

UN PROTOCOLO DE INTERVENCIÓN BREVE PARA ADOLESCENTES Y PADRES EN EL TRATAMIENTO DEL CONSUMO DE DROGAS: UN ESTUDIO PILOTO EN UNA MUESTRA BRASILEÑA

Fernanda Cerutti¹, José H. Marco², Carmen Moret-Tatay³
e Irani Iracema de Lima Argimon⁴

¹*Atitus Educação (Brasil)*; ²*Universidad de Valencia*; ³*Universidad Católica de Valencia San Vicente Mártir (España)*; ⁴*Pontificia Universidad Católica de Rio Grande del Sur (Brasil)*

Resumen

La participación de los padres en el tratamiento del consumo de drogas en adolescentes es un recurso fundamental para un buen progreso de la psicoterapia. El objetivo de este estudio piloto fue comprobar la viabilidad de la adaptación de la Intervención breve para adolescentes brasileños con consumo de drogas, con sesiones para los padres. La muestra estuvo formada por 28 adolescentes (de 14 a 18 años) con alto consumo de drogas residentes en una comunidad terapéutica con ingreso de larga duración. Para ello se compararon tres condiciones: 1) grupo con adolescentes y padres (GAP); 2) grupo solo con los adolescentes (GA) y 3) tratamiento habitual (TAU). El grupo GAP mostró una mejoría mayor que las otras condiciones de tratamiento. Este estudio demuestra la viabilidad de la aplicación de la terapia breve con padres y adolescentes consumidores de drogas en un contexto sociocultural diferente como es el brasileño. A pesar de ser un estudio piloto, la terapia breve mostró resultados esperanzadores.

PALABRAS CLAVE: *trastornos por consumo de sustancias; terapia breve; relación padres-hijos.*

Abstract

The parents' participation in adolescents' drug use treatment is a fundamental resource for good progress. Therefore, this pilot study demonstrates the feasibility of a brief intervention for drug-using adolescents, which contains sessions for parents and was adapted to a Brazilian sample. The protocol adaptation was tested in 28 adolescents (aged 14-18 years) to compare three conditions: 1) Group with adolescent/parent (GAP); 2) group with adolescent only (GA) and 3) treatment as usual (TAU). GAP post-test outcomes reveal significant improvement. The experience could test the applicability of a protocol to the

Esta investigación contó con el apoyo de la Coordinación de Perfeccionamiento del Personal de Educación Superior (CAPES). Un agradecimiento especial a Ken Winters, Ph.D., por el permiso de uso del protocolo.

Correspondencia: Fernanda Cerutti, Doña Laura, 1020, Porto Alegre (Brasil). E-mail: fernanda.cerutti@atitus.edu.br

Brazilian context. Despite showing results from a pilot study, the brief intervention demonstrated promising results.

KEY WORDS: *substance use disorders; brief intervention; parent-adolescent relationship.*

Introducción

La adolescencia es un período de vulnerabilidad al consumo de drogas, especialmente en la población de 12 a 17 años (*United Nations Office on Drugs and Crime* [UNODC], 2019). Además, el uso por parte de los jóvenes es más elevado que el de otras generaciones en muchos países del mundo (UNODC, 2022). El desarrollo de dificultades en muchos ámbitos de la vida es frecuente en adolescentes consumidores de drogas (Castellanos-Ryan *et al.*, 2012; Fergusson y Boden, 2008). Los adolescentes con consumo de drogas pueden presentar problemas académicos, como bajo rendimiento académico y alta prevalencia de abandono escolar (*National Institute on Drug Abuse* [NIDA], 2014a; Sillins *et al.*, 2014).

El uso también aumenta el riesgo de embarazos no planificados y de comportamientos sexuales de riesgo, incluidas enfermedades infecciosas (Dembo *et al.*, 2014; NIH, 2014). Además, la violencia, los problemas legales y la conducción bajo los efectos de las drogas (Fergusson y Boden, 2008) son otros riesgos vinculados al consumo de alcohol y otras drogas por parte de los adolescentes (Winters *et al.*, Tanner-Smith *et al.*, 2014). En Brasil, la prevalencia de VIH/SIDA en adolescentes que usan jeringuillas para el consumo de drogas (de 13 a 19 años) es del 1,6% y de infección por hepatitis C causada por el consumo de drogas en adolescentes (de 10 a 19 años) es del 0,5%. La tasa de muerte por consumo de drogas en adolescentes de 10 a 19 años es del 0,8%. Además, la cantidad de jóvenes (18-25 años) involucrados en delitos de tráfico de drogas es del 17% (Duarte *et al.*, 2009).

Si bien el consumo de drogas y alcohol en la adolescencia es un problema global ampliamente reconocido, los estudios sobre la eficacia de intervenciones para el tratamiento de adolescentes mayores de 15 años es escaso (UNODC, 2016). En Estados Unidos, 22,5 millones de adolescentes mayores de 12 necesitan tratamiento por consumo de alcohol o drogas (*Substance Abuse Mental Health Service Administration*, 2015). En países europeos, como España, los adolescentes menores de 18 años ingresados en tratamiento por problemas con el consumo de alcohol o drogas ilegales tuvieron una tasa de incidencia de 2.34% (Observatorio Español de la Droga y las Toxicomanías, 2016). En Brasil, 284 (0,2 %) niños de 5 a 9 años y 6.047 (20 %) adolescentes de 10 a 19 años fueron admitidos a tratamientos en los servicios públicos de salud por consumo de sustancias (Duarte *et al.*, 2009).

Por lo tanto, es importante llevar a cabo tratamiento basados en evidencia para atraer y mantener en tratamiento a los adolescentes consumidores de drogas (NIDA, 2014). Al respecto merece la pena destacar: a) la intervención breve que se ha demostrado eficaz para reducir el consumo de drogas y las conductas de riesgo (NIDA, 2014; Winters, 2016); b) la terapia grupal que se ha mostrado como un recurso importante para lograr la abstinencia (Velasquez *et al.*, 2015); c) los enfoques conductuales (Hogue, *et al.*, 2014) que pretenden ayudar al adolescente

a adquirir habilidades y estrategias adecuadas para reducir la conducta de consumo de drogas (Winters *et al.*, 2014); d) la terapia de entrevista motivacional, que también es un enfoque eficaz (D'Amico *et al.*, 2015) y se centra en la participación de los adolescentes en el tratamiento (Stewart *et al.*, 2016); y e) los enfoques terapéuticos basados en la familia (Stockings *et al.*, 2016; Tanner-Smith *et al.*, 2013) que se centran en reducir los factores de riesgo familiares y promover el seguimiento de los padres (Winters *et al.*, 2014).

Centrándonos en los tratamientos familiares para el consumo de drogas en adolescentes, estudios previos comprobaron la eficacia de los protocolos de tratamiento que implican la participación de los padres. En este sentido, la Terapia Familiar Estratégica Breve se comparó con el Tratamiento Habitual (TAU) y mostró mejoras más significativas (Robbins *et al.*, 2011). Otro tratamiento, la Terapia Familiar Multidimensional (MDFT), se comparó con la Terapia Cognitivo-Conductual (TCC) y presentó mejores resultados en los seguimientos (Liddle *et al.*, 2008). Ambas terapias están recomendadas por el Instituto Nacional sobre el Abuso de Drogas (NIDA, 2014b). Numerosos estudios han demostrado que la implicación de los padres en el tratamiento de los adolescentes es fundamental (Koning *et al.*, 2009; Stanger *et al.*, 2009; Slesnick y Prestopnik, 2005). Muestra de ello es que, en Estados Unidos, se encontraron disminuciones en el consumo de sustancias durante el último año entre los jóvenes (NIDA, 2021). El seguimiento de los padres aumentó durante el confinamiento en la pandemia de Covid-19 y esta mayor presencia puede haber contribuido a estos resultados (Johnston *et al.*, 2022).

Para este estudio se ha seleccionado un protocolo de intervención breve con la participación de los padres para tratar el consumo de drogas en adolescentes (Winters *et al.*, 2006). Este protocolo de 4 sesiones comprende el enfoque familiar y las estrategias de entrevista motivacional. Creemos que estos aspectos son eficaces en el tratamiento de adolescentes en el contexto brasileño y fundamentales para pensar en la disponibilidad de tratamientos en la sanidad pública. La terapia de grupo es otro aspecto fundamental cuando se tratamos a los adolescentes. Por esta razón, se aplicó una versión grupal adaptada (Cerutti *et al.*, 2017).

Respecto a los estudios con el protocolo de la intervención breve, la primera versión fue desarrollada en la Universidad de Minnesota en Estados Unidos (Winters y Leitten, 2001). Después de algunos ajustes, se estableció otra versión en 2006 (Winters *et al.*, 2006). Esta versión fue probada por Winters y Leitten (2007) en un ensayo clínico aleatorizado con 79 adolescentes en un entorno escolar y subdivididos en tres condiciones: intervención breve para adolescentes y padres (BI-AP; $n=26$); Intervención breve solo para adolescentes (BI-A; $n=26$) y grupo de control (CON; $n=27$). BI-AP fue la condición que presentó mejores resultados. De manera similar, los resultados del estudio posterior con 315 adolescentes, en el mismo contexto y las mismas condiciones, mostraron mejores resultados en BI-AP (Winters *et al.*, 2012). En el seguimiento de un año, el resultado en una muestra de 284 adolescentes, los mismos participantes del estudio de Winters *et al.* (2012), presentaron un resultado positivo a más largo plazo en la condición BI-AP (Winters *et al.*, 2014). La eficacia a largo plazo de la intervención breve se investigó en un estudio de seguimiento reciente que evaluó a 74 adolescentes después de aproximadamente 3,5 años después de la intervención (Abedi *et al.*, 2019).

Por tanto, el protocolo de intervención breve se ha mostrado eficaz en el tratamiento de adolescentes en el ámbito escolar. Sin embargo, quedan dos preguntas por responder: a) si este tipo de psicoterapia es viable en una población clínica de adolescentes, y b) si es viable en otros contextos diferentes del norteamericano. Así, a través de este estudio piloto, pretendemos demostrar la viabilidad de una intervención breve en una muestra clínica de adolescentes consumidores de drogas, que contiene sesiones para padres y fue adaptada de un protocolo norteamericano a una muestra brasileña. Específicamente, describimos la aplicación del protocolo en un contexto diferente al originalmente probado.

Método

Participantes

Inicialmente, 36 adolescentes residentes en un centro terapéutico comunitario fueron evaluados y la muestra final estuvo formada por 28 adolescentes entre 14 y 18 años. Cuatro participantes fueron excluidos de la investigación porque no realizaron la evaluación de manera completa. Así pues, 32 adolescentes fueron seleccionados porque cumplían los criterios de inclusión, sin embargo 3 recibieron la alta clínica antes del inicio de tratamiento (GAP= 2 casos; TAU= 1 caso) y un participante rechazó participar en la condición TAU. Todos los adolescentes eran hombres, estudiaban escuelas públicas y ninguno de ellos convivía con ambos padres. La edad media fue 15,86 ($DT= 1,01$).

Los adolescentes fueron asignados a una de las tres condiciones: 1) el grupo de intervención con adolescentes y padres (GAP); 2) grupo de intervención sólo con adolescentes (GA); y 3) Tratamiento habitual (TAU), para mantener el mismo diseño experimental y condiciones de los estudios originales (Winters y Leitten, 2007; Winters *et al.*, 2012). Sin embargo, nuestro estudio se diferenciaba del original (Winters y Leitten, 2007) en dos aspectos. Por una parte, nuestros participantes eran muestra clínica y por otra parte como grupo control utilizamos el TAU.

No hubo una asignación aleatorizada porque tuvimos que seleccionar para el grupo GAP aquellos adolescentes cuyos padres quisieron participar en el estudio ($n= 12$). Los adolescentes que no pudimos conseguir la participación de sus padres fueron asignados a la condición GA ($n= 10$). Finalmente, los adolescentes que no podían participar en los grupos GAP y GA fueron asignados a la condición TAU ($n= 10$).

Acerca de características sociodemográficas de muestra, la edad media en la condición GAP fue 15,70 ($DT= 0,82$), en la GA fue 15,60 ($DT= 1,17$) y en la condición TAU fue 16,38 ($DT= 0,92$). No hubo diferencias estadísticamente significativas en las características sociodemográficas y clínicas entre las condiciones de tratamiento (tabla 1). Sobre el grupo de familiares que participaron en el estudio, ocho (28,6%) fueron madres, una (3,6%) era hermana y una (3,6%) era abuela.

Tabla 1
Características de las condiciones en la línea base

VARIABLES	Total (n= 28) n (%)	GAP (n= 10) n (%)	GA (n= 10) n (%)	TAU (n= 8) n (%)
Grado escolar				
Elemental	25 (89,3)	9 (90,0)	9 (90,0)	7 (87,5)
Alto	3 (10,7)	1 (10,0)	1 (10,0)	1 (12,5)
Situación del padre				
Fallecido	8 (28,6)	2 (20,0)	3 (30,0)	3 (37,5)
Sin contacto	7 (25,0)	4 (40,0)	2 (20,0)	1 (12,5)
Proveedor	7 (25,0)	2 (20,0)	2 (20,0)	3 (37,5)
Problemas de justicia	3 (10,7)	1 (10,0)	1 (10,0)	1 (12,5)
Consumidor de drogas	3 (10,7)	1 (10,0)	2 (20,0)	-
Situación de la madre				
Fallecida	5 (17,9)	-	3 (30,0)	2 (25,0)
Sin contacto	1 (3,6)	-	1 (10,0)	-
Desempleada	3 (10,7)	-	-	3 (37,5)
Proveedora	11 (39,3)	9 (90,0)	1 (10,0)	1 (12,5)
Problemas de justicia	1 (3,6)	-	-	1 (12,5)
Consumidora de drogas	5 (17,9)	1 (10,0)	4 (40,0)	-
Jubilada	1 (7,1)	-	1 (10,0)	1 (12,5)
Realización de infracción legal	17 (60,7)	5 (50,0)	6 (60,0)	6 (75,0)
Gravedad de la infracción				
Leve	3 (11,0)	1 (10,0)	1 (10,0)	1 (12,5)
Moderada	2 (7,0)	1 (10,0)	1 (10,0)	-
Grave	4 (14,0)	3 (30,0)	1 (10,0)	-
Muy grave	8 (29,0)	-	3 (30,0)	5 (62,5)
Tratamiento previo	22 (78,6)	6 (60,0)	8 (80,0)	8 (100,0)
Tipo de tratamiento actual				
Admisión	5 (17,9)	3 (30,0)	1 (10,0)	1 (12,5)
desintoxicación	18 (64,4)	6 (60,0)	9 (90,0)	3 (37,5)
Apoyo abstinencia	2 (7,1)	1 (10,0)	-	1 (12,5)
Reintegración social	3 (10,7)	-	-	3 (37,5)
Problemas de gravedad de las drogas**				
Consumo moderado	13 (46,4)	6 (60,0)	5 (50,0)	2 (25,0)
Consumo grave	15 (53,6)	4 (40,0)	5 (50,0)	6 (75,0)

Notas: GAP= grupo de adolescentes y padres; GA= grupo de adolescentes; GC= grupo control. ** *Drug Use Screening Inventory* (DUSI) - puntuación media de densidad absoluta de problemas: consumo moderado (20%); consumo grave (80%) (De Micheli y Formigoni, 2000, 2002).

Todos los adolescentes eran consumidores de diferentes tipos de drogas. El 100% ($n= 28$) consumían cannabis, el alcohol lo consumían el 89,3% ($n= 25$), tabaco 82,2% ($n= 23$) y crack - cocaína 78,6% ($n= 22$). Cuando se les preguntó *¿Cuál es la droga que preferían y cual les generaba más problemas?* La más elegida fue el cannabis 57,1% ($n= 16$) y el tabaco era la droga que generaba la mayoría a los problemas a los adolescentes (14,3%; $n= 4$). Acerca de la gravedad de consumo de drogas por parte de los padres, $n= 6$ (21,6%) mantenían un consumo moderado de tabaco y uno (3,6%) tenía consumo moderado de alcohol. Acerca del uso de más de una sustancia por parte de los padres, $n= 7$ (25,0%) consumían varias drogas, $n= 6$ (85,7%) utilizaban drogas legales y uno (14,3%) consumía drogas ilegales.

Instrumentos

- a) *Cuestionario sociodemográfico ad hoc*. Este cuestionario presenta preguntas sobre los datos sociodemográficos de los adolescentes (edad, estudios, tratamientos anteriores y actuales) y de los padres. Además, se evaluaba la gravedad de la infracción legal que realizó el adolescente, basado en el Estatuto del Niño y Adolescente Brasileño (Brasil, 1990). La gravedad fue dividida en: a) potencial ofensivo bajo: posesión de un narcótico sustancia para uso propio, uso de un arma blanca en un lugar público; b) potencial ofensivo medio: robo, recepción de objetos robados; c) potencial ofensivo grave: tráfico de drogas ilegales, uso de armas de fuego; d) potencial ofensivo muy grave, amenaza a la vida: homicidio y robo.
- b) "Inventario de detección del consumo de drogas" (*Drug Use Screening Inventory, DUSI*; Tarter, 1990). El DUSI se utilizó para evaluar el consumo problemático de drogas. Para esta investigación utilizamos la versión brasileña (De Micheli y Formigoni, 2000) que consiste en un autoinforme de 149 ítems que incluye 10 dominios de la vida de los adolescentes. Cada ítem tiene una opción de respuesta "sí o no". Para este estudio aplicamos una versión corta, en la que la primera parte evalúa el consumo de sustancias de 13 diferentes drogas durante el último mes y la segunda parte, evalúa con 15 ítems la presencia del impulso a consumir, la tolerancia y abstinencia a las drogas. Las puntuaciones fueron obtenidas utilizando la densidad absoluta de los problemas, para ello hemos dividido el número de respuestas afirmativas en el dominio por el número total de preguntas en el dominio y multiplicado por 100 (De Micheli y Formigoni, 2002). La versión brasileña presentó una consistencia interna adecuada ($\alpha = 0,96$) (De Micheli y Formigoni, 2002).
- c) "La Escala de Estados de la Disposición al Cambio, versión 8" (*Stages of Change Readiness and Treatment Eagerness Scale, version 8, SOCRATES V.8*; Miller y Tonigan, 1996). SOCRATES es un instrumento compuesto de 19 ítems con una escala Likert de 5 puntos (de totalmente en desacuerdo a totalmente de acuerdo), adaptada en el contexto brasileño (Figlie *et al.*, 2004). Esta versión comprende dos factores (Ambivalencia-Reconocimiento [AmRec] y Predisposición al cambio) con una adecuada consistencia interna: AmRec ($\alpha = 0,86$) y Predisposición al cambio ($\alpha = 0,71$) (Figlie, Dunn y Laranjeira, 2004). Maisto, Chung, Cornelius y Martin (2003) validaron este autoinforme en población adolescente. En nuestro estudio fue utilizado para medir el nivel de Motivación para el cambio en los participantes.
- d) "La prueba de detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias" (*Alcohol, Smoking, and Substance Involvement Screening Test, ASSIST*; World Health Organization, 2002). El test consta de ocho cuestiones para detectar el consumo de 10 sustancias. Este instrumento se utilizó para evaluar los problemas de consumo de drogas de los padres o tutores. La versión brasileña presentó una buena consistencia interna en cada una de las subescalas: alcohol ($\alpha = 0,80$), cannabis ($\alpha = 0,79$) y cocaína ($\alpha = 0,81$) (Henrique *et al.*, 2004).

Procedimiento

Una vez se informó de los objetivos y las características del estudio a los padres o a los tutores de los adolescentes, se les invitó a participar y a que firmaran el consentimiento informado. El estudio fue aprobado por el comité de ética de la Pontificia Universidad Católica de Rio Grande del Sur (CAAE: 48681015.6.0000.5336).

Las sesiones con los padres o familiares se realizaron los domingos, durante el día de visitas de las familias. Solo los padres que estuvieron de acuerdo en participar en el estudio fueron incluidos. Debido a las pobres condiciones económicas de las familias, muchas familias no podían visitar a sus hijos frecuentemente.

En la muestra clínica, el diagnóstico de trastorno por abuso de sustancias fue establecido por el psicólogo de la comunidad terapéutica, quien también cumplimentó el cuestionario sociodemográfico sobre los participantes. Todos los adolescentes completaron los cuestionarios DUSI y SÓCRATES y los padres cumplimentaron el cuestionario ASSIST, en la línea de base. El SÓCRATES fue también cumplimentado en el postest.

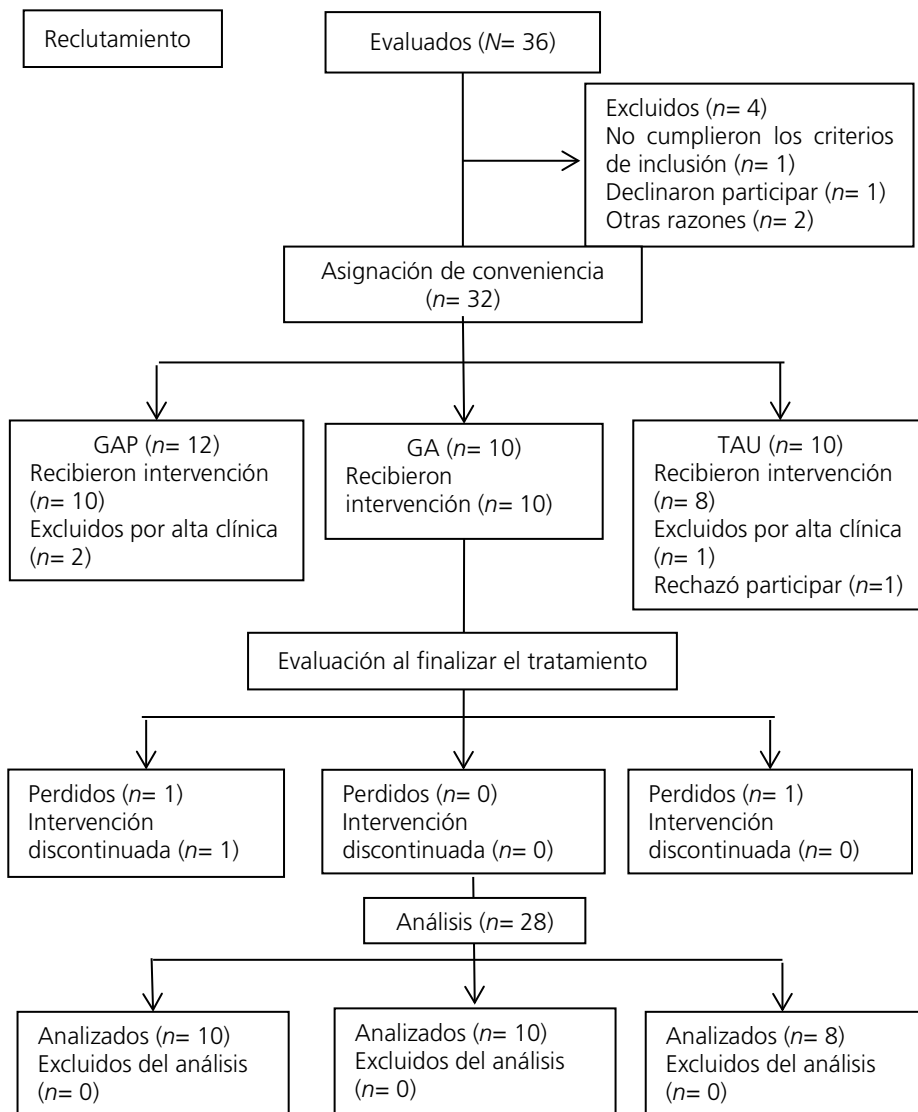
La intervención breve se adaptó a las reglas de la comunidad terapéutica para todos los adolescentes, por lo que la condición, el GA y el GAP ($n= 22$) fueron realizadas simultáneamente. Las sesiones fueron llevadas a cabo por un terapeuta con amplia experiencia en los protocolos de intervención con adolescentes.

Realizamos una evaluación de los participantes al mes de finalizar la intervención, siguiendo el protocolo original y otra sesión de seguimiento a los 6 meses. En el seguimiento a los 6 meses, no pudimos acceder a la muestra de adolescentes, por lo que esta evaluación la realizó el psicólogo de la comunidad terapéutica. El psicólogo, que era ciego a las condiciones de tratamiento, evaluó la situación clínica de cada adolescente a los 6 meses indicando si el adolescente se encontraba en situación de: a) alta clínica, b) recaída, c) adherencia, o d) falta de adherencia. Las etapas del estudio (figura 1) basado en el diagrama de flujo tipo CONSORT (<http://www.consort-statement.org/>).

La intervención breve

La intervención breve es un protocolo de intervención de 4 sesiones para el adolescente y sus padres, en nuestro estudio fue aplicado en versión grupal. Las sesiones tuvieron una duración de entre 60 y 1h 30 minutos. La sesión primera y tercera son solo para los adolescentes. La segunda sesión es para los padres solos y la cuarta sesión es para los padres y los adolescentes conjuntamente. Las tres primeras sesiones se imparten con una frecuencia semanal, cada 7 días y la cuarta sesión se realiza al mes (Winters *et al.*, 2006; Winters *et al.*, 2012). Ambas condiciones GA y GAP tuvieron las mismas sesiones 1 y 3.

Figura 1
Fases del estudio según el diagrama de flujo Consort 2010



La primera sesión (con el adolescente sólo) tiene como objetivo identificar: a) las situaciones que incitan al consumo de drogas; b) examinar creencias irracionales sobre las situaciones que incitan al consumo; c) explorar los pros y los contras del comportamiento problemático; y d) actividades alternativas al consumo de drogas. En la sesión con los padres se les propone: a) desarrollar comportamientos

paternales eficaces; b) evaluar el conocimiento de los padres y las actitudes personales hacia uso de drogas; y c) discutir los factores de riesgo y protección en la adolescencia. En la tercera sesión, con adolescentes solos, se desarrollan estrategias de solución de problemas para aplicar en las situaciones de alto riesgo y ampliar estrategias para un afrontamiento adaptativo. Finalmente, en la cuarta sesión, con padres y adolescentes, se trabajaron la comunicación y la interacción familiar efectiva, así como mejorar las relaciones familiares y se buscó la colaboración y responsabilidad de las familias en las metas del tratamiento (Winters *et al.*, 2006).

Contexto terapéutico

La comunidad terapéutica es una unidad de tratamiento en régimen residencial con un programa de ingreso de larga duración para el tratamiento de adolescentes con trastorno por uso de sustancias. El programa terapéutico tiene una duración de nueve a 12 meses y está dividido en tres fases: 1) desintoxicación (1º - 3º mes); 2) abstinencia y apoyo (4º - 6º mes); y 3) reinserción social o "graduación" (séptimo - noveno mes). Después del noveno mes, los adolescentes dejan el tratamiento y regresan a casa después de completar el programa. Los adolescentes acuden a la comunidad terapéutica por orden judicial en la mayoría de los casos, o porque lo solicitan las familias.

Análisis de datos

Los análisis fueron realizados con el programa SPSS versión 22 para Windows. Se empleó una significación estadística del 5%. Se realizaron los estadísticos descriptivos para describir las características de las condiciones (M, SD, n, %) y se utilizó la prueba χ^2 de Pearson para analizar las diferencias antes y después de la intervención.

Además, para la realización del cálculo del cambio clínicamente significativo se siguieron los tres pasos recomendados (Sheldrick, Kendall y Heimberg, 2001): 1) Calcular el Índice de Cambio Fiable (RCI) Abramowitz, 1998; Sheldrick *et al.*, 2001); 2) Comparamos las diferencias de las puntuaciones a finalizar el tratamiento con las puntuaciones que la población general. Se utilizó la media más menos una desviación típica para considerar que estaban dentro del rango de normalidad (Kendall *et al.*, 1999); y 3) Calculamos el tamaño del efecto de las diferencias entre las puntuaciones utilizando el Índice g de Hedges para comprobar que no había diferencias entre los participantes del grupo GAP después del tratamiento y la población general (Hedges y Olkin, 1985). Para la interpretación de los valores de g seguimos las recomendaciones de Cohen (1988): ($\geq 0,2$) pequeña, ($\geq 0,5$) media, ($\geq 0,8$) grande. Para la realización del cálculo del cambio clínicamente significativo, se utilizó la media y la desviación estándar de Predisposición al cambio y se comparó con los datos obtenidos de una muestra de adolescentes en abstinencia continuada después de un tratamiento (Doerfler *et al.*, 2016).

Resultados

Comparación de la motivación al cambio entre las condiciones de tratamiento

Antes del tratamiento, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre las condiciones de tratamiento en el AmRec y en Predisposición al cambio y las condiciones GAP, GA y TAU fueron similares en todas las características clínicas y sociodemográficas. Después del tratamiento, el grupo GAP presentó mejores resultados y frecuencias superiores en la subescala AmRec como se muestra en la tabla 2, sin alcanzar la significación estadística ($p > 0,05$). En la subescala Predisposición al cambio, la condición GAP presentó una mejoría mayor que las otras condiciones al finalizar el tratamiento alcanzando la significación estadística, $\chi^2(2) = 6,13$; $p = 0,04$.

Tabla 2
Condiciones y resultados antes y después del tratamiento

Condiciones		Puntuación SOCRATES*					Total n (%)
		Muy bajo n (%)	Bajo n (%)	Medio n (%)	Alto n (%)	Muy alto n (%)	
AmRec							
Pretest	GAP	2 (7,1)	-	1 (3,6)	1 (3,6)	6 (21,4)	10 (35,7)
	GA	2 (7,1)	1 (3,6)	-	1 (3,6)	6 (21,4)	10 (35,7)
	TAU	2 (7,1)	-	-	2 (7,1)	4 (14,3)	8 (28,6)
	Total	6 (21,4)	1 (3,6)	1 (3,6)	4 (14,3)	16 (57,1)	28 (100,0)
Posttest	GAP	-	-	1 (3,6)	-	9 (32,1)	10 (35,7)
	GA	4 (14,3)	1 (3,6)	-	-	5 (17,9)	10 (35,7)
	TAU	3 (10,7)	1 (3,6)	-	1 (3,6)	3 (10,7)	8 (28,6)
	Total	7 (25,0)	2 (7,1)	1 (3,6)	1 (3,6)	17 (60,7)	28 (100,0)
Predisposición al cambio							
Pretest	GAP	-	-	-	1 (3,6)	9 (32,1)	10 (35,7)
	GA	-	1 (3,6)	-	-	9 (32,1)	10 (35,7)
	TAU	1 (3,6)	1 (3,6)	-	1 (3,6)	5 (17,9)	8 (28,6)
	Total	1 (3,6)	2 (7,1)	-	2 (7,1)	23 (82,1)	28 (100,0)
Posttest	GAP	-	-	-	-	10 (35,7)	10 (35,7)
	GA	3 (10,7)	-	-	-	7 (25,0)	10 (35,7)
	TAU	4 (14,3)	-	-	-	4 (14,3)	8 (28,6)
	Total	7 (25,0)	-	-	-	21 (75,0)	28 (100,0)

Notas: AmRec= Ambivalencia-reconocimiento; GAP= grupo de adolescentes y padres; GA= grupo de adolescentes; TAU= tratamiento habitual. Las puntuaciones antes y después de la intervención se realizaron mediante la χ^2 de Pearson ($p < 0,05$). *Basado en la clasificación categórica para la población brasileña de Figlie (2004).

Cambio clínicamente significativo en la Predisposición al cambio

El cambio clínicamente se evaluó con la subescala Predisposición al cambio (SOCRATES). Se compararon los resultados de nuestro estudio con estudios previos con adolescentes que después del tratamiento seguían abstinentes (Doerfler *et al.*, 2016). Las puntuaciones de estos grupos en Predisposición al cambio en el momento antes de comenzar el tratamiento fue $M = 31,2$ ($DT = 6,17$) y cuando se les concedió

el alta de la intervención fue $M= 35,1$ ($DT= 5,10$) (Doerfler *et al.*, 2016). Los resultados de los análisis para el cálculo del cambio clínicamente significativo se pueden ver en la tabla 3.

Tabla 3

Cambio de Clínicamente Significativo en las tres condiciones en Predisposición al cambio (SOCRATES)

Condiciones	Pretest M (DT)	Postest M (DT)	Población general M (DT)	ICF ($n= 482$)	g de Hedges
GAP ($n= 10$)	35,1 (3,51)	36,6 (3,31) ^a	35,1 (5,10)	5,24**	0,66
GA ($n= 10$)	34,9 (3,96)	31,0 (9,21) ^a	35,1 (5,10)	-	-
TAU ($n= 08$)	30,1 (7,75)	29,8 (10,63) ^b	35,1 (5,10)	-	-

Nota: GAP= grupo de adolescentes y padres; GA= grupo de adolescentes; TAU= tratamiento habitual; ICF= índice de cambio confiable. **Valores significativos del Índice de Cambio Confiable (Reliable Change Index - RCI $>1,96$; 95%; Sheldrick *et al.*, 2001); g = Tamaño del efecto medio. ^a Dentro del rango normal; ^b Fuera del rango normal.

Cuando analizamos el cambio clínicamente significativo en las tres condiciones de tratamiento, podemos ver el grupo GAP al finalizar el tratamiento presentaba un tamaño del efecto medio, lo que indicaba que estaba mejor que la población general. Cuando analizamos las otras dos condiciones, los resultados nos indican que, al finalizar el tratamiento, el grupo GA estaba dentro del rango normal, pero el grupo TAU no.

Además, respecto a la fiabilidad del cambio clínico podemos ver en la tabla 3, que solo los cambios producidos en la condición GAP fueron fiables. Según el Índice de Cambio Fiable, se obtuvo una fiabilidad en el cambio producido por el tratamiento de la condición GAP en la subescala Predisposición al cambio y además esta condición presentó puntuaciones mejores que la población general. Por otra parte, las condiciones GA y TAU, no produjeron un cambio fiable, por lo que no se puede considerar que se produjera un cambio clínicamente significativo en la medida Predisposición al cambio en la condición GA y en la TAU (en la tabla 3 podemos ver los cálculos del tamaño del efecto g de Hedges).

Seguimiento a los 6 meses

Después de los 6 meses de la intervención, encontramos que los participantes se encontraban en las siguientes situaciones clínicas en cada una de las condiciones de tratamiento. A) en el grupo GAP: alta clínica ($n= 4$; 40%), recaída ($n= 1$; 10%), ninguna adherencia ($n= 1$; 10%) y adherencia ($n= 4$; 40%). En el grupo AG: alta clínica ($n= 3$; 30%), recaída ($n= 2$; 20%), ninguna adherencia ($n= 4$; 40%) y adherencia ($n= 1$; 10%). Y en grupo TAU: alta clínica ($n= 2$; 25%), recaída ($n= 1$; 12,5%), ninguna adherencia ($n= 3$, 37,5%) y adherencia ($n= 2$, 25%).

Discusión

El objetivo de este estudio piloto fue demostrar la viabilidad de la adaptación brasileña del protocolo de intervención breve para los padres y adolescentes con

consumo de sustancias, en un contexto clínico y en formato grupal (Winters *et al.*, 2006). El principal resultado de este estudio fue que el grupo que recibió la intervención breve para los adolescentes y los padres demostró los mejores resultados al finalizar el tratamiento. Los resultados que mostraban que era mejor la condición GAP fueron similares a los encontrados por el estudio original en estudios previos (Winters *et al.*, 2012, Winters y Leitten, 2007). Además, los resultados a los 6 meses de seguimiento sobre la situación clínica en la que se encontraban los adolescentes (alta, recaída, adherencia o no adherencia) nos sugiere que el grupo GAP fue mejor que las otras condiciones de tratamiento. Nuestros resultados coinciden con otros estudios que encontraron que las intervenciones basadas en la familia para adolescentes con abuso de drogas fueron eficaces (Hogue y Liddle, 2009, Koning *et al.*, 2009, Liddle *et al.*, 2008, Robbins *et al.*, 2011, Slesnick y Prestopnik, 2005, Stanger *et al.*, 2009).

La motivación para el cambio fue nuestra variable dependiente ya que la muestra estuvo formada por adolescentes que estaban ingresados en un tratamiento terapéutico residencial en un programa de desintoxicación. La motivación o la preparación para el cambio es un factor fundamental en el tratamiento del consumo de drogas (Miller y Rollnick, 2013). Para evaluar este constructo, utilizamos el cuestionario SOCRATES. Este instrumento es el más habitual para evaluar la motivación de personas consumidoras de drogas (Bertholet *et al.*, Dukes, Horton, Palfai, Pedley y Saitz, 2009). Se ha utilizado con muestras de adolescentes (Doefler *et al.*, 2016, King, Chung y Maisto, 2009, Maisto *et al.*, 2003, Maisto *et al.*, 2011) y concretamente, la subescala de Predisposición al cambio ha demostrado buenos resultados en esta población (Carey *et al.*, 2001, Hall, Stewart *et al.*, 2014). Así pues, nuestros resultados confirman los previamente encontrados ya que también obtuvimos mejorías después de la intervención principalmente en esta subescala. Estos resultados fueron los esperados ya que el objetivo inicial del protocolo de la intervención breve es intentar cambiar el comportamiento del consumo de sustancias.

Aunque es un estudio piloto, es importante destacar que hemos aplicado el protocolo de tratamiento en una muestra clínica y en un contexto terapéutico residencial. Consideramos que esto es muy importante ya que nuestra muestra es muy diferente a la utilizada en los estudios originales donde se validó el protocolo de intervención breve ya que nuestra estaba compuesta por adolescentes con graves problemas de abuso de drogas, nivel educativo muy bajo, problemas legales y con escaso apoyo familiar. Así pues, el presente estudio se puede considerar como original y relevante ya que ha demostrado que la intervención breve es útil en un contexto como el descrito. En este sentido, un reciente estudio con la Intervención breve ha demostrado que la eficacia a largo plazo estuvo asociada con un nivel medio a moderado de problemas de abuso de sustancias (Abedi *et al.*, 2019) y otros tratamientos basados en la familia también se mostraron eficaces para problemas conductuales comórbidos con el trastorno de abuso de sustancias (Liddle *et al.*, 2008, Sheidow y Henggeler, 2012).

El tamaño pequeño de la muestra nos ha dificultado realizar el mismo diseño experimental que los estudios originales del programa. Así pues, la no asignación aleatoria de la muestra es una de las principales limitaciones del estudio. Los

abandonos ocurridos en el grupo TAU durante el tratamiento pueden ser debidos a que los participantes de este grupo tenían una motivación mucho más baja ya que ellos no acudieron a la primera sesión de presentación del protocolo de intervención breve. Esta limitación es un aspecto fundamental para corregir, por lo que futuras investigaciones dirigidas a investigar la eficacia de este protocolo en muestras brasileñas y en un contexto residencial terapéutico como el de este estudio, deberían tenerlo en cuenta y realizar este estudio con una muestra mayor y con una asignación aleatoria a las condiciones de tratamiento.

Aunque realizamos un análisis estadístico no paramétrico, posteriormente, para confirmar que el cambio fue clínicamente importante, realizamos un análisis del cambio clínicamente significativo. Este es un análisis recomendado para identificar cambios clínicos, que en ocasiones no son detectados por los procedimientos de análisis habituales (Jacobson y Truax, 1991). Además, para el cálculo del tamaño del efecto hemos utilizado la g de Hedges que está recomendado cuando las muestras son más pequeñas, en vez de utilizar la d de Cohen (Grissom y Kim, 2005, Hedges y Olkin, 1985).

Nuestra muestra fue compuesta principalmente por chicos. No es de extrañar ya que los hombres conforman la mayoría de los consumidores de sustancias, por todo ello, nuestros resultados solo serían generalizables para participantes hombres con altos niveles de abuso de sustancias e infracciones de la ley. Aunque se realizó una comparación entre las condiciones de tratamiento, los resultados no son generalizables a los grupos de mujeres consumidoras de sustancias. A pesar de esta limitación, la literatura muestra la importancia de realizar intervenciones diferentes en función del género con chicos y chicas consumidoras de sustancias (NIDA, 2014a). Para nuestro estudio, el acceso a la muestra de chicos fue facilitado porque el 87% de los participantes de los programas de tratamiento residencial en Brasil son hombres (Duarte *et al.*, 2009).

En futuras líneas de investigación sería necesario realizar un ensayo clínico controlado y aleatorizado para comprobar la eficacia del protocolo de intervención breve. Otra futura investigación que es necesaria sería comprobar la viabilidad y la eficacia del protocolo de intervención breve con mujeres brasileñas con niveles bajos de consumo de sustancias, para así confirmar la viabilidad en el contexto brasileño. Además, tal vez sea interesante que se proponga una revisión del protocolo para incluir estrategias de las terapias contextuales (Flujas-Contreras *et al.*, 2020).

En conclusión, considerando la implicación clínica de nuestro estudio, los resultados muestran que el uso de enfoques centrados en la familia es viable para tratar adolescentes en el contexto cultural y sociodemográfico de Brasil. Además, los resultados de este estudio piloto sugieren que la intervención breve puede ser aplicada in una muestra clínica de adolescentes brasileños.

Referencias

- Abedi, B., Reardon, S., Winters, K. C. y Lee, S. (2019). Long term outcome of a brief intervention to address adolescent drug abuse in a school setting. *Journal of Child & Adolescent Substance Abuse*. doi: 10.1080/1067828X.2019.1623146

- Abramowitz, J. S. (1998). Does cognitive-behavioral therapy cure obsessive-compulsive disorder? A meta-analytic evaluation of clinical significance. *Behavior Therapy, 29*(2), 339-355. doi: 10.1016/S0005-7894(98)80012-9
- Bertholet, N., Duker, K., Horton, N. J., Palfai, T. P., Pedley, A. y Saitz, R. (2009). Factor structure of the SOCRATES questionnaire in hospitalized medical patients. *Addictive Behaviors, 34*, 568-572. doi: 10.1016/j.addbeh.2009.03.013
- Carey, K. B., Maisto, S. A., Carey, M. P. y Purnine, D. M. (2001). Measuring readiness-to-change substance misuse among psychiatric outpatients: reliability and validity of self-report measures. *Journal of Studies on Alcohol, 62*, 79-88.
- Cerutti, F., da Rocha, B. F., Dacroce, L. R. B y Argimon, I. I. de L. (2017). Adaptação brasileira do manual Brief Intervention for Adolescent Alcohol and Drug Use. *Revista de Avaliação Psicológica, 16*(3), 365-374. doi: 10.15689/ap.2017.1603.12940
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2ª ed.). Lawrence Erlbaum Associates.
- D'Amico, E. J., Houck, J. M., Hunter, S. B., Miles, J. N. V., Osilla, K. C. y Ewing, B. A. (2015). Group motivational interviewing for adolescents: change talk and alcohol and marijuana outcomes. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 83*(1), 68-80. doi: 10.1037/a0038155
- De Micheli, D. y Formigoni, M. L. (2000). Screening of drug in a teenage Brazilian sample using the Drug Use Screening Inventory (DUSI). *Addictive Behaviors, 25*(5), 683-691. doi: 10.1016/S0306-4603(00)00065-4
- De Micheli, D. y Formigoni, M. L. (2002). Psychometric properties of the Brazilian version of the Drug Use Screening Inventory. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research, 26*(10), 1523-1528. doi: 10.1111/j.1530-0277.2002.tb02451.x
- Dembo, R., Winters, K. C., Belenko, S., Karas, L. M., Gullledge, L. y Wareham, J. (2014). Brief intervention for truant youth sexual risk behavior and marijuana use. *Journal Child & Adolescent Substance Abuse, 23*(5), 318-333. doi: 10.1080/1067828X.2014.928116
- Duarte, P. C. A. V., Stempluk, V. A. S. y Barroso, L. P. (2009). Relatório brasileiro sobre drogas [Brazilian drug report]. SENAD.
- Doerfler, L. A., Melle, D., McLaughlin, T. y Fisher, W. H. (2016). Do Stages of Change Readiness and Treatment Eagerness Scale (SOCRATES) scores predict readmission to an inpatient substance abuse treatment program for adolescents? *Journal of Child & Adolescent Substance Abuse*. doi: 10.1080/1067828X.2015.1111822
- Fergusson, D. M. y Boden, J. M. (2008). Cannabis use and later life outcomes. *Addiction, 103*, 969-976. doi: 10.1111/j.1360-0443.2008.02221.x
- Figlie, N. B. (2004). Motivação para o tratamento do alcoolismo [Motivation for treating alcoholism] [Tesis doctoral no publicada]. Universidad Federal de São Paulo, São Paulo, Brasil.
- Figlie, N. B., Dunn, J. y Laranjeira, R. (2004). Estrutura fatorial da Stages of Change Readiness and Treatment Eagerness Scale (SOCRATES) em dependentes de álcool tratados ambulatorialmente. *Revista Brasileira de Psiquiatria, 26*(2), 91-99. doi: 10.1590/S1516-44462004000200005
- Flujas-Contreras, J. M., García-Palacios, A. y Gómez, I. (2020). Intervención en flexibilidad parental a través de una intervención grupal en familias. *Behavioral Psychology/Psicología Conductual, 28*(1), 35-57.
- Grissom, R. J. y Kim, J. J. (2005). *Effect sizes for research: a broad practical approach*. Erlbaum.
- Hall, B. C., Stewart, D. G., Arger, C., Athenour, D. R. y Effinger, J. (2014). Modeling motivation three ways: effects of MI metrics on treatment outcomes among adolescents. *Psychology of Addictive Behaviors, 28*(1), 307-312. doi: 10.1037/a0033845
- Hedges, L. V. y Olkin, I. (1985). *Statistical Methods for Meta-Analysis*. Academic Press.

- Henrique, I. F. S., Micheli, D., De Lacerda, R. B., De Lacerda, L. A. y Formigoni, M. L. O. S. (2004). Validação da versão brasileira do Teste de triagem do envolvimento com álcool, cigarro e outras substâncias (ASSIST). *Revista da Associação Médica Brasileira*, 2(50), 199-206. doi: 10.1590/S0104-42302004000200039
- Hogue, A. y Liddle, H. A. (2009). Family-based treatment for adolescent substance abuse: controlled trials and new horizons in services research. *Journal of Family Therapy*, 31(2), 126-154. doi: 10.1111/j.1467-6427.2009.00459.x
- Hogue, A., Henderson, C. E., Ozechowski, T. J. y Robbins, M. S. (2014). Evidence base on outpatient behavioral treatments for adolescent substance use: updates and recommendations 2007-2013. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 43(5), 695-720. doi: 10.1080/15374416.2014.915550
- Jacobson, N. S. y Truax, P. (1991). Clinical significance: a statistical approach to defining meaningful change in psychotherapy research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59, 1, 12-19. doi: 10.1037/0022-006X.59.1.12
- Johnston, L. D., Miech, R. A., O'Malley, P. M., Bachman, J. G., Schulenberg, J. E. y Patrick, M. E. (2022). *Monitoring the Future National Survey Results on Drug Use 1975-2021: overview, key findings on adolescent drug use*. Ann Arbor, Institute for Social Research, University of Michigan. <https://files.eric.ed.gov/fulltext/ED611736.pdf>
- Kendall, P. C., Marrs-Garcia, A., Nath, S. R. y Sheldrick, R. C. (1999). Normative comparisons for the evaluation of clinical significance. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67(3), 285-299. doi: 10.1037/0022-006X.67.3.285
- King, K. M., Chung, T. y Maisto, S. A. (2009). Adolescents' thoughts about abstinence curb the return of marijuana use during and after treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 77, 554-565. doi: 10.1037/a0015391
- Liddle, H. A., Dakof, G. A., Turner, R. M., Henderson, C. E. y Greenbaum, P. E. (2008). Treating adolescent drug abuse: a randomized trial comparing multidimensional family therapy and cognitive behavior therapy. *Addiction*, 103, 1660-1670. doi: 10.1111/j.1360-0443.2008.02274.x
- Maisto, S. A., Chung, T. A., Cornelius, J. R. y Martin, C. S. (2003). Factor structure of the SOCRATES in a clinical sample of adolescents. *Psychology of Addictive Behaviors*, 17, 98-107. doi: 10.1037/0893-164X.17.2.98
- Maisto, S. A., Krenek, M., Chung, T., Martin, C. S., Clark, D. y Cornelius, J. (2011). A comparison of the concurrent and predictive validity of three measures of readiness to change alcohol use in a clinical sample of adolescents. *Psychological Assessment*, 23, 983-994. doi: 10.1037/a0024136
- Miller, W. R. y Rollnick, S. (2013). *Motivational interviewing: helping people change* (3ª ed.) Guilford.
- Miller, W. R. y Tonigan, J. S. (1996). Assessing drinkers' motivation for change: the Stages of Change Readiness and Treatment Eagerness Scale (SOCRATES). *Psychology of Addictive Behaviors*, 10(2), 81-89. doi: 10.1037/0893-164X.10.2.81
- National Institute on Drug Abuse (2014a). *Drugs, brains, and behavior: The science of addiction*. NIDA.
- National Institute on Drug Abuse (2014b). *Principles of Adolescent Substance Use Disorder Treatment: A Research-Based Guide*. NIDA.
- National Institute on Drug Abuse (2021). *Monitoring the future 2021: survey results*. National NIDA. https://nida.nih.gov/sites/default/files/NIDA_MTF_2021_Cleared_FINAL.pdf
- Observatorio Español de la Droga y las Toxicomanías (2016). *Estadísticas 2016: alcohol, tabaco y drogas ilegales en España. Indicador admisiones a tratamiento por consumo de sustancias psicoativas, 1987-2014*. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Secretaría de Estado de Servicios Sociales e Igualdad.

- United Nations Office on Drugs and Crime (2016). *World Drug Report 2016 United Nations publication*. United Nations. Recuperado de https://www.unodc.org/doc/wdr2016/WORLD_DRUG_REPORT_2016_web.pdf.
- United Nations Office on Drugs and Crime. (2019). *World Drug Report 2019 United Nations publication*. United Nations. Recuperado de https://wdr.unodc.org/wdr2019/prelaunch/WDR19_Booklet_2_DRUG_DEMAND.pdf.
- United Nations Office on Drugs and Crime. (2022). *World Drug Report 2022*. United Nations. Recuperado de <https://www.unodc.org/unodc/data-and-analysis/world-drug-report-2022.html>
- Robbins, M. S., Feaster, D. J., Horigian, V. E., Rohrbaugh, M., Shoham, V., Bachrach, K., Miller, M., Burlew, K. A., Hodgkins, C., Carrion, I., Vandermark, N., Schindler, E., Werstein, R. y Szapocznik, J. (2011). Brief Strategic Family Therapy versus Treatment as Usual: Results of a multisite randomized trial for substance using adolescents. *Journal of consulting and clinical psychology*, 79(6), 713-727. doi: 10.1037/a0025477
- Sheldrick, R. C., Kendall, P. C. y Heimberg, R. G. (2001). The clinical significance of treatments: A comparison of three treatments for conduct disordered children. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 8, 418-430. doi: 10.1093/clipsy.8.4.418
- Sheidow, A. J. y Henggeler, S.W. (2012). Multisystemic therapy with substance using adolescents: A synthesis of the research. En N. Jainchill (dir.), *Understanding and treating adolescent substance use disorders: assessment, treatment, juvenile justice responses* (pp. 9-22). Civic Research Institute.
- Silins, E., Horwood, L. J., Patton, G. C., Fergusson, D. M., Olsson, C. A., Hutchinson, D. M., Spry, E., Toumbourou, J. W., Degenhardt, L., Swift, W., Coffey, C., Tait, R. J., Letcher, P., Copeland, J. y Mattick, R. P. (2014). Young adult sequelae of adolescent cannabis use: an integrative analysis. *The Lancet Psychiatry*, 1, 286-293. doi: 10.1016/S2215-0366(14)70307-4
- Stewart, D. G., Siebert, E. C., Arlt, V. K., Moise-Campbell, C. y Lehinger, E. (2016). Ready or not: Findings from a school-based MI intervention for adolescent substance use. *Journal of substance abuse treatment*, 71, 23-29. doi: 10.1016/j.jsat.2016.08.007
- Stockings, E., Hall, W. D., Lynskey, M., Morley, K. I., Reavley, N., Strang, J., Patton, G. y Degenhardt, L. (2016). Substance use in young people 3: Prevention, early intervention, harm reduction, and treatment of substance use in young people. *The Lancet Psychiatric*, 3(3), 280-296. doi: 10.1016/S2215-0366(16)00002-X
- Substance Abuse Mental Health Service Administration. (2015). *Behavioral Health Trends in the United States: Results from the 2014 National Survey on Drug Use and Health*. Department of Health and Human Services (HHS), U.S.
- Tanner-Smith, E. E., Wilson, S. J. y Lipsey, M. W. (2013). The comparative effectiveness of outpatient treatment for adolescent substance abuse: A meta-analysis. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 44(2), 145-158. doi: 10.1016/j.jsat.2012.05.006
- Tarter, R. E., Laird, S. B., Bukstein, O. y Kaminer y. (1992). Validation of the Drug Use Screening Inventory: Preliminary findings. *Psychology of Addictive Behaviors*, 6, 233-236. doi: 10.1037/h0080632
- Velasquez, M. M., Crouch, C., Stephens, N. S. y DiClemente, C. C. (2015). *Group treatment for substance abuse: A stages-of-change therapy manual*. Guilford.
- Winters, K. C. (2016). Brief interventions for adolescents. *Journal of Drug Abuse*, 2(1), 14.
- Winters, K. C., Botzet, A., Fahnhorst, T. y Leitten, W. (2006). *Brief intervention for adolescent alcohol and drug use: manual*. University of Minnesota.
- Winters, K. C., Fahnhorst, T., Botzet, A., Lee, S. y Lalone, B. (2012). Brief Intervention for Drug Abusing Adolescents in a School Setting: outcomes and mediating factors. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 42(3), 279-288. doi: 10.1016/j.jsat.2011.08.005

- Winters, K. C., Lee, S., Botzet, A., Fahnhorst, T. y Nicholson, A. (2014). One-year outcomes and mediators of a brief intervention for drug abusing adolescents. *Psychology of Addictive Behaviors*, 28(2), 464-474. doi: 10.1037/a0035041
- Winters, K. C. y Leitten, W. (2001). *Brief intervention manual*. University of Minnesota.
- Winters, K. C. y Leitten, W. (2007). Brief intervention for drug-abusing adolescents in a school setting. *Psychology of Addictive Behaviors*, 21(2), 249-254. doi: 10.1016/j.jsat.2011.08.005
- Winters, K. C., Tanner-Smith, E. E., Bresani, E. y Meyers, K. (2014). Current advances in the treatment of adolescent drug use. *Adolescent Health, Medicine and Therapeutics*, 5, 199-210. doi: 10.2147/AHMT.S48053
- World Health Organization ASSIST Working Group (2002). The Alcohol, Smoking and substance Involvement Screening Test (ASSIST): development, reliability and feasibility. *Addiction*, 97(1), 1183-94. doi: 10.1046/j.1360-0443.2002.00185.x

RECIBIDO: 5 de julio de 2022

ACEPTADO: 21 de noviembre de 2022