

## Entrevista Motivacional

Fecha de Revisión: Diciembre de 2007

Entrevista Motivacional (*Motivational Interviewing, "MI"*) es un estilo de consejería centrada en el cliente y dirigida hacia las metas que se usa para provocar cambios conductuales ayudando a los clientes a explorar y resolver ambivalencias. La hipótesis operacional en la Entrevista Motivacional es que las actitudes ambivalentes o la falta de determinación es el obstáculo principal para el cambio conductual, por lo que el examen y la resolución de las ambivalencias se convierte en su meta clave. La Entrevista Motivacional se ha aplicado a una amplia diversidad de conductas problemáticas relacionadas con el abuso del alcohol y de las sustancias, así como también a asuntos relacionados con promoción de la salud, adherencia a tratamientos médicos, y problemas de la salud mental. Aunque existen muchas variaciones en la técnica, por lo general el estilo de consejería de la Entrevista Motivacional incluye los siguientes elementos:

- Establecer buena comunicación con el cliente y escuchar reflexivamente.
- Formular preguntas abiertas para explorar las motivaciones propias del cliente para el cambio.
- Afirmar las declaraciones y esfuerzos del cliente relacionados con el cambio.
- Lograr el reconocimiento de la brecha existente entre la conducta actual y las metas de vida deseadas.
- Pedir permiso antes de ofrecer información o consejos.
- Responder a la resistencia sin una confrontación directa. (La resistencia se usa como señal de retroalimentación para el terapeuta para que ajuste su enfoque).
- Fomentar auto eficacia en el cliente para el cambio.
- Desarrollar un plan de acción con el cual el cliente está dispuesto a comprometerse.

Las adaptaciones del estilo de consejería de la Entrevista Motivacional revisadas en este resumen incluyen una breve intervención para jóvenes universitarios que visitaron la sala de emergencias después de un incidente relacionado con el alcohol; una breve intervención para pacientes adultos con historiales de exceso de bebida que acuden a centros de atención primaria de salud para recibir atención rutinaria; y una breve intervención para usuarios de cocaína y heroína que acuden a clínicas médicas sin necesidad de citas ubicadas en zonas urbanas. Algunas clínicas de tratamiento del abuso de sustancia basadas en la comunidad también han incorporado un estilo de consejería de la Entrevista Motivacional en la sesión inicial de ingreso/orientación para mejorar la retención del programa (revisada también a continuación).

### Información Descriptiva

<b>Áreas de interés</b>	Tratamiento del abuso de sustancias
<b>Desenlaces</b>	1: Uso de alcohol 2: Consecuencias negativas y problemas asociados con el uso de alcohol 3: Consumo de alcohol y conducción de vehículos 4: Traumatismos relacionados con el alcohol 5: Uso de drogas (cocaína y opiáceos) 6: Retención en tratamiento
<b>Categorías de desenlaces</b>	Alcohol Crimen/delinuencia Drogas Familia/relaciones Funcionamiento social Traumatismo Tratamiento/recuperación
<b>Edades</b>	18-25 (Adultos jóvenes) 26-55 (Adultos) 55+ (Adultos mayores)
<b>Género</b>	Masculino Femenino
<b>Razas/Orígenes étnicos</b>	Asiático Afro americano Hispano o Latino Blanco Raza/Origen étnico no especificado

<b>Entorno</b>	Ambulatorio Escuela Otros entornos comunitarios
<b>Zonas geográficas</b>	Urbanas Sub urbanas
<b>Historia de la implementación</b>	Desde 1983, la Entrevista Motivacional ha sido ampliamente implementada en cientos de sitios por todo el mundo. Cientos de miles de participantes han recibido la intervención breve de la Entrevista Motivacional descrita en este resumen, la cual se ha evaluado en por lo menos 22 estudios de investigación solamente para problemas de bebida. Fuera de los Estados Unidos, la Entrevista Motivacional se ha implementado en Australia, Brasil, Bulgaria, Canadá, Francia, Alemania, Israel, Italia, Japón, Corea, México, Holanda, Nueva Zelanda, Noruega, Suráfrica, España, Suecia, y el Reino Unido. Existen traducciones de libros de la Entrevista Motivacional disponibles en búlgaro, chino, checo, danés, holandés, estonio, francés, alemán, griego, hebreo, italiano, japonés, coreano, portugués, rumano, español y sueco.
<b>Financiamiento del NIH/ Estudios de investigación comparativa de efectividad</b>	Parcial o totalmente financiado por los Institutos Nacionales de Salud: Sí Evaluado en estudios de investigación comparativa de efectividad: Sí
<b>Adaptaciones</b>	Aplicaciones y adaptaciones específicas de la Entrevista Motivacional se describen en detalle en <i>"Motivational Interviewing: Preparing People for Change (2nd Ed.)"</i> por W. R. Miller y S. Rollnick (2002). Se han diseñado adaptaciones específicas para abordar una serie de problemas de la salud, tales como cambios en la dieta y la actividad física, prevención de riesgos de VIH, cese del tabaquismo, y adherencia a regímenes de medicamentos. Los autores de los estudios describen en detalle la extensión en que se puede adaptar la Entrevista Motivacional "antes de que sus metas, habilidades y espíritu se vean diluidos más allá de todo reconocimiento".
<b>Efectos adversos</b>	El diseñador del programa no identificó ningún efecto adverso, inquietud o consecuencia no intencionada.
<b>Categorías de prevención del Instituto de Medicina (IOM)</b>	Las categorías de prevención del Instituto de Medicina no aplican.

## Desenlaces

### Desenlace 1: Uso de alcohol

<b>Descripción de medidas</b>	<p>En un estudio aleatorio controlado (EAC) con adultos de mediana edad, el uso de alcohol se definió como (1) el número de tragos estándar—o unidades estándar de contenido de etanol (standard ethanol content units, "SECs"), según se define en el Perfil Breve del Bebedor (Brief Drinker Profile, "BDP")—consumidos durante los últimos 3 meses, (2) días por semana en los que se ingirió alcohol en los últimos 6 meses, y (3) número promedio de tragos por día en que se ingirió alcohol en los últimos 6 meses</p> <p>En otro EAC que estudió los hábitos de bebida entre estudiantes universitarios, el uso del alcohol se midió usando (1) el Cuestionario sobre los Hábitos Diarios de Bebida (Daily Drinking Questionnaire, "DDQ"), que es un registro de las bebidas o tragos por cada día de la semana, y (2) la cantidad, frecuencia y punto máximo de consumo de alcohol típicos (quantity, frequency, and peak consumption, "Q-F-P") durante el mes pasado. La cantidad y el punto máximo de consumo de alcohol se midieron en una escala de 0 (0 bebidas) a 5 (más de 8 bebidas). La frecuencia se midió en una escala de 0 (menos de una vez al mes) a 5 (casi todos los días).</p> <p>Un tercer EAC usó el Cuestionario de Hábitos de Bebida de los Adolescentes (Adolescent Drinking Questionnaire, "ADQ"), que consiste en 4 preguntas extraídas del Cuestionario de Comportamientos de Salud de los Adolescentes (Adolescent Health Behavior Questionnaire) que mide la cantidad y frecuencia del consumo de alcohol, el consumo de alcohol en grandes cantidades, y los estados de embriaguez, cada uno calificado en una escala de 8 puntos. Las calificaciones se sumaron para las 4 preguntas para derivar una calificación total del desenlace sobre el uso de alcohol; las calificaciones del desenlace se promediaron a lo largo del periodo de medición.</p>
<b>Hallazgos clave</b>	En un EAC, se evaluaron adultos de mediana edad que se presentaron para citas médicas en tres instalaciones de atención primaria de la salud, para descubrir patrones peligrosos de bebida durante los últimos 6 meses, usando la Prueba de Identificación de Trastornos del Uso de Alcohol (Alcohol Use Disorders Identification Test, "AUDIT"). Los participantes fueron luego asignados para recibir atención rutinaria (sin ningún tratamiento más allá de la atención para el problema médico que deseaban tratar)

o para recibir una intervención breve. La intervención consistió en un mensaje de 30 segundos de parte del médico de atención primaria quien seguía un guión preestablecido, expresando preocupación sobre el patrón de hábitos de bebida, seguido por una sesión de consejería de Entrevista Motivacional de 15 minutos de duración con un consejero de salud capacitado. Los resultados de este estudio indicaron:

- Los adultos asignados a la Entrevista Motivacional obtuvieron promedios más bajos de consumo total reportado (SECs,  $p = .04$ ) y menos días de consumo de alcohol por semana reportados ( $p = .02$ ) durante el seguimiento hecho a los 6 meses, comparados con los adultos asignados a la atención rutinaria.
- Los adultos asignados a la Entrevista Motivacional continuaron teniendo en promedio menos días de consumo de alcohol por semana durante el seguimiento hecho a los 12 meses que los adultos asignados a la atención rutinaria ( $p = .04$ ). No hubo diferencias significativas entre los grupos para el consumo total (SECs) y el número promedio de bebidas por día de consumo de alcohol.
- Los hombres asignados a la Entrevista Motivacional tuvieron en promedio calificaciones más bajas en las tres medidas de consumo de alcohol—consumo total promedio ( $p = .03$ ), número promedio de días de consumo de alcohol por semana ( $p = .04$ ), y número promedio de bebidas por día de consumo de alcohol ( $p = .05$ ) durante el seguimiento hecho a los 6 meses, comparados con los hombres asignados a la atención rutinaria. Sin embargo, la diferencia entre los grupos durante el seguimiento hecho a los 12 meses ya no era estadísticamente significativa.
- Las mujeres asignadas a la Entrevista Motivacional tuvieron en promedio menos días de consumo de alcohol por semana durante el seguimiento hecho a los 6 meses que las mujeres asignadas a la atención rutinaria ( $p = .05$ ), sin observar diferencias significativas entre los grupos en las medidas de consumo de alcohol durante el seguimiento hecho a los 12 meses.

En un segundo EAC, estudiantes del último año de secundaria que han sido aceptados a universidades fueron evaluados para detectar hábitos de bebida de alto riesgo según éstos se definen por el auto-reporte de consumo de alcohol al menos mensualmente, y haber consumido por lo menos 5 ó 6 bebidas en una sola ocasión en el mes pasado, o haber experimentado 3 problemas relacionados con el alcohol en 3 a 5 ocasiones en los últimos 3 años. Como estudiantes del primer año de universidad, los estudiantes de alto riesgo fueron asignados ya sea a una intervención breve o a una condición de control que no recibió ningún tratamiento. La condición de intervención consistió de una entrevista de retroalimentación en persona usando la Entrevista Motivacional como estilo de consejería con una hoja de resumen personalizada después de un periodo de 2 semanas en las que el estudiante mantuvo un registro diario de su consumo de alcohol. Las evaluaciones se llevaron a cabo en la fecha inicial de referencia, 6 meses después de la fecha inicial de referencia, y luego anualmente durante los 4 años siguientes. Los resultados de este estudio mostraron que:

- Los estudiantes de alto riesgo que recibieron retroalimentación usando la Entrevista Motivacional tuvieron mayores probabilidades que los estudiantes en el grupo de control de reportar, en promedio, disminuciones más pronunciadas en la cantidad de bebida, en las cantidades máximas de alcohol consumido, y en la frecuencia del consumo de alcohol durante el seguimiento hecho a los 6 meses. Excepto por la frecuencia del consumo, todas estas diferencias en el desenlace fueron estadísticamente significativas ( $p < .02$ ). Un tamaño de efecto muy pequeño ( $d$  de Cohen = 0.15) estuvo asociado con las diferencias entre los estudiantes de alto riesgo que recibieron la Entrevista Motivacional y los estudiantes de alto riesgo en el grupo de control.
- Los estudiantes de alto riesgo que recibieron retroalimentación usando la Entrevista Motivacional continuaron teniendo mayores probabilidades que los estudiantes en el grupo de control de reportar, en promedio, disminuciones más pronunciadas en la frecuencia del consumo de alcohol ( $p < .029$ ), en la cantidad del consumo de alcohol ( $p < .001$ ), y en las cantidades máximas de alcohol consumidas ( $p < .028$ ) a lo largo de los primeros 2 años de seguimiento. Un tamaño de efecto de muy pequeño a pequeño ( $d$  de Cohen = 0.14-0.20) estuvo asociado con las diferencias entre los estudiantes de alto riesgo que recibieron la Entrevista Motivacional y los estudiantes de alto riesgo en el grupo de control. Durante el seguimiento hecho a los 2 años, los estudiantes de alto riesgo que recibieron la Entrevista Motivacional reportaron en promedio 3.6 (+/- 2.5) bebidas por ocasión, comparados con los promedios de 4.0 (+/- 2.8) bebidas por ocasión reportadas por los estudiantes de alto riesgo en el grupo de control y 2.19 (+/- 2.5) bebidas por ocasión reportadas por un grupo de estudiantes normativo de comparación.
- Todos los estudiantes de alto riesgo del sexo masculino, independientemente de la condición asignada, reportaron beber con más frecuencia ( $p < .002$ ) y en mayores cantidades ( $p < .0001$ ) que todas las estudiantes de alto riesgo del sexo femenino durante todos los puntos de evaluación ( $p < .0001$ ). Además, los estudiantes de alto riesgo del sexo masculino que tenían antecedentes de trastornos de la conducta, independientemente de la condición asignada, reportaron cantidades máximas de consumo de alcohol promedio más altas que todas las estudiantes de alto riesgo del sexo femenino (con o sin antecedentes de trastornos de la conducta) a lo largo de los primeros 2 años de seguimiento ( $p < .012$ ).
- En múltiples escalas de medición, los estudiantes de alto riesgo que recibieron la Entrevista Motivacional continuaron mostrando una disminución más pronunciada en la cantidad promedio de alcohol consumido que los estudiantes de alto riesgo en el grupo de control a lo largo de los 4 años de seguimiento ( $p < .001$ ). No se mantuvieron diferencias significativas entre los grupos en otras medidas de desenlace.

	<ul style="list-style-type: none"> <li>El grupo de estudiantes de comparación normativa reportó, en promedio, un aumento en la cantidad de alcohol consumido durante el seguimiento hecho a los 2 años y un aumento en la frecuencia del consumo de alcohol durante los seguimientos hechos a los 3 y 4 años, comparados con su evaluación inicial de referencia original durante su primer año universitario (<math>p &lt; .05</math>).</li> </ul> <p>En un tercer EAC, individuos de 18 a 19 años de edad que se presentaron a la sala de emergencia hospitalaria para recibir tratamiento por un incidente relacionado con el alcohol fueron asignados para recibir ya sea una intervención de 35 a 40 minutos de duración usando la Entrevista Motivacional, o la atención rutinaria. Los participantes fueron evaluados en un seguimiento a los 3 y 6 meses. La intervención de la Entrevista Motivacional consistió de cinco componentes: (1) una introducción y revisión de las circunstancias del evento, (2) las ventajas y desventajas acerca del consumo de alcohol y la conducción de vehículos, (3) evaluación y retroalimentación personalizadas, (4) imaginar el futuro, y (5) establecer metas. La atención estándar, diseñada para ser consistente con la práctica general para tratar a adolescentes que consumen alcohol en un entorno de atención de urgencias, consistió en dar al adolescente un folleto sobre evitar el beber y conducir vehículos, y una lista de agencias locales de tratamiento. Los resultados de este estudio indicaron que:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>No hubo diferencias entre los grupos; el consumo promedio de alcohol reportado disminuyó significativamente para todos los participantes desde la evaluación inicial de referencia hasta los seguimientos hechos a los 3 y a los 6 meses (<math>p &lt; .001</math>).</li> </ul>
<b>Estudios que demuestran el desenlace</b>	<u>Estudio 1</u> , <u>Estudio 2</u> , <u>Estudio 3</u>
<b>Diseño del estudio</b>	Experimental
<b>Índice de calidad de la investigación</b>	3.4 (escala de 0.0 a 4.0)

## Desenlace 2: Consecuencias negativas y problemas asociados con el uso de alcohol

<b>Descripción de medidas</b>	<p>En un EAC, los problemas asociados con el uso de alcohol se identificaron usando el Inventario de Problemas de Alcohol de Rutgers (Rutgers Alcohol Problem Inventory, "RAPI") y la Escala de Dependencia del Alcohol (Alcohol Dependence Scale, "ADS"). El RAPI es un instrumento auto administrado que califica la ocurrencia y frecuencia de 23 elementos que reflejan el impacto del alcohol sobre el funcionamiento social y de la salud durante los últimos 6 meses. Las calificaciones del RAPI se calcularon como el número de elementos que ocurrieron por lo menos 1 ó 2 veces y variaron de 0 a 23. La ADS mide la gravedad de los síntomas de dependencia física, con calificaciones que van de 0 a 47.</p> <p>En otro EAC, las consecuencias negativas y los problemas asociados con el uso del alcohol se midieron usando 5 preguntas del Cuestionario de Comportamientos de la Salud (Health Behavior Questionnaire, "HBQ"). Usando escalas de Likert que varían de 0 (nunca) a 4 (5 ó más veces), el HBQ mide la frecuencia de los problemas con los padres, la escuela, los amigos, las citas, o la policía por causa del consumo de alcohol.</p>
<b>Hallazgos clave</b>	<p>En un EAC, estudiantes del último año de secundaria que han sido aceptados en universidades fueron evaluados para detectar hábitos de bebida de alto riesgo según éstos se definen por el auto-reporte de consumo de alcohol al menos mensualmente, y haber consumido por lo menos 5 ó 6 bebidas en una sola ocasión en el mes pasado, o haber experimentado 3 problemas relacionados con el alcohol en 3 a 5 ocasiones en los últimos 3 años. Como estudiantes del primer año de universidad, los estudiantes de alto riesgo fueron asignados ya sea a una intervención breve o a una condición de control que no recibió ningún tratamiento. La intervención consistió de una entrevista de retroalimentación en persona en el estilo de consejería Entrevista Motivacional con una hoja de resumen personalizada después de un periodo de 2 semanas en las que el estudiante mantuvo un registro diario de su consumo de alcohol. Las evaluaciones se llevaron a cabo en la fecha inicial de referencia y luego anualmente durante los 4 años siguientes. Los resultados de este estudio mostraron que:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Todos los estudiantes de alto riesgo, independientemente de la condición asignada, tuvieron en promedio menos problemas relacionados con el alcohol a lo largo de los primeros 2 años de seguimiento (<math>p &lt; .0001</math>). Sin embargo, durante el seguimiento hecho a los 2 años, los estudiantes que recibieron la Entrevista Motivacional tuvieron en promedio menos problemas relacionados con el alcohol en los últimos 6 meses (3.3, +/-3.5), comparados con los estudiantes de alto riesgo en la condición de control que no recibió ningún tratamiento (4.7, +/-4.4; <math>p &lt; .021</math>). Esta diferencia estuvo asociada con un tamaño de efecto pequeño (<math>d</math> de Cohen = 0.32).</li> <li>Sólo el 11% de los estudiantes de alto riesgo que recibieron la Entrevista Motivacional mostraron una dependencia leve al alcohol (basado en una calificación de corte de 11 en el ADS) durante el seguimiento hecho a los 2 años, comparados con el 27% de los estudiantes de alto riesgo que no recibieron ningún tratamiento (<math>p &lt; .0001</math>).</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Todas las estudiantes de alto riesgo del sexo femenino, independientemente de la condición asignada, mostraron disminuciones más pronunciadas en problemas relacionados con el alcohol a lo largo del tiempo que todos los estudiantes de alto riesgo del sexo masculino (<math>p &lt; .007</math>).</li> <li>• En promedio, todos los estudiantes de alto riesgo que recibieron la Entrevista Motivacional reportaron disminuciones más pronunciadas en las consecuencias negativas asociadas con el consumo de alcohol en todos los puntos de evaluación que los estudiantes de alto riesgo en la condición que no recibió ningún tratamiento (<math>p &lt; .05</math>).</li> <li>• Los estudiantes de alto riesgo asignados a la Entrevista Motivacional experimentaron un promedio de disminución inicial más pronunciada en consecuencias negativas desde la evaluación inicial de referencia a la evaluación de seguimiento hecha el primer año, que los estudiantes de alto riesgo en la condición de control que no recibió ningún tratamiento (<math>p = .0095</math>).</li> <li>• El vivir en la casa de una fraternidad o sororidad se asoció con un mayor consumo reportado de alcohol (<math>p &lt; .0001</math>) y más problemas reportados relacionados con el alcohol (<math>p &lt; .004</math>) en todos los estudiantes de alto riesgo, independientemente de la condición asignada. Además, los estudiantes de alto riesgo del sexo masculino que vivían en casas de fraternidades reportaron mayores problemas relacionados con el alcohol que los estudiantes de alto riesgo, tanto del sexo masculino como del femenino, que vivían en otras partes (<math>p &lt; .037</math>).</li> </ul> <p>En un segundo EAC, individuos de 18 a 19 años de edad que se presentaron a la sala de emergencia hospitalaria para recibir tratamiento por un incidente relacionado con alcohol fueron asignados para recibir ya sea una intervención de 35 a 40 minutos de duración usando de la Entrevista Motivacional, o la atención rutinaria. Los participantes recibieron evaluaciones de seguimiento a los 3 y 6 meses. La intervención de la Entrevista Motivacional consistió de cinco componentes: (1) una introducción y revisión de las circunstancias del evento, (2) las ventajas y desventajas acerca del consumo de alcohol y la conducción de vehículos, (3) evaluación y retroalimentación personalizadas, (4) imaginar el futuro, y (5) establecer metas. La atención estándar, diseñada para ser consistente con la práctica general para tratar a adolescentes que consumen alcohol en un entorno de atención de urgencias, consistió en dar al adolescente un folleto sobre evitar el beber y conducir vehículos y una lista de agencias locales de tratamiento. Los resultados de este estudio indicaron que:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Los adolescentes que recibieron la Entrevista Motivacional reportaron menos problemas relacionados con el alcohol (con las citas, los amigos, los padres, la policía y en la escuela) durante el seguimiento hecho a los 6 meses que los adolescentes que recibieron la atención rutinaria (<math>p &lt; .05</math>). Esta diferencia se asoció con un tamaño de efecto pequeño (<math>\eta^2 = 0.05</math>; <math>f</math> de Cohen = 0.23).</li> </ul>
<b>Estudios que demuestran el desenlace</b>	Estudio 2, Estudio 3
<b>Diseño del estudio</b>	Experimental
<b>Índice de calidad de la investigación</b>	3.5 (escala de 0.0 a 4.0)

<b>Desenlace 3: Consumo de alcohol y conducción de vehículos</b>	
<b>Descripción de medidas</b>	El consumo de alcohol y la conducción de vehículos se midió usando 5 preguntas del Cuestionario sobre el Consumo de Alcohol y la Conducción de Vehículos para Adultos Jóvenes (Young Adult Drinking and Driving Questionnaire), el cual pregunta sobre la frecuencia en que el encuestado ha manejado después de consumir varias cantidades de alcohol. También se examinaron los expedientes de infracciones vehiculares del Departamento de Vehículos Motores para todos los conductores con licencia en el estudio.
<b>Hallazgos clave</b>	<p>En un EAC, individuos de 18 a 19 años de edad que se presentaron a la sala de emergencia hospitalaria para recibir tratamiento por un incidente relacionado con el alcohol fueron asignados para recibir ya sea una intervención de 35 a 40 minutos de duración, usando la Entrevista Motivacional o la atención rutinaria. Los participantes recibieron evaluaciones de seguimiento a los 3 y 6 meses. La intervención de la Entrevista Motivacional consistió de cinco componentes: (1) una introducción y revisión de las circunstancias del evento, (2) las ventajas y desventajas acerca del consumo de alcohol y la conducción de vehículos, (3) evaluación y retroalimentación personalizadas, (4) imaginar el futuro, y (5) establecer metas. La atención estándar, diseñada para ser consistente con la práctica general para tratar a adolescentes que consumen alcohol en un entorno de atención de urgencias, consistió en dar al adolescente un folleto sobre evitar el consumo de alcohol y la conducción de vehículos y una lista de agencias locales de tratamiento. Los resultados de este estudio indicaron que:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Aproximadamente el 26% de todos los participantes en el estudio reportaron que no bebieron y manejaron después del tratamiento. Los adolescentes asignados a la atención rutinaria tuvieron casi 4 veces mayores probabilidades que los estudiantes que recibieron la Entrevista Motivacional de reportar haber manejado después de consumir alcohol (<math>p &lt; .05</math>). Esta diferencia estuvo</li> </ul>

	<p>asociada con un tamaño de efecto mediano (índice de probabilidades = 3.92).</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Los adolescentes que recibieron la Entrevista Motivacional tuvieron menos probabilidades que los adolescentes asignados a la atención rutinaria de tener una infracción vehicular en los 6 meses siguientes al tratamiento (3% vs. 23%; <math>p &lt; .05</math>).</li> </ul>
<b>Estudio que demuestra el desenlace</b>	<u>Estudio 3</u>
<b>Diseño del estudio</b>	Experimental
<b>Índice de calidad de la investigación</b>	3.5 (escala de 0.0 a 4.0)

#### Desenlace 4: Traumatismos relacionados con el alcohol

<b>Descripción de medidas</b>	Los traumatismos relacionados con el alcohol se midieron usando la Lista de Verificación de Traumatismos para Adolescentes (Adolescent Injury Checklist, "AIC"), una medida auto administrada de 14 preguntas de verdadero o falso sobre traumatismos recientes, adaptadas para medir la participación del alcohol.
<b>Hallazgos clave</b>	<p>En un EAC, individuos de 18 a 19 años de edad que se presentaron a la sala de emergencia hospitalaria para recibir tratamiento por un incidente relacionado con el alcohol fueron asignados para recibir ya sea una intervención de 35 a 40 minutos de duración usando la Entrevista Motivacional, o la atención rutinaria. Los participantes recibieron evaluaciones de seguimiento a los 3 y 6 meses. La intervención de la Entrevista Motivacional consistió de cinco componentes: (1) una introducción y revisión de las circunstancias del evento, (2) las ventajas y desventajas acerca del consumo de alcohol y la conducción de vehículos, (3) evaluación y retroalimentación personalizadas, (4) imaginar el futuro, y (5) establecer metas. La atención estándar, diseñada para ser consistente con la práctica general para tratar a adolescentes que consumen alcohol en un entorno de atención de urgencias, consistió en dar al adolescente un folleto sobre evitar el consumo de alcohol y la conducción de vehículos y una lista de agencias locales de tratamiento. Los resultados de este estudio indicaron que:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Los adolescentes que recibieron la Entrevista Motivacional tuvieron significativamente menos probabilidades de reportar haber sostenido una lesión relacionada con el alcohol durante el seguimiento hecho a los 6 meses que aquellos adolescentes que recibieron la atención rutinaria (21% vs. 50%; <math>p &lt; .01</math>). Esta diferencia estuvo asociada con un tamaño de efecto mediano (índice de probabilidades = 3.94).</li> </ul>
<b>Estudio que demuestra el desenlace</b>	<u>Estudio 3</u>
<b>Diseño del estudio</b>	Experimental
<b>Índice de calidad de la investigación</b>	3.4 (escala de 0.0 a 4.0)

#### Desenlace 5: Uso de drogas (cocaína y opiáceos)

<b>Descripción de medidas</b>	El uso de cocaína y opiáceos en los últimos 30 días se midió usando una versión abreviada del Índice de Gravedad de la Adicción (Addiction Severity Index, "ASI"). El ASI proporciona calificaciones compuestas para siete ámbitos: médico, legal, empleo, drogas, alcohol, familia, y funcionamiento psicológico. Se usó el análisis de Radioinmunoensayo (Radio Immune Assay, "RIA") de muestras de cabello para verificar el uso auto-reportado de drogas.
<b>Hallazgos clave</b>	<p>Usuarios auto-reportados de cocaína y heroína (confirmados por análisis de cabello) que no se encontraban en tratamiento y quienes se presentaron para recibir atención rutinaria de la salud en tres clínicas médicas sin necesidad de citas ubicadas en zonas urbanas, fueron asignados para recibir ya sea una breve intervención usando la Entrevista Motivacional o la atención rutinaria. El grupo que recibió la atención rutinaria recibió una evaluación inicial y un folleto que decía, "Con base en las respuestas de su evaluación, usted se beneficiaría de ayuda para su uso de drogas", seguido de una lista de opciones de tratamiento disponibles. El grupo de la intervención recibió el mismo folleto junto con la intervención de usando la Entrevista Motivacional de 10 a 45 minutos de duración, impartida por interaccionistas "compañeros" (trabajadores experimentados de alcance para el abuso de sustancias que se encontraban ellos mismos en recuperación). Diez días después, los participantes de la intervención también recibieron una sesión telefónica de "refuerzo" de 5 a 10 minutos de duración en la que el</p>

	<p>intervencionista compañero revisó el plan de acción con el participante y negoció derivaciones alternativas en caso de ser necesario. Se realizaron evaluaciones de seguimiento a los 3 y 6 meses de la evaluación inicial de referencia; se realizaron análisis de cabello durante la evaluación inicial de referencia y en el seguimiento hecho a los 6 meses después de la evaluación inicial de referencia. Los resultados de este estudio mostraron que:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Los participantes que recibieron la Entrevista Motivacional tuvieron más probabilidades de abstenerse y de usar cocaína y heroína 6 meses después de la intervención que aquellos asignados a la atención rutinaria. Los porcentajes de participantes abstinentes tanto del grupo que recibió la Entrevista Motivacional como del grupo que recibió la atención rutinaria durante el seguimiento hecho a los 6 meses fueron, respectivamente, 22.3% y 16.9% para cocaína, 40.2% y 30.6% para opiados, y 17.4% y 12.8% para ambos cocaína y opiados. Los tamaños de efecto asociados con estas diferencias fueron pequeños (cociente ajustado de probabilidades = 1.51 – 1.57).</li> </ul>
<b>Estudio que demuestra el desenlace</b>	<u>Estudio 4</u>
<b>Diseño del estudio</b>	Experimental
<b>Índice de calidad de la investigación</b>	3.3 (escala de 0.0 a 4.0)

#### Desenlace 6: Retención en tratamiento

<b>Descripción de medidas</b>	La retención en el tratamiento se definió como (1) el número de sesiones completadas 28 y 84 días después de la asignación aleatoria y (2) la inscripción continuada en la misma clínica comunitaria de tratamiento del abuso de sustancias 28 y 84 días después de la asignación aleatoria.
<b>Hallazgos clave</b>	<p>En un EAC, los usuarios de sustancias que ingresaron a un tratamiento ambulatorio en cinco entornos comunitarios de tratamiento fueron asignados para recibir ya sea una sesión de ingreso/evaluación de 2 horas de duración que incorporó estrategias de la Entrevista Motivacional y el estilo de la Entrevista Motivacional de consejería, o una sesión de ingreso/evaluación estándar. Los resultados de este estudio indicaron que:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>En promedio, entre todos los entornos de tratamiento, los participantes asignados a la sesión de ingreso con la intervención usando la Entrevista Motivacional completaron significativamente más sesiones en los 28 días después de la asignación aleatoria que los participantes asignados a la sesión de ingreso estándar (cinco vs. cuatro sesiones; <math>p = .05</math>). Un tamaño de efecto pequeño estuvo asociado con esta diferencia (<math>d</math> de Cohen = 0.24).</li> <li>Los participantes asignados a la sesión de ingreso con la intervención usando la Entrevista Motivacional tuvieron significativamente mayores probabilidades de encontrarse inscritos en la clínica 28 días después de la asignación aleatoria que los participantes asignados a la sesión de ingreso estándar (84% vs. 75%; <math>p = .05</math>).</li> <li>En un subgrupo de participantes cuya sustancia principal de abuso era el alcohol, aquellos asignados a la sesión de ingreso con la intervención usando Entrevista Motivacional completaron significativamente más sesiones en promedio en los 28 días después de la asignación aleatoria (<math>p \leq .01</math>) y más sesiones en los 84 días después de la asignación aleatoria (<math>p = .05</math>) que los participantes que recibieron la sesión de ingreso estándar. Tamaños de efecto de pequeño a mediano estuvieron asociados con estas diferencias (<math>d</math> de Cohen = 0.32 – 0.56).</li> </ul>
<b>Estudio que demuestra el desenlace</b>	<u>Estudio 5</u>
<b>Diseño del estudio</b>	Experimental
<b>Índice de calidad de la investigación</b>	3.9 (escala de 0.0 a 4.0)

## Grupos Incluidos en los Estudios

Los siguientes grupos fueron identificados en los estudios revisados para Calidad de la Investigación.

Estudio	Edad	Género	Raza / Origen Étnico
<b>Estudio 1</b>	26-55 (Adultos) 55+ (Adultos mayores)	70.5% Masculino 29.5% Femenino	82% Blancos 18% Raza/Origen étnico no especificado
<b>Estudio 2</b>	18-25 (Adultos jóvenes)	54% Femenino 46% Masculino	83.9% Blancos 16.1% Raza/Origen étnico no especificado
<b>Estudio 3</b>	18-25 (Adultos jóvenes)	63.8% Masculino 36.2% Femenino	79.8% Blancos 12.8% Afro americanos 5.3% Asiáticos 2.1% Hispanos o Latinos
<b>Estudio 4</b>	26-55 (Adultos)	70.6% Masculino 29.4% Femenino	60% Afro americanos 21.5% Hispanos o Latinos 12.5% Blancos 6% Raza/Origen étnico no especificado
<b>Estudio 5</b>	18-25 (Adultos jóvenes) 26-55 (Adultos)	56.7% Masculino 43.3% Femenino	71.6% Blancos 15.8% Raza/Origen étnico no especificado 9.9% Afro americanos 2.6% Hispanos o Latinos

## Calidad de la Investigación

Los siguientes documentos fueron revisados para determinar la Calidad de la Investigación. El punto focal de investigación podrá proveer información sobre los estudios revisados y la disponibilidad de materiales adicionales, incluyendo aquellos de estudios más recientemente realizados.

### Estudio 1

[Senft, R. A., Polen, M. R., Freeborn, D. K., & Hollis, J. F. \(1997\). Brief intervention in a primary care setting for hazardous drinkers. American Journal of Preventive Medicine, 13\(6\), 464-470. !\[\]\(6605b201d6f14d9b3bcb8ab5f274d107\_img.jpg\)](#)

### Estudio 2

[Baer, J. S., Kivlahan, D. R., Blume, A. W., McKnight, P., & Marlatt, G. A. \(2001\). Brief intervention for heavy-drinking college students: Four-year follow-up and natural history. American Journal of Public Health, 91\(8\), 1310-1316. !\[\]\(fa6f3af6bfa46c5d4a2d362681095beb\_img.jpg\)](#)

[Marlatt, G. A., Baer, J. S., Kivlahan, D. R., Dimeff, L. A., Larimer, M. E., Quigley, L. A., et al. \(1998\). Screening and brief intervention for high-risk college student drinkers: Results from a 2-year follow-up assessment. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 66\(4\), 604-615. !\[\]\(17acf1afa8cdf0b67c53d4865a5ed469\_img.jpg\)](#)

### Estudio 3

[Monti, P. M., Colby, S. M., Barnett, N. P., Spirito, A., Rohsenow, D. J., Myers, M., et al. \(1999\). Brief intervention for harm reduction with alcohol-positive older adolescents in a hospital emergency department. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 67\(6\), 989-994. !\[\]\(f95dab70c751fda7d824b8b03650f7aa\_img.jpg\)](#)

### Estudio 4

[Bernstein, J., Bernstein, E., Tassiopoulos, K., Heeren, T., Levenson, S., & Hingson, R. \(2005\). Brief motivational intervention at a clinic visit reduces cocaine and heroin use. Drug and Alcohol Dependence, 77\(1\), 49-59. !\[\]\(d8ab143e904bfa3467271eec5af75a9b\_img.jpg\)](#)

### Estudio 5

[Carroll, K. M., Ball, S. A., Nich, C., Martino, S., Frankforter, T. L., Farentinos, C., et al. \(2006\). Motivational interviewing to improve treatment engagement and outcome in individuals seeking treatment for substance abuse: A multisite effectiveness study. Drug and Alcohol Dependence, 81\(3\), 301-312. !\[\]\(e9474ce1d70442456f8fe9c393ea149c\_img.jpg\)](#)

## Índice de Calidad de la Investigación por Criterio (escala de 0.0–4.0)

La calidad de los resultados reportados de cada intervención es evaluada independientemente por evaluadores externos, utilizando los siguientes seis criterios:

1. Confiabilidad de las medidas
2. Validez de las medidas
3. Fidelidad de la intervención
4. Falta de datos e índice de abandono
5. Posibles variables de confusión
6. Idoneidad del análisis

Para más información sobre estos criterios y el significado de estas calificaciones, consulte la sección de [Calidad de la Investigación](#).

Desenlace	Confiabilidad de las medidas	Validez de las medidas	Fidelidad	Falta de datos/ índice de abandono	Variables de confusión	Análisis de datos	Índice general
1: Uso de alcohol	3.3	3.5	3.5	3.3	3.5	3.6	3.4
2: Consecuencias negativas y problemas asociados con el uso de alcohol	3.3	3.3	4.0	3.5	3.4	3.8	3.5
3: Consumo de alcohol y conducción de vehículos	3.8	3.8	4.0	3.5	2.5	3.5	3.5
4: Traumatismos relacionados con el alcohol	3.5	3.5	4.0	3.5	2.5	3.5	3.4
5: Uso de drogas (cocaína y opiáceos)	3.3	3.3	4.0	3.0	2.5	3.5	3.3
6: Retención en tratamiento	4.0	4.0	4.0	4.0	3.5	4.0	3.9

### Fortalezas del Estudio

Estos estudios fueron ensayos clínicos rigurosos de gran calidad metodológica. Usaron instrumentos de evaluación bien conocidos y ampliamente aceptados con confiabilidad y validez demostrados. Cuatro de los cinco estudios tuvieron tamaños de muestra grandes, dos fueron ensayos con múltiples sitios, y todos usaron la asignación aleatoria con pocos criterios de exclusión. La mayoría de los estudios se caracterizaron por una sólida fidelidad de la intervención. Por la mayor parte los análisis fueron de vanguardia.

### Debilidades del Estudio

Algunos de los instrumentos de medida tienen psicometría publicada limitada asociada con su uso. Tres de los cinco estudios no examinaron las tendencias del desarrollo que pudieran potencialmente haber afectado los resultados de los desenlaces en el transcurso del tiempo. Los estudios trataron las posibles variables de confusión de manera inconsistente.

### Plan de Diseminación

Los siguientes materiales fueron revisados para determinar el Plan de Diseminación. El punto focal de implementación podrá proveer información sobre la implementación de la intervención y la disponibilidad de materiales adicionales, actualizados o nuevos.

### Materiales de Diseminación

Miller, W. R., & Rollnick, S. (2002). *Motivational Interviewing: Preparing people for change* (2nd ed.). New York: Guilford Press.

Motivational Interviewing: Professional training DVD. (1998).

Motivational Interviewing: Professional Training Outline.

Moyers, T. B., Martin, T., Manuel, J. K., & Miller, W. R. (n.d.). *The Motivational Interviewing Treatment Integrity (MITI) code: Version 2.0*. Obtenido del sitio Web del University of New Mexico, Center on Alcoholism, Substance Abuse, and Addictions: <http://casaa.unm.edu/download/miti.pdf>.

Northwest Frontier Addiction Technology Transfer Center. (2006). *Motivational Interviewing assessment: Supervisory tools for enhancing proficiency (MIA-STEP)*. Salem, OR: Oregon Health & Science University, Department of Public Health and Preventive Medicine. Obtenido de <http://www.nfattc.org/publicationsNewsResources/publications.aspx>

Sitio Web del programa, <http://www.motivationalinterview.org>

## Índice del Plan de Diseminación por Criterio (escala de 0.0–4.0)

Evaluadores externos evalúan independientemente el Plan de Diseminación de la intervención, utilizando tres criterios:

1. Disponibilidad de los materiales de implementación
2. Disponibilidad de recursos de capacitación y apoyo
3. Disponibilidad de procedimientos de garantía de la calidad

Para más información sobre estos criterios y el significado de estas calificaciones, consulte la sección [Plan de Diseminación](#).

Materiales de implementación	Recursos de capacitación y apoyo	Procedimientos de garantía de la calidad	Índice general
4.0	3.8	4.0	3.9

### Fortalezas de la Diseminación

Los materiales de práctica son altamente detallados y proporcionan orientación específica para cada técnica sugerida. Hay numerosas oportunidades disponibles de capacitación de implementadores con una diversidad de niveles de habilidad clínica, tanto en persona como basados en video. La capacitación para supervisores clínicos a través del manual MIA-STEP proporciona un nivel único de calidad de la supervisión e incluye información importante sobre factores organizacionales que afectan la fidelidad y sustentabilidad de esta práctica.

### Debilidades de la Diseminación

Los materiales de diseminación no explican adecuadamente el nivel de capacitación y consulta recomendadas para individuos y grupos.

### Costos

La siguiente información de costos fue proporcionada por el diseñador del programa. Aunque esta información de costos pueda haber sido actualizada desde la fecha de la revisión, es posible que no refleje los costos actuales o la disponibilidad de artículos (incluyendo artículos recientemente desarrollados o discontinuados). El punto focal de implementación podrá proveer información actualizada y discutir requisitos de implementación.

Descripción del artículo	Costo	Exigido por el Diseñador
<i>Motivational Interviewing: Preparing People for Change</i> [Entrevista Motivacional: Preparando a la gente para el cambio] (2da edición)	\$40.12 cada uno	Sí
Todos los demás materiales de implementación	Gratis	Sí
Capacitación en o fuera del sitio	Varía dependiendo del capacitador seleccionado y la duración, lugar, y naturaleza de la capacitación	No
Asistencia técnica y consulta	Varía dependiendo del consultor seleccionado	No
Instrumentos de garantía de la calidad	Gratis	No

### Información Adicional

El costo por participante que recibe la Entrevista Motivacional es menos de \$75.

### Replicaciones

A continuación se presentan citas seleccionadas. Un asterisco indica que el documento fue revisado para determinar la Calidad de la Investigación.

Cientos de investigadores han replicado el enfoque la Entrevista Motivacional para abordar una diversidad de conductas problemáticas. Hay una bibliografía extensa para los años 1983 a 2007 disponible en <http://www.motivationalinterview.org>, un sitio mantenido por el Centro de Transferencia Tecnológica de la Región del Atlántico Medio del Centro para el Tratamiento del Abuso de Sustancias (Center for Substance Abuse

Treatment's Mid-Atlantic Addiction Technology Transfer Center). A continuación aparece una cita para una revisión meta-analítica de la Entrevista Motivacional como intervención breve para el exceso de bebida.

[Vasilaki, E. I., Hosier, S. G., & Cox, W. M. \(2006\). The efficacy of motivational interviewing as a brief intervention for excessive drinking: A meta-analytic review. \*Alcohol & Alcoholism\*, 41\(3\), 328-335.](#) 

## Información de Contactos

Para información sobre la investigación:

William R. Miller, Ph.D.  
(505) 925-2378  
wrmiller@unm.edu

Para más información, visite:

- <http://www.motivationalinterview.org>

Considere estas [Preguntas a Formular](#) (PDF, 175KB) a medida que explora los posibles usos para esta intervención.

Este PDF se generó a partir de <http://www.nrepp.samhsa.gov/ViewIntervention.aspx?id=130> el 25 de enero de 2012.