

Entrevistas motivacionales a pacientes psiquiátricos internos con desórdenes de consumo de sustancias

Baker A, Lewin T, Reichler H, Clancy R, Carr V, Garret R, Sly K, Devir H, Terry M, Centre of Mental Health Studies, University of Newcalstle, Callaghan, Australia and Hunter Mental Health, Newcastle, Australia.

Objetivo: El presente estudio consta de tres metas: 1) documentar patrones de abuso de sustancias entre los pacientes psiquiátricos internos con consumo comórbido de alcohol y otra droga (AOD); 2) examinar asociaciones entre el diagnóstico de consumo de sustancias y el diagnóstico psiquiátrico y las posibilidades de cambio existentes; 3) evaluar la efectividad de una entrevista motivacional ocasional al participar en un Servicio de Especialistas en Abuso de Sustancias (SSMS, por el término en inglés: *Specialist Substance Misuse Service*).

Método: Se escogió al azar a ciento sesenta individuos para recibir o bien una entrevista motivacional o bien ningún tipo de intervención.

Resultados: En general, un 66,3% de los sujetos alcanzó el umbral de intervención para el cannabis, un 60,6% para el alcohol y un 22,5% para las anfetaminas. Se observó una distribución bimodal del estadio de cambio del consumo de cannabis asociada con la edad, que anteriormente estaba asociada a edades más avanzadas y con un uso menos frecuente. La asistencia al SSMS fue baja y no se relacionó con el grado de intervención.

Conclusión: Se recomienda un enfoque diferente del planteamiento, incluyendo intervención temprana entre consumidores cannabis.

Introducción

El uso del alcohol y otra droga (AOD) entre las personas con enfermedades mentales es un problema importante de la salud pública. La comorbidez de abuso de sustancias y de desórdenes mentales es común y se asocia a menudo con enfermedades graves, un fracaso al acceder al tratamiento o una realización inadecuada del tratamiento (1). Grace et al. ha informado recientemente que los pacientes internos en hospitales psiquiátricos que dan positivo en el consumo de cannabis tienen muchas más posibilidades de recaer y requerir hospitalización que aquellos que dan negativo. Pero las investigaciones de intervenciones específicas para esta forma de comorbidez han sido escasas y de baja calidad (3).

Existen pruebas de que las intervenciones breves pueden resultar efectivas en el tratamiento de problemas de alcohol en personas sin enfermedades mentales (por ejemplo refs. 4, 5). También hay pruebas de que

las intervenciones breves en forma de entrevistas motivacionales pueden servir de preparación efectiva para posteriores tratamientos de AOD, potenciando la participación en el tratamiento por parte del paciente interno (6) y reduciendo el abuso de sustancias entre pacientes externos (7).

Parece que intervenciones más duraderas también benefician a los pacientes alcohólicos y que un método de seguimiento estructurado y programado debería ser más accesible (5). Además, Heather (8) ha expuesto que las pruebas sobre la efectividad de las intervenciones breves son más concluyentes en el área de intervenciones ocasionales en aquellos individuos que no buscan tratamiento, que en el caso de las intervenciones breves en el marco de especialistas para aquéllos que sí buscan ayuda debido a un consumo de AOD.

Las entrevistas motivacionales han sido descritas como un componente de varias intervenciones en casos de consumo de sustancias entre individuos con desórdenes de consumo de sustancias y desórdenes mentales comórbidos (por ejemplo, refs. 1, 9-11). Teeson et al. (1) sugirieron que el compromiso con un SSMS debido a problemas por consumo de AOD en personas con enfermedades mentales podía ser más exitoso si las técnicas de entrevistas motivacionales se usaban antes de derivar dichas personas al SSMS. Recientemente, Swanson et al. (12) afirmaron que una entrevista motivacional de 1 hora de duración, anterior al alta del hospital psiquiátrico, mejoraba de forma significativa la proporción de pacientes psiquiátricos y doblemente diagnosticados que asistieron a su primera visita como pacientes psiquiátricos externos.

Baker et al.

Metas del estudio

El presente estudio tenía 3 metas: 1) documentar los patrones del abuso de sustancias entre pacientes internos de hospital psiquiátrico con consumo de AOD comórbido; 2) examinar asociaciones entre el diagnóstico psiquiátrico y el de consumo de sustancias, así como las posibilidades de cambio; y 3) evaluar la efectividad de una entrevista motivacional ocasional al participar en un SSMS. El consumo de AOD durante los 12 meses de seguimiento se tratará en un informe futuro.

Material y Métodos

Servicio especialista existente de abuso de sustancias

Este proyecto se llevó a cabo entre unidades intensivas de un hospital psiquiátrico público al servicio de una población de 330.000 adultos en el área de Hunter, a 150km al norte de Sydney, en el estado australiano de Nueva Gales del Sur (NSW). Dentro del ámbito del hospital operó un SSMS para pacientes internos y externos con comorbidez de problemas de AOD y una enfermedad mental. Las intervenciones ofrecidas mediante este servicio se llevaron a cabo como terapia de grupo, siendo su foco psicosocial y psicoeducacional. A pesar de que se aceptó una reducción en el con-

sumo de AOD como uno de los objetivos del tratamiento, el objetivo final para los pacientes con doble diagnóstico era la abstinencia. Las estrategias de minimización de daños se usaron durante todo el tratamiento. Las intervenciones farmacológicas se limitaron al disulfiram para los pacientes con dependencia de alcohol que cumplían los criterios del programa.

Los sujetos

Los sujetos eran pacientes internos en un hospital psiquiátrico a los que, unos días después de su ingreso, se invitó a participar en un estudio longitudinal de abuso de sustancias entre personas con enfermedades mentales. Los criterios de inclusión fueron: el estatus del paciente interno en el hospital psiquiátrico, su capacidad para una entrevista, la posibilidad de residencia en el área geográfica local durante los siguientes 12 meses y el consumo de alcohol y/o otras drogas durante los meses anteriores a la admisión a un nivel suficiente como para una intervención. El umbral de intervención para el consumo de AOD en pretratamiento fue definido como el cumplimiento de los criterios de diagnóstico de consumo o dependencia en la actualidad (los 6 meses anteriores) según la Entrevista Clínica Estructurada para DSMIII-R (SCID, 13), como el uso semanal de cualquier droga ilícita (o el resultado equivalente de 0,14 o más en la Escala de Consumo de Drogas del Índice de Tratamiento con Opiata, 14) en el mes anterior a la entrevista, o también como un consumo de alcohol que exceda los niveles recomendados por el Comité Nacional de Salud e Investigación Médica, es decir, cuatro bebidas estándar por día para los hombres y dos para las mujeres (15). Ciento sesenta y nueve pacientes fueron identificados como potencialmente aceptables par el estudio, o bien mediante sus historiales médicos y/o mediante remisión directa de personal hospitalario. Se describió a estos pacientes cuál era el propósito, diseño y componentes del estudio y se les explicó que, al facilitar su consentimiento por escrito para entrar en el estudio, se les asignaría, al azar, o una sesión de asistencia psicológica o recibir información sobre el consumo de AOD. Se aseguró a los sujetos que cualquier información que facilitaran

a los investigadores sería confidencial y que una negativa a participar no afectaría en ninguna manera posible a su relación con el servicio de salud mental. Ciento sesenta pacientes cumplían los criterios de inclusión (es decir, el umbral para la intervención por abuso de AOD) y se les evaluó entre septiembre de 1996 y julio de 1998. Los datos de seguimiento a los 3 meses estaban disponibles para 112 sujetos (70,0% de la muestra). En base a los datos de admisión anuales de las unidades de los hospitales participantes, se estimó que se reclutó a aproximadamente un 50% de los pacientes con diagnóstico de abuso o dependencia de sustancias.

La entrevista motivacional

Las metas principales de la entrevista motivacional fueron reducir el consumo de AOD e incrementar la participación en el SSMS. La intervención tenía lugar inmediatamente después de la valoración de la preintervención y la constatación de una entrevista motivacional (16), la cual se llevaba a cabo de manera individual y duraba entre 30 y 60 minutos. Las sesiones eran guiadas por un manual del terapeuta y al acabar se le entregaba al paciente un folleto con un resumen de la sesión y su conclusión. Durante la entrevista se comentaban los aspectos positivos y negativos asociados al consumo de AOD, así como las posibles interacciones entre los niveles de consumo actuales y la sintomatología psiquiátrica, la medicación y la adherencia a la misma. También se comentaban los posibles factores que contribuían al consumo de AOD. En aquellos puntos donde la preocupación del terapeuta se identificaba con el consumo de AOD, éste intentaba que el paciente viera la discrepancia entre sus objetivos (por ejemplo, salir del hospital) y su conducta actual (por ejemplo, fumar cannabis varias veces al día). Se proporcionaba educación interactiva sobre niveles de consumo más seguros. El terapeuta animaba a que se siguiera este proceso con cada sustancia consumida por el sujeto. La reducción de la nicotina no era uno de los objetivos de este estudio ya que se hubiera necesitado una intervención específica y diferente. Se tomaba un enfoque de reducción de daños en el que los individuos escogían sus propias metas, si es que tenían alguna, a la

hora de cambiar una o más drogas. Cuando un sujeto demostraba que había llegado a la determinación o al estadio de acción de cambio (17) se discutían estrategias cognitivoconductuales potencialmente beneficiosas. Se alentaba a los sujetos a identificar sus éxitos y sus fracasos anteriores. Se les alentaba a seguir las estrategias que habían sido un éxito (como evitar la compañía de otros consumidores y ciertos lugares) y se identificaban nuevas estrategias (como asistir al SSMS). Se discutían también las estrategias de prevención desarrolladas por Marlatt y Gordon (18).

Se informaba a los sujetos del grupo de control que estaban consumiendo sustancias a niveles muy elevados y que debía reducir su consumo a niveles más seguros. Todos los sujetos (en condición de control e intervención) fueron acompañados al SSMS, donde se les dio una descripción del servicio, se les presentó a la recepcionista, se les animó a volver y se les entregó un folleto informativo. Se añadió un registro en la historia de cada paciente conforme había sido alentado a asistir al SSMS.

Los terapeutas eran cuatro psicólogos muy preparados. El primer autor proporcionaba un entrenamiento inicial y supervisaba de forma semanal las entrevistas motivacionales y las estrategias cognitivoconductuales.

Medidas

Se recogieron datos de características demográficas, diagnósticos de alta, historias de cualquier tratamiento de drogodependencia, consumo actual de drogas y razones para dicho consumo. Las secciones de Desórdenes de Consumo de Alcohol y Desórdenes de Consumo de Sustancias Psicoactivas No Alcohólicas de la SCID (13) se utilizaron para determinar una dependencia o consumo de una sustancia en ese momento (los últimos 6 meses) o durante toda la vida. El Indicador de Tratamiento con Opiáceos (OTI, del inglés *Opiate Treatment Index*) se utilizó para evaluar el consumo de 11 clases de droga durante el mes precedente a la entrevista (incluyendo el periodo de ingreso). El OTI también se utilizó para medir la escala social, el crimen y el comportamiento de riesgo al inyectarse mediante la sección relativa al consumo de drogas de la Escala de Comportamiento de Riesgo con VIH (HRBS, por su

alcohol y cannabis, como diagnóstico más frecuente. nombre en inglés *HIV Risk-taking Behaviour Scale*) (19). Todas las medidas obtenidas mediante el OTI se refieren al periodo del mes anterior a la entrevista excepto en el caso de la Escala Social que se evaluó durante los 6 meses anteriores a la entrevista. Los diagnósticos psiquiátricos los determinaron médicos responsables y se obtuvieron de las historias médicas de los pacientes. Los diagnósticos de alta del eje 1 del DSM-IV (20) posteriormente desaparecieron para luego crearse las siguientes categorías (sin consumo de sustancias): esquizofrenia, trastornos de humor, otros, y ninguno. El Inventario Breve de Síntomas (IBS, 21) se utilizó para medir la sintomatología de la que los pacientes informaron.

De acuerdo con Fowler et al. (22) se pidió a los sujetos que indicaran sus mayores razones para consumir cada sustancia del OTI. Dichas razones se agruparon en cuatro grandes categorías: efectos de intoxicación por droga, alivio de la disforia, efectos sociales y efectos secundarios relacionados con enfermedades o con su medicación (22). En la mayoría de casos, estas razones se autogeneraban. Algunos sujetos escogieron seleccionar una razón de una lista preparada de razones frecuentes de consumo. Con el propósito del análisis, la primera razón de consumo afirmada fue la que se utilizó.

Se usó una escalera de contemplación de diez escalones para medir la preparación para cambiar cada categoría del AOD consumido en el mes anterior a la entrevista (23). Debido a que las respuestas de los sujetos estaban asociadas verbalmente a cinco escalones, las categorías finalmente quedaron de la siguiente manera: 0 - "Sin pensamiento de dejarlo o reducir el consumo"; 1 - "Creo que debería considerar dejarlo o reducir el consumo algún día"; 2 - "Creo que debería dejarlo o reducir el consumo pero no estoy preparado"; 3 - "Empiezo a plantearme cambiar mis patrones de consumo y alcoholismo"; y 4 - "Estoy tomando medidas para dejarlo o reducir el consumo".

La participación en el SSMS se midió mediante la actuación, la asistencia durante los 3 meses posteriores a la entrevista inicial y el número medio de asistencias por asistente. El personal del SSMS guardó historias de asistencia de los que se extrajo la información pertinente de los participantes en este estudio.

Análisis estadístico

Se analizaron los datos utilizando SPSS para Windows (versión 10). Los análisis que se utilizaron para examinar las diferencias de grupo cuyo resultado eran variables continuas fueron o los tests *t* (por ejemplo: intervención vs. condiciones de control) o análisis simples de varianza (ANOVA) (por ejemplo: comparaciones del estadio de cambio). Las variables categóricas se analizaron utilizando los tests de chi-cuadrado. Se adoptó un límite de significancia de $P < 0,01$ como control parcial del número de tests estadísticos.

Resultados

Características de los pacientes con evaluación en la preintervención y patrones de consumo de alcohol y otra droga

La muestra de preintervención comprendía 160 pacientes psiquiátricos internos con problemas de AOD coexistentes. El noventa por ciento de estos sujetos ($n = 144$) informó sobre consumo de sustancias o dependencia actual (últimos 6 meses) en la SCID; un 89,4% ($n = 143$) informó de al menos una consumición semanal de AOD en el OTI, mientras que un 79,4% ($n = 127$) cumplió ambos criterios de inclusión.

Baker et al.

En la Tabla 1 se puede observar las características clínicas y demográficas de la muestra. La mayoría de los sujetos de la muestra eran: varones, solteros, pensionistas, y no habían acabado el instituto o titulaciones post-secundarias. Más de la mitad de la muestra había sido tratada con anterioridad por problemas de AOD y un cuarto de la muestra había asistido previamente al SSMS. El ingreso en el hospital psiquiátrico en el año anterior al índice de admisión era común: más de un tercio de la muestra había sido ingresada. Los diagnósticos de alta sin consumo de sustancias más comunes fueron la esquizofrenia y trastornos de la personalidad. Casi un 20% de la muestra no tenía un diagnóstico de alta del eje 1 de carencia de sustancias en sus historias médicas. Un examen de los resultados en el BSI sobre este grupo reveló

grupos y consecuentemente se les retuvo en el estudio. Dos tercios de la muestra contaban con un diagnóstico de

alta de consumo o dependencia de sustancias registrado en sus historias médicas, con consumo y dependencia de

Tabla 1. Características de la muestra en la preintervención (n=160)

Hombre	75,0% (n=120)
Edad media	30,87 años (10,23; 16-70)
Casado o viviendo en pareja	15,6% (n=25)
Con estudios secundarios	8,8% (n=14)
Con pensión o ingresos	76,3% (n=122)
Número medio de ingresos en un hospital psiquiátrico	4,33 (7,86; 0-55)
Tratamiento previo por consumo de sustancias	55,6% (n=89)
Participación en el SSMS en el pasado	24,4% (n=39)
Ingresos psiquiátricos en los últimos 12 meses:	
1 ingreso	38,1% (n=61)
Número medio de ingresos	2,57 (3,25; 1-20; n=61)
Duración media del ingreso	15,58 (14,63; 1-63)
Índice de admisión:	
Diagnóstico de alta del eje 1 del DSM-IV primario sin consumo de sustancias (n=157)	Esquizofrenia 37,6% (n=59) Trastornos de personalidad 29,3% (n=46) Otros 13,4% (n=21) Ninguno 19,7% (n= 31)
Diagnóstico de alta del eje 2 del DSM-IV (n=157)	16,6% (n=26)
Duración media del ingreso (en días) (SD)	13,98 (13,41; 1-68)
Diagnóstico de alta por consumo o dependencia (n=157)	Alcohol 31,2% (n=49) Cannabis 15,3% (n=24) Tranquilizantes 8,9% (n=14) Anfetaminas 7,0% (n=9) Heroína 5,1% (n=8) Otros 9,6% (n=15) Cualquier diagnóstico 65,0% (n=102)

Tabla 2. Características del consumo de sustancias

Sustancia	1%	2%	3%	4%	5%	6%	7%	
Tabaco	95,6	-		148	(92,5)	23,88 (13,66)	-	-
Alcohol	100,0	79,4	54,4	130	(81,3)	8,52 (11,80)	40,6	60,6
Cannabis	91,3	60,6	50,6	109	(68,1)	7,72 (12,06)	62,5	66,3
Anfetaminas	66,9	29,4	21,9	35	(21,9)	0,98 (1,24)	12,5	22,5
Tranquilizantes	66,3	15,0	11,3	55	(34,4)	1,81 (2,39)	25,6	11,3
Alucinógenos	58,8	6,2	0,0	7	(4,4)	0,07 (0,08)	0,6	0,6
Otros opiáceos	42,5	9,4	6,9	21	(13,1)	3,26 (10,77)	8,8	10,0
Heroína	38,8	16,2	12,5	23	(14,4)	0,84 (10,73)	12,5	13,8
Inhalantes	30,6	3,1	0,6	2	(1,3)	75,7 (105,06)	1,3	1,3
Cocaína	28,8	5,0	1,9	5	(3,1)	0,13 (0,17)	0,6	2,5
Barbitúricos	7,5	1,9	0,6	0	(0,0)	0,00 (0,00)	0,0	0,6

* Por encima del umbral de intervención de OTI o de SCID. + Basado en criterios de SCID los cuales distingue entre tranquilizantes con receta y tranquilizantes sin receta.

¹ Consumo de por vida (%) (n=160)

² Dependencia de por vida (%) (n=160)

³ Dependencia durante los últimos 6 meses (umbral de intervención SCID) (%) (n=160)

⁴ Consumo en el último mes n %

⁵ Media de OTI por consumidores (SD)

⁶ Por encima del umbral de OTI (%) (n=160)

⁷ Por encima del umbral de intervención compuesta* (%) (n=160)

La tabla 2 muestra el patrón de consumo de sustancias para 11 sustancias distintas, incluido el consumo de por vida, el consumo o dependencia según la SCID, los resultados del OTI del mes anterior, y el porcentaje de sujetos que alcanzaron la SCID, el OTI y el umbral para acceder a nuestra intervención para cada sustancia. Casi la mitad de la muestra (47,5%, $n = 76$) alcanzó el umbral para la entrevista compuesta por una sola sustancia; un tercio cumplió los criterios para una intervención por dos sustancias (33,8%, $n = 54$); y el resto cumplió los criterios para entre tres y seis sustancias (9,4; 6,9; 1,3 y 1,3% respectivamente). Tal y como se muestra en la tabla 2, el consumo durante toda la vida de tabaco, alcohol y cannabis se demostró casi universal. Otras fuentes (24) describen al detalle el consumo de tabaco entre la muestra. La columna de la derecha de la Tabla 2 también expone que el porcentaje de muestra que alcanzó el umbral de intervención fue más elevado para el cannabis, el alcohol y las anfetaminas.

La comparación de la tabla 1 y la 2 revela que a los sujetos se les aplicó un diagnóstico de consumo de sustancias con menos frecuencia por los clínicos que les trataban que por los investigadores (65,0 vs. 90,0%). De hecho, sólo dos tercios (67,7%) de los que tenían un diagnóstico actual de la SCID de consumo o dependencia de sustancias recibió un diagnóstico de alta de dependencia o consumo de sustancias. La tabla 2 muestra asimismo el nivel medio de consumo para cada categoría de droga evaluada en el OTI. El número medio de clases de drogas consumidas por los sujetos en el mes anterior a la entrevista era 3.34 ($SD = 1,28$). Todos los subsiguientes análisis se centran en las sustancias para las que se alcanzó el umbral de intervención por al menos un 20% de la muestra (es decir alcohol, cannabis y anfetaminas).

Asociaciones entre el grado de preparación para el cambio y otras variables clave

La tabla 3 presenta un informe detallado de los sujetos que cumplían los criterios de intervención por consumo de alcohol, cannabis y anfetaminas con relación a las razones que les llevaron al consumo. El alcohol y las anfetaminas se consumían especialmente para el "alivio de disforia" y por sus "efectos de intoxicación", mientras que el cannabis era consumido principalmente por sus "efectos de intoxicación".

La tabla 4 presenta comparaciones entre sujetos que alcanzaron el umbral de intervención y los que no lo alcanzaron para las tres sustancias centrales, incluyendo las comparaciones entre la historia demográfica, psiquiátrica y de tratamiento. Los sujetos por encima del umbral de consumo de cannabis o anfetaminas eran significativamente más jóvenes que aquellos que no justificaban una intervención [$t_{(158)} = 5,58$ $P < 0,001$; $t_{(158)} = 2,65$ $P < 0,01$ respectivamente]. El eje 1 de diagnóstico de carencia de consumo no estaba significativamente relacionado con el umbral de intervención por alcohol, cannabis o anfetaminas. Sin embargo, existía una tendencia no-significativa para un porcentaje mayor de consumidores de cannabis a quienes se diagnosticó esquizofrenia y estaban por encima del umbral, que aquellos que estaban por debajo del umbral ($\chi^2 = 8,49$; $df = 3$; $P < 0,05$).

El estadio de cambio nombrado por sujetos que cumplían los criterios de intervención por consumo de alcohol, cannabis o anfetaminas durante el mes anterior a la entrevista se muestra en la Tabla 5. La revisión de estos datos puso de manifiesto que el estadio de cambio para los bebedores estaba distribuido más uniforme

Tabla 3. Porcentaje de sujetos y sus razones para consumir sustancias durante el mes anterior a la entrevista dentro de los sujetos que sobrepasaban el umbral de intervención para el consumo de alcohol, cannabis y anfetaminas.

Razones para el consumo	Alcohol (n=91)	Cannabis (n=102)	Anfetaminas (n=25)
Efecto intoxicante	35,2	56,9	44,0
Contra la disforia	47,3	19,6	36,0
Social	14,3	8,8	8,0
Enfermedad/medicación	2,2	1,1	0,0
Otras	1,1	13,7	12,0

mente que el de los consumidores de cannabis, cuya distribución era bimodal. La mitad de los consumidores de anfetaminas estaba en estadio de cambio activo. A la vista de la distribución bimodal del consumo de cannabis, el estadio de cambio se reagrupó como estadios de cambio de precontemplación, contemplación temprana y contemplación/acción tardía. Se llevaron a cabo análisis de varianza para investigar si la edad o el sexo estaban asociados con el estadio de cambio en el caso del consumo de cannabis. La edad estaba significativamente asociada con el estadio de cambio ($F_{(2,103)} = 6,1$; $P < 0,01$). Los tests de Scheffé de seguimiento revelaron que aquellos en un estadio tardío de contempla-

ción/acción eran significativamente más jóvenes (25,51 vs. 31,67 años) que los que estaban en precontemplación ($P < 0,01$). No se observó asociación del estadio de cambio en el caso de consumo de cannabis y el sexo ($\chi^2 = 1,41$; $df = 2$ ns). Para la comparación se utilizaron los primeros tres y los últimos dos estadios de cambio (precontemplación/contemplación temprana vs. estadio de contemplación/acción tardía) y se compararon entre los consumidores de alcohol y anfetaminas que cumplían los criterios del umbral de intervención. No existió relación significativa entre edad, sexo y estadios de cambio para el consumo de alcohol y anfetaminas.

Tabla 4. comparaciones entre sujetos por encima y por debajo de los umbrales de intervención para alcohol, cannabis y anfetaminas.

	Alcohol		Cannabis		Anfetaminas	
	Por debajo del umbral	Por encima del umbral	Por debajo del umbral	Por encima del umbral	Por debajo del umbral	Por encima del umbral
Muestra (n)	63	97	54	106	124	36
Sexo (masculino) (%)	81,0	71,1	74,1	75,5	78,2	63,9
Edad (media, SD)	29,02(10,24)	32,07(10,09)	36,67(11,31)	27,92 (8,22)**	32,00 (10,84)	26,97 (6,45)*
Anteriores ingresos psiquiátricos (media, SD)	5,24 (9,31)	3,74 (6,76)	5,51 (9,29)	3,73 (7,01)	4,24 (7,42)	4,63 (9,37)
Tratamiento AOD anterior (%)	58,7	53,6	57,4	54,7	54,8	58,3
Diagnóstico de eje 1 (%)						
Esquizofrenia	41,9	34,7	22,6	45,2 ns	34,1	50,0
Trastorno de personalidad	37,1	24,2	34,0	26,9	33,1	14,7
Otros	8,1	16,8	15,1	12,5	13,0	14,7
Ninguno	12,9	24,2	28,3	15,4	19,5	20,6
Asistencia al SSMS en los 12 últimos meses (%)	11,1	7,2	7,4	9,4	6,5	16,7
Asistencia al SSMS en los 3 últimos meses (%)	19,0	15,5	20,4	15,1	13,7	27,8

** $P < 0,001$; * $P < 0,01$; ns: $P < 0,05$ tendencia no significativa.

TABLA 5. Porcentaje de consumidores por encima del umbral de intervención en relación al estadio de cambio durante el mes anterior a la entrevista

Estadio de cambio	Alcohol (n=97)	Cannabis (n=106)	Anfetaminas (n=36)
Sin intención de dejarlo	12,4,	28,3	2,9
Lo dejarán algún día	10,3	4,7	8,6
No están preparados	19,6	15,1	20,0
Empiezan a pensar en dejarlo	27,8	14,2	17,1
Dejándolo de forma activa	29,9	37,7	51,4

Efecto de la intervención al participar en un SSMS con un seguimiento de 3 meses

La asistencia al SSMS durante el periodo de 3 meses posteriores al ingreso se analizó entre los sujetos por encima del umbral de intervención por consumo de alcohol, cannabis y anfetaminas con relación al estadio de cambio (estadio de contemplación/acción tardía vs. precontemplación/contemplación tardía). No se encontraron diferencias significativas entre los porcentajes respectivos de sujetos que asistieron al SSMS entre los bebedores en el umbral (19,6 vs. 9,8%), consumidores de cannabis (16,4 vs. 13,7%) o consumidores de anfetaminas (36,0 vs. 9,1%).

No se observaron diferencias entre las condiciones de las intervenciones en términos de asistencia al SSMS (entrevista motivacional: 13/79, 16,5% vs. condiciones de control: 14/81, 17,3%; $\chi^2 = 0,02$, $df = 1$ ns). Los asistentes al SSMS bajo las condiciones de entrevistas motivacionales fueron a una media de 4,46 sesiones ($SD = 3,23$) y los asistentes al SSMS bajo las condiciones de control asistieron a una media de 5,79 sesiones ($SD = 2,81$) ($t_{(25)} = -1,11$ ns).

Discusión

Este estudio examina los niveles de consumo de AOD, el estadio de cambio y las razones para el consumo entre los pacientes internos de un hospital psiquiátrico. También evalúa la efectividad de una entrevista motivacional comparada con el tratamiento habitual al actuar en sujetos que asisten a un SSMS. La principal conclusión de dicha evaluación es que una entrevista motivacional no creaba compromiso con el SSMS. Se trata de un descubrimiento problemático ya que lo que sí resulta efectivo en otros contextos (esto es, en contextos no psiquiátricos) no funciona en el de las enfermedades mentales graves, pero el consumo de sustancias es muy elevado en este grupo y, en él, está asociado a resultados especialmente adversos.

Uno de los posibles motivos del fracaso de la entrevista motivacional al intentar que la gente se comprometa con el SSMS es la gravedad y cronicidad del problema del consumo de sustancias y de las enfermedades

mentales entre los individuos de la muestra. La mayoría de sujetos ya habían sido ingresados en hospitales psiquiátricos con anterioridad y en su mayor parte se les había diagnosticado un abuso o una dependencia a alguna sustancia. La gravedad del problema de consumo de sustancias entre la muestra también es evidente por los altos niveles de conducta de riesgo, la criminalidad y la disfunción social, niveles cercanos a los de muestras de sujetos adictos a los opiáceos (25). A pesar de los problemas graves y crónicos, unos pocos sujetos llegaron al estadio de acción para reducir el consumo de sustancias. Puesto que las intervenciones breves son menos efectivas con personas con mayor grado de dependencia (5), una intervención de mayor duración pudo haber sido más efectiva al actuar en la presente muestra de tratamiento especializado. También es posible que la entrevista motivacional pudiera haber sido más efectiva de haberse producido cerca del momento del alta o como parte del proceso previo a la misma.

Este estudio también demuestra la dificultad que conlleva atraer a las personas con enfermedades mentales para que sigan tratamientos separados específicos para sus problemas de consumo de AOD, incluso cuando primero se realiza una entrevista motivacional, tal y como sugiere Teesson et al. (1). Con tan pocos pacientes que asistiendo al SSMS y con un predominio tan elevado de consumo de sustancias problemático en la muestra, integrar la evaluación, el reconocimiento, y las aptitudes de intervención para los problemas de consumo de sustancias dentro de los cuidados psiquiátricos estándar es lo más indicado para promover la participación y comenzar el proceso de actuación. Empezar con el proceso de actuación de los pacientes ingresados con un personal especializado tanto en salud mental como en tratamientos de abuso de sustancias puede resultar mejor opción que dejar que el cuidado de los pacientes recaiga de manera separada sobre distintos servicios. El personal del hospital debería estar preparado en la evaluación y detección de problemas de AOD ya que, como se pudo observar en el estudio, había discrepancias entre las cifras de identificación del personal clínico y el de los investigadores. El mismo tipo de discrepancias han sido descritas en un reciente estudio danés (26).

El descubrimiento de que los sujetos suelen indicar que toman sustancias por las expectativas positivas del efecto de la droga les produce y no como respuesta a los síntomas de sus enfermedades mentales es similar a los descubrimientos realizados por otros (por ejemplo, refs.1, 22), así como lo es también el hecho de que los modelos de consumo entre los pacientes con esquizofrenia difieren con los de aquellos con otros diagnósticos (27). El éxito de la actuación y la retención en cualquier intervención puede requerir el reconocimiento de aspectos de uso positivos así como de intervenciones cognitivas, las cuales están dirigidas a las expectativas del efecto de la droga (9). Más de un tercio de los consumidores de anfetaminas en el estadio de cambio de contemplación/acción en pretratamiento asistieron al SSMS durante los tres meses siguientes a la entrevista. Esto implica que una proporción sustancial de los consumidores de anfetaminas ingresados en un hospital psiquiátrico admitieron tener un problema con el consumo de anfetaminas y consideraba que se trataba de un problema acerca del cual merecía al pena hacer algo. Es posible que las anfetaminas produzcan una mayor gravedad o inmediatez de efectos secundarios respecto al cannabis.

Por otro lado, casi un tercio de los pacientes que llegaron al umbral de criterios de intervención por consumir cannabis se hallaban en el estadio de precontemplación. El enlace entre la distribución bimodal del estadio de cambio por el consumo de cannabis y según la edad (precontemplación y mayor edad; contemplación/acción y menor edad) puede reflejar una experiencia, para unos, sin asociación inmediata evidente entre el consumo de cannabis y efectos psiquiátricos adversos. La conjunción de menor edad con un estadio de cambio más avanzado entre los sujetos que llegaban al umbral para la intervención sugiere que la educación y los esfuerzos de intervención debería hacerse cuanto antes en los jóvenes consumidores de cannabis, antes de que los problemas de salud mental se desarrollen y durante los primeros episodios de la enfermedad mental. Conseguir un consumo dentro de los límites relativamente seguros puede ser un objetivo realista de intervención para algunos, y puede ser especialmente importante para aquellos cuyo diagnóstico es esquizo-

frenia, ya que en el estudio observamos un mayor porcentaje de consumidores de cannabis en el umbral de intervención cuyo diagnóstico era esquizofrenia, que entre los que no llegaban al umbral.

En este estudio, la entrevista motivacional no fue efectiva a la hora de conseguir la participación de pacientes externos en SSMS para tratamientos de AOD. La ausencia de mejoría surgida de la intervención, la poca participación y la relativa alta proporción de consumidores de cannabis que permanecían en el estadio de precontemplación sugiere que deben intentarse otras tácticas de tratamiento. La detección y la intervención de problemas de AOD entre los pacientes internos pueden mejorarse si se integra tratamiento de problemas de AOD al cuidado psiquiátrico. Posteriormente a este estudio y para potenciar la participación, el SSMS se ha reestructurado para incluir una unidad con 16 camas, un equipo comunitario y un coordinador. El personal de salud mental puede necesitar una formación inicial y posterior soporte/coordinación con los clínicos expertos en salud mental y tratamiento de AOD. La pronta intervención entre los consumidores de cannabis está indicada tanto para antes del desarrollo de la enfermedad mental como durante los primeros episodios de la enfermedad mental. También existe una clara necesidad de investigación de otras posibles intervenciones de este problema tan grave y tan extendido.

La bibliografía la pueden pedir a la dirección de correo electrónico lydiazuoloaga@telefonica.net