

Intervenció Motivacional en el pacient Drogodependent

Memòria Final

Estudis de Grau d'Infermeria
de l'Escola Superior de Ciències de la Salut (UPF)
TECNOCAMPUS MATARÓ-MARESME

Data de lliurement: 30 de Maig del 2014

Curs acadèmic 2013 – 2014

**Escola Superior
de Ciències de la Salut**

Centre adscrit a la



Alumna	Catalina Fons Gaya
Correu electrònic	cfons@escs.tecnocampus.cat
Tutor	Pau Carratalà
Assignatura	TFG II

Centre adscrit a la



Índex

	Pàg.
Resum	2
1. Introducció	3
2. Objectius	9
3. Metodologia	10
4. Resultats	11
5. Discussió	21
6. Conclusions	29
7. Implicacions potencials a la pràctica professional i innovació	30
8. Referències Bibliogràfiques	31

Resum

Introducció: Un 6,6% de la població mundial (d'entre 15 i 64 anys) són consumidors de drogues. Aquestes dades ens orienten de la magnitud problemàtica a nivell mundial pels múltiples efectes que implica en la salut pública. Els pacients drogodependents requereixen d'una atenció i un abordatge terapèutic adaptat, per això els professionals assistencials són els encarregats d'estimular una reducció del consum i l'impacte derivat d'aquest. Es proposa la Intervenció Motivacional (IM) com a tècnica, considerant la motivació com un aspecte a treballar per tal de crear un canvi d'hàbit o de conducta.

Objectiu: El propòsit d'aquest estudi és determinar l'eficàcia de la IM en els pacients Drogodependents a partir de l'anàlisi del que hi ha descrit en la literatura.

Metodologia: S'ha realitzat una revisió de la literatura científica publicada sobre les IM dirigides a persones Drogodependents, realitzades entre el 2008 i el 2013. Els criteris d'inclusió han estat: publicacions nacionals i internacionals i accessibilitat al document. Els criteris d'exclusió: articles publicats fa més de 5 anys, no publicats en espanyol o anglès i aquells que inclouen en la seva mostra dones embarassades o malalties mentals. La mostra final ha estat formada per 14 estudis que complien els criteris d'inclusió.

Resultats: Les intervencions no han mostrat resultats estadísticament significatius sobre l'efectivitat de la IM en els pacients drogodependents. No obstant són varis els estudis que conclouen que les IM en comparació amb ninguna intervenció o una intervenció mínima poden reduir significativament el consum de substàncies tòxiques.

Conclusió: Són necessaris més estudis experimentals amb mostres significatives que analitzin la disposició al canvi, comparant la IM i el tractament habitual.

Paraules Clau: Intervenció Motivacional, Drogodependència, Abús de substàncies, Abús de drogues

Abstract

Introduction: A 6,6% of the world population (from 15 to 64 years old) are drug users. These data lead us to the magnitude of the problem, globally talking, and the multiple effects that this problem can have involving the health care program. Drug-dependent patients are needed of a special care attention and therapeutic approach adapted, therefore, health care professionals are responsible of the reduction of the consumption and the impact can be derived from this. The Motivational Intervention (MI) is proposed as a technique, considering motivation as an aspect to work with the purpose of create an habit or behaviour.

Objective: The main purpose of this study is to determine the effectiveness of MI in Drug-dependent patients from the analysis of the literature reviewed.

Methodology: A review of published scientific literature on MI was done, aimed to drug-dependent patients, conducted between 2008 and 2013. Inclusion criteria were: National and international publications and the accessibility to the document. Exclusion criteria: Articles published more than 5 years ago, not published in Spanish or English and those which include pregnant women or mental illness in their sample. Our search yielded 14 reports.

Results: Interventions have not shown results statistically significant on the effectiveness of MI in drug-dependent patients. However, there are several studies that conclude that the IM compared with no intervention or minimal intervention can significantly reduce the consumption of drugs and alcohol.

Conclusion: More experimental studies with significant samples are needed to analyze the willingness to change, comparing the MI and the usual treatment.

Keywords: Motivational Intervention, Drug dependence, substance abuse, drugs abuse.

1. Introducció

L'Informe Mundial sobre Drogues presentat per la ONU a l'any 2013, revela que 315 milions de persones consumeixen drogues en tot el món (un 6,6% de la població mundial d'entre 15 i 64 anys d'edat) i fins a 247.000 persones van morir per causes relacionades amb la ingesta de les mateixes. El nombre de consumidors es va augmentar un 9% respecte el 2011, sent la droga més consumida l'alcohol, i com a droga il·lícita més consumida la marihuana.¹

Aquestes dades que ens orienten de la magnitud de la problemàtica a nivell mundial, tenen a la vegada un impacte significatiu en la seva dimensió local, generant múltiples efectes sobre la salut pública i la comunitat. L'Estat és l'encarregat de donar resposta a la població, i el Sistema Nacional de Salut (SNS) s'encarrega de la dimensió sanitària. Aquest té el repte de donar accessibilitat a tots els ciutadans, i assegurar-ne la seva rehabilitació, reinserció i/o millora, un conjunt d'objectius establerts des del SNS. Els professionals assistencials són els encarregats d'estimular aquests resultats. Per això és fonamental disposar de personal qualificat, amb competències tècniques, coneixements i amb capacitat resolutiva, per fomentar i motivar el canvi en persones drogodependents.

Concepte de Drogodependència

Segons l'American Psychiatric Association (APA 2000), quan parlem de drogodependència, parlem d'un grup de símptomes cognoscitius, conductuals i fisiològics que indiquen que un individu continua consumint una substància tòxica, malgrat l'aparició de problemes significatius relacionats amb aquesta, existint un patró de repetida auto administració que sovint porta a la tolerància, a l'abstinència i a una ingesta compulsiva de la substància.²

Els pacients drogodependents requereixen d'una atenció especial i un abordatge terapèutic adaptat. Històricament, l'abordatge s'ha centrat en un model patologitzador, focalitzat en una perspectiva dicotòmica i prohibicionista de bo - dolent, drogues sí - drogues no, i considerant la dependència de les drogues com una malaltia caracteritzada per la pèrdua del control de l'individu sobre el seu consum.³

Aquest, és un model monàdic i biologicista, segons el qual el problema de l'addicció tan sols es pot entendre i abordar des de el propi subjecte afectat. Així mateix, a penes contempla el consum abusiu no addicctiu, es a dir, centra la seva atenció en la drogodependència, interessant-se per l'estudi del consum de drogues com una categoria patològica i no com a conducta. Es caracteritza per ser un model més orientat a la malaltia que a la salut, i considera la salut com a la simple absència de malaltia, és a dir, "la

salut consisteix simplement en no estar malalt i qui tingui un problema de salut serà sempre etiquetat com a tal".³

En contra d'aquest model, el concepte més actual de salut – definit per la OMS – com un estat complet e integral de benestar físic, psicològic i social, i no tan sols l'absència d'afeccions o malalties, pretén fer èmfasi en aquesta qüestió: no tots els problemes de salut son malalties i la salut és una experiència integral de benestar, superior a la simple absència de malaltia.³

Justament per donar resposta als reptes plantejats d'aquest model, neix una nova perspectiva, una evolució cap el Model de Reducció de Danys.

Concepte de Model de Reducció de Danys

A finals dels anys 80, apareix el concepte de "Reducció de Danys", com a paradigma d'intervenció davant dels problemes derivats del consum de drogues. El seu origen es situa en la província de Mersyside (Anglaterra), zona britànica que patia una gran epidèmia derivada del consum d'heroïna i una alta prevalença de Virus Hepatitis B (VHB), arrel d'aquests fets, un grup de científics va arribar a la conclusió de que en certs casos la prescripció medica de drogues podria ser necessària per a que els dependents poguessin portar una vida productiva.⁴ A partir d'aquí es comencen a prescriure opiàcids injectables, donant lloc al naixement d'un nou enfocament per tractar les drogodependències, el Model de Reducció de Danys (MRD).

El MRD s'introdueix com un model participatiu, que es planteja el problema des d'una estratègia més paradigmàtica, centrant-se en la possibilitat de contrarestar els efectes més perjudicials derivats de certs consums de drogues, sense necessàriament, reduir el consum. Des d'on emergeix el concepte de "consum responsable", com a proposta fonamental d'aquesta perspectiva terapèutica.⁵

El Model de Reducció de Danys pot ser vist també com a objectiu d'un programa de tractament, –per exemple el programa de manteniment amb metadona–, però també com a un apropament ètic i pragmàtic de la problemàtica social de les drogues, que es centra en reduir les conseqüències negatives de l'ús de substàncies, més que en promoure l'abstinència.⁶

Altres programes que es duen a terme arrel d'aquest model terapèutic a Catalunya, són les Zones Obertes de Consum (ZOC), Programa d'Intercanvi de Xeringues (PIX), Programa Educatiu Formació

d'Usuaris en Actiu (FUA), Programa de contacte i educatiu Bola de neu^a, Programa de Prevenció de Sobredosis i Prevenció Primària de l'Hepatitis C.⁷

El MRD, ens permet fer una aproximació a l'usuari, una primera pressa de contacte i una continuïtat assistencial gràcies als programes derivats d'aquest model, ja sigui per l'aproximació que fa l'usuari al centre sanitari, per fer intercanvi de xeringues, pel tractament amb metadona o per acudir a les sales de consum supervisat. Una continuïtat que permet generar una relació de confiança entre l'usuari/a i el professional. El primer punt de partida per poder aconseguir l'objectiu últim dels processos d'atenció basats en el MRD, és facilitar als individus una sèrie de recursos personals que els permetin fer front als problemes plantejats en la seva vida quotidiana sense la necessitat de recórrer al consum de drogues. És justament per donar resposta a aquest repte assistencial, que sorgeixen noves estratègies d'intervenció basades en l'estímul de la motivació, les conegudes com a Intervencions Motivacionals.

Concepte d'Intervenció Motivacional

Les IM, introduïdes per Miller (1983), són un mètode directiu centrat en l'usuari, dirigit a provocar un canvi en el comportament, ajudant als usuaris/es a explorar i resoldre les ambivalències.⁸ Es caracteritza principalment pel seu estil i no per la tècnica, facilitant la relació interpersonal entre l'usuari i el professional.

La IM es basa en cinc principis bàsics: expressar empatia^b, recolzar l'autoeficàcia^c, fluir amb la resistència^d, desenvolupar les discrepàncies^e i evitar la discussió^f. Altres tècniques complementàries, són la formulació de preguntes obertes, reafirmacions, escolta activa i síntesi de tancament. Aquestes tècniques tenen com a objectiu crear el clima adequat, per estimular la voluntat de rehabilitació o presa de consciència de la problemàtica en que viu cada un dels usuaris/es.

^a Programa de contacte i educatiu Bola de Neu, és un projecte de prevenció que consisteix en formar consumidors de drogues en actiu i treballadors/es sexuals en temes de caràcter sanitari i recursos socio-sanitaris. L'objectiu és aconseguir la difusió d'aquests missatges preventius entre els seus companys, especialment els de difícil accés, als quals no s'arriba per altres mitjans.

^b Expressar empatia, Mostrar actitud de comprensió i acceptació emprant una escolta reflexiva.

^c Recolzar autoeficàcia, augmentar les percepcions de les persones sobre la seva capacitat per fer front als obstacles i tenir èxit en el canvi

^d Fluir amb la resistència, canviar les percepcions de la persona, respecta les raons per no canviar, examinant noves perspectives i nova informació.

^e Desenvolupar la discrepància entre la conducta actual i uns objectius vitals més amplis (la salut, l'èxit professional, l'estabilitat familiar i la parella, la carrera, el deport o l'estatus social)

^f Evitar la discussió, ja que pot portar a una lluita per acceptar qui té la raó i no augmentar la motivació cap a un canvi positiu.

La motivació, és considerada per molts terapeutes, com un aspecte crucial a treballar per tal de crear un canvi d'hàbit o de conducta.¹⁰ Són fonamentals dues perspectives alhora d'avaluar aquesta motivació: la motivació com a estat i la disponibilitat per el canvi. El primer fa referència a la "roda del canvi", el model transteòric definit per Prochaska i DiClemente (1984), que representa l'estructura o dimensió temporal o evolutiva de tot procés de canvi: pre-contemplació, contemplació, preparació, acció, manteniment i recaiguda. Aquest model és molt representatiu de les conductes addictives, per ressaltar el fet de que la majoria d'individus no progressen linealment a través dels estadis del canvi, sent les recaigudes un dels principals problemes en el procés de canvi.⁹ El model considera la recaiguda com un esdeveniment esperat o normal, o un estat més del canvi. No significa que s'hagi d'induir a la recaiguda, si no que es una perspectiva realista per afermar la motivació.

El segon, fa referència a la motivació com a disponibilitat per a canviar. Aquesta aborda directament el desig o disposició al canvi de l'usuari, analitzant en quina etapa del canvi es troba el pacient en funció de la seva motivació per fer un canvi de conducta, per tal de poder fomentar la motivació d'aquest, adaptant la consulta i/o consell a l'etapa que li correspongui.

S'observa doncs que la IM i les etapes del canvi, són complementaries dintre del context d'entendre la reducció del consum de substàncies. Les etapes del canvi ajuden a identificar la predisposició de la persona per rehabilitar-se, i la IM s'empra per ajudar i acompanyar als usuaris/es a ser més autosuficients i autònoms.¹⁹ El professional empra diferents estratègies de l'IM amb els usuaris segons l'etapa en que es trobin per tal ajudar-los a avançar durant el procés de reducció del consum.

Tant el MRD com la IM, centren el seu objectiu en l'individu, duent a terme un enfocament participatiu analitzant el factor biològic (sexe, edat, càrrega genètica), psicològic (pensaments, emocions i conductes) i el factor social (família, amistats, interacció amb l'entorn), un anàlisi biopsicosocial^g de la persona, per tal d'entendre que l'ha portat a la dependència. Les IM fan èmfasi en la dimensió psicològica i social, sent les úniques amb capacitat de ser modificades. El procés de canvi de conducta es centra en la psicologia, en l'actitud, la conducta i/o la personalitat, per aconseguir una millor predisposició cap a l'esfera social.

En resum, l'objectiu final de qualsevol teràpia centrada en el pacient drogodependent és doncs, reduir i/o finalitzar el consum de substàncies, per això el repte que es planteja per aconseguir-ho és a partir

^g El Model Biopsicosocial és un model holístic de salut i malaltia, que postula que l'esfera biològica, psicològica i social, tenen un paper significatiu en l'activitat humana en el context de malaltia o discapacitat.

d'estratègies i tècniques que ajudin a fomentar aquest canvi de conducta, aprofitant el primer contacte que faciliten els programes basats en el MRD. Es proposa la IM com a mètode per fomentar la capacitat individual de cada un, per aconseguir el canvi i per evitar recaigudes repetides. Aquest, és un model participatiu, on el professional tan sols acompanya durant el procés, dona suport i ajuda l'usuari a crear eines i estratègies per ser autosuficient i resolutiu amb els problemes. L'usuari és l'únic protagonista i és el qui decideix el temps, efectivitat i dedicació del procés. L'essència d'aquest projecte és aplicar una intervenció psicològica a cada un dels pacients basada en la motivació personal.

Revisió Bibliogràfica

Són molts els estudis que demostren l'eficàcia de la IM en processos de canvi de conducta. En diversos articles s'informa de resultats positius pel que fa a l'impacte de l'IM en casos d'alcoholisme, tabaquisme, drogodependències, les conductes de risc vinculades a les MTS i els trastorns alimentaris.¹¹⁻¹³

Des dels seus inicis la IM ha despertat gran interès i ha estat provada en múltiples comportaments, demostrant la seva aplicació tant en la reducció de conductes perjudicials, com en la promoció d'hàbits saludables o adherència a la medicació.¹³ Des de les publicacions inicials^{14, 15}, al llarg de la dècada dels 80, la producció científica en aquest camp ha crescut exponencialment i des dels anys 90 es emprada pels professionals de la salut en una gran varietat de camps¹⁶ i formats, des de les clàssiques entrevistes psiquiàtriques a intervencions breus, o variacions com la teràpia de potenciació motivacional (MET) del projecte MATCH¹⁷. Existeixen revisions que han trobat una forta evidència de la IM combinada amb intervencions més directives com la teràpia cognitiva - conductual en àrees de dependència a substàncies i altres conductes relacionades amb la salut, així com en un enfocament de trastorns psicològics¹⁸. L'escenari natural de la IM sol ser entre el personal sanitari - usuari/a, però també s'ha vist la seva utilitat en consultes telefòniques i en format de grup, i en contextos tan diferents com hospitals generals, serveis d'urgències o en la pràctica mèdica general.^{9,19,20} No obstant això, a dia d'avui es pot afirmar que els estudis on s'ha provat la IM presenten resultats controvertits, desproveint el model de l'evidència necessària per a la seva consolidació.¹⁹

Segons una revisió sistemàtica realitzada l'any 2013, analitzant 59 estudis amb un total de 13.342 participants, es sosté que les IM poden reduir el grau d'abús de substàncies. Els resultats mostren que els usuaris/es que van rebre IM reduïren el consum de substàncies en comparació als que no van rebre tractament. Encara que s'obté un resultat estadísticament significatiu, conclou que són necessaris encara més estudis per tal d'afermar la qualitat dels resultats, ja que les variables en que es treballa són

difícilment objectivables.⁸

Són molts els articles que es centren en un tipus de consum en concret i en un tipus de població específica. La principal població estudiada són els joves, mostrant un marge més elevat de disposició al canvi, donant resultats més òptims en relació a la IM. La Intervenció Motivacional en pacients adolescents, és estudiada en diversos articles²¹⁻²³, els quals asseguren l'efectivitat d'aquest model per tal d'afavorir el canvi de conducta, sobretot en relació als motius que porten a consumir els joves, donant alta importància al context social i relacionant el consum amb l'oci.²² Una motivació diferent respecte als adults, és que en aquests, de forma general es relaciona el motiu de consum amb l'aïllament social, problemàtica depressiva o estressant, etc.^{4, 24}

En relació a la percepció dels usuaris cap a la IM, un estudi realitzat a Perú al 2008, amb una mostra de 128 participants, analitza els estadis motivacionals dels consultants, el grau de satisfacció i el percentatge de inserció als diferents programes de tractament. Mostrant uns resultats òptims sobre la percepció i satisfacció que confirmen la fortalesa de la IM. En relació a les etapes del canvi i les fases motivacionals, es va trobar que les IM mantenen i afermen la motivació cap al canvi d'actitud i el nivell motivacional per interrompre el consum.¹⁹

Justificació

Uns dels principals aprenentatges que he fet al llarg del meus estudis d'infermeria ha estat reconèixer la importància de la dimensió psicològica i emocional de les persones quan aquestes confronten una problemàtica de salut. Més enllà doncs de la realitat fisiopatologia, en qualsevol procés d'atenció esdevé central imprescindible incidir sobre aquestes dimensions per garantir el benestar i la salut dels nostres pacients.

Penso que en aquest sentit, el camp de l'atenció a les Drogodependències obre un espai paradigmàtic sobre el que és vital i urgent aprofundir en aquesta línia. És per aquest motiu que m'he decantat per centrar el meu TFG en aquest tema.

2. Objectius

L'objectiu principal és determinar l'eficàcia de la Intervenció Motivacional en els pacients Drogodependents a partir de l'anàlisi del que hi ha descrit en la literatura.

Els objectius específics de la Recerca bibliogràfica són:

- . Identificar l'eficàcia de l'IM en els diferents tipus d'usuaris/es drogodependents (consum d'heroïna, cocaïna, alcohol, marihuana, etc.).
- . Descriure la influència de l'IM en l'adherència terapèutica.
- . Determinar l'eficàcia de l'IM respecte la disposició pel canvi.
- . Descriure les diferències de l'IM en la població adolescent respecte la població adulta.
- . Determinar l'eficàcia de la IM en el control de recaigudes.
- . Determinar la diferencia de l'impacte de la IM en homes i dones.

Preguntes de Recerca

En relació a la consulta preliminar es plantegen les següents preguntes de recerca:

1. La Intervenció Motivacional pot ajudar a plantejar-se un canvi de conducta, a partir de la reducció del consum i el manteniment de l'abstinència?
2. La IM té eficàcia terapèutica davant dels diferents tipus de consum (heroïna, cocaïna, marihuana, alcohol, etc) en els usuaris/es drogodependents?
3. La IM ajuda a millorar l'adherència terapèutica del tractament?
4. Emprar el model de les etapes del canvi (Prochaska i DiClemente), ajuda a centrar i adaptar les actuacions de les IM?
5. La IM són més eficaces en població adolescent que en població adulta?
6. La IM aconsegueix reduir el nombre de recaigudes?
7. La IM és igual d'eficaç independentment del gènere?

3. Metodologia

El tipus de treball és una revisió de la bibliografia sobre l'efectivitat de la IM en els pacients drogodependents. Es tracta d'un estudi observacional, descriptiu, transversal.

La recerca bibliogràfica s'ha dut a terme des de la biblioteca de l'Hospital Germans Trias i Pujol, degut a la major accessibilitat als articles de pagament.

Les bases de dades consultades han estat Embase, Medline, Cochrane, Scielo, Cinhal, Health star, Cuiden i Psycinfo. Finalment, es van emprar Embase, Medline, Cochrane, Scielo i Psycinfo, atès que a les demés no es trobaren articles relacionats amb el tema. Les paraules clau utilitzades: "Motivational Interviewing", "Substance-Related Disorders", "Abuse Substance" i "Drug abuse". Definides a partir del tesaure MeSH, combinades entre sí, emprant els operadors booleans AND i OR.

Les variables d'aquest estudi inclouen el tipus d'abús de substàncies, l'adherència terapèutica, la disposició per al canvi, l'edat, el gènere, i el nombre de recaigudes.

Els criteris d'inclusió foren publicacions nacionals e internacionals i accessibilitat al document. Els criteris d'exclusió, articles publicats fa més de 5 anys, que no estiguin publicats en espanyol o anglès i aquells que es centren en una població diana específica (dones embarassades o malalties mentals).

Les limitacions d'aquest estudi són a l'hora d'establir les paraules claus, sent difícil acotar la definició de drogodependent, per això es va haver de realitzar combinació de paraules juntament amb el operadors booleans. Altra limitació fou que la majoria d'articles relacionats amb la IM es centren en algun tipus de pacient drogodependent (abús de cocaïna, heroïna, alcohol, etc.), i no fent referència a l'abús de substàncies com a concepte general.

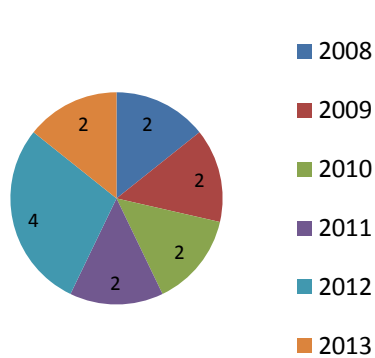
Finalment, després d'una lectura transversal, s'ha seleccionat una mostra de 43 articles, dels quals se'n descarten 29 per no complir amb els criteris d'inclusió establerts (n= 14). S'han seleccionat un total de 5 articles en castellà i 9 en anglès. 2 corresponen al Pubmed, 5 a Embase 2 a Cochrane, 4 a Scielo, i finalment 1 a Psycinfo.

4. Resultats

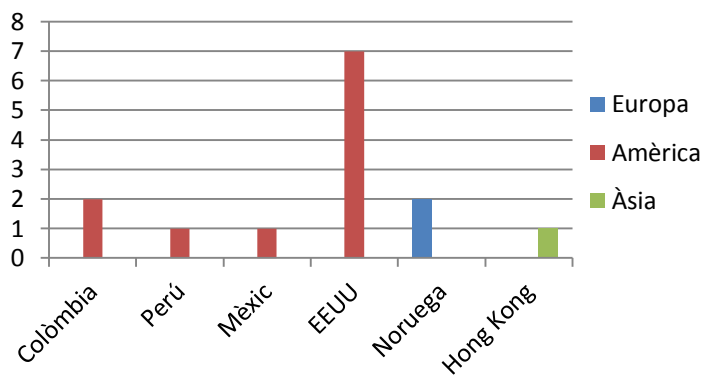
S'han seleccionat 14 articles que complien els criteris d'inclusió i exclusió i que conformaren la mostra final. En la Taula 1 s'analitzen els resultats amb més detall.

Els tipus d'articles que conformen la mostra final són 2 revisions sistemàtiques (14,3%), 1 revisió de la literatura (7,1%), 5 estudis experimentals (35,7%) i 6 estudis quasi experimentals (42,9%).

S'han inclòs 14 estudis publicats entre el 2008 i el 2013 (Gràfica 1). I en relació a la procedència dels articles 11 estan publicats a Amèrica, 2 a Europa i 1 al continent asiàtic (Gràfica 2).



Gràfica 1. N° Articles per any



Gràfica 2. Procedència dels articles

En relació a l'**efectivitat de la IM** en els pacients drogodependents, és confirma en vuit dels estudis de la mostra final, els quals obtenen resultats estadísticament significatius (57,1%). L'anàlisi dels resultats ha estat complex degut a les diferents metodologies de IM emprades, les diferents escales per determinar el grau de dependència, les diferències en joves i en adults, etc. El resultats que obtenim en relació a l'eficàcia de la IM, es desglossen a continuació.

En els estudis de Smedslund et al⁸ i Lai DTC et al²⁵, es determina que a l'aplicar la IM s'obtenen més resultats positius, que quan es dur a terme l'habitual tractament⁸ o bé quan el tractament habitual es combina amb el consell breu.

Altres estudis com és el cas de Martínez et al²³, confirma que no tan sols la IM va ser efectiva, si no que es manté sis mesos després d'haver fer la intervenció. Així mateix s'observa un augment de l'autoeficàcia dels adolescents per enfrontar-se a les situacions de consum. Flórez et al²⁰, també conclou

^h. Tractament habitual: entenem com a tractament habitual aquell tractament estàndard que per protocol, s'adapta a les necessitats de cada dependència en funció al tipus de substància consumida, lliure d'altres terapèutiques clíniques, complementàries i/o alternatives.

que la IM és efectiva per a la moderació del patró de consum, al igual que Rojas et al¹⁹, que confirma que les IM sostenen i afermen la motivació cap al canvi d'actitud del pacient respecte el consum i la motivació.

L'estudi de Flórez et al²¹, defineix la motivació a partir de la Teoria de l'Autodeterminació (TAD)ⁱ, com el primer punt de partida per iniciar un canvi, ja sigui per desig propi (motivació autònoma)^j o bé fomentat per aspectes externs (motivació controlada)^k. Aquest confirma que la IM provoca un canvi en el pacient. En relació a la motivació autònoma no mostra resultats estadísticament significatius ($p=0,029$) però sí en augment. En canvi, en la motivació controlada ($p=0,063$), s'evidencia un increment significatiu (es relaciona amb els motius que porten a consumir en la població jove, com és la imatge o l'aprovació dels demés i amb la conscienciació dels efectes perjudicials del consum d'alcohol). Malgrat existeix major probabilitat de continuar amb el tractament quan la motivació de tipus extern està acompanyada de la motivació interna, s'evidencia que la IM incita un canvi en el patró de consum dels joves. Flórez, afirma que és necessari en posteriors investigacions allargar el temps de seguiment per tal d'analitzar si a la llarga s'estableix un compromís al canvi i al manteniment del mateix.

En relació als estudis que no demostren l'eficàcia de la IM, Craig et al²⁹, confirma que les intervencions motivacionals no semblen influir en el resultat del tractament. Així mateix, Morgenstern et al²⁷, conclou que els resultats no recolzen la hipòtesi de que la IM és més eficaç que un tractament que animi als participants a canviar pel seu compte (SC), o bé un dur a terme la IM sense elements tècnics (SOMI).

Fent referència a la següent variable d'estudi, els **perfils sociodemogràfics**. Els estudis inclosos en la nostra revisió constaten que, 11 d'ells (78,6%) es centren en població adulta, definida a partir dels 18 anys i fins els 65 anys. Els 3 articles restants (21,4%) fan referència a població jove, determinada en un rang d'edat entre 13 i 18 anys. En canvi, el gènere tan sols està definit en 6 dels articles de la mostra final, establint una prevalença del 71,7% masculina respecte el 28,3% femenina.

ⁱ TAD: proposa que totes les conductes neixen al voltant d'un continu, que va des de la regulació externa (heteronomia) a l'autonomia o autoregulació. Aquest continu resulta dels diferents tipus de forces que poden mobilitzar a les persones cap a l'acció. Generant motivació extrínseca (Motivació Controlada: rebre una recompensa o evitar un càstig) i intrínseca (Motivació Autònoma: es promou des de l'interès personal).

^j Motivació autònoma: hi ha una integració del canvi que correspon amb el desig de l'individu, des dels valors personals.

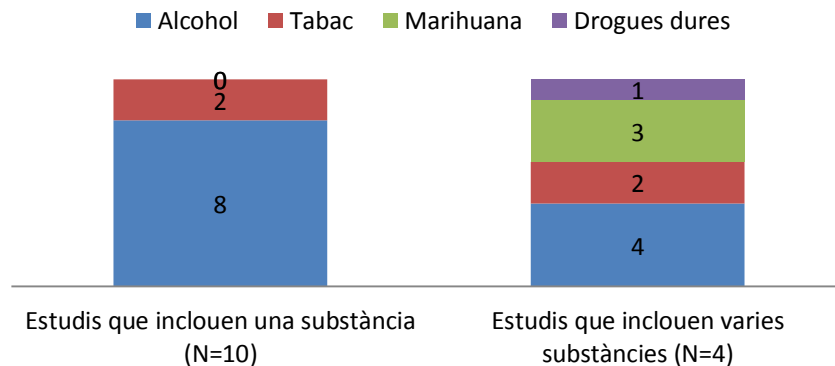
^k Motivació controlada: no hi ha una integració del canvi, l'individu es pressionat per l'entorn (imposició interna) o per ansietat o culpa (forces internes)

Taula 1. Estudis que avaluen els efectes de les intervencions motivacionals en el pacient Drogodependent

Autor	Contingut de la Intervenció	Mostra Inicial	Variables	Resultats
Smedslund, et al. ⁸ 2011	Revisió sistemàtica sobre la IM en l'abús de substàncies (alcohol i altres drogues).	N= 59	Efectivitat IM, adherència terapèutica, disposició al canvi, recaigudes	Obté resultats estadísticament significatius en la disminució del consum del drogues. No obté resultats estadísticament significatius en relació a l'adherència terapèutica, la disposició al canvi i el control de recaigudes.
Lai DTC, et al. ²⁵ 2011	Revisió sistemàtica per determinar si la IM promou o no la reducció del tabac.	N= 14	Efectivitat de la IM, metodologia de les intervencions (nº sessions i durada), comparació de la IM amb altres teràpies, comparació de la IM en cap tractament, tipus de professional que realitza la IM.	Obté resultats estadísticament significatius en la disminució del consum de tabac, amb un mínim d'1 i un màxim de 4 sessions de 20 min. Mostra resultats més òptims si la IM es dur a terme per un Metge. És més efectiu la IM que no dur a terme cap Intervenció.
Flórez, et al. ²¹ 2012	Estudi experimental. Població jove amb un consum de risc d'alcohol. Assessorament grupal, amb un total de 6 sessions.	N=63 GC= 32 GE= 31	Canvis en la Motivació autònoma i Motivació controlada a partir de la IM.	No obté resultats estadísticament significatius en la motivació autònoma. Obté resultats estadísticament significatius en la motivació controlada.
Martínez, et al. ²³ 2008	Estudi quasi experimental. Població jove amb un consum de risc d'alcohol i marihuana. Assessorament individual amb un total de 4 sessions.	N=25	Efectivitat de la IM, disposició al canvi i recaigudes.	Obté resultats estadísticament significatius , que perduren fins a 6 mesos després de la intervenció. S'aconsegueix un consum responsable i un augment de l'autoeficàcia.
Flórez, et al. ²⁰ 2009	Estudi experimental. Població adulta amb dependència a l'alcohol. 4 sessions de IM tant a nivell grupal com individual.	N=180 Ind= 90 GC= 45 GE= 45 Gr= 90 GC= 45 GE= 45	Diferències de la IM a nivell grupal i individual. Grau de consum, disposició al canvi i estadis motivacionals.	Obté resultats estadísticament significatius a nivell grupal, mostrant un augment de l'autoeficàcia. Mostren una disminució del consum tant en la freqüència com en la intensitat. A nivell individual no s'obtenen resultats estadísticament significatius.
Catley et al. ²⁶ 2012	Estudi experimental. Població adulta amb consum de tabac. Compara sessions d'IM amb	N=255 IM= 85 ES= 85 CB= 85	Conèixer les característiques dels fumadors i la disposició	No obté resultats estadísticament significatius.

	sessions d'Educació Sanitària i de Consell breu. Assessorament a nivell individual amb un total de 4 sessions de 20 min.		al canvi en comparació amb altres teràpies.	
Morgenstern et al. ²⁷ 2012	Estudi experimental. Població adulta amb dependència a l'alcohol. Comparar sessions de IM, amb sessions de SC (auto canvi) i de SOMI (IM sense elements tècnics) a nivell individual. 4 sessions de 45 min-1hora (setmanes 1, 2, 4 i 8)	N=89 IM= 29 SOMI= 30 SC= 30	Disposició al canvi i mecanismes del canvi.	No obté resultats estadísticament significatius. (P = 0,03 en la IM).
Barnett, et al. ²⁸ 2012	Revisió de la literatura. Població jove amb un consum de risc d'alcohol, tabac i altres drogues (marihuana i drogues dures).	N=42	Efectivitat de la IM, format, disseny de la intervenció, mecanismes de canvi i estadis motivacionals.	Obté resultats estadísticament significatius en l'ús de la IM.
Craig et al. ²⁹ 2009	Estudi quasi experimental. Població adulta amb dependència a l'alcohol i/o altres drogues. Comparació entre la IM i MET.	N=831 MI= 423 MET=408	Disposició al canvi, adherència terapèutica, Grau i tipus de consum.	No obté resultats estadísticament significatius. (P=0,01).
Magill et al. ³⁰ 2010	Estudi experimental. Població adulta amb dependència a l'alcohol. Inclusió de SO (altre participació significat) en la IM. Assessorament a nivell individual amb un total de 6 sessions de 20 min.	N=382 GE=224 GC=158	Disposició al canvi, aliança terapèutica i satisfacció per part del pacient i terapeuta.	Obté resultats estadísticament significatius tant en la satisfacció per part de l'usuari com del professional. (P > 0,06).
Magill et al. ³¹ 2010	Estudi quasi experimental. Població adulta amb dependència a l'alcohol.	N=291	Estadis motivacionals, disposició del canvi.	No obté resultats estadísticament significatius (p < 0.01).
Schaumberg et al. ³² 2013	Estudi quasi experimental. Població jove amb consum de risc d'alcohol, tabac i marihuana. Es realitza una sessió d'IM d'1 hora.	N=200	Percepció de risc, disposició al canvi.	Obté resultats estadísticament significatius.
Gunnhild et al. ³³ 2013	Estudi quasi experimental. Població adulta amb dependència a l'alcohol. Compara la IM amb el tractament habitual.	N=135	Disposició al canvi i l'autoeficàcia.	No obté resultats estadísticament significatius (p < 0,05).
Rojas et al. ¹⁹ 2008	Estudi quasi experimental. Població adulta amb dependència a l'alcohol i altres drogues (marihuana i cocaïna). Analitza l'eficàcia de la IM en funció dels estadis motivacionals.	N=128	Eficàcia de la IM, estadis motivacionals, grau de satisfacció.	Obté resultats estadísticament significatius en l'aplicació de la IM en aquells pacients que es troben en els estadis de precontemplació i contemplació.

El **tipus de consum** es descriu en la gràfica 3. En relació a l'efectivitat de la IM en funció del tipus de consum, s'obté que d'aquells estudis centrats exclusivament en el consum d'alcohol tan sols 3 confirmen resultats estadísticament significatius en l'aplicació de la IM (Flórez et al²⁰, Barnett et al²⁸, Magill et al³⁰). Respecte el consum del tabac de forma exclusiva, tan sols un dels articles dona evidència de resultats estadísticament significatius en relació a la IM (Lai DTC, et al²⁵).



Gràfica 3. Tipus de consum

En canvi, al centrar aquesta categoria en els articles que inclouen el consum de varies substàncies, observem que Smedslund et al⁸, fa referència a l'alcohol i altres drogues (sense especificar quines), i conclou que no s'obtenen estudis suficients per realitzar comparacions estadísticament significatives entre l'evidència de la IM entre diferents tipus de consum de drogues. En canvi, Martínez et al²³, que inclou en la seva mostra població jove consumidora d'alcohol (N=17) i marihuana (N=8), conclou que ambdós grups mostren una disminució del patró del consum, que es manté en el seguiment als 180 dies post intervenció. Per tant aquest obté una mostra estadísticament significativa tant en el consum d'alcohol com en el de marihuana. Barnett et al²⁸, centra també el seu estudi en població jove, amb un consum excessiu de risc, a l'alcohol (N=9), el tabac (N=10), la marihuana (N=9) i les drogues dures (N=14). El 67% dels articles revisats en l'estudi de Barnett, mostren un resultat positiu en la disminució del patró de consum (alcohol 77,7%, tabac 60%, marihuana 77,7% i drogues dures 57%), encara que no justifica les diferències obtingudes entre un tipus de consum en la resolució dels resultats. Finalment, Rojas et al¹⁹, malgrat no es planteja com objectiu d'estudi valorar l'eficàcia de la IM en funció del tipus de consum, fa una descripció del d'aquest patró en la seva mostra: marihuana 46,1%, cocaïna 21,1%, alcohol 17,2%, pasta bàsica de cocaïna 14,8% i inhalants 0,8%. Un dels resultats que obté és que els consumidors de marihuana foren els que menys taxes d'abandonament mostraren, justificant que els consumidors d'aquesta substància tenen tendència a normalitzar el consum, al ser acceptat socialment

com l'alcohol o el tabac. Considerant aquesta conclusió, Rojas et al¹⁹, també descriu que el grau de motivació per deshabituarse de substàncies com la cocaïna o els opiacis, no serà el mateix que en l'alcohol, tabac o marihuana, com a drogues acceptades socialment.

La següent variable, fa referència **al grau de consum**. Com criteri d'inclusió en tots els estudis centrats en població adulta, és necessari tenir dependència a alguna substància, en canvi, en població jove, tan sols es determina que hi ha d'haver un consum de risc i/o consum excessiu.

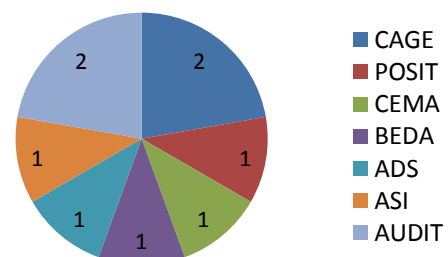
Pel que fa al grau de consum de la població jove (3 articles), l'estudi de Flórez et al²¹, estableix que la mostra inclosa en l'estudi presenta un consum excessiu/sever (escala CAGE). Martínez et al²³, inclou un consum de risc tant d'alcohol, com de marihuana per part de menors de 18 anys (escala POSIT). I la revisió de la literatura de Barnett et al²⁸, defineix que els articles inclosos presenten pacients amb consums excessius però no determina l'instrument de mesura del grau de consum de tals articles.

Pel que fa a la resta d'articles, centrats en població adulta, 6 no fan referència al grau de consum de forma objectiva (emprant escales o instruments de mesura). Per exemple, dels estudis centrats en el tabac (2), tan sols Catley et al²⁶, defineix com a criteri d'inclusió que els pacients han de ser fumadors mínim d'un cigarret per dia. En canvi Lai DTC et al²⁵, fa referència implícita al grau de dependència per ser inclòs. En ambdós estudis s'inclouen aquells pacients considerats fumadors.

En canvi, Smedslund et al⁸ en la revisió sistemàtica sobre l'abús de substàncies, inclou aquells pacients que segons les definicions dels estudis presentaven abús, dependència o addicció de substàncies, i no mal ús. Així mateix, conclou que no és possible establir resultats significatius, comparant un abús greu versus un abús menys greu, degut a la falta d'informació disponible revelada en els estudis inclosos.

Finalment, Rojas et al¹⁹, no inclou la variable de grau de consum, i inclou els pacients sense objectivar, a partir d'instruments de mesura, una dependència. Al igual que tampoc ho determinen Schaumbers et al³² ni Gunnhild et al³³

En relació als instruments de mesura per analitzar el grau de consum i/o de dependència, tan sols 7 articles (50%) descriuen el seu ús. Són varis els models utilitzats: el qüestionari CAGE, POSIT, CEMA, BEDA, l'escala ADS, la versió resumida de l'ASI i finalment AUDIT. (Gràfica 4)



Gràfica 4. Instruments de mesura del Grau de consum

El cas de Flórez et al²¹, emprà el següent instrument de mesura:

- El qüestionari CAGE. Les preguntes es centren en l'acrònim CAGE: C "cutting down" (reflexions personals sobre la necessitat de disminuir el consum), A "annoyance by criticism" (crítiques de tercers en relació a seu hàbit de consum), G "guilty feeling" (presència de sentiments de culpabilitat pels efectes provocats del consum) i E "eye-openers" (necessitat de consum matutí). Obtenint una classificació de 0 a 4. On 4 és dependència alcohòlica, 3 prediu un consum excessiu, 2 un consum de risc i 0-1 consum no perjudicial.

Martínez et al²³, emprà la següent tècnica de medicació per determinar el grau d'abús de substàncies abans i després de la intervenció:

- POSIT (Cuestionario de Tamizaje de los Problemas en Adolescentes). Es descriuen 81 reactius que contemples 7 àrees de funcionament. En aquest estudi tan sols s'empren 19 reactius que fan referència a l'àrea d'ús i abús de substàncies.

Flórez et al²⁰, centra el seu estudi en 4 fases. En la primera fa referència a l'ús d'instruments com:

- El qüestionari CAGE. (Descrit anteriorment)
- CEMA. Qüestionari d'etapes per a la Modificació de l'abús. És un conjunt de qüestionaris on es desglossa: l'índex quantitatiu de l'abús inherent al consum actual, les característiques del consum (freqüència i intensitat), qüestionari de disponibilitat al canvi (índex quantitatiu de la motivació de la persona per el canvi), qüestionari d'etapes (preconceplació, conceplació, acció, manteniment i recaiguda) i un qüestionari sesgo-optimista no-realista que permet avaluar les expectatives de invulnerabilitat.

En la fase dos, en relació al grau de consum fa referència a l'utilització de BEDA (Breu Escala de Dependència a l'alcohol), que permet establir si la persona presenta nivells de dependència moderada o severa.

Morgenstern et al²⁷, emprà l'escala ADS (l'escala de la dependència a l'alcohol), que analitza 25 ítems per determinar la severitat de la dependència a l'alcohol. Craig et al²⁹, emprà la versió resumida de l'ASI (índex de severitat de l'addicció). I en canvi, Magill et al³⁰ i Magill et al³¹, es basen en incloure aquells pacients que presentin un resultat de 8 o major al test de AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test).

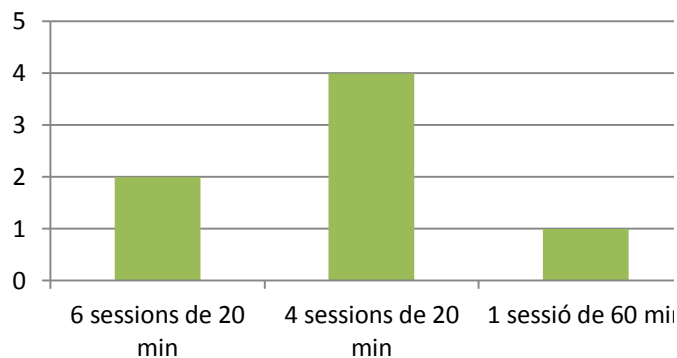
En relació a la **Metodologia** emprada per dur a terme la IM, es fa una classificació de tres categories: durada de les sessions, format de les sessions i professional que imparteix les sessions.

▪ **Durada de les sessions**

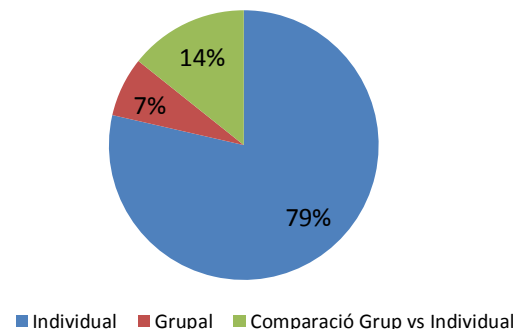
En set dels articles seleccionats s'especifica el nombre de sessions i la seva durada (Gràfica 5). Flórez et al²¹ i Magill et al³⁰, estableixen en la seva metodologia un total de 6 sessions de 20 minuts de durada, dutes a terme amb un màxim de 12 setmanes. Lai DTC et al²⁵, Martínez et al²³, Florez et al²⁰ i Catley et al²⁶ centren l'estudi en 4 sessions de 20 minuts, i finalment Schaumbers et al³² dona constància d'una única sessió d'1 hora de durada.

▪ **Format de les sessions**

De la mostra final, 11 articles es centren en l'aplicació de la IM a nivell individual (Smedslund et al⁸, Lai DTC et al²⁵, Martínez et al²³, Catley et al²⁶, Morgenstern et al²⁷, Craig et al²⁹, Magill et al³⁰, Magill et al³¹, Schaumbers et al³² i Gunnhild et al³³), 1 a nivell grupal (Flórez et al²¹) i la resta (Flórez et al²⁰ i Barnett et al²⁸) comparen l'efectivitat de la IM a nivell grupal versus individual. (Gràfica 6)



Gràfica 5. Durada de les sessions



Gràfica 6. Format de les sessions

▪ **Professional que imparteix la IM**

Pel que fa al tipus de professional que imparteix la IM, tan sols els següents 7 articles ho especifiquen (50%):

Martínez et al²³, defineix que l'aplicació es dur a terme per quatre terapeutes amb estudis de postgrau en psicologia. Per altra banda, Catley et al²⁶, considerant que l'estudi es centra en un anàlisi comparatiu de la IM, el consell breu (CB) i l'educació sanitària (ES), els tres professionals que ho imparteixen i que ja

tenen una formació prèvia i experiència en les IM, realitzen un curs basat en l'aplicació dels principis de la IM, posant en pràctica les tècniques a partir d'un joc de rols, feren el mateix amb el CB i l'ES. Morgenstern et al²⁷, inclou en el seu equip, sis terapeutes amb una experiència en la IM de més de cinc anys (excepte un) i amb experiència en casos clínics d'abús de substàncies. Per comprovar la fidelitat dels criteris d'IM, es van gravar totes les sessions terapèutiques.

Pel que fa la resta d'articles, fan referència al concepte de terapeuta o bé defineixen les característiques per dur a terme les IM (Smedslund et al⁸, Lai DTC et al²⁵, Flórez et al²⁰⁻²¹, Margill et al³⁰⁻³¹, Rojas et al¹⁹), considerant que aquestes són assolides pel mateix, tenint en compte que l'essència de la IM és que es pugui dur a terme per qualsevol tipus de professional qualificat, independentment que tingui relació amb la sanitat o l'assistència.

La següent variable, **l'adherència terapèutica** tan sols forma part com a objectiu d'estudi en quatre dels articles inclosos (28,6%).

L'estudi de Smedslund et al⁸ analitza l'adherència terapèutica com a variable d'estudi, afirma que no hi ha dades suficients per establir una conclusió sobre la retenció al tractament. Per altra banda, des d'una perspectiva de seguiment del tractament, Rojas et al¹⁹, conclou en quant al grau d'adherència en el seguiment dels casos examinats, que el 89,9% s'involucraren en el tractament, després de dur a terme les IM, acudint a algun centre terapèutic.

Així mateix, l'estudi de Magill et al³⁰ i Barnett et al²⁸, confirmen que a l'involucrar familiars, amics o parelles com a eina de suport externa, aquests es converteixen en una font de reforç positiu, facilitant una major adherència al tractament i a la disposició al canvi, mostrant resultats favorables en la reducció del consum.

Pel que fa el **control de recaigudes** és analitzat en tres estudis (21,4%). La revisió sistemàtica de Smedslund et al⁸ (N= 59), centrada en població major de 18 anys, estableix que no s'obtenen resultats estadísticament significatius per establir una conclusió sobre els efectes de la IM en el control de recaigudes. En canvi, la investigació en població jove de Martínez et al²¹, basada en 4 sessions de forma individual amb una mostra de N=25, confirma que fins a sis mesos després de dur a terme la IM es mantenen els canvis aconseguits en la reducció del patró de consum. Finalment, Rojas et al¹⁹, afirma que d'aquells participants que havien aconseguit establir-se en l'etapa de manteniment tan sols el 14% es manté en aquest estadi (N=128).

La **satisfacció i l'aliança terapèutica** es descrita en quatre articles (28,6%), on s'exposen els següents resultats:

Lai DTC (2011), confirma una major satisfacció per part dels usuaris quan és el metge qui dur a terme la Intervenció Motivacional, relacionat pel major grau de vincle terapèutic i de confiança. Així mateix, Craig (2009) afirma que quan hi ha una major aliança terapèutica s'obtenen resultats més òptims en l'eficàcia de la IM i en la satisfacció per part de l'usuari.

L'estudi de Magill et al³⁰, té com a objectiu d'estudi determinar la implicació d'una persona propera al pacient (SO) en la relació que pot tenir aquesta per augmentar l'aliança terapèutica i donar més fortalesa a la IM, també descriu la satisfacció rebuda per part del pacient i el seu compromís. Magill descriu resultats positius en la inclusió d'una SO, afirma que els homes acostumen a incloure la seva parella com a reforç i les dones donen més prioritat a les amistats i a la família, aquest fet, permet al pacient integrar la necessitat de canvi al tenir un reforç extern (a excepció de si la seva parella és amb qui consumeix, o bé si també presenta un problema de consum), amb la combinació alhora de la IM. En relació als resultats obtinguts a partir del qüestionari, s'observa que els pacients mostren un grau de satisfacció i compromís ($p > 0,05$) més elevat que la percepció que tenen els terapeutes.

Finalment Rojas (2008), es planteja com a objectiu d'estudi examinar el grau de satisfacció en funció del servei rebut. Aquest, conclou que la percepció i la satisfacció percebudes pels participants és bona i alta respectivament. L'estudi centra la importància de l'aliança terapèutica com a eix principal per a futures modificacions, considerant fonamental l'entrenament i la capacitació dels terapeutes.

En relació a la darrera variable obtinguda, 3 articles fan un anàlisi comparatiu entre la IM i **altres teràpies** o tècniques (21,4%). Catley et al²⁶, compara sessions de IM, amb HE (educació sanitària) i BA (consell breu), afirma que obté resultats positius (tot i que no significatius) en la incorporació de la IM com a tècnica per vincular-la al canvi, també conclou que combinar-la amb sessions d'Educació sanitària reforça la intervenció. Al comparar el BA amb la IM, afirma que gràcies a la continuïtat de les sessions de IM, aquesta dona més possibilitats al canvi versus el consell breu (una sessió). Morgenstern et al²⁷, que compara la IM, la SOMI i la SC, descriu que els resultats no recolzen la hipòtesi de que la IM és millor que dur a terme la IM sense elements directius (SOMI) o bé fomentant als participants a canviar pel seu compte (SC). Arriba a la conclusió, que és necessari donar major importància al funcionament de la IM, sobretot en relació a l'autoeficàcia, i als factors que inciten al canvi. Finalment, Craig et al²⁹, al comparar la MET (Teràpia d'Estimulació Motivacional) i la IM, afirma que cap de les dues obté resultats

estadísticament significatius ($p < 0,05$) i conclou que la motivació per el canvi no influeix en els resultats del tractament. Així mateix, afirma que és millor aplicar la IM en comparació a no aplicar cap tractament actiu.

5. Discussió

Després d'analitzar i sistematitzar tota la informació rellevant continguda en els articles seleccionats, s'ha generat un volum de dades molt significatiu. Aquest ha estat explotat a través d'un anàlisi categorial temàtic del qual s'han després 11 àrees principals d'anàlisi.

1. Efectivitat de la IM en els pacients drogodependents

Tots els articles inclosos en la mostra tenen com a objectiu determinar l'eficàcia de la IM en els pacients drogodependents, a partir de la reducció del consum. Al fer un anàlisi comparatiu d'aquests hem obtingut que 8 dels articles mostren resultats estadísticament significatius (Smedslund et al⁸, Lai DTC et al²⁵, Martínez et al²³, Flórez et al²⁰, Barnett et al²⁸, Magill et al³⁰, Schaumbers et al³² i Rojas et al¹⁹).

Cal fer palès, que fer un anàlisi dels resultats en relació a l'eficàcia de la IM resulta difícil al tenir en compte la multitud de variables que configuren les diferents metodologies emprades i formats. Per això a pesar de no obtenir una mostra suficient per poder arribar a conclusions sòlides respecte l'efectivitat de la IM, cal analitzar en detall el comportament de l'efectivitat de la IM en funció de les següents variables.

2. Variabilitat de l'eficàcia de la IM en funció de l'edat

Dels articles seleccionats, 11 estudis es centren en població adulta i 3 en població jove. El grau de dependència en la població jove és d'un consum excessiu, a diferència del estudis centrats en població adulta, que determinen un grau de dependència a les drogues o alcohol.

En relació a l'eficàcia en funció de l'edat, no hi ha suficients estudis que demostrin una diferència entre un grup d'edat i l'altre. Així mateix, cal remarcar que el grau de consum envers el grup d'edat és diferent, sent en el joves un consum excessiu/de risc i en els adults dependència.

La percepció és que els joves tenen una tendència positiva a fer una disminució del consum derivada de la IM, coincidint els tres estudis amb la conclusió definida de Flórez et al²¹, la qual afirma que els

adolescents fan un consum relacionat amb la importància que li donen a la imatge i al rol social. Flórez conclou que la IM aconsegueix crear un canvi en la motivació controlada més que en l'autònoma.

Per altra banda, en relació als adults, s'observa una prevalença de participants en l'interval de 20-30 anys en la majoria d'estudis^{19,20,29,33}, sense descriure cap justificació en relació a aquestes dades. Així mateix, s'obté un resultat positiu envers la IM en els 54,5% dels estudis centrats en població adulta.

No hi ha dades estadísticament significatives per relacionar quin grup d'edat s'adapta millor a les IM, i per tant, obté millor efectivitat. Cal tenir en compte que els motius de consum són diferents en funció de l'edat³³, per això és difícil fer una relació entre un grup i l'altra.

Al considerar la conclusió de Rojas et al¹⁹, que desglossa l'adherència al tractament de la IM en funció de l'edat, definint que la població de 18 a 23 anys presenta major adherència a les IM, en contra de la població de 24-29 anys i els majors de 35 anys. Ens plantegem de cara a futures investigacions si hi ha diferències entre els grups d'edat en relació a l'adherència a les IM.

3. Variabilitat de l'eficàcia de la IM en funció del gènere

Dels sis articles que fan referència al gènere (71,7% homes i 28,3% dones), cap dels estudis esmentat fa referència al motiu que porta a tal diferència, ni tampoc és objectiu d'estudi demostrar l'eficàcia de la IM en homes respecta dones. Tan sols l'estudi de Flórez et al²¹, es descriu que la presència reduïda de dones en la mostra, implica que l'anàlisi dels resultats en les mateixes és poc representatiu, relacionat a que el consum de risc fins a les hores es relaciona socialment amb el sector masculí. Així mateix estableix la necessitat d'investigar el sector femení, ja que el patró de consum de risc excessiu s'apropa de cada cop més a aquest grup.

No s'obtenen resultats estadísticament significatius de l'eficàcia de la IM en funció del gènere. Seria interessant per a futures investigacions analitzar l'adherència a la IM en funció del d'aquest, i si és més efectiva en les dones que en els homes. Així mateix es necessita fer una valoració dels motius que porten a consumir en funció del gènere.

4. Variabilitat de l'eficàcia de la IM en relació als diferents tipus de consum

De la mostra total seleccionada (N=14), vuit articles es centren en un consum d'alcohol exclusivament (Flórez et al²¹, Flórez et al²⁰, Morgenstern et al²⁷, Barnett et al²⁸, Craig et al²⁹, Magill et al³⁰, Magill et al³¹, Gunnhild et al³³), dos en el consum de tabac (Lai DTC et al²⁵, Catley et al²⁶) i finalment 4 fan

referència a un abús de drogues (alcohol, marihuana, tabac i cocaïna) (Smedslund et al⁸, Martínez et al²³, Schaumbers et al³², Rojas et al¹⁹).

Centrant l'anàlisi d'aquesta categoria en els estudis que fan referència a un abús de drogues en general, coincideixen dos estudis (Martínez et al²³ i Rojas et al¹⁹) a l'afirmar que el consum de marihuana és el que mostra una major disminució del consum, seguida de l'alcohol. Rojas també afirma que els consumidors de marihuana són els que més adherència a les Intervencions Motivacionals mostraren. En relació a les altres substàncies, no s'obtenen resultats estadísticament significatius. Així mateix, es disposa d'una mostra molt petita de les drogues dures, convertint-se aquest en un altre paradigma desconegut en relació a les IM, en comparació a altres substàncies tòxiques com el tabac, l'alcohol o la marihuana.

No es poden recollir conclusions sòlides al no disposar d'una mostra significativa, ni d'estudis que tinguin com objectiu determinar les diferències entre un tipus de consum i un altra.

Cal considerar per a futures investigacions la conclusió que fa Rojas, respecte al grau de motivació per deshabituarse de substàncies com la cocaïna o els opiacis, el qual no serà el mateix que en l'alcohol, el tabac o la marihuana, considerades drogues acceptades socialment. Seria interessant respondre a l'afirmació que fa, analitzant alhora els motius que porten a consumir en relació a cada substància, per tal de poder fer una intervenció més personalitzada.

5. Variabilitat de l'eficàcia de la IM en relació al grau de consum

Per una banda, coincideixen els estudis centrats en població jove, al presentar aquests un consum excessiu/de risc, en canvi aquells centrats en població adulta, tan sols inclouen en la seva mostra pacients amb dependència a alguna substància. No es pot establir una relació entre l'eficàcia i el grau de consum, al no ser aquest objectiu d'estudi en els articles seleccionats.

Per altra banda, en relació als 7 articles que defineixen les escales que empren per analitzar el grau de consum (Florez et al²¹⁻²⁰, Martinez et al²³, Morgenstern et al²⁷, Craig et al²⁹ i Magil et al³⁰⁻³¹), tan sols s'observa que es repeteixi l'ús de dos instrument de mesura: CAGE, i AUDIT, ambdues repeticions coincideixen amb els mateixos autors principals, Flórez i Magill respectivament. Per tan no es pot establir quina de les escales és més efectiva en la medició del consum d'abús de substàncies, ni tampoc la relació d'aquestes amb la IM.

No es pot establir cap relació entre el grau de consum i la IM, ni tampoc amb l'escala per mesurar el grau de dependència, al no obtenir resultats estadísticament significatius. De cara a futures investigacions és necessari conèixer el grau de consum i/o dependència a partir d'escala, per poder incloure a la mostra d'estudi el perfil desitjat d'usuaris/es, i per tal de quantificar els resultats obtinguts derivats de la IM de forma objectiva, per donar alhora una major qualitat de l'estudi.

6. Variabilitat de l'impacte de la IM en funció de la metodologia emprada

En la bibliografia es defineix la IM més com un estil que com una tècnica.³⁵ No està estipulat el nombre de sessions ni la durada de les mateixes, per això desglossem el següent punt per detallar quina metodologia s'ha emprat en els estudis analitzats.

6.1. Durada de les sessions i continuïtat assistencial

A partir dels set articles que especifiquen el nombre de sessions (Lai DTC et al²⁵, Martínez et al²³, Flórez et al²⁰⁻²¹, Catley et al²⁶, Magill et al³⁰ i Schaumbers et al³²), no queda definida la metodologia que és més adient, ja que tan sols un dels articles (Magill et al³⁰) que es centren en 6 sessions mostra resultats positius, dos dels articles de 4 sessions mostra dos resultats òptims (Flórez 2009 i Lai DTC 2011), i l'únic que es centra en intervencions d'1 hora (Schaumbers et al³²) també conclou que el resultat de la IM és positiu en la reducció del consum.

Cap article es centra en fer una comparativa de quina és la metodologia millor per aplicar la IM, per tant, queda pendent per posterior estudis fer un anàlisi de quina és la millor forma de dur a terme aquest tipus de IM. En contra d'això cal esmentar que l'essència de la IM és fluir amb el pacient, adaptant-se al seu procés intern de canvi, per tant, segurament establir una metodologia de treball fix faria perdre el caràcter propi de la IM, i no s'adaptaria a tots els pacients.

6.2. Aplicació de la IM a nivell Grup i Individual

Centrant el punt en els dos articles que fan un anàlisi comparatiu entre l'aplicació de la IM a nivell Grup i Individual, Flórez et al²⁰, defineix que el motiu pel qual opta per l'aplicació grupal es deu al menor cost econòmic, temporal i de recursos físics i humans en comparació a l'aplicació individual, així com també per l'impacte en la salut pública. Conclou que els participants que van rebre la intervenció en format grupal mostren una major protecció a les recaigudes i al retrocés en el procés de canvi, especialment en les situacions relacionades amb la pressió social i el conflicte amb altres, les quals són situacions de risc en el consum d'alcohol. Es confirma que ambdues aplicacions són efectives per

moderar el consum d'alcohol, però que les Intervencions Grupals desenvolupen canvis cognitius més sòlids (augment de l'autoeficàcia, la percepció de dany i la vulnerabilitat davant situacions de perill).

En canvi, la revisió de la literatura de Barnett et al²⁸, de la seva mostra final (N=42), 34 articles es centren en la IM en format Individual i tan sols 4 en format grup. Fet que es relaciona amb l'origen de la IM com a estil terapèutic que neix des de la intervenció individual. No extreu cap conclusió significativa respecte la major efectivitat entre l'aplicació grupal vs individual. Proposa per a futures investigacions l'anàlisi comparatiu entre la intervenció individual i la grupal.

En aquest punt s'obre un debat entre la incorporació de la IM en format grup, en contra del que s'estableix en les primeres publicacions de Miller sobre la IM¹⁴⁻¹⁶, ja que així com afirma Barnett, la IM neix des de la intervenció individual. Deixant la part tradicional de banda, respectant l'essència de la IM, considerant que és el propi individu el que determina el seu camí, i tenint en compte els resultats positius obtinguts per Florez et al²⁰, seria interessant ampliar les investigacions, que avaluin les diferències entre l'ús de la IM a nivell individual i grupal.

6.3. Professional que ho imparteix

En relació als tipus de professionals que imparteixen la IM, basant-nos en els 7 articles que ho especifiquen, tan sols dos (Martínez et al²³ i Morgenstern et al²⁷) defineixen el tipus de professional que les imparteix, coincidint en que són professionals assistencials amb anys d'experiència en les Intervencions Motivacionals. Els demés tan sols fan referència al concepte de terapeuta o a les característiques per dur a terme la IM.

Per tant, no és possible arribar a cap conclusió estadísticament significativa. No obstant, cal recordar la definició de la IM, la qual afirma que aquesta es caracteritza per ser una intervenció que es pot dur a terme per qualsevol personal qualificat, ja sigui assistencial o sanitari, i sempre i quan es respectin els 5 elements bàsics de la IM, aquesta es pot dur a terme. Per tant, el fet d'integrar en les investigacions, professionals experimentats en la Intervenció, dona suport a la qualitat de l'estudi. D'altra banda, aquesta experiència no és fonamental per tal d'aplicar la IM a la praxis diària.

En relació a l'eficàcia de la IM en funció del tipus de terapeuta que dur a terme la Intervenció, l'estudi de Lai DTC et al²⁵ ho analitza. Aquest considera que aquelles IM dutes a terme pel metge generalista poden oferir majors taxes d'èxit. Relaciona aquest fet, amb el vincle metge – pacient, que s'atribueix a llarg termini del continu assistencial. Per tant, la confiança entre el professional i el pacient podria

establir un vincle terapèutic que dona lloc a una major adherència terapèutica i per tant a una disminució del consum. (Aquest anàlisi està més definit en el punt 10)

7. Efectivitat d'emprar com a base de la IM el model d'Etapes del Canvi (Prochaska i Diclemente)

L'efectivitat d'emprar el model d'Etapes del canvi de Prochaska i Diclemente s'ha identificat com a variable de resultat en 6 estudis de la mostra final (Rojas et al¹⁹, Craig et al²⁹, Magill et al³¹, Flórez et al²⁰, Barnett et al²¹ i Morgenstern et al²⁷).

Els autors d'aquest sis estudis coincideixen a l'afirmar que, els cinc estadis del canvi (precontemplació, contemplació, acció, manteniment i recaiguda) representen els canvis temporals i motivacionals del canvi intencional.¹⁹ Aquest canvi no es un moviment gradual, si no el recorregut temporal a través d'etapes específiques, on cada una representa l'assoliment d'unes habilitats necessàries per passar a la següent etapa.^{21,27}

Donat a que cada un dels principals problemes en el procés de canvi de qualsevol conducta addictiva és de les elevades taxes de recaigudes, el model transteòric ressalta el fet que la majoria de persones no progressen linealment a través dels estadis del canvi, per això conceptualitzar els estadis mitjançant un model en espiral, el qual permet reflectir amb major fidelitat el procés de canvi en el camp de les conductes addictives.^{19,29}

A l'analitzar les necessitats dels usuaris/es en cada una de les etapes del canvi, podem conèixer com avancen en tot el procés, i quines són les seves limitacions i/o complicacions. Així per exemple, tal com afirma Magill et al³¹ i Rojas et al¹⁹, l'etapa de manteniment és la de major complicació per sacrifici que comporta.

Malgrat no obtenir una mostra suficientment representativa per a demostrar la relació entre la IM i el Model d'Etapes del Canvi proposat per Prochaska i Diclemente, arribem a la conclusió que ambdós són combinables entre sí, ja que l'últim, ajuda a definir la progressió cap al canvi explícit, en el comportament i el manteniment del mateix, associant cada etapa amb les variables psicològiques d'expectatives, creences, autoeficàcia i invulnerabilitat percebuda cap al consum, les quals són les principals responsables de la progressió cap a la reducció d'aquest.²⁰

8. Relació de la IM i l'adherència terapèutica

La relació entre la IM i l'adherència terapèutica, es va considerar en un primer moment, tenint en compte la falta de consciència de malaltia per part dels drogodependents³⁶, i per la poca adherència al tractament que fan, per la relació entre dependència al consum de substàncies (cocaïna i heroïna) amb malalties com l'VIH, VHB i VHC les quals impliquen un tractament de base, relacionant aquest resultat amb la baixa qualitat de vida i en la psicopatologia associada³⁵.

En relació als quatre estudis centrats en aquesta variable (Smedslund et al⁸, Rojas et al¹⁹, Magill et al³⁰ i Barnett et al²⁸), s'obtenen dos resultats contradictoris entre sí, per una banda, la falta de resultats significatius que demostrin l'adherència terapèutica⁸ i per l'altra banda, la involucració al tractament del quasi 90% dels participants de l'estudi de Rojas et al¹⁹.

No és possible determinar una relació estadísticament significativa entre la IM i l'adherència terapèutica. D'altra banda, neix un altra possibilitat d'anàlisi per a futurs estudis, a l'obtenir resultats positius (no significatius) en la reducció del consum, a l'involucrar familiars, amics o parelles com a eina de suport externa^{28,30}.

De cara a futures investigacions, seria interessant estudiar si la IM ajuda a millorar l'adherència terapèutica del tractament, gràcies a una major presa de consciència, derivada de la motivació per aconseguir un canvi de conducta i la conseqüent millora en salut.

9. Relació de la IM i el control de recaigudes

Dels tres estudis de la mostra final que es plantegen el control de recaigudes com a variable d'anàlisi (Smedslund et al⁸, Martínez et al²³, Rojas et al¹⁹), cap d'ells coincideixen en els resultats. Així mateix, no hem obtingut estudis que ofereixin un resultat estadísticament significatiu pel que respecta al control de recaigudes. Seria interessant per a futures investigacions analitzar un seguiment dels pacients, per comprovar si la IM aconsegueix crear un canvi en la motivació intrínseca (personal) i per tant un canvi en el patró de consum, aconseguint l'abstinència.

10. Aliança terapèutica i Grau de satisfacció en l'ús de la IM

Quatre dels articles de la mostra final analitzen la sensació dels usuaris i dels professionals en la realització de les IM (Lai DTC et al²⁵, Craig et al²⁹, Magill et al³⁰, Rojas et al¹⁹).

L'aliança terapèutica, és un aspecte important a considerar, ja que s'ha relacionat amb resultats positius derivats de les IM^{19,25}, i a una major satisfacció tant per part dels participants com dels propis professionals³⁰. Malgrat no sigui objectiu d'estudi en la majoria d'articles de la mostra final, els quatre estudis que ho analitzen, conclouen que la percepció i la satisfacció en l'aplicació de la IM és positiva.

Una dada interessant, és la que ha aportat l'estudi de Magill et al³⁰, a l'afirmar que implicar una persona propera al pacient en les IM, augmenta l'aliança terapèutica, el seu compromís (adherència terapèutica) i la satisfacció. Per tant, seria interessant per a futurs estudis, analitzar aquesta conclusió, comparant la inclusió a la intervenció d'un reforç extern (persona de confiança pel propi pacient) versus cap al·licient. Per altra banda, també seria interessant estudiar la relació entre l'aliança i la satisfacció, ja que al crear un feedback entre el pacient i el professional, s'ha de demostrar si s'aconsegueix una major adherència al tractament³⁰.

Finalment, segons afirma Lai DTC et al²⁵, la satisfacció dels usuaris augmenta quan és el metge qui dur a terme la Intervenció, justificant-ho afirmant que hi ha una relació metge – pacient de base, ja establerta en anteriors seguiments. Aquesta única aportació no ens permet objectivar aquest resultat, però podem extreure la hipòtesi de que a l'hora d'incorporar la IM, aquesta serà més efectiva si el professional que la imparteix, té un vincle de confiança ja establert.

11. Comparació de la IM amb altres teràpies.

En relació als articles que fan un anàlisi comparatiu amb altres tècniques (Catley et al²⁶, Morgenstern et al²⁷ i Craig et al²⁹), cap d'ells obté resultats estadísticament significatius en relació a la IM versus altres teràpies com MET (Motivational Enhancement Therapy), SC (self change), SOMI (IM sense elements directius), HE (health education) o BA (brief advice).

Dels resultats obtinguts, extraïem que la IM és millor aplicar-la vers no aplicar cap altre tractament, al igual que és millor reforçar la IM amb consells d'educació sanitària. Al no tenir una mostra suficient per obtenir conclusions sòlides, seria interessant de cara a futures investigacions fer un anàlisi comparatiu entre l'aplicació de la IM vers el tractament habitual.

Un cop hem analitzat les onze categories que conformen la discussió, passem a donar resposta a les preguntes de recerca, a partir de les conclusions que extraïem del nostre estudi, desenvolupades en el següent punt.

6. Conclusions

Les intervencions motivacionals representen una alternativa de desencadenament cap al canvi. Són intervencions breus, centrades en el pacient i d'eficàcia immediata (d'una a quatre sessions), considerant que és el propi pacient qui es marca les metes, els objectius i les raons per dur a terme el canvi.

Un cop el subjecte està motivat per a canviar, aquest requereix d'un mínim d'ajuda addicional per aconseguir-ho, per això la IM ha estat l'objectiu d'estudi en aquesta revisió. Així mateix, l'autoeficàcia que s'aconsegueix gràcies a la IM, entesa com a la impressió que un és capaç de poder arribar a les seves metes, a partir de les seves habilitats adquirides per a dominar les situacions previstes, protegeix en major mesura d'una recaiguda o d'un retrocés en el procés de canvi, sobretot quan entra en joc la societat i el conflicte amb altres, enteses com a situacions de risc en els consumidors de drogues.

Gràcies a la senzillesa i als pocs requeriments, les intervencions motivacionals es poden dur a terme en qualsevol situació, adaptant-se a l'escassetat de recursos i de personal, tampoc requereix d'un seguiment a llarg termini, ni d'àmbits especials, per lo qual es pot implementar en els serveis d'urgències, unitats d'atenció primària i/o unitats especialitzades. Així mateix, gràcies a l'essència de la IM, pot ser aplicada per qualsevol tipus de personal, infermera, psicòloga o metge, amb un entrenament curt i senzill, de baix cost i optimitzar així els recursos humans.

Així mateix, la IM és un tipus d'intervenció que es pot incloure dintre del paradigma actual basat en el Model de Reducció de Danys. Són varis els estudis que relacionen la IM amb la reducció del consum, allunyant-se de l'ideal d'abstinència (Flórez et al²⁰⁻²¹, Martínez et al²³, Barnett et al²⁸ i Rojas et al¹⁹). Per tant, les IM i el MRD enfoquen el problema de les drogodependències, des del mateix punt de vista, a l'adaptar-se a la societat des d'una perspectiva realista.

Finalment, les Intervencions Motivacionals, així com afirma Rollnick (1996), són més una essència que una tècnica, per això és difícil objectivar els resultats obtinguts de les investigacions, ja que a l'intentar determinar el nombre de sessions, és perd part de l'essència de la intervenció. És per això que són necessaris més estudis experimentals amb mostres significatives que analitzin la disposició al canvi, comparant la IM i el tractament habitual.

7. Implicacions per a la pràctica clínica

Els resultats presentats en aquest estudi poden resultar rellevants per aquells professionals de la salut i/o professionals assistencials que centrin la seva atenció cap a la pràctica d'intervencions dirigides a persones drogodependents. Així mateix serveix com a eina de suport per a la pràctica diària per aquells professionals que consideren la motivació com a motor de canvi i de manteniment en l'adquisició de nous hàbits.

Cal recordar que les Intervencions Motivacionals han donat bons resultats en quan el seu efecte positiu, en casos de dieta i exercici físic, trastorns alimentaris i/o conductes de risc vinculades a les MTS. La IM és una tècnica que es pot adaptar a qualsevol situació que impliqui un canvi d'actitud. Aquesta és la clau de la seva versatilitat i també de la seva necessitat.

8. Referències Bibliogràfiques

1. UNODC. World Drug Report 2013. [Internet]. New York. United Nations Office on Drugs and Crime. (Citat el 2014 Gen 17) Disponible a URL: http://www.unodc.org/documents/lpo-brazil//Topics_drugs/WDR/2013/World_Drug_Report_2013.pdf
2. Drogodependencia: Marco conceptual. [Internet]. Madrid. CINTECO, Psicología Clínica y Psiquiàtrica. Carrión J. c2008. (Citat el 2014 Gen 18). Disponible a URL: <http://www.cinteco.com/profesionales/2008/03/30/drogodependencias-marco-conceptual/>
3. Pons X. Modelos interpretativos de consumo de drogas. Polis. 2008;4(2):157-86.
4. Maroto A, Fernandez JL, Zaragoza D, Martincano CF, García O. Manual de buenas prácticas para la atención a drogodependientes en los centros de emergencia. Consejo General de Colegios Oficiales de Diplomados en Trabajo Social y Asistentes Sociales de España. Madrid. Feb 2005.
5. Romaní O. Políticas de drogas: prevención, participación y reducción del daño. Salud Colectiva. 2008;4(3):301-18.
6. Heather N, Wodak A, Nadelmann E, O'Hare P. La cultura de las drogas en la sociedad de riesgo. Barcelona. Oct 2014. [Internet] (Citat el 2014 Gen 18). Disponible en URL: <http://www.pnsd.msc.es/Categoria2/publica/pdf/CulturaDrogas.pdf>
7. Drogues. Canal Salut. Generalitat de Catalunya. [Internet]. Catalunya. Disponible a URL: <http://www20.gencat.cat/portal/site/canalsalut/menuitem>
8. Smedslund G, Berg R, Hammerstrom K, Steiro A, Leiknes K, Dahl H, Karlsen K. Intervenciones motivacionales para el abuso de sustancias. Cochrane database of systematic reviews. 2011. Issue 5.
9. Rojas M. Conceptos básicos y profundización del consejo psicológico y psicoterapia motivacional en drogodependencias. Un enfoque cognitivo - conductual y humanista. Vol 1, 1st ed. Perú: CONCYTEC; 2006.
10. Conductas adictivas y recaídas. [Internet]. Zaragoza. Sobre psiquiatria, adicciones y neurociencias. Ruiz J. c2011. (Citat el 2014 Gen 18). Disponible a URL: <http://jrblan.wordpress.com/2011/05/03/conductas-adictivas-y-recaida/>
11. Fontan B, Pérula LA, Campiñez M, Bosh J, Barragán N, Prados J. Evidencia actual de la entrevista motivacional en el abordaje de los problemas de salud en atención primaria. Aten Primaria. 2013;45:486-95. (Citat a 22 Gen 2014). Disponible a URL: <http://www.elsevier.pt/es/revistas/atencion-primaria-27/artigo/evidencia-actual-entrevista->

[motivacional-el-abordaje-los-problemas-90249569](#)

12. WHO. The World Health Report 2002. Reducing risks, promoting healthy life. 2002.
13. Miller WR, Rose GS. Toward a theory of motivational interviewing. *Am Psychol*. 2009;64:527-37.
14. Miller WR. Motivational Interviewing with Problem Drinkers. *Behav Psychother*. 1983;11:147-72.
15. Miller WR, Rollnick S. Motivational interviewing: preparing people to change addictive behavior. 1991.
16. Anstiss T. Motivational interviewing in primary care. *J Clin Psychol Med Settings*. 2009;16:87-93.
17. Miller WRZA, DiClemente CC, Rychtarik RG. Motivational enhancement therapy manual: A clinical research guide for therapists treating individuals with alcohol abuse and dependence. Project MATCH Monograph Series. 1994;2:.
18. Arkowitz H, Westra HA, Miller WR, Rollnick S. Motivational interviewing in the treatment of psychological problems. 2008.
19. Rojas M, Espinoza L. Consejo psicològico y psicoterapia motivacional en drogodependencias: evaluación de las intervenciones del programa "Lugar de escucha" - CEDRO. *Addicciones*. 2008;20(2):185-96. (Citat a 21 Gen 2014). Disponible a URL: <http://www.adicciones.es/files/rojas.pdf>
20. Gantiva C, Florez L. Terapias motivacionales breves: diferencias entre la aplicación individual y grupal para la moderación del consumo de alcohol y de las variables psicológicas asociadas al cambio. *Acta Psychol*. 2009;12(1): 13-26.
21. Flórez L, Castellanos C. Efectos de la entrevista motivacional sobre la motivación autónoma en jóvenes consumidores de alcohol. *Rev. Salud pública*. 2012; 14 (2): 69-85.
22. Torres G. La entrevista motivacional en adicciones. *Rev. Colomb. Psiquiat*. 2013; 39.
23. Martínez K, Salazar M, Pedroza F, Ruiz G, Ayala H. Resultados preliminares del Programa de Intervención Breve para Adolescentes que Inician el Consumo de Alcohol y otras Drogas. *Salud Mental*. 2008; 31(2):119-27.
24. Satre D, Mertens J, Areal P, Weisner C. Five-year alcohol and drug-treatment outcomes of older adults versus middle-aged and younger adults in a managed care program. *Addiction*. 2004;99:1286-97.
25. Lai D, Cahill K, Qin Y, Tang J. Motivational interviewing for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev*. 2011 Jul; Issue 1.

26. Catley D, Jo K, Goggin K, Richter K, Williams K, Patten C, Resnicow K, Ellerbeck E, Bradley-Ewing A, Malomo A, Liston R. Motivational Interviewing for encouraging quit attempts among unmotivated smokers: study protocol of a randomized, controlled, efficacy trial. *BMC Public Health*. 2012;12:456.
27. Morgenstern J, Kuerbis A, Amrhein P, Hail L, Lynch K, McKay J. Motivational Interviewing: A Pilot Test of Active Ingredients and Mechanisms of Change. *Psychol Addict Behav*. 2012 Dec; 26(4): 859–869.
28. Barnett E, Sussman S, Smith C, Rohrbach L, Spruijt-Metz D. Motivational Interviewing for adolescent substance use: A review of the literature. *Addict. Behav*. 2012;37:1325-34.
29. Field C, Adinoff B, Harris R, Ball S, Carroll K. Construct, concurrent and predictive validity of the URICA: Data from two multi-site clinical trials. *Drug Alcohol Depend*. 2009;101:115–123.
30. Magill M, Mastroleo N, Apodaca T, Barnett N, Colby S, Monti P. Motivational interviewing with significant other participation: Assessing therapeutic alliance and patient satisfaction and engagement. *J. Subst. Abus. Treat*. 2010;39:391–98.
31. Magill M, Apodaca T, Barnett N, Monti P. The route to change: Within-session predictors of change plan completion in a motivational interview. *J. Subst. Abus. Treat*. 2010;38:299-305.
32. Schaumberg K, Kuerbis A, Morgenstern J, Muench F. Attributions of change and Self-Efficacy in a randomized controlled trial of medication and psychotherapy for problem drinking. *Therapy B*. 2013;44:88-99.
33. Bagøien G, Håkon J, Ostensen C, SKlæbo S, Romundstad P, Morken G. The effects of motivational interviewing on patients with comorbid substance use admitted to a psychiatric emergency unit a randomised controlled trial with two year follow-up. *BCM psychiatry*. 2013; 13-93.
34. Lorea I, Tirapu J, Landa N, López J. Deshabitación de drogas y funcionamiento cerebral: una visión integradora. *Adicciones*. 2005;17 (2): 121-29.
35. Da Silva, M. Evaluación de la motivación para el cambio en comportamientos adictivos. *Terapias Cognitivas*. 2005;1:69-74.
36. Navarro C, Martín P. Características diferenciales sanitarias y toxicológicas de drogodependientes en tratamiento y consumo activo. *Atención Primaria*. 2013;32(6):323-7.
37. Rollnick S., Miller w. ¿Que es la entrevista motivacional?. *RET*. 1996;6:3-7.

