
La terapia motivacional en el tratamiento del tabaquismo

MERCEDES BALCELLS OLIVERO*; MERITXELL TORRES MORALES**; CAROLINA E. YAHNE***

*Psiquiatra. Miembro Grupo GETEM (Grupo Español de Trabajo en Entrevistas Motivacionales).

**Psicóloga Clínica. Miembro Grupo GETEM (Grupo Español de Trabajo en Entrevistas Motivacionales).

***The University of New Mexico, Center on Alcoholism, Substance Abuse, & Addictions (CASAA), Albuquerque, NM 87106, USA.

Enviar correspondencia a: GETEM Socidrogalcohol. Vía Augusta 229 Bajos. 08021 Barcelona (España);
e-mail: mtorres@socidrogalcohol.org.

RESUMEN

Este artículo explica de forma reducida los principios básicos de la terapia motivacional, uno de los abordajes terapéuticos para el tratamiento de las adicciones más novedoso de la última década y revisa los estudios existentes en la literatura respecto a su utilidad y eficacia. Curiosamente siendo el tabaquismo una de las patologías adictivas para las que primero se diseñó la terapia motivacional es la adicción para la que encontramos menos estudios controlados y en la que es más difícil demostrar su eficacia.

Palabras clave: Terapia Motivacional; tabaco; abordajes terapéuticos.

ABSTRACT

This review article describes one of the newest approaches to drug dependence treatment the Motivational Interviewing Therapy and reviews the studies published in the literature about its utility and efficacy. To date few controlled clinical trials of Motivational Therapy for smoking have been published and little empirical evidence for its efficacy can be presented. Although all the studies show a positive tendency and a sure cost efficacy benefit.

Key words: motivational therapy, smoking, therapeutic interventions.

La motivación no puede entenderse como algo que se tiene sino más bien como algo que se hace. Implica reconocer un problema, buscar una forma de cambiar, y entonces comenzar y mantener esa estrategia de cambio. Resulta que existen muchas formas de ayudar a la gente a que así lo reconozcan y actúen.

Miller, 1995

INTRODUCCIÓN

La historia de las adicciones va indeleblemente unida a la historia del hombre. El consumo de sustancias psicoactivas y las conductas adictivas son una constante

humana, y a lo largo de nuestra historia, el número de sustancias adictivas disponibles ha ido incrementándose, al mismo tiempo que se han diversificado sus formas de administración y generalizado su consumo siendo el tabaquismo la patología adictiva más frecuente y la que genera mayor morbi mortalidad en la actualidad.

La prevalencia del consumo de tabaco juntamente con la ausencia de tratamientos claramente eficaces para conseguir la abstinencia han incrementado el interés y la búsqueda de nuevas estrategias terapéuticas. La

aparición de farmacoterapia específica como los parches o sustitutivos de nicotina o el bupropion han conseguido tasas de abstinencia del 20% al 35% (Jorenby et al., 1999) pero las recaídas a medio y largo plazo siguen siendo un problema importante incluso con la utilización de fármacos.

El abordaje terapéutico de las conductas adictivas ha ido modificándose a lo largo del tiempo coexistiendo en la actualidad distintas propuestas terapéuticas que reflejan diversos modelos teóricos (Balcells et al., 2002). La terapia Motivacional estructurada como tal por William Miller y Stephen Rollnick en 1991 (Miller y Rollnick, 1991), es coetánea de las teorías neurofisiológicas de la adicción de Robinson y Berridge publicadas en 1993 con el concepto de craving y deseo patológico (Robinson TE, Berridge KC; 1993). En esta hipótesis teórica, el sustrato neuronal de las adicciones reside en los circuitos volitivos (incentive motivation) y no en los circuitos de recompensa postulados clásicamente. El adicto no consume por que "le gusta", para obtener una recompensa en el sentido más operante de la psicología conductual, ni por que "lo necesita" cada vez que aparece el síndrome de abstinencia por retirada o condicionado según los principios del condicionamiento más clásico Pavloviano. En esta aproximación teórica, el paciente consume por que "quiere", a pesar de las múltiples consecuencias no deseadas y lo hace de forma independiente al placer o a la recompensa. El fumador pasará de un estado de consumo a la abstinencia cuando de forma individual y por motivos personales y propios quiera hacerlo. El cambio está ligado a la voluntad y al deseo de cambio del propio individuo.

LA ENTREVISTA MOTIVACIONAL

En cualquier intervención terapéutica con una persona con una adicción hay varios objetivos a conseguir en el proceso de tratamiento; el primer objetivo es que la persona con

una adicción asuma que precisa tratamiento (Becoña, 1998). La terapia motivacional pide al paciente un deseo de cambio desde una situación de consumo y dependencia a las drogas o una situación de no consumo y auto control.

Desde la perspectiva de la Entrevista Motivacional, la motivación es definida como la probabilidad de que una persona comience y continúe adhiriéndose a una determinada estrategia de cambio (Miller y Rollnick, 1991), y por tanto a un tratamiento.

La investigación ha demostrado que los acercamientos para aumentar la motivación, están asociados con una mayor participación en el tratamiento y resultados positivos en éste. Estos resultados incluyen disminuciones en el consumo, tasas de abstinencia mayores, ajuste social, y éxitos referidos en el tratamiento (Landry, 1996; Miller et al., 1995a). Una actitud positiva hacia el cambio y un compromiso con el cambio, también están asociados con los resultados positivos del tratamiento (Miller y Tonigan, 1996; Prochaska y DiClemente, 1992).

En este sentido, la Entrevista Motivacional representa un cambio paradigmático en el campo de la adicción en cuanto al entendimiento de la naturaleza de la motivación del cliente y del clínico al dar forma para promover y mantener un cambio positivo de comportamiento. Este cambio es paralelo a otros desarrollos recientes en el campo de la adicción, y las nuevas estrategias motivacionales incorporan o reflejan muchos de los mismos. Juntar un nuevo estilo terapéutico –entrevista motivacional– con un modelo transteórico de etapas de cambio, ofrece una nueva perspectiva acerca de qué estrategias clínicas podrían ser efectivas en varios puntos del proceso de recuperación. Las intervenciones motivacionales que surgen de esta construcción teórica son herramientas clínicas prometedoras que se pueden incorporar a todas las fases del tratamiento de abuso de sustancias, así como a muchos otros ambientes sociales y de servicios de salud.

GÉNESIS DE LA ENTREVISTA MOTIVACIONAL

La entrevista motivacional deriva de una variedad de fuentes, que incluyen la consejería centrada en el cliente del modelo humanista de Carl Rogers, la terapia cognoscitiva, la teoría de sistemas, y un modelo transteórico de cambio (Miller y Rollnick, 1991).

Rogers afirmaba que una relación interpersonal centrada en el paciente, en la que el terapeuta manifiesta tres características cruciales: una empatía adecuada, una calidez no posesiva y autenticidad, proporciona la atmósfera ideal para el cambio, ya que en esta atmósfera los pacientes son capaces de analizar sus experiencias de una forma abierta y encontrar soluciones para sus propios problemas.

La empatía implica una actitud de escucha concreta que clarifique y amplíe la propia experiencia, sin que el terapeuta le imponga su propio material (Gordon, 1970).

Podemos pues, definir la entrevista motivacional como un estilo de asistencia directa, centrada en el cliente, que pretende provocar un cambio en el comportamiento, ayudando a explorar y resolver ambivalencias (estado en el que una persona tiene sentimientos contrapuestos en relación a una misma cosa). Considerando la ambivalencia como algo normal, aceptable y comprensible.

Partiendo de la base de que la motivación y el cambio personal están vinculados ineludiblemente, la Entrevista Motivacional, como nuevo estilo terapéutico, nos ofrece una serie de estrategias específicas en función de la etapa de cambio en que se encuentre el paciente.

MODELO DEL PROCESO DE CAMBIO

Una variable crucial en la evaluación del tabaquismo es conocer la motivación para el cambio.

El proceso de cambio se ha conceptualizado como una secuencia de etapas a través de las cuales la gente progresa generalmente mientras consideran, inician y mantienen comportamientos nuevos (Prochaska y DiClemente, 1984). Este modelo surge tras examinar 18 teorías psicológicas y de comportamiento acerca de cómo ocurre el cambio, incluyendo los elementos que forman un marco de trabajo biospsicosocial para entender la adicción. En este sentido, el modelo es "transteórico" (IOM, 1990).

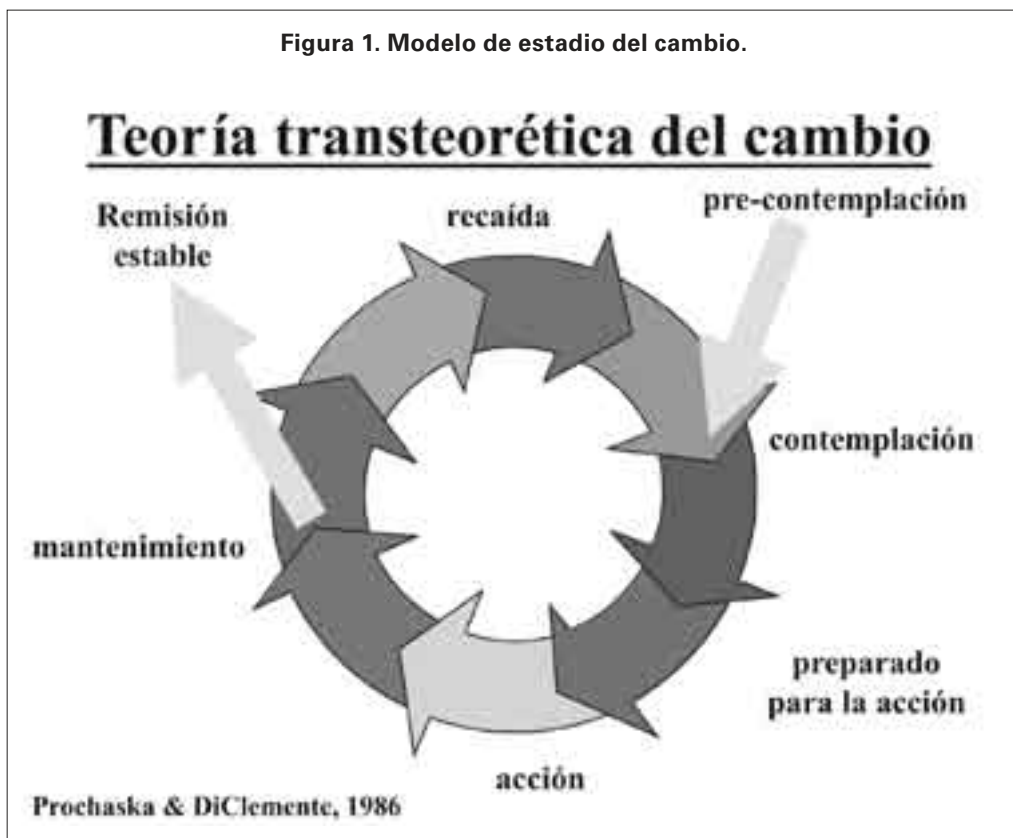
Este modelo refleja también cómo ocurre el cambio fuera de los ambientes terapéuticos. Los autores aplicaron este patrón a individuos que modificaron comportamientos relacionados con fumar, beber, comer, realizar ejercicio físico, criar y educar a los hijos o de relación conyugal, sin intervención profesional. Cuando el cambio hecho por uno mismo se comparó con las intervenciones terapéuticas, se objetivaron muchas semejanzas que llevaron a los investigadores a describir el cambio por pasos o etapas.

Observaron que la gente que llevaba a cabo cambios motivacionales por su cuenta, o bajo guía profesional, primero "pasaban de estar inconscientes o reacios por hacer algo sobre el problema a considerar la posibilidad de un cambio, luego estaban determinados y preparados para hacer el cambio, y finalmente actuaban y mantenían, o conservaban, ese cambio con el paso del tiempo" (DiClemente, 1991).

La Entrevista Motivacional, nos proporciona estrategias específicas de acuerdo al punto en el proceso de cambio que se encuentre el individuo.

Etapas de precontemplación. El paciente aún no está considerando el cambio, ya que no ve un problema en esta conducta que lo haga necesario o se ve incapaz de modificarla. En estos casos es importante: establecer afinidad, pedir permiso y generar confianza; plantear dudas o preocupaciones en el paciente acerca de su uso de sustancias al explicar el significado de los sucesos que llevaron al paciente al tratamiento o los resultados de tratamientos anteriores, explorar las

Figura 1. Modelo de estadio del cambio.



percepciones del paciente sobre tratamientos anteriores, ofrecer información objetiva acerca de los riesgos del uso de sustancias, proporcionar retroalimentación personalizada sobre los resultados de la evaluación, explorar las ventajas y desventajas del uso de sustancias, explorar las discrepancias entre las percepciones del paciente y los demás en cuanto al uso de sustancias, expresar interés y dejar la puerta abierta.

Etapa de contemplación. El paciente reconoce preocupaciones o la existencia de problemas, y puede estar considerando la posibilidad de cambiar, pero aún no ha realizado ningún paso hacia el cambio. En esta etapa es característico el fenómeno de la ambivalencia. En esta fase el terapeuta debe normalizar la ambivalencia y ayudar al paciente

a realizar el balance decisional hacia el cambio, explorando las ventajas y desventajas del consumo, creando discrepancias internas y fomentando la auto-eficacia, enfatizando la libertad de elección y su responsabilidad, buscando afirmaciones automotivacionales en cuanto a la intención de cambiar del paciente.

Etapa de preparación para la acción. En esta etapa nos encontramos con personas que se proponen firmemente el cambio y su planificación en un futuro cercano, pero aún están considerando que hacer. La persona ha valorado que los beneficios del cambio superan a los perjuicios. El terapeuta puede: aclarar las metas y estrategias del paciente para el cambio, ofrecer un menú de posibilidades para el cambio o el tratamiento, ofre-

cer información y consejo con permiso, negociar el plan de cambio, considerar y reducir las barreras del cambio, ayudar al paciente a conseguir soporte social, explorar las expectativas sobre el tratamiento y su papel en él, preguntar que cosas han funcionado para él en el pasado, hacer que anuncie públicamente sus planes de cambio.

Etapas de acción. El paciente está tomando activamente medidas para cambiar, pero aún no ha alcanzado una etapa estable. En esta etapa el terapeuta puede tratar el compromiso del paciente con el tratamiento y reforzar la importancia de mantener el plan de acción, apoyar un punto de vista realista del cambio a través de pequeños pasos, reconocer las dificultades del paciente en las etapas iniciales del cambio, ayudarle a identificar situaciones de alto riesgo y estrategias de enfrentamiento a estas, ayudarle a en-

contrar nuevos refuerzos positivos, ayudarle a evaluar cuando tiene un soporte familiar y social.

Etapas de mantenimiento. El paciente ha obtenido los cambios iniciales y se encuentran manteniendo la conducta. Cuando los pacientes se encuentran en esta etapa es un buen momento para apoyar los cambios en el estilo de vida, ayudarlos a identificar y examinar otras fuentes de placer, afirmar su decisión y su autoeficacia, ayudarle a practicar y usar nuevas estrategias de prevención de recaídas, mantener un contacto de apoyo, desarrollar un plan alternativo si hay un fracaso en el mantenimiento de los objetivos pactados y repasar con el paciente las metas a largo plazo.

Etapas de recaída. Esta etapa fue considerada durante muchos años como el fracaso del tratamiento, otorgándole un estigma a

TABLA 1. Sugerencias de abordajes terapéuticos en función de la fase o estadio de cambio en el que esté el fumador.	
FASE	ESTRATEGIA
Precontemplación (no quiere modificar su conducta)	<ul style="list-style-type: none"> • Proporcionarle más información • Ayudarle a confiar en sus posibilidades • Personalizar la valoración
Contemplación (está ambivalente: reconoce el problema y considera la posibilidad de cambiar, pero tiene dudas para hacerlo)	<ul style="list-style-type: none"> • Ayudar al desarrollo de habilidades para el cambio • Explorar la ambivalencia. Balance decisional • Proporcionar el plan de apoyo
Acción (cambia de conducta)	<ul style="list-style-type: none"> • Proporcionar apoyo para dejar de fumar (psicológico, farmacológico o ambos) • Elaborar un plan de cambio. Ofrecer distintas alternativas para que el paciente elija • Ayudarle a prepararse para posibles problemas que surjan en el proceso de abandono.
Mantenimiento (mantiene el cambio)	<ul style="list-style-type: none"> • Proporcionar estrategias para afrontar situaciones de riesgo
Recaída (vuelve a la conducta previa)	<ul style="list-style-type: none"> • Ayudar a comprender las razones de la recaída • Reforzar su confianza en cambiar de nuevo • Ayudar a hacer planes para el próximo intento • Ofrecer un apoyo incondicional

la terapia de las adicciones que no poseen otras enfermedades crónicas que presentan recaídas en su evolución, como hipertensión arterial, diabetes, etcétera. El resultado del tratamiento depende de qué se haga con las recaídas, por lo que resulta de gran importancia considerarlas como una etapa más del proceso. Si bien intentamos evitarlas al máximo, cuando ellas suceden, debe aprovecharse la ocasión para reevaluar y aprender en qué falló la estrategia propuesta.

En estas situaciones el terapeuta debe ayudar al paciente a reentrar en la rueda de cambio, y reforzar cualquier disposición para un cambio positivo, explorar el significado de la recaída como una fuente de aprendizaje, y ayudar al paciente a encontrar soluciones alternativas al consumo.

Para la mayoría de los pacientes, el progreso a través de las etapas de cambio es circular o en espiral por naturaleza, no lineal. En este modelo, la recaída es normal, una etapa más, ya que muchos pacientes consiguen un cambio estable después de pasar por las diferentes etapas varias veces.

Según Miller y Rollnick; el objetivo en la primera fase es desarrollar la motivación para el cambio, asumiendo que el cliente está ambivalente y posiblemente en la etapa de precontemplación o contemplación. El objetivo en la segunda fase es fortalecer el compromiso con el cambio, asumiendo que el paciente está listo para cambiar, pero no ha tomado una decisión firme o compromiso con el cambio. Probablemente, el paciente se encuentra en la etapa tardía de contemplación o preparación para el cambio.

LOS CUATRO PRINCIPIOS BÁSICOS DE LA TERAPIA MOTIVACIONAL

Expresar empatía. Se debe aceptar incondicionalmente al paciente, ya que la aceptación facilita el cambio. La escucha reflexiva es fundamental para comprender la perspectiva, los sentimientos y los valores de cada paciente, asegurando al paciente que su ambivalencia es normal.

La empatía es un concepto clave que refleja el espíritu de la Entrevista motivacional, ya que facilita crear un espacio de confianza y de seguridad que permite a los pacientes explorar y resolver su ambivalencia.

Desarrollar las discrepancias. La motivación para el cambio aumenta cuando las personas perciben discrepancias entre su situación actual y sus metas y valores más importantes. Es útil propiciar que el paciente se de cuenta de sus contradicciones, mostrándole la discrepancia entre la conducta actual (beber o consumir drogas) y sus metas o valores más importantes (ejemplo: volver con su pareja, entrar a la universidad, mejorar las relaciones con su familia, etcétera). El paciente debe expresar los argumentos para el cambio.

“Rodar con la resistencia”. Cuando los objetivos del terapeuta están alejados de los objetivos del paciente aparecen las resistencias. La resistencia debe ser interpretada como una señal de que no estamos entendiendo la perspectiva del paciente, y por tanto el terapeuta debe cambiar de estrategia hasta partir del punto donde está el paciente, utilizando la fuerza de la resistencia para avanzar.

En este “baile” se mueven percepciones, y por tanto reconociendo y reflejando las resistencias se facilitará en el paciente un movimiento hacia la búsqueda de soluciones al respecto.

Apoyar la autoeficacia. Creer en la posibilidad de cambio es un elemento motivador, siendo importante que el paciente se haga responsable de realizar lo necesario para lograr el cambio. Se debe inyectar esperanza dentro del rango de alternativas disponibles e invitarlo a un trabajo conjunto, pero sin crear falsas expectativas que posteriormente no podamos cumplir.

LAS ESTRATEGIAS DE INICIO DE LA ENTREVISTA MOTIVACIONAL

En las etapas iniciales de tratamiento son especialmente útiles las siguientes cinco estrategias de apertura, basadas en los principios básicos de la Entrevista Motivacional.

Estas cinco estrategias permiten la creación de un clima de confianza y de seguridad para que el paciente pueda analizar y explorar su ambivalencia, facilitan la motivación para el cambio, preparan a los pacientes para entrar en el tratamiento, mejoran su compromiso y retención en el tratamiento, aumentan la participación y el compromiso, mejoran los resultados del tratamiento, y estimulan un regreso rápido al tratamiento en el caso de síntomas de recaída.

Preguntas abiertas

El uso de preguntas abiertas favorece el entendimiento de los puntos de vista del paciente, de sus intereses, de su situación y de sus sentimientos, ya que facilitan el diálogo, estimulan al paciente a hablar y le ayudan a evitar emitir juicios prematuros.

Escucha con reflejo

La escucha con reflejo es una herramienta fundamental de la Entrevista Motivacional. Es un proceso activo donde el terapeuta escucha lo verbalizado por el paciente y puede desarrollar afirmaciones que reflejan el significado de lo verbalizado. Es una forma de "comprobar" los "significados" del paciente mas que asumirlos.

Afirmar

Son afirmaciones directas que ofrecen apoyo al paciente, como cumplidos y expresiones de aprecio y comprensión.

Resumir

"Los resúmenes refuerzan lo que se ha dicho, demostrando que ha escuchado atentamente, y preparan al cliente para seguir adelante" (Miller y Rollnick, 1991, p.78)

Generar frases automotivacionales

En la entrevista motivacional es el paciente quién expresa los argumentos para el cambio y el terapeuta facilita la expresión de estas afirmaciones auto-motivacionales. Se identifican cuatro categorías de afirmaciones motivacionales: reconocer el problema, expresar preocupación, manifestar intención de cambiar y comunicar optimismo sobre el cambio.

LA FASE II DE LA ENTREVISTA MOTIVACIONAL

Como hemos visto hasta ahora, la primera fase de la entrevista motivacional implica la motivación para el cambio. Cuando el objetivo cambia a un aumento del compromiso, es necesario cambiar las estrategias, ya que estamos en una segunda fase. El paciente está preparado para cambiar, pero aún no ha asumido una firme decisión o compromiso para hacerlo.

En esta fase se utilizan cinco estrategias básicas:

Recapitulación

Se presenta un resumen de la situación actual del paciente con el objetivo de cerrar la primera fase. En este punto se reúnen y expresan tantas razones para el cambio como sea posible, reconociendo siempre la ambivalencia. El objetivo de esta intervención es evaluar cual es el próximo paso.

Preguntas clave

Las preguntas clave son preguntas abiertas que ayudan al paciente a pensar y hablar sobre el cambio. El objetivo central de las preguntas es evaluar el próximo paso.

Información y consejo

Sí el paciente solicita información y consejo, se le ofrece el mejor consejo, se valoran las sugerencias y se ofrecen varias opciones o alternativas.

Negociar el plan de acción

El plan de acción es un proceso de activa participación del paciente, donde se establecen las metas, se consideran y evalúan las opciones de cambio y se elabora un plan de acción.

Finalización

Esta estrategia conlleva obtener la aprobación y el acuerdo del plan de acción por parte del paciente.

El compromiso sólido por sí solo no garantiza el cambio. Desafortunadamente, el entusiasmo no compensa el vacío. El compromiso sin las destrezas de manejo y

actividades adecuadas, puede crear un plan de acción insubstancial. La anticipación de los problemas y peligros latentes parece ser una destreza firme para resolver problemas (DiClemente, 1991).

La verdadera prueba del cambio para el comportamiento adictivo es un cambio a largo plazo sostenido durante varios años en esta etapa [mantenimiento], el comportamiento nuevo se establece con mayor firmeza, y la amenaza de un regreso a los viejos patrones se vuelve menos frecuente y menos intenso. Ayudar a los clientes a aumentar su sentido de autoeficacia, es una tarea importante en estas etapas. Los individuos en las etapas de acción y mantenimiento podrían necesitar destrezas además de las estrategias motivacionales. (DiClemente, 1991).

El mantenimiento no es una ausencia de cambio, sino la continuidad del cambio (Prochaska y DiClemente, 1984)

EVIDENCIA CIENTÍFICA Y ESTUDIOS SOBRE LA ENTREVISTA MOTIVACIONAL

Los estudios clínicos controlados sobre la eficacia de la entrevista motivacional han sido una constante desde su aparición y es una de las características de este abordaje terapéutico que lo diferencian claramente de otras técnicas psicológicas y propuestas de tratamiento en drogodependencias. (Bien et al., 1993).

La evidencia de la eficacia de las Entrevistas Motivacionales en el tratamiento de las adicciones es hasta el momento concluyente. Incluso las intervenciones breves se ha demostrado repetidamente que pueden influir en la motivación del paciente para impulsar un cambio significativo. Es importante constatar, de todos modos que cuando realizamos una revisión sistemática de la literatura publicada específicamente sobre tabaco resulta curioso que es en este tema donde encontramos el menor número de trabajos y con los datos menos relevantes. Siendo el

tabaquismo una de las patologías adictivas para las que primero se diseñó la terapia motivacional, es una de las adicciones para la que encontramos menos estudios referenciados y en la que es más difícil demostrar su eficacia significativa.

A principios de los años 90, Prochaska y DiClemente compararon intervenciones basadas en las fases del cambio con los programas estándar de tratamiento que se utilizaban normalmente en fumadores, y los resultados sugirieron que el proceso de cambio se podía acelerar si se combinaban las intervenciones con las fases del cambio y la utilización de las estrategias motivacionales (Prochaska, DiClemente et al., 1984). Del mismo modo, Strecher y colaboradores, corroboraron con sus observaciones realizadas en fumadores que las intervenciones basadas en las fases del cambio y las estrategias motivacionales eran más efectivas que las terapias estándar (Strecher et al. 1994). Además de estos trabajos iniciales, encontramos en la bibliografía, 10 estudios que investigan el uso de la terapia motivacional o sus adaptaciones en el tratamiento de la dependencia tabáquica. Los estudios son muy dispares en cuanto a población diana, variables controladas, tratamientos en los grupos control y sobretodo en su descripción del abordaje motivacional utilizado y dos de ellos se realizaron con tabaco no fumado. Dos de los estudios se realizaron con adolescentes (Stephens, 2001; Woorduff et al., 2001), dos en mujeres embarazadas (Stottset al., 2002; Ershoff et al., 1999) y uno en niños expuestos al tabaco como fumadores pasivos en familias con pocos recursos económicos (Emmons et al., 2001). El formato del tratamiento aplicado también variaba considerablemente desde contactos vía telefónica o Internet a formatos en grupo o terapia individual. Por todo ello es difícil sacar conclusiones definitivas aunque podemos resumir los datos diciendo que cinco de los estudios demostraron un claro efecto positivo del tratamiento motivacional, dos un efecto parcial o una tendencia sin

significación estadística y tres no mostraron ningún efecto.

Por ultimo, mas recientemente Mc Cambridge y Strang acaban de publicar un interesante estudio sobre la eficacia de una única sesión de terapia motivacional en la reducción del consumo de tóxicos y la percepción sobre conductas de riesgo y patología asociada a drogas en los jóvenes. En este estudio se controló el consumo de tabaco, alcohol y drogas ilegales en una cohorte de 200 jóvenes entre 16 y 20 años a la vez que se exploraban sus percepciones relacionadas con las drogas y su consumo junto a otros indicadores de riesgo. La intervención motivacional de una hora de duración fue claramente efectiva en la disminución del consumo de tabaco, alcohol y cannabis, disminuyendo el número de cigarrillos y bebidas alcohólicas aunque no aumentando la abstinencia. (McCambridge y Strang, 2004)

Los resultados de los estudios apoyan pues, la eficacia de las intervenciones basadas en la entrevista motivacional, aunque quedan por aclarar cuales son los mecanismos de cambio subyacentes y cual es la extensión y duración de su eficacia.

CONCLUSIONES Y LÍNEAS DE FUTURO

Las técnicas motivacionales se están introduciendo en la clínica como método de tratamiento en múltiples conductas adictivas y otras situaciones que implican un cambio de hábitos de salud. Su eficacia viene validada por múltiples estudios clínicos pero, la utilización de estos métodos prometedores en el futuro, dependerá de la creatividad de los clínicos e investigadores al adoptarlos, adaptarlos y evaluarlos para hacerlos efectivos para sus pacientes. Por lo tanto tenemos un doble reto pendiente en este ámbito. Por una parte de seguir investigando de forma activa la utilidad y la eficacia de las Entrevistas Motivacionales en los diferentes ámbitos de aplicación y por otro lado, profundizar en aquellas necesidades más

prácticas relacionadas con sus aplicaciones clínicas así como facilitar su aprendizaje. Las preguntas :¿Cuáles son los ingredientes activos de las intervenciones motivacionales? ¿Pueden las intervenciones motivacionales estandarizarse?¿Qué clases de pacientes se beneficiarían más – y cuáles menos – de las intervenciones motivacionales?¿Cuán efectivas y costo-efectivas son las intervenciones motivacionales comparadas con otros tratamientos establecidos y más abarcadores?¿Cómo influyen la cultura y el contexto la efectividad de las intervenciones motivacionales?¿Qué clases de adiestramiento y de apoyo se necesitan para enseñar las intervenciones motivacionales?, siguen aún pendientes de contestación.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Balcells M, Gual A. (2002).Farmacoterapia de la deshabituación alcohólica. Nuevos fármacos, nuevos conceptos. *Adicciones*, 14, 439-448.
- Bien, T.H., Miller, W.R& Tonigan, J.S. (1993). Brief interventions for alcohol problems: A review. *Addictions*, 88, 315-336.
- Becoña, E. (1998). Alcoholismo. En M.A. Vallejo (Ed.), *Manual de terapia de conducta* (vol.II, pp 75-141). Madrid: Dykinson.
- Emmons KM, Hammond SK, Fava JL, Velicer WF Evans JL, Monroe AD (2001). A Randomized Trial to Reduce passive Smoke Exposure in Low-income Households with Young Children. *Pediatrics*, 8:18-24.
- Ershoff DH, Quinn VP, Body NR, Stern J Gregory M, Wirtschafter D (1999). The Kaiser Permanente prenatal Smoking Cessation Trial: When More isn't Better, What is Enough? *Am J Prev Med*, 17:161-68.
- Gordon, T.(1970). *Parent Effectiveness Training: The No-Lose Program for Raising Responsible Children*. Nueva York: Wyden.
- Instituto de Medicina. *Treating Drug Problems*. Washington, DC: National Academy Press, 1990b.

- Jorenby DE, Leischow SJ, Nides MA, Rennard SI, Johnston JA, Hughes AR, Smith SS (1999). A controlled trial of sustained-release bupropion, nicotine patch or both for smoking cessation. *New England J of Medicine*, 340, 685-691.
- Landry, M.J (1996). *Overview of Addiction Treatment Effectiveness*. "DHHS" Pub. No. (ADM) 96-3081. Rockville, MD: Administración de Servicios de Salud Mental y Abuso de Sustancias, Oficina de Estudios Aplicados.
- McCambridge J and Strang J (2004). The efficacy of single-session motivational interviewing in reducing drug consumption and perception of drug-related risk and harm among young people: results from a multi-site cluster randomized trial. *Addiction* 99, 39-52.
- Miller, W.R., y Rollnick, S. (1991). *Motivational Interviewing: Preparing People To Change Addictive Behaviors*. Nueva York: Guilford Press.
- Miller, W.R.; Brown, J.M.; Simpson, T.L.; Handmaker, N.S.; Bien, T.H.; Luckie, L.F.; Montgomery, H.A.; Hester, R.K.; y Tonigan, J.S. What works? (1995a) A methodological analysis of the alcohol treatment outcome literature. En: Hester, R.K., y Miller, W.R., eds. *Handbook of Alcoholism Treatment Approaches: Effective Alternatives*, 2ª ed. Boston: Allyn & Bacon, págs. 12-44.
- Miller, W.R., and 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.
- Prochaska, J.O., y DiClemente, C.C. (1992). Stages of change in the modification of problem behaviors. En: Hersen, M.; Eisler, R.M.; y Miller, P.M., eds. *Progress in Behavior Modification*. Sycamore, IL: Sycamore Publishing Company. págs. 184-214.
- Prochaska, J.O., y DiClemente, C.C. (1984). *The Transtheoretical Approach: Crossing Traditional Boundaries of Therapy*. Homewood, IL: Dow-Jones-Irwin.
- Robinson TE, Berridge KC. The neural basis of drug craving: an incentive-sensitization theory of addiction. *Brain Res Brain Res Rev* 1993, 18(3):247-91.
- Scotts AL, DiClemente CC, Dolan-Mullen P (2002). One-to-one: A Motivational Intervention for resistant Pregnant Smokers. *Addict Behav.*, 27:275-92.
- Stephens SA (2001). The Effectiveness of Motivational Enhancement Therapy in Adolescent Smoking cessation. *Dissertation Abstracts Intenational. Section B. vol 62*, 1101.
- Woodruff SI, Edwards CC, Conway TL, Elliott SP (2001). Pilot test of an internet virtual world chat room for rural teens smokers. *J. Adolesc. Health* 29:239-43.