
AJUSTE PSICOSOCIAL Y CONSUMO DE DROGAS

Solveig E. Rodríguez Kuri
Jorge Luis Arellánez Hernández
David Bruno Díaz Negrete
Juan David González Sánchez

CENTROS DE INTEGRACIÓN JUVENIL
DIRECCIÓN DE PREVENCIÓN
SUBDIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN
MÉXICO, 1998

INFORME DE INVESTIGACIÓN 97-27

DIRECTORIO

PATRONATO NACIONAL

PRESIDENTE

Lic. José Gómez Gordoa

VICEPRESIDENTE

Lic. Ernesto Enríquez Rubio

PRESIDENTA DE LA COMISIÓN

DE VIGILANCIA

Sra. *Kena* Moreno

DIRECCIÓN GENERAL

Lic. Jesús Cabrera Solís

DIRECCIÓN DE PREVENCIÓN

Psic. Raúl Zapata Aguilar

Citación: Rodríguez-Kuri, SE, Arellánez-Hernández, JL, Diaz-Negrete, DB, y González-Sánchez, JD, *Ajuste psicosocial y consumo de drogas*, Centros de Integración Juvenil, Dirección de Prevención, Subdirección de Investigación, **Informe de Investigación 97-27**, México, 1998.

CONTENIDOS

INTRODUCCIÓN 3

MÉTODO 7

PRINCIPALES HALLAZGOS 14

DISCUSIÓN Y RECOMENDACIONES 22

REFERENCIAS 28

ANEXO1 31

.....

ANEXO12..... 39

RESUMEN

Dado el impacto y crecientes magnitud y complejidad del consumo de drogas, se requiere el desarrollo de estrategias de atención eficaces y adecuadas a las necesidades de los grupos de mayor riesgo. Una vía para lograrlo es orientar los programas hacia la atención de factores de riesgo que hayan sido identificados con base en una indagación científica. Con el propósito de proporcionar una base empírica para el diseño y aplicación de proyectos preventivos, se ofrece información sobre factores psicosociales asociados con el consumo de drogas entre estudiantes mexicanos de educación media básica. Esta información fue obtenida a partir de una encuesta transversal, *ex post facto*, realizada con una muestra no probabilística de 4,324 estudiantes de cuatro ciudades (México, Guadalajara, Mazatlán y Monterrey), mediante la aplicación de una versión adaptada del *Drug Use Screening Inventory (DUSI-R)*.

Los resultados de un análisis de regresión logística indican que tres de los factores estudiados constituyen predictores estadísticamente significativos del uso experimental de sustancias (con razones de posibilidades cercanas a 1.2): *trastornos de conducta* (agresividad, impulsividad, aislamiento), *la pertenencia a redes sociales disfuncionales*, cuyos miembros adoptan actitudes y conductas disociales, participan en el uso y distribución de drogas, etc., y una *baja adherencia escolar* (bajo rendimiento escolar, ausentismo, baja motivación por el estudio, problemas escolares). Con base en estos resultados, se formulan algunas recomendaciones para la prevención del problema en el medio escolar.

INTRODUCCIÓN

Los datos de la *Encuesta Nacional de Adicciones* realizada en 1993 (SS, 1993) mostraban que en México el consumo de drogas ilegales alguna vez en la vida afectaba al 3.9% de la población urbana entre 12 y 64 años de edad. Sin embargo, la encuesta de 1998 indica que quienes han incurrido alguna vez en el uso de sustancias suman ya cerca de 2.5 millones de personas (una prevalencia del 5.3%); cerca de medio millón de personas las habían utilizado en los doce meses previos y un poco menos de 400 mil personas, en los 30 días anteriores (SS-CONADIC, 1999).

Adicionalmente, la *Encuesta sobre el Uso de Drogas entre la Comunidad Escolar* (SEP-IMP, 1991) realizada con estudiantes de educación media básica y media superior —población joven expuesta a factores y condiciones de mayor riesgo—, señala que la prevalencia del uso de drogas alguna vez en la vida alcanzaba un 8.2%, mientras que su consumo en los 12 meses previos se ubicaba en 4.4%.

Otras fuentes (CIJ, 1998a y 1998c) señalan que en el caso de estudiantes de educación secundaria residentes en zonas caracterizadas por condiciones de “alto riesgo” la prevalencia del consumo de drogas ilegales alguna vez en la vida llega a tasas superiores al 11%.

Así mismo, se cuenta con evidencia de que en los últimos años el problema no sólo ha crecido en magnitud sino también en complejidad, observándose un claro aumento del uso de cocaína y el riesgo potencial de una eventual diseminación del uso de sustancias como la metanfetamina (*crystal*) y la heroína, las cuales, aunque presentan aún una reducida prevalencia en el nivel nacional, acusan un paulatino crecimiento (CIJ, 1998d; SS-CONADIC, 1999).

En este contexto, el consumo de sustancias psicoactivas entre los jóvenes mexicanos constituye un problema de salud pública que por su dimensión, impacto y creciente complejidad exige el desarrollo de estrategias de atención que, por un lado, se adecuen a las necesidades de los grupos poblacionales afectados y que, por otro, permitan incrementar la eficacia e impacto de los programas existentes.

Con este propósito, la Dirección y Subdirección de Prevención de CIJ han pugnado —a partir de la revisión crítica del enfoque “multicausal” aplicado hasta ahora— por el desarrollo de servicios centrados en el abordaje de factores psicosociales de riesgo que resulten maleables a la influencia de las proyectos y servicios que integran su Programa Preventivo y que permitan focalizar especialmente la reducción de riesgos y/o el reforzamiento de factores y recursos protectores (CIJ, 1999).

De acuerdo con una recopilación llevada a cabo por CIJ (CIJ, 1997a), entre los factores psicosociales de riesgo del uso de drogas identificados mediante la investigación empírica, se cuentan: una baja autoestima e inclinación a incurrir en conductas de riesgo (White *et al.*, 1987); altos niveles de ansiedad o estrés (Bry, 1980; White *et al.*, 1987; Shedler y Block, 1990;), depresión (Paton *et al.*, 1977; Paton y Kandel, 1978; Smith y Fogg, 1978; Botvin, 1985; Kandel *et al.*, 1986; Higgins, 1988; Dryfoos, 1990; Steinberg, 1991), impulsividad y agresividad (Loney *et al.*, 1979; Kellam *et al.*, 1980; Girrelman *et al.*, 1985; Brook *et al.*, 1986; Hawkins *et al.*, 1987; White *et al.*, 1987; Brounstein *et al.*, 1989); rebeldía y actitudes desafiantes y de oposición ante la autoridad y las normas sociales (Jessor y Jessor, 1977; Kandel, 1982; Elliot *et al.*, 1985; Goldstein y Sappington, 1987; Smith y Fogg, 1987; Block *et al.*, 1988; Brounstein, 1989);

aislamiento e inhibición social o rechazo del grupo de pares (Loney *et al.*, 1979; Kellam *et al.*, 1980; Coie y Kupersmidt, 1983; Lerner y Vicary, 1984; Brook *et al.*, 1986; Hawkins *et al.*, 1987; Parker y Asher, 1987; Brounstein *et al.*, 1989; Shedler y Block, 1990); curiosidad generada por el uso de sustancias en el grupo de pares (Suaki y O'hara, 1985; Schuckit, 1987); baja resistencia a la presión de pares (Hawkins *et al.*, 1987); baja adherencia escolar (Jessor y Jessor, 1977; Smith y Fogg, 1978; Simons *et al.*, 1979 y 1987; Kandel, 1973 y 1975; Robins, 1980; Kandel y Adler, 1982); problemas tempranos de conducta y de socialización (Kellam y Brown, 1982; Lewis *et al.*, 1985; Lerner y Vicary, 1984; Girelman *et al.*, 1985; Hawkins *et al.*, 1987; Loeber, 1988); antecedentes de conducta antisocial (Hawkins *et al.*, 1987); reducido control percibido sobre la propia vida (Botvin, 1985); actitudes favorables hacia el uso de alcohol y tabaco (Hawkins *et al.*, 1987).

Como factores de riesgo propios del medio familiar se han documentado los siguientes: consumo de sustancias entre los padres u otros miembros de la familia (Tec, 1974; Johnson *et al.*, 1984; Cloningers *et al.*, 1985); accesibilidad de sustancias en el hogar (Ahmed y Bush, 1984); tolerancia familiar del consumo (Cloningers *et al.*, 1985, Brook *et al.*, 1988); ausencia de alguno de los padres (Steinberg, 1991); distanciamiento afectivo y baja cohesión familiar (Hirshi, 1969; Baumrid, 1983; Rutter y Giller, 1983; Noren y Hebeisen, 1984; Morley y Ledger, 1985; Kandel *et al.*, 1987; Steinberg, 1991); falta de límites y límites difusos o inconsistentes, expectativas de desempeño poco realistas, pautas de comunicación negativa, inadecuada expresión de afectos (Reilly, 1979; Kaufman, 1979; Baumrind, 1983; Kandel *et al.*, 1978; Brook, 1988); insuficiente supervisión paterna (Dryfoos, 1990); altos niveles de estrés familiar (Reilly, 1979; Rutter y Giller, 1983; Farrington *et al.*, 1985).

En México, las encuestas realizadas entre estudiantes de educación media han identificado como correlatos del uso de drogas una menor percepción de riesgo y de la tolerancia social ante su consumo, así como una mayor accesibilidad percibida de las sustancias.

Por otra parte, estudios anteriormente realizados por CIJ con adolescentes y jóvenes destinatarios de los programas institucionales de atención, han mostrado que el consumo de drogas se halla relacionado con factores psicosociales tales como estar expuesto a un alto número de estresores, experimentar un alto grado de estrés y recurrir predominantemente a estrategias de afrontamiento heterodirigidas, es decir, dirigidas a resolver los

conflictos interpersonales a través de modificar las relaciones con los demás; recurrir preferentemente a amigos o compañeros para resolver dudas o inquietudes acerca de la sexualidad, el uso de drogas, etc.; haber consumido tabaco o alcohol alguna vez en la vida o en el último año; pertenecer a familias con una baja cohesión y de estructura rígida; acusar mayores índices de depresión; percibir una menor riesgo y la percepción de una mayor accesibilidad de las drogas (CIJ, 1995, 1997*b* y 1998*e*).

Sin embargo, la necesidad de ampliar el sustento de los servicios preventivos e impulsar el desarrollo de estrategias de intervención particulares, ha motivado un creciente interés por la elaboración o utilización de instrumentos de medición que permitan ampliar el conocimiento de factores psicosociales asociados con el uso de drogas.

Entre los instrumentos que han probado ser útiles en este terreno, se encuentra, por ejemplo, el cuestionario autoadministrado para la investigación epidemiológica del uso de drogas de Singh, Kandel y Johnson (Tarter, 1990), el cual consta de 90 reactivos y abarca áreas tales como características individuales, actitudes hacia el uso de drogas, motivación por el estudio, valores, relación con pares, adopción de actitudes antisociales, actividades recreativas, estructura y patrones de interacción familiares y actitudes de personas cercanas ante el uso de drogas. También se cuenta un cuestionario de Haertzen y Hooks que indaga el consumo de drogas y diversas alteraciones asociadas con el funcionamiento familiar, personal, social y “moral”.

El instrumento desarrollado por Jessor (Díaz y Sandí, 1993) se centra en los aspectos de cantidad y frecuencia del uso de drogas, contexto de su uso, motivos de inicio del consumo, etc., mientras que Smart y Jones elaboraron un breve cuestionario orientado a evaluar la frecuencia del uso de sustancias, su accesibilidad y fuente y los antecedentes de contactos con instancias de ayuda profesional. Gossett, Lewis y Phillips diseñaron una escala más amplia (72 reactivos) con similares contenidos. Finalmente Holsten y Wall (1980) propusieron un instrumento que evalúa el uso de drogas, el funcionamiento sociofamiliar y factores psicopatológicos entre post-adolescentes y adultos jóvenes.

Por su parte, el Dr. Ralph Tarter y un grupo de especialistas de la Universidad de Pittsburgh diseñaron el *Drug Use Screening Inventory* (DUSI), el cual tiene por objeto identificar áreas problemáticas de la vida de relación y evaluar el consumo de drogas entre adolescentes y adultos, permitiendo

categorizar y cuantificar los indicadores del problema en su relación con diferentes trastornos de ajuste psicosocial.

Los derechos del DUSI fueron cedidos a la Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas (CICAD) de la Organización de Estados Americanos, para su aplicación en países de América Latina, donde ha sido validado mostrando aceptables niveles de homogeneidad, consistencia interna y temporal. Además, ha probado ser suficientemente sensible para diferenciar a los usuarios de drogas y casos con alteraciones psicosociales, así como suficientemente específico para discriminar de manera adecuada a la población que no consume drogas ni presenta alteraciones en las áreas evaluadas.

Así, por ejemplo, en el estudio llevado a cabo en 1994 (Kirisci *et al.*, 1994) con el propósito de evaluar la sensibilidad de la versión para adolescentes, conocer su precisión estadística y su poder para discriminar de manera eficaz los casos de uso de sustancias (previamente diagnosticados con *Trastornos por uso de sustancias psicoactivas* [TUSP] de acuerdo con los criterios del DSM-III R), los sujetos con trastornos psicosociales presentaron calificaciones significativamente más altas y con una distribución relativamente normal en todas las áreas medidas. Así mismo, la estimación de rasgos resultó más precisa en el caso de los sujetos con TUSP más severos. El DUSI clasificó correctamente al 95% de la muestra normal y al 81% de los casos con TUSP.

Con base en los satisfactorios resultados obtenidos en la utilización de este instrumento en Estados Unidos y otros países, Centros de Integración Juvenil resolvió aplicarlo —previa autorización de la CICAD— para la exploración del uso de drogas en su posible relación con otros trastornos de ajuste entre la población adolescente urbana mexicana, atendiendo al propósito de generar información útil para el diseño y actualización de los programas institucionales de atención.

MÉTODO

El presente estudio tuvo como objetivos: *a)* Probar la confiabilidad y validez de la versión revisada del *Drug Use Screening Inventory*, en su aplicación con estudiantes mexicanos de educación media; *b)* explorar e identificar las posibles diferencias en la severidad de los trastornos de ajuste psicosocial detectables entre estudiantes de educación secundaria consumidores de drogas, comparados con estudiantes no consumidores; *c)* identificar factores psicosociales de riesgo del uso de drogas que resulten ma-

leables a la influencia de las acciones y proyectos que integran el Programa Preventivo de CIJ; y *d*) generar referentes útiles para el diseño y ejecución de estrategias de atención centradas en el abordaje de factores de riesgo o protectores.

Para cumplir con estos propósitos, se levantó una encuesta transversal (*ex post facto*) por cuestionarios autoaplicados. De acuerdo con este diseño, la identificación de posibles factores de riesgo se basa en la identificación y en el análisis correlacional de los trastornos psicosociales estudiados.

La población del estudio estuvo constituida por estudiantes de educación media básica, residentes en municipios o delegaciones en los que CIJ cuenta con alguna unidad operativa. Originalmente la muestra estuvo conformada por 4,401 casos, aunque para efectos del análisis se eliminaron los casos que no contenían la información completa. De esta manera, la muestra quedó finalmente integrada por **4,324** alumnos de educación secundaria entrevistados durante el último trimestre de 1997 en las delegaciones Álvaro Obregón, Azcapotzalco, Benito Juárez, Coyoacán, Cuauhtémoc, Gustavo A. Madero, Iztapalapa, Miguel Hidalgo, Tlalpan y Venustiano Carranza, del Distrito Federal; y en los municipios de Chalco, Ecatepec y Naucalpan, en el Estado de México, Tlaquepaque, Mazatlán y Monterrey.

La selección de la muestra se llevó a cabo en dos etapas. Primeramente, se seleccionaron (con base en criterios de conveniencia) las escuelas secundarias con las que los CIJ participantes en la encuesta tenían programadas actividades de información preventiva y que no hubieran sido intervenidas durante los últimos tres años, con el fin de evitar que los resultados de actividades preventivas previas pudieran afectar los resultados. Posteriormente, se hizo una selección aleatoria de los grupos que ingresarían a la muestra (un grupo de primero y segundo grados y dos de tercero por cada plantel). De esta manera, cada CIJ encuestó cuatro grupos en dos escuelas diferentes, con un promedio de 30 alumnos por grupo.

El instrumento utilizado para recoger la información constituye una adaptación de la versión revisada del *Drug Use Screening Inventory (DUSIR)*, un cuestionario autoaplicable que mide el nivel de *severidad* de los trastornos identificados en diez áreas de ajuste psicosocial, permitiendo detectar trastornos específicos y evaluar su relación con el consumo de drogas. Los factores o áreas incorporados al cuestionario fueron seleccionados con base en dos criterios: *a*) que estuviesen relacionados con el

origen del abuso de sustancias o contribuyeran a su sostenimiento y *b*) que fuesen susceptibles de tratarse mediante intervención especializada.

El instrumento se compone de dos secciones. La primera mide el grado de severidad de trastornos identificados, *en los últimos 12 meses*, en las siguientes áreas:

- *Conducta*: Indaga la existencia de trastornos del comportamiento (aislamiento, agresividad, impulsividad, *acting-out*, etc.), considerando patrones de conducta más o menos permanentes, distintos a las respuestas a situaciones específicas. Está basada fundamentalmente en la escala *Child Behavior Checklist*.
- *Estado de salud*: Sondea la prevalencia de trastornos de salud, accidentes o lesiones.
- *Estado afectivos y otros síntomas psicopatológicos*: Investiga la existencia de alteraciones afectivas que han probado estar asociadas con el consumo de drogas (ansiedad, depresión) y otros síntomas de trastorno mental (aislamiento, rasgos neuróticos, psicóticos y psicopáticos), abarcando varias categorías diagnósticas del DSM-III. Para su construcción, los autores se basaron en la entrevista psiquiátrica *Kiddie Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia*.
- *Competencia social*: Evalúa habilidades y recursos para la interacción social (timidez, baja asertividad, desconfianza y poca seguridad en sí mismo). Está basada en el *Constructive Thinking Inventory*.
- *Relaciones familiares*: Proporciona información sobre disfuncionalidad familiar, así como sobre supervisión y calidad del cuidado parental, incluyendo aspectos como conflicto familiar y antecedentes de consumo de drogas y problemas legales. Está parcialmente basada en la *Family Assessment General Scale* que evalúa el nivel de funcionalidad de la familia desde una perspectiva sistémica, comprendiendo aspectos como desarrollo de “roles”, comunicación, expresión de afectos, control, valores y normas.
- *Desempeño escolar*: Basada en el *California Achievement Test*, el *Iowa Test of Educational Development* y el *Metropolitan Achievement Test*, esta escala explora el rendimiento escolar, la regularidad de la asistencia y la conducta en la escuela, así como la actitud e interés por el estudio.
- *Desempeño laboral*: Evalúa el desempeño laboral (permanencia, capacidad, motivación) y conflictos laborales, incluso relacionados con

el uso de sustancias, partiendo del supuesto de que la motivación para buscar trabajo y contar con ingresos refleja la inclinación del sujeto por obtener mayor autonomía.

- *Redes sociales*: Investiga el aislamiento social y la pertenencia a redes sociales “disfuncionales”, cuyos miembros se caracterizan por la adopción de actitudes y conductas antisociales, problemas con las figuras de autoridad y por su participación en la venta o consumo de drogas. De este modo, evalúa la tendencia del adolescente a involucrarse en situaciones de alto riesgo. Se basa en el *Adolescent Problem Situation Inventory*, el cual a su vez está basado en el *Problem Situation Inventory for Young Adults*.
- *Actividades recreativas*: Indaga la manera en que se usa el tiempo libre —tipo de actividades, con quién se comparten, tutoría de personas adultas, consumo de drogas con fines recreativos, etc.
- *Uso de drogas*: Investiga síntomas de dependencia y tolerancia y trastornos ocasionados por el consumo de sustancias (incluyendo la ingesta de bebidas alcohólicas), permitiendo evaluar la intensidad del problema. Considera los criterios del DSM-III de dependencia a drogas y está basada en la *Chemical Dependency Assessment Scale*.

La segunda parte indaga, entre otros aspectos, la prevalencia total y anual del consumo de drogas (tabaco, alcohol [sin autorización de los padres], marihuana, cocaína, solventes inhalables, tranquilizantes menores [fuera de prescripción], anfetaminas u otros estimulantes [fuera de prescripción], alucinógenos, heroína u otros opiáceos, y otras sustancias).

La prueba original consta de 159 reactivos con un formato de respuestas dicotómicas (*Sí* o *No*) y tres preguntas de opción múltiple. Sin embargo, para los fines del presente estudio, las áreas de *desempeño laboral* y *estado de salud* fueron intencionalmente excluidas, en virtud de que investigaciones previas han mostrado que los estudiantes de secundaria que desempeñan alguna actividad laboral propiamente dicha constituye un porcentaje relativamente reducido (CIJ, 1996) y de que el estado de salud física no es susceptible de ser abordado por los programas preventivos de CIJ. De esta manera, el instrumento utilizado quedó constituido por 129 reactivos que fueron parcialmente adecuados para ajustarse al vocabulario del adolescente mexicano.

Por lo que se refiere a la valoración de los trastornos de ajuste identificados, el DUSI se califica de acuerdo con la proporción de respuestas posi-

tivas registradas (las cuales indican la presencia de alteraciones). El índice obtenido representa la severidad del problema, ya sea global o por área. El *índice de severidad global (ISG)* ofrece una descripción del desempeño psicosocial *general* del sujeto; se obtiene de dividir el total de respuestas positivas entre el total de preguntas, multiplicado por diez. El *índice de severidad por área (ISA)* se obtiene dividiendo el total de respuestas positivas en cada área entre el número de preguntas correspondiente, multiplicado por diez.

De acuerdo con los estudios de Tarter y cols., entre la población norteamericana los índices de severidad mayores de 1.5 son clínicamente significativos y sugieren la conveniencia de realizar una valoración clínica del caso para evaluar la conveniencia de llevar a cabo una intervención terapéutica. No obstante, los propios autores reconocen que, debido a las diferencias culturales, este punto de corte podría resultar inadecuado tratándose de población “hispana”.

En razón de que se carece de información que permita identificar el punto a partir del cual los trastornos identificados entre la población mexicana adquirirían una significación clínica, en el presente estudio únicamente se identifican las diferencias existentes en la severidad de los trastornos detectados entre estudiantes usuarios de drogas (alguna vez en la vida) y no usuarios, sin pronunciamiento alguno acerca de la significación clínica de los mismos. Además, con el fin de describir la forma en que se distribuye la población, se establecieron cinco estratos, de acuerdo con lo cual los índices de severidad que se ubican entre 0.1 y 2.5 corresponderían a una severidad calificada como *Baja*; entre 2.6 y 5.0, a una severidad *Moderada*; entre 5.1 y 7.5, a una *Alta* y entre 7.5 y 10, a una *Muy alta*, equivaliendo el cero a la ausencia de trastornos.

Para evaluar la confiabilidad del instrumento se empleó el coeficiente de correlación *alfa* de Cronbach, prueba que valora la *consistencia interna* del cuestionario. Para valorar su validez se llevó a cabo un análisis factorial (método de componentes principales, con rotación Varimax), el cual evalúa la *validez de constructo* (identificando grupos de variables relacionadas que miden atributos latentes) y la capacidad explicativa, grado de convergencia y discriminación de las mediciones.

Los resultados de la prueba *alfa* de Cronbach muestran que la versión del DUSI-R utilizada constituye un instrumento confiable en la población de estudio, obteniéndose un coeficiente de correlación de **0.92**. Los índices de confiabilidad de las áreas estudiadas se localizan, en su mayor parte,

por arriba del 0.7 usualmente aceptado en la investigación psicosocial, salvo en el caso de las escalas correspondientes a las áreas de *Competencia social* y *Actividades recreativas*, ligeramente abajo de este límite, y de la escala de *Relaciones familiares*, con un bajo índice de confiabilidad.

El análisis factorial muestra que las escalas que presentan una mayor capacidad explicativa son las de *Competencia social* y *Actividades recreativas* (>50%). El resto de las escalas explica la variabilidad de la muestra en proporciones de varían entre 31 y 49%. No obstante, la varianza explicada por el cuestionario global asciende a sólo un 20.9%. El análisis mostró también la existencia de diversos factores al interior de cada una de las áreas consideradas, aunque con el fin de contar con datos comparables, en el presente informe se consignan los resultados obtenidos de acuerdo con la clasificación original de ocho factores.

Cuadro 1. Índices de confiabilidad de la versión del DUSI-R utilizada

Escala	Alfa de Cronbach
Conducta	0.7104
Estado afectivo	0.7701
Competencia social	0.6868
Relaciones familiares	0.3675
Desempeño escolar	0.7298
Redes sociales	0.7381
Actividades recreativas	0.6130
Uso de drogas	0.8181

Para el análisis de la información se estableció, en primer lugar, la distribución de las principales características sociodemográficas y de los índices de severidad global y por área de los trastornos de ajuste identificados, tanto entre los estudiantes que refirieron haber utilizado drogas alguna vez en su vida como entre quienes se habían abstenido de hacerlo. Enseguida, se evaluaron las diferencias existentes entre ambos grupos (pruebas *Chi cuadrada* de Pearson para diferencias de proporciones y *t* de Student para diferencias de medias).

La identificación de presuntos factores de riesgo del consumo de drogas alguna vez en la vida y durante los 30 días previos se realizó mediante la aplicación de un análisis de regresión logística (SPSS, método *Enter*), el cual permite estimar la probabilidad de incurrir en el uso de drogas ilegales.

les en las dos categorías señaladas a partir de la intensidad de los distintos trastornos de ajuste estudiados, controlando el efecto confundente de la interacción entre las variables independientes. Los modelos aplicados incluyeron como variables independientes o predictores los *índices de severidad* detectados en las ocho áreas de ajuste (**ISA**), así como las variables de *grado de estudios* (con el fin de establecer si la intensidad del Programa Preventivo debía ser distinta en cada uno de los grados de la educación secundaria) y *ocupación* (con el propósito de determinar si el hecho de *estudiar y trabajar* puede constituir un factor útil para la identificación de grupos de alto riesgo dentro de la comunidad estudiantil). Como variables dependientes se tomaron el uso de drogas alguna vez en la vida y durante el último mes. Por el contrario, se excluyeron del modelo las variables de *sexo* (no maleable y cuya distribución no supuso, en el análisis de proporciones previo, diferencias significativas entre usuarios de drogas y no usuarios), *edad* (no maleable, amén de que el diseño del Programa Preventivo la contempla en su definición de población objetivo) e índice de severidad global (**ISG**), en razón de que resulta poco específico para los fines de retroalimentar el diseño de los contenidos particulares del Programa.

Finalmente, se llevó a cabo un análisis de regresión lineal múltiple (SPSS, método *Enter*) para evaluar el peso predictivo de los distintos factores psicosociales estudiados (**ISA** de las áreas de *Conducta*, *Estado afectivo*, *Competencia social*, *Relaciones familiares*, *Desempeño escolar*, *Redes sociales* y *Actividades recreativas*) en relación con la intensidad del consumo de drogas (**ISA** del área de *Consumo de drogas*), como variable dependiente. Para la aplicación de este análisis se recodificaron las calificaciones **ISA** obtenidas originalmente, en función de seis valores de severidad, a fin de reducir la dispersión de las calificaciones e incrementar la fuerza del análisis. Asimismo, las calificaciones correspondientes a la escala de *Competencia social* se desglosaron en cinco factores (definidos de acuerdo a un análisis factorial, rotación Oblimin) con el propósito de identificar con mayor precisión cuál o cuáles de estos factores ejercían un efecto de riesgo o protector.

PRINCIPALES HALLAZGOS

CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS

En cuanto al género, la proporción de hombres que refirieron haber usado drogas ilegales alguna vez en la vida (59.3%) fue más alta que la de quienes se habían abstenido de hacerlo (54.7%), aunque esta diferencia no resultó estadísticamente significativa [**Anexo 1**, Cuadro 1]. Por el contrario, la edad media de los usuarios de drogas (14 años) fue significativamente mayor ($t=3.838$, $p<0.001$) que la de quienes no habían hecho uso de drogas (menos de 13 años cuatro meses) [**Anexo 1**, Cuadro 2].

De igual modo, se encontraron diferencias significativas en el grado de estudios. El 14, 27.1 y 58.9% de los usuarios de drogas cursaba el primero, segundo y tercer grados, respectivamente, contra 26.5, 24.3 y 49.2% de los no usuarios ($\chi^2=16.14$, $p<0.001$) [**Anexo 1**, Cuadro 3]. Finalmente, la proporción de usuarios de drogas que *estudiaban* y *trabajaban* fue significativamente más alta (24.5%) que la de quienes no las habían utilizado (10.4%; $\chi^2=38.24$, $p<0.001$) [**Anexo 1**, Cuadro 4].

CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS

Un 38% de los casos refirió haber consumido alguna sustancia psicoactiva alguna vez en la vida; 36.9% había hecho uso de tabaco y/o alcohol y 4.9% ($n=210$) de drogas ilegales [**Anexo 1**, Cuadro 5]. Consecuentemente, las sustancias cuyo uso registró una mayor prevalencia fueron el tabaco y el alcohol, con una prevalencia *total* (alguna vez en la vida) de 33.4 y 19.1%, y *actual* (30 días previos) de 11.8 y 7.5%, respectivamente. Entre las sustancias ilegales de mayor consumo figuraron la mariguana, los depresores con utilidad médica y los solventes inhalables (con una prevalencia *total* de 1.9% y *actual* de 0.5, 0.6 y 0.3%, respectivamente), así como la cocaína (prevalencia *total* de 1.5% y *actual* de 0.3%) [**Anexo 1**, Cuadro 6].

En coincidencia con los hallazgos de otros estudios (CIJ, 1995 y 1997a), el consumo de alcohol y tabaco fue notoriamente más alto entre los usuarios de drogas ilegales que entre quienes refirieron no haberlas utilizado. Entre los primeros, el consumo de tabaco alcanzó una prevalencia *total* y *actual* de 71 y 45.2%, respectivamente; entre los segundos, de 31.5 y 10.1%, respectivamente. La ingesta de bebidas alcohólicas ascendió entre los usuarios de drogas ilegales a 62.9%, alguna vez en la vida, y 34.3%, en el último mes; contra 16.9 y 6.2%, respectivamente, entre los no usuarios [**Anexo 1**, Cuadro 7].

AJUSTE PSICOSOCIAL

De acuerdo con los criterios establecidos para este estudio (cfr. *supra.*, p. 8), el índice de severidad global (**ISG**) de los trastornos de ajuste detectados en los últimos 12 meses tanto entre los estudiantes usuarios de drogas como entre los no usuarios se ubicó en el rango de severidad *moderada*. Sin embargo, el índice observado entre los usuarios (**ISG**=4.2) indica la existencia de trastornos significativamente más severos que los existentes entre el resto de la población (**ISG**=2.92; $t=15.077$, $p<0.001$). Cerca del 25% de quienes sostuvieron haber utilizado drogas alguna vez en su vida registró trastornos psicosociales de alta o muy alta severidad (**ISG** mayor de 5.0), mientras que 63.8% obtuvo índices de severidad moderada (**ISG** de 2.6 a 5.0) y 9.5% de baja intensidad (**ISG** de 0.1 a 2.5). El 1.9% restante no registró trastorno alguno [**Anexo 1**, Cuadro 8].

De igual manera, los índices de severidad por área (**ISA**) resultan en todos los casos significativamente más altos entre quienes habían utilizado drogas que entre quienes no lo habían hecho. En general, se ubican en un nivel de severidad *moderado*, aunque el **ISA** del área de *Conducta* correspondiente a usuarios de drogas muestra la existencia de trastornos del comportamiento de *alta* severidad. Por el contrario, los índices obtenidos en la escala de *Uso de drogas*^{*} indican que tanto los usuarios de drogas como los no usuarios presentaban trastornos de *baja* intensidad.

Cuadro 2. Índices de severidad de trastornos psicosociales identificados entre usuarios y no usuarios de drogas ilegales

Área de ajuste	ISA usuarios	ISA no usuarios	t ($p<0.001$)
Conducta	5.76	4.24	13.932
Estado afectivo y síntomas psicopatológicos	4.92	3.64	9.374
Competencia social	3.65	2.92	5.172
Relaciones familiares	4.27	3.87	4.165
Desempeño escolar	3.85	2.42	10.915

^{*} El índice de severidad del uso de drogas se aplica al grupo de "no usuarios" (casos que no reportaron haber utilizado drogas **ilegales**), en virtud de que la escala explora no sólo la intensidad del consumo de drogas ilegales sino también de bebidas alcohólicas.

Redes sociales	4.57	2.47	12.267
Actividades recreativas	4.35	2.98	10.145
Uso de drogas (incluyendo alcohol)	1.64	0.35	8.708

Los resultados anteriores reflejan la prevalencia, en el último año, de trastornos del comportamiento de alta severidad (**ISA** mayores de 5.0) en el 67.1% de los usuarios de drogas, principalmente en términos de un bajo control de impulsos, agresividad y propensión al *acting-out*. El 29% presentó trastornos de conducta moderadamente severos (**ISA** entre 2.6 y 5.0) y 3.8% de baja intensidad (**ISA** entre 0.1 y 2.5) [**Anexo 1**, Cuadro 9].

De igual modo, 44.7% presentó síntomas de ansiedad o depresión e incluso, en algunos casos, ideas obsesivas o de referencia, estados hipomaniacos, etc., con un **ISA** superior a 5.0. Con la excepción de un caso que no reportó alteraciones, el resto registró trastornos de intensidad moderada o baja en esta área [**Anexo 1**, Cuadro 10].

Asimismo, el 22.4% de los casos que habían consumido drogas mostró alteraciones en la interacción social (baja autoestima, baja asertividad, timidez y dificultades para socializar) con un **ISA** superior a 5.0, esto es, graves o muy graves. El 73.8% registró alteraciones moderadas o reducidas [**Anexo 1**, Cuadro 11].

Por otra parte, el 20.5% pertenecía a familias con signos severos de disfuncionalidad (antecedentes de problemas legales o consumo de sustancias, baja cohesión familiar, frecuentes conflictos, reglas poco claras e indiferencia de los padres). En cambio, el índice de disfuncionalidad de las familias del 78.5% se ubicaba entre 0.1 a 5.0, es decir, entre bajo y moderado [**Anexo 1**, Cuadro 12].

El 19.1% acusó trastornos severos en su desempeño escolar, con alteraciones tales como un bajo rendimiento académico, reducido interés y motivación por el estudio, ausentismo y problemas escolares ocasionados por el consumo de sustancias. El 51% registró trastornos de ajuste escolar moderados y 28.1% de baja intensidad [**Anexo 1**, Cuadro 13].

El 36.7% de los usuarios interactuaba frecuentemente con amigos con actitudes y conductas "desviadas" y antisociales e incluso pudiendo verse involucrados en el uso y venta de drogas (**ISA** mayores de 5.0). El 61%

pertenecía a redes disfuncionales con un **ISA** bajo o moderado. Adicionalmente, el 30.5% presentó altos índices de severidad en el área de uso del tiempo libre, acusando ocio, una escasa actividad física, aburrimiento, intereses poco definidos, participación en actividades fuera de la tutoría de personas adultas e incluso recurriendo al uso de sustancias con fines recreativos. El 66.7% presentó, en este mismo terreno, alteraciones de moderada o baja severidad.

Finalmente, en cuanto a la intensidad del uso de drogas ilegales y/o bebidas alcohólicas, se detectaron síntomas de dependencia, abstinencia o tolerancia de gravedad (**ISA** superiores a 5.0) en el 10.4% de los casos que afirmaron haber hecho uso de drogas ilegales. En el 50% se manifestaron patrones de consumo de intensidad baja o moderada.

A partir de los anteriores hallazgos se llevó a cabo un análisis de *regresión logística*, a fin de identificar presuntos factores de riesgo o protectores del consumo de drogas entre la población de estudio. Este análisis permite estimar, mediante el cálculo de *razones de posibilidades*, las probabilidades de que el uso de sustancias ilegales alguna vez en la vida y en el último mes pueda ocurrir a partir de la presencia de un determinado factor (p.e., trastornos conductuales, del estado afectivo, etc.), controlando el efecto de la interacción existente entre los factores estudiados y, por ende, contribuyendo a lograr una mayor precisión en la estimación del peso predictivo específico de cada factor.*

De esta manera, se pudo verificar que quienes presentaron trastornos de conducta en los últimos 12 meses (bajo control de impulsos, agresividad)

* La regresión se realizó mediante el método ENTER, el cual supone, primero, la inclusión en el modelo de la variable independiente que "explica" la mayor proporción de variabilidad de la variable dependiente. Enseguida se introduce la variable que explica la mayor proporción de la varianza *restante* y así sucesivamente, excluyendo la "redundancia", esto es, la correlación o interacción existente entre las variables predictoras.

Cabe señalar igualmente que los resultados obtenidos en la identificación de predictores del uso de drogas ilegales alguna vez en la vida coinciden en un 88.1% con los resultados esperados, mientras que los correspondientes al consumo en el último mes coinciden en un 91.7%. Sin embargo, debido a la disparidad del número de usuarios y no usuarios incluidos en la muestra, los resultados tienen un mayor peso predictivo para la población de no usuarios que para el grupo de usuarios.

tenían 1.2 veces más posibilidades de haber incurrido en el uso de drogas ilegales alguna vez en la vida que el resto de la población. Asimismo, quienes pertenecían a redes sociales disfuncionales tenían también 1.2 veces más probabilidades de haber usado drogas alguna vez en la vida y en el último mes.

De igual manera, los casos que presentaron una baja adherencia escolar y alteraciones de su desempeño académico tenían un riesgo 1.2 veces mayor de haber hecho uso de drogas ilegales en los últimos 30 días.

Finalmente, quienes registraron patrones de consumo más severos (incluyendo el consumo de alcohol) tenían 1.3 veces más posibilidades de haber utilizado drogas ilegales, tanto alguna vez en la vida como en el último mes, que aquéllos que no los registraron.

Como se puede observar en el cuadro siguiente, se encontró, por el contrario, que un mayor índice de severidad en la escala de *Competencia social* representaba un factor protector del uso de drogas (RP<1.0), tanto en lo referente a su uso alguna vez en la vida, como al consumo en los últimos 30 días. Esto pudiera explicarse —a título de hipótesis— en términos de que algún factor cultural hubiese intervenido en la interpretación de los reactivos que pretenden evaluar la asertividad y la seguridad en sí mismo, resultando que antes que medir la existencia de habilidades de comunicación asertiva o la autoconfianza reflejasen una actitud de desafío y una mayor extraversión (para un mayor esclarecimiento de estas hipótesis, cfr. *infra*, pp. 20-21). Consecuentemente, quienes, de acuerdo con esta hipótesis, presentaron una actitud menos desafiante o una mayor introversión se hallarían menos expuestos a la utilización de drogas (cfr. también **Anexo 2**, Cuadros 1 y 2).

Cuadro 3. Presuntos factores de riesgo (RP>1.0) o protectores (RP<1.0) del uso de drogas ilegales alguna vez en la vida y en el último mes

Factores	Razón de Posibilidades
	Alguna vez en la vida
Trastornos de conducta	1.218*
Baja competencia social	0.7704**
Pertenencia a redes sociales disfuncionales	1.1991**
Mayor intensidad del uso de drogas y/o alcohol	1.2590**

	Último mes
Baja competencia social	0.7387**
Baja adherencia escolar	1.2503*
Pertenencia a redes sociales disfuncionales	1.1872*
Mayor intensidad del uso de drogas y/o alcohol	1.2830**

* $p > 0.05$, ** $p > 0.001$

Adicionalmente, se aplicó un análisis de *regresión lineal múltiple* dirigido a estimar la correlación existente entre los índices de severidad detectados en las áreas de ajuste psicosocial estudiadas (**ISA** recodificados en seis rangos de severidad, de las áreas: *Estado afectivo*, *Competencia social*, *Relaciones familiares*, *Desempeño escolar*, *Redes sociales* y *Actividades recreativas*) y la intensidad del uso de drogas (**ISA** recodificado del área correspondiente). Además, con el propósito de ampliar el análisis del efecto paradójico observado en relación con la escala de *Competencia social* (a mayor competencia social, mayor riesgo de uso de drogas), en el modelo utilizado las calificaciones de esta área se descompusieron en los cinco siguientes factores (identificados con base en un análisis factorial con rotación Oblimin): baja asertividad, timidez, “falta de carácter”, dificultades para socializar y cuidado excesivo por la aceptación de los demás.

El análisis de regresión lineal múltiple permite establecer la trayectoria e inclinación de la recta de predicción del valor de la variable dependiente (intensidad del consumo de drogas y/o bebidas alcohólicas) en función de las calificaciones de las variables predictoras (**ISA** de las áreas de ajuste restantes). Esta recta está dada por los valores de una constante de intersección **a** (punto en que la recta interseca el eje de y) y del coeficiente de regresión **B** o **β** (puntos de la calificación cruda o estandarizada de cada una de las variables predictoras que corresponden a un incremento o decremento de un punto en la variable dependiente).

El modelo aplicado mostró una baja capacidad predictiva ($R^2=0.161$),* al tiempo que se observó una alta desviación estándar entre los residuos del

* El *coeficiente de determinación* R^2 define el valor predictivo del modelo, es decir, la proporción de varianza de la variable dependiente explicada por la influencia simultánea y combinada de las variables predictoras incluidas en el modelo. Cuanto más cercano a 1.0 es su valor, mayor poder explicativo tiene el modelo.

mismo ($DE=6.28$), en virtud de que se detectaron diversas relaciones de colinealidad. Por lo que no se puede asumir que las relaciones entre el conjunto de variables predictoras y la variable dependiente sean estrictamente lineales. Sin embargo, las correlaciones entre las variables predictoras (**ISA** recodificados) fueron relativamente bajas ($F=76.594$, $p>0.001$), lo cual permitió la discriminación de asociaciones significativas entre algunas de éstas y la intensidad del consumo.

Cuadro 4. Peso predictivo (valores β) de factores correlacionados con una mayor intensidad del consumo de drogas y/o bebidas alcohólicas

Factores predictores	β^{\ddagger}
Trastornos de conducta	0.014
Trastornos afectivos y otros síntomas psicológicos	0.052*
Baja asertividad	-0.034
Timidez	0.009
“Falta de carácter”	0.014
Dificultades para socializar	0.007
Cuidado excesivo por la aceptación de los demás	-0.026
Relaciones familiares disfuncionales	-0.023
Baja adherencia escolar	0.139**
Redes sociales disfuncionales	0.234**
Inadecuado uso del tiempo libre	0.090**

* $p > 0.05$, ** $p > 0.001$

De esta manera, una mayor intensidad del consumo de drogas se relacionó de manera significativa con una más frecuente interacción con amigos que tienden a incurrir en conductas antisociales y en el propio uso de sustancias ($\beta=0.243$), con una menor adherencia escolar ($\beta=0.139$), una mayor intensidad de trastornos afectivos y síntomas psicológicos ($\beta=0.052$) y mayores alteraciones del uso del tiempo libre ($\beta=0.09$). Estos hallazgos confirman lo obtenido en la evaluación de diferencias entre usuarios y no usuarios de drogas por área de ajuste, donde los factores señalados mostraron las diferencias más altas (cfr. **Cuadro 2**).

Como se puede observar, a pesar de que ninguno de los factores en que se descompuso la escala de *Competencia social* mostró una correlación sig-

[‡] Como se ha señalado, el coeficiente β indica el incremento, en puntuaciones estándar (puntuaciones z), en las variables predictoras incluidas en el modelo, correspondiente al aumento de una unidad en la variable dependiente. No obstante que el uso de puntuaciones estandarizadas permite la comparación entre las distintas variables predictoras controlando el efecto de calificaciones extremas, puede resultar inestable dado que suele variar de una muestra a otra.

nificativa con la intensidad del uso de drogas, sólo la relación de ésta con una “baja asertividad” y un “cuidado excesivo por la aceptación de los demás” fue negativa, esto es, ambos actuaron como factores protectores. De acuerdo con la hipótesis de que las respuestas al cuestionario pudiesen haberse visto influidas por un factor cultural, se puede sostener con una mayor certeza —gracias a la diferenciación de los componentes de la escala— que una “baja asertividad” pudiese reflejar en realidad una actitud protectora no desafiante, al tiempo que el mayor cuidado por la aceptación de los demás pudiese reflejar el efecto protector de un *locus* de control externo, frecuente en las pautas de interacción culturalmente establecidas entre la población mexicana (cfr. también **Anexo 2**, Cuadro 3).

DISCUSIÓN Y RECOMENDACIONES

Los resultados del presente estudio muestran que la versión del *Drug Use Screening Inventory (DUSI-R)* utilizada puede constituir, en general, un medio confiable para el estudio de la relación existente entre el uso de drogas ilegales y presuntos factores psicosociales de riesgo, entre estudiantes de educación media básica, uno de los principales sectores de la población objetivo del Programa Preventivo de CIJ. La única excepción digna de mención es el caso de la escala de *Relaciones familiares*, cuya baja confiabilidad hace necesario que los hallazgos obtenidos en esta materia deban ser considerados con reserva.

En particular, destacan las posibilidades que este instrumento brinda para el análisis de las complejas relaciones existentes entre el uso de drogas y los diversos factores psicosociales estudiados, así como su capacidad para proporcionar una evaluación global e integradora de la capacidad de ajuste de la población de interés, razón por la cual resulta también un medio útil para la retroalimentación y evaluación del Programa Preventivo institucional.

Por lo que se refiere a los hallazgos obtenidos, debe señalarse, en primer lugar, que la prevalencia total del uso de drogas entre los casos de la muestra (4.9%) resulta notoriamente inferior a los índices de consumo detectados en las encuestas realizadas con estudiantes de secundaria y bachillerato (SEP-IMP, 1991) y en otros estudios realizados por CIJ con poblaciones estudiantiles de similares características (CIJ, 1998a y 1998c). Ello puede explicarse debido a un posible sesgo generado por los propios criterios estipulados para la selección de la muestra, ya que —da-

da la condición de seleccionar escuelas donde no se hubiera realizado recientemente alguna actividad preventiva— existía una mayor posibilidad de que ingresaran a la muestra escuelas localizadas en zonas clasificadas como de *bajo riesgo*, donde la aplicación del Programa suele ser menos extensiva. No obstante, la prevalencia del uso de las principales sustancias reportadas (mariguana, depresores con utilidad médica, solventes inhalables y cocaína) confirma lo encontrado en otros estudios. Del mismo modo, la prevalencia del consumo de alcohol y tabaco —significativamente más alta entre quienes refirieron haber hecho uso de drogas ilegales alguna vez en la vida— confirma que su consumo constituye un importante correlato o factor de riesgo del uso de drogas. En razón de ello, cabe sostener que la prevención de las adicciones entre la comunidad escolar debe comprender estrategias orientadas a modificar las actitudes ante el uso de sustancias *en general*, sin obviar la aceptación social del consumo de alcohol y tabaco, ni los riesgos a que, por lo mismo, se hallan tempranamente expuestos niños y jóvenes.

Finalmente, hay que puntualizar que sólo una reducida porción de los jóvenes que reportaron haber utilizado alguna droga ilegal presentó síntomas de dependencia o tolerancia y trastornos ocasionados por el consumo (incluyendo la ingesta de bebidas alcohólicas).

Por lo que se refiere a las variables sociodemográficas, el hecho de que los usuarios de drogas hayan presentado una mayor edad y un más alto grado de estudios puede ser indicativo de que el efecto acumulativo de la exposición a la oferta de sustancias y a la presión de pares suponga un incremento del riesgo con el transcurso del tiempo. Ello implicaría la conveniencia de impulsar, sin omitir las intervenciones tempranas, el desarrollo de programas de atención más extensivos con los grupos de estudiantes de mayor edad y más alto grado de estudios.

Por otra parte, la asociación entre el uso de drogas ilegales y que los estudiantes trabajen además de estudiar puede constituir un parámetro útil para identificar en la práctica grupos de alto riesgo dentro de la comunidad escolar, con los cuales aplicar acciones preventivas centradas en factores de riesgo específicos (cfr. *infra*), así como programas “selectivos” de prevención de daños ocasionados por el uso de alcohol y/o tabaco o por el consumo experimental de sustancias ilegales. En este mismo sentido, cabe señalar la conveniencia de reintegrar a la versión utilizada del **DUSI**, la escala de *Desempeño laboral*, dado que permitiría ampliar el diagnóstico de la capacidad de ajuste de este particular grupo de estudiantes.

Por lo que respecta a la identificación y evaluación de los trastornos de ajuste, se puede sostener, considerando el contexto sociocultural de la población en estudio, que los índices de severidad detectados reflejan el predominio de trastornos de ajuste **moderados** y que, pese a que resultan más altos que la puntuación establecida por R. Tarter para la detección de trastornos clínicamente significativos (índices de severidad de 1.5 o mayores), parecen traducir una adecuada capacidad de ajuste. Cabe, así, reconocer la necesidad de ampliar en posteriores estudios el análisis de las propiedades psicométricas del instrumento, en particular mediante la valoración de su sensibilidad y especificidad para la identificación de los casos en que las alteraciones requieran atención terapéutica especializada.

No obstante lo anterior, resalta que una cuarta parte de los usuarios de drogas identificados presentaron índices de severidad global (**ISG**) superiores a 5.0, lo cual representa la probable existencia de trastornos de alta o muy alta severidad, suponiendo además diferencias significativas con los no usuarios. Ello confirma los hallazgos previos en el sentido de que la capacidad para responder a las demandas de ajuste del medio social es menor entre los jóvenes usuarios de drogas.

Debe también señalarse que los más altos índices de severidad (**ISA**) correspondieron, tanto entre usuarios como entre no usuarios, a las áreas relacionadas con trastornos de conducta (bajo control de impulsos, agresividad e inclinación al *acting-out*), trastornos psicológicos y afectivos (depresión y ansiedad) y relaciones familiares disfuncionales (evaluación basada, entre otros factores, en la percepción no sólo del carácter conflictivo de las relaciones familiares por parte de los propios entrevistados, sino también de una menor participación de los padres en los intereses, inquietudes y actividades de los jóvenes). De acuerdo con esto, los **ISA** más altos corresponderían a alteraciones y conflictos que con frecuencia suelen afectar a la población adolescente.*

* Entre los estudiantes que negaron haber hecho uso de drogas se observa una mayor capacidad de ajuste a las demandas propias del ámbito escolar, así como la existencia de interés y motivación por el estudio; la pertenencia a redes sociales funcionales y el predominio de habilidades sociales (asertividad, seguridad y confianza en sí mismo, etc.) acordes con un mejor desempeño en las áreas de las relaciones interpersonales y del uso del tiempo libre. Esto refleja la existencia de áreas específicas de oportunidad para el desarrollo y fortalecimiento de factores protectores, confirmando la importancia de promover la adherencia escolar, la

Estos resultados, aunados a las diferencias detectadas entre usuarios y no usuarios en todas las áreas de ajuste estudiadas, indican que el desarrollo de programas integrales de atención del problema entre la población estudiantil debe tomar en cuenta la convergencia de múltiples factores de riesgo. En particular, los altos **ISA** detectados entre usuarios de drogas en lo referente a trastornos de conducta, baja competencia social y adherencia escolar, pertenencia a redes sociales disfuncionales y uso inadecuado del tiempo libre, implicarían la conveniencia de aplicar acciones dirigidas a promover el control de impulsos hostiles y agresivos y el desarrollo de habilidades para las relaciones interpersonales, así como el de recursos para responder a demandas de ajuste escolar más exigentes y enfrentar los riesgos inherentes a la ampliación de las redes sociales del individuo y a la exposición a ofertas sociales de entretenimiento con frecuencia ajenas a propósitos propiamente re-creativos.

En este contexto, podría sostenerse que el bajo control de impulsos y la mayor tendencia al aislamiento, el deficiente manejo de los afectos y de las relaciones interpersonales, así como el empobrecimiento de las alternativas de disfrute del tiempo libre y la disfuncionalidad de las relaciones familiares, orillan a los jóvenes a vincularse con redes sociales disfuncionales, incrementándose el riesgo de incurrir en el uso de sustancias, o bien, a aislarse y utilizarlas como un elemento compensatorio. Por otro lado, podría suponerse, desde un punto de vista psicodinámico, que los trastornos de conducta, la baja adherencia escolar, el inadecuado uso del tiempo libre e incluso la pertenencia a redes sociales disfuncionales, reflejan, en última instancia, un estado de ansiedad depresiva reprimido, principalmente en el caso de los varones, debido a la influencia de condicionantes sociales y culturales. Ahora bien, la posibilidad de que los trastornos del estado de ánimo constituyan un factor de riesgo central exige su ulterior estudio —en sí y en su relación con otras alteraciones— e indicaría la necesidad de que la acción preventiva incluya, como componentes esenciales, la apertura de espacios estructurados para el abordaje y elaboración de afectos distímicos, y para la promoción del desarrollo de estrategias personales de afrontamiento de factores estresores y experiencias de pérdida de objeto o traumáticas.

Ante lo anterior, resultaría pertinente que los programas de prevención de las adicciones entre estudiantes de educación secundaria contemplen, en

asertividad y la autoestima, así como de considerar a la escuela como espacio privilegiado para la labor preventiva institucional.

un primer lugar, la promoción del desarrollo de recursos y habilidades de ajuste, es decir, de la *resiliencia* entendida como la capacidad de hacer frente de una manera adaptativa y flexible a circunstancias y factores de riesgo. De acuerdo con lo anteriormente señalado, ello puede significar promover el *desarrollo de habilidades* para la contención de conductas impulsivas y para la resolución de conflictos familiares e interpersonales; para la adopción de una actitud asertiva basada en la confianza y seguridad en sí mismo (diferenciada de posiciones reactivas de desafío y agresivas); para lograr una más adecuada integración al grupo de pares, incluyendo la capacidad de resistir las presiones del mismo; para la aplicación de técnicas y habilidades de aprendizaje y desarrollar una mayor motivación por el estudio; para el aprovechamiento de alternativas recreativas, deportivas, culturales y sociales que permitan diversificar y orientar adecuadamente el uso del tiempo libre; etc.

En segundo lugar, la prevención del uso de drogas debe considerar la severidad de factores de riesgo tales como la conflictiva familiar y la escasa involucración paterna, o bien, el uso de drogas y los antecedentes de conductas antisociales entre los miembros de la familia y el grupo de pares, e incorporar el desarrollo de estructuras de apoyo que permitan reducir su impacto mediante el desarrollo de *acciones y factores protectores*. Adquiere, así, particular importancia la orientación y capacitación de maestros y padres de familia para comprender e identificar tempranamente los trastornos psicosociales que afectan el desarrollo de los jóvenes, modificar sus actitudes y orientar su intervención en el hogar y en el medio escolar de una manera oportuna.

La aplicación de este doble enfoque de fortalecimiento de la resiliencia y los factores protectores debe comprender programas de carácter *universal*, dirigidos a la población general y centrados en la atención de factores de riesgo propiamente dichos, es decir, factores que están en el origen del problema (entre los que se pueden contar los predictores del uso de drogas alguna vez en la vida identificados en el presente estudio, a saber: trastornos de conducta, uso de sustancias lícitas y pertenencia a redes sociales disfuncionales), y programas *selectivos*, dirigidos a grupos de alto riesgo entre los cuales puede haber ya aparecido el consumo experimental de drogas ilegales, para prevenir el desarrollo del problema mediante un especial énfasis en factores predictores del desarrollo de patrones de consumo más intensos (de acuerdo con los resultados de este estudio: baja adherencia escolar, pertenencia a redes disfuncionales y uso frecuente e

intenso de sustancias, así como trastornos afectivos y un inadecuado uso del tiempo libre).

Por último, cabe señalar que la incertidumbre resultante de los hallazgos obtenidos en el área de *Competencia social* exige ampliar el estudio de los factores de asertividad, pautas de interacción, etc., mediante el desarrollo de instrumentos que permitan discriminar entre pautas de conducta desadaptativas (p.e., actitudes de desafío) y adaptativas (asertividad, seguridad en sí mismo, etc.), así como explorar el posible efecto protector de pautas de interacción culturalmente moldeadas (p.e., el predominio de un *locus* de control externo).

En síntesis, los hallazgos del presente estudio confirman los resultados de investigaciones previas, en el sentido de que el uso de drogas se encuentra asociado con diversos trastornos de ajuste psicosocial, apoyando la importancia de incorporar en las actividades preventivas realizadas con jóvenes estudiantes —principalmente en los programas de *Orientación* dirigidos a alumnos de educación secundaria— temas y actividades relacionados con el desarrollo de recursos y habilidades de ajuste (con especial énfasis en recursos y habilidades para el control de impulsos y el manejo de la agresividad en las relaciones interpersonales; el manejo de los afectos y el afrontamiento de estados y factores de ansiedad y depresión; el desarrollo de redes sociales y relaciones prosociales y de recursos para enfrentar la presión del grupo de pares; y un adecuado uso y disfrute del tiempo libre). En este contexto, las aportaciones del presente estudio al conocimiento del problema y de sus implicaciones psicosociales como al diseño y aplicación de estrategias preventivas basadas en el abordaje de factores de riesgo o protectores susceptibles de ser modificados, permitirán contar con mejores herramientas para enfrentar el uso de drogas y sentar bases más firmes para la promoción del adecuado desarrollo psicosocial de los jóvenes mexicanos.

REFERENCIAS

- Álvares Cáceres, R. (1995), **Estadística multivariante y no paramétrica con SPSS, aplicación a las ciencias de la salud**, Ed. Díaz de Santos, Madrid, 1995.
- Centros de Integración Juvenil, Subdirección de Investigación (1995), *Encuesta con poblaciones de alumnos de educación primaria y se-*

cundaria y padres de familia, Estudio Básico de Comunidad Objetivo, informe interno, México, 1995.

- Centros de Integración Juvenil, Subdirección de Investigación (1996), *Evaluación de resultados de proyectos de información preventiva. Informe de investigación no. 97-14*. México, 1997
- Centros de Integración Juvenil, Subdirección de Prevención (1997a), “Listado de factores de riesgo y protección”, documento interno, México, 1998.
- Centros de Integración Juvenil, Subdirección de Investigación (1997b), *Correlatos psicosociales del abuso y dependencia a drogas*, informe interno, México, 1997.
- Centros de Integración Juvenil, Subdirección de Investigación (1998a), *Prevalencia del uso de sustancias psicoactivas entre estudiantes de 10 a 18 años residentes en los municipios de Tlaquepaque y Tonalá, 1996-1997, Informe de investigación no. 98-01*, México, 1998.
- Centros de Integración Juvenil, Subdirección de Investigación (1998b), *Estudio epidemiológico del consumo de drogas entre pacientes de primer ingreso a tratamiento en CIJ en 1997, Informe de Investigación no. 98-02*, México, 1998.
- Centros de Integración Juvenil, Subdirección de Investigación (1998c), *Prevalencia del uso de drogas, redes de apoyo y bienestar psicosocial entre alumnos de escuelas secundarias de la delegación Álvaro Obregón, Informe de Investigación no. 98-03*, México, 1998.
- Centros de Integración Juvenil, Subdirección de Investigación (1998d), *Características sociodemográficas y de consumo de drogas en pacientes de primer ingreso a tratamiento en CIJ entre 1990 y 1997, Informe de Investigación no. 98-12*, México, 1998.
- Centros de Integración Juvenil, Subdirección de Investigación (1998e), *Elementos para la evaluación de resultados del Programa de Atención Curativa, Informe de Investigación no. 98-14*, México, 1998.
- Centros de Integración Juvenil, Dirección de Prevención (1999), *La atención preventiva en el Programa “Para vivir sin drogas” de Centros de Integración Juvenil*, documento interno, México 1999.

- Díaz, A., y L. Sandí (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. *Testing theory through developmental epidemiologically based prevention research*. **National Institute on Drug Abuse Research Monograph no. 139**, pp. 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. Diagnóstico, tendencias, acciones**, Secretaría de Salud-CONADIC, México, 1999.
- Secretaría de Salud (1993), **Encuesta Nacional de Adicciones**, tomo IV: **Drogas ilegales**, Secretaría de Salud, México, 1994.
- Secretaría de Educación Pública, Instituto Mexicano de Psiquiatría (1991), **Encuesta nacional sobre el uso de drogas entre la comunidad escolar**, Reporte estadístico, Comparativo estatal, México, 1991.
- 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 no. 26**, pp. 303-330.

- SPSS (1997). **Guía del usuario del Sistema base de SPSS 7.5, para Windows.** SPSS Inc., Chicago, 1997.
- SPSS (1997). **Estadísticas profesionales de SPSS 7.5.** SPSS Inc., Chicago, 1997.

CUADROS DE FRECUENCIAS

CUADRO 1. DISTRIBUCIÓN POR GÉNERO DE LA MUESTRA DE USUARIOS Y NO USUARIOS DE DROGAS ILEGALES

	Usuarios (n=210)		No Usuarios (n=4,114)	
	Frec.	%	Frec.	%
Masculino	124	59.3	2,234	54.7
Femenino	85	40.7	1,849	45.3
Sin inf.	1	Se omite	31	Se omite

CUADRO 2. DISTRIBUCIÓN POR EDAD DE LA MUESTRA DE USUARIOS Y NO USUARIOS DE DROGAS ILEGALES

	Usuarios (n=210)		No Usuarios (n=4,114)	
	Frec.	%	Frec.	%
10 años	—	—	1	0.0
11 años	2	0.9	128	3.1
12 años	16	7.7	752	18.5
13 años	44	21.3	1,100	27.1
14 años	73	35.3	1,389	34.2
15 años	49	23.7	518	12.7
16 a 18 años	23	11.1	177	4.3
Sin inf.	3	Se omite	49	Se omite

CUADRO 3. DISTRIBUCIÓN POR GRADO DE ESTUDIOS DE LA MUESTRA DE USUARIOS Y NO USUARIOS DE DROGAS ILEGALES

	Usuarios (n=210)		No Usuarios (n=4,114)	
	Frec.	%	Frec.	%
Primero de sec.	29	14.0	1,074	26.5
Segundo de sec.	56	27.1	986	24.3
Tercero de sec.	122	58.9	1,999	49.2
Sin inf.	3	Se omite	55	Se omite

CUADRO 4. DISTRIBUCIÓN POR OCUPACIÓN DE LA MUESTRA DE USUARIOS Y NO USUARIOS DE DROGAS ILEGALES

	Usuarios (n=210)		No Usuarios (n=4,114)	
	Frec.	%	Frec.	%
Sólo estudia	148	75.5	3,495	89.6
Estudia y trabaja	48	24.5	404	10.4
Sin inf.	14	Se omite	215	Se omite

CUADRO 5. PREVALENCIA TOTAL (ALGUNA VEZ EN LA VIDA) DEL USO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS

	Frec.	%
Uso de drogas legales y/o ilegales	1,643	38.0
Uso de drogas legales	1,597	36.9
Uso de drogas ilegales	210	4.9

CUADRO 6. PREVALENCIA TOTAL Y ACTUAL DEL USO DE DROGAS, POR SUSTANCIA

	Alguna Vez en la Vida		Últimos 30 días	
	Frec.	%	Frec.	%
Tabaco	1,444	33.4	512	11.8
Alcohol	828	19.1	326	7.5
Mariguana	80	1.9	23	0.5
Solventes inhalables	81	1.9	11	0.6
Cocaína	67	1.5	15	0.3
Depresores con utilidad médica	82	1.9	21	0.5
Anfetaminas	50	1.2	15	0.3
Alucinógenos	40	0.9	8	0.2
Heroína	26	0.6	4	0.1
Otras sustancias	48	1.1	12	0.3

CUADRO 7. PREVALENCIA TOTAL Y ACTUAL DEL USO DE TABACO Y ALCOHOL ENTRE USUARIOS Y NO USUARIOS DE DROGAS ILEGALES

	Alguna vez en la vida				Últimos 30 días			
	No Usuarios (n=4,114)		Usuarios (n=210)		No Usuarios (n=4,114)		Usuarios (n=210)	
	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%
Tabaco*	1,295	31.5	149	71.0	417	10.1	95	45.2
Alcohol**	696	16.9	132	62.9	254	6.2	72	34.3

* Diferencias de proporciones "alguna vez en la vida": $\chi^2=139.973$, $p<0.001$; "últimos 30 días": $\chi^2=235.836$, $p<0.001$.

** Diferencias de proporciones "alguna vez en la vida": $\chi^2=272.356$, $p<0.001$; "últimos 30 días": $\chi^2=226.507$, $p<0.001$.

CUADRO 8. ÍNDICES DE SEVERIDAD GLOBAL ENTRE USUARIOS Y NO USUARIOS DE DROGAS ILEGALES

	Usuarios (n=210)		No Usuarios (n=4,114)	
	Frec.	%	Frec.	%
Muy alta	2	1.0	4	0.1
Alta	50	23.8	181	4.4
Moderada	134	63.8	2,165	52.6
Baja	20	9.5	1,659	40.3
Ausencia de trastornos	4	1.9	105	2.6

CUADRO 9. ÍNDICES DE SEVERIDAD DEL ÁREA DE CONDUCTA ENTRE USUARIOS Y NO USUARIOS DE DROGAS ILEGALES

	Usuarios (n=210)		No Usuarios (n=4,114)	
	Frec.	%	Frec.	%
Muy alta	19	9.0	100	2.4
Alta	122	58.1	1,103	26.8
Moderada	61	29.0	2,022	49.1
Baja	8	3.8	866	21.1
Ausencia de trastornos	—	—	23	0.6

CUADRO 10. ÍNDICES DE SEVERIDAD DEL ÁREA DE *ESTADO AFECTIVO* Y OTROS SÍNTOMAS PSICOPATOLÓGICOS ENTRE USUARIOS Y NO USUARIOS DE DROGAS ILEGALES

	Usuarios (n=210)		No Usuarios (n=4,114)	
	Frec.	%	Frec.	%
Muy alta	15	7.1	67	1.6
Alta	79	37.6	865	21.0
Moderada	82	39.0	1,722	41.9
Baja	33	15.7	1,345	32.7
Ausencia de trastornos	1	0.5	115	2.8

CUADRO 11. ÍNDICES DE SEVERIDAD DEL ÁREA DE *COMPETENCIA SOCIAL* ENTRE USUARIOS Y NO USUARIOS DE DROGAS ILEGALES

	Usuarios (n=210)		No Usuarios (n=4,114)	
	Frec.	%	Frec.	%
Muy alta	9	4.3	100	2.4
Alta	378	18.1	415	10.1
Moderada	91	43.3	1,671	40.6
Baja	64	30.5	1,622	39.4
Ausencia de trastornos	8	3.8	306	7.4

CUADRO 12. ÍNDICES DE SEVERIDAD DEL ÁREA DE *RELACIONES FAMILIARES* ENTRE USUARIOS Y NO USUARIOS DE DROGAS ILEGALES

	Usuarios (n=210)		No Usuarios (n=4,114)	
	Frec.	%	Frec.	%
Muy alta	4	1.9	34	0.8
Alta	39	18.6	481	11.7
Moderada	146	69.5	3,070	74.6
Baja	19	9.0	479	11.6
Ausencia de trastornos	2	1.0	50	1.2

CUADRO 13. ÍNDICES DE SEVERIDAD DEL ÁREA DE *DESEMPEÑO ESCOLAR* ENTRE USUARIOS Y NO USUARIOS DE DROGAS ILEGALES

	Usuarios (n=210)		No Usuarios (n=4,114)	
	Frec.	%	Frec.	%
Muy alta	5	2.4	11	0.3
Alta	35	16.7	192	4.7
Moderada	107	51.0	1,349	32.8
Baja	59	28.1	2,337	56.8
Ausencia de trastornos	4	1.9	225	5.5

CUADRO 14. ÍNDICES DE SEVERIDAD DEL ÁREA DE *REDES SOCIALES* ENTRE USUARIOS Y NO USUARIOS DE DROGAS ILEGALES

	Usuarios (n=210)		No Usuarios (n=4,114)	
	Frec.	%	Frec.	%
Muy alta	34	16.2	70	1.7
Alta	43	20.5	293	7.1
Moderada	90	42.9	1,355	32.9
Baja	38	18.1	1,901	46.2
Ausencia de trastornos	5	2.4	495	12.0

CUADRO 15. ÍNDICES DE SEVERIDAD DEL ÁREA DE *ACTIVIDADES RECREATIVAS* ENTRE USUARIOS Y NO USUARIOS DE DROGAS ILEGALES

	Usuarios (n=210)		No Usuarios (n=4,114)	
	Frec.	%	Frec.	%
Muy alta	9	4.3	40	1.0
Alta	55	26.2	418	10.2
Moderada	94	44.8	1,468	35.7
Baja	46	21.9	1,876	45.6
Ausencia de trastornos	6	2.9	312	7.6

CUADRO 16. ÍNDICES DE SEVERIDAD DEL ÁREA DE USO DE DROGAS Y/O DE BEBIDAS ALCOHÓLICAS ENTRE USUARIOS Y NO USUARIOS DE DROGAS ILEGALES

	Usuarios (n=210)		No Usuarios (n=4,114)	
	Frec.	%	Frec.	%
Muy alta	3	1.4	5	0.1
Alta	19	9.0	27	0.7
Moderada	35	16.7	128	3.1
Baja	70	33.3	813	19.8
Ausencia de trastornos	83	39.5	3,141	76.3

ANEXO 2

CUADRO 1. RESULTADOS DEL ANÁLISIS DE REGRESIÓN LOGÍSTICA PARA LA IDENTIFICACIÓN DE PRESUNTOS FACTORES DE RIESGO O PROTECTORES DEL USO DE DROGAS ILEGALES ALGUNA VEZ EN LA VIDA (MÉTODO *ENTER*)

FACTORES	B	DE	Wald	gl	p	R	Exp (B)*
Grado de estudios	.1864	.1418	1.7272	1	.1888	.0000	1.2049
Ocupación	.3476	.2223	2.4445	1	.1179	.0245	1.4156
Trastornos de conducta	.1972	.0843	5.4711	1	.0193	.0685	1.2180
Trastornos afectivos y otros síntomas psicológicos	-.0486	.0805	0.3646	1	.5460	.0000	0.9525
Baja competencia social	-.2609	.0665	15.379	1	.0001	-.1344	0.7704
Relaciones familiares disfuncionales	-.0689	.0774	0.7929	1	.3732	.0000	0.9334
Baja adherencia escolar	.1274	.0771	2.7336	1	.0983	.0315	1.1359
Pertenencia a redes sociales disfuncionales	.1816	.0626	8.4030	1	.0037	.0930	1.1991
Inadecuado uso del tiempo libre	.1109	.0676	2.6944	1	.1007	.0306	1.1173
Mayor intensidad del uso de drogas y/o alcohol	.2303	.0609	14.2983	1	.0002	.1289	1.2590
Constante	-4.567	.6041	57.144	1	.0000		

* Razón de posibilidades.

CUADRO 2. RESULTADOS DEL ANÁLISIS DE REGRESIÓN LOGÍSTICA PARA LA IDENTIFICACIÓN DE PRESUNTOS FACTORES DE RIESGO O PROTECTORES DEL USO DE DROGAS ILEGALES EN LOS ÚLTIMOS 30 DÍAS (MÉTODO ENTER)

FACTORES	B	DE	Wald	gl	p	R	Exp (B)*
Grado de estudios	.2344	.1726	1.8434	1	.1745	.0000	1.2641
Ocupación	.3997	.2565	2.4268	1	.1193	.0275	1.4913
Trastornos de conducta	.1402	.1009	1.9316	1	.1646	.0000	1.1505
Trastornos afectivos y otros síntomas psicológicos	-.0180	.0953	0.0356	1	.8504	.0000	0.9822
Baja competencia social	-.3029	.0786	14.8386	1	.0001	-.1506	0.7387
Relaciones familiares disfuncionales	.0065	.0905	0.0052	1	.9425	.0000	1.0065
Baja adherencia escolar	.2233	.0899	6.1742	1	.0130	.0859	1.2503
Pertenencia a redes sociales disfuncionales	.1716	.0752	5.2011	1	.0226	.0752	1.1872
Inadecuado uso del tiempo libre	.0095	.0802	0.0139	1	.9060	.0000	1.0095
Mayor intensidad del uso de drogas y/o alcohol	.2492	.0695	12.8396	1	.0003	.1384	1.2830
Constante	-5.195	.7303	50.607	1	.0000		

* Razón de posibilidades.

CUADRO 3. RESULTADOS DEL ANÁLISIS DE REGRESIÓN LINEAL MÚLTIPLE PARA LA IDENTIFICACIÓN DE PREDICTORES DE LA INTENSIDAD DEL USO DE DROGAS ILEGALES Y/O BEBIDAS ALCOHÓLICAS (MÉTODO ENTER)

FACTORES	<u>Coefficientes no estandarizados</u>		<u>Coefficientes estandarizados</u>			I.C. 95% para B	
	B	Error típico	β	t	p	Lim. inf.	Lim. sup.
Trastornos de conducta	9.663	.013	.014	0.731	.465	-.016	.036
Trastornos afectivos y otros síntomas psicológicos	3.360	.013	.052	2.554	.011	.008	.059
Baja asertividad	-1.403	.008	-.034	-1.841	.066	-.029	.001
Timidez	3.884	.007	.009	0.524	.600	-.011	.018
“Falta de carácter”	5.215	.006	.014	0.923	.356	-.006	.016
Dificultad para socializar	2.856	.006	.007	0.461	.645	-.009	.015
Cuidado excesivo por la aceptación de los demás	-9.152	.005	-.026	-1.714	.087	-.020	.001
Relaciones familiares disfuncionales	-2.048	.014	-.023	-1.502	.133	-.047	.006
Baja adherencia escolar	.111	.014	.139	7.768	.000	.083	.139
Pertenencia a redes sociales disfuncionales	.143	.011	.234	13.161	.000	.122	.164
Inadecuado uso del tiempo libre	5.591	.011	.090	5.295	.000	.035	.077
Constante	-.235	.037	—	-6.327	.000	-.308	-.163