

## Capacitación profesional en entrevista motivacional como estrategia para superar el nihilismo terapéutico en tabaquismo



### Professional training in motivational interviewing as a strategy to overcome the therapeutic nihilism in smoking

Sr. Director:

Solo el 58% de los profesionales sanitarios en España consideran el tabaquismo una enfermedad crónica. A pesar de que, en general, en nuestro país la implicación de los profesionales sanitarios en el control y prevención del tabaquismo ha ido en aumento<sup>1</sup>, atendemos en nuestras consultas a uno de los segmentos poblacionales con mayores tasas de prevalencia y para los que el hábito de fumar resulta, si cabe, más deletéreo<sup>2</sup> (mayor número de cigarrillos al día, mayores niveles plasmáticos de nicotina y mayor dependencia que la población general, entre otros). Tras haber leído con atención y reflexionado sobre el reciente editorial en esta revista «Programas de cesación tabáquica para personas con esquizofrenia: una necesidad urgente no cubierta»<sup>2</sup>, y a la vista de que podemos disponer de todo el arsenal terapéutico farmacológico tras retirar la Agencia Europea de Medicamentos (EMA) la advertencia sobre el posible riesgo suicida de la vareniclina, a la luz de los resultados del estudio EAGLES<sup>3</sup> (circunstancia que ahora tendrá que consolidarse nuevamente entre los profesionales, pues una vez generada la voz de alarma, y plasmada en advertencia por la mayor autoridad en seguridad clínica, es previsible que resulte costoso revertir su efecto), y a que disponemos de estudios que acreditan la efectividad y factibilidad de intervenir especialmente en esta población<sup>4</sup>, los autores planteaban el reto de identificar qué más habría que hacer para motivar a gestores y facultativos a abandonar viejos hábitos (al hilo de las siempre acertadas reflexiones éticas de Lolas-Stepke en esta misma revista<sup>5</sup>) e integrar la cesación tabáquica como un objetivo asistencial que ocupe el lugar que merece en términos de salud y ética (y eficiencia, para los gestores). Pero de las barreras mencionadas en este acertado editorial, echamos en falta la que pudiera ser clave para superar estos prejuicios asistenciales: la formación en entrevista motivacional, un modelo de abordaje que ha demostrado su utilidad en múltiples áreas en las que se persigue favorecer conductas saludables. Resulta empíricamente muy eficaz para dar consejos médicos y mejorar el cumplimiento terapéutico<sup>6</sup>. Conocemos la eficacia del consejo o intervención breve y las tasas de cesación empleando terapia sustitutiva con nicotina, bupropión y vareniclina<sup>7</sup> (siempre acompañados de soporte psicosocial), y gracias a iniciativas como la «escuela de Otoño» de Socidrogalcohol, que desarrolla talleres de iniciación y perfeccionamiento en la materia, el espíritu motivacional se va abriendo paso

entre profesionales sanitarios de diferentes especialidades. Al fin y al cabo, el trabajo en tabaquismo es trabajo en adicciones y, por tanto, en cronicidad. Potenciar la formación en adicciones desde la etapa de formación universitaria para superar el estigma asistencial es una necesidad, pero dotar a los profesionales de herramientas que permitan superar la frustración de atender a pacientes, en no pocas ocasiones fumadores de muchos años de evolución, que no han realizado nunca intentos de deshabituación y que parecen (y muchas veces, son) impermeables o nada receptivos al consejo de cesación<sup>8</sup>, y alcanzar las metas asistenciales propuestas, es una obligación urgente que el sistema ha de imponerse.

No gustaría añadir que, en cuanto al coste de las terapias farmacológicas, abogamos por una cobertura pública, idealmente universal, pero en estos tiempos de contención necesaria del gasto, parece de sentido común que abarcarse a aquellos pacientes en quienes el tabaquismo resulta especialmente deletéreo; argumentábamos el caso del trastorno mental grave, pero sin olvidar aquellos pacientes de elevado riesgo cardiovascular (diabéticos, cardiopatía isquémica, síndrome metabólico).

### Bibliografía

1. Solano S, Jiménez CA, de Higes E, García M, Callejas FJ, de Granda JI, et al. Prevalencia, conocimiento y actitudes acerca del consumo de tabaco en los miembros de SEPAR. *Arch Bronconeumol.* 2016;52:605-10.
2. García-Portilla MP, Bobes J. Programas de cesación tabáquica para personas con esquizofrenia: una necesidad urgente no cubierta. *Rev Psiquiatr Salud Ment (Barc.).* 2016;9:181-4.
3. Anthenelli RM, Benowitz NL, West R, St Aubin L, McRae T, Lawrence D, et al. Neuropsychiatric safety and efficacy of varenicline, bupropion, and nicotine patch in smokers with and without psychiatric disorders (EAGLES): A double-blind, randomised, placebo-controlled clinical trial. *Lancet.* 2016;387:2507-20.
4. García-Portilla MP, García-Alvarez L, Sarramea F, Galván G, Díaz-Mesa E, Bobes-Bascarán T, et al. It is feasible and effective to help patients with severe mental disorders to quit smoking: An ecological pragmatic clinical trial with transdermal nicotine patches and varenicline. *Schizophr Res.* 2016;176:272-80.
5. Lolas-Stepke F. Tendencias y necesidad clínica de los principios éticos. *Rev Psiquiatr Salud Ment (Barc.).* 2015;8:1-2.
6. Grupo Español de Trabajo en Entrevista Motivacional (GETEM). ¿Qué es la entrevista motivacional? [consultado 15 Jul 2017]. Disponible en: <http://getem.org>
7. Rüther T, Bobes J, de Hert M, Svensson TH, Mann K, Batra A, et al. EPA Guidance on tobacco dependence and strategies for smoking cessation in people with mental illness. *Eur Psychiatry.* 2014;29:65-82.
8. Bommelé J, Schoenmakers TM, Kleinjan M, Peters GY, Dijkstra A, van de Mheen D. Targeting hardcore smokers: The effects of an online tailored intervention, based on motivational interviewing techniques. *Br J Health Psychol.* 2017;22:644-60, <http://dx.doi.org/10.1111/bjhp.12256>

Omar Walid Muquebil Ali Al Shaban Rodríguez<sup>a,\*</sup>,  
 Enrique Álvarez de Morales Gómez-Moreno<sup>b</sup>,  
 Sergio Ocio León<sup>c</sup>, Mario Javier Hernández González<sup>c</sup>,  
 Manuel Gómez Simón<sup>c</sup> y María Aida Fernández Menéndez<sup>d</sup>

<sup>a</sup> Servicio de Psiquiatría, Hospital Universitario  
 San Agustín, Avilés, Asturias, España

<sup>b</sup> Centro de Salud Mental El Coto, Gijón, Asturias, España

<sup>c</sup> Centro de Salud Mental de Mieres, Mieres, Asturias,  
 España

<sup>d</sup> Monash University, Melbourne, Australia

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [muquebilrodriguez@gmail.com](mailto:muquebilrodriguez@gmail.com)  
 (O.W. Muquebil Ali Al Shaban Rodríguez).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.rpsm.2017.07.003>

1888-9891/

© 2017 SEP y SEPB. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los  
 derechos reservados.

## A propósito de la utilidad de la Escala Abreviada de Personalidad y Acontecimientos Vitales (S-PLE) en la detección de las tentativas de suicidio



### Usefulness of the Short Personality and Life Event Scale (S-PLE) for detection of suicide attempters

Sr. Director:

El suicidio es un problema de salud pública mundial, siendo la primera causa de muerte no natural en nuestro país<sup>1</sup>. La génesis del comportamiento suicida se ve influenciada por múltiples factores de índole biopsicosocial, que en muchas ocasiones, como es el caso de la recesión económica, pueden ejercer efectos difíciles de establecer<sup>2</sup>. Hasta la fecha la tentativa de suicidio (TS) previa se ha erigido como el mejor predictor de riesgo de suicidio consumado<sup>3</sup>, por tanto, consideramos que todos los esfuerzos para la predicción y prevención de las TS son un modo indirecto de contribuir a la disminución del número de suicidios en el medio.

Uno de los esfuerzos más interesantes dirigido a la facilitación de la identificación de las personas en riesgo de conducta suicida es el realizado por Blasco-Fontecilla et al.<sup>4</sup>, cuando desarrollan la escala de Personalidad y Acontecimientos Vitales (PLE) que incluye 27 ítems de entre los más discriminativos de una serie de cuestionarios que habitualmente se emplean en la evaluación del comportamiento suicida (escala de trastornos de la personalidad, impulsividad, agresividad, acontecimientos vitales estresantes y datos sociodemográficos) con excelentes resultados de sensibilidad (80,8%) y especificidad (89,6%). Los autores dan un paso más allá cuando desarrollan la versión breve de dicha escala (S-PLE)<sup>5</sup>, que con solo 6 ítems permite evaluar de modo indirecto y no intrusivo el riesgo de comportamiento suicida en lugares donde escasea el tiempo.

Los propios autores proponen los siguientes puntos de corte, que son los que maximizan la precisión de la clasificación: i) personas sanas, puntuación inferior a 1,70; ii) personas con posible trastorno mental, puntuación entre 1,70 y 2,46, e iii) personas con riesgo de suicidio, puntuación superior a 2,46. No obstante, los propios autores reconocen que el desempeño de la S-PLE disminuye cuando se trata de diferenciar entre personas con trastorno mental sin ante-

cedentes de TS y pacientes con historia de TS, si bien el área bajo la curva (AUC) de la característica operativa del receptor (ROC) sigue siendo aceptable (0,756).

Nuestro grupo ha tratado de replicar estos resultados previos en una muestra independiente de 197 pacientes [35,5% hombres; edad media (DE) = 54,15 (10,54) años], con diagnóstico de trastorno del humor [depresión unipolar (74,6%); depresión bipolar (8,1%) y distimia (17,3%)] y gravedad clínica de la depresión en el momento de la evaluación medida con la escala Hamilton de Depresión (HDRS)<sup>6</sup> de 18,56 (5,95), que equivaldría a depresión moderada a grave. El 38,6% (n = 76) de los pacientes tenían antecedentes de TS. Los pacientes con antecedentes personales de TS fueron significativamente más jóvenes [51,79 (10,70) vs. 55,64 (10,21); t de Student = 2,526; p = 0,012] y obtuvieron puntuaciones significativamente más elevadas en la S-PLE [2,10 (0,48) vs. 1,79 (0,46); t de Student = -4,424; p = 0,000], siendo similares en cuanto al sexo y la puntuación media en la HDRS.

Cuando se evalúa la precisión de la escala mediante un análisis de la ROC, se obtiene un AUC de 0,675 que es inferior a la reportada por los autores. Al aplicar el punto de corte propuesto por los autores para diferenciar personas con trastorno mental sin antecedentes de TS y personas con antecedentes de TS (puntuaciones superiores a 2,46), obtenemos una sensibilidad del 17,10% y una especificidad del 95,90%. Es decir, existe un gran número de falsos negativos. Si el interés de esta escala es utilizarla como herramienta de cribado, creemos conveniente proponer una modificación del punto de corte para disminuir el elevado número de falsos negativos, al menos cuando se trata de identificar riesgo de suicidio en pacientes con trastornos mentales. Tras la valoración de nuestros resultados, proponemos que un punto de corte más adecuado para la evaluación del riesgo suicida sería 1,70. Con este punto de corte, al menos en nuestra muestra, se consiguió un importante incremento de la sensibilidad (85,5%), si bien la especificidad disminuye al 32,2%. No obstante, dada la gravedad de las consecuencias del evento que queremos predecir y la posibilidad de uso de la S-PLE en el cribado de riesgo de suicidio en lugares donde escasea el tiempo, como los servicios de urgencia hospitalarios o atención primaria, consideramos a todas luces que una buena sensibilidad ha de priorizarse sobre la especificidad.

En nuestra opinión, la S-PLE puede ser un instrumento de utilidad clínica para la detección del riesgo de TS, si bien es necesario un establecimiento más fino de los puntos de corte de la herramienta y determinar su capacidad predictiva en estudios prospectivos, actualmente ya en marcha por parte de nuestro grupo de investigación.