de desempeño escolar se detectó un bajo índice de severidad (**IS**<2.5 puntos). (véase Tabla 3)

Índices de severidad relativa

El índice de severidad relativa (**ISR**) permite determinar la contribución de los problemas detectados en cada una de las áreas al índice de severidad global. En este sentido, los trastornos del comportamiento presentan un mayor peso relativo (**ISR=16.5%**), seguidos por los trastornos del estado afectivo y otros síntomas psicopatológicos (**15.3%**), la pertenencia a redes sociales disfuncionales (**12.3%**) y el uso de drogas (**10.9%**). En conjunto, estas cuatro áreas contribuyen en un 55.0% a la severidad global detectada. (véase Gráfica 2)

Tabla 3. Índices de severidad de trastornos de ajuste psicosocial por área (n= 617)

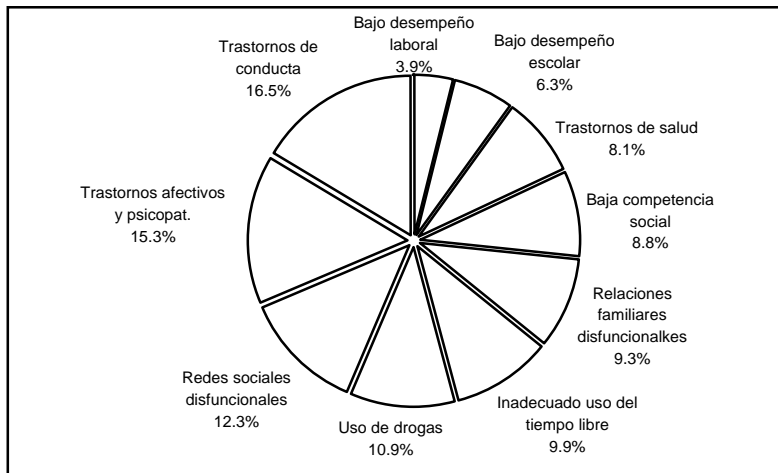
Área	ISA	Proporción de casos con ISA (%)				
		Sin trast.	Bajo	Moderado	Alto	Muy alto
Trast. desempeño escolar ¹	2.4	54.5	6.2	16.9	17.8	4.7
Trast. desempeño laboral ²	2.9	23.8	24.0	35.5	11.8	4.9
Trast. de salud	4.4	0.6	13.9	56.4	25.9	3.1
Baja competencia social	4.8	1.0	13.8	45.4	29.3	10.5

Relaciones fam. disfuncionales	5.0	0.5	6.6	50.2	34.0	8.6
Uso de sustancias (incluye alcohol)	5.5	3.4	10.9	26.1	36.8	22.9
Trast. afectivos y síntomas psicopat.	5.8	0.8	7.1	28.4	48.8	14.9
Trast. de conducta	6.2	0.3	2.8	24.3	54.0	18.6
Uso inadecuado del tiempo libre	6.2	1.1	4.7	26.9	46.4	20.9
Pertenencia a redes soc. disfuncionales	6.6	0.6	2.3	20.7	38.4	37.9

¹ n=157 casos que reportaron estudiar o haber estudiado en los 12 meses previos.

² n=319 casos que reportaron trabajar o haber trabajado en los 12 meses previos.

Gráfica 2. Severidad relativa de trastornos de ajuste psicossocial identificados entre usuarios de drogas que inician tratamiento en CIJ (n=617)



Comparación con otros estudios

La comparación de los anteriores resultados con los obtenidos en otros estudios realizados en CIJ (1999a y 1999b) arroja, de primera instancia, diferencias notorias.⁵

Así, según puede observarse en la Tabla 4, los trastornos de ajuste detectados entre estudiantes de educación media básica que nunca habían hecho uso de drogas ilícitas, muestran un índice de severidad global **ISG** menor que el detectado entre usuarios de drogas, ya se trate de estudiantes de secundaria que reportaron el uso de drogas ilícitas alguna vez en la vida o de pacientes con alta o de nuevo ingreso a tratamiento, siendo estos últimos quienes, según cabía esperar, presentan el índice más alto. Una situación semejante puede observarse también en el caso de los índices detectados en lo referente a la intensidad del consumo de sustancias.

Destaca igualmente la existencia en el desempeño laboral de trastornos con un índice de severidad similar en usuarios de drogas que inician tratamiento y quienes lo habían concluido con alta parcial.

Por último, en las áreas restantes (salvo la de desempeño escolar, donde los casos de la presente muestra tienen un índice similar al de estudiantes no usuarios de sustancias), la severidad de los trastornos detectados entre usuarios que inician tratamiento es invariablemente más alta que la de los otros grupos, en tanto que los índices de severidad detectados entre estudiantes usuarios de drogas y pacientes con alta parcial muestran un similar nivel en las áreas de competencia social, desempeño escolar y uso del tiempo libre.

Tabla 4. Índices de severidad entre estudiantes de educación media básica y usuarios de drogas en tratamiento en CIJ.

⁵ El lector debe considerar que esta comparación no ha sido hecha de acuerdo con los procedimientos de control estadístico necesarios, por lo que tiene un carácter meramente indicativo.

Área	Estu- dian- tes no usua- rios de drogas	Estu- dian- tes usua- rios de drogas	Pacien- tes con alta de trata- miento	Pacien- tes de nuevo ingre- so a trata- miento
Índice global	2.9	4.2	3.8	4.9
Trast. desempeño laboral	ND	ND	2.9	2.9
Trastornos de salud	ND	ND	3.2	4.4
Uso de drogas	0.4	1.6	3.3	5.5
Rel. fam. disfuncionales	3.9	4.3	3.5	5.0
Baja competencia social	2.9	3.7	3.7	4.8
Trast. afectivos y psicopat.	3.6	4.9	3.9	5.8
Trast. desempeño escolar	2.4	3.9	4.0	2.4
Trastornos de conducta	4.2	5.8	4.2	6.2
Uso inadecuado tiempo libre	3.0	4.4	4.8	6.2
Pertenencia a redes so- ciales disfuncionales	2.5	4.6	5.6	6.6

Los datos correspondientes a estudiantes de educación secundaria fueron obtenidos *ex post facto* con una muestra no probabilística de 4,324 estudiantes, encuestados en 1997. Los datos de pacientes con alta de tratamiento se obtuvieron *ex post facto* con una muestra no probabilística de 124 casos, entrevistados en 1998.

ND Información no disponible.

OBSERVACIONES FINALES

Los hallazgos obtenidos en el presente estudio en materia de uso de sustancias reflejan con claridad el incremento de la accesibilidad y la utilización de drogas como la cocaína y los compuestos anfetamínicos de manufactura y distribución ilícita (metanfetamina, MDMA), así como la disminución del uso, preferencia e impacto de la marihuana y los solventes inhalables. En este sentido, resultan congruentes con las tendencias observadas en distintos contextos y poblaciones (CIJ, 1999c, SSa-CONADIC, 1999), dando cuenta de la necesidad de desarrollar alternativas de atención terapéutica

más eficaces ante la existencia de problemas de curso cada vez más complejo e implicaciones clínicas más severas.

Por otro lado, de acuerdo con los hallazgos referentes a la evaluación de trastornos de ajuste psicosocial, al inicio del tratamiento los casos atendidos suelen interactuar con personas proclives a adoptar actitudes y conductas antisociales y a participar en la venta y consumo de drogas. Así mismo, tienden a hacer un uso inadecuado del tiempo libre y presentan signos severos de impulsividad y agresividad, así como trastornos de ansiedad o depresión igualmente intensos, amén de otros síntomas o rasgos psicopatológicos. Finalmente, acusan síntomas severos de dependencia y tolerancia a sustancias.

No obstante que en las anteriores áreas de ajuste se identificaron trastornos de alta severidad, en otras áreas se detectan también índices moderados. En este nivel, se observa, en primer sitio, la existencia de pautas familiares disfuncionales (conflicto familiar, consumo de sustancias y antecedentes legales entre los miembros de la familia) y de diversas dificultades para la interacción interpersonal (timidez, baja asertividad e inseguridad en sí mismo). Se identifica igualmente la prevalencia de trastornos de salud que podrían requerir atención clínica y en los casos que refirieron trabajar en los 12 meses previos al tratamiento dificultades para la conservación del empleo, baja motivación por el trabajo y conflictos laborales relacionados con el consumo de drogas.

Finalmente, en los casos que estudiaban o habían estudiado en los meses previos al tratamiento, el desempeño escolar (rendimiento, actitud hacia el estudio, asistencia y comportamiento en la escuela) constituye el área más conservada, con un nivel de ajuste indicativo de la probable existencia de factores de adherencia escolar que pueden ejercer un efecto protector contra el uso de drogas, aun cuando se presenten alteraciones graves en otras áreas.

Estos hallazgos llevan a insistir en la necesidad de que la planeación y desarrollo del tratamiento contemplen la aplicación de estrategias específicas para lograr la supresión del uso de sustancias, tales como las estrategias cognitivo-

conductuales dirigidas a promover el desarrollo de habilidades para el afrontamiento de factores y circunstancias asociados con el consumo y síntomas de abstinencia.

Así mismo, conviene incorporar al tratamiento componentes especialmente dirigidos a promover la reestructuración de las redes sociales en que se mueve el usuario de drogas y la adecuada utilización del tiempo libre (en particular, en la fase terminal del tratamiento y a través, por ejemplo, de programas tutoriados de rehabilitación), así como a desarrollar habilidades para el control de impulsos, el manejo de afectos y la modificación de actitudes y conductas antisociales.

Por el contrario, la adherencia escolar puede ser considerada como un factor de oportunidad para la conducción del tratamiento.

Con base en la comparación realizada con estudios anteriores, podría formularse la hipótesis de que el tratamiento tiene como efecto, no sólo la reducción del consumo de sustancias, sino también la de la severidad de diversos trastornos de ajuste psicosocial que aquejan a los pacientes cuando ingresan a tratamiento, llegando a situarse en un nivel similar al registrado entre estudiantes de educación secundaria que han hecho uso de drogas ilícitas.

De cualquier modo, esta hipótesis requeriría ser corroborada cuando se cuente con la información correspondiente al alta de tratamiento de los casos en seguimiento, lo cual brindará también la oportunidad de ponderar la eficacia relativa del tratamiento en los distintos ámbitos de ajuste psicosocial, así como la permanencia de los cambios logrados. En este sentido, no obstante contribuir al conocimiento del uso de sustancias y de sus consecuencias, los resultados del presente estudio tienen sólo un carácter descriptivo y preliminar que tendrá que ser enriquecido con la inclusión y análisis de información longitudinal adicional.

REFERENCIAS

- Centros de Integración Juvenil, Subdirección de Investigación (1999a). *Ajuste psicosocial y consumo de drogas. Informe de investigación 97-27*, México, 1999.
- Centros de Integración Juvenil, Subdirección de Investigación (1999b). *Elementos para la evaluación de resultados del programa de Atención Curativa. Informe de investigación 98-14*, México, 1999.
- Centros de Integración Juvenil, Subdirección de Investigación (1999c). *Tendencias del consumo de drogas ilícitas en pacientes de primer ingreso a tratamiento en Centros de Integración Juvenil entre 1990 y 1998. Informe de investigación 99-11*, México, 1999.
- Centros de Integración Juvenil, Subdirección de Investigación (1999d). *Evaluación del impacto del proyecto Orientación Preventiva Adolescentes. Informe de investigación 99-18*, en preparación.
- Díaz, A., y L. Sandí (1996). *Validación del "Drug Use Screening Inventory" (DUSI) en la población adolescente de Costa Rica. Adicciones 8(3): 277-287.*
- Kellam, S.G. (1994). *Testing theory through developmental epidemiologically based prevention research. National Institute on Drug Abuse Research Monograph 139: 37-57.*
- Kirisci, L, R. Tarter y T.C. Hsu (1994). *Fitting a two-parameter logist item response model to clarify the psychometric properties of the Drug Use Screening Inventory on adolescent alcohol and drug abusers. Alcoholism: Clinical and Experimental Research 18(6): 1335-1341.*
- Kirisci, L, A. Mezzich y R. Tarter (1995). *Norms and sensitivity of the adolescent version of the Drug Use Screening Inventory. Addictive Behaviors 20(2): 149-157.*
- Secretaría de Salud-Consejo Nacional contra las Adicciones (1999). *El consumo de drogas en México*. México, 1999.
- Tarter, R. (1990). *Evaluation and treatment of adolescent substance: A decision tree method. American Journal of Drug and Alcohol Abuse 16(1-2): 1-46.*
- Tarter, R. (1995). *Genetics and primary prevention of drug and alcohol abuse. International Journal of Addictions 30(11): 1479-1484.*

Tarter, R., y M. Vanyukov (1994). *Stepwise developmental model of alcoholism etiology*. **National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism Research Monograph 26**: 303-330.