



DOCENCIA Y FORMACIÓN

ABANDONO DEL TRATAMIENTO ANTIPSICÓTICO: ENTREVISTA MOTIVACIONAL.

STOP THE PSICOTIC TREATMENT: MOTIVATIONAL INTERVIEW.

***González Varea, J.**

*IaPs: Institut Atención Psiquiátrica, Toxicomanías y Salud Mental. Centro Forum Hospital del Mar (IMAS). Barcelona.

Presentado en el 7º Congreso Virtual de Psiquiatría “ Interpsiquis 2006” . www.psiquiatria.com

Palabras clave: recaídas, tratamiento farmacológico, entrevista motivacional. .

Key words: relapsing, pharmacological treatment, interview motivacional.

RESUMEN

Es evidente el importante número de abandonos del tratamiento (baja adherencia al tratamiento) por parte de las personas que padecen Esquizofrenia, como lo demuestran las constantes recaídas.

Los datos acerca de la intensidad de este problema, según el Ministerio de Sanidad, hacen referencia a que solamente entre el 4 y el 12% de los pacientes con Trastornos Mentales, siguen de forma rigurosa su tratamiento farmacológico; el resto prefiere no ingerir fármaco alguno, ya sea porque cree no necesitarlos o dejan de tomarlos después de sufrir síntomas indeseables a causa de los efectos colaterales asociados a los fármacos. Este trabajo, pretende un enfoque de las Actuaciones de Enfermería mediante la implementación de intervenciones que aseguren un tratamiento a largo plazo, como pudiera ser la “Entrevista Motivacional”, con el objetivo de aumentar la conciencia de enfermedad y de la necesidad de seguir el tratamiento farmacológico de forma regular.

SUMMARY

The important number of abandonments of the treatment (low adhesion to the treatment) on the part of the persons who endure Schizophrenia, since the relapsed constants demonstrate it. The information about the intensity of this problem, according to the Ministry of Health, alludes to that only between 4 and 12 % of the patients with Mental Disorders, continue of rigorous form his pharmacological treatment; the rest prefers without consuming any medicine, be already because he is thinking about without needing them or they stop taking

them after suffering undesirable symptoms because of the collateral effects associated with the medicines.

The implementation of interventions that assure a treatment in the long term, like it could be the " Interview Motivacional ", with the target to increase the conscience of illness and of the need of continuing.

INTRODUCCIÓN

El abandono del tratamiento antipsicótico y de las indicaciones terapéuticas son frecuentes en los pacientes con Esquizofrenia, situación esta que se da aproximadamente en un 70% de los casos.

La proporción de aquellos que siguen su tratamiento farmacológico, es de dos por cada diez al año de tratamiento, según conclusiones de trabajos presentados en el XX Congreso de Psiquiatría 2004, celebrado en Bilbao. Tendríamos que preguntarnos cuáles son las causas por las que se deja de tomar la medicación a pesar de la información recibida y de las terribles consecuencias que este abandono provoca.

Las respuestas podrían ser que esta actitud es debida a la nula consciencia de enfermedad, o a los efectos indeseables asociados a los fármacos antipsicóticos que deben tomar.

Ante tales datos, resulta fundamental poder identificar todos y cada uno de los problemas colaterales que se derivan del tratamiento y eso sólo puede conseguirse estableciendo un diálogo intenso y constante durante el ingreso y su posterior seguimiento en los Centros de Salud Mental (CSM), teniendo en cuenta el uso de cualquier herramientas que trabaje la motivación y el cambio de actitud ante la enfermedad.

El reto es concienciar que el tratamiento debe mantenerse, aunque hayan desaparecido gran parte de los síntomas de la enfermedad (mejoría sintomática) para evitar las recaídas, por lo que el afrontamiento de este problema constituye un objetivo fundamental de cualquier intervención terapéutica.

En este tipo de pacientes coexisten la presencia de emociones contrapuestas con respecto al seguimiento del tratamiento: "quiero dejar de tener problemas por mi enfermedad, pero sin tomar fármacos".

A menudo recurrimos al consejo breve con frases como: no tome tóxicos (alcohol, cannabis, cocaína, etc.), no beba café o bebidas estimulantes, no abandone el tratamiento farmacológico, etc., pero en general no suelen ser útiles y con pocos resultados; está comprobado que cuanto más se presione a un enfermo para que cambie de hábito nocivo suele aparecer una reactividad psicológica que hace que esta persona se afiance en él...

Para asegurar una adherencia al tratamiento, las Actuaciones de Enfermería deben incluir intervenciones que aseguren el tratamiento a largo plazo, trabajando la Motivación.

La motivación

La motivación es un proceso que provoca determinado comportamiento o que modifica uno ya existente. No se trata de una cualidad estática, esta es un recurso dinámico que puede modificarse/incrementarse a medida que la persona toma conciencia de su problema. Desde el punto de vista psicológico, el comportamiento siempre es motivado, ya sea dirigido hacia una meta previamente fijada o no.

Entrevista motivacional

Este tipo de entrevista fue ideada por William Miller y Steve Rollnick en 1991, con la intención de trabajar la motivación, centrándose en el paciente, ayudándolo a resolver contradicciones sobre conductas o hábitos insanos y a desarrollar habilidades propias utilizando para ello preguntas abiertas, escucha reflexiva, ofreciendo soporte, resumiendo y generando frases auto-motivacionales.

Se trata de una “estrategia” de asistencia directa centrada en la persona que pretende promover un cambio interno, entendiendo esta “motivación” como un proceso o una combinación de procesos que consiste en influir de alguna manera en la conducta.

La EM resalta la necesidad de adoptar una actitud empática, en la que el paciente se siente apoyado y no juzgado, que favorezca el cambio; por el contrario, una insistencia repetitiva puede generar resistencia al mismo.

Las intervenciones durante y posterior al ingreso a las que se les incorporan elementos de la entrevista.

Entrevista motivacional y esquizofrenia

Son escasos los estudios consultados que relacionan este tipo de entrevista con pacientes diagnosticados de Esquizofrenia, seguramente por las dificultades que plantea su evaluación ya que en general suelen estar alteradas las facultades, existiendo en la mayoría de los casos una escasa consciencia de enfermedad.

La entrevista motivacional se suele utilizar en patologías adictivas (toxicomanías), o las relacionadas con los trastornos de la alimentación (anorexia/bulimia), coincidiendo varios autores en sus respectivos trabajos, en asegurar que ayuda de forma significativa a modificar la conducta en muchos pacientes.

La reflexión y conclusión después de analizar diferentes trabajos, es que haciendo algunas modificaciones, este tipo de entrevista se perfila como un instrumento a tener en cuenta y que puede ser útil para impulsar estrategias de prevención en psiquiatría, suponiendo un importante cambio ante la clásica actividad profesional de “dar consejo”.

La motivación ante el tratamiento prescrito es un factor pronóstico de buen cumplimiento, aunque no hay que olvidar los aspectos psicopatológicos de la enfermedad mental implicados en estos pacientes, siendo previsible que en muchos de ellos a pesar de tener consciencia de enfermedad, de estar motivados, y de un buen cumplimiento terapéutico, se den muchos casos de empeoramiento por reagudización de la propia patología.

No obstante los resultados tras el uso de la Entrevista motivacional son, en general, superiores a la “no información” y al “consejo breve”.

Características de una entrevista motivacional

- . Tipo de entrevista breve, no confrontacional y semiestructurada.
- . Identifica en qué etapa de cambio está la persona.
- . Facilita que la persona lleve el control.

. Genera un fuerte impulso para cambiar hábitos y estilo de vida.

El procedimiento más eficaz para conseguir el cambio de conducta, es orientar la entrevista a incrementar su motivación, cuando esta es baja o inexistente.

Cuando el paciente haya decidido dar el paso, enfermería debe centrar sus esfuerzos en motivarle para que se produzca el cambio de actitud.

Como cualquier modelo de entrevista, la EM también requiere entre otros ingredientes, como pudieran ser, tener una actitud de escucha, de curiosidad hacia el paciente y de empatía, es decir, la capacidad de comprender los sentimientos de la persona con la que está interactuando

Aspectos fundamentales de la Entrevista Motivacional independientemente de las técnicas de entrevista utilizadas.

- a) La motivación hacia el cambio parte del paciente y no se impone sin él.
- b) La articulación de la ambivalencia es tarea del paciente y no del terapeuta.
- c) La persuasión directa no es un método efectivo para resolver la ambivalencia.
- d) El estilo del terapeuta suele ser tranquilo y evocador.
- e) El terapeuta es la directriz que ayuda al paciente a examinar y resolver la ambivalencia.
- f) La disponibilidad al cambio no es un rasgo del paciente sino que fluctúa en función de la interacción interpersonal.
- g) La relación terapéutica se asemeja más a la de socios o compañeros que a la de profesional/paciente.

Intervención terapéutica

Los resultados de la intervención terapéutica están en función de tres grupos de factores:

1. Los relacionados con la persona dependiente (su personalidad, trastornos psicológicos y psicopatológicos, y su disponibilidad hacia el cambio).
2. Los que están en relación con el medio ambiente o contexto donde se produce el problema.
3. Los asociados directamente a la propia actuación terapéutica (las estrategias y métodos de intervención: la oferta terapéutica).

En este modelo transicional del cambio existen diversas etapas o fases de la motivación.

1.- Precontemplación: En esta etapa la persona no se da cuenta de que existe un problema pues, realmente no tiene conciencia de ello. Por esta razón no estará motivado a buscar ayuda pues ni siquiera acepta que esté enfermo. Lo que ocurrirá es que la enfermedad seguirá evolucionando y se acumularán las consecuencias negativas.

2.- Contemplación: En esta etapa ya las evidencias del daño se hacen obvias para el enfermo. En el caso de pacientes esquizofrénicos no suele desarrollarse una conciencia del problema. La persona en contemplación no suele pensar acerca del cambio, al contrario de las diagnosticadas de adicciones, aun así, en estas últimas esto no se traduce en acciones concretas.

3.- Preparación: En esta etapa estos pacientes no se motivan a buscar ayuda para resolver el problema. La persona acude a consulta obligadas por la familia o llegan a los servicios de Urgencias custodiadas por fuerzas de orden público. No están en condiciones de invertir energía en los cambios, por lo tanto el problema sigue evolucionando.

4.- Acción: Una vez llegado a este punto algunas personas son conscientes de no querer seguir viviendo esta situación y están dispuestas a colaborar en los cambios. Otras por el contrario son reacias a tratamiento alguno.

5.- Mantenimiento: Una vez realizados los cambios hay que mantenerlos lo suficiente para que se hagan permanentes. Es muy usual que las personas en recuperación, se descuiden en esta fase porque, a veces, no hay adecuada conciencia de la tendencia a la recaída si se abandona el tratamiento. Si la persona invierte tiempo en mantener los cambios logrados todo irá bien, pero si se descuida o aminora la marcha, puede presentarse una recaída.

En esta fase es el momento en que debe empezar a utilizarse la entrevista motivacional.

6.- Recaídas: La enfermedad mental tiene una tendencia natural a la recaída debido a la gran cantidad de elementos endógenos, a pesar de que se hayan hecho nuevos hábitos de comportamiento.

7.- Terminación: Una vez que los cambios son mantenidos a lo largo del tiempo, las conductas se acercan a la realidad de paciente, haciendo necesario no obstante programas periódicos de refuerzo.

* Estas secuencias están modificadas en cuanto a contenido ya que en origen hacen referencia únicamente a trastornos adictivos.

Principios básicos de la Entrevista Motivacional

Expresar empatía. Se debe aceptar incondicionalmente al paciente, sin rechazos ni estigmatizaciones, para lo cual se le debe “escuchar reflexivamente”.

Desarrollar las discrepancias. Es útil propiciar que el paciente se dé cuenta de sus contradicciones, mostrándole la discrepancia entre la conducta actual de abandono de tratamiento, consumir drogas y las metas importantes.

Evitar las discusiones-argumentaciones. Ellas son contraproducentes; si se producen, es preferible cambiar de estrategia. Ejemplo: "parece que en esto no estamos de acuerdo, busquemos otra forma de verlo".

No etiquetar al paciente de inmediato.

Se debe intentar lograr con el paciente un "compromiso colaborativo" inicial para explorar su percepción sobre la enfermedad y pasar así a las etapas de evaluación y tratamiento.

Rodar con la resistencia.

Las percepciones del paciente pueden cambiarse, para lo cual más que imponer estrictamente una visión al paciente, se le debe apoyar o invitar a mirar sus problemas desde una nueva perspectiva que hasta el momento no había considerado. A veces "rodar con la resistencia" puesta por el paciente, es decir reconocer y reflejarle sus propias objeciones al tratamiento, lo moviliza a criticarlas y buscar soluciones al respecto.

Apoyar la autoeficacia.

Crear en la posibilidad de cambio es un elemento motivador, siendo importante que el paciente se haga responsable de realizar lo necesario para lograr el cambio. Se debe inyectar esperanza dentro del rango de alternativas a cumplir.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Entrevista motivacional

S. Lizarraga, M. Ayarra (Especialistas en Medicina Familiar y Comunitaria)
Comunicación y Salud de Navarra. Centro de Salud de Huarte (Navarra)
<http://www.cfnavarra.es/salud/anales/textos/vol24/suple2/suple6a.html>

Técnicas de Modificación de conductas

Méndez Carrillo, F. Xavier; Olivares, José
Editorial Biblioteca Nueva, S.L. 3ª edición 12/1997

Falta de insight en la esquizofrenia

Rafael Martines Leal, Mº Felipa Soriano Peña, Berta Moreno Küstner Cuadernos de
Psiquiatría comunitaria : Volumen 4 Nº 2 (2004) Pag 146-158

Motivational Interviewing to Improve Insight and Treatment Adherence in Schizophrenia.

Psychiatric Rehabilitation Journal 2002 26(1):23-32.
Rüsch N, Corrigan PW

La entrevista motivacional: Preparar para el cambio de conductas adictivas

Stephen Rollnick; William R. Millar (Paidos) Editorial Herder 2003

Tratamiento de las dependencias de sustancias

Dr. Daniel Seijas Buschiazzo

Departamento de Psiquiatría (Universidad P. Católica de Chile)

<http://escuela.med.puc.cl/publ/Boletin/Psiquiatria/TratamientoDependencias.html>

ISSN 1695-6141

© [COPYRIGHT](#) Servicio de Publicaciones - Universidad de Murcia