

LAS INTERVENCIONES MOTIVACIONALES EN EL TRATAMIENTO PSICOTERAPÉUTICO DE LA FASE INICIAL DE LA ESQUIZOFRENIA

Carol Palma Sevillano*, Núria Fariols Herando**, Jordi Cebrià Andreu** y Jordi Segura Bernal**

*Centre de Salut Mental de Mataró (Consorci Sanitari del Maresme). **Universitat Ramon Llull

Son muchos los estudios que en los últimos quince años han demostrado la efectividad de los programas de intervención precoz en la esquizofrenia y su impacto sobre el pronóstico de la enfermedad. De hecho, la intervención preventiva en la fase prodrómica y posterior al primer episodio se ha convertido en una de las líneas principales de investigación y de aplicación clínica para el abordaje de la esquizofrenia. Durante la fase inicial de la esquizofrenia, quedan paralizadas muchas áreas de actividad y relacionales a las cuales el paciente deberá enfrentarse durante la fase de recuperación. Su grado de motivación en esta fase será de vital importancia para el tratamiento. En el presente trabajo se presenta una revisión y algunas consideraciones a cerca de las intervenciones motivacionales en la esquizofrenia.

Palabras clave: Esquizofrenia, fase inicial, intervención precoz, intervención motivacional

Many studies have shown the effectiveness of early intervention programs for schizophrenia and its impact on illness outcome. In fact, the preventive intervention in the prodromical period and after the first episode of psychosis has become the main way for the research and clinical procedures for schizophrenia treatments. During the initial phase of schizophrenia, many activity and relational areas are affected. Patient motivation could be very important to face de treatment during this period. So, the current article presents a literature revision and some considerations about the motivational interventions in the schizophrenia.

Key words: Schizophrenia, initial phase, early intervention, motivational intervention

FASES TEMPRANAS DE LA ESQUIZOFRENIA: PRIMEROS EPISODIOS

Durante la década de los 90 se produjo un optimismo creciente respecto al pronóstico de los trastornos esquizofrénicos. Buena parte de este optimismo se debió a la aparición de los fármacos neurolépticos de segunda generación que presentaron ventajas a nivel de eficacia y en la reducción de los efectos secundarios. Complementariamente, la otra razón que promovió este optimismo fue el progresivo convencimiento de que, una atención especial en las fases tempranas de la psicosis, podía reducir sustancialmente la morbilidad, influir en el pronóstico, aumentar la calidad de vida de los pacientes y sus familias así como obtener altos niveles de mejoría clínica.

En este trabajo las publicaciones realizadas de ensayos clínicos controlados en los últimos diez años sobre la eficacia de las intervenciones cognitivo-conductuales en la esquizofrenia han confirmado plenamente que los tratamientos psicológicos eficaces combinados con los neurolépticos tienen un impacto alto sobre la enfermedad (Perona, Cuevas, Vallina y Lemos, 2003).

Correspondencia: Carol Palma Sevillano. Centre de Salut Mental de Mataró. C/ Sant Pelegrí, nº 3, 2ª planta. 08301 Mataró. Barcelona. España. E-mail: carolinaps@blanquerna.url.es

De aquí que los programas de intervención precoz que se han puesto en marcha en la actualidad apuesten por las psicoterapias integradas por intervenciones que han demostrado su eficacia en pacientes con esquizofrenia.

EL IMPACTO EMOCIONAL DEL PRIMER EPISODIO PSICÓTICO Y CONSIDERACIONES DE LAS INTERVENCIONES

Las experiencias psicopatológicas del primer episodio y la fase inicial pueden tener un impacto sobre la persona realmente perturbador y duradero (McGorry *et al.*, 1991). Ciertamente, la persona que sufre un primer episodio suele ser más sensible a los tratamientos que en los episodios siguientes y en fases posteriores, pero a su vez las recaídas también son más frecuentes durante los cinco primeros años (el llamado *período crítico*) (Birchwood *et al.*, 1998). Podemos decir que este período nos permite un terreno de actuación muy fértil para la intervención pero, a su vez, sumamente complejo debido a la cantidad de variables que se barajan durante la eclosión del primer episodio (McGorry, 2005).

La terapia cognitivo-conductual estándar centra el núcleo de su intervención en las creencias delirantes, las creencias sobre las voces y en las autovaloraciones negativas; abordando de una manera más colateral las

experiencias subjetivas de la enfermedad y el afrontamiento emocional del paciente tanto a sus propias dificultades, como a la adaptación que hace hacia el uso de las nuevas herramientas que el terapeuta le ofrece para dicho afrontamiento.

Desde esta orientación y desde la revisión de la efectividad de las intervenciones en pacientes que sufren psicosis se pone de manifiesto una nueva necesidad: la intervención combinada que es imprescindible para el correcto abordaje pero no resulta del todo completa.

En este proceso de la fase inicial, se produce una ruptura brusca con todo aquello que conformaba el autoconcepto de la persona, aumentando la confusión, afectando a los niveles de autoestima y favoreciendo la desintegración progresiva de la propia identidad (Ridway, 2001; Birchwood *et al.*, 1992).

Es en este momento cuando el paciente se da cuenta de que todo aquello que lo definía como persona única e individual, está en pleno proceso de cambio. Sin duda, las múltiples y progresivas pérdidas que experimenta ponen en tela de juicio su funcionamiento global (Harrop y Trower, 2001).

Suponemos que el proceso de adaptación a dichos cambios podría formar parte de un proceso de duelo, que tendrá como finalidad la reconstrucción de la propia identidad a partir de la integración o asimilación de todas y cada una de estas pérdidas (Palma, Ferrer, Fariols y Cebrià, 2006).

La vivencia del paciente habitualmente es de "paralización"; las áreas de funcionamiento global han quedado bloqueadas por la eclosión del primer episodio, muchas veces progresivamente deterioradas durante la fase prodrómica. Las dificultades propias de la enfermedad, que la persona remolca durante toda la fase de recuperación, van a disminuir sustancialmente el funcionamiento del paciente a nivel laboral, social, familiar, afectivo y lúdico.

De este modo pensamos que las vías de malestar emocional no se centran únicamente en los cuadros prodrómicos o síntomas depresivos post-psicóticos, ni en la afectación secundaria a la sintomatología de la esquizofrenia. Tras la eclosión de un primer episodio psicótico de espectro esquizofrénico, la persona va a experimentar una serie de procesos complejos donde la gestión emocional y la motivación van a configurar el pilar del afrontamiento de la persona.

Cabe tener en cuenta que lo habitual es que la enfermedad eclosiona entre la adolescencia y los primeros años de la vida adulta; rango de edad en que la identi-

dad personal se está consolidando (Ridway, 2001). Y es aquí donde situamos una de las dificultades más complejas y arduas que la persona tendrá que afrontar.

LO AFECTIVO Y LA MOTIVACIÓN: DOS ELEMENTOS CLAVE EN EL TRATAMIENTO

Por tanto, durante este período se hacen evidentes una serie de necesidades emocionales que no son contempladas desde los tratamientos de terapia cognitivo-conductual (TCC) descritos. Desde una perspectiva integrativa el componente emocional debe ser entendido como un heurístico, un constructo global que integra aspectos tanto biológicos como psicológicos y psicosociales del individuo. El enfoque centrado en la persona subraya el valor de la experiencia personal, la capacidad de vivir plena y conscientemente los acontecimientos vitales, la actitud de conocer y valorar ese ser que un "realmente es", en palabras de Rogers (1961), que implica la actitud de estar abierto a la complejidad de uno mismo, a aceptarse y a aceptar a los demás. Es, además, una actitud esperanzada y abierta al cambio, pues la experiencia no es estática. Y el aspecto emocional es el entramado fundamental de esa experiencia.

Obviamente el tratamiento emocional y el acompañamiento están en la base, y entran en juego en la intervención motivacional. La motivación del paciente para poner en marcha sus propios mecanismos de cambio es un requisito imprescindible para el proceso terapéutico, pero, precisamente en un contexto donde se ha producido una ruptura y un bloqueo de las áreas de funcionamiento global de la persona, se hace difícil encontrar motivaciones para el cambio. Y es aquí donde residen las principales dificultades del ejercicio terapéutico con pacientes que sufren esquizofrenia.

A pesar de esta complejidad, desde mitades de la década de los 90, algunos investigadores han iniciado estudios y ensayos donde se han integrado intervenciones motivacionales en los tratamientos para la esquizofrenia (no necesariamente en primeros episodios). A continuación se exponen algunos de los principales resultados de este tipo de intervenciones.

La mayoría de trabajos intentan evidenciar la efectividad de las intervenciones motivacionales o integradas sobre la adherencia al tratamiento de las personas que padecen un trastorno psicótico (Coffey, 1999; Gray, Robson y Bressington, 2002; Hayward, Chan, Kemp y Youle, 1995; Kemp, Kirov, Everitt, Hayward y David, 1998; Randall *et al.*, 2002; Rusch y Corrigan, 2002;

Swanson, Pantalon y Cohen, 1999; Walitzer, Dermen y Connors, 1999; Zygmunt, Olfson, Boyer y Mechanic, 2002) o el tratamiento del abuso de sustancias (Baker *et al.*, 2002a; Baker *et al.*, 2002b; Barrowclough *et al.*, 2001; Bellack y Diclemente, 1999; Brown *et al.*, 2003; Etter, Mohr, Garin y Etter, 2004; Graeber, Moyers, Griffith, Guajardo y Tonigan, 2003; Haddock *et al.*, 2003; Kavanagh *et al.*, 2004; Martino, Carroll, O'Malley y Rounsaville, 2000; Martino, Carroll, Kostas, Perkins y Rounsaville, 2002; Pantalon y Swanson, 2003; Steinberg, Ziedonis, Krejci y Brandon, 2004; Tsuang *et al.*, 2004; Van Horn y Bux, 2001; Zhang, Harmon, Werkner y McCormick, 2004).

La principal dificultad para evaluar resultados es la heterogeneidad de lo que algunos autores entienden por intervención motivacional. Se trata de una línea poco estudiada en la que podemos encontrar directrices, sobretudo en los trabajos pioneros como el de Miller y Rollnick (1991), pero no manuales de intervención motivacional en los trastornos psicóticos. Esta falta de manualización en este tipo de intervención hace que se haga difícil en la actualidad extraer conclusiones firmes de las revisiones.

Para el presente manuscrito se seleccionaron los trece trabajos con criterios de *buena calidad*, donde se describan los aspectos metodológicos de selección, asignación aleatoria o los métodos de enmascaramiento o pérdidas (Jadad, 1998). La finalidad es observar sus resultados y enfocar una aproximación a las principales conclusiones de los estudios (ver tabla 1).

En general, se observan mejores resultados en función de los objetivos propuestos en el 90% de los estudios que comparan una intervención motivacional con otra modalidad terapéutica. No obstante, dicha diferencia en la mejoría sólo resultó estadísticamente significativa en el 55% de los estudios.

A nivel de resultados clínicos, algunos estudios avalan su efectividad en la mejora del nivel de *insight*, así como la actitud hacia la medicación, la vinculación a los servicios, la mejoría clínica a nivel sintomatológico y de funcionamiento global, el consumo de sustancias y las recaídas.

Por otro lado, sería de gran utilidad considerar de nuevo la conceptualización del término de manera más consensuada para evitar confusiones en la interpretación del tipo de intervención llevada a cabo por los estudios. Desde este punto de partida, se hace necesario realizar más estudios en esta línea para extraer conclusiones más consistentes.

EL CONCEPTO DE INTERVENCIÓN MOTIVACIONAL

A continuación se concretará el contenido de las intervenciones motivacionales. Algunos estudios entienden la intervención motivacional como un conjunto de estrategias integradas en un estilo (a su vez entretreídas) en intervenciones específicas como el entrenamiento en habilidades sociales o la terapia de resolución de problemas (Kemp, Kirov, Everitt, Hayward y David, 1998; Swanson, Pantalon y Cohen, 1999; Bellack y Diclemente, 1999; Barrowclough *et al.*, 2001; Haddock *et al.*, 2003; Tsuang *et al.*, 2004). Otros estudios parten de una visión más específica en la que entienden la intervención motivacional como un modelo concreto (y no sólo un estilo de intervención) (Baker *et al.*, 2002; Graeber, 2003; Brown *et al.*, 2003; Steinberg, Ziedonis, Krejci y Brandon, 2004).

ALGUNAS PREMISAS GENERALES DE LA INTERVENCIÓN MOTIVACIONAL

Coincidiendo con el primer punto de vista citado pensamos que la base del clima en la relación terapeuta-paciente se genera, en gran medida, asentándose en el estilo del profesional que la lleva a cabo. Tanto es así que los pioneros de la entrevista motivacional lo han descrito como *el espíritu motivacional* (Rollnick *et al.*, 1995) para referirse a ese modo de relacionarse con el paciente. Sobre estas bases, podríamos definir la intervención motivacional en los siguientes cuatro principios (ver tabla 2).

Por tanto, la tarea del profesional se centra en identificar los valores intrínsecos que estimulan al cambio del paciente, facilitar la expresión verbal de la ambivalencia, utilizar estrategias para provocar la ambivalencia, clarificarla y resolverla en un marco de respeto y aceptación incondicional y promover la elección libre y autónoma del paciente respecto a su comportamiento (Cebrià y Bosch, 1999,2000).

Los cambios psicoterapéuticos se nutren de una relación empática y auténtica con el profesional y la motivación para estos cambios la desarrolla el paciente; el profesional respeta la autonomía de la persona y su libertad de elección (Palma, Cebrià, Farriols, Cañete y Muñoz, 2005).

Fundamentalmente se hace nuclear la creencia del terapeuta en los recursos propios del paciente y en su autonomía para experimentar, dirigir y gestionar el propio proceso de recuperación y de adaptación.

El terapeuta, durante su intervención, busca que la persona se posicione y vaya acumulando razones para poner en marcha actitudes o comportamientos más

TABLA 1
RESULTADOS DE LOS ESTUDIOS DE INTERVENCIONES MOTIVACIONALES EN
EL TRATAMIENTO DE LA ESQUIZOFRENIA

Estudios	N	Grupos de comparación	Principales resultados
(Hayward <i>et al.</i> , 1995)	25	- Terapia para el cumplimiento farmacológico (EM). - Grupo control.	Se observan cambios en la actitud hacia la medicación y mejoría en el nivel de <i>insight</i> . Sin embargo en la comparación con el grupo control la mejoría no tiene significación estadística.
(Kemp, Kirov, Everitt, Hayward y David, 1998)	74	- Terapia de cumplimiento farmacológico (estrategias de entrevista motivacional). - <i>Counselling</i> .	Para el grupo que realiza terapia de cumplimiento se observa una mejoría en la actitud hacia la medicación, un mayor cumplimiento de las indicaciones terapéuticas y un mejor nivel de <i>insight</i> .
(Swanson <i>et al.</i> , 1999)	121	- Tratamiento estándar (farmacológico, psicoterapia individual y grupal, actividades de ocio). - Tratamiento estándar más intervención motivacional.	La proporción de pacientes que se vincularon a los servicios durante el seguimiento fue mayor en el grupo que realizó EM ($p < 0,01$). Del mismo modo pasó en los pacientes con diagnóstico dual (un 42% del grupo que recibió EM respecto al 16% de grupo de tratamiento estándar; $p < 0,01$).
(Barrowclough <i>et al.</i> , 2001)	36	- Intervención motivacional + terapia cognitivo conductual + intervención familiar + tratamiento estándar. - Tratamiento estándar.	Mejoría estadísticamente significativa en el primer grupo a nivel de funcionamiento global a los 12 meses de intervención ($p = 0,001$). La mejoría en la sintomatología positiva también es significativa en el primer grupo respecto al segundo a los 12 meses ($p = 0,01$), al igual que la negativa ($p < 0,02$). Se observan también diferencias en las tasas de recaídas a favor del primer grupo ($p < 0,05$).
(Baker <i>et al.</i> , 2002a y b)	160	- Intervención motivacional ($n = 79$). - Tratamiento estándar ($n = 81$).	No se observan diferencias estadísticamente significativas entre los grupos a nivel de la reducción del consumo de sustancias ni de la adherencia al tratamiento.
(Haddock <i>et al.</i> , 2003)	36	- Intervención motivacional + terapia cognitivo conductual + intervención familiar + tratamiento estándar. - Tratamiento estándar.	Mejoría estadísticamente significativa en el primer grupo a nivel de funcionamiento global a los 12 meses. No se observan estas diferencias en la reducción de las necesidades de los cuidadores ni en los costes sanitarios de ambos grupos.
(Graeber <i>et al.</i> , 2003)	30	- Intervención psicoeducativa. - Intervención motivacional.	Se observan diferencias estadísticamente significativas en las tasas de abstinencia a favor del grupo que recibe la intervención motivacional.
(Brown <i>et al.</i> , 2003)	191	- Intervención motivacional. - Consejo breve.	La intervención motivacional resultó más efectiva que el consejo breve para la abstinencia del tabaquismo en personas con esquizofrenia. Fue más efectiva en adolescentes tuvieran, o no, intención de cambiar el hábito. Sin embargo no fue efectivo en adolescentes con historia previa de intentos de dejarlo.
(O'Donell <i>et al.</i> , 2003)	94	- Terapia motivacional para la adherencia. - <i>Counselling</i> .	Tras un año después de la intervención, el cumplimiento terapéutico no difirió entre el grupo de intervención y el control. No se encontraron diferencias en la mejora sintomática ni en la calidad de vida.
(Steingberg <i>et al.</i> , 2004)	78	- Intervención motivacional. - <i>Counselling</i> . - Consejo breve.	Se observa una mayor proporción de personas del primer grupo que deja de fumar (32%) respecto al grupo de <i>counselling</i> (11%) y el de consejo breve (0%) en una única sesión.
(Kavanagh <i>et al.</i> , 2004)	25	- Intervención motivacional. - Tratamiento estándar.	Todos los participantes del primer grupo dejaron de consumir tras 6 meses de terapia comparado con el 58% que abandonaron el consumo del grupo control. Los cambios se mantienen a los 12 meses de seguimiento.
(Haddock <i>et al.</i> , 2003)	36	- Intervención motivacional + terapia cognitivo conductual + intervención familiar + tratamiento estándar. - Tratamiento estándar.	El primer grupo mostró un mantenimiento de la mejora en funcionamiento global y en síntomas negativos a los 18 meses de intervención. Sin embargo estas diferencias no fueron destacadas en recaídas ni en número de días de abstinencia (aunque las tasas fueron más bajas).
(Bellack, Bennett, Gearon, Brown y Yang, 2006)	129	- Intervención motivacional + entrenamiento en habilidades sociales. - Grupo control (terapia de soporte).	Los resultados muestran efectos significativos en el primer grupo en el post-tratamiento a los 6 meses en las medidas de manejo de recursos comunitarios, rehospitalizaciones y calidad de vida.

funcionales, aumentando su compromiso y determinación; de este modo podrá resistir el sufrimiento psicológico que comporta todo cambio (Cebrià y Bosch, 2000). Esta idea parte también de uno de los principios de la terapia cognitiva y es que si una persona tiene una creencia equivocada sobre la realidad es porque ha acumulado suficientes razones presentes y contextuales para hacerlo; de tal modo que si no encuentra una alternativa válida a sus creencias, difícilmente desarrollará mecanismos para cambiarla (Sassaroli y Lorenzini, 2004).

La intervención motivacional se sustenta en algunos principios teóricos descritos por Miller y Rollnick (1991) sobre los cuales se articularán las técnicas pertinentes.

✓ *La expresión de la empatía:* la empatía por definición es una habilidad adquirida que tiene que ver con “el ponerse en el lugar del otro”. En el marco de la relación con el paciente, además de comprender con aceptación incondicional lo que el otro expresa, el profesional debe ser capaz de transmitir mediante facilitadores verbales o no verbales que se capta y se contiene la emoción presentada.

✓ *Ayudar a desarrollar discrepancia:* el profesional intenta que el paciente identifique y verbalice el conflicto o ambivalencia de la conducta que mantiene y la que le gustaría desarrollar: “*ya me gustaría ir a la autoescuela, aunque sean tres días a la semana... pero cuando llega el momento...*”.

El objetivo del profesional es aumentar el nivel de conflicto para facilitar que el paciente exprese emociones que generan incomodidad (de manera verbal o no verbal).

La incomodidad de algunas emociones que se repiten en diferentes situaciones que el paciente aporta son el principal motor de cambio. En este sentido el terapeuta tiene que estar atento a éstas para facilitar la expresión, ya que expresión verbal que una incomodidad en nuestras propias palabras es uno de las principales motivaciones para un cambio de posición (el autoconvencimiento auditivo).

✓ *Evitar argumentaciones:* los consejos y recomendaciones psicoeducativas despiertan *rechazo* (reactancia psicológica) (Bosch y Cebrià, 1999). La persuasión no es una buena herramienta para convencer a alguien sobre la utilidad de un cambio; sólo estimulan resistencias. El paciente puede sentir que su capacidad de elección está dirigida por una autoridad.

✓ *Trabajar las resistencias:* la mejor herramienta para trabajar las resistencias es evitar que aparezcan, aunque algunas veces emergen sin que el clínico

haya intervenido de manera inapropiada. Las resistencias forman parte de cualquier proceso natural de cambio pero es interesante tener estrategias para manejarlas. Algunas de estas son:

a) *Empatía:* La principal estrategia de manejo de resistencias es la expresión verbal y no verbal de empatía.

b) *Paradoja:* muchas veces las resistencias aparecen como una reacción natural de reactancia psicológica. La técnica de la paradoja utiliza esta reactancia a la inversa, a favor del “no cambio” con el objetivo de que la persona reaccione en contraposición buscando activamente el cambio por sí mismo.

c) *La exploración de creencias:* la mayoría de veces las resistencias están adheridas al sistema de creencias de las personas. Es muy difícil promover un cambio si éste muestra incongruencias con el propio sistema de creencias. Por este motivo ante las resistencias suele resultar de utilidad explorar dicho sistema, preguntar al paciente que opina sobre determinadas cosas y señalar, si se considera necesario, cualquier distorsión que este manteniendo los constructos. El objetivo es desactivar aquellas creencias que bloquean los procesos de cambio y dificultan el trabajo terapéutico. Para ello puede resultar útil *la reconversión de ideas*.

d) *La reconducción por objetivos:* se trata de una estrategia que puede ser utilizada cuando el paciente evita algunos temas y da rodeos constantemente bloqueando los procesos de comunicación. Siempre que el clínico considere oportuno intervenir directamente sobre el síntoma, puede utilizar esta estrategia para afrontar la resistencia.

TABLA 2
ELEMENTOS PRINCIPALES DE LA
INTERVENCIÓN MOTIVACIONAL

- Es un estilo de intervención centrado en el paciente.
- El terapeuta decide qué elementos son los que debe reflejar del discurso del paciente.
- La relación terapéutica es de colaboración entre expertos (profesional-paciente) no de experto a paciente.
- La intención es promover cambios de comportamiento a través de frases de compromiso que va elaborando el paciente.
- El método es ayudar a la persona a explorar y resolver la propia ambivalencia (Miller y Rollnick, 1991).
- Se basa en el modelo transteórico de las etapas del cambio (Prochaska y Diclemente, 1992).

- e) *Doble pacto*: es una estrategia de negociación con el paciente que puede ser utilizada en caso que la resistencia esté activada por una necesidad del paciente vinculada al proceso de cambio.
- f) *Explorar valores*: se trata de preguntar a cerca de las cosas que son importantes para la persona y de qué manera influyen en su estado actual.
- g) *Decisión balanceada*: el objetivo de esta estrategia es que el paciente realice un balance sobre aquellos aspectos positivos y negativos que le comportan la conducta objetivo. Es recomendable empezar preguntando por los aspectos positivos para finalizar por los que le están conllevando alguna dificultad (focalizado en la conducta).
- ✓ *Fomentar y reforzar la sensación de autoeficacia*. El principal motor de cambio viene determinado por tres elementos principales: la autoestima, *locus* de control interno y la creencia de que se puede cambiar. El papel del terapeuta aquí es fomentar la sensación de **capacidad** reforzando cuidadosamente todas las habilidades de la persona que denoten control sobre los comportamientos. El paciente tiene que experimentar pequeñas sensaciones de éxito en el marco de la relación terapéutica para nutrir la autoestima y potenciar la autoeficacia en las conductas que se proponga poner en marcha. El paciente conecta con sus motivaciones más profundas y potentes. A nivel psicofisiológico refuerza las conexiones fronto-límbicas.

En base a estos principios paciente y terapeuta, en su relación de experto a experto, iniciarán su viaje por los distintos estadios de cambio que nos presenta el modelo transteórico de Prochaska y Diclemente (1992): estadio precontemplativo, contemplativo, determinación, cambio activo, mantenimiento y recaída. No obstante, las estrategias motivacionales descritas por los pioneros Miller y Rollnick en 1991 han de ser adaptadas al paciente que tenemos delante. En el caso de los pacientes que sufren esquizofrenia nos encontramos con ciertas dificultades habituales que tenemos que tener presentes como por ejemplo el deterioro cognitivo, las dificultades en el procesamiento de la información, los déficits en la percepción o interpretación de los estímulos afectivos, los trastornos del pensamiento o la conciencia de enfermedad.

En este contexto, las estrategias motivacionales deberían adaptarse a las dificultades implícitas de la comunicación con el paciente esquizofrénico de una manera concreta (Palma *et al.*, 2005).

EFFECTIVIDAD DE LAS INTERVENCIONES MOTIVACIONALES EN LA FASE INICIAL DE LA ESQUIZOFRENIA

Vistos los resultados citados de los estudios seleccionados de intervenciones motivacionales en los cuales un 90% obtienen mejores resultados que los grupos controles o de comparación, el 55% de los cuales son estadísticamente significativos, podríamos deducir que es una intervención efectiva para ayudar al cambio de conductas de los pacientes que sufren esquizofrenia.

Además, teniendo presente que la mayoría de éstos se han realizado con pacientes esquizofrénicos de fases avanzadas, podríamos intuir que con primeros episodios los resultados de la intervención motivacional podrían ser más sensibles dado que están menos presentes los elementos de deterioro, recaídas, tratamientos farmacológicos etc.

En efecto, pensamos que esta fase de la enfermedad es un momento idóneo para el uso de este tipo de intervención. Pero no podemos obviar algunos aspectos que la van a dificultar y hemos de tener presentes para poder hacer uso de ésta de una manera integrada, adecuada y focalizada. El estilo motivacional actúa de telón de fondo, pero ¿podemos utilizar las herramientas para trabajar todo y en todo momento?. La respuesta es negativa; la experiencia que tenemos es que los pacientes esquizofrénicos durante la fase inicial no tienen, generalmente, tantas dificultades como una persona con una evolución de muchos años, pero presentan dificultades que obstaculizan habilidades necesarias e imprescindibles para el uso de estrategias motivacionales. La principal de éstas y la más habitual en pacientes que se recuperan tras su primer episodio (fuera ya del ámbito hospitalario) es la dificultad de introspección. Esto va a reducir en gran medida el campo de actuación si no focalizamos bien el objetivo a perseguir.

Los esfuerzos de estos pacientes son habitualmente de corta duración y poco frecuentes, influidos por un pronunciado locus de control externo y por su percepción rígida, por lo que tienen habitualmente expectativas de tipo negativo (Hodel y Brenner, 2004). Por estos motivos, el refuerzo de comportamientos de forma progresiva y la insistencia en recordar los objetivos que se han marcado es fundamental, contando con la colaboración indispensable de la familia. En la práctica terapéutica, las técnicas de resolución de problemas facilitan el comportamiento activo en estas personas, así como resaltar el aprendizaje de las propias experiencias (Palma *et al.*, 2005).

Las estrategias motivacionales no están dirigidas a que el paciente tenga más conciencia de enfermedad y realice grandes elaboraciones reflexivas a cerca de su vida. Se trata de ayudarlo a movilizar progresivamente algunas de las áreas que han sufrido una ruptura brusca y un bloqueo secundario a la eclosión del primer episodio (incluyendo la etapa prodrómica).

Consideramos que el aumento de la **conciencia de enfermedad**, debe estar relacionado básicamente con la toma de medicación de la forma más autónoma posible, y con la implicación en programas de intervención psicossocial. Una toma de conciencia brusca que implique la identificación que hará el paciente con sus, frecuentemente, amplias limitaciones, puede dificultar la mejora debido a la sintomatología depresiva que puede asociarse (Palma et al, 2005).

De este modo, sin ser pretenciosos respecto al potencial de la intervención motivacional podríamos apuntar las siguientes cuatro premisas respecto a su adecuación (ver tabla 3).

Tenemos que tener presente que el impacto emocional sobre la persona que ha sufrido un primer episodio psicótico es altamente complejo. Esto va a suponer una especial atención al proceso de la persona por parte del terapeuta hacia las resistencias del paciente al tratar algunos temas con carga emocional. Como se ha comentado anteriormente, la dimensión emocional abarca el tejido vital de la persona, incluida la conciencia y la aceptación de su experiencia y su problemática.

Este es el principal motivo por el que la intervención debe confeccionarse como un traje a medida sin que los objetivos marquen en ritmo del paciente. El tempo emocional lo tiene la persona que está experimentando el malestar, no la intervención; y el trayecto de este camino el paciente se enfrentará a los objetivos en la medida que vaya estando preparado emocionalmente. Este trayecto es un auténtico aprendizaje vital, realizado gracias a un entrenamiento actitudinal, que el paciente debe realizar con su propio ritmo. Entre algunos de los objetivos, está el de ampliar la conciencia sobre sus responsabilidades personales y sobre el sentido de la experiencia de cambio, en un amplio contexto biográfico. Todas y cada uno de sus comportamientos actúan como indicadores de cambio.

Para ello, el terapeuta debe estar alerta a las señales verbales y no verbales, incluso las conductuales, como la falta de asistencia a visitas, el llegar tarde a las sesiones, hablar de temas banales evitando tratar lo que le ocupa, etc. y poder ajustarse a su ritmo.

La conciencia de enfermedad, integrada como un objetivo más, en el momento adecuado, viene a ser lo que V. Frankl manifiesta, refiriéndose al tratamiento de las psicosis, esa capacidad de "trascender el cuadro de la enfermedad hacia una imagen del hombre", descubrir por uno mismo el sentido de su propia dolencia, que, más que una enfermedad, puede llegar a ser un modo de descubrir su propio ser, su propia identidad (Frankl, 1979, 1992).

Para su propio bienestar, es tan importante que el terapeuta pueda respetar su proceso como que el propio paciente pueda tolerar muchas veces la lentitud en la que aparecen los pequeños cambios. Es por ello por lo que, sobre las bases de una buena alianza, el terapeuta debe ser un modelo de tolerancia a los procesos de cambio reforzando los pequeños éxitos porque, en un paciente con esquizofrenia que se recupera de un episodio, es un gran paso para afrontar la enfermedad de una forma más constructiva, con una actitud más conciente y plena.

REFERENCIAS

- Baker A, Lewin T, Reichler H, Clancy R, Carr V, Garrett R, Sly K., Devir H., Terry M. Evaluation of a motivational interview for substance use within psychiatric in-patient services. *Addiction* 2002; 97(10):1329-1337.
- Baker A, Lewin T, Reichler H, Clancy R, Carr V, Garrett R, Sly K., Devir H., Terry M. Motivational interviewing among psychiatric in-patients with substance use disorders. *Acta Psychiatr Scand* 2002; 106(3):233-240.
- Barrowclough C, Haddock G, Tarrier N, Lewis SW, Moring J, O'Brien R et al. Randomized controlled trial of motivational interviewing, cognitive behavior ther-

TABLA 3
CONSIDERACIONES EN LA INTERVENCIÓN
MOTIVACIONAL EN LA ESQUIZOFRENIA

- El estilo motivacional promueve un clima adecuado para el cambio, y si no se dan cambios no es un fracaso. Este estilo facilita el escenario para el trabajo de la disfunción emocional reactiva a la psicosis (Birchwood y Trower, 2005).
- Aumenta el control personal de la conducta.
- Se ha de valorar la capacidad de introspección de la persona.
- Se han de concretar las conductas a cambiar. De entre los comportamientos más habituales trabajados mediante intervenciones motivacionales están:
 - La toma de la medicación de la forma más autónoma posible.
 - El consumo de tóxicos.
 - La adherencia al tratamiento psicológico y cumplimiento de pautas terapéuticas.
 - La realización de actividades.
 - Hábitos de planificación de tareas.
 - Hábitos de higiene.

- apy, and family intervention for patients with comorbid schizophrenia and substance use disorders. *Am J Psychiatry* 2001; 158(10):1706-1713.
- Barrowclough C, Haddock G, TARRIER N, Lewis SW, Moring J, O'Brien R et al. Randomized controlled trial of motivational interviewing, cognitive behavior therapy, and family intervention for patients with comorbid schizophrenia and substance use disorders. *Am J Psychiatry* 2001; 158(10):1706-1713.
- Bellack AS, Diclemente CC. Treating substance abuse among patients with schizophrenia. *Psychiatr Serv* 1999; 50(1):75-80.
- Bellack AS, Diclemente CC. Treating substance abuse among patients with schizophrenia. *Psychiatr Serv* 1999; 50(1):75-80.
- Bellack AS, Diclemente CC. Treating substance abuse among patients with schizophrenia. *Psychiatr Serv* 1999; 50(1):75-80.
- Birchwood M., TARRIER N. *El tratamiento psicológico de la esquizofrenia*. Ariel Psicología. 1995, Barcelona.
- Birchwood, M. (1992). Early intervention in schizophrenia: Theoretical background and clinical strategies. *British Journal of Clinical Psychology*, 31, 257-278.
- Birchwood, M., Todd, P. & Jackson, C. (1998). Early intervention in psychosis. The critical period hypothesis. *British Journal of Psychiatry* (Suppl. 172), 53-59.
- Birchwood, M. & Trower, P. (2006). The future of cognitive-behavioral therapy for psychosis: not a quasi-neuroleptic. *British Journal of Psychiatry*, 188, 107-108.
- Bosch JM, Cebrià J. Reactancia psicológica : "Fumar es un placer". *FMC* 1999; 6:59-61.
- Brown RA, Ramsey SE, Strong DR, Myers MG, Kahler CW, Lejuez CW et al. Effects of motivational interviewing on smoking cessation in adolescents with psychiatric disorders. *Tob Control* 2003; 12 Suppl 4:IV3-IV10.
- Brown RA, Ramsey SE, Strong DR, Myers MG, Kahler CW, Lejuez CW et al. Effects of motivational interviewing on smoking cessation in adolescents with psychiatric disorders. *Tob Control* 2003; 12 Suppl 4:IV3-IV10.
- Cebrià J, Bosch JM. La peregrinación por la rueda del cambio tiene indulgencia sanitaria plena. *FMC* 2000; 7:233-236.
- Cebrià J, Bosch JM. Querer y no querer. El dilema de la ambivalencia. *FMC* 1999; 6(393):395.
- Coffey M. Psychosis and medication: strategies for improving adherence. *Br J Nurs* 1999; 8(4):225-230.
- Etter M, Mohr S, Garin C, Etter JF. Stages of change in smokers with schizophrenia or schizoaffective disorder and in the general population. *Schizophr Bull* 2004; 30(2):459-468.
- Frankl, V.E. *Teoría y terapia de las neurosis*. Herder, 1992 Barcelona.
- Frankl, V.E. *El hombre en busca de sentido*. Herder, 1979 Barcelona.
- Graeber DA, Moyers TB, Griffith G, Guajardo E, Tonigan S. A pilot study comparing motivational interviewing and an educational intervention in patients with schizophrenia and alcohol use disorders. *Community Ment Health J* 2003; 39(3):189-202.
- Gray R, Robson D, Bressington D. Medication management for people with a diagnosis of schizophrenia. *Nurs Times* 2002; 98(47):38-40.
- Greenberg, L.S. Un análisis del caso de Jim Brown desde la perspectiva de los procesos experienciales y la Gestalt. En: Farber, B.A., Brink, D. y Raskin, P.M. *La psicoterapia de Carl Rogers. Casos y comentarios*. Desclee de Brouwer. 2001, Bilbao.
- Haddock G, Barrowclough C, TARRIER N, Moring J, O'Brien R, Schofield N et al. Cognitive-behavioural therapy and motivational intervention for schizophrenia and substance misuse. 18-month outcomes of a randomised controlled trial. *Br J Psychiatry* 2003; 183:418-426.
- Haddock G, Barrowclough C, TARRIER N, Moring J, O'Brien R, Schofield N et al. Cognitive-behavioural therapy and motivational intervention for schizophrenia and substance misuse. 18-month outcomes of a randomised controlled trial. *Br J Psychiatry* 2003; 183:418-426.
- Harrop, C. & Trower, P. (2001). Why does schizophrenia develop at late adolescence? *Clinical Psychological Review*, 21, 241-265.
- Hayward P, Chan N, Kemp R, Youle S. Medication self-management: A preliminary report on an intervention to improve medication compliance. *J Ment Health* 1995; 4(5):511-517.
- Hodel, B. & Brenner, H.D. (2004). Enforques presentes para el tratamiento de los trastornos del procesamiento de la información en la esquizofrenia. En : C.Perris y P. Mc.Gorry. *Psicoterapia cognitiva para los trastornos psicóticos y de personalidad*. Bilbao: Descleé de Brower.
- Jadad, A. R., Moore, R. A., Caroll, D., Jenkinson, C., Reynolds, D. J. M. & Gavaghan, D.J. (1996). Assessing the quality of reports of randomized clinical trials:

- is blinding necessary? *Controlled Clinical Trials*, 17, 1-12.
- Kavanagh DJ, Young R, White A, Saunders JB, Wallis J, Shockley N et al. A brief motivational intervention for substance misuse in recent-onset psychosis. *Drug Alcohol Rev* 2004; 23(2):151-155.
- Kemp R, Kirov G, Everitt B, Hayward P, David A. Randomised controlled trial of compliance therapy. 18-month follow-up. *Br J Psychiatry* 1998; 172:413-419.
- Kemp R, Kirov G, Everitt B, Hayward P, David A. Randomised controlled trial of compliance therapy. 18-month follow-up. *Br J Psychiatry* 1998; 172:413-419.
- McGorry, P., Chanen, A., McCarthy, E., Van Riel, R., McKenzie, D. & Singh, B. (1991). Post-traumatic stress disorder following recent onset psychosis: An unrecognised post-psychotic syndrome. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 179, 253-258.
- McGorry, P. (2005). Un resumen de los antecedentes y del alcance de las intervenciones psicológicas en psicosis temprana. In J. Gleeson & P. McGorry (Eds.). *Intervenciones psicológicas en la psicosis temprana*. Bilbao: Desclée de Brower.
- Martino S, Carroll K, Kostas D, Perkins J, Rounsaville B. Dual Diagnosis Motivational Interviewing: a modification of Motivational Interviewing for substance-abusing patients with psychotic disorders. *J Subst Abuse Treat* 2002; 23(4):297-308.
- Martino S, Carroll KM, O'Malley SS, Rounsaville BJ. Motivational interviewing with psychiatrically ill substance abusing patients. *Am J Addict* 2000; 9(1):88-91.
- Miller WR, Rollnick S. La entrevista motivacional. Preparar para el cambio de conductas adictivas. Paidós. 1991, Barcelona.
- Palma, C., Cebrià, J., Farriols, N., Cañete, J. & Muñoz, E. (2005). La intervención motivacional en el paciente esquizofrénico. *Psiquis*, 26, 109-120.
- Palma, C., Ferrer, M., Farriols, N. & Cebrià, J. (2006). La recuperación en la psicosis temprana: los procesos de duelo y el sentido de la experiencia psicótica. *Anales de Psiquiatría*, 22 (6), 296-305
- Pantalon MV, Swanson AJ. Use of the University of Rhode Island Change Assessment to measure motivational readiness to change in psychiatric and dually diagnosed individuals. *Psychol Addict Behav* 2003; 17(2):91-97.
- Perona, S., Cuevas, C., Vallina, O. & Lemos, S. (2003). *Terapia cognitivo-conductual de la esquizofrenia*. Madrid: Minerva Ediciones.
- Prochaska JO, Diclemente CC. Stages of change in the modification of problem behaviors. *Prog Behav Modif* 1992; 28:183-218.
- Randall F, Wood P, Day J, Bentall R, Rogers A, Healy D. Enhancing appropriate adherence with neuroleptic medication: Two contrasting approaches. In: Morrison A, editor. *A casebook of cognitive therapy for psychosis*. New York: Brunner-Routledge, 2002: 281-297.
- Ridway, P. (2001). Restroying psychiatric disability: learning for the first person narratives. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 24, 335-343.
- Rogers, C.R. *El proceso de convertirse en persona*. Paidós. 1961 Barcelona.
- Rollnick S, Miller WR. What is IM? *Behav Cogn Psychoth* 1995; 23:325-334.
- Rusch N, Corrigan PW. Motivational interviewing to improve insight and treatment adherence in schizophrenia. *Psychiatr Rehabil J* 2002; 26(1):23-32.
- Sassaroli S., Lorenzini, R. Patogenia y terapia. En: C. Perris y P. Mc Gorry, P. *Psicoterapia cognitiva para los trastornos psicóticos y de personalidad*. Desclee de Brouwer. 2004, Bilbao.
- Steinberg ML, Ziedonis DM, Krejci JA, Brandon TH. Motivational interviewing with personalized feedback: a brief intervention for motivating smokers with schizophrenia to seek treatment for tobacco dependence. *J Consult Clin Psychol* 2004; 72(4):723-728.
- Swanson AJ, Pantalon MV, Cohen KR. Motivational interviewing and treatment adherence among psychiatric and dually diagnosed patients. *J Nerv Ment Dis* 1999; 187(10):630-635.
- Tsuang J, Fong TW. Treatment of patients with schizophrenia and substance abuse disorders. *Curr Pharm Des* 2004; 10(18):2249-2261.
- Van Horn DH, Bux DA. A pilot test of motivational interviewing groups for dually diagnosed inpatients. *J Subst Abuse Treat* 2001; 20(2):191-195.
- Walitzer KS, Dermen KH, Connors GJ. Strategies for preparing clients for treatment. A review. *Behav Modif* 1999; 23(1):129-151.
- Zhang AY, Harmon JA, Werkner J, McCormick RA. Impacts of motivation for change on the severity of alcohol use by patients with severe and persistent mental illness. *J Stud Alcohol* 2004; 65(3):392-397.
- Zygmunt A, Olfson M, Boyer CA, Mechanic D. Interventions to improve medication adherence in schizophrenia. *Am J Psychiatry* 2002; 159(10):1653-1664.