Correlatos psicosociales del abuso y dependencia de drogas entre jóvenes mexicanos

David Bruno Díaz-Negrete,[1] Jorge Luis Arellanez-Hernández,[1] Verónica Pérez-Islas,[1] Fernando A. Wagner[2]

[1]Centros de Integración Juvenil
[2]School of Community Health and Policy. Center for the Study and Prevention of Drug Use, Morgan State University

Comunicación con:
David Bruno Díaz-Negrete.
Tel: (55) 5999 4949, extensión 7759.
Fax: (55) 5999 7707.
Correo electrónico: investigacion@cij.gob.mx

Fernando A. Wagner.
Tel. (443) 885 4518.
Fax: (443) 885 8262.
Correo electrónico: fernando.wagner@.morgan.edu

RESUMEN

Objetivo: este estudio pretende probar que las posibilidades de abuso o dependencia de drogas son mayores entre jóvenes con un modelo maladaptativo para afrontar el estrés y aliviar la ansiedad y la depresión.

Métodos: estudio de casos y controles, con tres controles pareados a cada caso según edad, sexo y colonia de residencia. La muestra comprendió 218 jóvenes con abuso o dependencia de drogas ilícitas y 677 no usuarios.

Resultados: comparados con los no usuarios, los jóvenes con abuso y dependencia tuvieron síntomas más elevados de depresión y alta tensión psicosocial derivada de un ajuste escolar maladaptativo. Hay mayores posibilidades de dependencia de drogas entre quienes señalan cohesión y adaptabilidad familiar maladaptativas y presentan estrés de alto impacto relacionado con separaciones familiares o con problemas de comunicación familiar.

Conclusiones: los hallazgos indican que el abuso y dependencia de drogas están relacionados con indicadores de ajuste maladaptativo, con el deterioro de las relaciones familiares y con signos de malestar afectivo. La diversidad de factores identificados confirma la conveniencia de aplicar modelos multifactoriales para la comprensión del fenómeno.

SUMMARY

Objective: to test that drug abuse and dependence would be greater among those who have: higher depression, a family with dysfunctional cohesion and adaptability, greater exposure to stressful situations; maladaptive coping strategies.

Methods: a case-control study design was used, with three controls matched to each case by on age, sex, and neighborhood of residence. The sample included 218 cases and 677 controls.

Results: cases of drug abuse and dependence were estimated to have higher odds of elevated depression symptoms, as well as high psychosocial stress from maladaptive school adjustment, compared to controls. Cases of drug dependence had higher odds to maladaptive family cohesion and adaptation, as well as higher odds of exposure to high-impact stress related to family separations, as well as family communication problems.

Conclusions: findings indicate that drug abuse and dependence are significantly related to maladaptative adjustment indicators, family disfunctionality and affective disorders.

Recibido: 18 de junio de 2008

Aceptado: 20 junio de 2008

Palabras clave
adolescente
trastornos relacionados con sustancias
estrés
depresión
familia

Key words
adolescent
substance-related disorders
stress
depression
family

Introducción

Diversos indicadores de salud pública indican que el uso de drogas ha crecido de manera importante en México. Datos recientes indican que la prevalencia total del uso de drogas ilícitas en población mayor de 12 años alcanza niveles cercanos a 20 % en ciudades como Tijuana y Ciudad Juárez,* y 15 % en el Distrito Federal.[1] Así mismo, las encuestas con estudiantes indican que la prevalencia total llega a cerca de 31 % en estudiantes de bachillerato de la ciudad de Aguascalientes, y a cerca de 25 % en el mismo grupo en ciudades como el Distrito Federal y Querétaro.[2] Aunados a esta creciente magnitud del problema, se han desarrollado nuevos patrones

* Sesión de trabajo del Observatorio Mexicano en Tabaco, Alcohol y Drogas, por el Mtro. Jorge Villatoro del Instituto Nacional de Psiquiatría. Distrito Federal, México, septiembre de 2006.

de consumo caracterizados por aumento del uso de cocaína (principalmente en la forma de crack) y metanfetaminas.[3,4]

Tomando en cuenta estas tendencias, resalta la necesidad de identificar factores modificables que podrían ser abordados mediante intervenciones de salud pública. Con tal propósito, el presente estudio busca aportar nueva luz acerca de las relaciones entre el abuso y dependencia de drogas y factores como depresión, relaciones familiares disfuncionales, exposición a factores estresores y percepción de su impacto, y estrategias de afrontamiento del estrés, mediante un abordaje epidemiológico cuidadosamente diseñado con una muestra de jóvenes mexicanos. Como punto de partida se tomó la idea de que el involucramiento en el uso de drogas es un proceso maladaptativo para afrontar el estrés e intentar aliviar la ansiedad y depresión.[5-8] Sin embargo, el modelo fue enriquecido para incluir otras variables con base en su importancia documentada y en atención a su posible relevancia para el desarrollo de intervenciones de salud.

La literatura identifica la depresión y los trastornos de ansiedad como importantes correlatos del uso de drogas, ya sea como factores de riesgo, condiciones coocurrentes o asociadas al mantenimiento y escalamiento del consumo, como consecuencias negativas, o bien, como síntomas de deprivación.[9-14] Así mismo, mucho se ha discutido acerca de las características de la familia, calidad de los vínculos familiares, supervisión y apoyo parental, y uso de drogas; la literatura describe a las familias de personas con problemas de uso de drogas como demasiado rígidas o desorganizadas, así como poco o demasiado cohesionadas, con relaciones conflictivas y apoyo afectivo y monitoreo parental reducidos.[15-19]

La exposición a eventos estresantes, así como la percepción de su impacto ha sido también reconocida como un factor de riesgo.[20-23] Igualmente, la manera de percibir y enfrentar dichos eventos parece relacionarse con el involucramiento en el uso de drogas.[24] La comparación entre jóvenes que no han usado drogas y quienes sí lo han hecho revela que los no usuarios tienen un repertorio de estrategias de afrontamiento más efectivo, diverso y flexible, comparados con sus contrapartes que han usado drogas;[25-28] el mismo predominio de estrategias de afrontamiento maladaptativas puede interferir con los intentos por abandonar el consumo y dificultar el desarrollo de adecuadas alternativas de ajuste.[13,14] Adicionalmente, la investigación ha mostrado que algunos jóvenes usan drogas como un intento de modificar la percepción de factores estresantes.[28-30]

La mayor parte de las investigaciones acerca del uso de drogas y los factores psicosociales descritos ha sido desarrollada en países industrializados y es posible que sus hallazgos no correspondan necesariamente con las características de las poblaciones en América Latina. En razón de ello, el presente estudio fue diseñado para probar con una muestra de jóvenes mexicanos, la hipótesis de que el abuso y dependencia de drogas son mayores entre quienes tienen síntomas elevados de depresión, una familia con cohesión y adaptación disfuncionales, mayor exposición a eventos estresantes y estrategias de afrontamiento maladaptativas.

Métodos

Estudio de casos y controles, con tres controles pareados a cada caso en cuanto a edad, sexo y colonia de residencia, a fin de remover la posible confusión derivada de factores culturales y del desarrollo, así como la posible influencia de factores socioambientales que pudiesen confundir la relación entre las variables seleccionadas y el uso de drogas.[31] Detalles acerca del diseño del estudio y un reporte preliminar de análisis bivariados se puede encontrar en Arellanez y colaboradores.[32]

La muestra consistió en 218 jóvenes con uso de drogas ilícitas y 677 jóvenes que nunca las habían consumido. Se utilizaron dos definiciones de caso, a fin de explorar posibles diferencias por nivel de involucramiento en el uso de drogas entre jóvenes de 10 a 18 años de edad que buscaron atención por problemas de uso de drogas y que satisficieron los criterios de *abuso de drogas* (n = 117) o *dependencia a drogas* (n = 103), según el Manual Diagnóstico y Estadístico de la Asociación Americana de Psiquiatría, cuarta edición (DSM-IV).[33] Cabe destacar que el grupo de edad fue definido entre 10 y 18 años a fin de acortar el tiempo entre el inicio de uso de drogas y el involucramiento maladaptativo en el mismo.

En los criterios de exclusión se estableció la inaceptabilidad de sujetos intoxicados o que cursaran síntomas significativos de deprivación, aquellos para quienes se consideró que participar en el estudio podría afectar el curso de su tratamiento, así como jóvenes que no tenían un hogar o vivían en "casa-hogar" o internado. Los controles fueron definidos como jóvenes que nunca habían usado drogas y nunca habían tenido problemas de abuso o dependencia al alcohol (n = 677). Dada la mayor dificultad para identificar casos (especialmente respecto a los controles) y con base en lo recomendado

por Schlesselman,[34] se estableció un número de tres controles para cada caso a fin de optimar la eficiencia estadística del estudio y para contar con un poder estadístico mayor de 80 % para probar las hipótesis bajo un nivel de $p < 0.05$ de probabilidad.[35]

Los casos fueron reclutados entre pacientes que por primera vez buscaron tratamiento no residencial por problemas de uso de drogas en una institución no gubernamental de tratamiento de la farmacodependencia, con 18 unidades de tratamiento en la Ciudad de México. La entrevista de admisión al tratamiento incluyó una cédula de tamizaje de 19 reactivos que operacionalizan los criterios del DSM-IV para abuso y dependencia y que fue objeto de una prueba piloto previa, con una confiabilidad de 0.996. Cuando los criterios de elegibilidad de casos fueron satisfechos, los pacientes recibieron una invitación a participar en el estudio. Para obtener su consentimiento informado, se les aclaró que su decisión de participar o no en el estudio no tendría ninguna consecuencia en el tratamiento, que su participación era voluntaria y que la información sería confidencial. Personal especialmente entrenado para el presente estudio se trasladó al centro de tratamiento para conducir, cara a cara y en privado, la entrevista de investigación.

Constructos y mediciones

Los datos fueron recogidos utilizando un cuestionario estandarizado de 74 reactivos. No se incluyeron datos de identificación personal. Las secciones de este instrumento comprendieron:

- *Síntomas de depresión*. Se utilizó una versión en español del CES-D (*Center for Epidemiologic Studies Depresssion Scale*), validada para población mexicana, mostrando un aceptable nivel de confiabilidad;[36,37] en este estudio el índice de confiabilidad observado fue de 0.79. La puntuación de la escala fue recodificada en una variable dicotómica con el umbral definido sobre la media más una desviación estándar.[38]
- *Cohesión y adaptabilidad familiar*. Se adaptó el Faces-III (*Family and Cohesion Evaluation Scales*, versión III) de Olson y colaboradores,[39-42] instrumento de 20 reactivos que operacionalizan el modelo circumplejo de la estructura y funcionamiento familiar, con un nivel de confiabilidad de 0.82 en el presente estudio. Según el modelo circumplejo, las puntuaciones extremas y sus combinaciones reflejan características familiares maladaptativas (rigidez y caos, desligamiento y amalgamiento), mientras que las puntuaciones intermedias reflejan estructuras y formas de funcionamiento más adaptativas. Así, las puntuaciones de la escala fueron dicotomizadas para indicar problemas estructurales y de funcionamiento familiar.
- *Exposición a eventos estresantes*. Se midió mediante un inventario especialmente preparado para este estudio, basado en las categorías del DSM para eventos de vida, así como en el cuestionario de estresores psicosociales desarrollado por González.[25] Este inventario tuvo un índice de confiabilidad de 0.80 e incluyó 23 reactivos que valoran la presencia e impacto percibido de eventos estresantes durante el último año en las siguientes áreas: experiencias de separación o ruptura del núcleo familiar, problemas severos de comunicación familiar, ajuste escolar, enfermedades y pérdida de personas significativas, y consecuencias adversas de la vida sexual (aborto, embarazos no deseados). Para el análisis de los estresores se crearon variables dicotómicas que indicaron la presencia o ausencia de eventos estresantes, percibidos como de alto impacto por los participantes. Los análisis exploratorios revelaron baja colinearidad entre los estresores, por lo que se incluyeron todos los estresores asumiendo independencia estadística.
- *Estrategias de afrontamiento*. Con base en la teoría de las atribuciones de Lazarus y Folkman,[43,44] se recurrió al inventario desarrollado por González para valorar estrategias de afrontamiento de conflictos interpersonales en los últimos tres meses, con una confiabilidad de 0.97. Las puntuaciones correspondientes a cada estrategia fueron dicotomizadas para indicar si el participante las utilizaba típicamente o no.
- *Análisis estadístico*. En atención al diseño pareado del estudio, se utilizó la forma condicional del modelo de regresión logística, mediante el paquete estadístico STATA, versión 8.0. Los modelos fueron construidos introduciendo sucesivamente cada una las variables y examinando su efecto en la razón de posibilidades (*odds ratio*, OR) y en los índices de verosimilitud. Los valores de *p* fueron utilizados como guía para la interpretación de resultados. Se obtuvo razón de posibilidades OR; razón de posibilidades ajustada (aOR), así como sus intervalos a 95 % de confianza (IC 95 %).

Resultados

El cuadro I muestra las características de la muestra. El panel *A* describe a los jóvenes con abuso de drogas en comparación con los controles; el panel *B* presenta información comparativa entre los casos de dependencia y controles. En cuanto a los casos

Cuadro I
Características de la muestra

	Panel A DSM-IV abuso de drogas							Panel B DSM-IV dependencia a drogas						
	Casos		Controles					Casos		Controles				
Característica	***n***	**%**	***n***	**%**	**OR**	**IC 95 %**	***p***	***n***	**%**	***n***	**%**	**OR**	**IC 95%**	***p***
Síntomas elevados de depresión														
Sí	31	26.5	66	9.8	3.5	1.9-6.2	< 0.001	43	41.8	66	9.8	7.0	3.8-12.7	< 0.001
No	86	73.5	611	90.2	1.0			60	58.2	611	90.2	1.0		
Cohesión y adaptabilidad familiar maladaptativas														
Sí	19	16.2	61	9.0	1.7	0.9-3.0	0.101	23	22.3	61	9.0	4.2	2.1-8.7	< 0.001
No	98	83.8	616	91.0	1.0			80	77.7	616	91.0	1.0		
Alto impacto percibido de estrés por:														
Separación familiar														
Sí	25	21.4	80	11.8	1.7	1.0-2.9	0.051	42	40.8	80	11.8	7.6	4.0-14.3	< 0.001
No	92	78.6	597	88.2	1.0			61	59.2	597	88.2	1.0		
Consecuencias adversas en relaciones sexuales														
Sí	13	11.1	41	6.1	2.3	1.0-5.2	0.039	12	11.7	41	6.1	1.8	0.9-3.9	0.117
No	104	88.9	636	93.9	1.0			91	88.3	636	93.9	1.0		
Ajuste escolar maladaptativo														
Sí	57	48.7	156	23.0	3.6	2.2-5.8	< 0.001	50	48.5	156	23.0	3.1	1.9-4.9	< 0.001
No	60	51.3	521	77.0	1.0			53	51.5	521	77.0	1.0		
Comunicación familiar disfuncional														
Sí	45	38.5	210	31.0	1.3	0.8-2.0	0.248	57	55.3	210	31.0	3.2	2.0-5.3	< 0.001
No	72	61.5	467	69.0	1.0			46	44.7	467	69.0	1.0		
Lesiones y pérdidas significativas														
Sí	30	25.6	168	24.8	1.1	0.7-1.7	0.819	35	34.0	168	24.8	1.7	1.0-2.7	0.054
No	87	74.4	509	75.2	1.0			68	66.0	509	75.2	1.0		
Estrategias pasivas de afrontamiento														
Sí	66	56.4	283	41.8	1.7	1.1-2.5	0.019	57	55.3	283	41.8	1.9	1.2-2.9	0.007
No	51	43.6	394	58.2	1.0			46	44.7	394	58.2	1.0		
Afrontamiento hacia el problema														
Sí	66	56.4	406	60.0	0.8	0.5-1.2	0.323	59	57.3	406	60.0	0.9	0.6-1.4	0.704
No	51	43.6	271	40.0	1.0			44	42.7	271	40.0	1.0		
Afrontamiento hacia el afecto														
Sí	65	44.6	402	59.4	1.0	0.6-1.5	0.985	65	63.1	402	59.4	1.0	0.6-1.5	0.908
No	52	44.4	275	40.6	1.0			38	36.9	275	40.6	1.0		
Internaliza conflictos interpersonales														
Sí	20	17.1	64	9.5	2.2	1.1-4.1	0.018	18	17.5	64	9.5	2.1	1.1-4.1	0.031
No	97	82.9	613	90.5	1.0			85	82.5	613	90.6	1.0		
Externaliza conflictos interpersonales														
Sí	17	14.5	74	10.9	1.5	0.8-3.0	0.193	29	28.2	74	10.9	3.0	1.7-5.2	< 0.001
No	100	85.5	603	89.1	1.0			74	71.8	603	89.1	1.0		

de abuso, destaca que uno de cada cuatro presentó síntomas severos de depresión, con dos y media veces más posibilidades de abuso de drogas (OR = 3.5, IC 95 % = 1.9-6.2, $p < 0.001$). Así mismo, el impacto percibido del estrés relacionado con las separaciones familiares fue mayor entre los casos de abuso de drogas que entre los controles (OR = 1.7, IC 95 % = 1.0-2.9, $p = 0.051$), el del estrés relacionado con consecuencias adversas de las relaciones sexuales (OR = 2.3, IC 95 % = 1.0-5.2, $p = 0.039$), así como con el ajuste escolar maladaptativo (OR = 3.6, IC 95 % = 2.2-5.8, $p < 0.001$). El riesgo de abusar de drogas resultó, finalmente, mayor cuando se tuvieron estrategias pasivas de afrontamiento (OR = 1.7, IC 95 % = 1.1-2.5, $p < 0.019$) o se internalizaron los conflictos interpersonales (OR = 2.2, IC 95 % = 1.1-4.1, $p < 0.018$).

Como se ilustra en el panel *B* del mismo cuadro I, los casos de dependencia expresaron un rango mayor de problemas y las diferencias con los controles son más marcadas. Así, entre los casos de dependencia existieron seis veces más posibilidades de tener síntomas elevados de depresión que entre los controles (OR = 7.0, IC 95 % = 3.8-12.7, $p < 0.001$). Los casos de dependencia tuvieron mayores posibilidades de tener familias con patrones de cohesión y adaptabilidad maladaptativos (OR = 4.2, IC 95 % = 2.1-8.7, $p < 0.001$) y mayores posibilidades de experimentar estrés de alto impacto por separaciones familiares (OR = 7.6, IC 95 % = 4.0-14.3, $p < 0.001$), ajuste escolar maladaptativo (OR = 3.1, IC 95 % = 1.9-4.9, $p < 0.001$), comunicación familiar disfuncional (OR = 3.2, IC 95 % = 2.0-5.3, $p < 0.001$) y lesiones y pérdidas significativas (OR = 1.7, IC 95 % = 1.0-2.7, $p = 0.054$). En comparación con los controles, los casos de dependencia también mostraron mayores posibilidades de emplear típicamente estrategias pasivas de afrontamiento (OR = 1.9, IC 95 % = 1.2-2.9, $p = 0.007$), así como de internalizar o externalizar estereotipadamente los conflictos interpersonales (OR = 2.1, IC 95 % = 1.1-4.1, $p = 0.031$; OR = 3.0, IC 95 % = 1.7-5.2, $p < 0.001$).

El panel *A* del cuadro II ofrece resultados de la regresión logística condicional que estima la asociación entre el abuso de drogas y las variables seleccionadas para el presente estudio. Entre los casos de abuso de drogas destacó mayor posibilidad de presentar síntomas severos de depresión, aun después de controlar el posible efecto confusor del conjunto de variables (aOR = 2.4, IC 95 % = 1.5-4.7, $p = 0.009$). Así mismo, se identificaron más posibilidades de abuso de sustancias (aOR = 3.6; IC 95 % = 2.1-6.0; $p < 0.001$) cuando había un alto nivel de tensión psicosocial resultante de problemas de ajuste esco-

Cuadro II
Asociación estimada de variables seleccionadas con el involucramiento en el uso de drogas. Resultados de modelos de regresión logística ajustando por todas las variables simultáneamente

	Panel A abuso			Panel B dependencia		
Característica	**aOR**	**IC 95 %**	***p***	**aOR**	**IC 95 %**	***p***
Síntomas elevados de depresión						
Sí	2.4	1.5-4.7	0.009	4.6	2.1-10.3	< 0.001
No	1.0			1.0		
Cohesión y adaptabilidad familiar maladaptativas						
Sí	1.7	0.8-3.4	0.144	3.6	1.4-9.4	0.008
No	1.0			1.0		
Alto impacto percibido de estrés por:						
Separación familiar						
Sí	1.4	0.7-4.6	0.220	4.2	1.9-8.9	< 0.001
No	1.0			1.0		
Consecuencias adversas en relaciones sexuales						
Sí	1.8	0.7-4.6	0.220	1.1	0.4-3.1	0.826
No	1.0			1.0		
Ajuste escolar maladaptativo						
Sí	3.6	2.1-6.0	< 0.001	2.6	1.4-4.7	0.002
No	1.0			1.0		
Comunicación familiar disfuncional						
Sí	1.2	0.8-2.0	0.403	2.0	1.1-3.6	0.024
No	1.0			1.0		
Lesiones y pérdidas significativas						
Sí	0.8	0.5-1.4	0.488	1.1	0.6-2.1	0.730
No	1.0			1.0		
Estrategias pasivas de afrontamiento						
Sí	1.7	1.0-2.7	0.037	1.5	0.8-2.6	0.165
No	1.0			1.0		
Afrontamiento hacia el problema						
Sí	0.6	0.4-1.1	0.081	1.2	0.7-2.2	0.509
No	1.0			1.0		
Afrontamiento hacia el afecto						
Sí	0.9	0.5-1.5	0.662	0.8	0.4-1.4	0.348
No	1.0			1.0		
Internaliza conflictos interpersonales						
Sí	2.1	1.0-4.7	0.066	0.6	0.2-1.8	0.377
No	1.0			1.0		
Externaliza conflictos interpersonales						
Sí	0.6	0.2-1.4	0.227	1.4	0.6-3.0	0.409
No	1.0			1.0		

lar (bajo rendimiento académico, problemas con maestros y de disciplina, suspensiones o expulsión). Del mismo modo, el riesgo de abuso de drogas es mayor cuando ante la exposición a factores estresores se recurre con nula frecuencia o de manera estereotipada al apoyo de terceros y a estrategias pasivas de afrontamiento (aOR = 1.7, IC 95 % = 1.0-2.7, $p = 0.037$).

Por su parte, los correlatos de dependencia al uso de drogas comprenden de manera significativa los síntomas elevados de depresión (aOR = 4.6, IC 95 % = 2.1-10.3, $p < 0.001$), patrones disfuncionales de cohesión y adaptabilidad familiar (aOR = 3.6, IC 95 % = 1.4-9.4, $p = 0.008$), la percepción de alto impacto por estrés relacionado con separaciones familiares (aOR = 4.2, IC 95 % = 1.9-8.9, $p < 0.001$), con problemas de ajuste escolar (aOR = 2.6, IC 95 % = 1.4-4.7, $p = 0.002$) y con pautas disfuncionales de comunicación familiar (aOR = 2.0, IC 95 % = 1.1-3.6, $p = 0.024$).

Conclusiones

Los hallazgos del presente estudio pueden ser resumidos, destacando primero el mayor riesgo estimado de abuso y dependencia de drogas para los jóvenes con síntomas elevados de depresión y con alta tensión psicosocial derivada de un ajuste escolar maladaptativo. Se encontró, además, mayor probabilidad de dependencia entre los jóvenes cuya familia presenta pautas disfuncionales de cohesión y adaptabilidad y que padecen alto estrés relacionados con separaciones familiares y problemas de comunicación familiar.

En coincidencia con diversos estudios,[7,11-14] los hallazgos indican claramente que la depresión se relaciona con el mantenimiento y escalamiento del uso de sustancias. Del mismo modo, orientan hacia una asociación entre la severidad del consumo y la cohesión familiar y la flexibilidad del sistema familiar para responder a las demandas de ajuste; consecuentemente, el porcentaje de familias situadas en los extremos de desligamiento-amalgamiento y rigidez-caos (familias disfuncionales) es mayor en los casos más severos de consumo de drogas. Esto confirma la existencia de un mayor riesgo cuando las pautas de control y autoridad en la familia son rígidas, y cuando hay ausencia de vínculos familiares de apoyo y afectivos.[16,19] En este mismo sentido, los conflictos entre padres, la inconsistencia o rigidez de las reglas y la falta de expresión de afectos, como fuentes de estrés, implicaron diferencias significativas entre los grupos de estudio, en coincidencia con las investigaciones que muestran que el consumo de drogas es mayor cuando las relaciones paterno-filiales son conflictivas y el apoyo y el control familiares reducidos.[15] Sin embargo, debe recordarse que la información fue captada con sujetos que iniciaban tratamiento y que tal circunstancia puede influir en la percepción del funcionamiento familiar.[19]

La relación entre la severidad del consumo de drogas y la exposición a un mayor número de estresores, un mayor impacto percibido del estrés y más alto índice de depresión, aporta una confirmación de la hipótesis de la automedicación[5-6,8] y del uso de drogas como una forma de afrontamiento.[28-30] En esta línea, los hallazgos reflejan la propensión al consumo de drogas entre individuos con desequilibrio cognitivo entre las demandas de ajuste del medio y los propios recursos de ajuste, lo cual, a su vez, parece asociarse con el desarrollo de sentimientos aprendidos de "desesperanza" y depresión,[12] configurando un cuadro en el que confluyen varios de los factores analizados.

En los factores estresores, los resultados señalan un mayor peso predictivo del ajuste escolar maladaptativo en el caso del abuso de drogas, y un peso similar del ajuste escolar maladaptativo y los problemas de comunicación familiar en la dependencia.

Respecto a los estilos con que se enfrentan las situaciones estresantes, destaca la relación entre la severidad del consumo y la disminución de la frecuencia con que se afrontan a través de estrategias dirigidas a la resolución de problemas, las cuales en teoría contribuyen a un mejor ajuste. Sin embargo, esto no implica necesariamente una mayor frecuencia de respuestas de afrontamiento negativo (descarga afectiva, afrontamiento pasivo), sino que se relaciona más bien con pautas de respuesta estereotipadas y con un repertorio limitado de afrontamiento. Esto adquiere relevancia si se considera que el impacto del estrés sobre el uso de drogas puede ser moderado por la disponibilidad de estrategias de afrontamiento efectivas,[27] mientras que el consumo puede dificultar el desarrollo de adecuadas habilidades de afrontamiento y contribuir al empobrecimiento de los recursos de ajuste.

Consideramos que estos hallazgos permitirían sostener, a la manera de hipótesis, que los factores involucrados en el *abuso de sustancias* comprenden variables vinculadas principalmente con una alteración de la capacidad de ajuste psicosocial, mientras que los asociados con la *dependencia* involucrarían factores psicopatológicos en interacción con la exposición a un medio familiar más disfuncional. A la luz de este supuesto, cabe interrogarse si ambos síndromes constituyen fases distintas del proceso adictivo, o si el abuso constituye un componente de un síndrome específico de "conducta problemática", mientras que la dependencia representaría un trastorno con implicaciones clínicas propias y distintas.

Para situar los alcances y limitaciones del presente estudio hay que señalar que al tratarse de un diseño *ex post facto*, sus resultados solo aportan indicadores para la identificación de presuntos factores de riesgo, cuya detección exigiría la conducción de estudios longitudinales y prospectivos. También debe señalarse que la información fue obtenida de una muestra no probabilística de usuarios de drogas que solicitan tratamiento, lo cual puede suponer diferencias importantes con los usuarios que no acuden a tratamiento. Igualmente, las mediciones utilizadas no permiten determinar si la interacción de los factores estudiados conforma un cuadro de trastornos clínicamente significativos capaz de dar cuenta de las asociaciones observadas. Del mismo modo, faltaría precisar si los factores analizados desempeñan un papel similar en el uso de diferentes sustancias o en la preferencia o impacto de determinadas drogas, o si constituyen una base común de los trastornos por uso de sustancias y de otros desórdenes.[9]

Más allá de estas limitaciones, los resultados del presente estudio ofrecen contexto y dirección para

el desarrollo de nuevas investigaciones, por ejemplo, la valoración de posibles diferencias por género[45] produciría información valiosa, así como analizar la influencia específica de los síntomas clínicos de la depresión. En cuanto al estrés y su afrontamiento, la falta de evidencia sobre diferencias entre casos y controles lleva a identificar la conveniencia de ampliar el estudio de las distintas estrategias de afrontamiento y de resolución del conflicto. Es posible que se requieran mediciones más detalladas acerca de los estresores y la percepción de su impacto para la persona que los sufre. Así mismo, sería conveniente ampliar la ventana de observación más allá de tres meses o el año anterior, pues algunos eventos significativos pueden haber ocurrido con anterioridad. Por último, convendría estudiar la coocurrencia y la relación del consumo de drogas con trastornos de estrés postraumático de significación clínica.[46]

La diversidad de factores identificados en el presente estudio confirma la necesidad de contar con modelos multifactoriales y sistémicos para la comprensión del problema del uso de drogas.[47] Por otro lado, los resultados pueden contribuir al diseño y desarrollo de estrategias preventivas y de tratamiento del consumo de drogas en la adolescencia, centradas en factores de riesgo específicos. De esta suerte, apoyan la conveniencia de que la atención preventiva y curativa incorpore el desarrollo de habilidades de ajuste social (en particular escolar), de afrontamiento de la tensión y de manejo de afectos; mientras que el tratamiento de la dependencia y de la abstinencia debería incluir —aparte de las acciones dirigidas a controlar y reducir síntomas y trastornos depresivos—, la aplicación de medidas para enfrentar estresores en el medio social, lo mismo que probables situaciones de ruptura y separación familiar y escolar. En cuanto al abordaje familiar para el tratamiento de adicciones, el presente estudio ratifica —más allá de que se requeriría una mayor discusión al respecto— la conveniencia de fortalecer las pautas de comunicación e interacción familiar positivas, de disminuir la rigidez y el control parental excesivo, controlando al mismo tiempo las tendencias a la producción de caos y promoviendo el establecimiento de adecuados límites intergeneracionales.

Agradecimientos

Este estudio fue realizado con financiamiento del Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (clave 3453-H9310). La colaboración del Dr. Wagner en la preparación del presente manuscrito fue apoyada por *National Institute on Drug Abuse*, grants DA012390 y DA019805, y *National Center on Minority Health and Health Disparities*, grant MD000217.

Referencias

1. Secretaría de Desarrollo Social del Gobierno del Distrito Federal. Encuesta de adicciones de la ciudad de México, 2006. México: Instituto de Asistencia e Integración Social; 2007. Disponible en http://www.iasis.df.gob.mx/ccadf/encuestas.htm
2. Villatoro J, Gutiérrez M, Quiroz N, Moreno M, Gaytán L, Gaytán F, et al. Encuesta de consumo de drogas en estudiantes 2006. México: Instituto Nacional de Psiquiatría Dr. Ramón de la Fuente Muñiz; 2007.
3. Centros de Integración Juvenil, Sistema Institucional de Información Epidemiológica del Consumo de Drogas. Informes. México: Centros de Integración Juvenil. Disponible en http://www.cij.gob.mx/
4. Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud, Sistema de Vigilancia Epidemiológica de las Adicciones. Informe 2006. México: Secretaría de Salud; 2007. Disponible en http://www.dgepi.salud. gob.mx/sis/sis2006/sisvea2006.pdf
5. Khantzian EJ. The self-medication hypothesis of substance use disorders: a reconsideration and recent applications. Harv Rev Psychiatry 1997;4(5):231-244.
6. Damphousse KR, Kaplan HB. Intervening processes between adolescent drug use and psychological distress: An examination of the self-medication hypothesis. Soc Behav Pers 1998;26(2):115-130.
7. Donohue B, Acierno R, Kogan E. Relationship of depression with measures of social functioning in adult drug abusers. Addict Behav 1996;21(2):211-216.
8. Newcomb MD, Earleywine M. Intrapersonal contributors to drug use: the willing host. Am Behav Sci 1996;39(7):823-837.
9. Lewinsohn PM, Gotlib IH, Seeley JR. Adolescent psychopathology: specificity of psychosocial risk factors for depression and substance abuse in older adolescents. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 1995;34(9):1221-1229.
10. Muesser KT, Drake RE, Wallach MA. Dual diagnosis: a review of ethiological theories. Addict Behav 1998;23(6):717-734.
11. Zayas LH, Rojas M, Malgady RG. Alcohol and drug use, and depression among Hispanic men in early adulthood. Am J Commun Psychol 1998;26(3):425-438.
12. Hoffmann JP, Su SS. Stressful life events and adolescent substance use and depression: conditional and gender differentiated effects. Subst Use Misuse 1998;33(11):2219-2262.

13. Merikangas KR, Mehta RL, Molnar BE, Walters EE, Swendsen JD, Aguilar GS, et al. Comorbidity of substance use disorders with mood and anxiety disorders: results of the International Consortium in Psychiatric Epidemiology. Addict Behav 1998;23(6):893-907.
14. Wills TA, Sandy JM, Shinar O, Yaeger A. Contributions of positive and negative affect to adolescent substance use: test of a bidimensional model in a longitudinal study. Psychol Addict Behav 1999;13(4):327-338.
15. Ripple CH, Luthar SS. Familial factors in illicit drug abuse: An interdisciplinary perspective. Am J Drug Alcohol Abuse 1996;22(2):147-172.
16. Friedman AS, Utada A, Morrisey MR. Families of adolescent drug abusers are "rigid": are these families either "disengaged" or "enmeshed", or both? Fam Process 1987;26(1):131-148.
17. Farrell AD, White KS. Peer influences and drug use among urban adolescents: family structure and parent-adolescent relationship factors. J Consult Clin Psych 1998;66(2):248-258.
18. Foxcroft DR, Lowe G. Adolescents alcohol use and misuse: the socializing influence of perceived family life. Drug Educ Prev Policy 1997;4(3):215-229.
19. Teichman M, Basha U. Codependency and family cohesion and adaptability: Changes during treatment in a therapeutic community. Subst Use Misuse 1996;31(5):599-615.
20. Bruns C, Geist CS. Stressful life events and drug use among adolescents. J Hum Stress 1984;10(3):135-139.
21. Wagner EF. Delay of gratification, coping with stress, and substance use in adolescence. Exp Clin Psychopharm 1994;1(1-4):27-43.
22. Hoffmann JP, Cerbone FG, Su SS. A growth curve analysis of stress and adolescent drug use. Subst Use Misuse 2000;35(5):687-716.
23. Wills TA, Sandy JM, Yaeger AM, Cleary SD, Shinar O. Coping dimensions, life stress, and adolescent substance use: a latent growth analysis. J Abnorm Psychol 2001;110(2):309-323.
24. Ouimette PC, Ahrens C, Moos RH, Finney JH. During treatment changes in substance abuse patients with posttraumatic stress disorder: The influence of specific interventions and program environments. J Subst Abuse Treat 1998; 15(6):555-564.
25. González C. Estrés y respuestas de afrontamiento, Impacto sobre el estudio emocional en adolescentes [tesis de maestría] [México]: Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Psicología; 1992.
26. Johanson CE, Duffy FF, Anthony JC. Associations between drug use and behavioral repertoire in urban youths. Addiction 1996;91(4):1731-1733.
27. Vaccaro D, Wills TA. Stress-coping factors in adolescent substance use: test of ethnic and gender differences in samples of urban adolescents. J Drug Educ 1998;28(3):257-280.
28. Glyshaw K, Cohen LH, Towbes LC. Coping strategies and psychological distress: prospective analyses of early and middle adolescents. Am J Commun Psychiatr 1989;17(5):607-623.
29. Reese FL, Roosa MW. Early adolescents' self-reports of major life stressors and mental health risk status. J Early Adolescence 1991;11(3):363-378.
30. Chen CY, Dormitzer CM, Gutiérrez U, Vittetoe K, González GB, Anthony JC. The adolescent behavioral repertoire as a context for drug exposure: behavioral autarcesis at play. Addiction 2004;99(7):897-906.
31. Wagner FA, Anthony JC. Into the world of illicit drug use: Exposure opportunity and other mechanisms linking tobacco, marijuana and cocaine use. Am J Epidemiol 2002;155(10):918-925.
32. Arellanez-Hernández JL, Díaz-Negrete DB, Wagner-Echeagaray F, Pérez-Islas V. Factores psicosociales asociados con el abuso y dependencia de drogas entre adolescentes: análisis bivariados de un estudio de casos y controles. Salud Mental 2004; 27(3):54-64.
33. American Psychiatric Association. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-IV). Barcelona, España: Masson; 1995.
34. Schlesselman JJ. Case-control studies: design, conduct, analysis. New York, USA: Oxford University Press; 1982.
35. Kahn HA, Sempos CT. Statistical methods in epidemiology. New York, USA: Oxford University Press; 1989.
36. Instituto Mexicano de Psiquiatría. Escala de depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos (CES-D). Descripción, escala, método de calificación. México: Instituto Mexicano de Psiquiatría; 1997.
37. Salgado N, Maldonado M. Características psicométricas de la escala de depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos en mujeres mexicanas adultas de áreas rurales. Salud Publica Mex 1994;36(2):200-209.
38. Radloff L. The CES-D Scale: a self report depression scale for research in the general population. Appl Psych Meas 1977;1(3):385-401.
39. Russell C. Circumplex model of family systems: empirical evaluation with families. Fam Process 1979; 18(1):29-47.
40. Olson DH. Circumplex Model VII: Validation studies of FACES III. Fam Process 1986;25(3):337-351.
41. Olson DH, Sprenkle DH, Russell C. Circumplex model of marital and family systems: cohesion and adaptability dimensions, family types, and clinical applications. Fam Process 1986;18(1):3-29.
42. Olson DH. Three-dimensional circumplex model and revised scoring of FACES III. [commentary] Fam Process 1991;30(1):74-79.
43. Lazarus RS, Folkman S. Stress, appraisal, and coping. New York, USA: Springer; 1984.
44. Lazarus RS, Folkman S. Estrés y procesos cognitivos. Barcelona, España: Martínez Roca; 1986.
45. Wagner FA, Anthony JC. Male-female differences in the risk of progression from first use to dependence upon cannabis, cocaine, and alcohol. Drug Alcohol Depend 2007;86(2-3):191-198.
46. Giaconia RM, Reinherz HZ, Hauf AC, Paradis AD, Wasserman MS, Langhammer DM. Comorbidity of substance use and post-traumatic stress disorders in a community sample of adolescents. Am J Orthopsychiatry 2000;70(2):253-262.
47. Becoña E. Bases científicas de la prevención de las drogodependencias. Madrid, España: Ministerio del Interior, Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, Secretaría General Técnica; 2002.