

Motivación al Cambio en Bebedores que Ingresan a un Servicio de Urgencias

Liliana Mondragón^{1,4}

Guilherme Borges^{1,2,3}

Karla Avilés

Leticia Casanova

Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco, México DF, México

Compendio

Objetivo: Conocer la motivación al cambio en el consumo de alcohol de bebedores que ingresaron a un servicio de urgencias por un problema médico o un accidente. Método: El estudio se llevó a cabo en el servicio de urgencias de un hospital general en el Distrito Federal. Se aplicó un cuestionario sobre consumo de alcohol en una entrevista. En una segunda fase, se re-entrevistó a una submuestra de los pacientes originales. Resultados: En la escala de motivación al cambio, el 46.3% de los bebedores riesgosos no piensa en el cambio, mientras que el 22% está tomando una acción para cambiar su consumo. Conclusiones: Los hallazgos sugieren que la mayoría de los bebedores no tienen motivación para cambiar su consumo de alcohol.

Palabras clave: Rehabilitación de alcohol; alcoholismo; abuso de alcohol.

Motivation to Change in Heavy Drinkers Admitted in the Emergency Room

Abstract

Objective: Learn about motivation for change in the use of alcohol in drinkers who entered an emergency room due to medical or accidental causes. Method and material: The study was carried out in the emergency room in a general hospital in Mexico City. The patient was interviewed through a questionnaire. Information was obtained regarding indicators of alcohol consumption. A sub sample of the original patients was re-interviewed three month after entering the hospital. Results: We found 46.3% of the risky drinkers did not think about change in the motivation for change scale, whereas only 22% is taking action to change their consumption. Conclusions: Findings suggest that drinkers have limited motivation to change their alcohol use patterns.

Keywords: Alcohol rehabilitation; alcoholism; alcohol abuse.

La motivación es el primer paso para cambiar conductas, especialmente aquellas que nos pueden poner en una situación de riesgo, como el consumo de bebidas alcohólicas (Gerdner & Holmberg, 2000). Entender de qué depende la motivación al cambio en este contexto, puede tener implicaciones importantes para el tratamiento y la intervención de los problemas relacionados con el consumo de bebidas alcohólicas.

De acuerdo con algunos autores (Gerdner & Holmberg, 2000), las expectativas positivas que genera en un principio el consumo de alcohol, se convierten en negativas después de

que se han presentando muchos eventos negativos relacionados al consumo. La severidad y la prolongación de estas experiencias negativas personales llevan al individuo a la motivación al cambio o a la búsqueda de ayuda.

DiClemente, Bellino y Neavins (1999) y Prochanska, Norcross y DiClemente (1995) han propuesto un modelo motivacional de estados de cambio aplicable al problema del consumo de bebidas alcohólicas, que postula que dejar de consumir una sustancia nociva (alcohol o tabaco) es la culminación de un largo proceso de una conducta de cambio. El proceso de cambio va del estado de precontemplación, contemplación, preparación y acción, terminando en el estado o etapa de mantenimiento. En la precontemplación el bebedor no piensa en ningún cambio en su consumo de alcohol; en la contemplación, el cambio puede ser ambivalente, ya que es considerado un cambio pero no se toma ninguna acción para llevarlo a cabo; en la preparación, ya se planea un cambio, y en la acción se tienen actitudes que contribuyen en el cambio de conducta o una búsqueda de ayuda; finalmente, la etapa de mantenimiento es caracterizada por el reforzamiento de la abstinencia, cambiando así un estilo de vida (DiClemente, Bellino, & Neavins, 1999; Prochanska, Norcross, & DiClemente, 1995). En un estudio realizado por DiClemente,

¹Dirección: Instituto Nacional de Psiquiatría, Calzada México-Xochimilco 101, México D.F. C.P.14370, México. E-mail: lilian@imp.edu.mx

²Dirección: Universidad Autónoma Metropolitana- Xochimilco, Calzada del Hueso 1100, México D.F. C.P. 04960, México.

³Agradecemos al Director del Hospital General de Zona no. 32 del IMSS, Dr. Humberto Badillo y de los responsables de los Servicios de Urgencia Traumatológica y de Urgencias Generales, Dr. Héctor Álvarez y Dr. Antonio Porras, respectivamente, por las facilidades brindadas para la realización de este trabajo. Esta investigación contó con apoyo del Instituto Nacional de Psiquiatría (No. 4275) y de los Fondos suplementarios de la Fundación de Investigaciones Sociales, AC.

⁴Este trabajo se benefició de las discusiones del seminario de investigación y tesis: Filosofía, Historia y Psicología, del proyecto PAPIIT IN400502, a cargo de la Dra. Zuraya Monroy Nasr.

Bellino y Neavins (1999), se examinó el concepto de la motivación, su influencia sobre un cambio conductual y el rol de la motivación en el tratamiento de alcohólicos. Encontraron que la motivación sí juega un rol importante en el tratamiento del alcoholismo, además de que influye para que el cambio en su consumo se mantenga en un plazo mayor de tiempo.

Rumpf, Hapke y John (1998), realizaron un estudio en un hospital general con bebedores dependientes al alcohol y utilizando el modelo de DiClemente, Bellino y Neavins (1999), y Prochanska, Norcross y DiClemente (1995), encontraron que los pacientes bebedores que ingresan al hospital se encuentran principalmente en la etapa de contemplación o acción, y que estos pacientes tienen mayor probabilidad de aceptar que tienen problemas con el alcohol. De acuerdo con Room (2000), este último aspecto es uno de los factores más importantes para la motivación al cambio, debido a que la autorreflexión se produce después de llevar a cabo un proceso atributivo, en el cual el paciente explica las principales causas de un evento.

Otro indicador importante para la motivación al cambio es el escenario. Escenarios como los hospitales tienen un impacto en la motivación al cambio en bebedores, porque es un lugar que capta este tipo de pacientes, y es ideal para llevar a cabo cualquier tipo de prevención e intervención en los pacientes bebedores (Rumpf, Hapke, & John, 1998).

Los servicios de urgencias son escenarios en donde se presentan pacientes con mayores porcentajes de ingesta de alcohol y problemas relacionados a su consumo, aunado a que son sujetos expuestos a un padecimiento físico o psicológico (Cherpitel, 1993). Algunos estudios sugieren que sufrir una lesión puede asociarse a un incremento hacia el cambio en consumo de alcohol, porque crea una única oportunidad para intervenir y motivar al paciente a cambiar o modificar su manera de beber (Gentilello, Donovan, Dunn, & Rivara, 1995). Sin embargo, son pocos los estudios al respecto y no hemos encontrado en México ningún trabajo que trate sobre la motivación al cambio en los pacientes que acuden a los servicios de urgencias. El objetivo de este trabajo es conocer la motivación al cambio en el consumo de alcohol de bebedores que ingresaron al servicio de urgencias por un problema médico o un accidente.

Método

Este estudio se llevó a cabo en el servicio de urgencias de un hospital general de zona del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), ubicado al sur de la ciudad de México. Se incluyó a las áreas de urgencias médicas y traumáticas. El trabajo de campo se realizó en dos periodos. En el primero, la muestra consistió en todos los pacientes de 18 a 65 años que ingresaron a urgencias por un problema médico o un accidente, durante el periodo del 1° de junio al 31 de julio del 2000. A

estos pacientes, previo consentimiento informado, de acuerdo con a las consideraciones éticas de la investigación, se les aplicó un cuestionario en entrevista individual cara a cara y se les tomó una medición del alcohol en la sangre por medio del alcosensor (dispositivo que estima los niveles de alcohol en sangre, a través de una muestra de aliento). Por medio del cuestionario se obtuvo información sociodemográfica y se aplicaron una serie de escalas y preguntas para medir indicadores del consumo de alcohol.

En la segunda fase, fase de seguimiento, se seleccionó a todos los pacientes que identificamos como riesgosos en la primera entrevista. Estos fueron definidos como los sujetos que reportaron consumo de alcohol 6 horas antes del evento, o habían sido positivos al alcosensor ($\geq .010\text{mg/ml}$) o que habían sido positivos a una escala que evalúa los problemas relacionados al consumo de alcohol, el *Rapid Alcohol Problems Screen* (Cherpitel, 2000). A los pacientes riesgosos se les pidió su autorización para re-contactarlos en una segunda entrevista. A los tres meses de la entrevista inicial se volvió a entrevistar por teléfono a los pacientes riesgosos que aceptaron participar en esta fase de seguimiento. En esta segunda entrevista, se aplicó una versión más condensada del cuestionario basal, que enfatiza la temporalidad de los instrumentos a un mes.

Análisis

Se llevó a cabo una comparación entre las variables sociodemográficas y las variables de consumo de alcohol (patrón de consumo, consumo 6 horas antes del ingreso y medición de alcohol en sangre, por medio de muestras de aliento, etc.) con la motivación de cambio de estos pacientes. El estadístico empleado fue la prueba exacta de Fisher, el cual es generalmente utilizado para encontrar diferencias estadísticamente significativas, en caso de contar con muestras independientes no paramétricas, con datos discretos, en un diseño de 2x2 (frecuentemente) y cuando la frecuencia mínima esperada es menor o igual a cinco (Siegel, 1985).

Instrumentos

Los datos se recabaron a través de un cuestionario general que contiene información sociodemográfica y sobre consumo de alcohol. Este cuestionario basal se encuentra ampliamente validado en el país desde 1986 (López, 1998; López et al., 1991; Rosovsky, García, López, & Narváez, 1988) y en investigaciones más recientes se validaron nuevas escalas (Borges, Cherpitel, Medina-Mora, Mondragón, & Casanova, 1998).

Para este trabajo, hacemos énfasis en la motivación al cambio en el consumo de alcohol y algunas variables que permiten comprender la distribución de esta motivación en los pacientes captados en el servicio de urgencias. A continuación se describen algunas escalas y preguntas del cuestionario general que utilizamos en este estudio.

Escala de Motivación al Cambio (Escalera de la Contemplación)

Este instrumento fue construido por Biener y Abrams (1991), como un indicador de la disposición para intentar dejar de fumar. El instrumento mostró en algunos estudios (e.g. Biener & Abrams, 1991) que mide mejor la disposición para considerar un cambio en el consumo, así como la participación de los sujetos en subsecuentes intervenciones con la misma finalidad.

El instrumento es presentado en forma de escalera (ver la Figura 1) para evaluar la posición del sujeto en un rango continuo desde no pensar en el cambio hasta tomar una acción para cambiar el consumo de sustancias. Las respuestas constan de 0 a 10 opciones de manera descendente. Donde el 0 (cero) equivale a "No pienso en el cambio", 2 equivale a "Pensando que algún día necesitaré cambiar mi consumo de alcohol", el 5 equivale a "Pensando que debería cambiar, pero que no estoy totalmente listo para hacerlo", el 8 equivale a "Comenzando a pensar acerca de cómo cambiar mi patrón de consumo", y el 10 equivale a "Tomando una acción para cambiar (e.g. disminuyendo el consumo)" (Hutchison, Stevens, & Collins, 1996). El puntaje más alto de la escalera indica la disposición de tomar una acción para cambiar el consumo y no simplemente la disposición de consumir menos. Ha sido validada con buenos resultados (Biener & Abrams, 1991). Este instrumento coincide con el modelo de DiClemente, Bellino y Neavins (1999), y Prochanska, Norcross y DiClemente (1995).

Aún cuando la escalera se basó en sujetos fumadores, también se ha utilizado en pacientes con consumo de alcohol, como en este caso. Por cuestiones prácticas reagrupamos la escala original, a manera que nos quedaran cuatro categorías, (1) No pienso en el cambio; (2) Uniendo las categorías "Comenzando a pensar acerca de cómo cambiar mi patrón de consumo" y "Pensando que debería cambiar, pero que no estoy totalmente listo para hacerlo" en una sola, que denominamos como "Algún día necesitaré cambiar pero no estoy listo"; (3) La categoría "Comenzando a pensar acerca de cómo cambiar mi patrón de consumo" aparece en los resultados y en las tablas con el nombre resumido a "Pensando en cómo cambiar", sólo por cuestiones de espacio, y (4) "Tomando una acción para cambiar".

Consumo de alcohol

Patrón de Consumo: patrón de consumo habitual de bebidas alcohólicas, durante los últimos 12 meses. Por medio del autorreporte se exploraron la frecuencia y la cantidad habitual de alcohol consumido, creando las siguientes categorías: *Abstemio*: Nunca ha consumido bebidas alcohólicas; *Infrecuente*: Bebe de una vez al año a una vez al mes, nunca consumió cinco o más copas en una ocasión durante los últimos doce meses; *Infrecuente leve*: Bebe de dos a tres veces al mes hasta una o dos veces a la semana, o tres o cuatro veces al mes hasta diario, nunca consumió cinco o más copas en una ocasión el año anterior; *Moderado*: Bebe de dos a tres veces al mes hasta diario y consumió de 5 a 11 copas por lo menos una

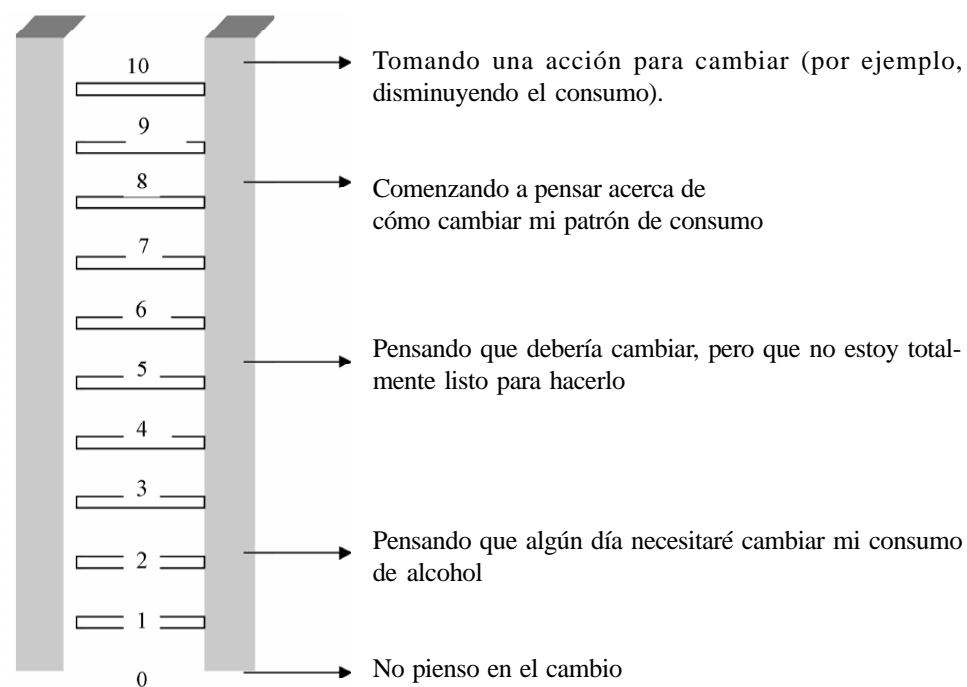


Figura 1. De "The contemplation ladder: Validation of a measure of readiness to consider smoking cessation" (Biener & Abrams, 1991, p. 361). Traducida al español por los autores de este trabajo.

ocasión el año anterior; *Alto*: Bebe de tres a cuatro veces al mes hasta diario y consumió 12 o más copas por lo menos una ocasión el año anterior. *Consumo de alcohol 6 horas*: El consumo de alcohol 6 horas antes del accidente/problema médico, se midió de acuerdo a la pregunta que explora si había estado bebiendo antes del evento (accidente o problema médico). *Lectura del Alcosensor*: El Alcosensor III, es un dispositivo que permite a través de una muestra de aliento, estimar el nivel de alcohol en sangre. Su validez y confiabilidad ya han sido probadas en estudios anteriores en salas de urgencia en México (Borges, Cherpitel, Medina-Mora, Mondragón, & Casanova, 1998; López, 1998; López et al., 1991; Rosovsky, García, López, & Narváez, 1988). Este fue utilizado cuando no hubiese sobrepasado en 6 horas el ingreso del individuo a la sala de urgencias. La presencia de alcohol en sangre se considera negativa si la lectura del Alcosensor III oscilaba entre .000 y .009 mg/dl, y positiva si marca de .010 a .999 mg/dl. *Rapid Alcohol Problems Screen (RAPS)*: El RAPS es un instrumento de tamizaje que evalúa problemas relacionados al consumo de pacientes en escenarios clínicos, principalmente. La versión que utilizamos para este estudio es de cuatro reactivos: ¿Se sintió culpable o tuvo remordimientos?, ¿Le ha hablado un amigo o familiar de cosas que haya dicho o hecho, las cuales no recuerda?, ¿Dejó de hacer cosas que debería haber hecho?, ¿Tomó usted en ocasiones una copa por la mañana inmediatamente después de levantarse? Las preguntas indagan los siguientes aspectos: remordimiento, amnesia, desempeño, y el consumo de alcohol inmediatamente después de levantarse, respectivamente. La temporalidad de exploración fue en los últimos 12 meses (Cherpitel, 2000). El criterio para su calificación fue con base en por lo menos una respuesta positiva en cualquiera de las cuatro preguntas, para considerar al paciente con un consumo riesgoso. *Consumo de alcohol riesgoso*: El consumo riesgoso se consideró si el paciente fue positivo al alcosensor ($\geq .01$ mg/dl), o fue positivo al consumo de alcohol 6 horas antes, o contestó positivo a cualquier pregunta del RAPS. *Dependencia o abuso*: De acuerdo a los criterios del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV) (American Psychiatric Association, 1994) y de la Clasificación Internacional de las Enfermedades (ICD-10) (World Health Organization, 1992) presentan un diagnóstico de dependencia y abuso del alcohol. *Sociodemográficas*: Sexo, edad. *Motivo de ingreso*: Si ingresa al servicio de urgencias a causa de un problema médico o por un accidente. *Situación del paciente*: Después de la valoración médica el paciente puede ser dado de alta, ser transferido, ingresar al hospital, estar en custodia policíaca, o bien, retirarse sin ser visto. *Atribución*: Explicación proporcionada por el paciente a la principal causa de su accidente/enfermedad, a través de la pregunta: Dígame con sus propias palabras ¿cuál fue la principal causa de su accidente/problema médico? *Responsabilidad del evento*: Es la responsabilidad que el propio sujeto se atribuye como partícipe en el evento (Kelly

& Campbell, 1997), fue explorada con la pregunta: ¿Qué tan responsable se siente de la ocurrencia de su accidente/problema médico? *Cambio en el evento*: Se evalúa el principal factor que según el paciente, propició la ocurrencia del evento y que al sujeto le gustaría eliminar para que éste no se presentara. Con la pregunta: Si pudiera cambiar algún evento presente durante la ocurrencia de su accidente/problema médico, ¿qué cambiaría? *Atribución causal del evento-alcohol*: La pregunta: El que hubiera consumido alcohol, antes y durante (o ambos) el accidente/problema médico, ¿qué tanto causó el incidente?, se basa en la investigación realizada por Room (2000), sobre la interpretación que da el paciente al factor alcohol como posible causa de su accidente/enfermedad.

Resultados

Se obtuvo una muestra total de 278 participantes. De éstos, 235 (84.5%) aceptaron colaborar con la entrevista y 43 (15.5%) rehusaron. Para este trabajo se tomaron sólo en cuenta a los pacientes que fueron clasificados como bebedores riesgosos según la definición anterior. Encontramos que el 17.4% de los pacientes ($n = 41$) se clasificaron de esta manera. En las Tablas 1 a 3 presentamos la información de estos 41 pacientes obtenida en la entrevista inicial. De los 41 pacientes riesgosos, el 66% ($n=27$) aceptó participar en el seguimiento posterior. De los 27 pacientes riesgosos que aceptaron participar en el seguimiento, 66.7% ($n=18$) fueron exitosamente recontactados por medio de una entrevista telefónica tres meses después de que ingresaron a los servicios de urgencia. La Tabla 4 presenta la información del seguimiento de estos pacientes.

De acuerdo a los resultados en la escala de motivación al cambio, al ser entrevistados por primera vez, el 46.3% de los 41 pacientes riesgosos planteó que no piensa en el cambio, mientras que sólo el 22% está tomando una acción para cambiar su consumo de alcohol (ver Tabla 1). Al analizar la motivación al cambio en los diferentes factores sociodemográficos (ver Tabla 2) sólo encontramos diferencias significativas en la motivación al cambio de acuerdo con el motivo de ingreso. Los pacientes que ingresan por problemas médicos mostraron mayor motivación al cambio (la mitad de estos pacientes está tomando una acción para cambiar su consumo (50.0%), en comparación a los pacientes que ingresaron por un accidente (7.4%). Aunque el 16.7% de los pacientes que atribuyeron el ingreso al servicio de urgencias a su consumo de alcohol están tomando una acción para el cambio, y sólo el 7.7% de los que no atribuyen el ingreso al alcohol lo está haciendo, esta diferencia no fue estadísticamente significativa.

Posteriormente, realizamos una comparación entre las variables de consumo de alcohol (medición de alcohol en sangre, con muestras de aliento (alcosensor), consumo 6

MOTIVACIÓN AL CAMBIO EN BEBEDORES QUE INGRESAN A UN SERVICIO DE URGENCIAS

Tabla 1.
Motivación al Cambio del Consumo de Alcohol en Pacientes Riesgosos (n=41)

Motivación al cambio	f	%
No pienso en el cambio	19	46.3
Algún día necesitaré cambiar pero no estoy listo	6	14.6
Pensando en cómo cambiar	7	17.0
Tomando una acción para cambiar	9	22.0

Nota: El consumo riesgoso se consideró si el paciente fue positivo al alcosensor (≥ 0.01), o fue positivo al consumo de alcohol 6 horas antes, o contestó positivo a cualquier pregunta del RAPS.

Tabla 2.
Características Sociodemográficas y Situación del Paciente por Motivación al Cambio del Consumo de Alcohol (n=41)

	No pienso en el cambio		Algún día necesitaré cambiar pero no estoy listo		Pensando en cómo cambiar		Tomando una acción para cambiar		Totales		Prueba Exacta de Fisher	
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%		
<i>Sexo</i>												
Masculino	14	41.2	7	20.6	6	17.6	7	20.6	34	100	0.325	
Femenino	5	71.4	-	-	-	-	2	28.6	7	100		
<i>Edad</i>												
18-29	10	34.5	6	20.7	5	17.2	8	27.6	29	100	0.290	
30-49	7	77.8	-	-	1	11.1	1	11.1	9	100		
50-65	2	66.7	1	33.3	-	-	-	-	3	100		
<i>Motivo de ingreso</i>												
Accidentes/lesiones	13	48.1	6	22.2	6	22.2	2	7.4	27	100	0.007	
Problemas médicos	6	42.9	1	7.1	-	-	7	50.0	14	100		
<i>Situación del paciente</i>												
Dado de alta	7	43.8	2	12.5	2	12.5	5	31.3	16	100	0.794	
Admisión al hospital	4	66.7	-	-	-	-	2	33.3	6	100		
Transferido	1	100	-	-	-	-	-	-	1	100		
Custodia policíaca	-	-	-	-	1	100.0	-	-	1	100		
Se retiró sin ser visto	2	100	-	-	-	-	-	-	2	100		
Otro	5	35.7	4	28.6	3	21.4	2	14.3	14	100		
<i>Accidental/enferma si no hubiera bebido</i>												
Si	3	50.0	2	33.3	-	-	1	16.7	6	100	0.558	
No	7	53.8	2	15.4	3	23.1	1	7.7	8	100		
No contestó	9	40.9	3	13.6	3	13.6	7	31.8	22	100		

Nota: Los guiones indican celdillas vacías.

horas antes del ingreso, embriaguez en las 6 horas antes del evento, RAPS, consumo habitual, patrón de consumo y dependencia o abuso) con la motivación de cambio de estos pacientes riesgosos. Los resultados del consumo de alcohol y la motivación al cambio (ver Tabla 3), mostraron generalmente que la mayoría de los bebedores no piensan en cambiar su consumo. Al desglosar estos hallazgos, observamos que los pacientes que fueron positivos al RAPS, que fueron bebedores altos o que fueron positivos a la dependencia al alcohol mostraron mayor disposición al cambio. En contraste, los pacientes que tuvieron niveles positivos en el alcosensor o que contestaron que bebieron antes del accidente/problema médico son los que muestran menor motivación al cambio. Así, el 70% de los pacientes con niveles positivos en el alcosensor no piensan en el

cambio, mientras que en el RAPS, sólo el 33.3% de los bebedores riesgosos no piensan en cambiar su consumo de alcohol. En cuanto al diagnóstico de dependencia o abuso de alcohol se observó que a pesar de que los pacientes con diagnóstico de dependencia-abuso reportaron en una proporción mayor que están pensando en cómo cambiar, en comparación de los pacientes que no presentaron este diagnóstico, estos resultados no son estadísticamente significativos (prueba exacta de Fisher = 0.056).

En la Tabla 4 se observan los resultados de la atribución causal y responsabilidad del evento por la motivación al cambio en la muestra de pacientes riesgosos que participó de la fase de seguimiento. Para esta tabla y por cuestiones de análisis, agrupamos las categorías de la escala en tres, uniendo "Algún día necesitaré cambiar, pero no estoy listo"

Tabla 3.

Consumo de Alcohol y Motivación al Cambio en Pacientes (n=41)

Consumo de alcohol	No pienso en el cambio		Algún día necesitaré cambiar pero no estoy listo		Pensando en cómo cambiar		Tomando una acción para cambiar		Totales	Prueba Exacta de Fisher	
	f	%	f	%	f	%	f	%			
<i>Alcosensor</i>											
Positivo(.010-256mg/ml)	7	70.0	1	10.0	2	20.0	-	-	10	100	0.149
Negativo(000-.009mg/ml)	12	38.7	6	19.4	4	12.9	9	29.0	31	100	
<i>6 Horas antes del evento</i>											
Si	10	52.6	4	21.1	3	15.8	2	10.5	19	100	0.410
No	9	40.9	3	13.6	3	13.6	7	31.8	22	100	
<i>Embriaguez en las 6 horas antes accidente</i>											
Si	2	50.0	1	25.0	1	25.0	-	-	4	100	0.682
No	6	54.5	2	18.2	2	18.2	1	9.1	11	100	
No contestó	11	42.3	4	15.4	3	11.5	8	30.8	26	100	
<i>Embriaguez en las 6 horas antes enfermar</i>											
Si	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1.000
No	2	50.0	1	25.0	-	-	1	25.0	4	100	
No contestó	17	45.9	6	16.2	6	16.2	8	21.6	37	100	
<i>RAPS</i>											
Si	8	33.3	4	16.7	4	16.7	8	33.3	24	100	0.133
No	11	64.7	3	17.6	2	11.8	1	5.9	17	100	
<i>Consumo de alcohol habitual 12 meses</i>											
Si	15	40.5	7	18.9	6	16.2	9	24.3	37	100	0.302
No	4	100	-	-	-	-	-	-	4	100	
<i>Patrón de consumo de alcohol</i>											
Abstemios	4	100.0	-	-	-	-	-	-	4	100	0.060
Infrecuente	7	50.0	4	28.6	-	-	3	21.4	14	100	
Infrecuente leve	-	-	1	100	-	-	-	-	1	100	
Moderado	8	42.1	2	10.5	4	21.1	5	26.3	19	100	
Alto	-	-	-	-	2	66.7	1	33.3	3	100	
<i>Frecuencia de Embriaguez</i>											
No en el último año	6	54.5	4	36.4	-	-	1	9.1	11	100	0.074
Hasta 11 veces al año	7	38.9	3	16.7	3	16.7	5	27.8	18	100	
Más de una vez al mes	1	14.3	-	-	3	42.9	3	42.9	7	100	
<i>Dependencia o abuso de alcohol^a</i>											
Si	5	26.3	3	15.8	5	26.3	6	31.6	19	100	0.056
No	12	63.2	4	21.1	1	5.3	2	10.5	19	100	

Nota: Los guiones indican celdillas vacías.

^aCriterios con base en el ICD-10 y DSM-IV.

con "Pensando en cómo cambiar" en una sola categoría denominándola "Pensando en cómo cambiar". En relación a los factores de atribución causal, los resultados parecen mostrar que los pacientes que se atribuyen a sí mismo la causa del evento, están más motivados y tomando una acción para cambiar. Asimismo, los pacientes que se sienten totalmente responsables del evento están tomando una acción (75%), mientras que el 16.7% de los que no se sienten nada responsables están tomando una acción para cambiar; esta diferencia es estadísticamente significativa. Más de la mitad de los pacientes que atribuyen el consumo de alcohol como causa de su accidente o enfermedad respondieron que algún día

necesitarán cambiar su consumo pero que no están listos para hacerlo, es decir, están poco motivados.

Discusión

El objetivo de este trabajo fue conocer la motivación al cambio en el consumo de alcohol de bebedores que ingresaron al servicio de urgencias. Los hallazgos sugieren que la mayoría de los pacientes bebedores no tienen motivación para cambiar su patrón de consumo de alcohol, ya que el 46.3% no piensa en hacerlo.

MOTIVACIÓN AL CAMBIO EN BEBEDORES QUE INGRESAN A UN SERVICIO DE URGENCIAS

Tabla 4. *Atribución Causal y Responsabilidad del Evento por Motivación al Cambio del Consumo de Alcohol en Pacientes (n=18)*

	No pienso en el cambio		Pensando en cómo cambiar		Tomando una acción para cambiar		Totales		Prueba Exacta de Fisher
	f	%	f	%	f	%	f	%	
Atribución causal del evento									
A sí mismo	3	30.0	4	40.0	3	30.0	10	100	0.951
Otros	2	40.0	2	40.0	1	20.0	5	100	
Situación	1	33.3	2	66.7	-	-	3	100	
Responsabilidad del evento									
Totalmente responsable	1	25.0	-	-	3	75.0	4	100	0.001
En parte responsable	1	12.5	7	87.5	-	-	8	100	
Nada responsable	4	66.7	1	16.7	1	16.7	6	100	
Cambiar algo del evento									
Cambio en sí mismo	1	9.1	7	63.6	3	27.3	11	100	0.012
Cambio de otro	1	33.3	1	33.3	1	33.3	3	100	
Sin cambio	4	100	-	-	-	-	4	100	
Consumo de alcohol como causa del evento									
Completamente	-	-	1	100	-	-	1	100	0.240
Parcialmente	-	-	3	100	-	-	3	100	
Nada	2	66.7	1	33.3	-	-	3	100	
No se aplica ^a	4	36.4	1	9.1	4	36.4	11	100	

Nota. Los guiones indican celdillas vacías. ^aPregunta contestada sólo por pacientes que bebieron 6 horas antes del evento o que tuvieron el alcosensor positivo, o ambos.

Debido al reducido tamaño muestral, la mayoría de los datos no mostraron diferencias estadísticamente significativas en la comparación entre las variables sociodemográficas y las variables de consumo de alcohol con la motivación de cambio de estos pacientes, se distinguen algunas tendencias hacia asociaciones relevantes. En primer lugar, observamos porcentajes más altos en el grupo de bebedores que no piensa en cambiar su consumo de alcohol. Los bebedores renuentes a aceptar un cambio en su mayoría hombres, los de mediana edad (30-49 años), los que ingresaron a urgencias por un accidente, que no atribuyen su accidente/problema médico al alcohol sino a la situación como la causa del evento, son los bebedores que en consumo de alcohol fueron positivos al alcosensor, bebieron seis horas antes del accidente y se embriagaron, tienen un consumo infrecuente, es decir, beben de una vez al año a una vez al mes pero nunca cinco o más copas en una ocasión durante los últimos doce meses.

Por otro lado, los bebedores que están tomando una acción para cambiar su consumo de alcohol son generalmente las mujeres, los jóvenes entre 18 y 29 años que ingresaron por un problema médico; en cuanto a la ingesta de alcohol, son los que presentaron un patrón de consumo alto, se embriagan más de una vez al mes y los bebedores con un diagnóstico de dependencia o abuso son los más favorables al cambio. En relación con la atribución causal, los bebedores que están haciendo un cambio en sí mismos son los que se sienten totalmente responsables del evento.

Nuestros datos sugieren que los pacientes con problemas crónicos de salud tienen más contacto con los servicios de

salubridad, y así, bajo vigilancia médica, saben de los daños y altos costos (en dinero y tiempo) que implican su salud el consumo de sustancias perjudiciales, por lo que tratan de evitarlas o disminuirlas. De esta forma, el deterioro en la salud, permite que los pacientes se sientan más motivados a cambiar su manera de beber.

También sabemos que muchas de las consecuencias del consumo de alcohol se convierten en problemas médicos más serios. Cuando los pacientes presentan una historia de severidad en dependencia o abuso del alcohol, ingresan más al hospital debido a las consecuencias de esta severidad, regularmente por enfermedades crónicas relacionadas a su consumo. Lo anterior, puede influir en la persona que, al verse afectada en su funcionamiento físico, al empezar la abstinencia durante su estancia en el hospital, al querer afrontar las circunstancias de la vida cotidiana (Rumpf, Hapke, Meyer, & John, 1999) y al empezar un tratamiento médico, está más motivada a cambiar su forma de ingesta. Esto los puede llevar a tomar una acción para el cambio en su patrón de consumo de alcohol.

Asimismo, los bebedores riesgosos que no bebieron antes del evento, están tomando acciones para cambiar su consumo. Aún cuando estos pacientes no reconocen su forma de beber como un problema, debido a que no se consideran alcohólicos, sí reconocen que con pocas cantidades de alcohol, las posibilidades de consecuencias negativas aumentan, sobretodo porque sufrir una lesión que requiere hospitalización, generalmente lleva al paciente a estar en buena disposición para hacer un cambio en su consumo de alcohol (Gentilello, Donovan, Dunn, & Rivara, 1995).

Los resultados encontrados concuerdan con la perspectiva de la atribución causal propuesta por Room (2000), respecto a la responsabilidad del evento, pues a medida que el individuo se atribuye la responsabilidad del evento – por hacer una autorreflexión – posibilita el cambio de su consumo de alcohol o, al menos, se da cuenta de que es necesario cambiar su forma de beber. Por el contrario, las personas que mencionaron no tener ni el más mínimo grado de responsabilidad, no tienen motivación al cambio por esta misma falta de autorreflexión que involucra un proceso de una participación activa en el evento.

Este estudio tiene la ventaja de incluir una muestra diversa, compuesta por pacientes dependientes al alcohol y pacientes riesgosos sin dependencia. Asimismo, contamos con medidas muy variadas de autorreporte y de muestras biológicas. También, un escenario como los servicios de urgencias parece muy adecuado para este tipo de investigaciones, ya que el paciente ha pasado por un evento traumático y se halla en buena disposición para colaborar.

Nuestra investigación tiene, por otro lado, varias limitaciones. En primer lugar, tenemos un tamaño muestral reducido que nos dificulta obtener asociaciones estadísticamente significativas. Asimismo, el periodo de tiempo del levantamiento de datos en sus dos fases fue reducido, lo que limitó también nuestro tamaño de muestra. Aún cuando los pacientes que participaron en el estudio son representativos del servicio de urgencia en donde se llevó a cabo la investigación, este hospital no es representativo de otros servicios públicos o privados en la Ciudad de México. Tercero, tomando en cuenta que nuestro estudio fue de tipo exploratorio, los resultados que presentamos se sustentan en las características propias de la muestra de manera descriptiva y no tanto en los niveles de confianza. Necesitamos más elementos que nos permitan análisis más sofisticados y por lo tanto resultados más contundentes.

Por lo anterior, es necesario plantear nuevos estudios que incluyan los hallazgos que aquí se presentan y que se tomen en cuenta las limitaciones para seguir avanzando. El siguiente paso en la investigación es abrir más el campo de acción, y trabajar con otras poblaciones afectadas por los problemas del consumo de alcohol. Es importante tratar de ahondar más en el tema, ya que quizá hay otros factores que estén más relacionados a bloquear el cambio y que son importantes para tomar en cuenta en las estrategias de intervención en los servicios de salud, específicamente, en los servicios de urgencias.

Referencias

- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, (DSM-IV)*. Washington, DC: Author.
- Biener, L., & Abrams, D. (1991). The contemplation ladder: Validation of a measure of readiness to consider smoking cessation. *Health Psychology, 10*, 360-365.
- Borges, G., Cherpitel, C., Medina-Mora, M. E., Mondragón, L., & Casanova, L. (1998). Alcohol consumption in ER patients and the general population: A population base study. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research, 22*, 1986-1991.
- Cherpitel, C. (1993). Alcohol and injuries: A review of international emergency room studies. *Addiction, 88*, 923-937.
- Cherpitel, C. (2000). A brief screening instrument for problem drinking in the emergency room: The RAPS4. *Journal of Studies on Alcohol, 61*, 447-449.
- DiClemente, C., Bellino, L., & Neavins, T. (1999). Motivation of change and alcoholism treatment. *Alcohol Research and Health, 23*, 86-92.
- Gentilello, L., Donovan, D., Dunn, C., & Rivara, F. (1995). Alcohol interventions in trauma centers. Current practice and future directions. *Journal of the American Medical Association, 274*, 1043-1048.
- Gerdner, A., & Holmberg, A. (2000). Factors affecting motivation to treatment in severely dependent alcoholics. *Journal of Studies on Alcohol, 61*, 584-560.
- Hutchinson, K., Stevens, V., & Collins, F. (1996). Cigarette smoking and the intention to quit among pregnant smokers. *Journal of Behavioral Medicine, 19*, 307-316.
- Kelly, K., & Campbell, J. (1997). Attribution of responsibility for alcohol-related offenses. *Journal of the Royal Anthropological Institute, 3*, 1159-1167.
- López, J. L. (1998). Validez del autoinforme en el consumo de bebidas alcohólicas. *Revista Mexicana de Psicología, 15*, 19-25.
- López, J. L., Rosovsky, H., Narváez, A., Casanova, L., Rodríguez, E., Juárez, F., & Barrios, D. (1991). Características de la población que solicita atención en los servicios de urgencias y su relación con el consumo de alcohol en la Ciudad de México. *Salud Mental, 14*, 19-24.
- Prochaska, J., Norcross, J., & DiClemente, C. (1995). *Changing for good*. New York, USA: Quill Haper Collins.
- Room, R. (2000). Concepts and items in measuring social harm from drinking. *Journal Substance Abuse, 12*, 93-111.
- Rosovsky, H., García, G., López, J. L., & Narváez, A. (1988). *El papel del consumo de alcohol en las urgencias médicas y traumáticas*. In IV Reunión de Investigación (pp. 261-267). México DF: Instituto Mexicano de Psiquiatría, Memorias.
- Rumpf, H. J., Hapke, U., & John, U. (1998). Previous help seeking and motivation to change drinking behavior in alcohol-dependent general hospital patients. *General Hospital Psychiatry, 20*, 115-119.
- Rumpf, H. J., Hapke, U., Meyer, C., & John, U. (1999). Motivation to change drinking behavior: Comparison of alcohol-dependent individuals in a general hospital and a general population sample. *General Hospital Psychiatry, 21*, 348-353.
- Siegel, S. (1985). *Estadística no paramétrica. Aplicada a las ciencias de la conducta*. México, DF: Trillas.
- World Health Organization. (1992). *The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders*. Geneva, Suiza: Author.

Received 22/12/03

Accepted 06/07/04

Liliana Mondragón. Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco, México DF

Guilherme Borges. Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco, México DF

Karla Avilés. Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco, México DF

Leticia Casanova. Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco, México DF