

Resultados preliminares del Programa de Intervención Breve para Adolescentes que Inician el Consumo de Alcohol y otras Drogas

Kalina Isela Martínez Martínez,¹ Martha Leticia Salazar Garza,¹ Francisco Javier Pedroza Cabrera,¹ Gabriela Mariana Ruiz Torres,² Héctor Enrique Ayala Velázquez[†]

Artículo original

SUMMARY

During the last two decades, alcohol, tobacco and illicit drug consumption among young people has come to be regarded as a serious public health problem, both in Mexico and internationally. This recognition has resulted from a trend toward higher levels of use, greater diversification of the types of drugs used and abused, and increased drug marketing. Epidemiological data show that most users initiate drug use when they are about 16 years old. However, the age of first drug experimentation appears to be decreasing, with recent reports indicating an average age 12 or 13 years at present.

The societal costs of adolescent drug use cut across different domains including physical and mental health, car crashes, and morbidity and mortality related to substance misuse. The personal costs of teen drug use include school failure, drop-out, and truancy. Moreover, aggressive behavior and crime, risky sexual behaviour, and many other behavioural problems have been shown to be associated with adolescent drug use. Research from many different disciplines has increased knowledge about (a) important dimensions of adolescent substance use and (b) the processes and variables related to the origin and maintenance of addictive behavior among teenagers. Despite this growing body of knowledge, few current prevention and treatment programs are based on empirical investigation. Moreover, many current intervention programs have not been adequately evaluated in regard to effectiveness.

A recent development in the addiction field is brief intervention (BI). BIs have been demonstrated to be effective in the treatment of addictive behavior among adult problem drinkers, with the most successful programs based on the Theory of the Social Learning. Only recently have BIs been tried with adolescent populations. While promising, little empirical research exists about the effectiveness of brief treatment with adolescents. The primary goals of BIs are to (a) reduce or eliminate substance consumption and (b) to mitigate the adverse effects of using alcohol or other drugs (i.e., harm reduction). While the goals of BIs are clear, the effectiveness of such programs with adolescents, despite their promise, is not well researched. For this reason, it is important to develop and empirically test BI programs for adolescents demonstrating problematic alcohol or other drug consumption. Schools represent a particularly good place to access

adolescents who would benefit from BIs, and BIs represent an attractive alternative to the typical strategies used by school to address student substance use (i.e., suspension or expulsion).

The main goal of this investigation was to develop and to evaluate a brief intervention program for teenagers with substance abuse (but who have not developed substance dependence) between 14 and 18 years old. The intervention program tries to: (a) promote a change in drug consumption through establishing consumption goals (in the case of the alcohol, moderation or abstinence; in the case of illegal drugs, abstinence); (b) identify high-risk situations in which use is probable; and (c) develop alternative strategies to these situations. The theoretical bases of the intervention include Self-control Theory, Motivational Interviewing, Relapse Prevention and «The First Contact».

Our brief intervention program consisted of six steps: 1. case detection, which involved the identification of adolescents who abuse alcohol or other drugs, by means of teacher's reports, legal and psychology personnel, trained by the investigators; 2. screening, which involved determining whether adolescents met inclusion criteria; 3. assessment, which addressed the frequency and amount of consumption and self-confidence to suitably face situation of probable drug; 4. induction to the program, the objective of which was to sensitize the adolescents about the importance of attending treatment; 5. intervention; and, 6. one, three and six months follow-up assessments. The intervention program consisted of four individual sessions with the participants in which they chose their own substance reduction goals, identified their high risk situations, developed coping plans for each high risk situation, and appraised the impact of their substance use on their own life-goals success.

The researchers used a single-case design with 25 participants, 17 of whom had alcohol problems and eight of whom had marijuana problems. The age average of participants was 16 years ($SD = 1.8$), and 19 were male and six were female. The average age of first consumption was 14 years old ($SD = 1.72$); the average duration of substance use was 18 months. From the complete sample, 45% reported consumption one or twice per week, 22% reported daily consumption, and the remainder consumed once a month.

Results indicated that from the 25 participants, 24 demonstrated changes from the baseline in their consumption pattern (measured by frequency and quantity) during intervention and at follow-up

1 Departamento de Psicología, Universidad Autónoma de Aguascalientes.

2 Facultad de Psicología, Universidad Nacional Autónoma de México.

Correspondencia: Dra. Kalina Isela Martínez Martínez. Centro de Ciencias Sociales y Humanidades. Departamento de Psicología. Universidad Autónoma de Aguascalientes. Av Universidad 940, 20100 Aguascalientes, Ags. Correo electrónico: kimartin@correo.uaa.mx

Recibido primera versión: 3 de octubre de 2006. Segunda versión: 22 de agosto de 2007. Aceptado: 14 de diciembre de 2007.

assessments. Self-efficacy levels (self-perceptions about the capability to abstain or use moderately in high risk situations) changed as well. Specifically, among the adolescents who consumed alcohol a one-way ANOVA revealed significant changes in average consumption between the baseline, treatment, and follow-up phases $F(2.48) = 17.691$, $p < .001$. Bonferroni's post-hoc tests showed differences between baseline ($\bar{x} = 8.89$, $SD = 3.55$) and treatment ($\bar{x} = 4.46$, $SD = 3.27$), and between baseline and the follow-up ($\bar{x} = 3.29$, $SD = 1.35$). Student's *t* tests for each subject showed that 16 adolescents significantly reduced their alcohol consumption from the baseline to the follow-up. Only one participant demonstrated increased use (from five standard drinks per drinking occasion at the baseline to 5.90 standard drinks at the follow-up).

Regarding consumers of marijuana, a one-way ANOVA showed significant changes in consumption across the baseline, treatment and follow-up phases $F(2.21) = 8.219$, $p = .002$. Bonferroni's post-hoc tests showed significant differences between the baseline ($\bar{x} = 18.23$, $SD = 16.62$) treatment phases ($\bar{x} = 1.07$, $SD = 0.77$), and between the baseline and the follow-up phases ($\bar{x} = 1.59$, $SD = 1.06$). An additional one-way ANOVA revealed significant changes in self-efficacy. Specifically, participants demonstrated increased self-efficacy in situations including: Unpleasant emotions, Pleasant emotions, Testing personal control, Conflict with others, Social pressure, and Pleasant time with others (all $p < .01$), $F(2.78) = 24.30$, 12.47 , 11.34 , 11.02 , 16.91 and 25.62 , respectively. Self-efficacy in regard to Physical discomfort and Urges and temptations to drink also showed significant changes, but at $p < .05$ $F(2.78) = 3.97$ and 3.26 , respectively. Finally, in order to evaluate the impact of the intervention on problems that participants associated with their alcohol use (or other drugs), seven areas were examined: School, Health, Cognitive, Interpersonal, Family, Legal and Economic. At the end of the treatment, there was a reduction in the number of problems related to these seven areas, compared with the baseline.

This investigation is one of the first efforts to demonstrate the impact of brief intervention on teenagers' substance use. Our results affirm the efficacy of intervention programs. However, the impact of specific program components is not clear. This is a limitation of the study. In this regard, future investigations are needed to: (a) empirically validate this model with a greater number of users and with random clinical tests; (b) define the characteristics of the adolescents for whom the treatment is effective; (c) evaluate the convergent validity of the change in the consumption pattern with collaterals report; (d) develop and evaluate more detection strategies for adolescents who abuse alcohol and other drugs; and (e) adapt and validate the symptoms to assess abuse and dependence in adolescents.

Key words: Adolescent, alcohol and drug abuse, brief intervention, cognitive-behavioral treatment.

RESUMEN

En las últimas décadas, el abuso de drogas legales e ilegales en los jóvenes ha sido considerado como un serio problema de salud pública, tanto en el ámbito internacional como en nuestro país. Los estudios epidemiológicos indican que la mayoría de los consumidores experimentan por primera vez con drogas alrededor de los 16 años, pero esta experimentación continúa disminuyendo presentándose en promedio a los 12 o 13 años. Esto representa altos costos para la sociedad y el individuo. Por ejemplo, en áreas de la salud se

incrementan los costos de la atención médica, los servicios de salud mental y los tratamientos especializados, además de aumentar la probabilidad de accidentes y muertes relacionadas con el abuso; en el área escolar se presenta el fracaso y/o la deserción escolar, y la expulsión de los estudiantes por parte de las instituciones; y en el área social se pueden presentar conductas agresivas y/o delictivas, contacto sexual de riesgo y otros problemas de conducta relacionados con el consumo de sustancias.

De los diferentes programas existentes, resaltan las intervenciones breves en el tratamiento de usuarios que abusan pero que no dependen de las sustancias. Este tipo de intervenciones se basan en la Teoría del Aprendizaje Social y están diseñadas para reducir los patrones de abuso de alcohol u otras drogas. Sin embargo, la aplicación de las intervenciones breves se ha realizado principalmente en adultos, y es hasta últimas fechas que éstas se han adaptado a población adolescente que abusa de las sustancias, sin tenerse todavía resultados concluyentes. Es por esto que es fundamental desarrollar programas de intervención breve como una alternativa para adolescentes que inician el abuso de alcohol u otras drogas. Otro punto que requiere atención es el desarrollo de estrategias para detectar los casos en las escuelas, con la finalidad de ofrecer los servicios de atención en las propias instituciones educativas sin que el adolescente tenga consecuencias como la suspensión o la expulsión.

Ante este fenómeno se ha recomendado fortalecer acciones que se basan en la identificación temprana de patrones de consumo que ponen en riesgo al adolescente a diferentes problemas relacionados con el abuso de las drogas. Estos programas se deben caracterizar por ser costo-eficientes, breves y capaces de instrumentarse en una variedad de escenarios, así como de aplicarse a una variedad de culturas. Por lo tanto, el objetivo de esta investigación fue desarrollar y evaluar un programa de intervención breve para adolescentes de entre 14 y 18 años de edad, estudiantes de nivel medio y medio superior, que consumen alcohol en exceso u otras drogas, y que presentan problemas relacionados con este patrón de consumo pero sin cubrir los síntomas físicos de la dependencia. Para realizar la evaluación se utilizó un diseño de caso único con 25 réplicas, 17 casos de consumo de alcohol y 8 casos de consumo de marihuana.

De los 25 adolescentes que participaron en el estudio, 24 mostraron una disminución en el patrón de consumo (cantidad y frecuencia de consumo), al comparar las mediciones de los datos recabados en las fases de línea base, tratamiento y seguimiento. Así mismo, se dieron cambios en el nivel de auto-eficacia (percepción de la capacidad de los sujetos para controlar sus situaciones de consumo), es decir, al finalizar el tratamiento los adolescentes se percibieron a sí mismos con mayor capacidad para controlar la cantidad de consumo en situaciones de riesgo. Además, al final del tratamiento los sujetos reportaron una reducción del número de problemas relacionados con su consumo.

Esta investigación es uno de los primeros esfuerzos por demostrar el impacto de las intervenciones breves en el patrón de consumo de los adolescentes. Las limitaciones del estudio fueron que no se determinó el efecto específico de cada uno de los componentes del programa ni tampoco se evaluó la presencia de otras conductas problemáticas (comorbilidad). Sin embargo, esta investigación ofrece un apoyo empírico a los programas de intervención breve en población adolescente de nuestro país.

Palabras clave: Adolescencia, abuso de alcohol y otras drogas, intervención breve, tratamiento cognoscitivo-conductual.

INTRODUCCIÓN

En el ámbito internacional se reporta un creciente consumo de todo tipo de drogas. La información disponible indica una tendencia hacia elevados niveles de uso, mayor diversificación de los tipos de drogas y una ampliación de los mercados.^{1,2}

En la bibliografía sobre adicciones se indica que la mayoría de los consumidores inician el consumo alrededor de los 16 años. Sin embargo, se ha encontrado que la edad de inicio está disminuyendo, llegando así a presentarse en promedio a los 12 o 13 años.^{2,3,4,5}

Para tratar de conocer el fenómeno, se han realizado diversas investigaciones interdisciplinarias con el objetivo de determinar las dimensiones del problema, los procesos de la adicción y las variables que subyacen a la génesis y al mantenimiento de la conducta adictiva.^{4,5,6,7} Sin embargo, en lo que respecta a la prevención y el tratamiento, la investigación ha sido escasa y se dispone de un mínimo de programas basados en la investigación empírica, y que sean además exitosos. Por el contrario, proliferan los programas con concepciones teóricas ambiguas y sin una sistematización adecuada.

Entre los esfuerzos de investigación para el desarrollo de programas de tratamiento, resaltan las intervenciones breves, las cuales han demostrado su efectividad en la reducción de las tasas de consumo y problemas relacionados.^{8,9,10,11,12} Estas intervenciones consisten en la identificación temprana de individuos que consumen alcohol y otras drogas con la oferta de un programa antes de que lo soliciten o de que adviertan que su patrón de consumo puede generarles problemas. Además se caracterizan por ser motivacionales y favorecer en el individuo la elección entre la abstinencia y la reducción del consumo como meta viable del cambio.^{8,11,12} Este tipo de programas se basan en la Teoría del Aprendizaje Social, en la cual se plantea que el consumo de alcohol y otras drogas se aprende mediante la exposición y experimentación de patrones de comportamiento. Estos patrones pueden ser modificados a partir de nuevas situaciones de aprendizaje, siendo las propias personas el ingrediente activo en el proceso de cambio de su consumo, y en el empleo de estrategias para controlar su consumo y evitar las recaídas.¹³

La aplicación de las intervenciones breves se ha realizado principalmente en adultos, pero actualmente se realizan los primeros intentos por adaptar este modelo a población adolescente que abusa de las sustancias pero que aún no presenta dependencia.^{14,15,16,17,18} Estos programas tienen el objetivo de disminuir el abuso de sustancias y mitigar los efectos adversos de este fenómeno. Sin embargo, los resultados no son concluyentes, por lo que es importante desarrollar programas de intervención breve como una alternativa para adolescentes que se inician en el abuso de alcohol u otras drogas.

Un punto que se debe considerar para el desarrollo de programas de intervención breve para adolescentes, es la incorporación de un componente que incremente su disposición para asistir a tratamiento, ya que la mayoría de los adolescentes que se inician en el consumo tienen la creencia de que éste no es un problema.* Al respecto, es fundamental la motivación para el cambio del patrón de consumo dado que tiene como meta incrementar la disposición de los estudiantes para cambiar sus hábitos y su estilo de vida e incrementar la probabilidad de que pongan en práctica las habilidades aprendidas.^{19,20,21,22} También es necesario considerar la implementación de estrategias para detectar los casos en las escuelas, con la finalidad de ofrecer los servicios de atención en las propias instituciones educativas sin que el adolescente sea suspendido o expulsado.²³

Tomando en consideración los puntos descritos, se desarrolló el *Programa de Intervención Breve para Adolescentes que Inician el Consumo de Alcohol y otras Drogas: «PIBA»*.²⁴ El objetivo de esta investigación fue evaluar el impacto del modelo de intervención breve sobre el patrón de consumo en adolescentes que abusan del alcohol u otras drogas; así como de las variables de auto-eficacia y problemas relacionados con el consumo.

MÉTODO

Participantes

La selección de la muestra fue no probabilística, de sujetos voluntarios que cumplieron con los siguientes criterios: a) adolescentes usuarios de alcohol, con consumo mayor de cuatro tragos estándar por ocasión de consumo en más de cinco ocasiones en los últimos seis meses o bien, adolescentes usuarios de otras drogas (mariguana, inhalables, cocaína, etc.) y que reportaron consumo de la droga en cinco o más ocasiones en los últimos seis meses; b) reportar problemas relacionados con su consumo de alcohol u otras drogas, pero sin presentar los síntomas físicos de la dependencia fisiológica de acuerdo con el DSM-IV-TR,** c) tener entre 14 y 18 años de edad y d) ser estudiante.

* Fontaine RG: Evaluative behavioral judgments and instrumental antisocial behaviors in children and adolescents. *Clinical Psychology Review*, 2006; 26: 956-967.

** De acuerdo con el DSM- IV-TR, la dependencia fisiológica se define como un patrón desadaptativo de consumo de la sustancia que conlleva un deterioro o malestar clínicamente significativo, expresado por cualquiera de dos de los criterios siguientes en algún momento de un período continuado de 12 meses: 1) Tolerancia, que se define por (a) una necesidad de cantidades marcadamente crecientes de la sustancia para conseguir la intoxicación o el efecto deseado, o (b) el efecto de las mismas cantidades de sustancia disminuye claramente con su consumo continuado; y 2) Síndrome de abstinencia, definido por cualquiera de los siguientes ítems: (a) el síndrome de abstinencia característico para la sustancia y (b) se toma la misma sustancia (o una muy parecida) para aliviar o evitar los síntomas de abstinencia.

Se utilizó un diseño de caso único con 25 réplicas y seguimientos al mes, a los tres y a los seis meses (en total 180 días).

Instrumentos y técnicas de medición

1. *Entrevista inicial.*²⁴ La entrevista consta de 58 reactivos que miden 10 áreas diferentes: datos de identificación, historia de tratamiento, historia de consumo de drogas, área de salud, área escolar, área laboral, área social y familiar, área de sexualidad, satisfacción en la vida, evaluación del entrevistador y recomendaciones de tratamiento.
2. *Cuestionario de Tamizaje de los Problemas en Adolescentes «POSIT».*²⁵ Es un cuestionario de 81 reactivos que contemplan 7 áreas de funcionamiento, para los objetivos de este programa sólo se utilizó el área de uso/abuso de sustancias (19 reactivos). La confiabilidad interna del instrumento fue de 0.9057, obtenida a través del alpha de Cronbach.
3. *Lista de Tamizaje de Indicadores de Dependencia del DSM-IV.*²⁴ Se utilizó la lista de tamizaje de indicadores de dependencia al alcohol u otras drogas a partir de una serie de síntomas del síndrome de abstinencia y la tolerancia, derivados de los criterios establecidos en el DSM-IV-TR.
4. *Línea base retrospectiva.*²⁶ Es un calendario de los seis meses anteriores a la aplicación del instrumento, en donde se registra la cantidad y frecuencia de consumo.
5. *Auto-registro de consumo de alcohol y otras drogas.*²⁴ Es un formato en donde el sujeto reporta el día de consumo, número de tragos consumidos o cantidad de droga consumida, situación relacionada con el consumo, y pensamientos y sentimientos relacionados con el consumo.
6. *Cuestionario de confianza situacional versión breve.*^{24,27} Este cuestionario consta de 8 reactivos y tiene el objetivo de medir el concepto de auto-eficacia con relación a la percepción del usuario sobre su habilidad para enfrentar efectivamente sus situaciones de consumo. El cuestionario tiene una consistencia interna de 0.977, medida a partir del alpha de Cronbach.
7. *Reporte de seguimiento.*²⁴ El reporte está constituido por 60 reactivos, es una parte paralela de la entrevista inicial que mide las mismas áreas excepto datos de identificación y recomendaciones para iniciar un tratamiento.

Procedimiento

El «PIBA» incluyó seis fases y se implementó en escuelas de nivel medio superior. La aplicación la realizaron cuatro terapeutas con estudios de posgrado en psicología. A continuación se describen las fases del programa de intervención breve.

1. *Detección de casos.* Promoción del «PIBA» por medio de pláticas informativas al personal docente y escolar de las escuelas con el propósito de identificar posibles casos.
2. *Sesión de admisión.* Evaluación de los adolescentes identificados para determinar si eran candidatos a recibir la intervención. Para identificar los problemas que presentaban los adolescentes se utilizó el POSIT, en tanto que para seleccionar a los que abusaban de las sustancias se empleó la lista de tamizaje de indicadores del DSM-IV-TR.
3. *Sesión de evaluación.* Evaluación del patrón de consumo a través de la línea base retrospectiva (180 días); evaluación del nivel de auto-eficacia situacional percibida, el cual se midió por medio del Cuestionario de confianza situacional; y evaluación de la percepción de la severidad del consumo, la cual se midió mediante indicadores de la entrevista inicial.
4. *Sesión de inducción al tratamiento.* Promover el ingreso al tratamiento mediante el empleo de técnicas propuestas por la Entrevista motivacional²⁰ y la Inducción de roles.²⁸
5. *Tratamiento.* Consta de cuatro sesiones semanales de forma individual. Las principales estrategias utilizadas durante las sesiones fueron técnicas de auto-control y prevención de recaídas. En la primera sesión se discutieron los costos y beneficios del consumo y se estableció una meta de consumo. Los adolescentes tuvieron como opciones de cambio la abstinencia o su reducción. En la segunda sesión los adolescentes identificaron sus principales situaciones de consumo y planearon acciones para enfrentarlas. En la tercera sesión se analizó el impacto del consumo de alcohol y/u otras drogas en sus metas de vida a corto, mediano y largo plazo. Por último, en la cuarta sesión se revisó el progreso de los adolescentes en cuanto a la meta elegida. El auto-registro se empleó para monitorear la ingesta de alcohol y el consumo de drogas durante el tratamiento.
6. *Seguimientos.* Principalmente se midió el patrón de consumo de los adolescentes, la auto eficacia y los problemas relacionados con el consumo de alcohol y de otras drogas en un periodo de 180 días.

Análisis de los datos

Para determinar los efectos del programa sobre el patrón de consumo, se compararon los porcentajes de días de consumo moderado y excesivo, y los días de abstinencia, en las fases de línea base y seguimiento, así como los promedios de consumo entre las fases de línea base, tratamiento y seguimiento. También se compararon los promedios de consumo semanal de cada adolescente, entre las fases de línea base y seguimiento, utilizando pruebas *t* para mue-

tras dependientes. Por otra parte, se comparó, por medio del análisis de varianza, el nivel de auto-eficacia y los problemas relacionados del total de sujetos que participaron en el estudio, antes y después de la intervención. Finalmente, se comparó la percepción de gravedad del consumo de los adolescentes durante la evaluación y el seguimiento.

RESULTADOS

La edad promedio de los usuarios fue de 16 años ($DE = 1.8$); siendo 19 hombres y 6 mujeres. De los 25 sujetos, 17 consumían alcohol y 8 marihuana. El promedio de la edad de inicio fue a los 14 años ($DE = 1.72$), con un tiempo promedio de consumo de 18 meses. Del total de la muestra, 67% reportó consumo una a dos veces por semana y 33% refirió consumir una vez al mes.

Los adolescentes que recibieron el programa consumían alcohol o marihuana. El patrón de consumo se refiere a la cantidad y frecuencia. En particular, el consumo de alcohol se midió a través del criterio de copas estándar en cada ocasión, mientras que para el de marihuana la cantidad se refirió al número de cigarros fumados por ocasión, la medida estándar de éstos fue de 7 cm. de largo y 5 mm. de diámetro.

En la figura 1 se muestra el porcentaje de días de abstinencia, consumo moderado y consumo excesivo o problemático de los adolescentes consumidores de alcohol. En la gráfica que representa los datos para la línea base, se puede observar que los adolescentes ingirieron alcohol entre 1.6% y 25.8% del total de días de la fase ($\bar{x} = 17.6\%$), siendo el sujeto 1 el que menos días consumió y el sujeto 7 el que mayor porcentaje de días de ingesta presentó. También se puede observar que los días de consumo moderado varia-

ron entre 0% y 14.8%, con una media de 4.44% ($DE = 4.19$). Los consumos excesivos (más de tres copas estándar) variaron entre 1% y 23% de días del total de la línea base, la media fue de 8.1% ($DE = 5.78$).

Con respecto a la fase de seguimiento (gráfica de la derecha), se observa que los sujetos 1 y 4 permanecieron en abstinencia, y el porcentaje de días de consumo moderado del resto de los sujetos, disminuyó de manera importante, quedando en un rango entre 1.1% y 7.6% ($\bar{x} = 4.06\%$, $DE = 2.04$). También disminuyó considerablemente el consumo excesivo de los sujetos (exceptuando los sujetos 1 y 4). El consumo excesivo varió entre 0% y 6.4% de los 180 días del seguimiento ($\bar{x} = 1.71\%$, $DE = 1.82$).

Los resultados de un ANOVA simple intrasujeto, en el que se comparó el promedio de ingesta de alcohol de los 17 adolescentes entre las fases de línea base, tratamiento y seguimientos, mostró que las diferencias entre las medias fueron significativas $F(2.48) = 17.691$, $p < .001$. Las pruebas post-hoc de Bonferroni mostraron diferencias entre la línea base ($\bar{x} = 8.89$, $DE = 3.55$) y el tratamiento ($\bar{x} = 4.46$, $DE = 3.27$), y entre la línea base y el seguimiento ($\bar{x} = 3.29$, $DE = 1.35$). Para determinar los cambios del consumo de alcohol de cada adolescente entre las fases de línea base y de seguimiento, se realizaron pruebas t para muestras dependientes. En el cuadro 1, los sujetos 1 a 17 mostraron una disminución estadísticamente significativa en las medias de consumo, excepto el sujeto 7 que incrementó el promedio de consumo de copas estándar en la fase de seguimiento (de 5 copas en la línea base a 5.90 copas en el seguimiento).

Respecto de los consumidores de marihuana, en la figura 2 se puede observar el porcentaje de días de abstinencia y consumo en las fases de línea base y de seguimiento. En la fase de línea base los sujetos reportaron un consumo entre 7.7% y 89% de los días evaluados, con un promedio de días de consumo de 60.28% ($DE = 24.2$), siendo los suje-

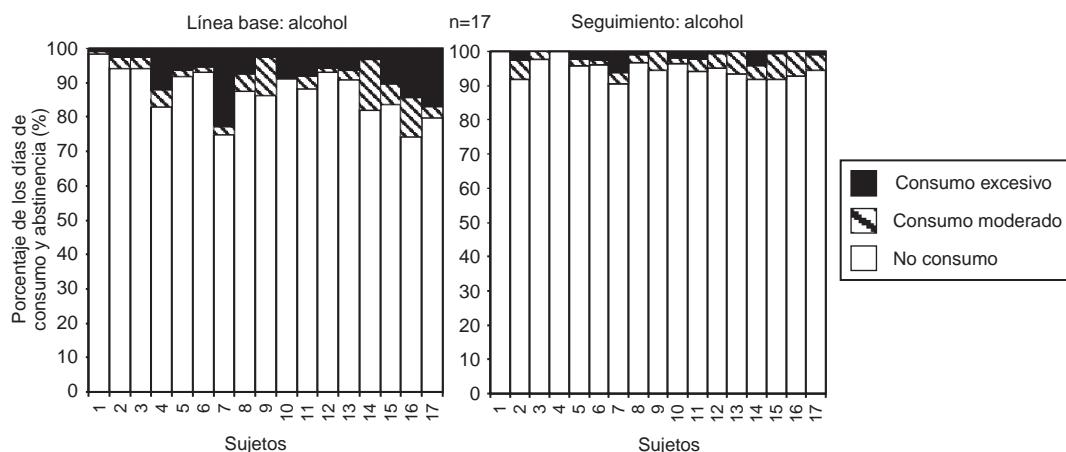


Figura 1. Se muestra el porcentaje de los días de consumo moderado, consumo excesivo, y abstinencia de alcohol, durante la línea base y el seguimiento, de los sujetos que recibieron el Programa de Intervención Breve para Adolescentes que Consumen alcohol y otras Drogas. Estos datos se obtuvieron de la Línea Base Retrospectiva y el Auto-Registro.

Cuadro 1. Se muestra la media y desviación estándar de consumo de alcohol (sujetos 1 a 17) y marihuana (sujetos 18 a 25) para cada uno de los adolescentes durante las fases del programa. También, se muestra el valor del estadístico *t* y el nivel de significancia *p* que se obtuvo al comparar las medias de consumo entre las fases de línea base y seguimiento.

	Línea Base		Tratamiento		Seguimiento		T	P
	Media	DE	Media	DE	Media	DE		
Sujeto 01	15.75	14.34	0.00	0.00	0.00	0.00	12.180	0.000
Sujeto 02	6.22	4.55	0.00	0.00	4.33	2.40	2.550	0.029
Sujeto 03	9.14	8.37	1.00	0.00	1.50	0.58	11.018	0.000
Sujeto 04	6.90	3.56	2.50	0.71	0.00	0.00	10.839	0.000
Sujeto 05	8.27	1.85	4.50	0.71	3.86	1.07	5.834	0.001
Sujeto 06	11.87	5.46	5.00	0.00	3.71	0.49	10.454	0.000
Sujeto 07	5.00	5.81	4.67	6.35	5.90	4.46	-1.562	0.131
Sujeto 08	9.61	3.64	13.50	3.53	4.67	2.66	5.051	0.001
Sujeto 09	3.72	3.23	1.33	0.58	2.20	0.63	2.925	0.036
Sujeto 10	10.50	6.05	4.33	4.16	3.57	1.40	8.467	0.000
Sujeto 11	5.29	3.60	3.67	3.05	4.11	2.57	2.067	0.041
Sujeto 12	8.33	3.80	6.33	1.53	3.14	1.46	8.607	0.000
Sujeto 13	5.21	2.55	4.00	4.24	2.18	0.60	4.767	0.002
Sujeto 14	15.09	5.85	6.50	3.70	3.77	0.93	3.278	0.009
Sujeto 15	6.72	3.34	4.25	0.96	3.18	0.98	4.117	0.004
Sujeto 16	10.50	4.11	7.33	6.51	2.30	1.64	11.567	0.000
Sujeto 17	13.05	7.18	7.00	3.91	3.55	1.13	12.008	0.000
Sujeto 18	8.67	3.81	0.00	0.00	3.83	2.48	6.767	0.000
Sujeto 19	11.17	3.20	0.00	0.00	0.00	0.00	12.678	0.000
Sujeto 20	3.50	1.71	1.00	0.00	1.33	0.58	3.456	0.007
Sujeto 21	3.42	1.25	1.00	0.00	1.67	1.15	3.111	0.009
Sujeto 22	40.04	7.86	1.33	0.58	1.73	1.10	15.789	0.000
Sujeto 23	36.39	15.55	1.25	0.50	1.67	1.15	14.736	0.000
Sujeto 24	5.00	2.76	2.00	1.73	1.17	0.39	5.678	0.000
Sujeto 25	37.63	12.71	2.00	0.87	1.33	0.57	15.133	0.000

tos 20 y 21 los que menos consumo reportaron (menor a 20% del total de días) y el resto de los sujetos reportó un consumo superior a 50% del total de días. Con respecto a la fase de seguimiento, se puede observar que el porcentaje de días de consumo varió entre 1% y 10.4%, disminuyendo el promedio de días de consumo a 3.81%, cabe men-

cionar que el sujeto 19 permaneció en abstinencia durante todo el seguimiento.

Con la finalidad de identificar cambios entre los promedios de consumo de los 8 adolescentes entre las fases de línea base, de tratamiento y de seguimiento, se realizó un ANOVA simple intra-sujeto. Los resultados mostraron que

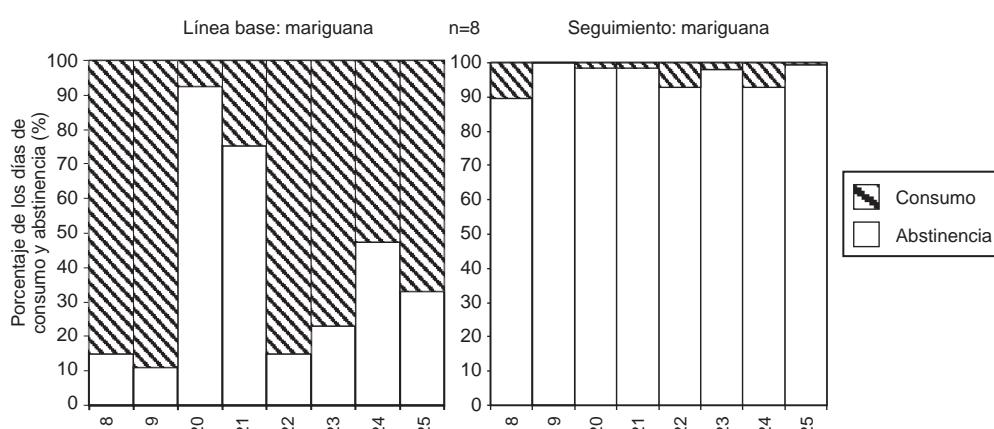


Figura 2. Se muestra el porcentaje de los días de consumo y abstinencia de marihuana, durante la línea base y el seguimiento, de los sujetos que recibieron el Programa de Intervención Breve para Adolescentes que Consumen alcohol y otras Drogas. Estos datos se obtuvieron de la Línea Base Retrospectiva y el Auto-registro.

las diferencias entre las medias fueron significativas $F(2,21) = 8.219, p = .002$. Las pruebas post-hoc de Bonferroni mostraron diferencias entre la línea base ($\bar{x} = 18.23, DE = 16.62$) y el tratamiento ($\bar{x} = 1.07, DE = 0.77$), y entre la línea base y el seguimiento ($\bar{x} = 1.59, DE = 1.06$). Para determinar los cambios de cada uno de los adolescentes entre las medias de consumo de marihuana en las fases de línea base y de seguimiento, se realizaron pruebas t para muestras dependientes (cuadro 1, sujetos 18 a 25). Los resultados mostraron una disminución estadística significativa en las medias de consumo de los 8 sujetos; cabe resaltar que los sujetos 18 y 19 en la fase de tratamiento se mantuvieron abstemios, y el sujeto 19 continuó en abstinencia en la fase de seguimiento.

Para analizar la variable auto-eficacia en los adolescentes participantes del programa (percepción de la capacidad para controlar su consumo en situaciones de riesgo), se realizó un análisis de varianza de una vía, con el propósito de determinar cambios significativos entre los puntajes de cada una de las situaciones de consumo que evalúa el *Cuestionario de Confianza Situacional* en las diferentes fases del programa (línea base, tratamiento y seguimiento): los resultados mostraron un efecto significativo en todas las situaciones de consumo, en particular las situaciones de Emociones Desagradables, Emociones Agradables, Probando Autocontrol, Conflicto con otros, Presión Social y Momentos Agradables con otros, mostraron un nivel de significancia de $p < 0.01, F(2.78) = 24.30, 12.47, 11.34, 11.02, 16.91$ y 25.62 respectivamente. Con respecto a las escalas Malestar Físico y Necesidad Física presentaron un nivel de significancia de $p < 0.05 F(2.78) = 3.97$ y 3.26 respectivamente (figura 3).

Finalmente, se observó una disminución tanto en el número de problemas relacionados con el consumo de al-

cohol como en el de marihuana. En la fase de línea base, el área con un mayor número de problemas relacionados por el consumo fue la escolar, mientras que el área de salud fue la que menos problemas presentó, seguida de las áreas financiera y legal. En la fase de seguimiento, se observó una disminución en los problemas reportados por los adolescentes en las diferentes áreas, siendo las más significativas la escolar, la interpersonal y familiar. Los adolescentes reportaron que esto se logró gracias a la reducción de su consumo y a que se percibían con una mayor auto-eficacia para controlar su consumo en situaciones de riesgo.

DISCUSIÓN

Los resultados de esta investigación muestran que el «PIBA», puede ser el responsable de la reducción del patrón de consumo de los adolescentes consumidores de alcohol y marihuana. Al respecto, se encontró que los análisis grupales mostraron una disminución en las medias de consumo entre las fases de línea base y tratamiento, y entre las fases de línea base y seguimiento, lo que sugiere que el programa no sólo fue efectivo en la reducción del patrón de consumo, sino que el cambio logrado se mantuvo hasta seis meses después de concluido el tratamiento. También se observó un incremento de la auto-eficacia de los adolescentes para enfrentar las situaciones de consumo, y en la reducción del número de problemas asociados a éste. Estos resultados coinciden con los reportados por Breslin y cols,¹⁵ Wagner y cols,¹⁸ y con los reportados por otros modelos de intervención cognoscitivo-conductual en población mexicana adulta: usuarios de cocaína,* bebedores problema⁹ y bebedores crónicos.²⁹

En esta investigación los análisis estadísticos intra-sujeto mostraron que 16 de los 17 adolescentes consumidores de alcohol redujeron su patrón de consumo al final del tratamiento y durante los seguimientos. Una característica del adolescente usuario de alcohol que no mostró un cambio estadístico significativo, fue que éste, durante la línea base, reportó el mayor número de ocasiones de consumo (45 de 180 posibles), y de estas ocasiones, 90% fueron consumos problemáticos (más de 5 copas estándar). Es claro que esta intervención no fue suficiente para lograr un cambio, por lo que se propuso que este adolescente recibiera una intervención de mayor intensidad.¹² Respecto a los consumidores de marihuana, se observó que todos disminuyeron su patrón de consumo en el tratamiento y en los seguimientos.

Los resultados de la intervención sugieren que ésta fue efectiva, aunque son bien conocidas las limitaciones de los diseños de caso único, por ejemplo, el hecho de que pue-

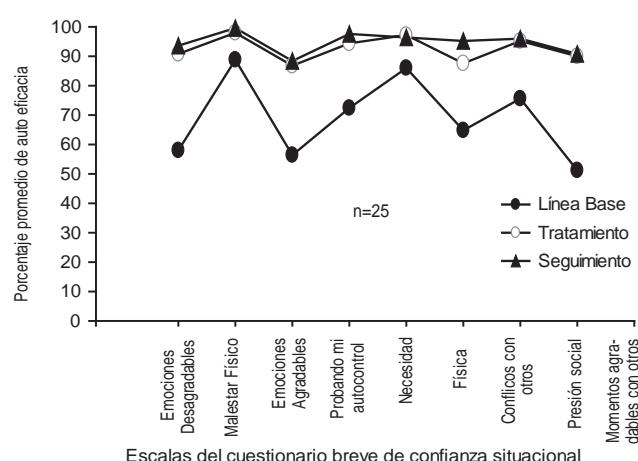


Figura 3. Nivel de auto-eficacia de los sujetos para controlar su consumo en diferentes situaciones. Se muestra el porcentaje promedio de cada una de las escalas del Cuestionario Breve de Confianza Situacional, durante las fases de la aplicación del Programa de Intervención Breve para Adolescentes que Inician el Consumo problemático de Alcohol y otras Drogas.

* Oropeza TR, Ayala HE: Resultados del piloteo de un modelo de intervención breve para usuarios de cocaína. XV Congreso de la Sociedad Mexicana de Análisis de la Conducta, 19-21 julio, México, 2003.

den existir muchas explicaciones alternativas a los resultados encontrados. Sin embargo, cuando el resultado se reproduce cierto número de veces, la información resultante es más convincente que la información obtenida de un caso individual. Además, uno de los criterios de una intervención validada empíricamente* que utiliza diseño de caso único, es que el hallazgo se debe repetir en al menos 9 sujetos, número que en esta investigación casi se triplica.³⁰ Este tipo de metodología se caracteriza también por la evaluación continua de la variable dependiente (patrón de consumo), lo que favorece la identificación de la relación funcional con la variable independiente (tratamiento) en cada uno de los sujetos, lo que incrementa la probabilidad de que el tratamiento sea el responsable de los cambios.³¹

A la luz de estos resultados, surge una pregunta acerca de la eficacia del programa de intervención: ¿cuál de los componentes del modelo fue el ingrediente activo que logró un cambio en los sujetos? La investigación no tenía como objetivo probar y comparar la efectividad de cada una de las estrategias del programa. Sin embargo, se ha sugerido que el impacto de las intervenciones breves puede recaer en la motivación para el cambio, como lo mencionan Miller y Rollnick,²² y Winters y cols.²³ Es decir, una vez que el sujeto está motivado para cambiar se requiere de un mínimo de ayuda adicional para lograrlo. Por esta razón, fue necesario incluir en el programa un componente de detección de casos y una sesión de inducción al tratamiento, con el propósito de identificar de forma temprana los adolescentes que se inician en el consumo de drogas, y motivarlos para que iniciaran un tratamiento en el escenario escolar, lo que a su vez incrementa la validez ecológica y la validez externa de la intervención.

Una característica de esta investigación es que el resultado no se limitó a lograr la abstinencia en el consumo de alcohol y marihuana, sino que la meta que la mayoría de los adolescentes eligió fue el consumo responsable. Al respecto, en esta investigación sólo dos sujetos que consumían alcohol se mantuvieron abstemios y 14 redujeron su consumo de manera importante ubicándose en un rango no problemático.³² Es importante aclarar que la abstinencia es considerada por muchos investigadores y personal del área de la salud como la meta ideal de cambio en los adolescentes por varias razones, entre ellas: 1) la abstinencia es la meta de la mayoría de los programas de tratamiento en adultos, 2) cualquier uso de drogas por menores de edad es ilegal, y 3) el uso de drogas por los menores de edad es generalmente inaceptable entre los adultos. Sin embargo, se reconoce que cualquier cambio en la conducta que reduce el daño puede ser considerado como un cambio positivo para el sujeto debido a la disminución de los

problemas relacionados por el consumo. Además, no se descarta que los adolescentes puedan llegar a la abstinencia con el paso del tiempo al emplear las estrategias de auto-control y prevención de recaídas.^{12,33,34,35}

Un punto que resalta en esta investigación se refiere a las dificultades que se observaron con el empleo de la lista de tamizaje de indicadores del DSM-IV-TR. Por ejemplo, algunos adolescentes no reportaron indicadores para el abuso, pero sí cubrieron los criterios para una dependencia leve. Al respecto existen algunas características de los adolescentes que pueden afectar su aplicación en comparación con los adultos. Entre estas tenemos el tiempo de consumo, los patrones de consumo, la tolerancia y la propia interpretación que el adolescente hace de los criterios, por lo que se enfatiza la necesidad de adaptar y validar los criterios del DSM para su uso con adolescentes.³⁶

Los resultados y limitaciones de esta investigación nos permiten proponer líneas en cuatro vertientes. La primera es validar empíricamente este modelo mediante réplicas en un número mayor de usuarios, mediante ensayos clínicos aleatorios y con períodos de seguimiento más largos. Al respecto, actualmente, se desarrolla un proyecto de investigación que tiene como propósito determinar los efectos de dos modalidades de intervención breve en la disminución del consumo de sustancias en adolescentes que habitan zonas urbanas y rurales, por medio de un ensayo clínico aleatorio.* La segunda línea de investigación que se propone, consiste en identificar las características de los adolescentes para los cuales es efectivo el tratamiento, lo que hace necesario evaluar en futuras investigaciones nuevas variables o conductas problema (comorbilidad) que puedan afectar los resultados del tratamiento. Al respecto, se cuenta con un proyecto aprobado por CONACYT, el cual tiene el objetivo de determinar, a través del tiempo, las variables psicosociales, demográficas, individuales y del tratamiento, y su interacción con la evolución del consumo de drogas en adolescentes que asisten a un programa de intervención breve.** Una tercera línea de investigación se refiere a obtener la validez convergente del cambio en el patrón de consumo que reportan los participantes con el reporte de sus colaterales. Finalmente, es necesario desarrollar estrategias de evaluación más efectivas que permitan detectar de manera oportuna a los adolescentes que se inician en el consumo de alcohol y otras drogas, además se requieren criterios válidos y confiables para diferenciar el abuso y la dependencia entre los adultos y los adolescentes.

* Este criterio fue establecido por la fuerza de tarea «promoción y difusión de procedimientos psicológicos» de la división 12 de la *American Psychological Association*, reportes 1995 y 1997.

* Martínez, M. K. I. (2005). Evaluación experimental de dos intervenciones breves para la disminución del consumo de drogas. Fomento a la generación y aplicación innovadora del conocimiento. PROMEP. UAAGS-PTC-55.

** Martínez, M. K. I. (2006). Estudio longitudinal del consumo de drogas en adolescentes que participan en programas de intervención breve. CONACYT. P57496-H.

AGRADECIMIENTOS

Agradecemos el apoyo recibido por parte del Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (G36266-H). También, queremos agradecer los comentarios de la doctora María Elena Medina-Mora Icaza, investigadora del Instituto Nacional de Psiquiatría, y los comentarios del doctor Eric F. Wagner, investigador de la Florida International University.

REFERENCIAS

1. Jhonston O'Malley, Bachman. monitoring the future national results on adolescent drug use: Overview of key findings. Maryland: National Institute on Drug Abuse; 2006.
2. Maddaleno M, Morello P, Infante-Espinola F. Salud y desarrollo de adolescentes y jóvenes en Latinoamérica y El Caribe: desafíos para la próxima década. *Salud Pública México* 2003;45:132-139.
3. Santos-Preciado JJ, Villa-Barragán JP, García MA. La transición epidemiológica de las y los adolescentes en México. *Salud Pública México* 2003;45:140-152.
4. Tapia C, Medina-Mora M, Cravioto. Epidemiología del consumo de las drogas psicoactivas. En: Tapia C (ed). *Las adicciones: dimensión, impacto y perspectivas*. México: Manual Moderno; 2001.
5. Villatoro J, Medina-Mora ME, Hernández M. Encuesta de Estudiantes de Nivel Medio y Medio Superior de la Ciudad de México: noviembre 2003. Prevalencias y evolución del consumo de drogas. *Salud Mental* 2005;28:38-51.
6. Secretaría de Salud. Programa de acción: adicciones, alcoholismo y abuso de bebidas alcohólicas. México: CONADIC; 2001.
7. World Health Organization. *Neuroscience of psychoactive substance use and dependence*. Switzerland; 2004.
8. Ayala HE, Echeverría L, Sobell M y et al. Autocontrol dirigido. Intervenciones breves para bebedores excesivos de alcohol en México. *Revista Mexicana Psicología* 1997;14:113-127.
9. Ayala HE, Echeverría L, Sobell M et al. Una alternativa de intervención breve y temprana para bebedores problema en México. *Acta Comportamentalia* 1998;1:71-93.
10. Myers MG, Brown SA, Tate S et al. Toward brief interventions for adolescents with substance abuse prevention and comorbid psychiatric problems. En: Monti PM, Colby SM, O'Leary TA (eds). *Adolescents, alcohol, and substance abuse*. New York: Guilford Press; 2001.
11. Sobell MB, Sobell LC. *Problem drinkers: Guided self-change treatment*. New York: Guilford Press; 1993.
12. Sobell MB, Sobell LC. Stepped care for alcohol problems: An efficient method for planning and delivering clinical services. En: Tucker JA, Marlatt GA (eds). *Changing addictive behavior: Bridging clinical and public health strategies*. New York: Guilford Press; 1999.
13. Maisto SA, Carey KB, Bradizza CM. *Social Learning Theory*. En: Leonard K E, Blane H T (Qd.). *Psychological theories of drinking and alcoholism*. New York: Guilford Press; 1999.
14. Breslin C, Sdao-Jarvie K, Li S et al. Brief treatment for young substance abusers: A pilot study in an addiction treatment setting. *Psychology Addictive Behaviors* 2002;16:10-16.
15. Breslin C, Sdao-Jarvie K, Tupker E et al. First Contac a brief treatment for young substance users. *Center Addiction Mental Health*; 1999.
16. Marlatt GA, Baer JS, Kivlahan DR et al. Screening and brief interventions for high-risk college students drinkers: Results from a two year follow-up assessment. *Consulting Clinical Psychology* 1998;66:604-615.
17. Wagner E, Brown S, Monti P et al. Innovations in adolescents substance abuse intervention. *Alcoholism Clinical Experimental Research* 1999; 23:236-249.
18. Wagner EF, Tubman JG, Gil AG. Implementing school-based substance abuse interventions: methodological dilemmas and recommended solutions. *Addiction* 2004;99:106-119.
19. Aubrey LL. Motivational interviewing with adolescents presenting for outpatient substance abuse treatment. *Disertación doctoral no publicada*. USA: University of New Mexico; 1998.
20. Bien T, Miller W, Tonigan J. Brief Interventions for alcohol problems: a review. *Addictions* 1993;88:315-336.
21. Miller WR, Rollnick S. *Motivational interviewing: Preparing people to change addictive behavior*. New York: Guilford Press; 1991.
22. Miller WR: Motivation for treatment: A review with special emphasis on alcoholism. *Psychological Bulletin* 1985;98:84-107.
23. Winters KC, Leitten W, Wagner E et al. Use of brief interventions for drug abusing teenagers within a middle and high school setting. *School Health* 2007;17:196-206.
24. Martínez K, Ayala H, Salazar M et al. *Programa de intervención breve para adolescentes que inician el consumo de alcohol y otras drogas*. Manual del Terapeuta. México: UNAM, Facultad de Psicología; 2004.
25. Mariño MC, González-Forteza GC, Andrade P. Validación de un cuestionario para detectar adolescentes con problemas por uso de drogas. *Salud Mental* 1998;1:27-36.
26. Sobell LC, Maisto S, Sobell MB et al. Reliability of alcohol abusers self-reports of drinking behavior. *Behavior Research Therapy* 1979; 17:157-160.
27. Annis HM, Martin G. *Inventory of drug - taking situations*. Toronto: Addiction Research Foundation; 1985.
28. Zweben A, Li S. The efficacy of role induction in preventing early dropout from outpatient treatment of drug dependency. *American Drug Alcohol Abuse* 1981;8:171-183.
29. Barragán L, González J, Medina-Mora ME et al. Adaptación de un modelo cognoscitivo-conductual para usuarios dependientes de alcohol y otras drogas a población mexicana: un estudio piloto. *Salud Mental* 2005;28:61-71.
30. Chambliss DL, Baker MJ, Baucom DH et al. An update on empirically validated therapies II. *Clinical Psychologist* 1998;51:3-16.
31. Baer DM, Wolf MM, Risley TR. Some currents dimensions of applied behavior analysis. *Applied Behavior Analysis* 1968;1:91-97.
32. Organización Mundial de la Salud: *Guía Internacional para vigilar el consumo de alcohol y sus consecuencias sanitarias*. Washington: Organización Panamericana de la Salud, Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud; 2000.
33. Abrams DB, Orleans CT, Niaura RS et al. Integrating individual and public health perspectives for treatment of tobacco dependence under managed health care: A combined stepped care and matching model. *Annals Behavioral Medicine* 1996;18:290-304.
34. Marlatt GA. Harm reduction: Come as you are. *Addictive Behaviors* 1996;21:779-788.
35. Winters KC. Assessing adolescent substance use problems and others areas of functioning: State of the art. En: Monti PM, Colby SM, O'Leary TA (eds). *Adolescents, alcohol, and substance abuse*. New York: Guilford Publications; 2001.
36. Chung T, Martin CS, Winters KC. Diagnosis, course and assessment of alcohol abuse and dependence in adolescents. En: Galanter M (ed.) *Alcohol problems in adolescents and young Adults*. New York: Springer; 2006.

