

Revista Mexicana de Análisis de la
Conducta

ISSN: 0185-4534

editora@rmac-mx.org

Sociedad Mexicana de Análisis de la
Conducta
México

MARTÍNEZ MARTÍNEZ, KALINA ISELA; PEDROZA CABRERA, FRANCISCO JAVIER; SALAZAR
GARZA, MARTHA LETICIA; VACIO MURO, MA. DE LOS ÁNGELES
ESTRATEGIAS DE ENFRENTAMIENTO Y NÚMERO DE RECAÍDAS EN EL PROCESO DE
CAMBIO DE ADOLESCENTES QUE ABUSAN DEL ALCOHOL

Revista Mexicana de Análisis de la Conducta, vol. 40, núm. 3, diciembre, 2014, pp. 11-31

Sociedad Mexicana de Análisis de la Conducta

Distrito Federal, México

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=59335812002>

- ▶ Cómo citar el artículo
- ▶ Número completo
- ▶ Más información del artículo
- ▶ Página de la revista en redalyc.org

ESTRATEGIAS DE ENFRENTAMIENTO Y NÚMERO DE RECAÍDAS EN EL PROCESO DE CAMBIO DE ADOLESCENTES QUE ABUSAN DEL ALCOHOL

*COPING STRATEGIES AND NUMBER OF RELAPSES IN THE
PROCESS OF CHANGE OF TEENAGERS WHO ABUSE ALCOHOL*

**KALINAISELA MARTÍNEZ MARTÍNEZ, FRANCISCO JAVIER
PEDROZA CABRERA, MARTHA LETICIA SALAZAR GARZA Y
MA. DE LOS ÁNGELES VACÍO MURO**

Resumen

La recaída posterior a un programa de intervención contra las adicciones es un problema clínico que requiere ser investigado para lograr un mantenimiento del cambio conductual, sin embargo, desde su definición hasta su medición aun es controversial. Existe un modelo para explicar la recaída como un proceso de transición asociado a las situaciones de alto riesgo de consumo. Se ha encontrado que las personas que incrementan sus habilidades de enfrentamiento reducen la probabilidad de recaer, por tanto se considera que el estudio de estas estrategias puede incrementar la comprensión del proceso de cambio. El objetivo del presente trabajo fue identificar la relación entre las estrategias de enfrentamiento propuestas por los adolescentes en tratamiento y el número de recaídas que tuvieron en el seguimiento. Participaron 61 adolescentes entre los 14 y 18 años de edad. Los resultados muestran que el 78% de los casos cumplió con su meta de consumo de alcohol, y esta se relacionó principalmente con el empleo de una o dos estrategias de enfrentamiento, resaltando el apoyo social y la evitación. De manera particular, el apoyo social fue reportado en mayor porcentaje por aquellos sujetos que cumplieron su meta de tratamiento. Se discuten estos resultados haciendo énfasis en la concepción de la recaída.

Kalina Isela Martínez Martínez, Francisco Javier Pedroza Cabrera, Martha Leticia Salazar Garza y Ma. de los Ángeles Vacio Muro, Departamento de Psicología, Universidad Autónoma de Aguascalientes.
Esta investigación se realizó gracias al financiamiento PROMEP UAAGS-PTC-055

Palabras clave: estrategias de enfrentamiento, recaída, adolescencia, intervenciones breves, adicciones

Abstract

Relapse following an intervention program for addiction is a clinical problem that must be investigated in order to maintain behavioral changes; however relapse is still a controversial issue, from its definition to its measurement. There is a model which explains relapse in terms of a transition associated with high-risk drug use situations. It has been found that people who increase their coping skills reduce the likelihood of relapse. The study of these strategies could therefore increase understanding of the change process. The aim of this study was to identify the link between the coping strategies proposed by adolescents in treatment and the number of relapses they experienced during a follow-up. The participants were 61 teenagers aged between 14 and 18 years. Results showed that 78% of the cases met their alcohol consumption goal, which was mainly related to the use of one or two coping strategies, particularly social support and avoidance. Social support was reported in a higher percentage by subjects who met their treatment goal. These results are discussed emphasizing on the concept of relapse.

Keywords: coping strategies, relapse, adolescence, brief intervention, addictions

Uno de los comportamientos problemáticos que tiene mayor repercusión para el individuo y para la sociedad, es el consumo de alcohol y otras drogas, como el tabaco, el alcohol y la marihuana. En nuestro país, de acuerdo con los resultados epidemiológicos realizados con población adolescente, en la más reciente Encuesta Nacional de Adicciones (2011) se señala que el 42.9% ha consumido alcohol alguna vez en la vida, cifra que corresponde al 46.0% de los hombres y al 39.7% de las mujeres. En el último año, la prevalencia de consumo fue de 30.0% (31.8% hombres y 28.1% mujeres). El 4.1% de los adolescentes presentaron dependencia al alcohol (6.2% hombres y 2% mujeres). La prevalencia de cualquier droga ilegal se mantiene en 1.5% del 2008 al 2011 (ENA 2008; ENA 2011). De acuerdo a los resultados de esta encuesta se concluye que el consumo de alcohol es el principal problema de consumo en nuestro país, que afecta especialmente a los adolescentes. Este panorama muestra que es importante atender con diferentes estrategias preventivas el consumo de alcohol: a) retrasar la edad de inicio; b) en quienes consumen promover el consumo responsable y c) educar y concientizar a las nuevas generaciones para que cuando lleguen a la edad legal para consumir bebidas alcohólicas no beban, y si deciden hacerlo, lo hagan en situaciones de menor riesgo.

Para evitar y prevenir conductas de riesgo asociadas al consumo de alcohol entre los adolescentes, se debe considerar la intensidad de la problemática, en términos del nivel de consumo (experimental, uso, abuso y dependencia) y las características de los sujetos a quienes se dirige (Winters, Leitten, Wagner, & O'Leary, 2007). Una de las alternativas para los adolescentes que abusan del alcohol son las intervenciones breves (IB), ya que se dirigen particularmente a individuos que no han desarrollado dependencia pero que abusan de la droga y tienen consecuencias negativas por su consumo (Martínez, 2003; Martínez & Medina-Mora, 2013). Estas intervenciones tienen un tiempo menor de duración, en comparación con tratamientos tradicionales, e incluyen una evaluación global, un asesoramiento breve y seguimientos (National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism, 1999).

El fundamento teórico de las IB es la Teoría del Aprendizaje Social (TAS) que propuso Bandura (1986), la cual tiene apoyo empírico en la explicación del desarrollo, mantenimiento y cambio de la conducta (Abrahams & Niaura, 1987; Ayala, 1993). La TAS se considera como una teoría interaccionista, ya que se conceptualiza una relación recíproca entre factores personales, ambientales y la conducta del individuo.

En la TAS se propone que el aprendizaje ocurre cuando los sujetos experimentan las consecuencias de su conducta o por medio de la asociación repetida entre estímulos y respuestas. Además, se resalta la participación de factores cognitivos, que ayudan a explicar el papel activo que los individuos tienen para determinar su propio comportamiento. De esta manera, las capacidades cognitivas de anticipación, auto-regulación, auto-eficacia, simbolización y las expectativas de resultados, juegan el rol principal como determinantes antecedentes de la conducta. En relación con el consumo de alcohol se plantea que este puede modificarse mediante nuevas situaciones de aprendizaje, donde los sujetos adquieran un papel activo en el cambio de su consumo de alcohol o cualquier otra droga.

Con base en la TAS se han desarrollado programas de intervención breve para adolescentes de nuestro país, un ejemplo es el Programa de Intervención Breve para Adolescentes que Abusan del Consumo de Alcohol y Otras Drogas (Martínez, Salazar, Ruiz, Barrientos, & Ayala, 2012/2008/2005). El objetivo del programa es incidir sobre el patrón de consumo de sustancias de los adolescentes que abusan del alcohol y los problemas relacionados con su consumo. Se dirige a los 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 establecido (Winters, 2001), sin ser dependientes a la sustancia (de acuerdo a los criterios del DSM-IV) y que presentan problemas relacionados con el consumo.

La intervención anterior está diseñada para instrumentarse dentro de escenarios escolares de nivel medio y medio superior, a través de cinco etapas: 1) Detección de

casos, 2) Evaluación, 3) Inducción al tratamiento, 4) Tratamiento y 5) Seguimiento. El programa ha demostrado ser efectivo en la reducción del patrón de consumo de alcohol de los adolescentes y la disminución del número de problemas relacionados con el consumo, así como para el aumento en la confianza situacional de los sujetos para enfrentar las situaciones de consumo de riesgo, a través del establecimiento de planes de acción y la utilización de estrategias que ayudan a mantener el cambio alcanzado, el incremento en la satisfacción con el estilo de vida y la satisfacción de los usuarios con el tratamiento (Martínez, 2003; Martínez, Bárcenas, & Pacheco, 2012; Martínez & Medina-Mora, 2013; Martínez, Salazar, Pedroza, Ruiz, & Ayala, 2008). Además, el tamaño del efecto ha sido mayor que otros programas de intervención breve (Hennessy & Tanner-Smith, 2014).

Se llevó a cabo una investigación donde se incluyeron adolescentes urbanos y rurales, cuyo propósito fue comparar la efectividad de dos modalidades de intervención breve: Programa de intervención breve (cinco sesiones de tratamiento) y Consejo breve (una sesión de tratamiento) con el fin de determinar los efectos sobre el patrón de consumo, problemas relacionados y otras variables relacionadas (Martínez, Pedroza, Salazar, & Vacio, 2010). Los resultados con adolescentes urbanos y rurales abusadores de alcohol mostraron que estas modalidades de intervención fueron efectivas en la reducción del patrón de consumo, en comparación con sujetos control. Por ejemplo, los adolescentes que recibieron alguna de las intervenciones disminuyeron su consumo en un promedio de 71.5% copas estándar (una copa estándar equivale a 10 gramos de alcohol puro, por ejemplo 285 ml de una cerveza con 4.9% de alcohol), en cambio, los adolescentes del grupo control incrementaron su consumo de alcohol en un promedio de 8.2% de copas estándar. Los hallazgos coincidieron con los estudios realizados con adolescentes estudiantes urbanos mexicanos que recibieron el programa de intervención breve de cuatro sesiones, en donde en promedio redujeron su consumo de copas estándar en un 66% a los seis meses de concluida la intervención (Martínez et al., 2008).

Los resultados anteriores muestran que tanto el programa de intervención breve de varias sesiones y el consejo breve de una sesión, son efectivos para el tratamiento de adolescentes que abusan del alcohol. Un aspecto relevante de los programas de intervención mencionados son las recaídas, entendiendo éstas como eventos que implican que el adolescente, debido a un “error” en el uso de estrategias de enfrentamiento adecuadas, presente un patrón de consumo similar a los reportados antes de la intervención (Brownell, Marlatt, Lichtenstein, & Wilson, 1986).

Marlatt y Gordon (1985), basándose en la teoría del aprendizaje social, desarrollaron un modelo de prevención de recaídas que ha recibido considerable atención en el campo de las adicciones. Este modelo se ha centrado en dos grandes áreas: la primera es la prevención de la recaída, que involucra el análisis funcional del consu-

mo mediante la identificación de situaciones de alto riesgo. La segunda área es el desarrollo de técnicas para lidiar con la recaída una vez que ésta se presenta. Sin embargo, son pocos los estudios que hacen una evaluación del cambio, logrado por la intervención, a lo largo del tiempo (Martínez, Ávila, Pacheco, & Lira, 2011).

El razonamiento teórico del modelo antes mencionado, sugiere que después de la cesación inicial del uso de sustancias, comienza el desarrollo de un estado crítico del proceso de cambio (Marlatt & Gordon, 1980; Dimeff, Baer, Kivlahan, & Marlatt, 1998) y la recaída es vista como un proceso de transición; como una serie de eventos que pueden o no ser seguidos por el retorno a los niveles de la línea base de la conducta blanco. De esta forma, la recaída se considera parte del proceso de cambio, ya que las personas aprenden de las situaciones de consumo para prevenir el uso excesivo de sustancias. Asociado al concepto de recaída están las situaciones de alto riesgo de consumo. Estos últimos autores definen una situación de riesgo como: “una situación en la cual el individuo percibe que ha perdido el control” (p. 180).

Marlatt y Gordon, (1980) clasificaron las situaciones de riesgo de consumo de alcohol en ocho categorías que involucran, 1) Determinantes Intrapersonales: estados emocionales positivos, estados emocionales negativos, el enfrentamiento con estados físicos negativos, necesidades fisiológicas y prueba de control personal (caer en la tentación o necesidad de consumo), y 2) Determinantes Interpersonales: conflictos interpersonales, la presión social y los estados emocionales positivos con otros. Ante las situaciones de riesgo, resulta necesario diseñar planes de acción que funcionen como estrategias de enfrentamiento en la prevención de recaídas.

Desde la perspectiva de Marlatt y Gordon (1985), el proceso de recaída inicia con la ocurrencia de una situación de alto riesgo de consumo, ante la cual existen dos respuestas posibles: 1) la utilización de una estrategia de enfrentamiento efectiva, que ayude al individuo a disminuir las posibilidades de consumir en esa situación de riesgo, y 2) la ausencia de una estrategia efectiva de enfrentamiento para controlar la situación de riesgo de consumo. La falta de respuestas de enfrentamiento puede conducir a una disminución del nivel de auto-eficacia (Bandura, 1986), lo cual puede ser considerado por el sujeto como el incumplimiento de la meta. En cambio, cuando el individuo es capaz de ejecutar conductas efectivas de enfrentamiento en una situación de consumo de riesgo, la posibilidad de recaída disminuye, y además, se incrementa la percepción de auto-eficacia.

Lo anterior supone que la prevención de recaídas, en los programas de intervención para las conductas adictivas, deben contemplar: a) que los usuarios propongan sus estrategias de enfrentamiento, b) la identificación de situaciones de consumo de riesgo, y c) la anticipación y preparación de los individuos ante las posibles recaídas (Marlatt & Gordon, 1985), lo que significa elegir y poner en práctica las estrategias de enfrentamiento propuestas de acuerdo a la situación de riesgo.

Lazarus y Folkman (1984) definieron las estrategias de enfrentamiento como “aque-llos esfuerzos cognoscitivos y conductuales, permanentemente cambiantes que se desarrollan para la conducción de aspectos específicos externos y/o internos que son evaluados como abrumadores o desbordantes de los recursos del individuo” (p. 141).

El enfrentamiento adecuado implica el manejo de la discrepancia percibida entre las demandas y los recursos que se evalúan en una situación estresante (Lazarus & Folkman, 1984, 1987; Moos & Schaefer, 1986). De acuerdo con Folkman y Lazarus (1980), existen dos principales funciones del manejo de la discrepancia: 1) Centrada en el problema, en donde las personas analizan los recursos disponibles y actúan con la intención de realizar un cambio para modificar la situación estresante y, 2) Centrada en la emoción, que se refiere a la regulación de las emociones generadas a partir de la situación amenazante pero no modifican la situación estresante.

Cabe señalar que, los esfuerzos de enfrentamiento pueden ser variados y no necesariamente llevan a la solución del problema. Sin embargo, el proponerse corregir o controlar el problema puede ayudar a la persona a cambiar su percepción sobre la discrepancia, tolerancia o aceptación del daño, escape o evitación de la situación (Lazarus & Folkman, 1984; Moos & Schaefer, 1986). Al respecto, en la literatura se reportan investigaciones con el propósito de determinar el papel que juegan las estrategias de enfrentamiento en la aparición y prevención de recaídas.

De manera general, se ha encontrado que los sujetos que incrementan sus habilidades de enfrentamiento reducen la probabilidad de recaer (Carroll, 1996; Carroll, Rounsville, & Gawin 1991; Carroll et al., 1994; Rawson et al., 2002). Cooper, Rusell y George (1988) realizaron un estudio en donde encontraron que el consumo de alcohol estaba relacionado con la falta de estrategias de enfrentamiento y con la percepción positiva de los efectos de la sustancia, lo que impedía a los sujetos enfrentarse de manera efectiva a ciertas situaciones de consumo. Estos resultados coincidieron con los que reportaron Connors, Tarbox y Faillace (1993) y Jones y McMahon (1994) quienes encontraron que tanto la falta de estrategias de enfrentamiento funcionales y la percepción positiva de los efectos del alcohol son predictores del abuso de las sustancias y de posibles recaídas.

Brown, Vik y Creamer (1989) encontraron que las recaídas en los adolescentes ocurren en situaciones de presión social y emociones negativas. En otro estudio relacionado, se encontró que el 90 % de los adolescentes reportó que la presión social es una situación de alto riesgo que puede llevar a la recaída. Asimismo, se encontró que los adolescentes que pusieron en práctica mayor número de estrategias y que además utilizaron estrategias de tipo conductual, se mantuvieron abstemios después de seis meses de haber concluido el tratamiento (Myers & Brown, 1990).

Por otra parte, se ha encontrado que la falta de estrategias de enfrentamiento es el principal predictor de recaídas en consumidores de alcohol (Miller, Westerberg, Harris, & Tonigan 1996; Morgenstern & Longabaugh, 2000). Litt, Kadden, Cooney y Ka-

bela (2003), estudiaron el papel que juegan las estrategias de enfrentamiento, la auto-eficacia y la motivación, en la prevención de recaídas del consumo de alcohol, encontrando que la auto-eficacia y las estrategias de enfrentamiento, de manera independiente, predicen resultados exitosos del tratamiento y prevención de recaídas.

Finalmente, en un estudio realizado con adolescentes estadounidenses de zonas rurales, se encontró que las estrategias de enfrentamiento por evitación y la percepción de ausencia de apoyo social por parte de la familia son los principales predictores del consumo de alcohol en adolescentes (Hamdan-Mansour, Puskar, & Sereika, 2007).

Como se muestra en los antecedentes revisados y a partir de los trabajos realizados con adolescentes mexicanos, se considera que el estudio de las estrategias de enfrentamiento ante situaciones de consumo de riesgo, puede incrementar la comprensión del proceso de cambio de los adolescentes que consumen alcohol en exceso. Por lo tanto, el objetivo del presente trabajo consistió en identificar si la cantidad de estrategias de enfrentamiento que emplearon los adolescentes que participaron en programas de intervención breve, así como el tipo de estrategias de enfrentamiento se relacionaba con el número de recaídas que se presentaron en el seguimiento.

Método

Participantes

Para la realización de esta investigación se trabajó con una muestra clínica no probabilística de sujetos voluntarios consumidores de alcohol, de comunidades urbanas y rurales del Estado de Aguascalientes, que recibieron el Programa de Intervención Breve o el Programa de Consejo Breve, los cuales fueron asignados de manera aleatoria. Los dos programas se diseñaron para el tratamiento de 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 periodo no mayor a los dos años en forma de abuso y que presenten problemas relacionados. El PIBA es un programa que consta de cuatro sesiones de tratamiento y el CB de una sola sesión de tratamiento donde se evalúa y se implementan estrategias que favorecen el cambio en el patrón de consumo.

En total participaron 61 adolescentes con edades entre los 14 y los 18 años ($M = 15.76$), 36 fueron hombres y 25 mujeres. De los 61 adolescentes 33 recibieron la Intervención Breve y 28 recibieron el Consejo Breve.

Escenario

La fase de línea base, la aplicación de los programas de intervención y la fase de seguimiento se realizaron en escuelas secundarias y preparatorias pertenecientes al

Estado de Aguascalientes, tanto de zona rural como urbana. Específicamente se trabajó en salones o cubículos de las escuelas participantes.

Instrumentos

Los datos para la realización de esta investigación se tomaron de la línea base retrospectiva y los reportes de seguimiento, los cuales se describen a continuación:

1. Línea base retrospectiva –LIBARE- (Sobell & Sobell, 1993). Es un registro retrospectivo de la cantidad (medida de copas estándar) y frecuencia de consumo del adolescente seis meses antes del inicio del tratamiento, durante y el seguimiento (seis meses). La LIBARE fue adaptada a población mexicana por Ayala, Echeverría, Sobell y Sobell, (1998). La LIBARE tiene una confiabilidad test-retest de .91. La correlación del consumo entre el reporte del individuo y el del colateral es de .82. (Barragán, González, Medina-Mora, & Ayala, 2005).

2. Reportes de seguimiento (Echeverría & Ayala, 1997). Estos reportes constan de una entrevista que tiene como objetivo identificar los avances del adolescente en el cambio de su patrón de consumo (moderación o abstinencia), de acuerdo a su meta establecida durante el tratamiento. Este instrumento está conformado por tres apartados: 1) Exploración del establecimiento de metas y su cumplimiento; 2) Presentación de recaídas y; 3) Estrategias de enfrentamiento utilizadas en las situaciones de riesgo de consumo. La validez del reporte se obtuvo a partir de jueces expertos. Para obtener la validez se pidió a diez personas expertas en el área de las adicciones que parearan los reactivos con los apartados que mide el instrumento. El acuerdo entre jueces fue del 100% (Martínez et al., 2005).

Procedimiento

El presente estudio fue parte de una investigación que tenía como objetivo validar dos programas de intervención breve para la reducción del consumo de alcohol y otras drogas: a) Programa de Intervención Breve para Adolescentes que se inician en el consumo de alcohol y otras drogas, el cual tiene una duración de cuatro sesiones de tratamiento (Martínez, 2003) y; b) Consejo Breve para Adolescentes que Inician el Consumo de Alcohol y otras Drogas, el cual está conformado por una sola sesión de tratamiento (Martínez, Pedroza, Vacio, Jiménez, & Salazar, 2008). En estas dos intervenciones, y con propósitos de esta investigación solo se analiza las propuestas que realizan los adolescentes a partir de los datos de su evaluación. En términos de su patrón de consumo establecen una meta que favorezca la reducción de su consumo o la abstinencia, además se les pide que identifiquen sus tres principales situaciones de consumo y que propongan estrategias de enfrentamiento para utilizarlas en el fu-

turo ante sus situaciones de consumo. El terapeuta analiza junto con el adolescente la pertinencia de las estrategias de enfrentamiento a través del análisis de consecuencias positivas y negativas. Al terminar el tratamiento, tanto del PIBA como CB, se les pide que utilicen las estrategias de enfrentamiento que ellos mismos propusieron y que las pongan en práctica, se les invita además a los seguimientos para saber si han logrado cumplir su meta de tratamiento (reducción del consumo o abstinencia) y conocer si las estrategias de enfrentamiento fueron útiles y cuáles utilizaron de forma más frecuente. Cabe mencionar que el terapeuta puede guiar en el proceso de cambio a través de ejemplos y de retomar aspectos vistos en la evaluación. Por ejemplo, estrategias que los adolescentes utilizaron anteriormente y que les funcionó para disminuir su consumo.

Ambos programas constan de varias fases que son: detección de casos, línea base, tratamiento y seguimiento. Para este trabajo se utilizaron datos recabados en las fases de línea base, tratamiento y seguimiento, respecto a las variables patrón de consumo, estrategias de enfrentamiento y número de recaídas. Cabe mencionar que en la línea base retrospectiva se consideró el consumo de los 180 días anteriores al inicio del tratamiento y la fase seguimiento tuvo una duración total de 180 días, en donde se realizaron entrevistas al mes, a los tres y a los seis meses de terminado el tratamiento. Durante esta fase se analizó el número de ocasiones que el adolescente no cumplió su meta y las estrategias de enfrentamiento que utilizó para las situaciones de riesgo de en cada ocasión de consumo.

Para el análisis de los datos, se realizaron análisis de correlación y análisis descriptivos, esto con el propósito de determinar el número de recaídas y su relación con las estrategias de enfrentamiento.

Resultados

El propósito de esta investigación fue evaluar las estrategias de enfrentamiento y su relación con las recaídas, en 61 adolescentes que participaron en dos programas de intervención breve. Para lograr el objetivo, primero fue necesario considerar la meta de consumo propuesta por cada adolescente durante el tratamiento para reducir su patrón de consumo, y con esto valorar el número de recaídas que se presentaron en la fase de seguimiento. Para esta investigación la recaída se conceptualizó como la ingesta de alcohol que superaba la meta de consumo de copas estándar, propuesta por el adolescente, por ocasión de consumo. Con base en este criterio de recaída, se consideró que el adolescente lograba su meta de tratamiento, cuando el número de recaídas fuera inferior al 30% de los consumos de alcohol durante los seguimientos en relación con los consumos en la línea base. Por ejemplo, un adolescente durante la fase de línea base consumió alcohol en 12 ocasiones con un

promedio de 7.5 copas estándar, en un rango de 5 a 10 copas estándar. El adolescente propuso como meta de tratamiento tres copas estándar por ocasión de consumo y con base en esta meta se concluyó que los 12 consumos en la línea base superaron la meta propuesta. Por lo tanto, se esperaba que para que el adolescente cumpliera con su meta de tratamiento, sólo reportara cuatro recaídas en la fase de seguimiento.

Con base en el criterio antes descripto se determinó que el 78% de los casos (48 adolescentes) cumplió con su meta de consumo de alcohol. Es decir, que los adolescentes cumplieron con su meta propuesta en el tratamiento por lo menos en el 70% de sus consumos y el 22% restante (13 adolescentes) no cumplieron con su meta de tratamiento, esto independientemente del programa de tratamiento recibido. Con el objetivo de analizar la relación de las estrategias de enfrentamiento en la consecución de su meta de consumo, se separó la muestra en dos grupos. Al grupo de adolescentes que cumplieron con su meta de consumo se le denominó Grupo A y al grupo de adolescentes que no cumplieron con su meta de consumo se le denominó Grupo B.

En la Figura 1 se muestran las gráficas que representan el número de casos que eligieron las diferentes metas de consumo, tanto para el Grupo A (gráfica de la izquierda) como para el Grupo B (gráfica de la derecha). En ambas gráficas se puede observar un mismo patrón de elección de la meta, la mayoría de los adolescentes propuso como meta de consumo, dos a tres copas estándar por ocasión de consumo, y en un

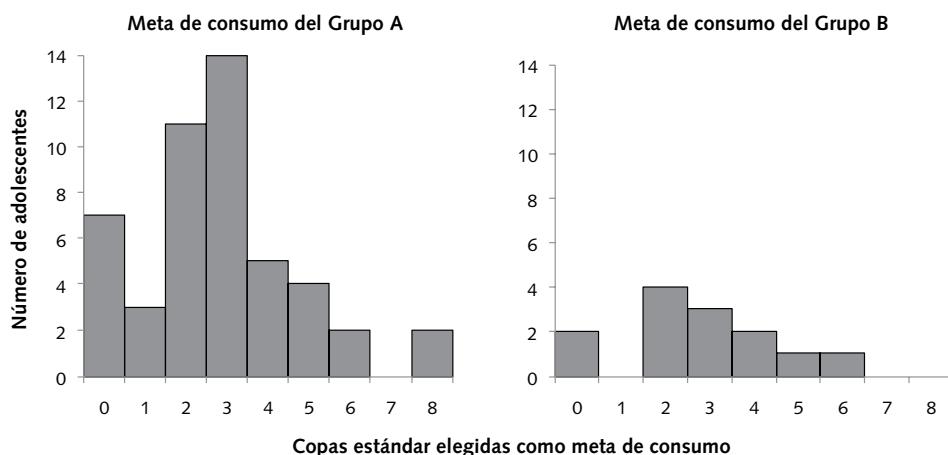


Figura 1. Se muestra el número de copas estándar que eligieron como meta de consumo los adolescentes que recibieron programa de intervención breve o consejo breve, en la gráfica de la izquierda se representan los adolescentes que consiguieron mantener su consumo de acuerdo a su meta de tratamiento ($n=48$), mientras que en la gráfica de la derecha se representan los adolescentes que no cumplieron su meta de tratamiento ($n=13$).

menor número propusieron como meta de consumo la abstinencia. También, en las gráficas se puede observar que en total 10 adolescentes, de ambos grupos, propusieron una meta de consumo entre cinco y ocho copas estándar. Este dato es relevante debido a que se considera que un consumo no problemático no debe ser superior a las cuatro copas estándar. Sin embargo, debido al elevado consumo de alcohol por ocasión ($M > 10$) de estos adolescentes, en el momento del tratamiento, se consideró prudente reducir gradualmente su consumo de copas estándar por ocasión de consumo. Con base en la meta de consumo de cada adolescente se determinó si en cada ocasión de consumo se presentó la recaída o se cumplía con la meta de consumo.

Con base en la meta de consumo propuesta por cada adolescente, en la Figura 2 se muestra el número de recaídas que tuvieron durante la fase de seguimiento. La gráfica de la izquierda representa los adolescentes del Grupo A y la gráfica de la derecha los adolescentes del Grupo B. Como se puede observar los datos para el Grupo A, el 37.5% de los sujetos no tuvo recaídas ($n = 18$), el 39.6% tuvo de una a dos recaídas ($n = 19$), y el resto de los sujetos 22.9% ($n = 11$) tuvo de tres a cuatro recaídas.

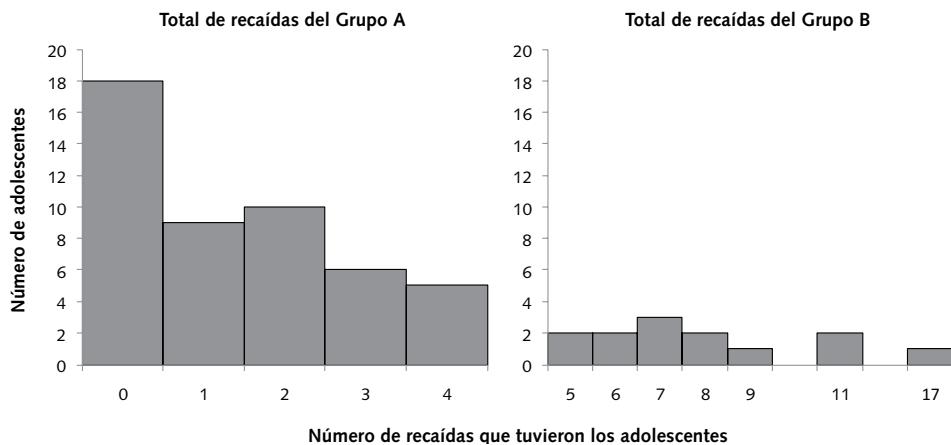


Figura 2. En la gráfica se muestran el número de recaídas de los adolescentes que tuvieron en la fase de seguimiento. En la gráfica de la izquierda se representan los adolescentes que cumplieron con su meta de tratamiento ($n = 48$), mientras que en la gráfica de la derecha se representan los adolescentes que no cumplieron con su meta de tratamiento ($n = 13$).

Con respecto a los adolescentes del Grupo B, se puede observar en la gráfica de la derecha que el número de recaídas varió entre 5 y 17.

Con el propósito de descartar algún tipo de relación entre el número de recaídas en el seguimiento y el número de consumos en la línea base, en relación con el nú-

mero de consumos en la línea base que superaron la meta de tratamiento, se realizaron análisis estadísticos de correlación de Pearson al total de la muestra ($n = 61$). Los resultados de las pruebas muestran que no existe asociación lineal estadísticamente significativa entre el número de consumos en la línea base y el número de recaídas en el seguimiento ($r = 0.285, p > .05$), así como tampoco entre el número de consumos en la línea base que superaron la meta y el número de recaídas ($r = 0.161, p > .05$). Los resultados de estos estadísticos permiten descartar una relación en el sentido de que a menor número de recaídas hubiera existido un menor número de consumos totales en la línea base o un menor número de consumos que superaron la meta de tratamiento, también en la línea base.

En cuanto al número de estrategias de enfrentamiento que los adolescentes ponían en práctica durante el tratamiento para evitar las recaídas, se observó que los adolescentes eligieron entre una y cuatro ($M = 2, DE = 1$). En la Figura 3 se muestra el porcentaje de adolescentes que pusieron en práctica cada una de las estrategias de enfrentamiento. Como se puede observar la estrategia de mayor frecuencia es la evitación, seguida de la búsqueda de apoyo social, actividades alternativas, auto-control y finalmente modificación del ambiente. Para determinar si el número de estrategias que los adolescentes elegían durante el tratamiento tenía relación con el número de

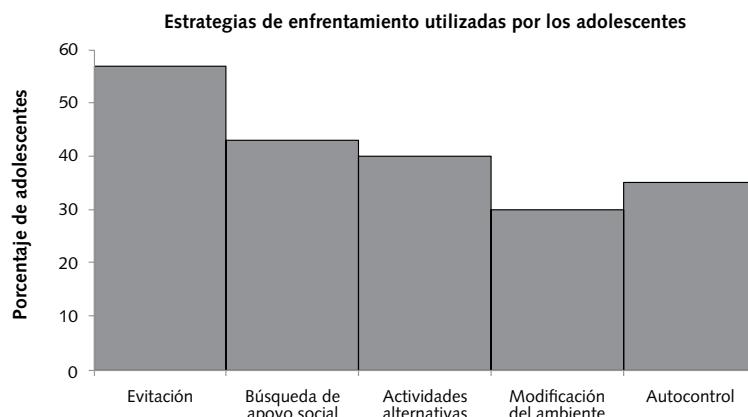


Figura 3. En la gráfica se muestran los porcentajes de adolescentes que emplearon cada una de las estrategias de enfrentamiento para evitar beber alcohol en las ocasiones de consumo.

recaídas durante el seguimiento, se hizo un análisis estadístico de correlación de Pearson, dando como resultado la falta de una asociación lineal estadísticamente significativa ($r = -0.136, p > .05$) entre las variables estudiadas.

Respecto a la variable estrategias de enfrentamiento utilizadas por los adolescentes del Grupo A ante las situaciones de riesgo de consumo de alcohol, se puede observar en la Figura 4, que 16 adolescentes refirieron que la evitación fue la principal estrategia de enfrentamiento utilizada, 14 adolescentes mencionaron que solicitar apoyo social fue su principal estrategia para cumplir con su meta, seguido de realizar

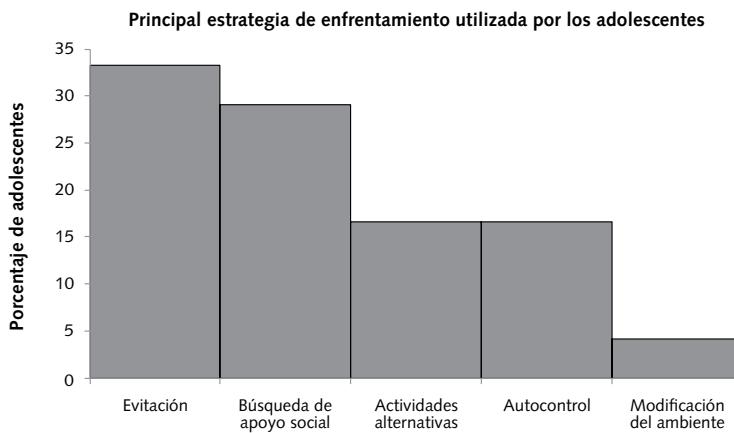


Figura 4. Se muestra el porcentaje de adolescentes del grupo que cumplió con su meta de tratamiento ($n = 48$) que utilizaron cada una de las formas de enfrentamiento como principal estrategia para evitar consumir alcohol en las situaciones de consumo acostumbradas.

actividades alternativas al consumo y autocontrol (ocho adolescentes utilizaban cada alternativa), y finalmente dos adolescentes eligieron modificar el ambiente como su principal estrategia de enfrentamiento.

Cabe mencionar que 36 de los 48 adolescentes refirió emplear una segunda estrategia de enfrentamiento, esto con el objetivo de ser más efectivos en la consecución de su meta de consumo. Como se puede observar en la Figura 5 la búsqueda de apoyo social y la evitación son las estrategias de enfrentamiento que emplean los adolescentes para reforzar su primera estrategia empleada para el cumplimiento de su meta. En esta misma gráfica se puede observar que 12 adolescentes refirieron no emplear una estrategia de enfrentamiento adicional a su principal estrategia, entre las estrategias utilizadas por estos adolescentes se encuentran: programar actividades alternativas ($n = 6$) y búsqueda de apoyo social ($n = 6$).

Entre los adolescentes que cumplieron con su meta de tratamiento, un dato que resulta relevante fue el número de sujetos que utilizan las diferentes estrategias de enfrentamiento como primera o segunda opción, para el cumplimiento de sus metas

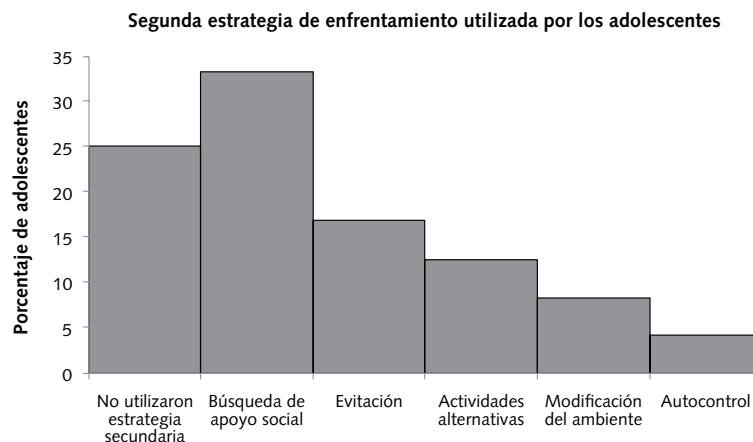


Figura 5. Se muestra el porcentaje de adolescentes del grupo que cumplió con su meta de tratamiento ($n = 48$) que utilizaron una de las formas de enfrentamiento como estrategia secundaria para evitar consumir alcohol en las situaciones de consumo acostumbradas.

de consumo. En este sentido 30 de los 48 adolescentes utilizaron el apoyo social como estrategia de enfrentamiento en primera o segunda opción, 24 de los 48 adolescentes utilizaron la evitación de las situaciones de consumo, 14 de los 48 adolescentes utilizaron la estrategia de programar actividades alternativas, 10 de los 48 adolescentes eligieron el auto-control, y finalmente, 6 de los 48 adolescentes eligieron, como primera o segunda opción, modificar el ambiente para el cumplimiento de su meta. Siendo la combinación, que en su mayoría utilizan los adolescentes, estrategias de búsqueda de apoyo social y evitación de las situaciones de consumo, seguida de la combinación de búsqueda de apoyo social y programación de actividades alternativas a las situaciones de consumo. A diferencia de la principal estrategia de enfrentamiento utilizada por los adolescentes como principal opción (evitación) el apoyo social es la estrategia que más usan los adolescentes, ya sea como estrategia principal o secundaria.

Con respecto de los adolescentes que no cumplieron su meta de consumo se puede mencionar que la mayoría de ellos utilizaron como estrategia de enfrentamiento la evitación, la búsqueda de apoyo social y el auto-control. Sin embargo, de los 13 adolescentes sólo seis de ellos reportó que utilizó la estrategia de evitación y no empleó otra opción de enfrentamiento para el cumplimiento de su meta. Los otros siete adolescentes mencionaron no utilizar ninguna estrategia de enfrentamiento para cumplir con su meta propuesta.

Finalmente, es necesario mencionar, en lo que respecta al tipo de intervención que recibieron los adolescentes, que los adolescentes que se asignaron al programa

de intervención breve empleaban en una proporción de 2 a 1 la opción de búsqueda de apoyo social sobre la estrategia de evitación. Mientras que los adolescentes que recibieron consejo breve, utilizaban en una proporción de 4 a 1 la opción de evitación sobre la búsqueda de apoyo social.

Discusión

En las décadas de los 60's y 70's, la terapia conductual para el tratamiento del abuso de drogas consistía en métodos aversivos, basados principalmente en el condicionamiento clásico. En los últimos años la terapia cognitivo conductual, basada en principios de la teoría del aprendizaje social, ha desarrollado métodos alternativos, como el auto-registro de la conducta de consumo, análisis funcional de la conducta de consumo incluyendo la identificación de situaciones de riesgo de consumo, entrenamiento en habilidades sociales, reestructuración cognitiva y prevención de recaídas. Una de las estrategias centrales de estos métodos es promover el uso de estrategias efectivas de enfrentamiento para evitar las recaídas. Con base en estas consideraciones desarrollamos dos programas de intervención breve: el programa de intervención breve y el programa de consejo breve, para adolescentes que se inician en el consumo de alcohol y otras drogas.

Estos programas de intervención breve se basan en la suposición de que el desarrollo inicial de un hábito y el proceso de cambio, están gobernados por los principios de aprendizaje. Una segunda suposición, es que el proceso de cambio de un patrón de hábito involucra tres etapas: a) compromiso y motivación para el cambio conductual específico; b) instrumentación del cambio conductual específico (terminar con el consumo de drogas a través de la terapia) y; c) el mantenimiento a largo plazo del cambio conductual (Marlatt & Gordon, 1985), es decir evitar la recaída. En este sentido, el proceso de recaída inicia con la presentación de una situación de alto riesgo de consumo, luego hay dos caminos posibles, la utilización de una estrategia de enfrentamiento efectiva (en el sentido que disminuyen las probabilidades de consumir la droga) o la ausencia de una estrategia efectiva de enfrentamiento para controlar una situación de riesgo de consumo. Marlatt y Gordon (1985) establecieron que la recaída es la reaparición de un hábito anterior, caracterizada por la percepción de pérdida de control del consumo por parte del sujeto. Sin embargo, esta definición no especifica criterios cuantitativos que permitan determinar cuándo un individuo presenta un patrón de consumo semejante al reportado antes de recibir cualquier tratamiento.

Para tratar de establecer una forma cuantitativa para definir la recaída, en este trabajo se consideró el criterio que Webster-Stratton y Hammond (1997) mencionaron acerca de una intervención efectiva. Estos autores sugieren que para considerar que

una intervención sea efectiva, al final del tratamiento, se debe lograr un cambio superior al 30% en las variables de interés, esto al compararlas con el nivel observado en la línea base. Adicional al criterio de una intervención efectiva, en término de las recaídas, esta investigación provee un apoyo adicional al modelo cognoscitivo conductual de recaídas de los comportamientos adictivos, en el sentido de que en la mayoría de los estudios se concluye que cuando se utiliza un mayor tipo de estrategias de enfrentamiento y un mayor número de éstas, es menos probable que se presente la recaída del patrón de consumo de alcohol (Martínez et al., 2012; Myers & Brown, 1990). Sin embargo, en este estudio no se encontró este tipo de relación, por el contrario, el mantenimiento del cambio conductual se relacionó principalmente con el empleo de una o dos estrategias de enfrentamiento, resaltando las estrategias de apoyo social y evitación. De manera particular, el apoyo social fue reportado en mayor porcentaje por aquellos sujetos que cumplieron su meta de tratamiento. Estos resultados adquieren importancia, en función de algunos aspectos planteados por Rodríguez-Marín, Pastor y López-Roig (1993). Estos autores propusieron que el apoyo social puede promover el funcionamiento de los individuos mediante su influencia sobre los procesos de enfrentamiento. Es decir, a través de la retroalimentación o consejo de las personas significativas para los individuos, se puede influir sobre la evaluación que éstos realizan de las situaciones estresantes y finalmente, sobre las estrategias que utilizarán. Por otro lado, el apoyo emocional que se recibe de manera indirecta a partir de las fuentes de apoyo social, puede favorecer la autoestima y sensación de control, facilitando la ejecución de las estrategias de enfrentamiento (Martínez et al., 2012).

El uso por la mayoría de los adolescentes de las estrategias de evitación y búsqueda de apoyo, puede interpretarse como que los adolescentes consumen alcohol en situaciones muy similares. Por ejemplo, en un estudio realizado por Martínez et al. (2008), se reportó que entre los adolescentes el consumo de alcohol se da en situaciones agradables con otros y ante situaciones que involucran emociones desagradables. Diferentes estudios refieren que el consumo entre los adolescentes se asocia principalmente con emociones placenteras (Dimeff et al., 1998; Murphy, McGuire, & Rivinus, 1992; Ramo, Anderson, Tate, & Brown, 2005) y momentos desagradables (Kirisci, Moss, & Tarter, 1996; Maisto, Pollock, Cornelius, Lynch, & Martin, 2003). En este sentido cobra importancia la estrategia de evitación de situaciones aversivas y la búsqueda de apoyo social para enfrentar de manera efectiva estas situaciones, así como las situaciones de presión social de los amigos para consumir en situaciones agradables.

Sin embargo, en este estudio no se analizó el tipo de situaciones de riesgo de consumo. Por lo tanto, se sugiere evaluar el tipo de estrategias de enfrentamiento en situaciones de riesgo específicas. Esto permitiría concluir ante qué situaciones las es-

trategias de enfrentamiento utilizadas por los adolescentes son efectivas. De acuerdo con Lazarus (2000), la eficacia de una estrategia de enfrentamiento depende de factores relacionados con la persona, el tipo de amenaza, el escenario del encuentro y el funcionamiento social o la apreciación subjetiva de los individuos.

En cuanto a la estrategia de enfrentamiento por evitación, que fue utilizada en mayor porcentaje por los adolescentes que no cumplieron con éxito la meta de tratamiento, se puede inferir que este tipo de estrategia de enfrentamiento es poco funcional para el enfrentamiento de situaciones de riesgo para los adolescentes, debido a que se ha reportado que la evitación con la falta de apoyo social predice el consumo de alcohol y otras drogas (Hamdan-Mansour et al., 2007). Sin embargo, la evitación en otras circunstancias puede ser considerada como una forma más funcional de enfrentamiento, ya que no existen estrategia de enfrentamiento universalmente efectiva o inefectiva (Lazarus, 2000).

Una limitación de este estudio, consiste en la ausencia de indicadores relacionados con la auto-eficacia de los adolescentes para enfrentar las situaciones de riesgo de consumo de alcohol (Burleson & Kaminer, 2005). Desde el modelo de Marlatt y Gordon (1985) cuando los sujetos cuentan con estrategias de enfrentamiento funcionales se incrementa su percepción de auto-eficacia para controlar su consumo en situaciones de alto riesgo. Esta propuesta ha sido corroborada por algunos otros estudios en donde se reporta que además de las estrategias de enfrentamiento, la auto-eficacia es una variable que predice el resultado exitoso de tratamiento y la prevención de recaídas (Litt et al., 2003).

Sin embargo, aún con las limitaciones de este estudio, los resultados encontrados, respecto a las estrategias utilizadas por los adolescentes para controlar el consumo excesivo del alcohol, dan la pauta para iniciar propuestas de tratamiento y prevención dirigidas al desarrollo de estrategias de enfrentamiento centradas en el apoyo social, con el propósito de que los adolescentes puedan enfrentar de manera exitosa las situaciones en las que se puede presentar el consumo excesivo.

Referencias

- Abrahams, D.B., & Niaura, R. S. (1987). Social Learning Theory. En B. Howard & L. Kenneth (Eds.) *Psychological Theories of Drinking and Alcohol*. (pp. 131 – 172) New York: Guilford Press.
- Ayala, H. E. (1993). El curso del alcoholismo: una visión psicológica. *Investigación Psicológica*, 3 (1), 5 – 36.
- Ayala, H. E., Echeverría. L., Sobell, M., & Sobell, L. (1998). Una alternativa de intervención breve y temprana para bebedores problema en México. *Acta Comportamentalia*, 6(1), 71-93.

- Bandura, A. (1986). *Social foundations of thought and action: A social cognitive theory*. Englewood Cliffs, EEUU: Prentice-Hall, Inc.
- Barragán, L., Gonzalez, J., Medina-Mora, M., & Ayala, H. (2005). Adaptación de un Modelo cognoscitivo-conductual para usuarios dependientes de Alcohol y otras Drogas a población mexicana: un estudio piloto. *Salud Mental*, 28(1), 61-71.
- Brown, S. A., Vik, P. W., & Creamer, V. A. (1989). Characteristics of relapse following adolescent substance abuse treatment. *Addictive Behaviors*, 14, 291-300.
- Brownell, K. D., Marlatt, A., Lichtenstein, E., & Wilson, G. T. (1986). Understanding and preventing relapse. *American Psychologist*, 41(7), 763-782.
- Burselon, J. A., & Kaminer, Y. (2005). Self-efficacy as a predictor of treatment outcome in adolescent substance use disorders. *Addictive Behaviors*, 30(9), 1751-1764.
- Carroll, K. M. (1996). Relapse prevention as a psychosocial treatment: A review of controlled clinical trials. *Experimental and Clinical Psychopharmacology*, 4, 46-54.
- Carroll, K. M., Rounsville, B. J., & Gawin, F. H. (1991). A comparative trial of psychotherapies for ambulatory cocaine abusers: Relapse prevention and interpersonal psychotherapy. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 17, 229-247.
- Carroll, K.M., Rounsville, B. J., Nich, C., Gordon, L. T., Writz, P. W., & Gawin, F. (1994). One-year follow-up of psychotherapy and pharmacotherapy for cocaine dependence. Delayed emergence of psychotherapy effects. *Archives of General Psychiatry*, 51, 989-997.
- Connors, G., Tarbox, A., & Faillace, L. (1993). Changes in alcohol expectancies and drinking behavior among treated problem drinkers. *Journal of Studies on Alcohol*, 53, 676-683.
- Cooper, M. L., Russell, M., & George, W. H. (1988). Coping, expectancies, and alcohol abuse: A test of social learning formulations. *Journal of Abnormal Psychology*, 97(2), 218-230.
- Dimeff, L. A., Baer, J. S., Kivlahan, D. R., & Marlatt, G. A. (1998). *Brief Alcohol Screening and Intervention for College Students*. New York: Guilford Press. EDIS (1999). Los Andaluces ante las Drogas VI. Sevilla: Oficina del Comisionado para la Drogena. Consejería de Asuntos Sociales. Junta de Andalucía.
- Echeverría, L., & Ayala, H. E. (1997). *Auto registro del consumo de alcohol y otras drogas: traducción y adaptación*. México: Universidad Nacional Autónoma de México.
- Encuesta Nacional de Adicciones (2008). Secretaría de Salud. Dirección General de Epidemiología, Instituto Mexicano de Psiquiatría: México.
- Encuesta Nacional de Adicciones (2011). Consejo Nacional Contra las Adicciones, Instituto Nacional de Psiquiatría, Dirección General de Epidemiología, Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática.
- Folkman, S., & Lazarus, R. S. (1980). An analysis of coping in a middleaged community sample. *Journal of Health and Social Behavior*, 21, 219-239.

- Hamdan-Mansour, A., Puskar, K., & Sereika, S. M. (2007). Perceived Social Support, Coping Strategies and Alcohol Use among Rural Adolescents/USA Sample. *Mental Health Addiction*, 5, 53–64.
- Hennency, E. A., & Tanner-Smith, E. E. (2014). Effectiveness of brief school-based interventions for adolescents: A meta-analysis of alcohol use prevention programs. *Prevention Science*, En prensa. doi:10.1007/s11121-014-0512-0
- Jones, B., & McMahon, J. (1994). Negative and positive alcohol expectancies as predictors of abstinence after discharge from a residential treatment program. *Journal of Studies on Alcohol*, 55, 543-548.
- Kirisci, L., Moss, L., & Tarter, R. (1996). Norms and sensitivity of the adolescents version of the drug use screening Inventory. *Addictive Behaviors*, 20, 149-157.
- Lazarus, R. S. (2000). *Estrés y emoción. Manejo e implicaciones en nuestra salud*. España: Desclée De Brouwer.
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer.
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1987). Transactional theory and research on emotions and coping. En L. Laux & G. Vossel (Eds.), *Personality in biographical stress and coping research. European Journal of Personality*, 1, 141-169.
- Litt, M. D., Kadden, R. M., Cooney, N. L., & Kabela, E. (2003). Coping skills and treatment outcomes in cognitive-behavioral and interactional group therapy for alcoholism. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71(1), 118–128.
- Maisto S.A., Pollock N.K., Cornelius J.R., Lynch K.G., & Martin C.S. (2003). Alcohol relapse as a function of relapse definition in a clinical sample of adolescents. *Addictive Behaviors*, 28(2), 449 – 459.
- Marlatt, G. A., & Gordon, J. R. (1980). Determinants of Relapse: Implications for the maintenance of behavior chance. En P. O. Davidson y S. M. Davidson (Eds.) *Behavioral Medicine: Changing Health Lifestyles* (pp. 410-452). Nueva York: Brunner-Mazel.
- Marlatt, G. A., & Gordon, J. R. (1985). *Relapse Prevention: Maintenance Strategies in the Treatment of Addictive Behaviors*. New York: Guilford Press.
- Martínez, K. I. (2003). *Desarrollo y evaluación de un modelo de intervención breve para adolescentes que inician el consumo de alcohol y otras drogas*. Disertación doctoral no publicada, UNAM, México.
- Martínez, K. I., Ávila, O., Pacheco, A., & Lira, J. (2011). Investigaciones Longitudinales: su importancia en el estudio del mantenimiento del cambio en las adicciones. *Enseñanza e Investigación en Psicología*, 16(2), 357-386.
- Martínez, K. I., Bárcenas, A., & Pacheco, A.Y. (2012). En voz de la experiencia: Estrategias de enfrentamiento en adolescentes que concluyeron un programa de intervención breve en consumo de alcohol. *Salud Mental*, 35(6) 505-512.
- Martínez, K. I., & Medina-Mora, M.E. (2013). Transferencia tecnológica en el área de

- adicciones: El programa de intervención breve para adolescentes, retos y perspectivas. *Salud Mental*, 36(6), 505-512.
- Martínez, K.I., Pedroza, F. J., Salazar, M.L., & Vacio, M.A. (2010). Evaluación experimental de dos intervenciones breves para la reducción del consumo de alcohol de adolescentes. *Revista Mexicana de Análisis de la Conducta*, 36(3), 35-53. doi: 10.5514/rmac.v36.i3.03.
- 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(2), 247-264.
- Martínez, K. I., Salazar, M. L., Pedroza, F. J., Ruiz, M. G., & Ayala, H. (2008). Resultados preliminares del programa de intervención breve para adolescentes que inician el consumo de alcohol y otras drogas. *Salud Mental*, 31(2), 119-127.
- Martínez, K. I., Salazar, M. L., Ruiz, G. M., 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, D.F.: UNAM, CONACYT, CONADIC.
- Martínez, K. I., Salazar, M. L., Ruiz, G. M., Barrientos, C. V., & Ayala, H. E. (2008). *Programa de Intervención Breve para adolescentes que inician el consumo de Alcohol y otras Drogas. Manual del Terapeuta*. México, D.F.: UNAM, CONACYT, CONADIC.
- Martínez, K. I., Salazar, M. L., Ruiz, G. M., Barrientos, C. V., & Ayala, H. (2012). *Programa de Intervención Breve para adolescentes que inician el consumo de Alcohol y otras Drogas. Manual del Terapeuta*. México, D.F.: UNAM, CONACYT, CONADIC.
- Miller, W.R., Westerberg, V.S., Harris, R.J., & Tonigan, J.S. (1996). What predicts relapse? Prospective testing or antecedent models. *Addiction*, 91 (Suppl.), 155-172.
- Moos, R.H., & Schaefer, J.A., (1986) Life transitions and crises: A conceptual overview. In R. H. Moss (Ed.) *Coping with life crises: An integrated approach*. New York: Plenum.
- Morgenstern, J., & Longabaugh, R. (2000). Cognitive behavioral treatment for alcohol dependence: A review of evidence for its hypothesized mechanisms of action. *Addiction*, 95(11), 1475-1490.
- Murphy, R., McGuire, J., & Rivinus, T. (1992). Incarcerated adolescents attribution for drug and alcohol use. *Addictive Behaviors*, 17, 227-335.
- Myers, M.G., & Brown, S.A. (1990). Coping responses and relapse among adolescent substance abusers. *Journal of Substance Abuse*, 2, 177-190.
- National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism (1999). *Brief Intervention for Alcohol Problems*. Recuperado el 12 de marzo del 2006 en <http://www.niaaa.nih.gov>
- Ramo, D.E., Anderson, K.G., Tate, S.R., & Brown, S.A. (2005). Characteristics of relapse to substance use in comorbid adolescents. *Addictive Behaviors*, 30(9), 1811-1893.

- Rawson, R.A., Huber, A., McCann, M., Shoptaw, S. Farabee, D., Reiber, C., & Ling, W. (2002). A comparison of contingency management and cognitive-behavior approaches during methadone maintenance treatment for cocaine dependence. *Archives of General Psychiatry*, 59(9), 817-824.
- Rodríguez-Marin, J., Pastor, M. A., & Lopez-Roig, S. (1993). Afrontamiento, apoyo social calidad de vida y enfermedad. *Psicothema*, 5(1), 349-372.
- Sobell M. B., & Sobell L. C. (1993): *Problem drinkers: Guided self-change treatment*. New York: Guilford Press.
- Webster-Stratton, C., & Hammond, M. (1997). Treating children with early-onset conduct problems: A comparison of child and parent training interventions. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 65(1), 96-109.
- Winters, K. C., Leitten, W., Wagner, E., & O'Leary, T. T., (2007). Use of Brief Interventions for Drug Abusing Teenagers within a Middle and High School Setting. *Journal of School Health*, 77(4), 196-206.
- Winters, K.C. (2001). Assessing Adolescent Substance use problems and others areas of functioning: State of the art. En: Monti PM, Colby SM, O'Leary TA (Eds.) *Adolescents, Alcohol, and Substance Abuse*. New York: Guilford Publications.