

Evaluación de un componente de inducción al tratamiento con adolescentes usuarios de alcohol del Distrito Federal

Martha Leticia Salazar Garza,¹ Kalina Isela Martínez Martínez,¹ Vania Barrientos Casarrubias²

Artículo original

SUMMARY

There are two main problems reported in the intervention programs addressing teenage substance users: 1) limited admission to treatment, 2) high drop out rates.

Institutions in other countries working with teenage substance users report a dropout rate between 50 and 70% after the first session at early treatment stages. In Mexico, a study on dropout rates in a brief intervention program found rates of 53%, with teenagers dropping out between the first and second session.

In the addictive behavior field, there is a factor involved in the lack of acceptance for treatment and the dropout rate during treatment. This factor is the perception of addiction treatment programs and teenagers' readiness for change their consumption.

Particularly, it was proposed that the lack of agreement over the actions that the therapist and the user develop, jointly and individually, affects the admission to and permanence of users in treatment programs.

In addition, Yahne & Miller consider that most of the people can be admitted to the program without any willingness or with a limited willingness to change their consumption. This suggests the need for strategies that increase teenagers' interest in modifying their substance consumption.

That is why this study reports the results of an evaluation of an induction to treatment session as a part of the «*Brief Intervention Program for Adolescents that Begin Alcohol and Drug Use*» [BIPA]. This induction to treatment session uses some of the strategies from motivational interviewing that also includes the change stages of Prochaska and DiClemente. These strategies are based on four steps: a) give teenagers feedback on the impact of alcohol use on their lives according to the results of a previous evaluation, b) give direct counseling about the importance of change, c) suggest alternatives to achieve this change, d) describe the BIPA characteristics and clarify the therapist's and teenagers' role in the treatment.

If they follow these steps, teenagers increase their readiness to change. In addition, this induction to treatment session may help to clarify the perception about the activities that both therapist and the teenager must develop during the intervention program.

The objectives of the current study are: 1) Evaluate the impact of the induction to treatment session on the therapist and teenagers' perception, 2) Evaluate the impact of the induction to treatment session on the stage of teenagers' readiness willingness to change, and 3)

Determine the effects of the induction to treatment session on teenage alcohol users' acceptance and permanence.

In this study, a pre-post test design without a control group was used in a sample of 28 volunteer teenage students from Mexico City.

The sample was non probabilistic and included volunteer participants meeting the following criteria: a) teenage alcohol users drinking more than 4 drinks on more than 5 occasions in the last 6 months; b) reports on alcohol-related problems without physical symptoms of alcohol dependence according to DSM-IV-TR; c) being aged between 14 to 18 years old; d) being a student.

This study took place at the «Guillermo Dávila» Center of Psychological Services and the Acasulco Center of the UNAM Psychology Faculty, as well as at a secondary and high school in Mexico City.

The instruments used were: Initial Interview, Readiness to Change Scale, and the Perception of Therapist's and Teenager's Role Questionnaire.

The principal characteristics related to teenage consumption were: the overall sample reported alcohol consumption as a pre-eminent substance; the majority reported moderate alcohol consumption (1-2 occasions per month) over the past 90 days, although 80% reported large amounts of alcohol (more than 5 drinks per occasion). On the other hand, the three main problems reported by teenagers were related to attending parties where alcohol was necessarily consumed, family or friend's arguments and consequences related to affective situations.

Data analysis showed statistical differences before and after the induction according to perceptions about the therapist's role $t(27) = -2.803, p < .05$, but not about the teenagers' role $t(27) = -1.793, p > .05$, although the average group analysis before the induction session showed that the participants had a clear perception of the activities they perform during the program. On the other hand, the data analysis did not show significant statistical differences in the recognition $t(27) = .000, p > .05$ and action $t(27) = -1.839, p > .05$ subscales, both from the readiness for change scale.

As for the acceptance and permanence percentage in the treatment, 100% of the teenagers agreed to join the treatment program after the induction session, 93% only attended the first session of treatment, and 62% finished their participation in the treatment program.

Based on these results, the induction to treatment session represents a component that clarifies teenagers' perception about the therapist's actions during the treatment. Although there were no

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: 28 de septiembre de 2006. Segunda versión: 24 de marzo de 2008. Tercera versión: 20 de abril de 2009. Aceptado: 30 de abril de 2009.

significant differences in the readiness to change scale, the induction session is thought to have helped in the teenagers' admission to treatment in addition to promoting progress to action.

The induction session can also be one of the variables that contributed to acceptance of and permanence in treatment among teenagers.

However, it is important to evaluate the effect that the induction to treatment session had by comparing it with a control group. It is also essential to consider the evaluation of the induction to treatment session with teenage drug users, as well as teenagers that do not go to school.

Despite the limited sample, the results observed suggest the relevance of this kind of components in treatment for teenage substance users.

Key words: Teenagers, alcohol, treatment, motivation, induction, dropout.

RESUMEN

Entre los programas de intervención dirigidos a los adolescentes que abusan del alcohol y otras drogas se han reportado dos grandes problemas: 1. la escasa aceptación para ingresar a tratamiento y 2. las altas tasas de abandono.

Instituciones de otros países que trabajan con adolescentes usuarios de sustancias, reportan una tasa de deserción después de un primer contacto de entre el 50% y el 70% en fases tempranas del tratamiento. En México, un estudio sobre la deserción de los adolescentes participantes en un programa de intervención breve determinó que el porcentaje de deserción fue del 53% y la deserción se presentó entre la primera y la segunda visita al terapeuta.

Algunos de los factores implicados en la falta de aceptación del tratamiento y la deserción durante el tratamiento en el campo de las adicciones, son la etapa de disposición a cambiar su consumo en la que se encuentran los sujetos y su percepción acerca de los tratamientos de las adicciones. En este sentido, en este trabajo se reporta la evaluación de una sesión de inducción al tratamiento como parte del «Programa de Intervención Breve para Adolescentes que Inician el Consumo de Alcohol y Otras Drogas» (PIBA). La sesión de inducción al tratamiento desarrollada como parte del PIBA, utiliza algunas de las estrategias propuestas por la entrevista motivacional, las que se integran en cuatro pasos: a) retroalimentar al adolescente

sobre el impacto del uso de alcohol en su vida de acuerdo a los resultados de una evaluación previa, b) dar consejo directo sobre la necesidad de cambio, c) sugerir alternativas para el cambio y d) describir las características del PIBA y aclarar las acciones que el terapeuta y el adolescente realizan en el tratamiento. Con estos pasos se busca que el adolescente avance en su etapa de disposición al cambio y aclare su percepción acerca de las actividades que él y el terapeuta realizan durante el tratamiento. De manera adicional, se planteó que la sesión de inducción al tratamiento puede resultar efectiva para promover la aceptación y permanencia en el tratamiento entre los adolescentes.

Para tal efecto se utilizó un diseño de grupo pretest-postest sin grupo control, con una muestra de 28 adolescentes estudiantes voluntarios del Distrito Federal, quienes reportaron consumir alcohol y tener problemas relacionados.

El análisis de los datos mostró diferencias estadísticas significativas antes y después de la sesión de inducción para la percepción del rol del terapeuta, pero no para la percepción del rol del adolescente, aunque el análisis del promedio grupal acerca de la percepción del adolescente sobre su rol en el tratamiento, antes de la sesión de inducción, arrojó que los participantes tenían una percepción clara acerca de las actividades que ellos realizan durante el tratamiento.

Por otra parte, el análisis no mostró diferencias estadísticas significativas para la etapa de disposición al cambio de los adolescentes antes y después de la sesión de inducción al tratamiento, sin embargo, el análisis de las medias grupales para las dos subescalas del instrumento que midió esta variable mostró que en un inicio los adolescentes se encontraban preparados para el cambio.

Finalmente, se reportó que el 100% de los jóvenes aceptaron ingresar a tratamiento, el 92% acudió por lo menos a la primera sesión del programa y el 62% lo concluyó.

Se propone que la sesión de inducción al tratamiento representa una estrategia mediante la cual se puede clarificar la percepción de los adolescentes sobre las actividades que realizan los terapeutas en el tratamiento, además de que puede favorecer el avance de los adolescentes de la etapa de preparación al cambio a la etapa de acción. Finalmente se considera que puede ser una de las variables que favorezcan la aceptación y permanencia en tratamiento entre los adolescentes atendidos en el estudio.

Palabras clave: Adolescentes, alcohol, tratamiento, motivación, deserción.

INTRODUCCIÓN

En el área de la psicología clínica se ha reportado que los usuarios de sustancias ingresan a tratamiento debido a la presencia de eventos negativos o cambios positivos en sus vidas, y al análisis y evaluación que realizan sobre los mismos.^{1,2} Sin embargo, en la aplicación de los programas de intervención para la atención de los que abusan de las sustancias, incluyendo los adolescentes, se han encontrado dos grandes problemas: 1. existe una escasa aceptación para ingresar al tratamiento y 2. una vez que se ingresa al tratamiento, las tasas de abandono son muy altas.^{3,4}

Sobell, Sobell y Toneatto⁵ encontraron que la relación de individuos que no entran a tratamiento en comparación con aquellos que sí lo hacen es de tres a uno o incluso de 13 a uno.

Por su parte, la Universidad de Nuevo México, por medio del Center on Alcoholism Substance Abuse and Addictions Adolescent Program, reporta que el 50% de los adolescentes nunca regresan después de un primer contacto y el 70% abandona el tratamiento prematuramente.⁶ En un estudio que se realizó en México sobre la deserción de los adolescentes participantes en un programa de intervención breve, se determinó que el porcentaje de deserción fue del 53%, y ésta se dio entre la primera y la segunda visita al terapeuta.⁷

Entre los factores que se han asociado al ingreso a tratamiento contra las adicciones y su permanencia, se encuentran la percepción de los usuarios acerca de los tratamientos y la etapa de disposición al cambio.^{2,8-11}

Algunos autores proponen que la aceptación para ingresar a un tratamiento, y permanecer en éste, dependen de

los puntos de vista positivos del usuario sobre el tratamiento y la percepción de su efectividad. Así lo proponen DeLeon, Melnick, Kressel y Jainchill,⁹ quienes señalaron que cuando los individuos mantienen un punto de vista negativo acerca del tratamiento y su eficacia, o consideran que éste no es el adecuado para ellos, detienen su búsqueda de ayuda. La percepción favorable o desfavorable acerca de los tratamientos puede hacer la diferencia entre quienes ingresan o no a una intervención.¹⁰ En particular, se ha propuesto que la falta de acuerdo entre los terapeutas y los usuarios de los tratamientos acerca de las acciones que ambos realizan de manera individual y conjunta, puede afectar el ingreso y permanencia de los sujetos en los tratamientos.^{12,13}

También se ha encontrado que la disposición a realizar un cambio en el patrón de consumo determina el ingreso al tratamiento y su permanencia de manera activa durante éste. Yahne y Miller¹⁴ consideran que la mayoría de las intervenciones contra las adicciones están diseñadas para la gente que ya está dispuesta y preparada para hacer un cambio, pero que en realidad la mayoría de los usuarios puede llegar a un programa sin disposición o con poca disposición para cambiar su conducta de consumo. Por lo tanto, para que la persona acepte ingresar a tratamiento resulta necesario promover su disposición al cambio antes de instrumentar cualquier programa de intervención.^{10,15,16} El modelo transteórico de las etapas de cambio de Prochaska y DiClemente,^{17,18} ofrece una descripción de cómo las personas deciden cambiar su consumo.

De acuerdo con el modelo transteórico, las personas pueden decidir hacer un cambio ya sea por sí mismas o a partir de la ayuda de un terapeuta, a través de una serie de etapas. La primera etapa se conoce como «precontemplación», donde los individuos no son conscientes de sus problemas y se muestran resistentes a cambiar su consumo. En la siguiente etapa, «contemplación», la gente toma conciencia de los problemas relacionados con su consumo a través del análisis de las ventajas y las desventajas asociadas, piensa cómo puede solucionarlo pero no realiza ninguna actividad para lograrlo. Sin embargo, en la etapa de «preparación», los individuos ya emprenden acciones para cambiar su consumo aunque no han alcanzado los medios o recursos para la acción efectiva. La etapa de «acción» comienza cuando los individuos modifican su conducta, experiencias o entorno, alcanzando la abstinencia o la moderación. Por último, en la etapa de «mantenimiento», se trabaja para impedir las recaídas y consolidar las ganancias conseguidas durante la acción. Esta última fase se extiende desde los seis meses hasta un periodo indeterminado después de la acción inicial.

Prochaska y DiClemente^{17,18} desarrollaron este modelo con el objetivo de describir de manera global el proceso de cambio, desde el momento en que una persona advierte la existencia de problemas relacionados con su consumo hasta que esos problemas dejan de presentarse. Es un modelo tridimensional que integra etapas (secuencia del cam-

bio), procesos (subyacentes al cambio) y niveles de cambio (a qué niveles afecta la conducta problema y dónde debe dirigirse la intervención). La importancia del modelo en esta investigación es el acento sobre la dimensión temporal en el proceso de cambio. No sólo se trata de considerar si una intervención es adecuada en sí misma, sino también si ésta se adecua al momento temporal (etapa) en el que se encuentra el usuario. Avanzar en el proceso de cambio se orienta entonces hacia una progresión a través de las etapas de cambio, de manera que se reduzcan las probabilidades de volver a un estadio anterior y por tanto no iniciar o desertar de un tratamiento.

Algunos investigadores han propuesto diferentes alternativas para avanzar en la etapa de disposición al cambio o solidificar la preparación para él y así iniciar el tratamiento y adherirse a él.¹⁹ Por ejemplo, hacer entrevistas previas al tratamiento para introducir al usuario en el programa al que puede asistir, evaluar la etapa de disposición al cambio, realizar llamadas por teléfono para mantener el contacto con el usuario, etc.^{11,20-22} En este sentido, lo que en este trabajo se propuso para que el adolescente acepte ingresar al tratamiento y permanezca de manera activa en éste, fue una fase de inducción antes de comenzar su participación en el «Programa de Intervención Breve para Adolescentes que Inician el Consumo de Alcohol y Otras Drogas» [PIBA], mismo que ha mostrado ser efectivo en la reducción del patrón de consumo de sustancias en adolescentes, tales como alcohol, marihuana, cocaína e inhalables.²³

El PIBA está diseñado para implementarse dentro de las escuelas de nivel medio y medio superior, e incluye cinco fases: a) detección de casos: promoción del programa de intervención breve para adolescentes a través de carteles, trípticos, pláticas informativas y el informe del personal de la escuela sobre posibles adolescentes involucrados en el abuso de sustancias psicoactivas; b) admisión: evaluación de los criterios de inclusión al programa; c) evaluación: valoración del patrón de consumo, situaciones de consumo, síntomas de dependencia hacia la droga y problemas relacionados con el consumo; d) inducción al tratamiento: sesión donde se retroalimenta al adolescente acerca de su patrón de consumo y características relacionadas, con base en los datos obtenidos durante la admisión y evaluación; e) tratamiento: consta de cuatro sesiones con el adolescente de forma individual, con una duración de 60 a 90 minutos cada sesión, una vez a la semana. Cada una de las sesiones tiene un formato especial de acuerdo a los objetivos propuestos, y éstos se trabajan por medio de folletos diseñados para cada sesión y f) seguimiento: evaluar el cambio en el patrón de consumo y su mantenimiento al mes, y a los tres y seis meses de haber concluido el tratamiento.²⁴

De manera particular la sesión de inducción al tratamiento tiene una duración de 90 minutos, en la cual se utilizan las estrategias de la Entrevista Motivacional que a su vez con-

templa las etapas de cambio de Prochaska y DiClemente y cuyos componentes son: a) retroalimentar sobre el impacto del uso de sustancias en la vida de los sujetos de acuerdo a los resultados de la evaluación, b) dar consejo directo sobre la necesidad de cambio, c) sugerir alternativas para el cambio y d) describir las características del PIBA y analizar con el adolescente las ventajas y limitaciones de asistir al programa de tratamiento.¹⁶ A través de estos pasos se pretende que el adolescente avance en la etapa de disposición al cambio e ingrese de forma voluntaria al tratamiento y concluya con el programa. También se clarifica el papel que el terapeuta y el adolescente tienen durante el programa de tratamiento, a fin de que el adolescente tenga una percepción adecuada de las acciones que él y el terapeuta ejecutarán durante el tratamiento. Por último, se propuso que la sesión de inducción al tratamiento puede favorecer la aceptación y permanencia en tratamiento de los adolescentes.¹⁹

Con base en lo anterior, los objetivos de este trabajo fueron: 1. evaluar el impacto de la sesión de inducción sobre la percepción de los adolescentes acerca de las actividades que ellos y el terapeuta realizan durante el tratamiento; 2. evaluar el impacto de la sesión de inducción sobre la etapa de disposición al cambio de los adolescentes participantes en el programa y 3. determinar los efectos de la sesión de inducción en la aceptación y permanencia de los adolescentes en el PIBA.

MÉTODO

Sujetos

La selección de la muestra se realizó de manera no probabilística con sujetos voluntarios que cumplieran con los siguientes criterios: a) adolescentes usuarios de alcohol, con consumo mayor de cuatro tragos estándar en más de cinco ocasiones en los últimos seis meses; b) reportar problemas relacionados con su consumo de alcohol, pero sin presentar los síntomas físicos de la dependencia fisiológica de acuerdo con el DSM-IV-TR;²⁵ c) tener entre 14 y 18 años de edad y d) ser estudiante.

Escenarios

La investigación se realizó en las instalaciones de los Centros de Servicios Psicológicos «Guillermo Dávila» y «Acasulco», ambos pertenecientes a la Facultad de Psicología de la UNAM; así como también se trabajó en una escuela secundaria y en un plantel de bachillerato, ambos del DF.

Instrumentos

1. *Entrevista inicial.*²⁴ La entrevista consta de 58 reactivos que miden 10 diferentes áreas: 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 y satisfacción en la vida. Este instrumento se aplicó en la evaluación con el fin de identificar las características principales del consumo del adolescente.

2. *Escala de disposición al cambio [SOCRATES].*²⁴ Consta de 15 reactivos que identifican la etapa de disposición al cambio de los sujetos. Las opciones de respuesta van desde totalmente de acuerdo hasta totalmente en desacuerdo. Su adaptación con adolescentes mexicanos usuarios de alcohol mostró un nivel de confiabilidad de 0.88 y una estructura factorial de dos subescalas: reconocimiento y acción. Se aplicó durante la evaluación y al término de la sesión de inducción.
3. *Cuestionario de percepción acerca del rol del terapeuta y del adolescente.*²⁴ Compuesto por 27 reactivos, de los que 14 integran una subescala que evalúa la percepción que el adolescente tiene sobre las acciones que realiza él durante el tratamiento, y 13 reactivos componen una subescala que valora la percepción del adolescente acerca del rol que tiene el terapeuta durante la intervención. Tiene cuatro opciones de respuesta: nunca, raramente, algunas veces y casi siempre. Para este instrumento se obtuvo validez de contenido mediante juicios dicotómicos. El grado de acuerdo entre los jueces para cada uno de los reactivos fue de por lo menos el 85%. Se aplicó durante la evaluación y al término de la sesión de inducción.

Procedimiento

Para la evaluación de la sesión de inducción al tratamiento se utilizó un diseño pretest-posttest sin grupo control. En un primer momento se realizó la detección de los adolescentes en escenarios escolares. La detección se realizó por medio de pláticas interactivas sobre el consumo de alcohol y otras drogas, y al término de las mismas se aplicó un cuestionario de tamizaje a fin de identificar a los adolescentes que tenían problemas relacionados con el consumo de alcohol. Por otro lado, también se trabajó con adolescentes que fueron canalizados de manera directa por parte de los profesores o por sus padres. Los sujetos detectados en escenarios escolares o que fueron canalizados por los profesores, recibieron la intervención en la propia institución educativa, mientras que los que fueron canalizados por sus padres fueron atendidos en los centros de servicios psicológicos de la UNAM. Una vez que los adolescentes fueron detectados o canalizados, se tuvo una sesión de admisión y otra de evaluación de manera individual con una duración de 50 minutos cada una de ellas. Estas sesiones estuvieron a cargo del terapeuta asignado para la atención de cada adolescente. Los terapeutas fueron estudiantes de posgrado en psicología con especiali-

dad en el tratamiento de conductas adictivas. En la admisión se identificó si los adolescentes cumplían con los criterios de inclusión del programa de intervención, y en la evaluación se obtuvieron las características relacionadas con el consumo de los adolescentes, la etapa de disposición al cambio en la que se encontraban, así como su percepción acerca de las acciones que ellos y el terapeuta realizarían en el programa de tratamiento. Con la información recabada se elaboró un reporte de retroalimentación, que fue entregado al adolescente durante la sesión de inducción al tratamiento.

La sesión de inducción al tratamiento se realizó una semana después de concluida la evaluación y consistió en una sesión de 90 minutos, organizada en cuatro actividades: 1. retroalimentar sobre el impacto del uso de sustancias en la vida de los adolescentes; en esta primera parte de la sesión se analizó el patrón de consumo de alcohol (cantidad y frecuencia) del adolescente, las consecuencias positivas y negativas relacionadas con su consumo, así como los factores de riesgo y de protección, con el propósito de que el adolescente identificara los aspectos de su consumo que consideraba pertinente cambiar; 2. dar consejo directo sobre la necesidad de cambio: el terapeuta enfatizaba aquellos aspectos del consumo de alcohol que lo ponían en riesgo, además promovía que el adolescente expresara lo que consideraba oportuno cambiar de ese consumo; 3. generar alternativas para el cambio: el adolescente seleccionaba alternativas a través de las cuáles consideraba que podía cambiar los aspectos problemáticos de su consumo y 4. describir las características del PIBA: el terapeuta clarificó las características del PIBA, las ventajas y desventajas de asistir al programa, así como las acciones que él y el adolescente realizarían en el transcurso del mismo. Al final de la sesión, el adolescente decidió si ingresaba o no al PIBA. Enseguida, los que decidieron participar en el programa asistieron, una semana después, a su primera sesión de tratamiento. La fase de tratamiento tuvo una duración de cuatro semanas, con seguimientos al mes, tres y seis meses después de terminado el tratamiento.

Análisis de los datos

En un primer momento se realizó un análisis descriptivo de las principales características relacionadas con el consumo de los adolescentes: frecuencia y cantidad de consumo en los últimos 90 días, nivel de consumo, principales problemas relacionados con él, descripción del consumo de alcohol, consumo de tabaco y otras drogas. Posteriormente, a través de pruebas «t» para datos relacionados, se compararon los puntajes obtenidos antes y después de la sesión de inducción con el cuestionario de percepción acerca del rol del terapeuta y del adolescente, así como con la escala de estados de la disposición al cambio. Finalmente se obtuvo el porcentaje de los adolescentes que aceptaron

participar en el PIBA, de aquellos que asistieron a la primera sesión de tratamiento y de los que concluyeron todas las fases del programa.

RESULTADOS

La muestra final estuvo conformada por 28 adolescentes (14 hombres y 14 mujeres), con una edad promedio de 17 años ($DE=1.39$). Al momento de la intervención, siete cursaban el tercer grado de secundaria y 21 el bachillerato o preparatoria.

Las principales características relacionadas con el consumo de los adolescentes se describen en el cuadro 1. El total de ellos reportaron como principal sustancia de consumo al alcohol. La mayoría reportó durante los últimos 90 días una frecuencia moderada de consumo, es decir, de una a dos veces al mes. Sin embargo, el 80% manifestó consumir cantidades altas (más de cinco tragos por ocasión de consumo). Por otro lado, las tres principales consecuencias reportadas, asociadas con su consumo, fueron: la búsqueda de reuniones donde necesariamente se consume alcohol, llamadas de atención de la familia o los amigos y consecuencias relacionadas con estados afectivos (cambios de humor como pasar de estar contento a estar triste, o viceversa). Finalmente, el 73.3% reportó fumar tabaco y el 34.6% el consumo experimental de otras drogas. En este mismo cuadro se puede observar cómo la mayoría de los adolescentes, durante la fase de evaluación, consideró que su consumo de alcohol era un problema y sólo un pequeño porcentaje expresó que no, a pesar de la ocurrencia de algunas consecuencias negativas relacionadas.

Con relación a la percepción del adolescente sobre su rol y el del terapeuta durante el tratamiento, en la subescala del rol del terapeuta se encontró una diferencia estadística significativa, $t(27)=-2.803$, $p<.05$. Como se observa en la figura 1, la media de la percepción sobre el rol del terapeuta fue más baja antes de la sesión de inducción ($\bar{X}=41.64$, $DE=7.06$) que después de haber recibido la inducción ($\bar{X}=44.50$, $DE=6.50$). Lo que significó que después de la sesión de inducción, los adolescentes tuvieron una percepción más clara en cuanto a las acciones que el terapeuta realiza durante el tratamiento. Por otra parte, en la subescala del rol del adolescente no se obtuvo una diferencia estadística significativa, $t(27)=-1.793$, $p>.05$, aunque el análisis del promedio grupal mostró que desde un inicio tenían una percepción clara sobre las acciones que realizarían durante la intervención. El promedio grupal obtenido en evaluación fue de 42.53 ($DE=6.71$) y después de la sesión de inducción al tratamiento fue de 44.71 ($DE=5.77$).

Por su parte, los análisis estadísticos mediante los que se compararon los puntajes obtenidos antes y después de la sesión de inducción, con la escala de estados de la disposición al cambio, no mostraron diferencias significativas

Cuadro 1. Características del consumo de los 28 adolescentes que participaron en el estudio

Variable	Indicador	%
Principal sustancia de consumo	Alcohol	100.0
Frecuencia de consumo durante los últimos 90 días	a) Menos de una vez al mes	13.3
	b) 1 a 2 veces al mes	56.7
	c) 1 a 2 veces a la semana	23.3
	d) 3 a 6 veces por semana	3.3
	e) Cada quince días	3.3
Cantidad consumida con más frecuencia durante los últimos 90 días	a) Menos de 5 tragos	20.0
	b) De 5 a 10 tragos	43.4
	c) Más de 10 tragos	36.6
Nivel de dependencia DSM-IV	a) Sin dependencia	16.7
	b) Riesgo de dependencia	46.7
	c) Dependencia	36.7
Principales problemas relacionados	a) Los amigos se aburren en fiestas donde no hay alcohol.	75.0
	b) Los familiares o amigos les han dicho que deben reducir la cantidad de alcohol que toman.	71.4
	c) Cambios repentinos de humor.	76.9
Consumo de tabaco	a) Nunca ha fumado	16.7
	b) Actualmente fuma	73.3
	c) Exfumador (<de 1 año)	10.0
Consumo de otras drogas	a) No (sólo consumo de alcohol)	65.4
	b) Sí (consumo experimental)	34.6
Descripción del problema	a) Sin problema	7.7
	b) Un pequeño problema (le preocupa pero no ha tenido problemas)	26.9
	c) Un problema menor (ha tenido problemas, pero ninguno serio)	23.1
	d) Un problema mayor (ha tenido al menos un problema serio)	34.6
	e) Un gran problema (ha tenido al menos dos problemas serios)	7.7

entre los puntajes promedios de la escala de estados de la disposición al cambio, tanto para la subescala de acción, $t(27)=-1.839$, $p>.05$, como para la subescala de reconocimiento, $t(27)=.000$, $p>.05$. Con base en el promedio de la calificación grupal se observó que desde un inicio los adolescentes se ubicaron en niveles altos para ambas escalas. Para la subescala de acción en la evaluación se obtuvo un promedio grupal de 25.57 (DE=5.01) y después de la sesión de inducción el promedio fue de 27.07 (DE=3.98), mientras que para la subescala de reconocimiento el promedio en la evaluación fue de 23.28 (DE=6.77) mismo que obtuvo después de la sesión de inducción 23.28 (DE=7.70), lo que significó que los adolescentes reconocían que su consumo les generaba problemas y expresaron que ya realizaban algunas acciones para cambiarlo. No obstante, el análisis de los reactivos que conforman la escala identificó dos con diferencias estadísticas significativas ajustando la significancia obtenida mediante el método de Bonferroni (cuadro 2), lo que significó que después de la sesión de

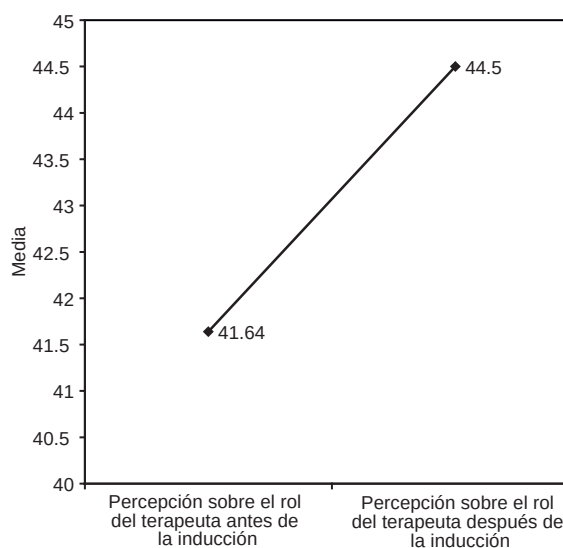


Figura 1. Medias grupales de respuesta a la subescala del rol del terapeuta, antes y después de la sesión de inducción.

inducción los adolescentes reportaron en mayor medida que ya estaban haciendo algo para cambiar su consumo y se estaban esforzando en ello.

En cuanto al porcentaje de aceptación y permanencia en tratamiento, al término de la sesión de inducción, el 100% aceptó ingresar al programa de intervención. Sin embargo, sólo el 93% asistió a la primera sesión del programa y el 62% concluyó su participación en él.

DISCUSIÓN

Con base en los resultados obtenidos, se propone que la sesión de inducción es un componente que puede servir de apoyo al terapeuta para clarificar la percepción de los adolescentes acerca de las acciones que los terapeutas realizan durante el tratamiento. Por ejemplo, durante la sesión de inducción comprendieron que el terapeuta los apoyaría para que encontrarán sus principales razones para cambiar su consumo, y que no juzgaría o criticaría su comportamiento. Las investigaciones han demostrado la utilidad de clarificar los roles que el terapeuta y los usuarios tienen acerca de los programas de tratamiento,^{12,15} especialmente con poblaciones que tienen poco contacto con los programas de tratamiento, tales como los adolescentes.^{8,22,26,27}

Por otro lado, a pesar de que no se encontraron diferencias estadísticamente significativas en las subescalas de la escala de estados de la disposición al cambio, se considera que la sesión de inducción favoreció el avance de los adolescentes en su disposición al cambio.¹⁹ Es decir, al momento de la sesión de inducción, los adolescentes ya contemplaban la necesidad de realizar un cambio y hacían algunas acciones para lograrlo, lo que indicaba que se encontraban preparados para el cambio aunque no lo habían logrado de manera efectiva, por lo que suponemos que la sesión de inducción favoreció su avance a la etapa de acción del cambio, debido a que se les ofreció ingresar a un programa de tratamiento. Desde el modelo transteórico de Prochaska y DiClemente, el cambio puede ser generado por los propios sujetos o con la ayuda de un terapeuta, y la estrategia que se propone utilizar cuando los individuos ya se encuentran preparados para el cambio es ofrecerles alternativas que les permitan cambiar su consumo.¹⁶

Por otra parte, podemos mencionar que la sesión de inducción puede ser una de las condiciones que favoreció la aceptación y permanencia en el tratamiento entre los adolescentes. El total de los jóvenes participantes en el estudio aceptó ingresar al programa de tratamiento y el porcentaje de deserción después de un primer contacto y durante el programa fue menor (7% y 38%, respectivamente), en com-

Cuadro 2. Comparación de los reactivos de la escala de estados de la disposición al cambio, aplicados a los 28 adolescentes que recibieron la sesión de inducción al PIBA

Reactivos	Pre		Post		t
	Media	DE	Media	DE	
1. En ocasiones me pregunto si bebo demasiado.	3.78	1.25	3.60	.95	.633
2. Sé que tengo un problema con mi forma de beber.	3.50	1.20	3.64	1.12	-.642
3. Algunas veces me pregunto si soy un alcohólico.	2.92	1.21	2.46	1.45	1.824
4. Soy un bebedor problema.	1.96	1.26	2.42	1.28	-1.788
5. Tengo serios problemas con mi forma de beber.	2.46	1.29	3.00	1.30	-2.837
6. Mi forma de beber me está causando mucho daño.	2.92	1.46	2.78	1.47	.537
7. Necesito ayuda para no volver a tener los problemas que me ocasionó mi consumo de alcohol.	3.67	1.21	3.28	1.60	1.364
8. Soy un alcohólico.	2.03	1.31	2.07	1.27	-.150
9. No sólo estoy pensando en cambiar mi forma de beber sino que ya estoy haciendo algo al respecto.	4.10	.83	4.57	.50	-3.300*
10. Ya he cambiado mi forma de beber y ahora estoy buscando nuevas alternativas para evitar recaer en mi consumo anterior.	3.92	.97	4.17	.77	-1.317
11. Estoy trabajando activamente para interrumpir o parar mi forma de beber.	3.42	1.13	4.00	1.05	-2.741
12. Si no cambio pronto mi forma de beber, mis problemas empeorarán.	3.14	1.48	3.25	1.62	-.355
13. Estoy trabajando duro para cambiar mi forma de beber.	3.50	1.07	4.03	.92	-3.217*
14. Estaba bebiendo demasiado pero me las arreglé para cambiar mi forma de beber.	3.67	.86	3.42	1.06	.925
15. Algunas veces me pregunto si mi forma de beber está lastimando a otras personas.	3.78	1.34	3.60	1.22	.623

* ($p < 0.003$ ajuste mediante el Método de Bonferroni).

paración con los datos reportados por un estudio previo realizado con adolescentes atendidos por el PIBA, en el que se obtuvo una prevalencia del 52% de desertores. De igual manera, en el estudio citado se encontró que la tasa de deserción fue mayor entre los adolescentes que fueron evaluados pero que no recibieron la sesión de inducción (90.9%), que cuando fueron evaluados y además recibieron la sesión de inducción al tratamiento (9.1%), datos que sirven de apoyo a los encontrados en el presente trabajo ante la falta de un grupo control como parte del diseño.

En general, los resultados alcanzados sugieren que la sesión de inducción al tratamiento empleada como parte del PIBA representa una estrategia que permite aclarar la percepción de los adolescentes sobre el rol del terapeuta, promueve su avance a través de las etapas de disposición al cambio y abre la posibilidad de que ingrese y permanezca en tratamiento.

Para lograr lo anterior, la sesión de inducción al tratamiento incorpora un formato de retroalimentación personalizado, sugerido por la entrevista motivacional, como elemento indispensable para facilitar la toma de decisiones en los adolescentes sobre su consumo.^{6,28} Las repercusiones interpersonales y emocionales del abuso de sustancias son importantes para la mayoría de los jóvenes, y pueden incorporarse dentro de un formato de retroalimentación personalizado, a través del cual se puede favorecer su avance por las diferentes etapas de cambio. Se ha dicho que los adolescentes se benefician con intervenciones que resuelvan la ambivalencia acerca del cambio y promuevan el compromiso con el tratamiento, mediante un estilo terapéutico empático y el énfasis puesto en el usuario para que analice las distintas opciones de cambio,²⁹ lo que es de suma importancia en la sesión de inducción evaluada en este trabajo, ya que durante la misma el terapeuta respeta las decisiones que el adolescente toma acerca de su consumo de alcohol.

A pesar de la muestra reducida en el estudio, los resultados observados sugieren la importancia de este tipo de componentes en los tratamientos para adolescentes usuarios de sustancias. Las investigaciones realizadas con muestras clínicas suelen caracterizarse por la dificultad para conseguir participantes que se ajusten a los criterios de inclusión establecidos, lo que se traduce en trabajar con muestras pequeñas o esperar muchos años antes de poder informar sobre los resultados alcanzados.³⁰

Por otro lado, es importante resaltar cómo en este estudio la mayoría de los adolescentes consideró de manera inicial tener un problema con su consumo de alcohol, contrariamente a lo esperado, lo que sugiere la necesidad de realizar estudios que aclaren las variables que están relacionadas con la falta de disposición hacia el cambio en esta población.

Finalmente, una limitación del estudio realizado consiste en la falta de un grupo control, por lo que no se descarta en un futuro evaluar el efecto de la sesión de inducción en comparación con un grupo control sin fase de inducción.

También se considera oportuno evaluar la sesión de inducción al tratamiento con adolescentes usuarios de otras drogas, de aquellos que presenten abuso hacia diferentes sustancias, así como con otros que no asistan a la escuela.

AGRADECIMIENTOS

Agradecemos el financiamiento otorgado por parte del Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (G36266-H) por el financiamiento para el desarrollo y evaluación del PIBA. También agradecemos los comentarios realizados al artículo por los doctores María Elena Medina-Mora Icaza, Eric F. Wagner, Samuel Jurado Cárdenas, Shoshana Berenson y Francisco Javier Pedroza Cabrera.

REFERENCIAS

1. Hartnoll R. Research and the help-seeking process. *Br J Addict* 1992;87:429-437.
2. Klingemann HK-H. Environmental influences which promote or impede change in substance behaviour. En: Edwards G, Lader M (eds). *Addiction: Processes of change*. Oxford, UK: Oxford University Press; 1994.
3. Stark M, Campbell B. Personality, drug use, and early attrition from substance abuse treatment. *Am J Drug Alcohol Abuse* 1988;14:475-485.
4. Stark M. Dropping out of substance abuse treatment: A clinically oriented review. *Clin Psychol Rev* 1992;12:93-116.
5. Sobell L, Sobell M, Toneatto T. Recovery from alcohol problems without treatment. En: Heather N, Miller WR, Greeley J (eds). *Self-control and the Addictive Behaviours*. New York: Maxwell MacMillan; 1992.
6. Aubrey L, Toscova R. Treatment characteristics of substance abusing adolescents with comorbid affective or behavior disorder. *Alcohol Clin Exp Res* 1994;18:507 (resumen).
7. Bernal P. La deserción a un tratamiento para adolescentes consumidores de alcohol y otras drogas. Tesis de licenciatura. México: Facultad de Psicología, Universidad Nacional Autónoma de México; 2004.
8. Cunningham J, Sobell L, Sobell M, Agrawal A, Toneatto T. Barriers to treatment: Why alcohol and drug abusers delay or never seek treatment. *Addict Behav* 1993;18:347-353.
9. De Leon G, Melnick G, Kressel D, Jainchill N. Circumstances, motivation, readiness, and suitability (the CMRS Scales): Predicting retention in therapeutic community treatment. *Am J Drug Alcohol Abuse* 1994;20:495-514.
10. Donovan D, Rosengren D. Motivation for behavior change and treatment among substance abusers. En: Tucker J, Donovan D, Marlatt A (eds). *Changing addictive behavior. Bridging Clinical and Public Health Strategies*. New York: The Guilford Press; 1999.
11. Kleyn J, Lake L. Factors associate with willingness to enter drug treatment: some implications for policy. *AIDS Public Policy J* 1990;5:112-116.
12. La Torre R. Pretherapy role induction procedures. *Can Psychol Rev* 1977;18:308-321.
13. Orne M, Werner P. Anticipatory socialization for psychotherapy: Method and rationale. *American J Psychiatry* 1968;124:1202-1212.
14. Yahné C, Miller W. Enhancing motivation for treatment and change. En: McCrady BS, Epstein EE (eds). *Addictions. A Comprehensive Guidebook*. New York: Oxford University Press; 1999.
15. Marlatt G. Effective relapse prevention and harm reduction therapy. *AABT Workshop Handout*. Febrero 20, 1999.
16. Miller W, Rollnick S. Motivational interviewing. *Preparing people for change*. New York: Wilford Press; 2002.
17. Prochaska J, Diclemente C. Toward a comprehensive model of change. En: Miller WR, Heather N (eds). *Treating addictive behaviors: Processes of change*. New York: Plenum press; 1986.

18. Prochaska J, Diclemente C. Transtheoretical therapy: Toward a more integrative model of change. *Psychotherapy: Theory, Research Practice* 1982;19:276-288.
19. Carroll K, Ball S, Nich C, Martino S, Frankforter T et al. Motivational interviewing to improve treatment engagement and outcome in individuals seeking treatment for substance abuse: a multisite effectiveness study. Connecticut: Yale University School of Medicine; 2006.
20. Brooke J. International theory: It's utility in explaining drug use behavior among African-American and Puerto Rican youth. En: De la Rosa M, Recio-Adradoes J (eds). *Drug abuse among minority youth: Advances in research and methodology*. Rockville: National Institute on Drug Abuse; 1993; Research monographs No. 130, pp. 79-101.
21. Miller W. Motivation for treatment: A review with special emphasis on alcoholism. *Psychol Bull* 1985;98(1):84-107.
22. Oppenheimer E, Sheenan M, Taylor C. Letting the client speak: Drug misusers and the process of help seeking. *Br J Addict* 1988;83:635-647.
23. Martínez K, Salazar M, Ruiz G, Pedroza F, Ayala H. Resultados preliminares del programa de intervención breve para adolescentes que inician el consumo de alcohol y otras drogas. *Salud Mental* 2008;31:119-128.
24. Martínez K, Salazar M, Ruiz G, Cassarubias V, Ayala H. Programa de Intervención Breve para Adolescentes que Inician el Consumo de Alcohol y otras Drogas. Manual del Terapeuta. México: CONADIC; 2005.
25. DSMIV-TR. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. APA; 2006.
26. Hoehn-Ssaric R, Frank J, Imber S, Nash E, Stone A et al. Systematic preparation of patients for psychotherapy. Effects on therapy behaviour and outcome. *J Psychiatr Res* 1964;2:267-281.
27. Zweben A, Li S. The efficacy of role induction in preventing early dropout from outpatient treatment of drug dependency. *Am J Drug Alcohol Abuse* 1981;8:183-191.
28. Aubrey L. Motivational interviewing with adolescents presenting for outpatient substance abuse treatment. Dissertation. Submitted in partial fulfilment of the requirements for the degree of doctor of philosophy psychology. Albuquerque, New Mexico: The University of New Mexico; mayo, 1998.
29. Tober G. Motivational interviewing with young people. En: Miller WR, Rollnick S (eds). *Motivational interviewing. Preparing people to change addictive behavior*. New York: Guildford Press; 1991.
30. González R, Paz P. Trastorno de estrés postraumático en mujeres víctimas de violencia doméstica: evaluación de programas de intervención. Madrid: Universidad de Complutense; 2005.

Artículo sin conflicto de intereses