

EVALUACIÓN EXPERIMENTAL DE DOS INTERVENCIONES BREVES PARA LA REDUCCIÓN DEL CONSUMO DE ALCOHOL DE ADOLESCENTES

EXPERIMENTAL EVALUATION OF TWO BRIEF INTERVENTIONS FOR THE REDUCTION OF ALCOHOL CONSUMPTION IN TEENAGERS

**KALINA ISELA MARTÍNEZ MARTÍNEZ, FRANCISCO JAVIER PEDROZA CABRERA,
MARTHA LETICIA SALAZAR GARZA Y MA. DE LOS ÁNGELES VACIO MURO**

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE AGUASCALIENTES

Resumen

El presente trabajo tuvo como objetivo evaluar el efecto de dos modalidades de intervención breve sobre el patrón de consumo de alcohol en adolescentes pertenecientes a zonas urbanas y rurales del Estado de Aguascalientes, México. Para ello se realizó un Ensayo Clínico Aleatorizado con tres condiciones experimentales: Programa de Intervención Breve para Adolescentes- PIBA- (n=20), consejo breve (n=20) y grupo control en lista de espera (n=18), realizando seguimientos a los tres y seis meses. El PIBA tuvo una duración de 5 sesiones y el consejo breve una sesión. Para analizar los datos se realizaron análisis no paramétricos de medidas repetidas, los cuales mostraron que el PIBA y el consejo breve favorecen la reducción del consumo de los adolescentes sin diferencias significativas con respecto a la zona en la que habitan. Por tanto, el PIBA y el consejo breve son intervenciones efectivas en la reducción del patrón de consumo de alcohol en adolescentes. Desde el modelo de atención escalonada, ambas intervenciones podrían integrarse como una sola estrategia de atención, siendo el consejo breve la intervención mínima inicial.

Palabras clave: Adolescencia, consumo excesivo de alcohol, intervenciones breves, ensayo clínico aleatorizado.

Esta investigación se realizó gracias al apoyo PROMEP UAAGS-PTC-055. Los autores contribuyeron de igual manera en todas las fases de la investigación. Dirigir la correspondencia a: Kalina Isela Martínez Martínez, líder del Cuerpo Académico Investigación en Comportamientos Adictivos, Centro de Ciencias Sociales y Humanidades, Departamento de Psicología, Universidad Autónoma de Aguascalientes, Ave. Universidad No. 940 C.P. 20131. Aguascalientes, Ags., correo electrónico: kimartin@correo.uaa.mx

Abstract

The aim was evaluate the effect of two forms of brief intervention on the consumption pattern of teenage students living in urban and rural zones of Aguascalientes, Mexico. The participants were 58 teenagers in a clinical, randomized essay in three study groups: brief intervention –PIBA- (n=20), brief counseling (n=20) and a control group on the waiting list (n=18); each group had two levels: urban teenagers and rural teenagers Follow-up was carried out three and six months after they completed the treatment. The brief intervention involved 5 sessions while the brief counseling involved a single session. The study was carried out between 2005 and 2008. Non parametric analysis of repeated measures showed that PIBA and brief counseling significantly reduced consumption patterns in teenagers in the follow-up at three and six months after finishing treatment, unlike the control group that maintained its alcohol consumption levels. The analysis also shows that between teenagers from rural and urban zones, there are no significant differences in the reduction of the consumption pattern. Therefore, PIBA and Brief Counseling are effective interventions in reducing the consumption pattern of teenagers living in urban and rural zones. In a staggered treatment model, both interventions could be combined in a treatment package in which counseling should be the minimal initial intervention.

Key words: Teenager, alcohol abuse, brief interventions, randomized clinical trials.

En los ámbitos internacional y nacional se ha demostrado que las intervenciones breves (IB) basadas en la teoría del aprendizaje social y que además utilizan componentes de la entrevista motivacional, prevención de recaídas y técnicas de autocontrol, son efectivas para personas con un patrón de consumo problemático sin ser dependientes (Ayala, 2001; Babor & Grant, 1992; Sobell & Sobell, 1993). En acuerdo con el Modelo de Atención Escalonada (Breslin et al. 1998), en el que se propone que la evaluación y tratamiento deben ser individualizados, ajustarse al tipo e intensidad de los problemas y características de los sujetos, estar validadas empíricamente, y ser lo menos intensas y costosas posibles, las intervenciones breves son una excelente intervención para personas que abusan del alcohol. En estas aproximaciones se busca satisfacer la demanda pública de reducir el costo social del abuso de las sustancias, pues ofrecen intervenciones de corta duración y bajo costo.

Respecto a los adolescentes que consumen alcohol se debe contar con diferentes aproximaciones de intervención, debido a que algunos programas pueden ser efectivos para un grupo o un individuo y para otros pueden no tener efectos significativos. Por ejemplo, para adolescentes no consumidores se cuentan con una gran cantidad de programas de prevención universal, así como también existen algunos programas para adolescentes que ya presentan síntomas de dependencia. Sin embargo, existe otro grupo de adolescentes que presentan problemas asociados con el consumo del alcohol sin presentar síntomas de dependencia, para este tipo de casos se recomiendan las intervenciones breves (Winters, Leitten, Wagner & O'Leary, 2007).

Las intervenciones breves pueden aplicarse mediante diferentes formatos; es decir, los terapeutas pueden modificar de manera sistemática el número, duración o frecuencia de las sesiones con el fin de encontrar el formato que responda mejor a las necesidades de los sujetos. De hecho, se han reportado intervenciones de una sola sesión (Aubrey, 1998; Baer et al. 1992; Barnett, Monti & Wood, 2001), e intervenciones breves de tres a cinco sesiones (Ayala, Echeverría, Sobell & Sobell, 1998; Breslin, Sdao-Jarvie, Li, Tupker & Itting-Deland, 2002; Marlatt et al. 1998; Wagner, Brown, Monti, Myers & Waldron, 1999) que inciden en la disminución del consumo de alcohol o el daño asociado en los usuarios.

En México, se han publicado resultados de un Programa de Intervención Breve para Adolescentes (PIBA) con una duración de cinco sesiones, cuyo objetivo es disminuir el patrón de consumo de sustancias de los adolescentes y los problemas relacionados con el consumo. Se dirige a jóvenes estudiantes de nivel medio y medio superior entre los 14 y 18 años de edad, con un consumo de alcohol o drogas en un período no mayor a los dos años en forma de abuso temprano o abuso en algunas situaciones (Winters, 2001), sin ser dependientes a la sustancia (de acuerdo a los criterios del DSM-IV-TR) y que presenten problemas relacionados. Esta intervención está diseñada para implementarse dentro de escuelas secundarias y de preparatoria o bachillerato, a través de cinco etapas: 1) Detección de casos, 2) Evaluación, 3) Inducción al tratamiento, 4) Tratamiento de cinco sesiones, y 5) Seguimientos al mes, tres, seis y doce meses de concluido el programa (Martínez, Salazar, Ruiz, Barrientos & Ayala, 2005).

A la fecha el programa se ha evaluado con adolescentes consumidores de alcohol, mariguana y cocaína (Martínez, 2003; Martínez, Salazar, Pedroza, Ruiz & Ayala, 2008; Martínez, Pedroza & Salazar, 2008a). Los resultados mostraron una reducción en el patrón de consumo (cantidad y frecuencia) de estos jóvenes, comparando las mediciones obtenidas en la línea base, tratamiento y seguimiento. También, se observó un aumento en la confianza situacional de los sujetos para el consumo de drogas (auto-eficacia), la disminución del número de problemas relacionados con el consumo, la utilización de estrategias que ayudaron a mantener el cambio alcanzado, el incremento en la satisfacción con el estilo de vida y la satisfacción de los usuarios con el tratamiento. Estos resultados coincidieron con los reportados por otras investigaciones realizadas con adolescentes en otros países (v.g. Breslin et al. 2002; Marlatt et al. 1998; Wagner et al. 1999).

Con respecto al Consejo Breve (CB), el cual se define como una intervención de una sola sesión donde se evalúa y se implementan estrategias que favorecen el cambio conductual, también ha sido aplicado y evaluado en México con adolescentes de características similares a los reportados en el PIBA. Los resultados han mostrado efectividad en la reducción del patrón de consumo y de los problemas asociados (Martínez, Pedroza, Vacio, Jiménez & Salazar, 2008). También, se ha concluido que el CB es efectivo en el tratamiento de adicciones en aquellos grupos poblacionales donde se carece de recursos, servicios y profesionales especia-

lizados como por ejemplo las poblaciones rurales (Martínez, Pedroza & Salazar, 2008b; Salazar, 2008).

En acuerdo con los resultados preliminares del PIBA y del CB, estos pueden ser considerados como una herramienta eficaz en la reducción del consumo de alcohol o drogas y de los problemas asociados a éste. Los dos programas de intervención breve (PIBA y CB) se han evaluado de forma separada. Sin embargo, para validar estas intervenciones, es necesario evaluarlas y comparar sus resultados a través de ensayos clínicos aleatorizados en diferentes poblaciones, tales como adolescentes que viven en zonas urbanas y rurales, lo que a su vez, permitirá la identificación de aquella intervención que resulte ser efectiva dependiendo del tipo de población que se trate. Por ello, en esta investigación se propone hacer una comparación entre las dos modalidades y un grupo control en lista de espera a través de un ensayo clínico aleatorizado, con el propósito de evaluar y comparar la efectividad del PIBA y el Consejo breve tanto en adolescentes rurales como urbanos del Estado de Aguascalientes.

Método

Participantes

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

Se realizó un Ensayo Clínico Aleatorizado con tres grupos de estudio: intervención breve, consejo breve y grupo control en lista de espera; cada grupo con dos niveles: adolescentes urbanos y adolescentes rurales. Inicialmente se evaluaron 1480 sujetos con el propósito de detectar aquellos que tenían problemas por su consumo de alcohol. De los sujetos evaluados se excluyeron a 1360 por no cumplir los criterios de inclusión o por rechazar participar en el estudio. Los 120 adolescentes identificados fueron asignados aleatoriamente a los grupos. De estos adolescentes sólo 58 concluyeron todas las fases del estudio. Los grupos del PIBA y el CB finalmente quedaron conformados por 20 adolescentes cada uno, de los cuales 10 pertenecían a zona rural y 10 a zona urbana; y el grupo control se conformó por 18 (9 de cada zona).

La edad promedio de los adolescentes de zona rural fue de 15.65 ($DE = 1.51$) y la de zona urbana de 16.37 ($DE = 1.42$). El 55% y 69% de los adolescentes rurales y urbanos eran del sexo masculino.

Instrumentos

1. *Cuestionario de Tamizaje de los Problemas en Adolescentes –POSIT–* (Mariño, González-Forteza, Andrade & Medina-Mora, 1997). Su objetivo consiste en evaluar

diferentes áreas de funcionamiento de los adolescentes, en este estudio sólo se utilizó el área de uso/abuso de sustancias. En la adaptación del cuestionario a población mexicana se determinó una confiabilidad interna α de cronbach 0.91.

2. *Entrevista Inicial* (Martínez et al. 2005). Su objetivo es obtener información general acerca del consumo de drogas del adolescente (historia de consumo, problemas relacionados y factores de riesgo). La validez de la entrevista se obtuvo por el método de jueces, en el que participaron de 15 expertos. El acuerdo entre jueces fue del 100%.

3. *Lista Tamizaje de Indicadores de Dependencia del DSM-IV-TR* (Martínez et al. 2005). Su objetivo es identificar niveles de dependencia al alcohol, marihuana, cocaína e inhalables. Esta lista de indicadores se elaboró a partir de los indicadores del DSM-IV y está conformada por 2 partes: 1) 7 reactivos que miden tolerancia a la sustancia, síndrome de abstinencia, consecuencias negativas relacionadas con el consumo y tiempo que dedica el adolescente a actividades relacionadas con el consumo; y 2) lista de síntomas del síndrome de abstinencia de 7 sustancias adictivas. La validez de este instrumento se obtuvo a partir de 10 jueces expertos en el área de adicciones, el cual fue del 100%.

4. *Línea Base Retrospectiva –LIBARE–* (Sobell et al. 1988). Es un calendario que tiene como objetivo registrar los días de consumo y la cantidad consumida según la medida de trago estándar de los tres meses previos a la evaluación. La confiabilidad y validez de este instrumento ha sido establecido en poblaciones de adultos y adolescentes usuarios de alcohol y de drogas ilegales (Sobell, Sobell, Klajner, Pavan & Baisan, 1986).

5. *Auto-Registro de consumo de alcohol y otras drogas* (Martínez et al. 2005). Formato cuyo objetivo es obtener el registro diario del consumo por sujeto, número de tragos consumidos o cantidad de droga consumida, situación relacionada con el consumo, y pensamientos y sentimientos relacionados con el consumo. La validez del autoregistro se obtiene de su aplicación clínica al encontrar un patrón similar cuando el autoregistro es comparado con reportes de otros informantes (Maisto, Connors & Allen, 1995).

6. *Cuestionario de confianza situacional versión breve* (Annis & Martin, 1985). Mide el nivel de auto-eficacia con relación a la percepción del usuario sobre su habilidad para enfrentar efectivamente sus situaciones de consumo. Consta de 8 reactivos y tiene una consistencia interna de 0.977, medida a partir del α de Cronbach.

7. *Entrevista de seguimiento* (Martínez et al. 2005). Tiene como objetivo identificar los avances del adolescente en el cambio de su patrón de consumo después del tratamiento. La validez de la entrevista se obtuvo a partir de 15 jueces expertos, el acuerdo entre jueces fue del 100%.

Procedimiento

El procedimiento de esta investigación se dividió en cuatro fases:

1. Detección de casos y selección de la Muestra

En esta fase se identificó a los adolescentes que fueron candidatos a recibir cualquiera de las dos condiciones de tratamiento. Se organizaron talleres interactivos en telesecundarias, telebachilleratos y bachilleratos de las comunidades rurales, así como en bachilleratos de la zona urbana del Estado de Aguascalientes; al término de los talleres se aplicó la subescala de uso/abuso de sustancias del POSIT y con base en los resultados se identificó a los adolescentes que reportaron al menos una consecuencia negativa relacionada con su consumo, quienes fueron invitados a la fase de evaluación.

2. Evaluación inicial: Admisión al programa

El objetivo de esta fase fue obtener una evaluación sobre la historia, patrón de consumo y algunas variables psicosociales relacionadas con éste, y con base en ello se determinó si los adolescentes cubrían los criterios de inclusión. Esta fase tuvo una duración de dos sesiones de una hora, en un formato individual, donde se aplicaron los siguientes instrumentos: Entrevista inicial, LIBARE, Lista de tamizaje de indicadores de dependencia y Cuestionario de confianza situacional. A los adolescentes que cubrieron los criterios de inclusión, se les invitó a participar en el estudio y se les solicitó firmar un formato de consentimiento informado. Posteriormente, los adolescentes de comunidades rurales y urbanas fueron asignados de manera aleatoria simple por el coordinador de la investigación, al programa de intervención breve, al consejo breve o a la condición de grupo control en lista de espera. Para cada una de las modalidades de intervención existía un grupo de terapeutas entrenados.

3. Intervención

Esta fase consistió en dos condiciones: consejo breve (CB) o programa de intervención breve (PIBA). La intervención se realizó una semana después de la fase de admisión. Los adolescentes del grupo control fueron asignados a una de lista de espera para su tratamiento y fueron programados para recibir únicamente los seguimientos. A continuación se describe cada una de las condiciones de tratamiento:

3.1. Consejo Breve

El CB se llevó a cabo en una sesión individual de 90 minutos en la que fueron entregados los resultados de la evaluación a los adolescentes. Tal acción se realizó a través de un folleto que contenía los datos recabados durante la evaluación y, que además, contenía información acerca de consecuencias negativas asociadas al consumo de alcohol y los efectos de éste. El primer punto de análisis fue acerca del patrón de consumo del adolescente durante los últimos tres meses, en términos de cantidad y frecuencia, indicándole al adolescente la cantidad con la que se estaba excediendo en su consumo, de acuerdo con los criterios de la Organización Mundial de la Salud (2000). Posteriormente, se comparó dicho patrón de consumo con

los datos obtenidos de la última Encuesta del Consumo de Drogas en Estudiantes (Villatoro et al. 2006), con la finalidad de concientizar al adolescente acerca de cómo era su consumo en comparación con un grupo normativo. En seguida, se revisaron las consecuencias positivas y negativas, inmediatas y demoradas, asociadas al comportamiento de consumo. Por último, el adolescente estableció una meta de cambio en su consumo, la cual podía orientarse a la moderación (no más de dos copas estándar para las mujeres y de cuatro copas estándar para los hombres, lo que significa un consumo de bajo riesgo) o la abstinencia. Asimismo, se analizaron y elaboraron, junto con el adolescente, estrategias que favorecieran el logro de su meta.

3.2. Programa de Intervención Breve

Esta condición consistió en una sesión de inducción al tratamiento y cinco sesiones semanales de tratamiento. Cada sesión duró una hora y se aplicó en formato individual. Las principales estrategias utilizadas durante las sesiones fueron la entrevista motivacional, técnicas de auto-control y componentes de prevención de recaídas. Dichas estrategias implican que el terapeuta entrega al adolescente los resultados de su evaluación a fin de analizarlos junto con él y favorecer que el adolescente tome la decisión de cambiar su consumo de alcohol e ingrese al tratamiento. A los adolescentes que decidieron cambiar su consumo de alcohol, se les invitó a participar en el programa y en la primera sesión se discutieron los costos y beneficios del consumo, y se estableció una meta de consumo: moderación o abstinencia. En la segunda sesión, los adolescentes identificaron sus principales situaciones de consumo, así como las consecuencias positivas y negativas relacionadas. En la tercera sesión, los adolescentes planearon acciones para enfrentar sus principales situaciones de riesgo de consumo. En la cuarta sesión, los adolescentes analizaron el impacto del consumo de alcohol en sus metas de vida a corto y largo plazo. Por último, en la quinta sesión se revisó el progreso de los adolescentes en cuanto a la meta elegida y se programaron las sesiones de seguimiento. En esta fase, se empleó el auto-registro para monitorear la ingesta de consumo de alcohol durante el tratamiento.

3.3. Grupo control en lista de espera

Los adolescentes urbanos y rurales del grupo en lista de espera no recibieron tratamiento. Después de la evaluación inicial, se les entrevistó en periodos de uno, tres y seis meses como parte del seguimiento. Cabe mencionar que este grupo recibió el PIBA o el CB, dependiendo de su nivel de consumo al término de los seguimientos.

4. Seguimiento

El propósito de esta fase fue determinar cambios en el patrón de consumo de los grupos de estudio en periodos de uno, tres y seis meses después del tratamiento. En los seguimientos al mes y tres meses, los adolescentes respondieron el cuestionario de seguimiento y la línea base retrospectiva. En el seguimiento a los seis meses, además del llenado de los instrumentos anteriores, se aplicó el POSIT y el cuestionario

breve de confianza situacional. Esta fase tuvo una duración total de 180 días.

Aseguramiento de la calidad y consideraciones éticas.

Los terapeutas (3 hombres y 4 mujeres) recibieron entrenamiento durante seis meses en dos etapas: durante la primera se realizó una revisión de los principios teóricos de las intervenciones y en la segunda se revisó cada una de las sesiones de ambos tratamientos. Como parte del entrenamiento se realizaron ensayos conductuales para el modelamiento de las sesiones, este entrenamiento estuvo basado en los manuales desarrollados para los terapeutas (Martínez et al. 2005; Salazar & Martínez, 2005). Posterior al entrenamiento, los terapeutas fueron asignados con un terapeuta experto quien los observó durante la aplicación de cada uno de los programas (PIBA y CB), con un caso completo. Finalmente, los facilitadores entrenados comenzaron la aplicación de los modelos de intervención en los escenarios escolares participantes. Estos fueron evaluados a través de listas de cotejo en cada una de las sesiones de trabajo con los adolescentes.

Desde que se estableció contacto con el adolescente se le explicaron las características de ambos programas de intervención, resaltando la confidencialidad de los datos. Además, se les da la libertad de aceptar o no participar en los programas como parte de una investigación o bien, que podrían abandonar el programa en el momento que así lo decidieran, sin que ello tuviera repercusión en sus derechos u obligaciones académicas. Si el adolescente decidía participar, firmaba un consentimiento informado. Finalmente, debe resaltarse que la investigación se realizó bajo el código ético del psicólogo, de acuerdo con los apartados referentes a calidad de la enseñanza/supervisión e investigación, relación de autoridad y consentimiento informado (Sociedad Mexicana de Psicología, 2007).

Indicadores de eficacia de las intervenciones.

1. Patrón de consumo de alcohol: Cantidad y la frecuencia de consumo de copas estándar. La copa estándar es una medición que propone la OMS para estandarizar a nivel internacional los resultados de las investigaciones, así como para homogeneizar los términos entre terapeutas y usuarios. La copa estándar en términos generales equivale a 10 g. de alcohol puro.

2. Problemas relacionados con el consumo: Se refiere a las consecuencias asociadas al consumo de alcohol de los adolescentes en diferentes áreas de su vida, tales como escolares, familiares e interacción con pares.

3. Auto-eficacia percibida: Percepción que tiene el propio sujeto de su capacidad para controlar el consumo de alcohol en diferentes situaciones de consumo. La auto-eficacia se mide en términos de porcentaje, indicando el 100% una percepción de control total de no consumo en la situación.

4. Nivel de riesgo: Riesgo para la ocurrencia de problemas agudos debido a la cantidad de ingesta de alcohol (OMS, 2000). El nivel de riesgo se obtiene dividiendo el total de copas consumidas en periodos de tres meses entre el número de días de consumo en el periodo.

Resultados

Para determinar la efectividad del CB y del PIBA se analizó el patrón de consumo (cantidad y frecuencia de copas estándar), mediante comparaciones estadísticas entre los consumos de alcohol reportados en las fases de línea base y seguimientos a los tres y a los seis meses posteriores a la intervención, dependiendo del grupo experimental y del grupo poblacional al que pertenecían los adolescentes. También, se analizó el número de problemas relacionados con el consumo de alcohol, la auto-eficacia percibida por los sujetos para controlar su consumo de alcohol y las situaciones de riesgo para el consumo.

En lo que respecta al patrón de consumo, en la Figura 1 se muestran los promedios del total de consumo de alcohol en cada fase de los adolescentes de zona urbana y rural que participaron en cada uno de los grupos de experimentación, durante las fases de línea base y el seguimiento a los tres y seis meses. Los adolescentes de zonas rurales que recibieron el PIBA consumieron durante la línea base un promedio de 44 copas estándar ($DE = 25.43$) y en los seguimientos a los tres y seis meses su consumo fue de 11 ($DE = 10.60$) copas estándar y 5 copas estándar ($DE = 5.78$) respectivamente. Los adolescentes que recibieron el CB presentaron un consumo promedio de alcohol de 45 copas estándar ($DE = 28.10$) en la línea base, 14 ($DE = 14.30$) durante el seguimiento a tres meses y de 13 copas ($DE = 7.15$) durante el seguimiento a seis meses. Los adolescentes del grupo control consumieron 45 copas estándar ($DE = 23.32$) en la línea base, 61 copas estándar ($DE = 15.11$) en el seguimiento a tres meses y 51 copas estándar ($DE = 16.95$) en el seguimiento a seis meses.

En cuanto a los adolescentes pertenecientes a zona urbana, los que recibieron el PIBA reportaron promedios de consumo de copas estándar de alcohol de: 50 ($DE = 14.99$) en línea base; en el seguimiento a tres meses 11 ($DE = 18.30$) y en el seguimiento a seis meses 15 ($DE = 16.95$). Quienes recibieron el CB tuvieron consumos de 47 ($DE = 43.72$) en la línea base, 18 ($DE = 10.60$) en el seguimiento a tres meses, y 18 ($DE = 16.04$) en el seguimiento a seis meses. Finalmente, los adolescentes pertenecientes al grupo control en lista de espera tuvieron un promedio de consumo de copas estándar de 49 ($DE = 34.72$) en la línea base, 58 ($DE = 10.60$) en el seguimiento a tres meses, y 51 ($DE = 46.26$) en el seguimiento a seis meses.

Posteriormente, se realizaron análisis de Friedman para muestras relacionadas con el fin de determinar diferencias entre los promedios de los totales de consumo de cada uno de los grupos entre la línea base, el seguimiento a los tres meses y el seguimiento a los seis meses. De esta forma, los adolescentes pertenecientes a la zona rural que recibieron el PIBA, mostraron diferencias significativas al comparar la línea base con los seguimientos [$k(2) = 14.22, p < 0.05$]. Los adolescentes que recibieron el CB mostraron diferencias significativas entre la línea base y los seguimientos [$k(2) = 15.85, p < 0.05$]. Por el contrario, los adolescentes del grupo control no mostraron diferencias significativas en su promedio de consumo al com-

parar la línea base y los seguimientos [$k(2) = 0.40, p > 0.05$]. De igual forma, los adolescentes de zona urbana que recibieron el PIBA y el CB, mostraron diferencias significativas en sus promedios de consumo, al comparar el consumo de los adolescentes entre la línea base y los seguimientos a tres y seis meses [$k(2) = 10.87, p < 0.05$, para el PIBA; y $k(2) = 14.31, p < 0.05$, para los que recibieron el CB]. Por su parte, los adolescentes en grupo control no mostraron diferencias significativas entre las fases [$k(2) = 0.24, p > 0.05$]. Cabe mencionar que para cada una de estas comparaciones, las diferencias significativas se dieron entre la línea base y cada uno de los seguimientos, no así entre éstos.

Por otra parte, se realizó un análisis de Kruskal Wallis para determinar si existían diferencias significativas entre los promedios de consumo de copas estándar de los seis grupos experimentales, resultantes de la combinación de las variables modalidad de intervención (3 niveles: PIBA, CB y grupo control) y zona en la que habitan (2 niveles: zona rural y zona urbana) en cada una de las fases de la investigación. Se observó que durante la línea base no se encontraron diferencias significativas entre los promedios de consumo de los grupos [$H(5) = 1.55, p > 0.05$], lo que muestra su homogeneidad. Durante el seguimiento a tres meses se encontraron diferencias significativas entre los promedios de consumo de los adolescentes de los seis grupos [$H(5) = 22.69, p < 0.05$]. De igual forma, en el último seguimiento, se encontraron diferencias significativas entre los promedios de consumo [$H(5) = 24.51, p < 0.05$]. Pruebas *Post Hoc* indicaron que durante los seguimientos a tres y seis meses las diferencias estadísticas significativas se dieron entre los grupos de control y los grupos experimentales de las zonas rurales y urbanas respectivamente -PIBA y CB-. Además, es importante mencionar que entre los grupos que recibieron el PIBA y los que recibieron el CB, no se encontraron diferencias estadísticas significativas.

Por otro lado, se realizaron análisis estadísticos Mann-Whitney para comparar el patrón de consumo entre los adolescentes de zonas urbanas y rurales en cada una de las fases de investigación (sin distinguir entre los que recibieron el PIBA y los que recibieron el CB). Es importante mencionar que se excluyeron de este análisis los adolescentes de los grupos control debido a que no modificaron su patrón de consumo entre las fases del estudio. En la Tabla 1 se muestran los promedios de consumo de copas estándar de los adolescentes y los resultados de las pruebas en cada una de las fases del estudio. No existieron diferencias significativas entre los consumos de los adolescentes de comunidades urbanas y comunidades rurales en cada una de las fases (línea base, seguimiento a los tres meses y seguimiento a los seis meses).

Con la finalidad de valorar cuál de los dos programas había tenido un mayor efecto sobre el patrón de consumo de los participantes, se calculó el tamaño del efecto del PIBA y del CB, sin considerar la población a la que pertenecían. El tamaño del efecto se obtuvo a partir de la diferencia entre las medias de consumo en la fase de seguimiento del grupo experimental y del grupo control, a partir de la fórmula propuesta por Cohen (Cohen, 1998). El tamaño del efecto encontrado en los sujetos que recibieron el PIBA fue $d = 0.93$ y en los sujetos que recibieron el CB fue $d = 0.56$.

Consumo de alcohol de los adolescentes

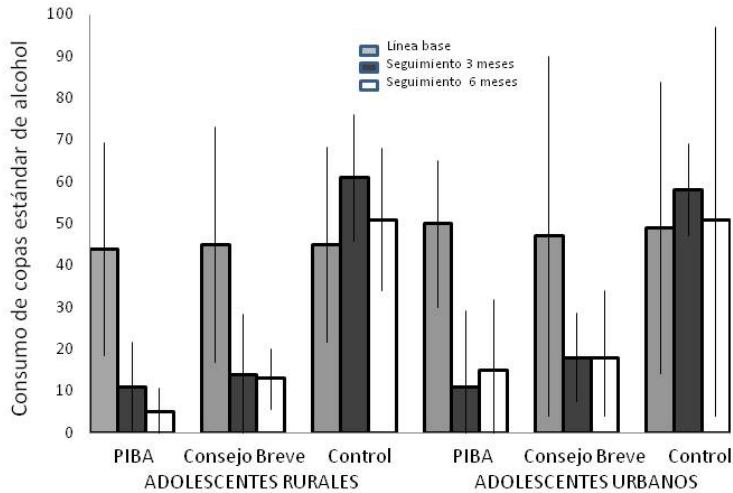


Figura 1. Se muestran los promedios (± 1 DE) de alcohol de los totales de copas estándar consumidas por modalidad de intervención en las diferentes fases del estudio: línea base, seguimiento a los tres meses y seguimiento a los seis meses.

Tabla 1.

Valores de Mann-Whitney entre los promedios de consumo de copas estándar de adolescentes urbanos y rurales que recibieron PIBA y CB en cada fase del estudio.

Fase del estudio	Grupo poblacional	n	Medias de rango	Sig.
Línea base	Urbanos	20	22.45	0.301
	Rurales	20	18.55	
Seguimiento 3 meses	Urbanos	20	20.98	0.799
	Rurales	20	20.02	
Seguimiento 6 meses	Urbanos	20	22.18	0.369
	Rurales	20	18.83	

Finalmente, respecto al patrón de consumo de los adolescentes, en la Figura 2 se muestra el nivel de riesgo para la ocurrencia de problemas agudos debido a la cantidad de ingesta de alcohol (OMS, 2000). En la gráfica se puede observar que durante la línea base, de los 20 adolescentes que recibieron el PIBA, 10 se encontraban en riesgo moderado y 10 en riesgo alto, durante el seguimiento a los tres meses 17 adolescentes disminuyeron su ingesta de alcohol a un nivel de riesgo bajo y a los seis meses de seguimiento el consumo de alcohol de 18 adolescentes se mantuvo en este nivel. De los 20 adolescentes que recibieron el CB, durante la línea base 12 de ellos consumieron alcohol que los ubicó en riesgo alto y el resto en riesgo moderado; durante el seguimiento a los tres meses y seis meses el consumo de alcohol de 16 y 13 adolescentes, respectivamente, fue clasificado como de riesgo bajo. Respecto al grupo control, durante la línea base, 10 adolescentes consumieron alcohol en un nivel de riesgo moderado y 8 consumieron el suficiente alcohol para ubicarlos en un nivel de riesgo alto; durante el seguimiento a los tres meses 12 adolescentes fueron ubicados en un nivel de riesgo moderado y 6 en riesgo alto; para los seis meses de seguimiento 8 sujetos se encontraban en riesgo moderado, 8 en riesgo alto y 2 en riesgo bajo. Cabe mencionar que de los adolescentes ubicados en un nivel de bajo riesgo, se encontraban aquellos que se mantuvieron abstemios. En este sentido de los que recibieron el PIBA 8 se mantuvieron abstemios en el seguimiento a los tres meses y 6 en el seguimiento a los seis meses. Los que recibieron el CB 6 y 3 adolescentes se mantuvieron abstemios a los tres y seis meses, respectivamente. De los 2

Tabla 2.

Se muestra el promedio de problemas relacionados por el consumo de alcohol reportados por los adolescentes durante la línea base y el seguimiento a seis meses, dependiendo del grupo de investigación asignado. También, se muestra el valor de la puntuación Z y su significación asintótica.

Grupo poblacional	Grupo de intervención	n	Promedio de problemas relacionados con el consumo		Desviación estándar		Puntuación Z	Significación asintótica (bilateral)
			Línea base	Seguimiento 6 meses	Línea base	Seguimiento 6 meses		
Urbano	PIBA	10	5.90	0.50	3.95	0.84	-2.812	0.005
	CB	10	5.80	1.50	3.25	1.50	-1.355	0.069
	Control	9	5.77	4.22	3.96	3.59	-1.057	0.291
Rural	PIBA	10	8.40	0.60	6.22	0.84	-2.812	0.005
	CB	10	5.40	2.90	3.47	3.78	-1.689	0.091
	Control	9	4.77	2.66	3.15	3.67	-2.384	0.067

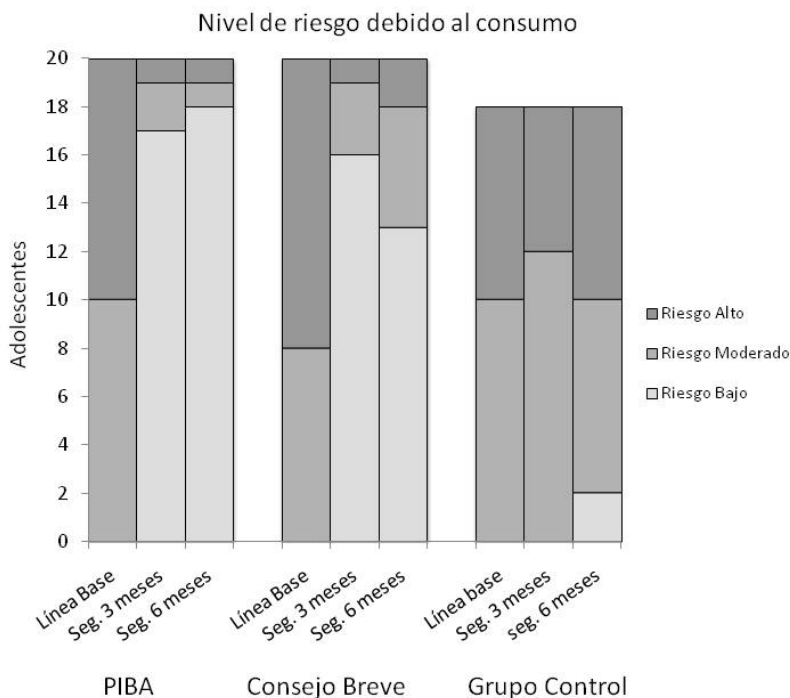


Figura 2. Se muestra el nivel de riesgo para la ocurrencia de problemas agudos debido a la cantidad consumida de alcohol por ocasión de consumo de los adolescentes durante la línea base y seguimiento a los tres meses y seis meses.

adolescentes del grupo control que se encontraban en riesgo bajo a los seis meses ninguno de ellos dejó de consumir alcohol.

Para medir el impacto de las intervenciones sobre el promedio de los problemas de los adolescentes relacionados al consumo de alcohol, se realizaron análisis estadísticos de Wilcoxon. En la Tabla 2 se muestran los resultados de la prueba, se puede observar que sólo los adolescentes que recibieron el PIBA, tanto de zonas urbanas como rurales, disminuyeron significativamente el número de problemas que asocian con el consumo de alcohol; de los problemas reportados en que se observan cambios fueron gastos excesivos de dinero por el consumo de alcohol, problemas familiares por su consumo, cambios repentinos de humor y la falta de ajuste a las normas sociales. Los adolescentes que participaron en el consejo breve y que conformaron el grupo control, también se obtuvo una disminución en el promedio grupal de los problemas relacionados, sin embargo el cambio no resultó ser estadísticamente significativo.

Otra variable evaluada para medir el impacto de las intervenciones fue la auto-eficacia. En la Tabla 3 se muestran los promedios de la auto-eficacia percibida por

los adolescentes pertenecientes a cada grupo de investigación durante la línea base y en el seguimiento a los seis meses. También, se muestra el valor de la prueba de Wilcoxon y su nivel de significancia. Los resultados confirman la existencia de diferencias significativas asociadas al PIBA y al CB en las muestras de adolescentes urbanos y rurales. Los adolescentes urbanos que recibieron el PIBA incrementaron en un 28% su auto-eficacia, y los que recibieron el CB el incremento fue del 35%. Respecto a los adolescentes rurales el incremento en la auto-eficacia percibida fue superior al encontrado en los adolescentes urbanos, siendo éste del 57% en los que recibieron el PIBA y del 54% los que recibieron el CB.

Las situaciones en las que se evaluó la auto-eficacia de los adolescentes fueron: momentos agradables con otros, emociones desagradables, emociones agradables, necesidad física, malestar físico, probando control, presión social y conflictos con otros. En la fase de línea base los adolescentes de las zonas rurales reportaron ser ineficaces para controlar su consumo en todas las situaciones, excepto la situación de necesidad física. Durante el seguimiento a los seis meses, los adolescentes que recibieron el PIBA y el CB se percibieron eficaces de controlar su consumo en las ocho situaciones. Respecto a los adolescentes de zonas urbanas, durante la línea base se perciben ineficaces para controlar su consumo en tres situaciones: momentos agradables con otros, emociones agradables y emociones desagradables, y durante el seguimiento a los seis meses se observó que en las ocho situaciones se perciben eficaces.

Tabla 3.

Se muestra el promedio de auto-eficacia percibida para controlar las situaciones de consumo, durante la línea base y el seguimiento a seis meses, dependiendo del grupo de investigación asignado. También, se muestra el valor de la puntuación Z y su significación asintótica.

Grupo poblacional	Grupo de intervención	n	Promedio de autoeficacia percibida para controlar las situaciones de consumo		Desviación estándar		Puntuación Z	Significación asintótica (bilateral)
			Línea base	Seguimiento 6 meses	Línea base	Seguimiento 6 meses		
Urbano	PIBA	10	59.76	76.45	14.62	22.48	-2.312	0.021
	CB	10	55.30	75.00	13.06	20.33	-2.191	0.028
Rural	Control	9	55.59	56.45	12.31	17.36	0.000	1.000
	PIBA	10	56.93	89.87	15.42	10.31	-2.701	0.007
	CB	10	55.68	86.06	22.31	18.46	-2.395	0.017
	Control	9	57.77	69.51	27.52	24.04	-1.481	0.139

Discusión

Al investigar la eficacia de las intervenciones breves a partir de un ensayo clínico aleatorizado, se fortalecen las conclusiones de su eficacia debido a la inclusión de un grupo control y la comparación entre dos intervenciones que en forma separada han mostrado resultados satisfactorios (Martínez, 2003; Martínez, Pedroza, Vacio et al. 2008; Martínez, Pedroza & Salazar, 2008a; Martínez, Pedroza & Salazar, 2008b; Martínez, Salazar et al. 2008). En acuerdo con los datos obtenidos en esta investigación se puede mencionar que los adolescentes que recibieron el PIBA o el CB disminuyen significativamente su patrón de consumo de alcohol en comparación con los adolescentes que conformaron los grupos de control. En este sentido, la mayoría de los participantes que recibieron alguno de los tratamientos mostraron una disminución en el nivel de riesgo, por ejemplo el 90% de los que recibieron el PIBA y el 65% de los que recibieron el CB, a los seis meses de seguimiento, sus consumos fueron clasificados como de bajo riesgo. También, se observó una disminución en el número de problemas relacionados con el consumo de alcohol de los adolescentes que recibieron alguna de las intervenciones, sin embargo, en los sujetos que recibieron el CB el cambio en esta variable no fue estadísticamente significativo. Asimismo, los adolescentes que recibieron el PIBA o el CB incrementaron significativamente su auto-eficacia percibida para enfrentar de manera adecuada las situaciones de riesgo de consumo de alcohol.

Estos resultados coinciden con el estudio realizado por Baer y colaboradores (1992), quienes reportaron que el consejo breve y la intervención breve de varias sesiones tenían un efecto significativo sobre la cantidad de tragos consumidos durante el seguimiento. No obstante, a diferencia del estudio de Baer en esta investigación se evaluaron otras variables asociadas al patrón de consumo, como el número de problemas relacionados, auto-eficacia y nivel de riesgo por el consumo de alcohol. De acuerdo con Sobell, Sobell y Galván (1995), la evaluación de distintas dimensiones del consumo de sustancias, aumenta la probabilidad de la eficacia del tratamiento en el cambio de frecuencia, cantidad y magnitud del comportamiento. Además, investigaciones realizadas con adolescentes de otros países (Marlatt et al. 1998), señalan la importancia de que los programas preventivos evalúen variables relacionadas con el consumo, tales como las consecuencias negativas inmediatas del consumo en los contextos donde los adolescentes consumen, como una manera de hacer más atractivas y efectivas las intervenciones para este grupo de edad.

Otro de los hallazgos de esta investigación muestra que no existen diferencias en la disminución del patrón de consumo cuando se comparan los adolescentes que habitan zonas urbanas contra los que habitan zonas rurales. Lo que sugiere que el empleo de los componentes de auto-control y establecimiento de metas son los responsables del cambio, y que estos no se ven afectados por variables de tipo demográficas, como lo es el tipo de zona que habitan. Sin embargo, esto pudiera estar relacionado con los cuidados que se tuvieron durante el proceso de adaptación de los materiales, instrumentos y sesiones para poblaciones rurales (Salazar, 2008).

Es importante mencionar que aunque no se encontraron diferencias estadísticas significativas entre el PIBA y el CB sobre la reducción del patrón de consumo de alcohol, los resultados en las variables asociadas al patrón de consumo permiten suponer que el PIBA tiene mayores fortalezas sobre el consejo breve. Por ejemplo, el tamaño del efecto del PIBA fue superior en un 75% al encontrado en el CB. Los adolescentes que recibieron el CB disminuyen el número de problemas relacionados pero este no es estadísticamente diferente al observado en los adolescentes del grupo control. Además, existen un mayor número de adolescentes que recibieron el PIBA que en el seguimiento a los seis meses se encontraba en un nivel de riesgo bajo debido a la cantidad de alcohol consumida. Una posible explicación sobre este resultado es que los adolescentes que reciben el CB no cuentan con el tiempo suficiente para recibir una mayor retroalimentación sobre su conducta de consumo, así como tampoco tiene la oportunidad de experimentar diferentes estrategias que le permitan enfrentar de manera eficaz las situaciones de riesgo, lo que puede incrementar la probabilidad de recaídas (Barcnas, Martínez & Pedroza, 2009). En este sentido, se sugiere evaluar el mantenimiento del cambio en un período de seguimiento más amplio a fin de determinar si aquellos adolescentes que reciben la intervención más larga, mantienen la reducción de su consumo, y si aquellos que reciben la intervención más corta, se mantienen en su cambio o incrementan de nuevo su consumo.

Con los resultados alcanzados se puede concluir que ambas modalidades de intervención pueden ser integradas en un modelo de atención escalonada (Miller, 1999). En este modelo se señala que las intervenciones en el campo de las conductas adictivas, deben satisfacer la demanda pública de reducir el costo social del abuso de las sustancias al ofrecer intervenciones menos intensivas y menos costosas en los niveles menos severos del problema. Por lo tanto, se propone que ambas intervenciones se integren como un paquete de atención, donde el consejo breve sea la intervención inicial que se ofrezca a los adolescentes abusadores de alcohol que se encuentren en un nivel de riesgo moderado, y cuando el adolescente se encuentre en un nivel de riesgo alto o cuando el CB no sea suficiente para lograr el cambio en el patrón de consumo se ofrezca el PIBA. También, resulta atractivo que el CB sea la intervención que se ofrezca a adolescentes de comunidades rurales donde el traslado de los terapeutas resulte costoso o el acceso a los centros de atención para las drogas se encuentre limitado. Otra ventaja de integrar las intervenciones como paquete de atención, es que los adolescentes tengan la oportunidad de elegir la intervención que ellos consideren más beneficiosa de acuerdo a su situación. Al parecer, cuando los individuos participan en la toma de decisiones relacionadas con el tratamiento, se incrementa la probabilidad de obtener resultados positivos.

Sin embargo, se sugiere la realización de estudios en los que se identifique con base en las características de los adolescentes, la intervención breve más recomendada para cada caso en particular. Además, es indispensable la realización de investigaciones con un mayor número de adolescentes que tengan por objetivo identificar

cuáles son las variables que se asocian con el logro, continuación y mantenimiento del cambio en los adolescentes que participan en intervenciones breves. El número reducido de adolescentes que conforman la muestra de este estudio no permite dar respuesta a estas interrogantes.

Referencias

- Annis, H.M., & Martin, G. (1985). *Inventory of drug-taking situations*. Toronto: Addiction Research Foundation.
- Aubrey, L.L. (1988). *Motivational interviewing with adolescents presenting for outpatient substance abuse treatment*. Disertación Doctoral no publicada, University of New Mexico, Albuquerque, EE. UU.
- Ayala, H.E. (2001). *Desarrollo y evaluación de modelos de intervención para comportamientos adictivos en poblaciones urbanas y rurales*. Proyecto CONACYT G36266 H. Manuscrito no publicado.
- Ayala, H.E., Echeverría, L., Sobell, M., & Sobell, L. (1998). Una alternativa de intervención breve y temprana para bebedores problema en México. *Acta Comportamental*, 6, 71-93.
- Babor, T.F., & Grant, M. (1992). *Project on identification and management of alcohol related problems. Report on phase II: A randomized clinical trial of brief interventions in primary health care*. Geneva: World Health Organization.
- Baer, S.J., Marlatt, G.A., Kivlahan, R.D., Fromme, K., Larimer, E.M., & Williams, E. (1992). A Experimental test of three methods of alcohol risk reduction with young adults. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60, 974-979.
- Barcenas, A., Martínez, K.I., & Pedroza, F.J. (2009). Estrategias de enfrentamiento y recaídas de adolescentes participantes en programas de intervención breve. *Anuario de Investigación en Adicciones*, 1, 30-39.
- Barnett, J.S., Monti, P.M., & Wood, M.D. (2001). Motivational interviewing for alcohol involved adolescents in the emergency room. En E. F. Wagner & B.H. Waldron (Eds.). *Innovations in adolescent substance abuse intervention* (pp. 143-168). Oxford: Elsevier Science Ltd.
- Breslin, C., Sdao-Jarvie, K., Li, S., Tupker, E., & Itting-Deland, V. (2002). Brief treatment for young substance abusers: A pilot study in an addiction treatment setting. *Psychological Addictive Behavior*, 16, 10-16.
- Breslin, C., Sobell, M.B., Sobell, L.C., Cunningham, J.A., Sdao-Jarvie, K., & Borsoi, D. (1998). Problem drinkers: evaluation of a stepped-care approach. *Journal of Substance Abuse*, 10, 217-232.
- Cohen, J. (1998). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2da. Ed.). Hillsdale: Lawrence Earlbaum Associates.
- Maisto, S.A., Connors, G.J., & Allen, J.P. (1995). Contrasting self-report screens for alcohol problems: a review. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 19, 1510-1516.

- Mariño, M.C., González-Forteza, G.C., Andrade, P., & Medina-Mora, M.E. (1997). Validación de un cuestionario para detectar adolescentes con problemas por uso de drogas. *Salud Mental, 1*, 27-36.
- Marlatt, G.A., Baer, J.S., Kivlahan, D.R., Dimmeff, L.A., Larimer, M.E., Quigley, L.A., et al. (1998). Screening and brief interventions for high-risk college students drinkers: Results from a two year follow-up assessment. *Journal of Consulting Clinical Psychological, 66*, 604-615.
- Martínez, K.I. (2003). *Desarrollo y evaluación de un modelo de intervención breve para adolescentes que inician el consumo de alcohol y otras drogas*. Tesis doctoral no publicada, Universidad Nacional Autónoma de México, México.
- Martínez, K.I., Pedroza, F.J., & Salazar, M.L. (2008b). Programa de intervención breve para adolescentes que abusan del consumo de alcohol y otras drogas: resultados de la aplicación con adolescentes consumidores de alcohol de Aguascalientes y Distrito Federal. *Anuario de Investigación en Adicciones, 9*, 46-57.
- Martínez, K.I., Pedroza, F.J., & Salazar, M.L. (2008a). Resultados iniciales de la aplicación del consejo breve sobre el consumo de alcohol en adolescentes rurales de México. *Típica Boletín electrónico de salud escolar, 4*. Recuperado del 12 de julio de 2008 de <http://www.tipica.org>
- Martínez, K.I., Pedroza, F.J., Vacio, M.A., Jiménez, A.L., & Salazar, M.L. (2008). Consejo breve para adolescentes escolares que abusan del alcohol. *Revista Mexicana de Análisis de la Conducta, 34*, 247-264.
- Martínez, K.I., Salazar, M.L., Pedroza, F.J., Ruiz, G.M., & Ayala, H.E. (2008). Resultados preliminares del programa de intervención breve para adolescentes que inician el consumo de alcohol y otras drogas. *Salud Mental, 31*, 119-127.
- Martínez, K.I., Salazar, M.L., Ruiz, T.G., Barrientos, C.V., & Ayala, H.E. (2005). *Programa de Intervención Breve para adolescentes que inician el consumo de Alcohol y otras Drogas. Manual del terapeuta*. México: Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Psicología.
- Miller, W.R. (1999). *Enhancing Motivation for Change in Substance Abuse Treatment*. Rockville: SAMHSA's.
- Organización Mundial de la Salud (2000). *Guía internacional para vigilar el consumo del alcohol y sus consecuencias sanitarias*. Washington, DC.
- Salazar, M.L. (2008). *Evaluación de dos intervenciones breves para la disminución del consumo de alcohol en adolescentes rurales de Aguascalientes*. Tesis doctoral no publicada, Universidad Nacional Autónoma de México, México, D.F., México.
- Salazar, M.L., & Martínez, K.I. (2005). *Consejo breve para adolescentes rurales que inician el consumo de sustancias. Manual del terapeuta*. Manuscrito no publicado.
- Sobell, L.C., Sobell, M.B., Riley, D.M., Schuller, R., Pavan, D.S., Cancilla, A. et al.

- (1988). The reliability of alcohol abusers' self-reports of drinking and life events that occurred in the distant past. *Journal Studies on Alcohol*, 49, 225-32.
- Sobell, M.B., & Sobell, L.C. (1993). *Problem drinkers: Guided self-change treatment*. New York: Guilford Press.
- Sobell, M.B., Sobell, L.C., & Galvan, D.R. (1995). Portraying alcohol treatment outcomes: Different yardsticks of success. *Behavior Therapy*, 26, 643-669.
- Sobell, M.B., Sobell, L.C., Klajner, F., Pavan, D., & Baisan, E. (1986). The reliability of a time method of assessing normal drinker collage students. Recent drinking history: Utility for alcohol research. *Addictive Behavior*, 11, 149-161.
- Sociedad Mexicana de Psicología, A.C. (2007). *Código Ético del Psicólogo*. México: Trillas.
- Villatoro, J., Gutiérrez, M., Quiroz, N., Moreno, M., Gaytán, L., Gaytán, F. et al. (2006). *Encuesta de Consumo de Drogas en Estudiantes*. México: Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz.
- Wagner, E., Brown, S., Monti, P., Myers, M., & Waldron, H. (1999). Innovations in adolescents in adolescent substance abuse intervention. *Alcohol Clinical and Experimental Research*, 23, 236-249.
- Winters, K. (2001). Assessing Adolescent Substance use problems and others areas of functioning: State of the art. En P.M. Monti., S.M. Colby & T.A. O'Leary (Eds.). *Adolescents, Alcohol, and Substance Abuse. Reaching teens through brief interventions* (pp. 80-108). New York: Guilford Press.
- Winters, K., Litten, W., Wagner, E.F., & O'Leary, T. (2007). Use of brief interventions for drugs abusing teenagers within a middle and high school setting. *The Journal of School Health*. 17, 196-206.