

Cómo citar este documento

Pérez Moreno, Juan José; Romero García, Manuel; Salazar Gámez, Almudena; Devesa del Valle, Sara; Ayala Gambín, José Antonio; de Amuedo Rincón, María. Trastorno Límite de la Personalidad y alcoholismo. Entrevista motivacional: una herramienta para el cambio. Biblioteca Lascasas, 2014; 10(3). Disponible en <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0796.php>

TRASTORNO LÍMITE DE LA PERSONALIDAD Y ALCOHOLISMO

ENTREVISTA MOTIVACIONAL: UNA HERRAMIENTA PARA EL CAMBIO

Autores:

Pérez Moreno, Juan José^{1*}; Romero García, Manuel¹; Salazar Gámez, Almudena¹; Devesa del Valle, Sara¹; Ayala Gambín, José Antonio¹; de Amuedo Rincón, María¹

¹ Enfermeros Especialistas de Salud Mental. Hospital Universitario Virgen del Rocío (Sevilla), España

Correo electrónico: Juanjo_2k@hotmail.com (Pérez Moreno, Juan José)

RESUMEN

El aumento de la incidencia de Trastornos de la Personalidad (TP) constituye en la actualidad un problema sanitario relevante. El Trastorno Límite de la Personalidad (TLP) se caracteriza por una elevada comorbilidad, siendo el Trastorno por Uso de Sustancias (TUS) el trastorno comórbido más frecuente (64-66%); se debe destacar que dentro del TUS uno de los más frecuentes y con más prevalencia es el alcoholismo.

Las evidencias provenientes de diversos estudios indican que los sujetos con abuso de sustancias y un TLP comórbido se pueden beneficiar tanto del tratamiento como aquellos sin esta patología comórbida. Una de las estrategias que se han visto útiles, constituye la utilización de la entrevista motivacional de Miller y Rollnick.

OBJETIVO GENERAL: Determinar la efectividad de la entrevista motivacional por la enfermera/o especialista en salud mental para dotar a los pacientes de la necesaria motivación para el cambio en la reducción/ control del consumo de alcohol en pacientes con Trastorno límite de la personalidad (TLP).

DISEÑO DEL ESTUDIO: Estudio cuasi-experimental, longitudinal y prospectivo, con grupo control y experimental.

VARIABLES DEL ESTUDIO: Las variables que van a ser estudiadas en el presente estudio son el número de recaídas, la adherencia al tratamiento, la calidad de vida, el consumo de alcohol, la evaluación del cambio y las diferentes variables sociodemográficas.

PALABRAS CLAVE: Inestable, Personalidad, Entrevista motivacional, alcoholismo.

INTRODUCCIÓN

Para empezar a hablar de los trastornos de la personalidad (TP) se debe primero definir qué es la personalidad. La personalidad es un constructo multifactorial dinámico con un componente biológico y un componente ambiental interrelacionados. Es decir, la personalidad consta de una parte heredada o genética (el temperamento), y otra social y ambiental (el carácter). Posee características tan opuestas como ser individual (idiosincrásica a la persona) y social (aprende del entorno y el entorno de ella), estable durante la existencia del individuo pero a la vez facilitando la adaptación de éste al entorno ¹.

Este tipo de trastornos abarcan formas de comportamiento duraderas y profundamente arraigadas en el enfermo, que se manifiestan como modalidades estables de respuestas a un amplio espectro de situaciones individuales y sociales ².

El aumento de la incidencia de Trastornos de la Personalidad (TP) constituye en la actualidad un problema sanitario relevante por la complejidad de su clínica, la dificultad para su diagnóstico temprano, la respuesta frecuentemente insatisfactoria a los tratamientos disponibles y la carencia de propuestas claras sobre intervenciones terapéuticas multidisciplinarias ³.

El Trastorno Límite de la Personalidad (TLP) es un trastorno severo que generalmente debuta en la adolescencia y que se caracteriza por descontrol de impulsos, cambios intensos y frecuentes de humor, erráticas relaciones interpersonales y conductas suicidas y auto-lesivas⁴. DSM-IV clasifica la prevalencia de TLP en población general del 1 al 2%, del 11 al 20% en población clínica psiquiátrica, representa el 20 % de los hospitalizados, y desde el punto de vista de la distribución por sexos, es más frecuente entre las mujeres (distribución 3:1 respecto a los hombres)⁵.

El TLP se caracteriza por una elevada comorbilidad, siendo el Trastorno por Uso de Sustancias (TUS) el trastorno comórbido más frecuente (64-66%), con menor variabilidad entre estudios, y el que en mayor medida puede empeorar el pronóstico⁶. El TLP es un factor de riesgo independiente para la conducta suicida, siendo el riesgo mayor si coexiste con un TUS; se debe destacar que dentro del TUS uno de los más frecuentes y con más prevalencia es el alcoholismo.

Destacar que los pacientes TLP con un perfil más ansioso, evitativo y con más dificultades tienden a abusar de drogas de perfil sedante, como el alcohol o las benzodiazepinas.

Hay evidencia de que 8-10% de estos pacientes llegan a consumir el acto suicida (relacionado con consumo de tóxicos). Las personas con TLP Y Alcoholismo tienen más dificultades en sus vidas y son menos sensibles al tratamiento que las personas que tienen uno solo de los trastornos; por ejemplo, las personas con alcoholismo y TLP tienen menos probabilidades de permanecer en el tratamiento por abuso de sustancias, con más angustia y pensamientos suicidas, y son más propensos a involucrarse en otras conductas adictivas (tales como atracones de comida o ludopatía) que aquellos con alcoholismo que no tienen TLP.

Es necesario tener en cuenta que el consumo de riesgo y la dependencia del alcohol van a producir graves consecuencias, no sólo a la persona que bebe, sino también a terceras personas sobre las cuales puede

repercutir indirectamente. Tanto el consumo de riesgo como la dependencia del alcohol son problemáticas bien definidas, que tienen una respuesta satisfactoria a determinadas intervenciones, las cuales pueden ser eficaces para detener un proceso que suele tender hacia el agravamiento progresivo, cuando es dejado a su evolución espontánea. Las intervenciones terapéuticas especializadas pueden cambiar el curso tanto del consumo de riesgo como de la dependencia del alcohol y además pueden conseguir la remisión de los problemas asociados al consumo de alcohol. Si el paciente alcohólico consigue mantenerse en remisión sostenida, durante un tiempo prolongado, se va a ahorrar además las probables consecuencias que habría tenido si hubiera seguido bebiendo alcohol en exceso⁷.

Una de las técnicas para reducir/controlar el consumo de alcohol es la entrevista motivacional la cual fue descrita por primera vez por Miller y Rollnick (1983). Es un estilo de asistencia directa, centrada en el paciente para provocar un cambio en el comportamiento, ayudando a los pacientes a explorar y resolver ambivalencias⁸. En comparación con la asistencia indirecta, está mejor enfocada y tiene unas metas más claras. Su propósito esencial es examinar y resolver la ambivalencia y el asesor se dirige intencionadamente a alcanzar esa meta.

Creemos que es fundamental distinguir entre el espíritu de la entrevista motivacional y las técnicas que hemos recomendado para manifestar ese espíritu, el cual, puede caracterizarse según los siguientes puntos clave:

1. La motivación hacia el cambio parte del cliente y no se impone sin él.
2. El asesor facilita la expresión de la postura ambivalente y guía al cliente hacia una resolución que le conduzca al cambio.
3. La persuasión directa no es un método efectivo de resolver la ambivalencia; los argumentos del cambio deben seguir la línea del cliente, no del asesor.
4. El estilo del asesor suele ser tranquilo y evocador.
5. Lo que la entrevista motivacional asume operativamente es que la ambivalencia o falta de resolución es el obstáculo principal a superar para desencadenar el cambio.
6. La resistencia del cliente es a menudo una señal de que el asesor está asumiendo más disponibilidad de cambio que la que hay en realidad, e indica que el terapeuta necesita modificar las estrategias motivacionales.

Es necesario destacar la utilización de la entrevista motivacional en aspectos que abarcan patologías distintas a las del ámbito mental:

Siendo el tabaquismo una de las primeras patologías adictivas para las que primero se diseñó la terapia motivacional, es una de las adicciones para la que se encuentran menos estudios y en la que es más difícil demostrar su eficacia de una manera consensuada. Con respecto a mujeres embarazadas fumadoras destacar que mujeres sometidas a la EM llevan a cabo más acciones para fumar fuera de casa y toman más medidas para proteger a sus hijos del tabaco (88% versus 73%); además, el 18.4% del grupo de intervención en comparación con el control (14.9%) informan no haber fumado en los últimos 6 meses. En relación a adolescentes fumadores destacar que a los 3 meses el grupo que recibe la EM logra mejores porcentajes de abstinencia que el grupo control (20% vs. 10%), pero estas diferencias no son significativas. Se destaca que para hablar de la eficacia de la EM hay que tener en cuenta quién la imparte, saber a qué tipo de cliente se trata, qué tipo de problema se aborda, cómo se ha llevado a cabo la intervención motivacional,

dónde se ha aplicado, etc. A esto se debe que en algunos contextos la intervención con EM resulte eficaz y en otros no. Así pues, observamos como la EM es llevada a cabo por diversos profesionales como médicos, psicólogos, enfermeras, comadronas, dietistas, trabajadores sociales. Se aplica a distintas poblaciones como mujeres embarazadas, adolescentes, padres de hijos enfermos, fumadores, etc. También se puede ver como su aplicación se ha realizado en distintos contextos: hospitales, domicilios, clínicas de maternidad, centros educativos...⁹

La demanda asistencial relacionada con la dependencia nicotín-tabáquica presenta elevados niveles de incertidumbre, de angustia ante la dificultad que el propio fumador expresa. Pero más allá de las intervenciones específicas en cada estadio del cambio, debe considerarse la posibilidad de establecer criterios comunicacionales adecuados que tiendan a horizontalizar la relación clínico-paciente, haciendo al paciente co-constructor de un proceso del que debe ser autorreferente¹⁰.

En cuanto a la entrevista motivacional en personas con Diabetes, es necesario mencionar que a pesar de que muchos profesionales de la salud defienden fuertemente el uso de esta técnica en el campo de la modificación de las conductas, la literatura disponible no parece mostrar resultados fuertemente sólidos para afirmar que su uso es la mejor estrategia para incrementar la adhesión a las modificaciones dietéticas y a los programas de actividad física recomendada para las personas con diabetes. Podría afirmarse que es una técnica útil pero no lo suficiente como para estandarizar su uso en el campo de la educación diabetológica. Por lo tanto, en la mayoría de los casos, será el profesional quien decida en qué modelo se basará sus intervenciones para conseguir un cambio de conducta. La consistencia de los resultados entre EM y el mantenimiento de la actividad física son débiles debido a una falta de robustez metodológica y por el uso de muestras pequeñas. La literatura relacionada con la adhesión al tratamiento resulta confusa y algunos estudios se contradicen entre sí¹¹.

Con respecto a la EM relacionada con la obesidad se ha mostrado prometedora con la obesidad adulta así como la realización de cambios hacia estilos de vida positivos, poco se sabe acerca de la eficacia de la EM con jóvenes con sobrepeso y obesidad. La EM ha demostrado ser una herramienta valiosa para la obtención de motivación intrínseca para hacer cambios por alentar a los clientes a encontrar sus propios medios y soluciones propias¹².

En cuanto a pacientes con tratamiento antirretroviral es necesario mencionar que las principales causas de abandono observadas son el olvido y la intolerancia al tratamiento. Está demostrado como intervenciones sencillas, como ocurre con la entrevista motivacional, pueden resultar muy efectivas a corto plazo para aumentar la adherencia al tratamiento. En ese caso, y mediante una intervención igualmente sencilla, basada en una entrevista de asesoramiento individualizado realizada tras indicar la prescripción y en el momento de la entrega de la medicación, también se han obtenido resultados muy positivos¹³.

Uno de los ámbitos fundamentales de la salud mental donde se utiliza la entrevista motivacional como herramienta está relacionado con el abandono del tratamiento antipsicótico: el abandono del tratamiento antipsicótico y de las indicaciones terapéuticas en los pacientes con esquizofrenia se da en un 70% de los casos¹⁴.

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 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 conciencia de enfermedad, de estar motivados, y de un buen cumplimiento terapéutico, se den muchos casos de empeoramiento por reagudización de la propia patología. En este tipo de pacientes coexisten la presencia de emociones contrapuestas con respecto al seguimiento de tratamiento: “quiero dejar de tener problemas por mi enfermedad, pero sin tomar fármacos” ¹⁴.

Con respecto a la relación de la entrevista motivacional con el consumo de cannabis se observa que lo que motiva a los pacientes dependientes de cannabis con patología dual hace referencia a: mejorar a nivel de sintomatología clínica, sentirse mejor con ellos mismos, conseguir los objetivos que se plantean (mantener un trabajo, ser autónomas, educar satisfactoriamente a sus hijos,...), mejorar la relación de pareja y/o familiar, adquirir estilos de vida saludables, ser valoradas por los demás, o sentir que son buenas en algo ¹⁵.

La motivación de las mujeres consumidoras suele variar en cuanto a la disposición para abandonar por completo el uso de sustancias.

Las dificultades específicas en el tratamiento de la mujer dependiente a drogas son las siguientes: Preocupación por sus hijos (cuidado, custodia), la mayoría de las parejas también consumen cannabis u otro tipo de drogas, existe un menor apoyo familiar que en hombres en muchos casos (no conocimiento del problema), hay una gravedad de la adicción cuando acuden a solicitar ayuda, y la dificultad en la adherencia al tratamiento ¹⁵.

Es necesario mencionar el porqué de la entrevista motivacional con patología dual: Muchas pacientes con patología dual no analizan su hábito de consumo de cannabis como influyente negativamente en la evolución de la sintomatología clínica; en ocasiones, llegan a la consulta sin motivación al cambio a nivel de consumo, lo que implica un desafío para el terapeuta ¹⁵.

En general, las evidencias provenientes de diversos estudios indican que los sujetos con abuso de sustancias y un TLP comórbido se pueden beneficiar tanto del tratamiento como aquellos sin esta patología comórbida; Los rasgos de personalidad tienen un fuerte impacto sobre el curso del trastorno adictivo. Un modelo integrado de tratamiento constituye la mejor estrategia terapéutica. Una de las estrategias que se han visto útiles, constituye la utilización de la entrevista motivacional de Miller y Rollnick ¹⁶.

Además, un principio general debe aplicarse siempre: estimular la aceptación por parte del paciente de que abordar el consumo es la prioridad terapéutica.

Mueser (2004) describe procedimientos específicos para abordar la problemática concomitante al abuso de alcohol, basados en la aproximación transteórica de Prochaska y DiClemente para los estadios de cambio. Enfatiza la necesidad de estructurar un plan de tratamiento organizado en pasos sucesivos. En especial para los TLP estos pasos serían: etapa de contacto, de persuasión, tratamiento activo, y prevención de recaídas ¹⁷.

La importancia de la intervención de corte motivacional, se encuentra enmarcada en la tradición de intervenciones breves de autocambio dirigido a personas con problemas de abuso en el consumo de bebidas alcohólicas, las cuales pueden beneficiarse de este tipo de intervenciones motivacionales. El sólo hecho de que muchas personas se recuperan de sus problemas sin requerir ayuda o intervenciones terapéuticas, sugiere que la motivación para el cambio es un factor disparador de las modificaciones del consumo de alcohol

18

BIBLIOGRAFÍA

1. García López MT, Martín Pérez MF, OtínLlop R. Tratamiento integral del Trastorno Límite de Personalidad. Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq., 2010; 30 (106), 263-278.
2. CIE-10 Clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud. 10ª ed. Rev. Washington: Organización Mundial de la Salud; 2003.
3. Junta de Andalucía. II Plan Integral de Salud Mental de Andalucía 2008-2012. Sevilla: Junta de Andalucía, Conserjería de Salud; 2007.
4. Trastorno límite de personalidad. Psicoletra. Patología dual: Trastorno Límite; 2012 Disponible en: <http://psicoletra.blogspot.com.es/2012/07/patologia-dual-trastorno-limite.html>.
5. Manual DSM-IV-TR manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. 4ª Edición. Rev. Washington: American Psychiatric Association. 1995.
6. Manual de Trastornos Adictivos. 2ª Edición. Enfoque editorial: SC. 2011.
7. Alcoholismo. Guías clínicas basadas en la evidencia científica. Socidrogalcohol; 2007. Disponible en: <http://es.scribd.com/doc/27213353/19/La-entrevista-Motivacional>
8. Rollnick, S; R. Miller, W. ¿Qué es la entrevista motivacional? RET, Revista de Toxicomanías. 1996; N°6.
9. Piñeiro, B; Míguez, M.C, Becoña, E. La entrevista motivacional en el tratamiento del tabaquismo: una revisión. Adicciones. 2010; Vol.22 Núm.4. Págs. 353-364.
10. FUENTES-PILA, J.M; CALATAYUD, P; LÓPEZ, E; CASTAÑEDA, B. Motivation interview. The clue to the process of changing smoking dependence. Trastornos Adictivos. 2005. 7(3):153-65.
11. Leyva Moral, J.M. La entrevista motivacional como instrumento para promover la actividad física y la adhesión dietética en personas con diabetes: revisión bibliográfica. Nure Investigación. 2007; N°29.
12. Beverly.W; Dettmer, E; Morrongiello, B; McCrindle, B; Jill, H. BMC Public Health: Motivational Interviewing as an intervention to increase adolescent self-efficacy and promote weight loss: Methodology and design. 2011; 11:459.
13. Gallego, C; Marco, A; Da Silva, A; Varoucha, C; Argüelles, M.J; Monfort, A; Palé, A; Blanco, X.R. Causas de abandono del tratamiento antirretroviral (TARV) y eficacia de la entrevista motivacional en la mejora de la adherencia. Rev Esp Sanid Penit. 2004; 6: 2-7.
14. González Varea, J. Stop the psychotic treatment: motivational interview. Enfermería Global. 2007; Vol.6 N° 10.

15.III Jornadas Nacionales de Patología Dual y Género Mujer, Cannabis y Patología Dual. La entrevista motivacional en mujeres consumidoras decannabis; 17 de Diciembre; Madrid, España. Valencia: Hospital de la Ribera; 2009.

16.Ochoa Mangado, E; Madoz-Gúrpide, A; Vicente Muelas, N. Diagnóstico y tratamiento de la dependencia de alcohol. Med Segur Trab 2009; 55 (214): 26-40.

17.Cervera G; Haro G; Martínez-R J. Trastorno Límite de la Personalidad. Paradigma de la comorbilidad psiquiátrica. XII ed:Buenos Aires; Madrid: Editorial Médica Panamericana S.A. 2005.

18.Flórez-Alarcón, L. Investigación y diseminación de CEMA-PEMA-P: Un programa con enfoque motivacional breve para la prevención primaria del abuso de alcohol en estudiantes. En: S.L. Echeverría, V.C. Carrascoza, & M.L. Reidl (Compiladores). Prevención y Tratamiento de Conductas Adictivas. México: UNAM, pgs. 237-272.

HIPÓTESIS

General

Se preveé que la entrevista motivacional para pacientes con Trastorno Límite de la Personalidad, provoque un cambio en el comportamiento examinando y resolviendo la ambivalencia, a la vez que reducirá y/o controlará el alcoholismo.

Específicas

-Una entrevista motivacional para reducir el consumo de alcohol influye positivamente en la calidad de vida de los pacientes.

-Una entrevista motivacional para reducir el consumo de alcohol influye positivamente en que el paciente permanezca en la etapa de mantenimiento (Prochaska y DiClemente).

OBJETIVOS

Objetivos generales

Determinar la efectividad de la entrevista motivacional por la Enfermera/o especialista en salud mental para dotar a los pacientes de la necesaria motivación para el cambio en la reducción/ control del consumo de alcohol en pacientes con Trastorno Límite de la Personalidad (TLP).

Objetivos específicos

-Establecer cuál es el consumo de alcohol en pacientes diagnosticados de Trastorno Límite de la Personalidad.

-Valorar la efectividad de la entrevista motivacional para mejorar la calidad de vida.

-Describir las variables sociodemográficas y clínicas que determinan la motivación para el cambio de conducta.

-Favorecer que el paciente se sitúe en el estadio de mantenimiento (Prochaska y DiClemente) al finalizar las sesiones.

MATERIAL Y MÉTODO

Diseño del estudio

El diseño para la investigación es de tipo cuasi-experimental, longitudinal y prospectivo. Constará de dos grupos: un grupo control, con similares características que el experimental, quien no recibirá la intervención propuesta, al cual se le realizará el seguimiento habitual y un grupo experimental cuyos sujetos serán sometidos a la entrevista motivacional por la enfermera especialista en salud mental.

Ámbito del estudio

El estudio se llevará a cabo desde una Unidad de Salud Mental Comunitaria del Área Sanitaria de Virgen del Rocío (Sevilla). El Área Sanitaria de Virgen del Rocío engloba a una población de 766.241 habitantes, según el padrón municipal de 2008. A modo asistencial se divide en:

1. Zona urbana, con unos 540.000 habitantes distribuidos según su USMC en:
 - USMC Guadalquivir (130.000 habitantes)
 - USMC Oriente (112.000)
 - USMC Sur (125.000)
 - USMC Este (172.000)

2. Zona metropolitana, con unos 195.000 habitantes distribuidos en las siguientes Unidades de Salud Mental Comunitaria:
 - USMC Aljarafe (85.000 habitantes)
 - USMC San Juan de Aznalfarache (110.000 habitantes)

La población del estudio

La selección de grupo control y experimental se realiza con la USMC Oriente y USMC Sur, respectivamente. Se llevará a cabo a pacientes con diagnóstico de Trastorno límite de personalidad, que cumplan con sus citas en su USMC correspondiente.

Se elegirán a aquellos pacientes que manifiesten de manera explícita consumo alcohólico y que no hayan precisado al menos desde hace 1 mes, ingreso en unidad de agudos.

Criterios de inclusión

- Rango de edad: 18-40 años.
- Diagnóstico de Trastorno Límite de la Personalidad según CIE 10.
- Comorbilidad con TUS (Trastorno por uso de sustancias): En este caso, consumo de alcohol.

- El paciente se sitúa en la etapa contemplativa (Prochaska y Di Clemente, 1983).
- Acepta de manera voluntaria y comprometiéndose a cumplir las indicaciones de las sesiones. Firma de consentimiento informado.
- No haber ingresado en unidad de agudos al menos desde hace 1 mes antes de iniciar las sesiones.

Criterios de exclusión

- Necesidad de ingreso hospitalario en unidad de agudos por descompensación conductual.
- Tener más de dos faltas a las sesiones.

Tamaño muestral

Se pretende comenzar con un estudio piloto con 10 sujetos para cada grupo (0-5 años; 10-15 años; 25-35 años), con un total de 30 participantes en total. Se extraerán 10 pacientes en seguimiento por la USMC, 10 en seguimiento por el HDSM y 10 en seguimiento por la Comunidad terapéutica Bermejales. Una vez obtenidos y analizados los resultados preliminares de dicho estudio piloto se pretende aumentar la muestra realizando un cálculo exhaustivo para el tamaño de la muestra.

Procedimiento de selección de la muestra

Los sujetos con Trastorno psicótico serán seleccionados mediante muestreo consecutivo, es decir, se les ofrecerá su inclusión en el estudio a medida que vayan acudiendo a consulta por cualquiera de los especialistas hasta completar el tamaño muestral prefijado con anterioridad. Todos los participantes tendrán que dar su consentimiento por escrito, previo a su inclusión, como se detallará más adelante.

VARIABLES:

Variable independiente:

Sesiones de entrevista motivacional para reducir/controlar el consumo de alcohol en pacientes diagnosticados de trastorno límite de la personalidad. Consta de 5 sesiones de 40 minutos cada una y que se realizan con una periodicidad semanal, por tanto la duración del programa será de 1 mes y una semana aproximadamente y se desarrolla en 3 fases:
Primera: se fundamenta en la colaboración entre el enfermero y el paciente, estableciendo un proceso de esfuerzo conjunto para lograr un objetivo común.
Segunda: La evocación en la que se promueve el intercambio de ideas para que surja de la persona la motivación intrínseca.

Tercera: La autonomía, que reconoce el derecho de la persona a decidir y ser responsable de su cambio.

Es preciso destacar que el orden de las 5 sesiones no está estructurado en función de las 3 fases mencionadas anteriormente.

Estructura de las sesiones

Se trata de una entrevista breve, no confrontativa y semiestructurada que identifica la etapa de cambio en que se encuentra la persona. Está dirigida a generar el deseo de cambiar hábitos y estilo de vida.

Existen 4 principios que componen cada sesión: *La expresión de empatía*; *el desarrollo de discrepancia* o promover que la persona cree conciencia de la distancia que existe entre donde se encuentra ahora y las metas que quisiera alcanzar; *el fluir con la resistencia* el cual es un proceso en el que no se contradice la resistencia del paciente al cambio, sino que se acepta como una parte natural y comprensible del mismo; *fomentar la autoeficacia* o promover la creencia del paciente en su habilidad para cambiar y alcanzar unas metas y objetivos.

Para llevar a cabo estos principios la enfermera usa las siguientes estrategias: usa preguntas abiertas, escucha de forma reflexiva, ofrece refuerzo positivo y, a través del intercambio de ideas, extrae aseveraciones auto-motivacionales del paciente. A continuación se detallan el objetivo y contenido de cada una de las 5 sesiones.

Primera sesión:

En la primera sesión se puede observar un primer contacto entre el paciente y la enfermera. Se usa una atmósfera de colaboración y empatía que se mantendrá en todas y cada una de las distintas intervenciones. Se promueve la discusión del problema desde el punto de vista del paciente, se reflejan sus sentimientos y se escucha reflexivamente. Se obtendrá información con preguntas abiertas y se focalizará la atención tanto en la persona como en sus circunstancias; con esto se promueve la creación de conciencia en el paciente de su situación, considerar las diversas alternativas y manejar las emociones.

El objetivo principal es que el paciente se sienta aceptado y muestre disposición para participar en el programa, analizar su actual situación con optimismo dirigido hacia el posible cambio.

Segunda sesión:

La segunda sesión comienza con un reforzamiento positivo sobre la asistencia de la paciente a la vez que se reafirma y promueve el vínculo creado entre la enfermera y el paciente. A través de preguntas abiertas se explora la auto-percepción del paciente acerca del consumo de alcohol fomentando la discusión de la situación desde su punto de vista y demostrándole que él es el que decide. A través del resumen se clarifica la verbalización del paciente y se valida su importancia como persona. La enfermera utiliza la estrategia de escuchar y ofrece planteamientos reflexivos cuando repite (usando palabras exactas), refrasea (cambia ligeramente las palabras exactas), parafrasea

(amplía el pensamiento o sentimientos, usando una analogía o realizando inferencias), o hace un resumen con pensamientos reflexivos de lo que el paciente acaba de decir.

Tercera sesión:

Durante el transcurso de la tercera sesión se continúa conociendo el historial de vida del paciente, además focaliza en su etapa de vida presenta y el impacto de la utilización de alcohol para su situación actual. A través de las estrategias de preguntas abiertas, escucha, resumen y extracción de aseveraciones auto-motivacionales el paciente puede ver su estado actual y su historial de pérdidas, y puede relacionarlo con el uso de alcohol. A través de los planteamientos reflexivos, se discuten las discrepancias y se explora la ambivalencia. El paciente reconoce que no es tan fácil vivir sin usar alcohol, como inicialmente verbalizaba. Además comienza a analizar los beneficios y perjuicios del alcohol. Con el manejo de la ambivalencia el paciente comienza a analizar sus emociones y aspectos de vida que maneja por medio del uso de alcohol. Esto se logra gracias a los planteamientos y escucha reflexiva. Se inicia la discusión de planificación de cambio centrada en el paciente. Se valida una atmósfera de colaboración considerando la autonomía y el poder de elección personal del paciente.

Cuarta sesión:

A lo largo de la cuarta sesión la enfermera afirma las fortalezas y los esfuerzos de cambio del paciente. El paciente narra experiencias recientes relacionadas con el alcohol, donde se involucra en una relación afectiva y parece retroceder en sus ideas de cambio. La enfermera mantiene una posición de interés, empatía y aceptación hacia el paciente. A través de planteamientos y escucha reflexivos se continúa discutiendo la motivación hacia el cambio, creando discrepancia y explorando ambivalencia. La utilización de preguntas abiertas y resumen se usa consistentemente ayudando al paciente a evaluar su actual situación, las posibles consecuencias y la toma de decisiones de manera responsable. Se mantendrá un ambiente de respeto que ayude al paciente a analizar sus decisiones explorando las ventajas y desventajas. Al finalizar la sesión, en una atmósfera de colaboración, y a través de las discrepancias y la ambivalencia, el paciente se replanteará cuál es el impacto actual generado durante su proceso de cambio. Se producirá el surgimiento de aseveraciones auto-motivacionales.

Quinta sesión:

En la quinta sesión se observará al paciente enfocado en su proceso. La enfermera continuará manteniendo un clima de aceptación, respeto y empatía hacia el paciente. Con el manejo efectivo de la empatía, evocación, discrepancia y resistencia el paciente logrará desarrollar la motivación intrínseca necesaria para la adecuada visualización del cambio. Al expresar sus temores y preocupaciones por su decisión de aceptar ir al Programa le permitirá a la enfermera asistirle en el desarrollo de alternativas para manejarlos. El proceso ayudará al paciente a tomar una decisión bien pensada

desde su punto de vista y a sentirse comprometido consigo mismo, lo que hará visualizar el cambio con una actitud optimista.

Una vez finalizado este período del programa, se evaluará a los 2 meses, la efectividad del programa y si se han cumplido los objetivos propuestos, así como la valoración del consumo de alcohol. Esta evaluación se realizará durante 1 mes. Pasados 2 meses de evaluación, se realizará otra vez una nueva evaluación con semejantes parámetros con los que se realizó la evaluación la vez anterior. Por consiguiente destacar que la duración total del estudio será de unos 6 meses y 1 semana.

Variables dependientes:

-Nivel de calidad de vida relacionada con la salud percibida. Se podrá medir por medio del cuestionario SF-36, validado para la población española. Con 36 ítems se evalúan 8 dimensiones: Función física, Rol físico, Dolor corporal, Salud general, Vitalidad, Función social, Rol emocional y Salud mental. Los 5 últimos ítems hacen referencia al componente mental especialmente indicados para la evaluación de la calidad de vida. Los temas y las dimensiones del cuestionario proporcionan una puntuación que son directamente proporcionales al estado de salud; cuanto mayor sea, mejor será el estado de salud. Será valorado en la primera sesión y seguidamente al finalizar el programa.

-Consumo de alcohol se medirá a través del cuestionario AUDIT o Alcohol Use Disorders Identification Test contiene 10 ítems referidos al consumo en el último año. Discrimina consumo de riesgo, uso perjudicial y dependencia. El rango de puntuación va de 0 a 40 puntos. Es un buen instrumento para detectar problemas leves y moderados relacionados con el alcohol. Puntuaciones superiores a 8 es indicativo de bebedor de riesgo, y superiores a 13 indican probable dependencia. Una versión reducida, el Audit-C es el cuestionario de elección para el cribado de consumos de riesgo en el ámbito sanitario. Su punto de corte para el consumo de riesgo de 5 o más en varones y 4 o más en mujeres. El Audit es el cuestionario de elección para la detección del síndrome de dependencia alcohólica en el ámbito sanitario.

Será valorado en la primera sesión a través del cuestionario AUDIT; una vez finalizado el programa, a los 2 meses, se valorará por medio del cuestionario Audit-C.

-Evaluación del cambio, se medirá mediante el cuestionario URICA, que evalúa la situación del sujeto en el continuo de disposición al cambio propuesto por Prochaska y DiClemente. Va dirigida a la población clínica con problemas de adicción, aunque también se ha usado con control de peso y bulimia nerviosa entre otros. Formado por 32 ítems. Está compuesto por 4 sub-escalas (precontemplación, contemplación, acción y mantenimiento) y 8 ítems en cada una. Los ítems consisten en frases en que el sujeto debe indicar su grado de acuerdo con las mismas en una escala tipo Likert de 5 puntos, siendo 1 "completamente en desacuerdo" y 5 "completamente de acuerdo". Se trata de un autoinforme en el que la formulación de cada uno de los diferentes ítems no hace referencia a una conducta problema o adicción concreta sino genéricamente al término "problema" que el evaluador habrá definido previamente con el sujeto.

El momento de aplicación será en la evaluación pre-tratamiento, durante el tratamiento y post- tratamiento.

Variables sociodemográficas: Edad, sexo, nivel de estudios y situación laboral.

VARIABLE	TIPO	DEFINICIÓN
Edad	Cuantitativa continua	Años
Sexo	Catagórica dicotómicas	Hombre/mujer
Nº de recaídas	Cuantitativa discreta	1, 2, 3...
Nivel de estudios	Catagórica nominal	Sabe leer o escribir/ no sabe leer o escribir. Estudios primarios (E.G.B.)/ secundarios (E.S.O.)/ superiores (Bachillerato, F.P., Universidad)
Situación laboral	Catagórica nominal	Empleado/ desempleado/ jubilado/ incapacitado/ estudiante.
Calidad de vida	Cuantitativa discreta	Cuestionario SF-36 versión española
Consumo de alcohol	Cuantitativa discreta	-Cuestionario AUDIT -Cuestionario Audit-C
Evaluación del cambio	Catagórica nominal	Cuestionario URICA

RECOGIDA DE DATOS

Tendrá lugar en un cuaderno para la recogida de datos. Individualmente cada integrante del programa tendrá una hoja de registro; con el fin de hacer finalmente una recopilación de todos los participantes en el estudio en una base de datos.

ANÁLISIS DE LOS DATOS

Análisis descriptivo:

Al comienzo, se realizará un cribado respecto a la información que se obtenga en las bases de datos, para identificar observaciones que resulten erróneas. Se estudiarán los distintos datos para la correcta determinación de valores extremos y para la identificación de las diferencias presentes en los subgrupos de los individuos.

Tras esta actividad tendrá lugar el consecuente análisis descriptivo de la muestra. De esta forma las variables numéricas quedarán resumidas en medias y en desviaciones atípicas; se realizarán también los correspondientes intervalos de confianza si así lo precisan. Destacar que, si las distribuciones son asimétricas, se medirán tanto con medianas como con cuartiles. Consecuentemente las variables cualitativas serán expresadas en forma de porcentajes; serán determinadas de manera conjunta y para los subgrupos de casos.

Al análisis se añadirán representaciones gráficas dependiendo de la información pertinente (cualitativa o cuantitativa).

Análisis inferencial:

Se utilizara la prueba de T de Student para muestras independientes, en la comparación de la información de tipo cuantitativo/numérico entre el grupo control y el experimental; por consiguiente se procederá a la utilización de la prueba no paramétrica U de Mann-Whitney, en caso de no normalidad en la distribución de las distintas variables. Se usará en test de McNemar para el estudio de las relaciones entre dos variables cuantitativas dicotómicas (antes/después), cuantificándose el cambio detectado mediante un intervalo de confianza del 95%.

El nivel de significación estadística será fijado en $p < 0.05$. El análisis de datos se realizará con el paquete estadístico SPSS 21.0 PARA Windows.

LIMITACIONES DEL ESTUDIO:

El estudio puede presentar sesgos por las dificultades que podamos tener al incluir a estos pacientes en el programa, pues el tema del consumo de alcohol puede provocar cierto rechazo en un principio (sobre todo por la falta de conciencia y por la negación de su situación actual), o bien por abandonar el programa antes de que este finalice. De esta manera se prevén un 25 % de pérdidas tanto en el grupo control como en el experimental.

Otra posible limitación se produce respecto a las habilidades de comunicación del terapeuta (enfermero) que pueden influir tanto para beneficiar como para perjudicar el transcurso y desarrollo de la entrevista motivacional.

CRONOGRAMA:

Actividad primera (del 1º al 2º mes): Sesiones clínicas del enfermero de salud mental dentro del equipo para poner en común los siguientes temas:

- Información general en relación al proyecto.
- Planificación de actividades
- Exposición de la metodología de trabajo
- Distribución de las tareas
- Planificación de las futuras reuniones
- Dudas presentes.

Actividad segunda (del 3º al 5ºmes):

- Elaboración y estandarización del programa previsto.
- Determinación de los medios de apoyo gráficos.
- Diseño, distribución y pilotaje de las hojas de registro.
- Diseñar la base de datos.
- Impresión del material gráfico pertinente.
- Puesta en común y por último realizar la consiguiente captación de la muestra.

Actividad tercera (del 6º al 11º mes):

- Entrenamiento en Entrevista Motivacional dirigido a los terapeutas/enfermeros implicados en esta investigación.
- Primeras entrevistas y realización de valoración inicial de enfermería.
- Inicio de las sesiones de Entrevista Motivacional (etapa contemplativa).
- Realizar las correspondientes reuniones dentro del equipo de salud mental una vez al mes.
- Puesta en marcha de la base de datos con la correspondiente recogida e inclusión de información.

Actividad cuarta (del 12º al 22º mes):

- Continuación del seguimiento y correspondiente evaluación de pacientes.
- Continuación de la recogida e inclusión de datos.
- Análisis e interpretaciones de algunas variables dependientes.

Actividad quinta (del 23º al 26º mes):

- Análisis e interpretación de los datos.
- Resultados y conclusiones derivadas.
- Difundir dichos resultados.
- Realizar una memoria del proyecto.
- Elaborar un artículo científico.

La realización del presente proyecto tendrá lugar a lo largo de 26 meses; esquematizando la correspondiente planificación de la siguiente manera:

MESES	ACTIVIDAD
1	1
2	1
3	2
4	2
5	2
6	3
7	3
8	3
9	3

10	3
11	3
12	4
13	4
14	4
15	4
16	4
17	4
18	4
19	4
20	4
21	4
22	4
23	5
24	5
25	5
26	5

Recursos necesarios para la viabilidad del proyecto:

Recursos materiales:

- Utilización de las respectivas consultas de enfermería en las respectivas USMC (Oriente y Sur) del área del Hospital General Virgen del Rocío.
- Unidad de investigación para utilización de sistema informático SPSS versión 20 para Windows.
- Ordenador portátil.
- Utilización de los respectivos programas Office Word, Excell y Powerpoint.
- Fotocopias de test y cuestionarios.
- Fotocopias de las hojas de consentimiento informado.

Recursos humanos:

El equipo investigador consta de una enfermera especialista en salud mental (investigador principal) y un enfermero residente de salud mental; tanto en la USMC Sur como en la USMC Oriente. De la fase de reclutamiento de pacientes se encargará el enfermero residente con la ayuda de la enfermera especialista durante las entrevistas realizadas en las respectivas USMC. También se deberá acudir al servicio de Investigación de Enfermería para el correcto y adecuado asesoramiento de nuestro estudio.

Viabilidad de la obtención de recursos:

Se realizará gracias al apoyo de la Dirección de Enfermería del Área sanitaria del Hospital Universitario Virgen del Rocío para poder llevar a cabo el estudio dentro del horario laboral de las enfermeras/os implicadas. Consideramos que el estudio es viable ya que no precisa excesivos costes en recursos materiales y además no sería necesario contratar a más personal para el desarrollo del estudio.

PRESUPUESTO

Conceptos	Presupuesto
<u><i>Equipamiento inventariable:</i></u> -2 ordenadores portátiles. -Programas de Office Word, Excell, PowerPoint. -2 Teléfonos móviles con línea corporative.	1500 1000
<u><i>Material fungible:</i></u> -Material informático (cd, pen drive...). -Material necesario (fotocopias de test y cuestionarios).	1000
<u><i>Material bibliográfico:</i></u> -Bibliografía básica de Enfermería (NANDA, NOC, NIC). -Bibliografía respecto la Entrevista Motivacional y Trastorno Límite de Personalidad.	500
<u><i>Viajes y dietas:</i></u> -Traslado para las sucesivas sesiones. -Congresos nacionales. -Reuniones dentro del mismo equipo.	2500

DISTRIBUCIÓN DE ACTIVIDADES ENTRE EL EQUIPO INVESTIGADOR:

El encargado de coordinar el equipo y de guardar todos los datos que vayan surgiendo será el investigador principal. Debe ser el encargado de asegurar el cumplimiento del cronograma.

CONSIDERACIONES ÉTICAS:

El proyecto se desarrollara en todo momento siguiendo los principios éticos recogidos en la declaración de Helsinki, incluyendo la solicitud de Consentimiento informado a todos los pacientes que se incluirán en el mismo. Los pacientes deberán ser informados de la voluntariedad en la participación en el estudio y la correspondiente confidencialidad.

Los registros y el consentimiento informado de los pacientes estarán custodiados por el investigador principal; identificados por el número de caso que se le asigne, cumpliendo la legislación sobre protección de datos española (Ley orgánica 15/1999 de 13 de Diciembre).

Con anterioridad se solicitará y obtendrá la autorización del Subcomité Ético, perteneciente a la Comisión de Ética e Investigación Clínica del Hospital Universitario Virgen del Rocío.

JUSTIFICACIÓN DEL PROYECTO Y UTILIDAD PARA LA PRÁCTICA CLÍNICA:

La realización de éste proyecto de investigación se basa en la necesidad que tienen los pacientes con Trastorno límite de la personalidad de favorecer la automotivación para el cambio de comportamiento con el fin de dar freno a multitud de conductas adictivas, entre las que se encuentra el consumo perjudicial y abusivo de alcohol. El programa de entrevista motivacional constituye una perfecta ayuda para la actuación de los profesionales.

Gracias a nuestra intervención podríamos reducir el consumo desenfrenado de alcohol que caracteriza a este tipo de pacientes, con la consiguiente mejoría en su calidad de vida.

Un aspecto imprescindible y necesario para la correcta intervención sobre este tipo de pacientes hace referencia a que constituye un síndrome heterogéneo, difícil de delimitar, con presentaciones clínicas y del comportamiento que varían entre individuos y entre los distintos momentos de evolución de un mismo paciente; así como el poco consenso profesional acerca de la forma de tratamiento. Por consiguiente es necesaria la incorporación activa de formación actualizada al conjunto de profesionales en todos los ámbitos de la enfermedad pero especialmente y como nos atañe en nuestra investigación destinado a la reducción del consumo abusivo de alcohol.

Por todo esto, destacar la necesidad de la Enfermera Especialista en Salud Mental en el abordaje de los pacientes con Trastorno Límite de la Personalidad, pues posee las actitudes y aptitudes necesarias para el correcto cuidado y la proporción al paciente de la adecuada autoconciencia y autorresponsabilidad respecto a su conducta.