

Artículo (Monográfico)

## Intervención Breve en Conductas Adictivas: la Promoción del Cambio

José Luis Carballo<sup>1,2</sup>  y Ainhoa Coloma-Carmona<sup>1,2</sup> 

<sup>1</sup> Universidad Miguel Hernández de Elche, España

<sup>2</sup> Instituto de Investigación Sanitaria y Biomédica de Alicante (ISABIAL), Alicante, España

### INFORMACIÓN

Recibido: Febrero 3, 2025

Aceptado: Marzo 3, 2025

#### Palabras clave

Motivación  
Intervención breve  
Conductas adictivas  
Promoción del cambio

### RESUMEN

La mayoría de las personas que tienen problemas adictivos siguen consumiendo o no acuden a tratamiento. Ante esta situación, este artículo presenta las Intervenciones Breves (IBs) como alternativa de tratamiento para promover el cambio entre la población. Las IBs surgen de las investigaciones de recuperación natural que tratan de explicar por qué las personas no van a tratamiento y qué conductas hacen en ausencia de este para cambiar. Las IBs son un conjunto de estrategias terapéuticas dirigidas a motivar a los individuos para que consideren realizar cambios en conductas que suponen un riesgo para su salud y apoyarlos en ese proceso. Se diferencian distintas modalidades de IBs: mínima (consejo de 3 a 10 minutos), estándar (de 4 sesiones muy breves) y ampliada (hasta 12 sesiones). Se han mostrado eficaces tanto para iniciar el cambio como para mantenerlo, mejorando incluso la adherencia a los tratamientos. Entre las principales técnicas que se aplican, se encuentran: el análisis funcional del consumo y estrategias de entrenamiento en autoeficacia y afrontamiento para prevenir recaídas. Las IBs sirven para normalizar el cambio y acercar el tratamiento a las personas, algo necesario para mejorar la efectividad y resultado de éstos.

### Brief Intervention in Addictive Behaviors: Promoting Change

### ABSTRACT

Most individuals with addictive behaviors either persist in their substance use or do not seek treatment. To address this issue, the present article introduces brief interventions (BIs) as a treatment alternative to promote change. BIs originate from natural recovery research, which explores why some people do not seek treatment and how they manage to change on their own. BIs consist of a set of therapeutic strategies designed primarily to motivate and support individuals in considering changes to behaviors that pose health risks. BIs can be categorized into minimal (3 to 10 minutes of counseling), standard (four very brief sessions), and extended (up to 12 sessions) formats. Research has shown BIs to be effective not only in initiating and sustaining behavior change but also in improving treatment adherence. This article presents some of the key techniques used in BIs, focusing on increasing motivation, conducting a functional analysis of substance use, increasing self-efficacy, and training coping skills to prevent relapse. By normalizing change and making treatment more accessible, BIs play a crucial role in improving treatment effectiveness and its outcomes.

#### Keywords

Motivation  
Brief intervention  
Addictive behaviors  
Promoting change

Cómo citar: Carballo, J. L., y Coloma-Carmona, A. (2025). Intervención breve en conductas adictivas: la promoción del cambio. *Papeles del Psicólogo/Psychologist Papers*, 46(2), 76-85. <https://doi.org/10.70478/pap.psicol.2025.46.11>

Autor de correspondencia: José Luis Carballo [jcarballo@umh.es](mailto:jcarballo@umh.es)  Ainhoa Coloma-Carmona [ainhoa.coloma@umh.es](mailto:ainhoa.coloma@umh.es) 

Este artículo está publicado bajo Licencia Creative Commons 4.0 CC-BY-NC-ND

## La Realidad de los Tratamientos en Adicciones

A pesar de la elevada prevalencia de los problemas adictivos a nivel mundial, de las consecuencias para todas las áreas de la vida de estos problemas y de la disponibilidad de tratamientos que han demostrado ser eficaces para la reducción de estos problemas (Dellazizzo et al., 2023), la demanda de tratamiento es minoritaria. Por ejemplo, algunos meta-análisis muestran que más del 80% de las personas con consumo problemático de alcohol no solicitan tratamiento (Mekonen et al., 2021), a lo que se le suma que más del 50% de las personas en tratamiento lo suelen abandonar antes de completarlo. Según Biswal et al. (2024) la falta de adherencia a los tratamientos afecta negativamente a la efectividad de éstos, lo que se traduce en peores tasas de recuperación. También se reduce la eficiencia de los servicios dada la infrautilización de éstos y el agravio que podría suponer para otras personas que están esperando, siendo mayor el mayor impacto en entornos con recursos limitados.

En el caso de España, si se cogen los datos y estimaciones de consumo de los informes del Observatorio Español de la Drogas y Adicciones (OEDA, 2023), se puede observar que la demanda de tratamiento entre consumidores problemáticos de alcohol y otras drogas es muy pequeña. Por ejemplo, en 2022 se estimaba un total de 1.900.000 consumidores de riesgo de alcohol, y a la vez, las admisiones a tratamiento en 2021, tanto nuevas como por recaídas, fueron de 25.000 personas (siendo éstas el 36% de las demandas de todas las adicciones). A la vista de estos datos existe una importante brecha entre consumo problemático y asistencia a tratamiento. Algunas investigaciones realizadas en consumidores de alcohol han puesto de manifiesto como menos de un 4% de las personas que consumen alcohol y presentan un alto riesgo de desarrollar una adicción se plantean pedir ayuda (Coloma-Carmona et al., 2015).

La primera pregunta, que surge de esta situación es ¿por qué las personas con problemas adictivos no van a tratamiento? Algunas investigaciones recientes han tratado de dar respuesta a esta cuestión analizando las barreras que pueden existir para acudir a tratamiento (Farhoudian et al., 2022; Wolfe et al., 2023). Son muchos los factores que pueden impedir la búsqueda de ayuda y la participación en el tratamiento de los problemas de consumo de sustancias, incluidas las barreras individuales, sociales y estructurales. A nivel individual, por ejemplo, la falta de conciencia o aceptación de la gravedad del problema de consumo de sustancias, la creencia de que no necesitan tratamiento y los estados emocionales negativos pueden disminuir la motivación para buscar tratamiento. Por otra parte, barreras sociales, como la estigmatización de las personas con problemas adictivos o la normalización del consumo de alcohol y otras drogas, también contribuyen a disminuir las tasas de búsqueda de tratamiento. Las barreras estructurales a la accesibilidad al tratamiento abarcan tanto las barreras a nivel de servicios (por ejemplo, largos periodos de espera, los costes o poca oferta de opciones de tratamiento). En este sentido, incluso los propios profesionales de la salud que podrían indicarles tratamientos (p.ej., desde atención primaria) también ven barreras a la hora de iniciar tratamientos, destacando el sentir que les van a mentir sobre su consumo o la falta de tiempo para abordar estas problemáticas (Coloma-Carmona et al., 2017). Todas estas barreras, pueden disminuir la intención de ir a tratamiento y también el compromiso cuando están dentro, incluso cuando la actitud positiva y la motivación para cambiar la conducta de consumo están presentes y son altas (Wolfe et al., 2023).

## De la Remisión a la Recuperación

Una de las razones principales por las que las personas con problemas adictivos no acuden a tratamiento es porque no consideran que el tratamiento sea necesario para su caso (De Meyer et al., 2024), en cierto modo, esto enlaza con que las personas evitan la “etiqueta” de “adicto” por el estigma y connotaciones asociados. Esta etiqueta se asocia al modelo biomédico de enfermedad, del que se pueden resumir las principales características como: no es posible la curación sin tratamiento, tampoco van a curarse totalmente debido a que una posible recaída siempre estará presente en la vida, y la imposibilidad de ningún tipo de consumo mínimo. Además, se propone como única alternativa la abstinencia (Férrandez Hermida et al., 2007). Tal y como señalan, Becoña (2016) y Mackillop (2020) muchos investigadores han discrepado de esta definición de enfermedad crónica recurrente en base a la evidencia disponible sobre la recuperación en adicciones que es incompatible con esta concepción.

Esta definición de “irrecuperabilidad” conlleva que muchas de las personas con problemas adictivos eviten acudir a tratamiento para no llevar asociada una etiqueta de por vida. Al considerar la adicción como una enfermedad crónica parece tener más sentido utilizar el término de remisión, que es un término médico que significa que los principales síntomas de la enfermedad se eliminan o disminuyen por debajo de un nivel perjudicial predeterminado (NIDA, 2018).

En este sentido, los principales sistemas de clasificación diagnóstica, DSM y CIE, se fundamentan también en el modelo biomédico, centrándose más en el concepto de remisión (Carballo, 2023). Sin embargo, ante este modelo, la evidencia muestra la complejidad multicausal de las adicciones porque se necesita de nuevos enfoques para su tratamiento y prevención (Heather et al., 2018, Secades et al., 2007). Es por ello por lo que resulta necesario dar un paso más allá de la mera desaparición de síntomas, referida a la idea de remisión, y definir el concepto de recuperación en adicciones, que engloba más factores relacionados con el cambio.

La recuperación se define en términos de un proceso de cambio dinámico relacionado con mejoras en la salud y el funcionamiento social, así como, un aumento en el bienestar, la calidad de vida y de cambios en los propósitos de la vida (Witkiewitz et al., 2020; Witkiewitz y Tucker, 2020). El eje central de la recuperación ya no es la abstinencia o la desaparición de síntomas, si no la mejora en la calidad de vida y funcionamiento de las personas. A nivel operativo, la recuperación pasaría a ser entendida como cambios en el consumo (abstinencia vs consumos mínimos), aumento de la autoeficacia y estrategias de afrontamiento, mejora del apoyo social, estilo de vida saludable, mejoras en la salud y en la calidad de vida en general (Carballo, 2023).

Este nuevo enfoque del cambio, y las metas a alcanzar, rompe con la idea clásica de la adicción y, por lo tanto, acepta más vías de recuperación que el tratamiento tradicional lo que supone un acercamiento a aquellas personas que no pueden o no quieren solicitar ayuda formal. Como se ha descrito en este artículo, las admisiones en tratamiento son mínimas ya sea porque las personas siguen consumiendo o porque deciden cambiar sin ayuda, por lo que son necesarias nuevas estrategias para intervenir en esta problemática.

## De la Recuperación Natural a la Intervención Breve

La recuperación natural, también conocida como autocambio, hace referencia a la mejoría que se da en determinados trastornos psicopatológicos a pesar de la ausencia de cualquier tipo de tratamiento formal, incluyendo grupos de autoayuda y otras intervenciones similares. En línea con lo desarrollado hasta el momento, en el ámbito de las conductas adictivas la recuperación fuera del contexto de los tratamientos no parece algo excepcional si no una vía preferente para el cambio (Carballo y Fernández-Hermida, 2022; De Meyer et al., 2024). Este hecho, es algo que se ha mantenido estable desde los estudios clásicos de Robins con veteranos de guerra (1974, 2010), pasando por los estudios en alcohol de Sobell et al. (1996) hasta los más recientes de Kelly et al. (2017). Muchas investigaciones han tratado de buscar explicaciones a este fenómeno para mejorar la comprensión de las adicciones y su tratamiento, dado que como ya se ha descrito supone una ruptura con el concepto de enfermedad crónica y del mito del tratamiento formal como el “guardián de la recuperación” (Humphreys, 2015), es decir, la única vía posible de cambio. La recuperación natural abre el camino a entender el tratamiento como un ámbito más de un continuo en el que se puede dar el proceso de recuperación, la cual ocurre en un contexto de vida complejo y con múltiples factores influyentes que va más allá de la intervención (De Meyer, Zerrouk, et al., 2024, Klingemann et al., 2010).

En este ámbito se han investigado las características de las personas que se recuperan de sus conductas adictivas sin tratamiento (Carballo et al., 2007; De Meyer et al., 2024; Sobell et al., 2000), incluyendo las motivaciones que les llevan a iniciar (p.ej., eventos vitales significativos) y mantener el cambio (p.ej., el apoyo social), así como, de las razones para no ir a tratamiento (p.ej., sentir que no necesitan ayuda). De estos estudios se deriva la iniciativa de desarrollar estrategias para aquellos que no quieren, no pueden o no están preparados para asistir a tratamiento, pero que, al mismo tiempo, podrían valorar eliminar o reducir el consumo (Carballo y Fernández-Hermida, 2022). Resultan necesarias estrategias que sirvan como puerta de entrada, acercando los tratamientos formales y la valoración de cambiar a estas personas y así prevenir que consumos excesivos se cronifiquen y se transformen en trastornos más graves.

A este tipo de estrategias, en las que no intervienen profesionales, se las ha denominado “promoción de autocambio”. Se han desarrollado sobre todo para la adicción al alcohol en formato de guías escritas, folletos informativos y también de páginas web y aplicaciones para smartphones. Estas guías suelen consistir en materiales de autoevaluación y de presentación de estrategias de afrontamiento para el abandono o reducción del consumo en las que acudir a tratamiento formal sería una alternativa adicional si fuese necesario. Diversos trabajos han mostrado que estas herramientas pueden producir cambios significativos en los hábitos de consumo de alcohol, por ejemplo, el uso de correos con información sobre el autocambio y feedback personalizado (Sobell et al., 2002) o, por otra parte, contenido en páginas web de descripción de casos que han tenido éxito en su recuperación natural (Cunningham y Godinho, 2021). Cada vez es más habitual, que organismos sanitarios las utilicen, por ejemplo, la plataforma web de “estilos saludables” del Ministerio de Sanidad de España. Por otra parte, también se han desarrollado manuales y guías específicas en los

cuales se proponen líneas de trabajo y de actuación en el camino de promover el autocambio entre aquéllos que no quieren o no pueden acceder al tratamiento (Klingemann y Sobell, 2007).

El objetivo final de la promoción del autocambio, es pasar de la normalización del consumo a la normalización del cambio, que los sistemas y políticas sanitarias se hagan eco de la posibilidad de que las personas cambien sus consumos por sí mismos, y de este modo, si necesitan ayuda en el proceso tengan mayor probabilidad de pedirla (Klingemann et al., 2010). Desde la perspectiva de la Economía Conductual, esta normalización del cambio encajaría con la necesidad de que la prevención macrosocial se centre en reducir el coste para acceder a alternativas al consumo (González-Roz et al., 2020), como pueden ser los comportamientos de autocambio.

En este contexto de promoción del cambio se plantea la cuestión de si existen estrategias eficaces que ayuden a motivar a las personas para iniciar tratamientos o mantenerse dentro de los mismos. Es decir, es posible pasar del modelo tradicional en el que las personas acuden a pedir ayuda, o incluso cambian por sí mismas, a que exista una anticipación activa desde los sistemas asistenciales para que las personas inicien cambios. Surge, por lo tanto, la necesidad de desarrollar estrategias de intervención para reducir el número de personas que no accede a servicios de atención motivando a las personas para el inicio de tratamientos y el mantenimiento en los mismos. Estas intervenciones deberían ser fácilmente accesibles y breves, con el fin de “enganchar” a las personas en programas más completos.

En una revisión sistemática que evaluó la bibliografía de investigación existente sobre las intervenciones dirigidas al inicio y el cumplimiento del tratamiento (farmacológico, psicológico o combinado) de las conductas adictivas, se identificaron diferentes grupos de estrategias empleadas para estos fines (Biswal et al., 2024): derivadas de la Entrevista Motivacional (EM), manejo de contingencias (MC), avisos y recordatorios, exposición a pistas, sesiones de Terapia Cognitivo-Conductual breves, seguimientos, intervenciones facilitadas y dirigidas por iguales, contratos de asistencia y terapia conductual de pareja. De entre ellas, destacaron las intervenciones breves motivacionales, puesto que el 90% de los estudios la consideraron eficaz en todos los contextos administración, tanto para facilitar el inicio del tratamiento como para fomentar la adherencia. Su enfoque se centraba en preparar planes de cambio, evaluar e intervenir en los posibles factores de riesgo responsables del mantenimiento de la conducta adictiva del cliente, reforzar los factores de protección existentes que podrían ayudarles a mantener la recuperación y abordar las actitudes de resistencia. La EM ofrece a las personas la oportunidad de adquirir información relacionada con el tratamiento, establecer expectativas realistas y evocar sentimientos de satisfacción y esperanza cuando esas expectativas se cumplen en el proceso de tratamiento. El MC y el uso de reforzadores también resultó eficaz para el cumplimiento terapéutico en los estudios que la probaron. Por lo tanto, el MC, además, de crear un contexto de elección en la que la recompensa alternativa a consumir drogas puede ser más cercana y atractiva (Secades et al., 2025), también puede ser útil para reforzar otras conductas como el inicio del tratamiento y la adherencia al mismo. Otro resultado para tener en cuenta fue que la vinculación más fuerte de las personas con la atención se consiguió con mayor frecuencia cuando se integraron medidas de apoyo adicionales, como el seguimiento telefónico y la gestión de casos (Biswal et al., 2024).

Tal y como señala Secades-Villa (2025) el entorno social es un modulador complejo y multifacético de la etiología y recuperación de los trastornos adictivos, y esto también va a afectar al diseño de las intervenciones y el acceso de las personas a tratamiento. Es por ello por lo que se debe ampliar el enfoque del tratamiento de las conductas adictivas, en el que el modelo asistencial clásico de recibir a las personas con problemas adictivos en consulta debe dar paso a un modelo de anticipación y acercamiento a las personas. Esto podría lograrse haciendo uso de estrategias que les motiven a iniciar el cambio, acudir a tratamiento cuando sea necesario y mejorar la adherencia a los mismos. Las intervenciones breves destacan como la herramienta más eficaz para conseguir estos objetivos.

### Definición de Intervención Breve y Modelos Clásicos

La intervención breve (IB) es un enfoque terapéutico que surgió, dentro del ámbito de la salud pública, como una estrategia para reducir y prevenir conductas que pusieran en riesgo la salud de las personas. Estas intervenciones se caracterizan por su corta duración, su estilo centrado en el individuo y su enfoque universal basado en la reducción del daño. Más que un tratamiento estandarizado, las IBs son un conjunto de estrategias terapéuticas dirigidas, principalmente, a motivar a los individuos para que consideren realizar cambios en conductas que suponen un riesgo para su salud y apoyarlos en ese proceso (Center for Substance Abuse Treatment, 2012).

Aunque inicialmente las IBs fueron concebidas como una herramienta de consejo para profesionales sanitarios, con el objetivo de reducir el consumo de alcohol en personas con patrones de consumo de riesgo (McCambridge y Cunningham, 2014), su uso se ha extendido a otros contextos, como los programas comunitarios o incluso los centros escolares (Adams et al., 2023), servicios sociales, entorno judicial y policial (Newbury-Birch et al., 2022). No obstante, la Atención Primaria y los servicios de urgencias siguen siendo los principales ámbitos de aplicación de las IBs, donde son aplicadas por distintos profesionales de la salud (personal médico, de enfermería y de psicología, principalmente).

A pesar de la diversidad en sus formatos, contextos de aplicación y objetivos, las IBs parten de dos modelos, los cuales guían la implementación de la mayoría de las IBs de menor duración: el modelo FRAMES (Miller y Sanchez, 1994) y el modelo de las 5 'A' (Whitlock et al., 2002). El modelo FRAMES es el acrónimo de los siguientes componentes: 1) proporcionar información sobre el consumo de drogas y sobre los riesgos asociados (Feedback), 2) fomentar la responsabilidad de las personas en la conducta de consumo y en las decisiones que toma sobre esta conducta (Responsability), 3) ofrecer consejo profesional e imparcial sobre cómo reducir los daños para reforzar y facilitar el cambio a consumos de un menor riesgo o el cese del consumo (Advice), 4) presentar un abanico de opciones de tratamiento y estrategias terapéuticas (Menu), 5) utilizar una comunicación empática, evitando un estilo confrontativo (Empathy), y 6) fortalecer la autoeficacia percibida de las personas para hacer frente con éxito a situaciones relacionadas con el consumo, reforzando los logros alcanzados e identificando posibles fortalezas que puedan facilitar la reducción o cese del consumo (Self-efficacy). Por su parte, el modelo de las 5 'A' establece un proceso estructurado que incluye

1) la evaluación del consumo de la sustancia (Ask), 2) dar consejo personalizado sobre las consecuencias para la salud que pueden derivar de su patrón de consumo (Advise), 3) evaluar el interés y disposición a realizar cambios en la conducta de consumo (Assess), 4) ayudar a la persona en la elaboración de un plan para el cambio, estableciendo objetivos conjuntamente y dotándole de herramientas para poder realizarlo, como el entrenamiento de habilidades (Assist), y 5) la planificación del seguimiento o derivación a otros servicios si es necesario (Arrange).

Ambos modelos, FRAMES y 5'A', proporcionan un marco estructurado que guía la aplicación de la IB, la cual generalmente se aplica tras un proceso de cribado (screening) del consumo de sustancias. Este cribado, acompañado de la IB, da forma a otro modelo ampliamente utilizado en los programas de prevención y abordaje temprano del consumo problemático de sustancias: el modelo SBIRT. Desarrollado en la década de los 60 como una estrategia de salud pública basada en la evidencia, el SBIRT integra tres componentes clave: cribado (*screening*), intervención breve (*brief intervention*) y derivación a tratamiento (*referral to treatment*), con el objetivo de prevenir y reducir el consumo problemático de sustancias en entornos sanitarios. Su implementación tomó mayor impulso a partir de 2003, cuando fue promovido activamente por el SAMHSA, extendiéndose progresivamente a nivel internacional (Kaner et al., 2018; O'Donnell et al., 2014). Actualmente, se aplica en distintos países y sistemas de salud, especialmente en Atención Primaria, como parte de un enfoque universal para la detección temprana y la intervención en el consumo de sustancias.

Dentro del SBIRT, la IB se dirige a personas con consumo de riesgo moderado, aunque también puede servir como primer paso hacia un tratamiento más especializado. Su duración varía entre una y cinco sesiones, las cuales se enfocan principalmente en aumentar la conciencia sobre el consumo, fortalecer la motivación para el cambio y planificar estrategias para reducirlo. Para ello, se emplean técnicas como el consejo breve, el modelo FRAMES y la entrevista motivacional (Coloma-Carmona y Carballo, 2022). Un ejemplo práctico de la aplicación del modelo SBIRT es la IB asociada al ASSIST, una herramienta estructurada para detectar el consumo de alcohol, tabaco y otras sustancias, desarrollada por la Organización Mundial de la Salud (Humeniuk et al., 2011). La IB vinculada a ASSIST ha sido adaptada y validada también para su uso en la población española (Rubio-Valladolid et al., 2014). El uso de ASSIST en el proceso de cribado del modelo SBIRT permite a los profesionales de la salud clasificar a los individuos según el nivel de riesgo que implica su consumo de sustancias, iniciándose la IB cuando el riesgo identificado es moderado o alto.

### Tipos de Intervención Breve

Aunque no existe una definición estandarizada de las IBs, el término engloba una amplia variedad de enfoques terapéuticos que, si bien todos se caracterizan por su corta duración, varían en el número de sesiones, las técnicas empleadas, sus objetivos y el nivel de especialización requerido por parte de los profesionales responsables de su aplicación (Center for Substance Abuse Treatment, 2012; Evans et al., 2011). Como parte de un continuo de atención, las IBs pueden ir desde simples consejos emitidos por profesionales de la salud hasta estrategias más complejas destinadas

a motivar el cambio de comportamiento o facilitar la toma de decisiones en el paciente, utilizando técnicas de entrevista motivacional y prevención de recaídas (Center for Substance Abuse Treatment, 2012). La elección de aplicar una u otra IB dependerá de la gravedad del consumo, los objetivos que se pretenden conseguir en lo que respecta al consumo (prevención universal, selectiva...) o incluso los recursos disponibles en cada entorno donde se pretende aplicar (Coloma-Carmona y Carballo, 2022). Dado que son múltiples los términos utilizados para referirse a las IBs (p.ej., consejo simple, intervenciones mínimas, consejo breve...), en este artículo se hará una propuesta centrada en la duración y especialización de las mismas. Para ello se establecen tres grandes categorías (ver Tabla 1):

- La *Intervención Breve Mínima (IBM)*, también denominada consejo breve, es una estrategia oportunista que puede aplicarse en cualquier contexto, aunque mayoritariamente se implementa en el clínico. Se caracteriza por su brevedad (una única sesión de 3 a 10 minutos) y se basa en la entrega de información y el consejo sobre el consumo sustancias, adaptado al perfil de la persona. Puede incluir material de autoayuda y no requiere especialización o entrenamiento específico en técnicas terapéuticas o en conductas adictivas, lo que facilita su implementación en diversos ámbitos asistenciales y no asistenciales. De hecho, el SAMHSA indica que este tipo de intervenciones pueden ser aplicadas también por personas ajenas al ámbito de las conductas adictivas y la sanidad, como docentes, consejeros estudiantiles, entre iguales o incluso abogados (Center for Substance Abuse Treatment, 2012).
- Por otro lado, la *Intervención Breve Estándar (IBE)* se diferencia de la *intervención mínima* por estar estructurada en varias sesiones cortas (un máximo de 3-4 sesiones de un máximo de 30 minutos duración) con el objetivo de generar conciencia sobre el consumo y sus posibles consecuencias a través de la psicoeducación fundamentalmente. Suele aplicarse en Atención Primaria, hospitales y centros comunitarios, y puede combinarse con herramientas para aumentar la motivación.
- Cuando la duración de esta intervención es mayor (entre 4 a 12 sesiones) y utiliza técnicas propias del tratamiento formal,

entonces se la puede denominar *Intervención Breve Extendida e Intensiva (IBEI)*. Presenta una mayor estructuración y adopta un enfoque motivacional, orientado a reducir la ambivalencia del paciente frente al consumo y fortalecer su capacidad para generar cambios sostenibles en el tiempo. Más allá del consejo breve, la IBEI incluye estrategias para el desarrollo de planes de acción y sesiones de seguimiento que permiten evaluar el progreso y ajustar la intervención según la respuesta del paciente. Debido a su mayor complejidad y enfoque esencialmente motivacional, la IBEI es aplicada por profesionales especializados en el tratamiento de las adicciones (p.ej., psicología y psiquiatría).

### Eficacia de las Intervenciones Breves

Como se ha mencionado anteriormente, las IBs han destacado en diversas investigaciones como una estrategia eficaz y efectiva en la reducción del consumo de sustancias psicoactivas, y su implementación en distintos contextos, mostrando resultados positivos, aunque con variaciones según la sustancia, el tipo de IB aplicada y el contexto (Barbosa et al., 2015; Sahker et al., 2022; Saitz, 2010). Más recientemente, las versiones digitales de estas intervenciones (e-SBIRT) han sido evaluadas en diversos estudios, mostrando resultados mixtos en la reducción del consumo de alcohol, tabaco y drogas ilícitas, sin encontrarse diferencias significativas respecto a los enfoques convencionales (Jones et al., 2024).

En el ámbito del alcohol es donde más se ha estudiado. Según el Informe sobre Alcohol de la Unión Europea de la OMS (Moeller et al., 2012), las IBs son una medida eficaz, eficiente y de bajo coste, capaz de reducir el consumo en bebedores de riesgo, aunque con cierta variabilidad en los tamaños del efecto que oscilan de moderados a grandes (0,20-0,88). La evidencia económica disponible respalda su rentabilidad, tanto como parte de programas SBIRT como una estrategia aislada, en distintos contextos que van desde colegios hasta atención primaria y servicios de urgencias, así como en diversas poblaciones (Le et al., 2023; World Health Organization, 2012).

En adolescentes, el cribado con asesoramiento para jóvenes en alto riesgo ha mostrado un buen balance entre costos y beneficios a largo plazo. Aunque el metaanálisis de Tanner-Smith y Lipsey

**Tabla 1**  
Resumen de Tipos de Intervenciones Breves

Tipo de Intervención	Duración	Población Objetivo	Aplicadores	Principales técnicas/estrategias
Intervención Mínima (IM)	3-10 minutos en una única sesión	Intervención oportunista: población general en riesgo de consumo problemático.	Profesionales de: trabajo social, enfermería, medicina, psiquiatría, psicología. No profesionales: iguales, consejeros educativos, policía, abogacía, etc.	Consejo breve tras evaluación del consumo (p.ej., modelo FRAMES). Entrega material autoayuda (p.ej., folletos, información básica sobre opciones de cambio).
Intervención Breve Estándar (IBS)	Hasta 4 sesiones de 30 minutos	Consumo de riesgo o abuso	Profesionales con formación en IB	Feedback del consumo y consejo breve. Psicoeducación. Estrategias de apoyo conductual. Conductas alternativas.
Intervención Breve Extendida e Intensiva (IBEI)	De 4 a 12 sesiones de 30-60 minutos. Con posibilidad de seguimientos y evaluación post-intervención al año	Abuso y trastornos por uso de sustancias	Profesionales especialistas de las conductas adictivas (p.ej., psicología)	Feedback del consumo y consejo breve. Análisis funcional de la conducta. Entrevista motivacional y prevención recaídas

(2015) señala que el efecto de las IBs en jóvenes es modesto ( $g = 0.17-0.27$ ), resalta que, debido al bajo coste de implementación, representan una estrategia viable y escalable. Además, la revisión de Carney et al. (2016) destaca que las terapias breves motivacionales en el ámbito escolar pueden ser más efectivas que solo la evaluación, aunque aún no hay suficiente evidencia sólida para extraer conclusiones definitivas. De manera similar, Hogue et al. (2018) afirman que las IBs aplicadas en adolescentes son intervenciones probablemente eficaces, lo que apoya su uso en este grupo poblacional. En adultos, estas intervenciones pueden generar un retorno de hasta 39 dólares por cada dólar invertido (Mundt, 2006). Sin embargo, la efectividad y el ahorro dependen también del contexto y la modalidad de implementación, destacando los entornos de urgencias y atención primaria como escenarios clave donde sus beneficios se maximizan (Le et al., 2023).

En particular, las IBs en urgencias han demostrado ser más costo-efectivas que cuando se aplica en entornos ambulatorios, con un ahorro estimado de 8,63 dólares por paciente, logrando que un 13,8% más de personas reduzcan su consumo por debajo del umbral de riesgo (Barbosa et al., 2015). Además, una revisión de estudios desarrollados en estos entornos (Kaner et al., 2018) encontró que las IBs son más efectivas que la ausencia de intervención o intervenciones mínimas, pudiendo reducir el consumo de alcohol en una cantidad equivalente a dejar de beber un día al mes (Tanner-Smith et al., 2021). Sin embargo, en personas con consumo más grave, su efectividad se ve limitada, por lo que se recomienda combinar SBIRT con tratamientos más intensivos o terapias grupales para obtener mejores resultados (Babor et al., 2017; O'Donnell et al., 2014; Saitz, 2010).

En el ámbito del tabaquismo, la aplicación del consejo médico también ha demostrado su efectividad. El consejo breve o intervención mínima administrado por médicos de familia en Atención Primaria ha mostrado ser tan eficaz como la medicación para dejar de fumar (Chirila et al., 2024). Sin embargo, en el caso de las personas que no están preparadas para dejar de fumar las intervenciones motivacionales parecen tener un efecto superior al de otras IB o el consejo breve para inducir los intentos de abandono del tabaco, especialmente si el abandono se plantea de manera gradual (Klemperer et al., 2023). Por otro lado, meta-análisis como el de Aveyard et al. (2012) concluyen que el consejo médico incrementa significativamente las tasas de abstinencia a largo plazo. Las IBs combinadas con el apoyo conductual, parecen mejorar además las tasas de abandono del hábito tabáquico, con incrementos que oscilan entre un 10% y un 20% en la probabilidad de éxito (Hartmann-Boyce et al., 2019), manteniéndose estas tasas de abandono incluso después de 6 meses (Hartmann-Boyce et al., 2021).

Por otro lado, la aplicación de IBs en el consumo de cannabis es menos habitual, debido entre otras cuestiones a las limitaciones metodológicas de los estudios y a la falta de intervenciones adaptadas a estas sustancias (Cortés-Tomás y Giménez-Costa, 2022; Gex et al., 2024). Algunas revisiones sistemáticas indican que pueden tener resultados positivos, aunque modestos, en su aplicación en contextos escolares o universitarios (Carney et al., 2016; Halladay et al., 2019; Li et al., 2019). Sin embargo, las IBs no parecen ser tan efectivas en reducir la frecuencia o gravedad del consumo de cannabis en contextos sanitarios, tanto en adultos como en adolescentes (Chazal et al., 2022; Gette et al., 2023; Imtiaz et al., 2020).

En resumen, las IBs han demostrado ser una estrategia prometedora en la reducción del consumo de diversas sustancias, especialmente en el ámbito del alcohol y el tabaco. Sin embargo, la eficacia de estas intervenciones varía según la sustancia, el contexto y el grupo poblacional, por lo que es importante continuar investigando y ajustándolas para maximizar su efectividad en distintos escenarios.

### Componentes Principales de la Intervención Breve Extendida e Intensiva

En este artículo, se han definido los distintos tipos de IBs. Las IB Extendida e Intensiva, requiere además de un análisis más completo, dado que es la que más efectiva será por su complejidad y alto grado de especialización. Al igual que los tratamientos eficaces para las conductas adictivas (Cortés-Tomás et al., 2024), los componentes principales de las IBs van a combinar enfoques cognitivo-conductuales (TCC), motivacionales y de prevención de recaídas.

### Análisis Funcional de la Conducta

El análisis funcional es el elemento base de la TCC y primer paso en la IB, permitiendo una evaluación detallada de la conducta adictiva junto con sus antecedentes y consecuentes. Para ello, los autorregistros son herramientas clave que ayudan a monitorizar el consumo e identificar patrones y situaciones que pueden ser de mayor riesgo. Esta información resulta esencial para definir los objetivos del tratamiento (que pueden ir desde la abstinencia a consumos mínimos), identificar desencadenantes del consumo y/o dar feedback normativo del consumo y sus contingencias (Coloma-Carmona y Carballo, 2022).

### Estrategias para el Aumento de la Motivación

La IB recoge elementos de la Entrevista Motivacional (Miller y Rollnick, 2023) diseñados para facilitar la toma de decisiones y aumentar la motivación en relación con su conducta de consumo de sustancias. Originalmente, sus principios se agrupaban bajo el acrónimo DARES, que incluía la creación de discrepancia, la evitación de la argumentación, la gestión de la resistencia, la expresión de empatía y el fomento de la autoeficacia (Miller y Rollnick, 1991). Más tarde, estos principios evolucionaron hacia cuatro grandes procesos: el establecimiento de una vinculación con el paciente, la focalización en objetivos específicos, la evocación de la motivación y planificación de acciones para conseguir el cambio (Miller, 2023).

Para alcanzar estos objetivos, dentro de la EM se emplean diversas estrategias terapéuticas que invitan a la reflexión y la toma de decisiones. Una de ellas es el *feedback* de resultados de la evaluación, que suele acompañarse de información normativa sobre el consumo del grupo de referencia, permitiendo que la persona, de manera neutral y sin confrontación directa, compare su conducta de consumo con la de otros y tome decisiones al respecto. Otra técnica habitual es el *balance decisional*, que consiste en evaluar los costes y beneficios tanto de mantener el consumo como de modificarlo.

Dentro de estas técnicas motivacionales, también es fundamental además el uso de las denominadas OARS que es un conjunto de

técnicas verbales y no verbales diseñadas para favorecer la comunicación y los procesos de cambio (Center for Substance Abuse Treatment, 2019). OARS es el acrónimo de cuatro habilidades esenciales en la EM: el uso de *preguntas abiertas* que facilitan la exploración de experiencias y creencias sin respuestas cerradas e invitan a la reflexión (p.ej., en lugar de preguntar “¿Consumes alcohol?” se puede indicar “Háblame sobre tu consumo de alcohol”); las *afirmaciones* que refuerzan los logros y fortalezas de la persona para incrementar su autoeficacia; la *escucha reflexiva*, que demuestra comprensión y favorece el reconocimiento de los propios pensamientos y emociones del paciente; y los *resúmenes* y parafraseo de la información aportada por la persona, que además de demostrar escucha activa, ayudan a estructurarla y proporcionan claridad en la conversación.

### Prevención de Recaídas

La Prevención de Recaídas, basada en el modelo de Marlatt y Gordon (1985), es un modelo que incorpora estrategias cognitivo-conductuales para reducir el riesgo de recaída tras realizar cambios en el consumo. Entre sus principales estrategias se encuentran: (1) los cambios en *el estilo de vida* (p.ej., tiempo de ocio) buscando alternativas conductuales gratificantes y una mayor organización de las actividades diarias. (2) *La identificación de situaciones* de alto riesgo, como aquellas que se asocian a la exposición a estímulos ambientales (p.ej., lugares donde el individuo consumía habitualmente), estados emocionales intensos (tanto positivos como negativos) o presión social (p.ej., el ofrecimiento de sustancias por parte de amigos). (3) El desarrollo *de planes de acción* para el entrenamiento en habilidades de afrontamiento y en resolución de problemas individualizados con metas desglosadas y a corto plazo, que faciliten la implementación progresiva del cambio (Marlatt y Donovan, 2005). (4) Además, se fomenta *el aumento de la autoeficacia*, alentando al paciente a observar de manera objetiva su consumo y a fragmentar el objetivo de cambio en pequeños pasos alcanzables (p.ej., plantear el cese del consumo en situaciones específicas o la reducción gradual si el paciente es reticente a dejar de consumir), facilitando el éxito en el afrontamiento de estas situaciones. (5) También se utiliza la *reestructuración cognitiva* para modificar creencias erróneas sobre el consumo y el proceso de cambio, con el objetivo de que el individuo continúe en el proceso de cambio, incluso si experimenta una caída puntual en el consumo (Coloma-Carmona y Carballo, 2022).

### Conclusiones

El objetivo de este artículo ha sido presentar la IB en conductas adictivas como una estrategia eficaz, efectiva y eficiente para aportar soluciones realistas a algunos de los grandes problemas del tratamiento de las adicciones. La gran mayoría de las personas con problemas adictivos continúan sin recibir atención y resulta necesario que investigadores, profesionales, y responsables de sistemas sanitarios, educativos y sociales sean conocedores de la variedad de intervenciones que pueden ser útiles para acercar opciones de cambio a las personas, así como, mejorar el inicio y el cumplimiento de los tratamientos.

La integración de estrategias que fomenten el inicio de tratamiento y la adherencia en los servicios de intervención de las conductas

adictivas es crucial para mejorar la eficacia del tratamiento y los resultados de las personas con problemas de adicción. Al incorporar estas estrategias a los servicios ambulatorios, hospitalarios, educativos, sociales y de posttratamiento, los diferentes sistemas de atención a personas con conductas adictivas pueden implicarles y apoyarles mejor, lo que se traduce en mejores resultados.

A modo de conclusión, resulta necesario que el rol profesional en el campo de las adicciones sea más activo y cercano a la población tratando de reducir las barreras de las intervenciones. Para ello, se pueden utilizar IBs con el fin de normalizar el cambio. Estas intervenciones se caracterizan por centrarse más en la motivación, tener menor duración, y se perciben como actuaciones más abiertas, empáticas y menos enjuiciadoras. El tratamiento de las adicciones debe pasar de ser algo ajeno a la realidad de las personas, solamente necesario para quienes tienen problemas graves, a un conjunto diversificado de acciones que constituyan una alternativa útil y adaptada a los contextos para promocionar el cambio, especialmente, entre los que siguen consumiendo y no se plantean pedir ayuda.

### Conflicto de Intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

### Referencias

- Adams, E. J., Morris, L., Marshall, G., Coffey, F., Miller, P. D., y Blake, H. (2023). Effectiveness and implementation of interventions for health promotion in urgent and emergency care settings: An umbrella review. *BMC Emergency Medicine*, 23(1), 41. <https://doi.org/10.1186/s12873-023-00798-7>
- Aveyard, P., Begh, R., Parsons, A., y West, R. (2012). Brief opportunistic smoking cessation interventions: A systematic review and meta-analysis to compare advice to quit and offer of assistance. *Addiction*, 107(6), 1066-1073. <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2011.03770.x>
- Babor, T. F., Robaina, K., y Noel, J. (2017). Enhancing Access to Alcohol Screening, Brief Intervention, and Referral to Treatment to Better Serve Individuals and Populations. In *Preventing Alcohol-Related Problems: Evidence and Community-Based Initiatives*. American Public Health Association. <https://doi.org/10.2105/9780875532929ch26>
- Barbosa, C., Cowell, A., Bray, J., y Aldridge, A. (2015). The Cost-effectiveness of Alcohol Screening, Brief Intervention, and Referral to Treatment (SBIRT) in Emergency and Outpatient Medical Settings. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 53, 1-8. <https://doi.org/10.1016/j.jsat.2015.01.003>
- Becoña, E. (2016). La adicción «no» es una enfermedad cerebral. *Papeles del Psicólogo*, 37(2), 118-125.
- Biswal, B., Bora, S., Anand, R., Bhatia, U., Fernandes, A., Joshi, M., y Nadkarni, A. (2024). A systematic review of interventions to enhance initiation of and adherence to treatment for alcohol use disorders. *Drug and Alcohol Dependence*, 263, 112429. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2024.112429>
- Carballo, J. L. (2023). Sobre la recuperación en adicciones. *Health and Addictions/Salud y Drogas*, 23(1), 1-5. <https://doi.org/10.21134/haaj.v23i1.855>
- Carballo, J. L., Fernández-Hermida, J. R., Secades-Villa, R., Sobell, L., Dum, M., y García-Rodríguez, O. (2007). Natural recovery from alcohol and drug problems: A methodological review of the literature from 1999

- through 2005. En H. Klingemann y L. Sobell (Eds.), *Promoting self-change from problem substance use: Practical implications for policy, prevention, and treatment*. Springer Verlag.
- Carballo, J. L., y Fernández-Hermida, J. R. (2022). La Recuperación Natural en la adicción al alcohol y otras drogas. En R. Secades Villa, G. García-Fernández y S. Fernández-Artamendi (Eds.), *Psicología de la adicción a las drogas: teoría, evaluación y tratamiento*. Madrid: Pirámide.
- Carney, T., Myers, B. J., Louw, J., y Okwundu, C. I. (2016). Brief school-based interventions and behavioural outcomes for substance-using adolescents. *The Cochrane Database of Systematic Reviews* (2). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD008969.pub3>
- Center for Substance Abuse Treatment. (2012). *Brief Interventions and Brief Therapies for Substance Abuse*. Substance Abuse and Mental Health Services Administration (US).
- Center for Substance Abuse Treatment. (2019). *Enhancing Motivation for Change in Substance Use Disorder Treatment: Updated 2019*. Substance Abuse and Mental Health Services Administration (US). <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK571071/>
- Chazal, C., Roux, C., Kinouani, S., Schuers, M., Fortin, F., Pereira, B., Blanc, O., Pinol-Domenech, N., Brousse, G., Vorillon, P., y Laporte, C. (2022). Effectiveness of brief interventions in primary care for cannabis users aged from 12 to 25 years old: A systematic review. *Family Practice*, 39(6), 1156-1168. <https://doi.org/10.1093/fampra/cmab050>
- Chirila, S. I., Grasa, C. N., Gurgas, L., Cristurean, C.-V., Hanzu-Pazara, L., y Hangan, T. (2024). Evaluating the Effectiveness of Brief Interventions for Smoking Cessation Performed by Family Doctors. *Medicina*, 60(12), 1985. <https://doi.org/10.3390/medicina60121985>
- Coloma-Carmona, A., Carballo, J. L., y Rodríguez, O. G. (2015). Intención de cambio y búsqueda de ayuda en bebedores problemáticos. *Health and Addictions/Salud y Drogas*, 15(2), 127-136. <https://doi.org/10.21134/haaj.v15i2.245>
- Coloma-Carmona, A., Carballo, J. L., y Tirado-González, S. (2017). Barriers for identification and treatment of problem drinkers in primary care. *Gaceta Sanitaria*, 31(2), 95-99. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2016.07.009>
- Coloma-Carmona, A., y Carballo, J. L. (2022). Intervenciones breves. En R. Secades-Villa, G. García-Fernández y S. Fernández-Artamendi (Eds.), *Manual de Conductas Adictivas: Teoría, evaluación y tratamiento* (pp. 221-237). Pirámide.
- Cortés-Tomás, M. T., Carballo, J. L., y Fernández-Artamendi, S. (2024). Tratamiento de los trastornos por consumo de sustancias. En R. Penedés, J. López-Santiago y A. Belloch (Eds.), *Manual de tratamientos en Psicología Clínica*. McGraw Hill.
- Cortés-Tomás, M. T., y Giménez-Costa, J. A. (2022). Programas de prevención selectiva e indicada: ¿Cuáles son las medidas más eficaces? En H. López-Pelayo y M. T. Cortés-Tomás (Coords.), *Guía clínica de Cannabis* (pp. 101-140). Socidrogalcohol.
- Cunningham, J. A., y Godinho, A. (2021). The impact of describing someone as being in recovery from alcohol problems on the general public's beliefs about their life, use of treatment, and drinking status. *Addiction Research & Theory*, 30(3), 180-185. <https://doi.org/10.1080/16066359.2021.1982910>
- Dellazzio, L., Potvin, S., Giguère, S., Landry, C., Léveillé, N., y Dumais, A. (2023). Meta-review on the efficacy of psychological therapies for the treatment of substance use disorders. *Psychiatry Research*, 326, 115318. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2023.115318>
- Evans, D. S., Martin, L., Neeson, B., O'Brien, M., y Cahill, D. (2011). *Brief interventions and motivational interviewing: Literature review and guidance for practice*. Health Service Executive.
- Farhoudian, A., Razaghi, E., Hooshyari, Z., Noroozi, A., Pilevari, A., Mokri, A., Mohammadi, M. R., y Malekinejad, M. (2022). Barriers and Facilitators to Substance Use Disorder Treatment: An Overview of Systematic Reviews. *Substance Abuse: Research and Treatment*, 16, 11782218221118462. <https://doi.org/10.1177/11782218221118462>
- Fernández Hermida, J. R., Carballo, J. L., Secades Villa, R., y García Rodríguez, O. (2007). Modelos teóricos de la conducta adictiva y recuperación natural. Análisis de la relación y consecuencias. *Papeles del Psicólogo*, 28, 2-10.
- Gette, J. A., Regan, T., y Schumacher, J. A. (2023). Screening, brief intervention, and referral to treatment (SBIRT) for cannabis: A scoping review. *Journal of Substance Use & Addiction Treatment*, 146, 208957. <https://doi.org/10.1016/j.josat.2023.208957>
- Gex, K., Leone, R., Aungst, J., Branson, K., Gray, K., y Tomko, R. (2024). S20 - Identifying Brief Intervention Factors to Improve Cannabis Related Outcomes in Adolescents and Emerging Adults: A Systematic Review. *Drug and Alcohol Dependence*, 260, 110131. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2023.110131>
- González-Roz, A., Secades-Villa, R., Martínez-Loredo, V., y Fernández-Hermida, J. R. (2020). Aportaciones de la economía conductual a la evaluación, la prevención y el tratamiento psicológico de las adicciones. *Papeles del Psicólogo*, 41(2), 91-98. doi: 10.23923/pap.psicol2020.2922.
- Halladay, J., Scherer, J., MacKillop, J., Woock, R., Petker, T., Linton, V., y Munn, C. (2019). Brief interventions for cannabis use in emerging adults: A systematic review, meta-analysis, and evidence map. *Drug and Alcohol Dependence*, 204, 107565. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2019.107565>
- Hartmann-Boyce, J., Hong, B., Livingstone-Banks, J., Wheat, H., y Fanshawe, T. R. (2019). Additional behavioural support as an adjunct to pharmacotherapy for smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews* (6), CD009670. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD009670.pub4>
- Hartmann-Boyce, J., Livingstone-Banks, J., Ordóñez-Mena, J. M., Fanshawe, T. R., Lindson, N., Freeman, S. C., Sutton, A. J., Theodoulou, A., y Aveyard, P. (2021). Behavioural interventions for smoking cessation: An overview and network meta-analysis. *Cochrane Database of Systematic Reviews* (1). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD013229.pub2>
- Heather, N., Best, D., Kawalek, A., Field, M., Lewis, M., Rotgers, F., Wiers, R. W., y Heim, D. (2018). Challenging the brain disease model of addiction: European launch of the addiction theory network. *Addiction Research & Theory*, 26(4), 249-255. <https://doi.org/10.1080/16066359.2017.1399659>
- Hogue, A., Henderson, C. E., Becker, S. J., y Knight, D. K. (2018). Evidence Base on Outpatient Behavioral Treatments for Adolescent Substance Use, 2014-2017: Outcomes, Treatment Delivery, and Promising Horizons. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 47(4), 499-526. <https://doi.org/10.1080/15374416.2018.1466307>
- Humeniuk, R. E., Henry-Edwards, S., Ali, R. L., Poznyak, V., y Monteiro, M. (2011). *Intervención breve vinculada a ASSIST para el consumo problemático de sustancias: Manual para uso en la atención primaria*. Organización Mundial de la Salud.
- Humphreys, K. (2015). Addiction Treatment Professionals are not the Gatekeepers of Recovery. *Substance use & misuse*, 50(8-9), 1024-1027. <https://doi.org/10.3109/10826084.2015.1007678>
- Imtiaz, S., Roerecke, M., Kurdyak, P., Samokhvalov, A. V., Hasan, O. S. M., y Rehm, J. (2020). Brief Interventions for Cannabis Use in Healthcare

- Settings: Systematic Review and Meta-analyses of Randomized Trials. *Journal of Addiction Medicine*, 14(1), 78-88. <https://doi.org/10.1097/ADM.0000000000000527>
- Jones, M., Seel, C. J., y Dymond, S. (2024). Electronic-Screening, Brief Intervention and Referral to Treatment (e-SBIRT) for Addictive Disorders: Systematic Review and Meta-Analysis. *Substance Use & Addiction Journal*, 45(4), 736-752. <https://doi.org/10.1177/29767342241248926>
- Kaner, E. F., Beyer, F. R., Muirhead, C., Campbell, F., Pienaar, E. D., Bertholet, N., Daepfen, J. B., Saunders, J. B., y Burnand, B. (2018). Effectiveness of brief alcohol interventions in primary care populations. *Cochrane Database of Systematic Reviews* (2). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD004148.pub4>
- Kelly, J. F., Bergman, B. G., Hoepfner, B. B., Vilsaint, C., y White, W. L. (2017). Prevalence and pathways of recovery from drug and alcohol problems in the United States population: Implications for practice, research, and policy. *Drug and Alcohol Dependence*, 181, 162-169. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2017.09.028>
- Klemperer, E. M., Streck, J. M., Lindson, N., West, J. C., Su, A., Hughes, J. R., y Carpenter, M. J. (2023). A systematic review and meta-analysis of interventions to induce attempts to quit tobacco among adults not ready to quit. *Experimental and Clinical Psychopharmacology*, 31(2), 541-559. <https://doi.org/10.1037/pha0000583>
- Klingemann, H., y Sobell, L. C. (2007). *Promoting self-change from addictive behaviors: Practical implications for policy, prevention, and treatment*. Springer.
- Klingemann, H., Sobell, M. B., y Sobell, L. C. (2010). Continuities and changes in self-change research. *Addiction*, 105(9), 1510-1518. <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2009.02770.x>
- Le, L. K.-D., Faller, J., Chatterton, M. L., Perez, J. K., Chiotelis, O., Tran, H. N. Q., Sultana, M., Hall, N., Lee, Y. Y., Chapman, C., Newton, N., Slade, T., Sunderland, M., Teesson, M., y Mihalopoulos, C. (2023). Interventions to prevent alcohol use: Systematic review of economic evaluations. *BJPsych Open*, 9(4), e117. <https://doi.org/10.1192/bjo.2023.81>
- Li, L. Y., Mann, R. E., y Wickens, C. M. (2019). Brief Interventions for Cannabis Problems in the Postsecondary Setting: A Systematic Review. *International Journal of Mental Health and Addiction*, 17(3), 681-698. <https://doi.org/10.1007/s11469-019-00075-4>
- Marlatt, G. A., y Donovan, D. M. (2005). *Relapse Prevention: Maintenance Strategies in the Treatment of Addictive Behaviors*. Guilford Press.
- Marlatt, G. A., y Gordon, J. R. (1985). *Relapse Prevention: Maintenance Strategies in the Treatment of Addictive Behaviors*. Guilford Press.
- MacKillop, J. (2020). Is Addiction Really a Chronic Relapsing Disorder?: Commentary on Kelly et al. «How Many Recovery Attempts Does It Take to Successfully Resolve an Alcohol or Drug Problem? Estimates and Correlates From a National Study of Recovering U.S. Adults». *Alcoholism, Clinical and Experimental Research*, 44(1), 41-44. <https://doi.org/10.1111/acer.14246>
- McCambridge, J., y Cunningham, J. A. (2014). The early history of ideas on brief interventions for alcohol. *Addiction*, 109(4), 538-546. <https://doi.org/10.1111/add.12458>
- Mekonen, T., Chan, G. C. K., Connor, J., Hall, W., Hides, L., y Leung, J. (2021). Treatment rates for alcohol use disorders: A systematic review and meta-analysis. *Addiction*, 116(10), 2617-2634. <https://doi.org/10.1111/add.15357>
- Meyer, F. de, Bencherif, N., Ruyscher, C. de, Lippens, L., y Vanderplasschen, W. (2024). Self-change from problems with alcohol and drugs: A scoping review of the literature since 2010. *Drug and Alcohol Review*, 43(6), 1349-1360. <https://doi.org/10.1111/dar.13834>
- Meyer, F. de, Zerrouk, A., Ruyscher, C. de, y Vanderplasschen, W. (2024). Exploring indicators of natural recovery from alcohol and drug use problems: Findings from the life in recovery survey in Flanders. *Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy*, 19(1), 22. <https://doi.org/10.1186/s13011-024-00604-y>
- Miller, W. R. (2023). The evolution of motivational interviewing. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 51(6), 616-632. <https://doi.org/10.1017/S1352465822000431>
- Miller, W. R., y Rollnick, S. (1991). *Motivational interviewing: Preparing people to change addictive behavior*. Guilford Press.
- Miller, W. R., y Rollnick, S. (2023). *Motivational Interviewing: Helping People Change*. Guilford Press.
- Miller, W. R., y Sanchez, V. C. (1994). Motivating young adults for treatment and lifestyle change. In G. Howard (Ed.), *Issues in Alcohol Use and Misuse by Young Adults*. University of Notre Dame Press.
- Moeller, L., Galea, G., y, W. H. O. R. O. for Europe. (2012). *Alcohol in the European Union: Consumption, harm and policy approaches*. WHO Regional Office for Europe. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/107301>
- Mundt, M. P. (2006). Analyzing the Costs and Benefits of Brief Intervention. *Alcohol Research & Health*, 29(1), 34-36.
- National Institute on Drug Abuse (2018) *The Science of Drug Use and Addiction: The Basics*. Available at: <https://www.drugabuse.gov/publications/media-guide/science-drug-use-addiction-basics>
- Newbury-Birch, D., Ferguson, J., Connor, N., Divers, A., y Waller, G. (2022). A Rapid Systematic Review of Worldwide Alcohol Use Disorders and Brief Alcohol Interventions in the Criminal Justice System. *Frontiers in Psychiatry*, 13, 900186. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2022.900186>
- O'Donnell, A., Anderson, P., Newbury-Birch, D., Schulte, B., Schmidt, C., Reimer, J., y Kaner, E. (2014). The Impact of Brief Alcohol Interventions in Primary Healthcare: A Systematic Review of Reviews. *Alcohol and Alcoholism*, 49(1), 66-78. <https://doi.org/10.1093/alcac/agt170>
- Robins, L. N. (1974). A follow-up study of Vietnam veteran's drug use. *Journal of Drug Issues*, 4, 61-63.
- Robins, L. N., Helzer, J. E., Hesselbrock, M., y Wish, E. (2010). Vietnam veterans three years after Vietnam: How our study changed our view of heroin. *The American Journal on Addictions*, 19(3), 203-211. <https://doi.org/10.1111/j.1521-0391.2010.00046.x>
- Rubio-Valladolid, G., Martínez-Raga, J., Martínez-Gras, I., Ponce Alfaro, G., Cruz Bértolo, J. de la, Jurado Barba, R., Rigabert Sánchez-Junco, A., y Zarco Montejo, J. (2014). Validation of the Spanish version of the Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST). *Psicothema*, 26(2), 180-185. <https://doi.org/10.7334/psicothema2013.172>
- Sahker, E., Luo, Y., Sakata, M., Toyomoto, R., Hwang, C., Yoshida, K., Watanabe, N., y Furukawa, T. A. (2022). Efficacy of Brief Intervention for Unhealthy Drug Use in Outpatient Medical Care: A Systematic Review and Meta-analysis. *Journal of General Internal Medicine*, 37(8), 2041-2049. <https://doi.org/10.1007/s11606-022-07543-z>
- Saitz, R. (2010). Alcohol screening and brief intervention in primary care: Absence of evidence for efficacy in people with dependence or very heavy drinking. *Drug and Alcohol Review*, 29(6), 631-640. <https://doi.org/10.1111/j.1465-3362.2010.00217.x>
- Secades-Villa, R., García-Rodríguez, O., Fernández-Hermida, J. R., y Carballo, J. L. (2007). Fundamentos psicológicos del tratamiento de las drogodependencias. *Papeles del Psicólogo*, 28(1), 29-40.
- Secades-Villa, R. (2025). La perspectiva contextual-molar en el análisis de las conductas adictivas. *Papeles del Psicólogo/Psychologist Papers*, 46(2), 57-63. <https://doi.org/10.70478/pap.psicol.2025.46.09>

- Secades-Villa, R., Krotter, A., y Weidberg, S. (2025). El tratamiento psicológico de las conductas adictivas: un enfoque contextual basado en procesos. *Papeles del Psicólogo/Psychologist Papers*, 46(2), 86-96. <https://doi.org/10.70478/pap.psicol.2025.46.12>
- Sobell, L. C., Cunningham, J. A., y Sobell, M. B. (1996). Recovery from alcohol problems with and without treatment: Prevalence in two population surveys. *American Journal of Public Health*, 86(7), 966-972.
- Sobell, L. C., Ellingstad, T. P., y Sobell, M. B. (2000). Natural recovery from alcohol and drug problems: Methodological review of the research with suggestions for future directions. *Addiction*, 95(5), 749-764. <https://doi.org/10.1046/j.1360-0443.2000.95574911.x>
- Sobell, L. C., Sobell, M. B., Leo, G. I., Agrawal, S., Johnson-Young, L., y Cunningham, J. A. (2002). Promoting self-change with alcohol abusers: A community-level mail intervention based on natural recovery studies. *Alcohol Clin Exp Res*, 26(6), 936-948.
- Tanner-Smith, E. E., y Lipsey, M. W. (2015). Brief alcohol interventions for adolescents and young adults: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 51, 1-18. <https://doi.org/10.1016/j.jsat.2014.09.001>
- Tanner-Smith, E. E., Parr, N. J., Schweer-Collins, M., y Saitz, R. (2021). Effects of brief substance use interventions delivered in general medical settings: A systematic review and meta-analysis. *Addiction*, 117(4), 877-889. <https://doi.org/10.1111/add.15674>
- Whitlock, E. P., Orleans, C. T., Pender, N., y Allan, J. (2002). Evaluating primary care behavioral counseling interventions: An evidence-based approach. *American Journal of Preventive Medicine*, 22(4), 267-284.
- Witkiewitz, K., Montes, K. S., Schwebel, F. J., y Tucker, J. A. (2020). What Is Recovery? *Alcohol Research: Current Reviews*, 40(3), 01. <https://doi.org/10.35946/arcr.v40.3.01>
- Witkiewitz, K., y Tucker, J. A. (2020). Abstinence Not Required: Expanding the Definition of Recovery from Alcohol Use Disorder. *Alcoholism, Clinical and Experimental Research*, 44(1), 36-40. <https://doi.org/10.1111/acer.14235>
- Wolfe, D. M., Hutton, B., Corace, K., Chaiyakunapruk, N., Ngorsuraches, S., Nochaiwong, S., Presseau, J., Grant, A., Dowson, M., Palumbo, A., Suschinsky, K., Skidmore, B., Bartram, M., Garner, G., DiGioacchino, L., Pump, A., Peters, B., Konefal, S., Eves, A. P., y Thavorn, K. (2023). Service-level barriers to and facilitators of accessibility to treatment for problematic alcohol use: A scoping review. *Frontiers in Public Health*, 11. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2023.1296239>
- World Health Organization. (2012). *Alcohol in the European Union: Consumption, harm and policy approaches*. WHO Regional Office for Europe.