

TERAPIA BREVE PARA ADOLESCENTES CON TRASTORNO ABUSO DE DROGAS Y LA PARTICIPACIÓN DE LOS PADRES EN EL TRATAMIENTO: ESTUDIO DE CASO

THE BRIEF INTERVENTION FOR ADOLESCENT'S DRUG USERS AND THE PARENTS' PARTICIPATION IN TREATMENT: CASE STUDY

Fernanda Cerutti¹, José Heliodoro Marco Salvador²,
Bruna Fernandes da Rocha³ e Irani Iracema de Lima Argimon³

Resumen

El objetivo del presente artículo fue analizar los resultados de la aplicación en Brasil de una Terapia Breve para adolescentes con abuso de drogas, con sesiones dirigidas a los padres. Se presenta el caso de un varón de 16 años con problemas con consumo diario de alcohol. Se realizó una terapia breve, con cuatro sesiones que se desarrollaron en dos meses con el adolescente y sus padres. El adolescente fue evaluado antes y después del tratamiento para probar su motivación para el tratamiento. Los resultados muestran que la participación de los padres fue muy significativa para la mejora en la motivación del adolescente en hacer cambios en su conducta y en su consumo de alcohol.

Palabras clave: Terapia Breve; Consumo de drogas en la Adolescencia; Intervención para los Padres.

Abstract

The aim of this article was to analyze the Brazilian application results of the Brief Intervention for adolescents' drug abusers, with sessions for the parents. We present the case of 16 years old boy with daily alcohol consumption. The adolescent was assessed before and after treatment to test his motivation for the treatment. The results show that the parents' participation was very significant for the adolescent's motivation improvement to make changes in his behavior and his alcohol consume.

Key words: Brief Intervention; Drug abuse in Adolescence; Parent Intervention.

Recibido: 14-08-18 | Aceptado: 13-03-19

INTRODUCCIÓN

En Brasil, el consumo de sustancias psicoactivas por parte de los adolescentes se ha incrementado y ocurre cada vez a edades más precoces (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística [IBGE], 2016). Según la Investigación Nacional de la Salud Escolar, el porcentaje de jóvenes que habían consumido alcohol aumentó de 50,3% en 2012 a 55,5% en 2015. Y el porcentaje de aquellos que consumieron drogas ilegales aumentó de 7,3% hasta el 9% en el mismo período (IBGE, 2016). En los Estados Unidos, el estudio anual que evalúa el consumo de drogas para adolescentes el Monitoring the Future (MTF), encon-

tró que consumían alcohol, el 33,2% de los adolescentes con edades entre 17 y 18 años, el 19,9% entre aquellos con 15 y 16 años, y 7,3% con 13 y 14 años (National Institute on Drug Abuse [NIDA], 2016). En España, según el Observatorio Español de la Droga y las Toxicomanías (2016) los datos sobre la prevalencia del consumo de alcohol en 2014, muestran que 78,9% de los adolescentes de 14-18 años habían bebido alguna vez en la vida, 76,8% en los últimos 12 meses, 68,2% en los últimos 30 días y 1,7% consumió diariamente en los últimos 30 días.

La adolescencia es una fase con gran riesgo para el inicio del consumo de drogas y alcohol por ser un momento en el que aparecen muchos cambios en la vida del individuo (García, Pillón, & Santos, 2011). Además, es un periodo en que el cerebro no está completamente desarrollado, y por lo tanto los adolescentes son más impulsivos (Winters, 2008). De la

¹ Faculdade Meridional, IMED, Brasil. ² Universidad de Valencia, España. ³ Pontificia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Brasil.
E-Mail: fernanda.cerutti@imed.edu.br

REVISTA ARGENTINA DE CLÍNICA PSICOLÓGICA XXVIII p.p. 832-841
© 2019 Fundación AIGLÉ.

misma forma, la personalidad está formándose en esta fase evolutiva (Cloninger, Svrakic, & Przybeck, 1993). En este sentido, algunas características de personalidad pueden actuar como importantes factores de riesgo para el consumo de drogas (Milivojevic et al., 2012). Por ejemplo, la búsqueda por novedades puede ser un componente de riesgo, cuando está asociada a otras características de adolescencia como la ya mencionada impulsividad (Chambers, Taylor, & Potenza, 2003). Otras características de la personalidad pueden ser componentes protectores en la adolescencia, como la autodirección que tiene relación con la capacidad de controlar y regular el comportamiento para la adaptación (Cloninger, Svrakic, & Przybeck, 1993).

Por otra parte, el consumo de drogas está asociado con otros trastornos mentales (Castellanos-Ryan, O'Leary-Barrett, & Conrod, 2013). La adolescencia es una fase con riesgo para el inicio de los trastornos de ansiedad, que se inician con gran frecuencia en el final de la infancia y inicio de la adolescencia (Beesdo, Knappe, & Pine, 2009). Los trastornos de ansiedad están entre las psicopatologías más comunes entre los jóvenes, y el trastorno de ansiedad social el más frecuente (Rapee, Schniering, & Hudson, 2009). Según el DSM-5 (American Psychiatric Association [APA], 2014) el Trastorno de ansiedad social es caracterizado por un miedo o ansiedad intensa asociada a interacciones sociales en las que el individuo cree que está siendo evaluado por otras personas. El individuo presenta gran miedo de mostrar los síntomas de ansiedad y evita las situaciones sociales o las experimenta con acentuada dificultad. El miedo o ansiedad es desproporcional a la amenaza real planteada. Es frecuente que los individuos con este diagnóstico utilicen sustancias, como el alcohol, como estrategia de afrontamiento para reducir la ansiedad.

Una alternativa para el tratamiento y prevención del consumo de drogas para los adolescentes que se ha mostrado efectiva es la Terapia Breve (Winters, Tanner-Smith, Bresani, & Meyers, 2014). La Terapia Breve, es una intervención estructurada, de tiempo limitado y con bajo coste en su aplicación. Su objetivo es disminuir el consumo de drogas y los riesgos asociados, así como prevenir el aumento de la gravedad del uso y motivar al adolescente para la abstinencia (Garner et al., 2009; Winters, Leitten, Wagner, & Tevyaw, 2007). El proyecto SUPERA (Sistema para detecção do Uso abusivo e dependência de substâncias Psicoativas: Encaminhamento, Intervenção Breve, Reinserção Social e Acompanhamento) desarrollado por la Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas de Brasil, fomenta el uso de terapias breves (Formigoni, 2014) para el tratamiento de las personas con abuso y dependencia de alcohol y sustancias psicoactivas en la realidad social brasileña.

Otro factor que se ha mostrado fundamental para

ayudar a adolescentes con problemas con las drogas es la atención a su relación con sus padres o cuidadores (National Institute for Abuse [NIA], 2014). Intervenciones que favorecen los vínculos familiares producen resultados beneficiosos para la mejora del comportamiento adictivo del adolescente (Dietz, Santos, Hidebrandt, & Leite, 2011; Pratta & Santos, 2006). Además, intervenciones con padres y adolescentes ayudan en la resolución de conflictos y la disminución de comportamientos de riesgo (Vanassche et al. 2014), en este sentido, se ha encontrado que adolescentes que tienen la percepción que son apoyados por sus padres tienden a reducir el consumo de drogas (Winters, Fahnhorst, Botzet, Lee, & Lalone, 2012).

Winters y colaboradores (2006) desarrollaron una Terapia Breve para adolescentes, que además incluía sesiones dirigidas a los padres. Los resultados de eficacia indicaron que cuando se aplica la Terapia Breve a los adolescentes y a los padres obtenían mejores resultados que cuando se aplicaba sólo con adolescentes (Winters et al., 2012). Además, en uno estudio de seguimiento después de un año, la Terapia Breve dirigida a adolescentes y a padres mantenía su eficacia diferencial todavía (Winters, Lee, Botzet, & Nicholson, 2014). Los estudios de eficacia realizados con la Terapia Breve han sido realizados en población estadounidense (Winters et al., 2014b). Por lo que una pregunta que falta por responder es si esta terapia podría ser adaptada a la población brasileña.

Así pues, el objetivo de este estudio es presentar un estudio de caso donde se aplicó la Terapia Breve para adolescentes y padres, a un adolescente brasileño que tenía trastorno por el uso de alcohol.

MÉTODO

Diseño del Estudio

Es un estudio piloto en que se empleó un diseño de un solo participante ($N = 1$), del tipo A-B-A, donde A indica pretest y posttest, y B indica el momento de intervención. Siendo la intervención una Terapia Breve individual con la participación de los padres o tutores (Winters et al., 2006). El participante no recibió tratamiento farmacológico durante la intervención.

Presentación del Caso y del motivo de consulta

El participante es un varón de 16 años, que estudia por las mañanas Educación Secundaria en un instituto público, su escolarización es normal. Además, trabaja a media jornada por la tarde en un empleo social para adolescentes mediante un proyecto del gobierno brasileño. Vive con su padre, madre, una hermana menor de 10 años, sus abuelos y un tío, por la parte de su madre. El nivel socio económico es bajo.

A los 10 años, el participante fue diagnosticado de un trastorno de Fobia Social por lo que recibió terapia psicológica para este problema. En la actualidad el participante todavía cumple los criterios para Trastorno de Ansiedad Social - 300.23 [F40.10], sólo actuación (DSM-5, APA, 2014), pues presenta fuerte ansiedad en la interacción social, principalmente cuando interacciona con otros adolescentes.

El motivo de consulta actual es un problema con el abuso de alcohol. Su jefe se dio cuenta que el participante estaba embriagado mientras trabajaba. Hablaba más que lo de costumbre, principalmente con sus compañeras chicas. Los responsables del trabajo se pusieron en contacto con el instituto, y se avisó a los padres de lo que estaba ocurriendo. Se descubrió que también consumía alcohol en la escuela, en el intervalo entre las clases, y después de las clases. Sus padres se quedaron muy sorprendidos, aunque habían confirmado que su rendimiento educativo había empeorado considerablemente en los últimos meses. Este comportamiento implicaba un cambio drástico con respecto a su comportamiento habitual, por lo que los padres decidieron llevarlo a tratamiento psicológico.

Instrumentos

Para evaluación del adolescente se utilizó los siguientes instrumentos:

a) Drug Use Screening Inventory (DUSI) [Inventario de evaluación del Uso de Drogas], (Tarter, Laird, Bukstein, & Laminer, 1992). Utilizamos la versión brasileña (De Micheli & Formigoni, 2002). Este cuestionario está formado por 149 ítems y evalúa 10 áreas de la vida del adolescente, lo que permite hacer un perfil de sus problemas con el consumo de drogas. Las respuestas son dicotómicas (“sí” y “no”). En este estudio fue utilizado solamente la primera parte que evalúa el consumo de 13 clases distintas de drogas en el último mes. Presenta adecuadas propiedades psicométricas ($\alpha = 0,99$) (De Micheli & Formigoni, 2000, 2002).

b) Temperament and Character Inventory - Revised (TCI-R) [Inventario de Temperamento y Carácter-Revisado] (Cloninger, Przybeck, Syrakic, & Wetzel, 1994). Utilizamos la versión Brasileña para personas con 14 años o más (Gonçalves & Cloninger, 2010). Está formado por 240 ítems tipo Likert de 1 - 5. La versión brasileña presenta adecuadas propiedades psicométricas, $\alpha > 0,70$ en todas las dimensiones (Gonçalves & Cloninger, 2010).

c) Stages of Change Readiness and Treatment Eagerness Scale (SOCRATES) [Escala de motivación para el cambio y ansiedad frente al tratamiento] (Miller y Tonigan, 1996). Es una escala que evalúa el grado de la motivación para el cambio del paciente en el consumo de alcohol. Validada con adolescentes (Maisto, Chung, Cornelius, & Martin, 2003). Para esta investigación hemos utilizado la versión brasileña (Figlie, Dunn, & Laranjeira, 2004). La escala

está compuesta por 19 ítems y esta subdividida en dos factores: Ambivalencia y Reconocimiento (AmRec) y Acción. Ambas subescalas presentan adecuadas propiedades psicométricas, $\alpha = 0,86$ para AmRec y $\alpha = 0,71$ para Acción (Figlie, Dunn, & Laranjeira, 2004).

Para evaluación de los padres se utilizó:

a) Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST) [Test de Detección de Uso de Alcohol, Tabaco y otras Sustancias] (WHO ASSIST Working Group, 2002). Para esta investigación se utilizó la versión brasileña que presenta adecuadas propiedades psicométricas para la subescala de alcohol ($\alpha = 0,80$), subescala de marihuana ($\alpha = 0,79$) y cocaína ($\alpha = 0,81$) (Henrique, Micheli, Lacerda, Lacerda, & Formigoni, 2004).

b) Escala de Responsividade e Exigência [Escala de Receptividad y Exigencia]: es una escala que evalúa las prácticas de cuidado de los padres (padre y madre en separado) para con sus hijos (Costa, Teixeira, & Gomes, 2000). Esta subdividida en dos partes: la primera es la “exigencia”, que habla de las actitudes de los padres de control del comportamiento de los hijos, la segunda es la “Receptividad” que son las actitudes más comprensivas de los padres con sus hijos. Promoviendo la práctica de apoyo emocional, la autonomía de los hijos. La escala es del tipo Likert de 3 puntos (1 - 3) (Teixeira, Bardagi, & Gomes, 2004). La subescala de Exigencia presenta adecuadas características psicométricas ($\alpha = 0,83$ para los padres y ($\alpha = 0,78$ para las madres), así como la subescala de responsabilidad ($\alpha = 0,91$ padres y ($\alpha = 0,91$ madres) (Teixeira, Bardagi, & Gomes, 2004).

Procedimiento

Se realizó una sesión con el adolescente y su padre, que fue el responsable que trajo al menor para el tratamiento. En esta primera sesión, se explicó el programa, el número de sesiones, y como iba a ser la participación de ambos padres. Los dos padres firmaron el consentimiento informado. Los padres y el participante cumplimentaron cuestionarios antes y después de la aplicación del tratamiento. No recibieron ninguna compensación por participar en el tratamiento. El estudio fue aprobado por el comité ético de la Universidad (CAAE: 48681015.6.0000.5336).

El tratamiento tuvo una duración de dos meses, con tres sesiones semanales de 60-90 minutos, y la cuarta y última sesión fue de seguimiento, con un intervalo de un mes. Fue realizado por dos terapeutas en un ambulatorio de una organización no gubernamental que trabaja con personas de bajo nivel socioeconómico con problemas con las drogas. Después de terminado el programa, al participante se le indicó que debía seguir tratamiento en un grupo para adolescentes que había en la misma institución.

Tratamiento

El programa de tratamiento utilizado en este estudio fue la Terapia Breve para Adolescentes y Padres (TBAP) (Winters et al., 2006). Este programa de intervención fue traducido y adaptado a la población brasileña por el grupo de investigación de la Universidad Católica do Rio Grande del Sur (PUCRS). La TBAP, se aplica individualmente, con una duración de cuatro sesiones. La primera es con sólo el adolescente, la segunda es con los padres o tutores, la tercera es nuevamente sólo con el adolescente, y por fin, la cuarta y última es con el adolescente juntamente con los padres. En la Figura 1 están los objetivos de cada una de las sesiones.

RESULTADOS

Evaluación antes de empezar la intervención

Antes de empezar la intervención, en el último mes, el participante había consumido alcohol más de 20 veces, casi todos los días. Sus bebidas preferidas eran las que tiene una alta graduación alcohólica (40^o). No había consumo de otras drogas.

Con respecto a las dimensiones de personalidad, como podemos ver en la Tabla 1, en cuanto al temperamento, el adolescente tuvo puntuaciones más altas en Dependencia de la Recompensa y más bajas en Evitación del Daño. En las dimensiones del carácter, presentó puntuación más alta en Autotranscendencia y más baja para Autodirección. La Tabla 1, muestra las puntuaciones en cada dimensión del temperamento y del carácter en comparación con la media de las puntuaciones de la muestra de la adaptación brasileña del TCI - R (Gonçalves & Cloinger, 2010).

La evaluación del uso de drogas por parte de los padres indicó que los dos habían abusado de las drogas en diferentes momentos durante sus vidas. La madre tenía historia de consumo de tabaco, alcohol, cannabis y cocaína. Actualmente sigue con el consumo de alcohol, con baja gravedad (puntuación = 8). El padre tenía historia de consumo de tabaco, alcohol, cannabis y inhalantes. Actualmente, también consume alcohol, con baja gravedad (puntuación = 5).

En cuanto a la evaluación de los estilos parentales a partir de la percepción del hijo, tanto la madre cuanto el padre tuvieron puntuaciones altas en las escalas de Exigencia y Receptividad. La Tabla 2 muestra las puntuaciones obtenidas a partir de las respuestas del hijo acerca de sus padres juntamente con las medias presentadas en el estudio de la validación del instrumento en población brasileña (Teixeira, Bardagi, & Gomes, 2004).

Análisis Cualitativo de las sesiones de intervención

En la Figura 2, aparecen los objetivos trabajados en cada sesión, de acuerdo con el protocolo de tra-

tamiento de la Terapia Breve.

Evolución del participante antes y después del tratamiento

Como puede ser observado en la Tabla 3, después del tratamiento, el participante presentó una mejora en el nivel de motivación para el cambio del comportamiento de consumo de alcohol. En la misma línea, también presentó mejora en los niveles en Ambivalencia y Reconocimiento y también un incremento en la Acción.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

El objetivo de este estudio de caso fue presentar los resultados preliminares de una terapia breve para adolescentes y padres, desarrollada en Brasil. El resultado principal es que los padres redujeron todos los factores de riesgo para el consumo del alcohol de su hijo, mientras se centraron en atender las necesidades del mismo. Los resultados muestran que la terapia breve con el adolescente y con sus padres fue importante para que se produjera un incremento de la motivación para cambio en el consumo de alcohol por el adolescente. La mejora en la relación entre padres y hijos puede ayudar en el tratamiento para el consumo de drogas en la adolescencia (Winters, Fahnhorst, Botzet, Lee, & Lalone, 2012), ya que el incremento de la motivación para el cambio en el consumo de alcohol puede ser debido a la participación de los padres en el tratamiento (Liddle, 2004).

La terapia breve es una intervención indicada para adolescentes que presentan problemas con el consumo de drogas (NIA, 2014; Winters et al., 2014b). Sin embargo, muchas terapias breves son exclusivamente para el adolescente, y, en los casos que hay una intervención con los padres o tutores, estos reciben una intervención en grupos especializados, pero en muchas ocasiones separadamente del hijo/a (Arria et al., 2013). Así pues, los resultados aquí presentados sugieren que la realización de una terapia con pocas sesiones y con la participación de los padres puede generar cambios en la actitud y en la motivación para abandonar el consumo de alcohol. Esto es muy importante, sobre todo en lugares donde no existe una red sanitaria, ni se tienen recursos financieros y personales para ayudar un gran número de adolescentes.

El tratamiento psicológico para adolescentes debe ser diferente del que se aplica para niños y adultos, ya la adolescencia es un periodo de la vida con grandes cambios personales y sociales (NIDA, 2014). En este contexto, pensamos la terapia breve puede ser bien aceptada por los adolescentes y como se ha visto, puede ser útil para reducir el consumo de alcohol en adolescentes (Winters et al., 2014b). Aunque es un solo estudio de caso, aun así,

el caso descrito presenta las características típicas de un adolescente con un abuso de alcohol: a) su necesidad de pertenecer al grupo social, aceptando realizar conductas que van en contra de su salud por miedo a ser rechazado por el grupo (p. ej. pagar las bebidas a los amigos) (Patrick & Schulenberg, 2014), b) su introversión, que volvió a generarle problemas en la adolescencia y que utilizaba como forma de afrontamiento el consumo de alcohol. El aprender a relacionarse con el grupo de iguales, utilizando el consumo de drogas, es una motivación muy común entre aquellos que tienen problemas con las drogas (Deas, 2006), c) Trastorno de Ansiedad Social, en este sentido, los varones con trastorno de Ansiedad Social presentan mayor tendencia para el consumo de alcohol y drogas como forma de enfrentamiento de la sintomatología ansiosa (APA, 2014).

Además, es importante hablar de aquellas características del adolescente que le hacían vulnerable al consumo de alcohol. Los resultados referentes a los rasgos de personalidad muestran algunas características que pueden estar muy asociadas a este comportamiento y otras que sirven para protegerlo. El participante presentó puntuaciones altas en todos los factores de la dimensión del temperamento, menos en Evitación del Daño, pero la puntuación más alta fue en Dependencia de la Recompensa. Con respecto al carácter, puntuó bajo en Autodirección, y alto en todos los factores, siendo la Autotrascendencia la más alta. La literatura indica que el consumo de alcohol en adolescentes está asociado con puntuaciones altas en Búsqueda de Novedades y con puntuaciones bajas para Persistencia (Hartman, Hopfer, Corley, Hewitt, & Stallings, 2013).

Además, el hecho de que el participante presentaba mayor puntuación en la Dependencia de la Recompensa que en Búsqueda de Novedades, puede indicar que sus comportamientos dependen de la aprobación de los otros (Cloninger, Svrakic, & Przybeck, 1993). La dependencia de la recompensa puede haber sido un componente importante para el inicio del uso, ya que indicó su deseo de participar de un grupo de amigos y, por lo tanto, tenía que corresponder con algunos comportamientos. Pero este factor de carácter también puede haber ayudado en su motivación para la reducción del consumo de alcohol, intentando cumplir con las expectativas de los padres, que fueron clarificadas gracias a la intervención. Por otra parte, la baja puntuación en Evitación del Daño, puede haber influido en la gravedad del consumo de alcohol, dado que sugiere que no se enfrentaría con los comportamientos, consecuencias negativas y problemáticas del consumo del alcohol. Posiblemente hasta el momento del inicio del tratamiento, el único comportamiento reforzado por los demás, los tíos y el abuelo, fuera el consumo de alcohol. Por otra parte, una puntuación más alta en Persistencia, junto con la intervención, puede haber favorecido su cambio de comportamiento (Müller,

Weijers, Böning, & Wiesbeck, 2008).

Es importante enfatizar que las bajas puntuaciones en Autodirección pueden explicar su consumo problemático de alcohol, indicando el adolescente todavía no tiene su capacidad de autocontrolarse desarrollada. Mientras sus puntuaciones altas para la Autotrascendencia pueden haber ejercido una influencia positiva en el proceso de la terapia breve y en su adhesión al tratamiento, pues las personas que tienen puntuaciones altas en este factor son más propensas a experimentar emociones más positivas (Cloninger & Zohar, 2011), y por lo tanto, posiblemente el participante haya vivido la experiencia de la terapia breve de forma positiva. Así pues, en un niño de 16 años, una nueva experiencia pueden traer aprendizajes y luego, generar respuestas adaptativas (Cloninger, Svrakic, & Przybeck, 1993).

La participación de los padres en el tratamiento se demostró importante. Ellos eran conscientes de los riesgos que su hijo tenía, principalmente de la exposición al alcohol en su casa y el uso del dinero para compra del alcohol. Sin embargo, dado que los padres habían consumido drogas en la juventud, se mostraron muy confundidos en cual era la actitud más adecuada. En muchas ocasiones, no se dieron cuenta de lo que le pasaba a su hijo, basados en una visión de normalidad de la situación. En otros momentos no se sentían con condiciones de ayudarlo por la creencia de que no podrían ser un buen ejemplo, aunque ellos mismos habían superado sus problemas con las drogas. Así que trabajar en las sesiones recursos para ayudar su hijo les proporcionó actitudes y estrategias más adecuadas frente a las necesidades del adolescente. Este resultado subraya el hecho de que, a pesar de la importancia de contar con los padres en las intervenciones con adolescentes con abuso de drogas, esto no es lo habitual en los tratamientos (Arria et al., 2013).

La percepción que el adolescente tenía de sus padres, sugiere, que pese a haber tenido una historia de consumo de drogas, estos tenían un estilo parental adecuado. Estudios sobre estilo parental, sugieren que tener las características elevadas de Receptividad y Exigencia corresponde a una tipología de estilo parental Autoritativo, que está más asociado a aspectos positivos (Costa, Teixeira, & Gomes, 2000). Por último, el hecho de las puntuaciones de la madre fueran más altas que las del padre, se ha confirmado en otros trabajos, especialmente cuando se evalúa desde la perspectiva de los hijos (Teixeira, Bardagi, & Gomes, 2004).

Los resultados aquí presentados son de un estudio de caso, por lo que es importante subrayar que los datos aquí descritos no pueden extenderse a otros casos de adolescentes que consumen drogas. Así pues, en futuras investigaciones es importante comparar la Terapia Breve con otras intervenciones que se han mostrado eficaces para el tratamiento de los adolescentes con consumo de alcohol (Liddle,

Dakof, Turner, Henderson, & Greenbaum, 2008) en un estudio controlado y aleatorizado. Así pues, estos datos pueden ser vistos como una experiencia de una primera aplicación de la Terapia Breve con sesiones con el adolescente y con sus padres.

REFERENCIAS

- American Psychiatric Association [APA]. (2014). *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-5)*. 5 ed. Porto Alegre, RS: Artmed.
- Arria, A. M., Mericle, A. A., Rallo, D., Moe, J., White, W. L., Winters, K. C., & O'Connor, G. (2013). Integration of parenting skills education and interventions in addiction treatment. *Journal of Addiction Medicine*, 7(1):1-7. doi: 10.1097/ADM.0b013e318270f7b0
- Beesdo, K., Knappe, S., & Pine, D.S. (2009) Anxiety and Anxiety Disorders in Children and Adolescents: Developmental Issues and Implications for DSM-IV. *Psychiatric Clinics of North America Journal*, 32(3), 483-524. doi: 10.1016/j.psc.2009.06.002
- Castellanos-Ryan, N., O'Leary-Barrett, M., & Conrod, P. J. (2013). Substance-use in Childhood and Adolescence: A Brief Overview of Developmental Processes and their Clinical Implications. *Journal of the Canadian Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 22(1), 41-46.
- Chambers, R. A., Taylor, J. R., & Potenza, M. N. (2003). Developmental neurocircuitry of motivation in adolescence: A critical period of addiction vulnerability. *The American Journal of Psychiatry*, 160(6), 1041-52. doi: 10.1176/appi.ajp.160.6.1041
- Cloninger, C. R., Przybeck, T. R., Svrakic, D. M., & Wetzel, R. D. (1994). *The Temperament and Character Inventory (TCI): A guide to its development and use*. St. Louis, MO: Center for Psychobiology and Personality, Washington University.
- Cloninger, C. R., Svrakic, D. M., & Przybeck, T. R. (1993). A psychological model of temperament and character. *Archives of General Psychiatry*, 50, 975-990. doi: 10.1001/archpsyc.1993.01820240059008
- Cloninger, C. R., & Zohar, A. H. (2011). Personality and the perception of health and happiness. *Journal of Affective Disorders*, 128, 24-32. doi: 10.1016/j.jad.2010.06.012
- Costa, F. T., Teixeira, M. A. P., & Gomes, W. B. (2000). Responsividade e Exigência: Duas Escalas para avaliar estilos parentais. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 13(3), 465-473.
- De Micheli, D., & Formigoni, M. L. (2000). Screening of drug in a teenage Brazilian sample using the drug use screening inventory (DUSI). *Addictive Behaviors*, 25(5), 683-691. doi: 10.1016/S0306-4603(00)00065-4
- De Micheli, D., & Formigoni, M. L. (2002). Psychometric properties of the Brazilian version of the drug use screening inventory. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 26(10), 1523-28. doi: 10.1111/j.1530-0277.2002.tb02451.x
- Deas, D. (2006). Adolescent substance abuse and psychiatric comorbidities. *The Journal of clinical psychiatry*, 67(7), 18-23.
- Dietz, G., Santos, C. G., Hidebrandt, L. M., & Leite, M. T. (2011). As relações interpessoais e o consumo de drogas por adolescentes. *SMAD, Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas*, 7(2), 85-91.
- Figlie, N. B. (2004). *Motivação para o tratamento do alcoolismo*. [Tesis doctoral]. Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, Brasil.
- Figlie, N. B., Dunn, J., & Laranjeira, R. (2004). Estrutura fatorial da Stages of Change Readiness and Treatment Eagerness Scale (SOCRATES) em dependentes de álcool tratados ambulatorialmente. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 26(2), 91-99. doi: 10.1590/S1516-44462004000200005
- Formigoni, M. L. O. (Org.). (2014). *Intervenção Breve: módulo 4 (SUPERA)*. Brasília: Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas, Brasil.
- García, J. J., Pillon, S. C., & Santos, M. A. (2011). Relations between family context and substance abuse in high school adolescents. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 19, 753-61. doi: 10.1590/S0104-11692011000700013
- Garner, B. R., Godley, S. H., Funk, R. R., Dennis, M. L., Smith, J. E., & Godley, M. D. (2009). Exposure to Adolescent Community Reinforcement Approach (A-CRA) treatment procedures as a mediator of the relationship between adolescent substance abuse treatment retention and outcome. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 36(3), 252-264. doi:10.1016/j.jsat.2008.06.007
- Gonçalves, M. & Cloninger, M. C. R. (2010). Validation and normative studies of the Brazilian Portuguese and American versions of the Temperament and Character Inventory - Revised (TCI-R). *Journal of Affective Disorders*, 124, 126-133. doi:10.1016/j.jad.2009.11.007
- Hartman, C., Hopfer, C., Corley, R., Hewitt, J., & Stallings, M. (2013). Using Cloninger's Temperament Scales to Predict Substance Related Behaviors in Adolescents: A Prospective Longitudinal Study. *The American Journal on Addictions*, 22(3). doi:10.1111/j.1521-0391.2012.12010.x
- Henrique, I. F. S., Micheli, D., De Lacerda, R. B., De Lacerda, L. A., & Formigoni, M. L. O. S. (2004). Validação da versão brasileira do teste de triagem do envolvimento com álcool, cigarro e outras substâncias (ASSIST). *Revista da Associação Médica Brasileira*, 2(50), 199-206.
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. (2016). *Pesquisa Nacional de Saúde Escolar*. Disponível em: www.ibge.gov.br. Acesso em: 16 de maio de 2017.
- Liddle, H. A. (2004). Family-based therapies for adolescent alcohol and drug use: research contributions and future research needs. *Addiction*, 99(2), 76-92. doi: 10.1111/j.1360-0443.2004.00856.x
- Liddle, H. A., Dakof, G. A., Turner, R. M., Henderson, C. E., & Greenbaum, P. E. (2008). Treating adolescent drug abuse: A randomized trial comparing multidimensional family therapy and cognitive behavior therapy. *Addiction*, 103, 1660-1670. doi: 10.1111/j.1360-0443.2008.02274.x
- Maisto, S. A., Chung, T. A., Cornelius, J. R., & Martin, C. S. (2003). Factor Structure of the SOCRATES in a Clinical Sample of Adolescents. *Psychology of Addictive Behaviors*, 17 (2), 98-107. doi: 10.1037/0893-164X.17.2.98
- Milivojevic, D., Milovanovic, S. D., Jovanovic, M., Svrakic, D. M., Svrakic, N. M., Svrakic, S. M., & Cloninger, C. R. (2012). Temperament and Character Modify Risk of Drug Addiction and Influence Choice of Drugs. *The American Journal on Addictions*, 21, 462-467. doi: 10.1111/j.1521-0391.2012.00251.x
- Miller, W. R., & Tonigan, J. S. (1996). Assessing drinkers' motivation for change: the Stages of Change Readiness and Treatment Eagerness Scale (SOCRATES). *Psychology of Addictive Behaviors*, 10(2), 81-89. doi:10.1037/0893-164X.10.2.81
- Müller, S. E., Weijers, H. G., Böning, J., Wiesbeck, G. A. (2008). Personality traits predict treatment outcome in alcohol-dependent patients. *Neuropsychobiology*, 57(4), 159-64. doi: 10.1159/000147469
- National Institute on Drug Abuse. (2016). *Drugs facts: High school and youth trends*. Disponível em: www.drugabuse.gov. Acesso em: 20 de maio de 2017.
- National Institute on Drug Abuse. (2014). *Principles of Adolescent*

- Substance Use Disorder Treatment: A Research-Based Guide*. Bethesda, MD: NIDA
- Observatorio Español de la Droga y las Toxicomanías. *ESTADÍSTICAS 2016: Alcohol, tabaco y drogas ilegales en España*. (2016). España: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad y Secretaría de Estado de Servicios Sociales e Igualdad.
- Patrick, M. E., & Schulenberg, J. E. (2014). Prevalence and predictors of adolescent alcohol use and binge drinking in the United States. *Alcohol Research*, 35(2), 193-200.
- Pratta, E. M. M., & Santos, M. A. (2006). Reflexões sobre as relações entre drogadição, adolescência e família: um estudo bibliográfico. *Estudos de Psicologia*, 11(3), 315-22.
- Rapee, R. M., Schniering, C., & Hudson, J. (2009). Anxiety disorders during childhood and adolescence: origins and treatment. *Annual Review of Clinical Psychology*, 5(3), 11-41. doi: 10.1146/annurev.clinpsy.032408.153628.
- Tarter, R. E., Laird, S. B., Bukstein, O., & Kaminer, Y. (1992). Validation of the Drug Use Screening Inventory: Preliminary findings. *Psychology of Addictive Behaviors*, 6, 233-236. doi: 10.1037/h0080632
- Teixeira, M. A. P., Bardagi, M. P., & Gomes, W. B. (2004). Refinamento de um instrumento para avaliar responsividade e exigência parental percebidas na adolescência. *Avaliação Psicológica*, 3(1), 1-12.
- Vanassche, S., Sodermans, A. K., Matthijs, K., & Swicegood, G. (2014). The effects of family type, family relationships and parental role models on delinquency and alcohol use among Flemish adolescents. *Journal of Child and Family Studies*, 23(1), 128-143. doi: 10.1007/s10826-012-9699-5
- Winters, K. C. (2008). *Adolescent brain development and drug abuse*. USA: The Mentor Foundation.
- Winters, K. C., Botzet, A., Fahnhorst, T., & Leitten, W. (2006). *Brief Intervention for Adolescent Alcohol and Drug Use: Manual*. Minneapolis: MN: University of Minnesota.
- Winters, K. C., Fahnhorst, T., Botzet, A., Lee, S., & Lalone, B. (2012). Brief Intervention for Drug Abusing Adolescents in a School Setting: Outcomes and Mediating Factors. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 42(3), 279-288. doi: 10.1016/j.jsat.2011.08.005
- Winters, K. C., Lee, S., Botzet, A., Fahnhorst, T., Nicholson, A. (2014a). One-year outcomes and mediators of a brief intervention for drug abusing adolescents. *Psychology of Addictive Behaviors*, 28(2), 464-474. doi: 10.1037/a0035041
- Winters, K. C., Leitten, W., Wagner, E. & Tevyaw, 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. doi:10.1111/j.1746-1561.2007.00191.x.
- Winters, K. C., Tanner-Smith, E. E., Bresani, E., & Meyers, K. (2014b). Current advances in the treatment of adolescent drug use. *Adolescent Health, Medicine and Therapeutics*, 5, 119-210. doi.org/10.2147/AHMT.S48053
- World Health Organization ASSIST Working Group. (2002). The Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST): development, reliability and feasibility. *Addiction*, 97(9), 1183-94. doi: 10.1046/j.1360-0443.2002.00185.x

Figura 1. La estructura de las sesiones de la Terapia Breve

Módulo	Sesión	Objetivos
Razón-Emoción	1	<ol style="list-style-type: none"> 1) Identificar situaciones que llevan al consumo de drogas; 2) Examinar las creencias irracionales subyacentes de las situaciones de riesgo; 3) Desarrollar una lista de creencias alternativas que promuevan la abstinencia.
Entrenamiento para Padres	2	<ol style="list-style-type: none"> 1) Desarrollar habilidades para incrementar comportamientos parentales eficaces; 2) Examinar las actitudes de los padres acerca de las drogas; 3) Definir e incentivar niveles adecuados de acompañamiento y supervisión.
Resolución de Problemas	3	<ol style="list-style-type: none"> 1) Discutir acerca de los métodos para el desarrollo de habilidades de resolución de problemas; 2) Definir estrategias para resolución de problemas; 3) Identificar las dificultades de resolución de los problemas para desarrollar habilidades de afrontamiento para la reducción del riesgo; 4) Aplicar estrategias para resolución de problemas para ampliar habilidades de afrontamiento positivo.
Interacción Padres y Hijos	4	<ol style="list-style-type: none"> 1) Analizar la interacción entre padres y adolescentes; 2) Desarrollar habilidades de comunicación más eficaces; 3) Aplicar habilidades de resolución de problemas para aumentar la comunicación familiar; 4) Desarrollar habilidades para los comportamientos de relaciones familiares favorables.

Fuente: Adaptado del Winters, K. C., Botzet, A., Fahnhorst, T., & Leitten, W. (2006). *Brief Intervention for Adolescent Alcohol and Drug Use: Manual*. Minneapolis, MN: University of Minnesota.

Figura 2. Objetivos alcanzados en las sesiones de la terapia breve

Sesión	Objetivos Alcanzados
1 (Adolescente)	<p>Los motivos que llevaran al uso del alcohol: relacionarse mejor con las chicas y los amigos.</p> <p>Creencias irracionales: “el alcohol me hace ser más extrovertido” “el alcohol hace que me comporte mejor a nivel social” “Si con el dinero del trabajo compro alcohol para mis amigos, esto me hace ser más popular”.</p> <p>Ideas alternativas: “hay otras cosas que me pueden ayudar a ser mas extrovertido y mejorar mi rendimiento social, como es apuntarme a clases de inglés o clases de música con instrumento”</p> <p>“el comprar alcohol y beberlo en el trabajo y en la escuela, va a tener como consecuencia que me expulsen del trabajo y de la escuela”.</p>
2 (Padres)	<p>Actitudes personales y comportamentales de los padres acerca de las drogas:</p> <p>a) Los padres hablan sobre su consumo de drogas en la adolescencia y el uso de alcohol por el abuelo y tío que viven juntos.</p> <p>b) Intentan hablar con su hijo sobre las consecuencias de la bebida y como ha afectado en su vida.</p> <p>c) Son conscientes de que convivir con el abuelo y tío (consumidores de alcohol) interfiere negativamente en el consumo de alcohol del participante (por ejemplo, el abuelo y tío le piden al participante que vaya a comprar alcohol para ellos.</p> <p>d) Siempre hay alcohol disponible en casa.</p> <p>Desarrollo de actitudes eficaces y de niveles adecuados de acompañamiento y supervisión: Los padres, tienen muchas dudas con respecto a sus actitudes y los límites hacia el consumo de alcohol de su hijo. Quieren tratarlo bien, pero necesitan practicar comportamientos alternativos a los autoritarios e indulgentes con respecto al consumo de alcohol.</p>
3 (Adolescente)	<p>Resolución de problemas y habilidades de afrontamiento positivo: El participante, al ser el hijo mayor, percibe que tiene mucha presión y responsabilidad en su casa, por parte de su familia. Percibe que sus padres han estado trabajando mucho y reconoce su necesidad de relacionarse mejor con ellos, pero no lo consigue dado que tiene mucha dificultad en exponer sus necesidades. En el mismo sentido, en la relación con los amigos le ocurre lo mismo, es muy difícil darles un “no” cuando se siente presionado a beber alcohol. Tiene miedo de ser mal interpretado por ellos y por lo tanto excluido del grupo.</p>
4 (Adolescente y Padres)	<p>Resolución de problemas: La familia ya tenía un otro lugar para vivir, pues la convivencia con sus familiares, usuarios frecuentes de alcohol, era un factor de riesgo para el participante. Se pactó que los padres controlarían el dinero de su hijo, y que con este dinero se pagarían las clases de inglés. Habilidades de comunicación y de comportamientos de relaciones familiares favorables: Se habló de una nueva situación que apareció, el participante deseaba salir con nuevos amigos. Así pues, salió sólo y volvió muy tarde, generando una gran preocupación en los padres. El participante refirió que él estaba seguro, que no ha hecho nada y se sentía valorado por sus nuevas amistades. Así pues, en la sesión se llegó a un acuerdo, los padres llevarían el adolescente para los encuentros y conocerían sus nuevos amigos.</p>

Tabla 1. Evaluación de las dimensiones de la personalidad del adolescente

Dimensiones		Puntuación Directa*	M (DT)**
Temperamento	BN	117 (Alta)	98.8 (13,8)
	ED	66 (Baja)	96.8 (16,7)
	DR	122 (Alta)	102.5 (13,8)
	PS	132 (Alta)	120.6 (13,8)
Carácter	AD	125 (Baja)	143.9 (20,0)
	CO	147 (Alta)	135.8 (16,4)
	AT	113 (Alta)	78.3 (15,4)

Nota. M = Média; DT = Desviación Típica; BN = Búsqueda de Novedades; ED = Evitación del Daño; DR = Dependencia de la Recompensa; PS = Persistencia; AD = Autodirección; CO = Cooperación; AT = Autotrascendencia; *puntuaciones de las respuestas del participante; **Gonçalves & Cloninger (2010).

Tabla 2. Puntuaciones de los estilos parentales de los padres

Estilo Parental	Madre		Padre	
	Puntuación Directa	M (DT)*	Puntuación Directa	M (DT)*
Exigencia	44	29,3 (7,75)	37	27,5 (8,97)
Receptividad	47	37,1 (8,26)	35	33,7 (9,73)

Nota. M = Média; DT = Desviación Típica; *Las puntuaciones fueran obtenidas considerándose las medias para hombres en el estudio de Teixeira, Bardagi y Gomes (2004).

Tabla 3. Evaluación de la motivación en el pre y postest

SOCRATES	Pretest		Postest	
	Puntuación*	Nivel**	Puntuación*	Nivel**
AmRec	37	Alto	43	Muy Alto
Acción	36	Muy Alto	38	Muy Alto

Nota. AmRec = Ambivalencia y Reconocimiento; *obtenido a través de las respuestas del adolescente; *Niveles presentados en el estudio de Figlie (2004).