
**TRASTORNOS DE AJUSTE PSICOSOCIAL ENTRE
USUARIOS DE DROGAS QUE CONCLUYERON
TRATAMIENTO EN CIJ
COMPARACIÓN ENTRE INGRESO Y EGRESO DE TRATA-
MIENTO**

José. Abelardo Guerrero Huesca
María. del Socorro Romero Hernández
David Bruno Diaz Negrete
Mario Carlos Balanzario Lorenzana

Centros de Integración Juvenil
Subdirección de Investigación

Informe de Investigación 00-10

DIRECTORIO

PRESIDENTE DEL PATRONATO NACIONAL

Dr. Jesús Kumate Rodríguez

PRESIDENTE VITALICIO

Lic. José Gómez Gordo

VICEPRESIDENTE

Lic. Ernesto Enríquez Rubio

PRESIDENTA DE LA COMISIÓN DE VIGILANCIA

Sra. Kena Moreno

DIRECCIÓN GENERAL

Dr. Víctor Manuel Guisa Cruz

DIRECTOR GENERAL ADJUNTO DE NORMATIVIDAD

Dr. Lino Díaz-Barriga Salgado

DIRECTORA GENERAL ADJUNTA DE OPERACIÓN Y PATRONATOS

Psic. Carmen Fernández Cáceres

DIRECTORA GENERAL ADJUNTA DE ADMINISTRACIÓN

C.P. Edith Escudero Coria

Citación: Guerrero Huesca, J. A., Romero Hernández, M. S., Díaz Negrete, D.B., Balanzario Lorenzana, M.C. *Trastornos de Ajuste Psicosocial entre Usuarios de Drogas que Concluyeron Tratamiento en Centros de Integración Juvenil*. Centros de Integración Juvenil, Dirección de Investigación y Enseñanza, Subdirección de Investigación, **Informe de Investigación 00-10**. México, 2001.

CONTENIDOS

INTRODUCCIÓN	4
METODOLOGÍA	5
DISEÑO	
MUESTRA	
INSTRUMENTO	
PRINCIPALES HALLAZGOS.....	7
CONSUMO DE SUSTANCIAS.....	7
Ajuste Psicosocial.....	8
OBSERVACIONES FINALES	12
REFERENCIAS	14
ANEXO	16

Resumen

Como parte de un estudio orientado a evaluar los resultados e impacto del programa de tratamiento en Centros de Integración Juvenil, A.C., mediante un diseño longitudinal con una muestra de usuarios de drogas (N=136), utilizando una versión ajustada del DUSI, a fin de evaluar el patrón de consumo de drogas y el desempeño psicosocial en 10 áreas de la vida cotidiana. Los resultados indican que los servicios de tratamiento son efectivos tanto en la disminución del uso de sustancias, como en el mejoramiento del ajuste psicosocial. No obstante que, al término del tratamiento aún persisten índices de severidad relativamente altos en lo referente a la vinculación del paciente con redes sociales disfuncionales [en especial con sus pares] y en el uso –inadecuado– del tiempo libre. Los resultados advierten la necesidad de impulsar formas de intervención sistemática en el marco de programas de rehabilitación y reinserción social.

INTRODUCCIÓN

Este es el segundo informe del estudio dirigido a evaluar los resultados del Programa de Atención Curativa de Centros de Integración Juvenil (CIJ) con base en indicadores de uso de sustancias, ajuste psicosocial y mejoría percibida.¹

El objetivo de este informe es identificar los cambios observables en una muestra de usuarios de sustancias que solicitaron tratamiento en CIJ, considerando dos mediciones: al inicio del tratamiento propiamente dicho (después de haber concluido la fase diagnóstica) y al recibir alta parcial (alta previa a seguimiento). Para llevar a cabo la evaluación de los cambios detectados entre la situación inicial y la conclusión del tratamiento se utilizó una ver-

¹ Para antecedentes, cfr. CIJ, Subdirección de Investigación, *Elementos para la evaluación de resultados del Programa de Atención Curativa. Informe de Investigación 98-14*, México 1998, y CIJ, Subdirección de Investigación, *Trastornos de ajuste psicosocial entre usuarios de drogas que inician tratamiento en CIJ. Informe de Investigación 99-15*, México 2000.

sión del *Drug Use Screening Inventory* (DUSI-R) ya anteriormente aplicada.²

METODOLOGÍA

DISEÑO

Encuesta de “panel” prueba-postprueba con una muestra de usuarios de drogas ilícitas atendidos en tratamiento en las modalidades de psicoterapia individual y terapia familiar. Muestra

Muestra

El estudio se realizó con una muestra no probabilística de 136 pacientes usuarios de drogas que ingresaron por primera vez a tratamiento en CIJ entre noviembre de 1998 y julio del 2000 y que egresaron de tratamiento por alta parcial.³

Los varones representaron un 85.5% de la muestra. La edad promedio fue de 22 años (DE=6.6). El 75.9% era soltero, mientras que 21.8% refirió estar casado. Quienes cursaron al menos un grado de enseñanza media básica representaron un 48.5%; 21.5% reportó haber estudiado al menos un grado de enseñanza media supe-

² CIJ, Subdirección de Investigación, **Informe de Investigación 99-15**, *op. cit.*

³ Las unidades participantes en el levantamiento de información fueron los CIJ Coyoacán, Cuauhtémoc Oriente, Ecatepec, G.A. Madero Norte., Naucalpan, Nezahualcóyotl, Tlapan, Venustiano Carranza, Chihuahua, Ciudad Juárez, Colima, Durango, Guadalajara Centro y Sur, Guadalupe, León, Querétaro, Saltillo, Tampico, Tlaquepaque, Torreón y Zacatecas, y las UTCE G.A. Madero, Vicente Suárez y Zapopan.

rior. El 55.6% informó estar empleado, mientras que 25.6% reportó estar estudiando; 14.3% estudiaba y trabajaba.⁴

INSTRUMENTO

La información se levantó, mediante entrevista estructurada, con una versión ajustada del DUSI-R, un inventario multidimensional que evalúa el consumo de drogas y el funcionamiento psicosocial del usuario en los 12 meses previos al inicio del tratamiento y al momento en que fue dado de alta. La cédula comprendió dos secciones. La primera indaga trastornos de ajuste psicosocial en diez áreas de la vida de relación [cfr. **Anexo**], con base en dos estimadores de desempeño: Índice de severidad global (ISG) e índices de severidad por área (ISA).⁵ Por su parte, la segunda sección explora la prevalencia total y lápsica del consumo de sustancias psicoactivas. Adicionalmente, se incluyeron seis reactivos diseñados para indagar la percepción de mejoría por parte del usuario.

Para valorar las características psicométricas de la versión del DUSI-R utilizada se realizaron un análisis de consistencia interna (alfa de Cronbach) y un análisis factorial confirmatorio (método de máxima verosimilitud). Los resultados confirman que el instrumen-

⁴ Las características sociodemográficas de la muestra se describen en términos de casos válidos.

⁵ El índice de severidad global da cuenta del desempeño psicosocial general del sujeto. Se estima con base en la división del total de respuestas afirmativas —las cuales indican la existencia de alteraciones— entre el total de las preguntas por 10. Los índices de severidad por área (estimados también dividiendo el número de respuestas afirmativas en cada área entre el total de preguntas correspondiente por 10) indican la gravedad de los trastornos identificados en cada una de las diez áreas de ajuste estudiadas. De este modo, el valor de los ISG e ISA queda establecido en una escala de cero a diez (cero indica ausencia de trastornos, las calificaciones más altas reflejan trastornos más severos).

to cuenta con un adecuado nivel de confiabilidad y capacidad explicativa para la identificación de alteraciones de ajuste y para evaluar la intensidad del consumo de sustancias (coeficiente de confiabilidad global de 0.95, varianza explicada de 48.0%). Del mismo modo, las diez áreas presentaron en general niveles aceptables de varianza explicada y confiabilidad, con la excepción de la primera aplicación de las escalas de trastornos de salud y familia [cfr. **Anexo**].

La evaluación de los cambios observados al término del tratamiento se realizó con base en la comparación de los ISG e ISA detectados al inicio y al término, aplicando una prueba *t* de Student de diferencias de medias. Con el objeto de precisar la magnitud del cambio se calculó la disminución promedio de las calificaciones registradas en cada área de ajuste (promedio de la diferencia entre la calificación inicial y final), el cual se utilizó como punto de comparación para evaluar los cambios observados según los siguientes criterios:

- *Sin cambio*: Los índices al término del tratamiento son iguales a los del inicio.
- *Aumento de severidad*: Incremento de ISG e ISA al término del tratamiento, suponiendo una mayor disfunción en el ajuste psicosocial.
- *Disminución inferior al promedio*: Mejoría menor al promedio.
- *Disminución mayor al promedio*: Disminución mayor al promedio, con mejoría notable en el desempeño psicosocial.

Finalmente, se realizó un análisis descriptivo del consumo de sustancias 12 meses antes de iniciar el tratamiento y durante el mismo y de la 'mejoría percibida' al concluir éste.

PRINCIPALES HALLAZGOS

CONSUMO DE SUSTANCIAS

La erradicación o disminución del uso de sustancias psicoactivas constituye el principal indicador de la efectividad del tratamiento. A este respecto destaca que la proporción de casos que se abstuvieron de utilizar sustancias (incluyendo alcohol y tabaco) pasó de 5.9% en los 12 meses previos al tratamiento a 27.9% durante el mismo. Quienes refirieron no haber utilizado alcohol o tabaco pasaron de 15.4 a 33.1% y quienes se abstuvieron de consumir drogas ilícitas pasaron de 14.7% antes del inicio del tratamiento a 73.5% durante el mismo.

Igualmente se aprecia una clara disminución de las tasas de consumo registradas por sustancia. El consumo de alcohol acusó un descenso de 34.6 puntos porcentuales, mientras que el de tabaco disminuyó 17.7 puntos. En cuanto al uso de sustancias ilícitas, pueden destacarse los cambios observables en el uso de cocaína, el cual disminuyó 3.4 veces (42 puntos porcentuales), y de marihuana, que bajó cerca de 31 puntos [**Cuadro 1**].

Cuadro 1. Prevalencia del consumo de drogas

	Alguna vez en la vida*		12 meses antes del tratamiento*		Durante el tratamiento**	
	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%
Alcohol	116	86.6	101	74.3	54	39.7
Tabaco	112	85.5	99	72.8	75	55.1
Cocaína	105	78.9	80	58.8	23	16.9
Mariguana	86	66.7	59	43.4	17	12.5
Inhalables	51	38.9	26	19.1	4	2.9
Depresores con utilidad médica	39	32.2	23	16.9	5	3.7
<i>Crack</i>	19	15.8	8	5.9	4	2.9
Anfetaminas	17	14.5	10	7.4	2	1.5
Alucinógenos	15	13.2	8	5.9	1	0.7
Metanfetamina	10	9.0	5	3.7	—	—
Heroína	6	5.4	2	1.5	—	—
Éxtasis	4	3.6	3	2.2	—	—

* Primera medición

** Segunda medición

Por último, omitiendo a quienes refirieron haberse abstenido del uso de sustancias, se observa una disminución relativa del ‘policonsumo’ (uso de dos o más sustancias) y un aumento del porcentaje de casos de ‘monoconsumo’ (uso de una sola sustancia) [Cuadro 2].

AJUSTE PSICOSOCIAL

En relación con el desempeño psicosocial global del grupo de estudio se observa una clara mejoría, al pasarse de un ISG de 4.7 (indicativo de trastornos de regular intensidad) a uno de 2.3 (indicativo de trastornos de baja severidad) [$p < 0.03$].

Cuadro 2. Distribución de usuarios según el número de sustancias lícitas y/o ilícitas reportadas*

	12 meses antes del tratamiento		Durante el tratamiento	
	Frec.	%	Frec.	%
Usuarios de una sola sustancia	17	13.3	46	46.9
Usuarios de dos o más sustancias	111	86.7	52	53.1
Usuarios de una sola sustancia lícita (alcohol o tabaco)	32	27.8	55	60.4
Usuarios de alcohol y tabaco	83	72.2	36	39.6
Usuarios de una sola sustancia ilícita	60	51.7	22	61.1
Usuarios de dos o más sustancias ilícitas	56	48.3	14	38.9

* Las categorías de uso de sustancias lícitas e ilícitas son independientes.

En cuanto a los trastornos identificados en cada una de las áreas de ajuste evaluadas, pueden advertirse cambios favorables estadísticamente significativos, con una mayor disminución en la intensidad del uso de sustancias y en la severidad de trastornos en las áreas de conducta, estado afectivo y psicológico y uso del tiempo libre [Cuadro 3].

A pesar de lo anterior, no puede soslayarse la persistencia de alteraciones de mayor severidad en las áreas de redes sociales (pertenencia a redes sociales disfuncionales entre cuyos miembros se aprecia conducta antisocial, problemas con figuras de autoridad, uso y venta de drogas, etc.), uso del tiempo libre (falta de ejercicio y de actividades al aire libre, uso de drogas con fines recreativos, etc.) y conducta (agresividad, bajo control de impulsos, etc.) [**Cuadro 3**].

Por otro lado, 91.2% de los casos reportó al alta un mejor desempeño psicosocial global [ISG] (52.2% con cambios menores al promedio y 39.0% con cambios mayores al promedio; el 8.1% restante no presentó cambios o incluso acusó un aumento en el ISG).

Cuadro 3. Índices de severidad de trastornos psicosociales por área al inicio y término del tratamiento. Disminución promedio.

Factores	Momento del tratamiento		Disminución ($p < 0.05$)
	Inicio	Término	
Intensidad del uso de drogas	4.2	1.1	3.1
Trastornos de conducta	5.2	2.6	2.5
Trastornos afectivos y otros síntomas psicopatológicos	4.6	2.3	2.4
Uso inadecuado del tiempo libre	5.4	3.1	2.4
Baja competencia social	4.0	2.1	1.9
Relaciones familiares disfuncionales	4.4	2.7	1.7
Pertenencia redes sociales disfuncionales	5.8	4.1	1.7
Trastornos de salud	3.7	2.3	1.3
Alteraciones del desempeño laboral	2.0	0.6	1.3
Alteraciones del desempeño escolar	1.9	0.7	1.2

Una proporción cercana al 50% mostró una disminución mayor al promedio en la severidad de los trastornos detectados en las áreas de competencia social, vinculación con redes sociales disfuncionales, uso de drogas y relaciones familiares disfuncionales. En el

50% o más de los casos se registró una reducción superior al promedio en la intensidad de trastornos de conducta, del desempeño laboral, de salud, del estado afectivo y psicológico, y del uso del tiempo libre. Finalmente, el 65.2% de casos que reportaron estudiar presentó una disminución mayor al promedio en las alteraciones detectadas en su desempeño escolar.

Por el contrario, las áreas donde se congrega un mayor porcentaje de casos en los que se registra un aumento de severidad son las de pertenencia a redes sociales disfuncionales, relaciones familiares, estado afectivo y otros síntomas psicopatológicos, e intensidad del uso de sustancias [**Cuadro 4**].

Cuadro 4. Tasa porcentual de casos que no muestran cambios o que presentan una disminución o aumento en la severidad de trastornos identificados por área (ISA)

	Disminución de severidad		Sin cambio	Aumento de severidad
	Inferior al promedio	Superior al promedio		
Alteraciones del desempeño escolar*	15.1	65.2	7.6	12.1
Trastornos de conducta	29.4	50.0	5.1	15.4
Alteraciones del desempeño laboral**	28.3	50.4	9.8	11.5
Trastornos afectivos y otros síntomas psicopatológicos	24.3	53.7	5.1	16.9
Intensidad del uso de drogas	25.0	48.5	9.6	16.9
Baja competencia social	24.3	45.6	12.5	17.6
Uso inadecuado del tiempo libre	15.4	54.4	8.1	22.1
Relaciones familiares disfuncionales	19.9	49.3	7.4	24.3
Pertenencia a redes sociales disfuncionales	19.9	48.5	7.4	24.3
Trastornos de salud	11.8	52.9	11.8	23.5

* n=53 ** n=83

Según su propia percepción, la gran mayoría reportó mejoría en su estado afectivo y en sus relaciones familiares al término del trata-

miento. Cerca del 75% refirió mejoría en su desempeño laboral y en su estado de salud [Cuadro 5].

Cuadro 5. Tasa porcentual de casos distribuidos según mejoría percibida

	Sin inf.	Mejor	Igual	Peor
Estado afectivo	3.7	91.9	4.4	—
Relaciones familiares	3.7	80.1	14.0	2.2
Desempeño laboral**	3.2	77.4	17.2	2.2
Estado de salud	3.7	74.3	19.9	2.2
Relaciones interpersonales	5.9	60.3	30.1	3.7
Desempeño escolar*	15.4	55.8	25.0	3.8

* n=53 ** n=87

OBSERVACIONES FINALES

Los resultados expuestos arrojan evidencia de mejoría en la mayoría de los casos de estudio al término del tratamiento. En primer lugar, destaca la disminución de la prevalencia del consumo de sustancias psicoactivas. Alrededor de una tercera parte de los sujetos reportó no haber utilizado ninguna sustancia durante el tratamiento y cerca de tres cuartas partes se abstuvieron de utilizar drogas ilícitas. Así mismo, el uso de dos o más sustancias acusó un considerable descenso.

En segundo lugar, se observa una disminución significativa de la severidad de los trastornos de ajuste psicosocial identificados en un nivel global y en las diez áreas estudiadas. La mejoría es mayor en las áreas de uso de drogas incluyendo uso de alcohol (esta escala evalúa problemas asociados al consumo y síntomas de tolerancia o dependencia), conducta (que indaga conductas agresivas, impulsivas, etc.), estado afectivo y otros síntomas (ansiedad, depresión, síntomas neuróticos, psicóticos y psicopáticos) y uso del

tiempo libre (que incluye la falta de actividades deportivas, participación en actividades sin presencia de adultos, uso recreativo de drogas, etc.). Esto puede implicar que los servicios institucionales de tratamiento presentan una mayor efectividad en el abordaje terapéutico del uso de sustancias y sus efectos, así como de factores psicológicos concernientes al propio sujeto, que en el de las relaciones interpersonales y el ajuste familiar, escolar y laboral.

No obstante, puede destacarse que al término del tratamiento persisten índices de severidad relativamente altos en lo referente a la vinculación del paciente con redes sociales entre cuyos miembros prevalecen actitudes antisociales y uso de drogas, y a un uso inadecuado del tiempo libre, áreas que podrían ser objeto de intervención sistemática mediante la adecuada aplicación de programas de rehabilitación y reinserción social.

Por último, según su propia percepción, una mayor proporción de pacientes refirió mejoría en su estado afectivo y en sus relaciones familiares, permitiendo corroborar una mayor eficacia del tratamiento en factores 'proximales', es decir, propios del sujeto y de su red de relaciones más inmediata.

De lo anterior, puede concluirse que resulta conveniente instrumentar medidas orientadas a fortalecer el desempeño de la población atendida en el ámbito de las relaciones interpersonales y de su desempeño en los medios escolar, laboral, etc., en particular ante factores de alto riesgo y asociados con una mayor probabilidad de reincidencia como la vinculación con redes disfuncionales y pares usuarios de drogas.

Finalmente, vale la pena señalar que los hallazgos del presente estudio no pueden ser generalizados a la población solicitante de los servicios de tratamiento. En efecto, hay que tener en cuenta que se trata de una muestra de casos que, a diferencia de una

mayoría que interrumpe el tratamiento antes de concluirlo, han obtenido el alta con base precisamente en la existencia de signos evidentes de mejoría y que, siendo éste el caso, los sujetos de la muestra quizá presenten características distintivas en términos de capacidad de ajuste, motivación por el tratamiento y adherencia terapéutica que otros pacientes no necesariamente compartan.

REFERENCIAS

- Centro para el Tratamiento del Abuso de Sustancias (1996). **Efectos permanentes de los programas de tratamiento para el abuso de sustancias, Un año después**. Departamento de Salud y Servicios Humanos de EEUU, Administración de Servicios para el Abuso de Sustancias y Salud Mental, Washington, 1996.
- Centros de Integración Juvenil, Subdirección de Investigación (1999a). *Ajuste psicosocial y consumo de drogas*. **Informe de Investigación 97-27**, CIJ, 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**, CIJ, México, 1999.
- Centros de Integración Juvenil, Subdirección de Investigación (2001). *Evaluación del impacto del proyecto Orientación Preventiva a Adolescentes*. **Informe de Investigación 99-18**, CIJ, México, 2001.
- Díaz, A., y L. Sandi (1996). *Validación del "Drug Use Screening Inventory" (DUSI) en la población adolescente de Costa Rica*. **Adicciones** 8(3) 277-293.
- Holsten, F., y H. Wall (1980). *The DTES-Drug Taking Evaluation Scale. A simple scale for the evaluation of drug taking behavior*. **Acta Psychiatrica Escandinavica** 61(4) 275-305.
- Kellam, S.G. (1994) *Testing theory through developmental epidemiologically based prevention research*. National Institute on Drug Abuse, **Research Monograph 139**, pp. 37-57.
- 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
- 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.
- Poch, J., y Avila-Espada, A., **Investigación en psicoterapia**. Ed. Paidós, Barcelona, 1998.
- Tarter, R. (1990). *Evaluation and treatment of adolescent substance: A decision tree method*. **The American Journal of Drug and Alcohol Abuse** 16(1-2): 1-46.

- Tarter, R. (1995). *Genetics and primary prevention of drug and alcohol abuse*. **The 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**, pp. 303-330.

ANEXO
CONTENIDOS Y CARACTERÍSTICAS PSICOMÉTRICAS DE LA VERSIÓN UTILIZADA
DEL DUSI-R

Áreas	% varianza explicada	Confiabilidad	
		Inicio	Egreso
Alteraciones del desempeño escolar Bajo rendimiento y adherencia escolares	69.5	0.69	0.78
Alteraciones del desempeño laboral Poca permanencia, capacidad y motivación por el trabajo y conflictos laborales asociados con el abuso de sustancias	61.9	0.70	0.66
Intensidad del uso de drogas Síntomas de dependencia y tolerancia, trastornos ocasionados por el uso de sustancias (incluye bebidas alcohólicas)	47.0	0.94	0.98
Baja competencia social Dificultades para la interacción social, baja autoestima, baja asertividad	45.0	0.73	0.75
Trastornos afectivos y otros síntomas psicopatológicos Ansiedad, depresión, rasgos neuróticos, psicóticos y psicopáticos	44.0	0.85	0.84
Uso inadecuado del tiempo libre Falta de actividades deportivas y al aire libre, abuso de la televisión, uso de drogas con fines recreativos	43.2	0.98	0.99
Trastornos de conducta Agresividad, bajo control de impulsos, tendencia al <i>acting out</i> , con pautas más o menos permanentes	41.9	0.77	0.85
Pertenencia a redes sociales disfuncionales Vínculo con personas con actitudes y conductas antisociales, problemas con la autoridad o participación en la venta y uso de drogas	41.7	0.89	0.82
Trastornos de salud Enfermedades, accidentes o lesiones	39.5	0.65	0.70
Relaciones familiares disfuncionales Conflicto familiar y antecedentes familiares de consumo de drogas y problemas legales	39.4	0.58	0.71