

La no conciencia de enfermedad (insight) desde el Trabajo Social con enfermos mentales

Francisco Esparza Moreno

Diplomado en Trabajo Social, Trabajador Social.
Hospital Psiquiátrico Roman Alberca. (El Palmar, Murcia)

Resumen

Con este artículo se pretende conseguir que cualquier persona comprenda que es la enfermedad mental y a quien la padece, para ello se divide en dos partes, la primera nos muestra de forma sencilla unas pinceladas tipo flash de lo que es la Conciencia, su Clasificación, el Insight y la falta del mismo. La segunda parte se centra en como Ayudar a los enfermos mentales por medio de la Entrevista Motivacional desarrollada en cuatro características, (Escucha, Empatía, Acuerdo, Compañero).

Palabras Claves

La Conciencia, el Insight, Empatía, Escucha, Acuerdo, Compañero, Motivación, Puerta giratoria.

INTRODUCCIÓN

LA CONCIENCIA O CONSCIENCIA, del latín conscientia (propiedad del espíritu de reconocerse como sujeto de sus atributos). Es definida en general como el conocimiento que un ser tiene de sí mismo y de su entorno. "Conscientia" significa literalmente "con conocimiento" (del latín: cum scientia).

La Conciencia es al bumerán como la falta de Insight es a la puerta giratoria.

¿QUÉ ES EL INSIGHT?

La introspección o inspección interna que es el conocimiento que el sujeto tiene de sus propios estados mentales. Capacidad para reconocer la propia enfermedad. Capacidad para atribuir determinados síntomas a la misma enfermedad tanto en el presente como de manera retrospectiva. Capacidad para detectar las consecuencias sociales de la enfermedad. Capacidad para reconocer la eficacia del tratamiento sobre la misma.

EVOLUCIÓN HISTÓRICA DEL INSIGHT

1) **Los griegos** utilizaron los términos como **autoconocimiento y autoevaluación** al referirse a un objetivo necesario para lograr algún bienestar.

2) **1881**.- Dagonet, introduce el término insight para dar los primeros estudios clínicos que observaron los efectos de la enfermedad en el autoconocimiento.

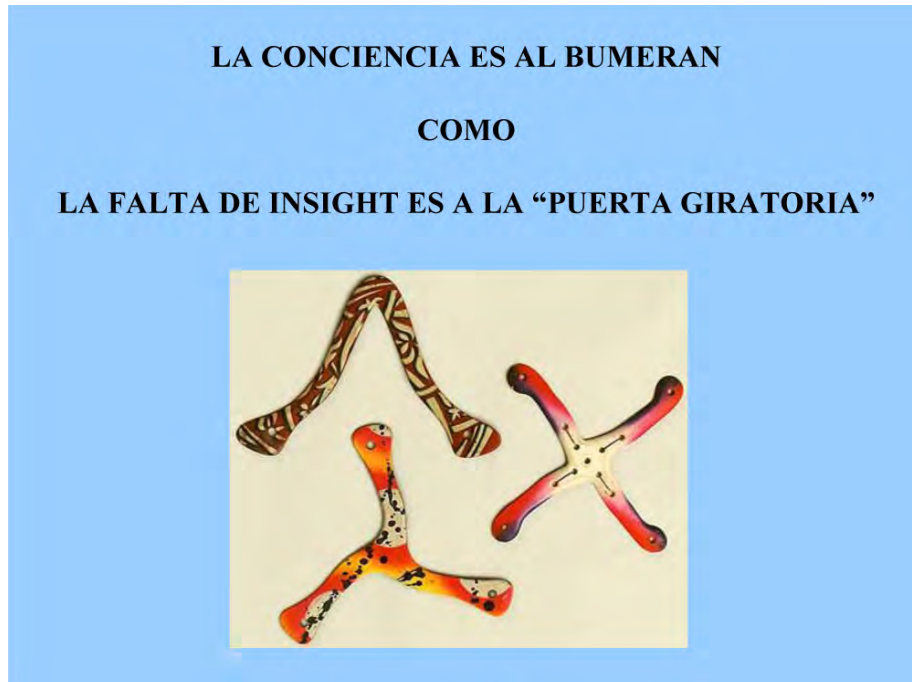
3) **S. XIX**.- En la segunda mitad de este siglo, se comienza a darle importancia a los fenómenos neurológicos que implican la negación del síntoma.

4) **1.934**.- Aubrey Lewis, la introduce en psiquiatría al relacionar la falta de **introspección y anosognosia** (desconocimiento de la enfermedad) y la relación entre **introspección y esquizofrenia**.

5) **Freud**, considera el insight como la conciencia de estar enfermo. La teoría psicoanalítica es "vomitar" los demonios introyectados.

En sicopatología, el término insight o introspección se restringe a aspectos del autoconocimiento, siendo un fenómeno complejo y multidimensional. Su deterioro es distinto del conocimiento del mundo externo. El insight aparece en la mayoría de pacientes como un síntoma fundamental de origen neurobiológico y no tanto de tipo psicológico. Las primeras etapas de la enfermedad son claves en la preservación del insight con tratamientos que prevengan las recaídas. El insight es parcialmente recuperable si se asegura el tratamiento durante un periodo prolongado. La entrevista motivacional puede mejorar el cumplimiento en pacientes con nulo o bajo insight.

LA NO CONCIENCIA DE ENFERMEDAD (INSIGHT) DESDE EL TRABAJO SOCIAL CON ENFERMOS MENTALES.



Destacar esta frase para la reflexión, de un hijo a su padre cuando este lo lleva al servicio de urgencias por un brote psicótico con delirios: “¿Cómo te sentirías, papa, si alguien a quien tu quisieras se matara?”.

CLASIFICACIÓN, ESTADOS, Y NIVELES DE LA CONCIENCIA.

**CLASIFICACION DE LA
CONCIENCIA
ESTADOS**

	C. PATOLOGICA	C. ORDINARIA	C. “ESPECIAL”
N I V E L E S	ALUCINACIONES	HIPERVIGILIA	SAMADI NIRVANA SATORI
	DELIRIOS	VIGILIA	NUESTROS MISTICOS
	OBNUBILACION	SUEÑO	FOBIAS
	ESTUPOR	ENSUEÑO	OTROS
	COMA		

CARACTERÍSTICAS DE LA FALTA DE INSIGHT

Es inaccesible a argumentos lógicos.

Es persistente en el tiempo (en muchos casos irreversible).

A menudo se recurre a la fabulación para justificar la inexistencia de la enfermedad.

No es un fenómeno categorial sino dimensional.

EPIDEMIOLOGÍA DEL INSIGHT EN ESQUIZOFRENIA.

La Organización Mundial de la Salud (OMS), en 1973, realizó un estudio internacional multicéntrico, donde encontró que la falta de introspección fue el síntoma más común: el 97% de los pacientes esquizofrénicos presentaban déficit de insight.

Entre el 50 y el 80% de los pacientes esquizofrénicos no tienen insight o este es tan bajo que cuestionan constantemente su tratamiento.

MODELOS DE FALTA DE INSIGHT.

Modelo defensa psicológica. Modelo evasivo. Modelo de déficit neurobiológico.

MODELO DE DEFENSA PSICOLÓGICA.

Modelo prevalente hasta los 90. Mecanismo de negación ante los sentimientos de ansiedad y depresión que supone reconocer la enfermedad. Se fundamenta en el estigma social.

MODELO EVASIVO

El paciente centra su vida en el rol que le ofrece su delirio, habitualmente de contenido megalománico o místico. Vida cotidiana sin alicientes.

DÉFICIT NEUROBIOLÓGICO

Falta de insight como síntoma nuclear de la enfermedad, en el mismo plano de delirios, alucinaciones y alteración conductual. Dificultad para reconocer los síntomas de la enfermedad como algo que les afecta (similar a la enfermedad de Alzheimer o lesiones isquémicas frontoparietales): **ANOSOGNOSIA**

INSIGHT Y TRATAMIENTO.

A mayor tardanza en inicio del tratamiento peor insight, mayor aislamiento y peor habilidad social. Existen evidencias de que el insight, como síntoma nuclear de la enfermedad, puede quedar determinado en los 2-3 primeros años de la misma, según su evolución en las fases iniciales. En un tercio de pacientes esquizofrénicos el insight mejora si se mantiene el tratamiento.

¿CÓMO INTERVENIR?

1) En pacientes con bajo insight las opciones para asegurar el tratamiento no pasan por argumentos racionales (psicoeducativos) que suelen dar resultados limitados, sino por ar-

gumentos emocionales.

2) No se puede convencer al paciente de que se medique “porque esta enfermo”, argumento inasequible para él.

3) Hay que **COMUNICARSE** y “seducirlo” con objetivos que puedan interesarle y aporten menos conflictividad a su entorno con la **ENTREVISTA MOTIVACIONAL**.

CÓMO AYUDAR EN TRABAJO SOCIAL CON LA TÉCNICA DE LA ENTREVISTA MOTIVACIONAL A ENFERMOS MENTALES:

La Entrevista Motivacional utiliza estrategias para promover cambios de conducta y hábitos insanos hacia estilos de vida más saludables y facilita que el enfermo mental se posicione hacia el cambio.

El trabajo social centrado en enfermos mentales necesita ofrecer cuatro características decisivas para el cambio: La Escucha Reflexiva, Mostrar Empatía, Llegar a un Acuerdo, y Ser su Compañero.

NORMAS PARA LA ESCUCHA REFLEXIVA:

HACER QUE SE SIENTA SEGURO, con expresiones como: “Lamento no haberte escuchado”. “Entiendo porque no quieres hablar sobre esto”. Y sobre todo conviene prometerle que no le daremos nuestro consejo, porque nuestro principal objetivo es escuchar y aprender, así ganamos credibilidad al instante y pronto nos pedirá nuestra opinión.

CONOCER SUS MIEDOS, consiste en conocer sus ideas delirantes como: “La medicación es veneno” o “Oigo voces que vienen de arriba” y luego transmitirle (repetir) lo oído, ejemplo: “Dices que la medicación es veneno”.

NO EMPEÑARNOS EN SEGUIR NUESTRA AGENDA, significa no realizar la toma de datos personales en ese momento, debemos dejarle hablar sobre porque cree que no debería estar ingresado, escuchar lo que siente al verse en un hospital psiquiátrico.

DEJARLO ESTAR, cuando la conversación se convierte en una discusión, si nos dicen “Yo no te importo”. “Solo piensas en ti”, dejémoslo estar, debemos centrarnos en escuchar de otra manera, en lugar de querer imponer orden.

RESPETAR LO QUE HAYAMOS OÍDO, sin comentarios ni críticas. Cuando se hace eco de lo que hemos oído sin comentarios ni críticas, se detiene la negación del otro, calmamos su enfado.

ENCONTRAR PROBLEMAS PRÁCTICOS, un problema sería que no quedría hospitalizarse y para el no sería problema estar enfermo. Una persona que niega su enfermedad sabe que tiene un problema, el problema es que todos le diremos que necesita ayuda.

ESCRIBIR LOS TITULARES, son los problemas que el enfermo mental cree tener, no los problemas que nosotros decimos que tiene, son las cosas que le motivan, aquellas que son más importantes para él como el salir del hospital, tener un trabajo, un coche, casa propia, etc.

MOSTRAR EMPATÍA:

Existen muchas definiciones de la palabra empatía, la más común es “Ponerse en el lugar del otro” lo que significa aceptar y respetar al enfermo mental pero no, necesariamente aprobarlo. Habría que destacar que es “La capacidad de identificarse con alguien y compartir sus sentimientos”. Debemos escuchar y mostrar empatía y así nos pedirán nuestra opinión, eso es lo que se pretende conseguir, porque la opinión que se pide, tiene mucho más valor, que la que nos dan sin pedirla. Si nos dan un consejo sin haberlo pedido, casi siempre se ignora, porque nadie lo solicitó y es una intromisión en nuestra vida.

La palabra empatía implica comprender los sentimientos y emociones preguntándonos ¿Cómo me sentiría yo en sus circunstancias? ¿Coincide la emoción que yo tendría con la que el enfermo mental me expresa? ¿Cómo le transmito que comprendo? .La empatía es lo más importante de la entrevista motivacional porque, ante el dolor que prevé el enfermo mental por el cambio, el sentir que tiene un apoyo emocional resulta muy útil.

LLEGAR A UN ACUERDO:

Cuando haya disminuido la actitud defensiva y el enfermo mental parece receptivo a escuchar nuestra opinión, debemos usar las siguientes reglas:

NORMALICE LA EXPERIENCIA, “Yo me sentiría igual si estuviera en su lugar”. Así hacemos entender que su reacción es normal.

TRATAR SOLO PROBLEMAS Y SÍNTOMAS PERCIBIDOS. Afirmaciones como “No puedo dormir o tengo miedo de que me lleven” serían síntomas del insomnio y del delirio.

REVISAR LAS VENTAJAS Y DESVENTAJAS DEL TRATAMIENTO. Para ello haremos una lista en una hoja de papel a la izquierda pondremos el signo más, serían las ventajas y a la derecha el signo menos con las desventajas. Ejemplos de desventajas como “Me da vergüenza (no quiero que los demás se enteren de mi enfermedad)”, “Me hace sentir como un psicótico”, “Gano peso con la medicación”. Algunas de las ventajas serían “Mi familia ya no tiene que estar tan encima mía”, “No tengo que permanecer ingresado en el hospital”.

CORREGIR LAS IDEAS FALSAS. Como la medicación “Me hace oír voces”, explicarle que los fármacos no favorecen el oír voces, al contrario disminuyen las voces.

TRANSMITIR Y DESTACAR LOS BENEFICIOS PERCIBIDOS. “Dice que se enfada menos con su familia cuando toma la medicación”. Siempre que se presente la oportunidad repetir y destacar los beneficios que el enfermo mental haya mencionado.

ACEPTAR EL DESACUERDO. Para ello siempre que nos encontremos en una zona de desacuerdo, intentemos estar de acuerdo, en que no estamos de acuerdo.

QUÉ HACER ANTE LA PREGUNTA: “¿ESTAS DE ACUERDO CONMIGO?”

Debemos dar nuestra opinión únicamente si nos la han pedido, es importante evitar o retrasar el dar nuestra opinión, ejemplo “Te prometo que responderé a tu pregunta pero, si no te importa, quisiera esperar y escucharte antes un poco más, ¿de acuerdo?”, o “Te lo diré pero preferiría seguir escuchando tu punto de vista sobre este asunto porque estoy aprendiendo muchas cosas sobre ti que no sabía, ¿puedo decirte más tarde lo que pien-

so?”, o “Veras, en esta habitación la opinión mas importante es la tuya, no la mía, por tanto, me gustaría conocer mas cosas antes de decirte que pienso, si te parece bien”.

CUANDO POR FIN DEMOS NUESTRA OPINIÓN, DEBEMOS:

- **Disculparnos:** “Antes de decir lo que pienso sobre esto, quisiera disculparme porque puede resultarte hiriente o decepcionante”.
- **Reconocer Falibilidad:** “Podría estar equivocado, no creo que lo este, pero es posible.
- **Aceptar el no estar de Acuerdo:** “Espero que aceptes que no estamos de acuerdo en esto, yo respeto tu punto de vista y no tratare de convencerte, espero que puedas respetar el mió”.

SER SU COMPAÑERO:

Debemos procurar llegar a un acuerdo sobre metas que sean claramente alcanzables por ejemplo el como obtener algo de dinero para sus pequeños gastos si acude a terapia o talleres y se compromete a tomar la medicación, le recompensáremos con cinco o diez euros al día.

Aunque creamos que es difícil que inicien un trabajo porque sabemos que incluso tomando la medicación, pueden presentar síntomas residuales, el hablar de esa meta “El trabajo” les da esperanzas y se sienten orgullosos de ello.

Podemos llegar a acuerdos como el que si desea interrumpir la medicación lo hará con la ayuda de su medico y de su familia y para ello deberá anotar en un diario los cambios de humor, habla, pensamientos, ideas de grandeza, miedos, fobias etc, que se hayan producido, en este punto nos podrían decir “Eso es un disparate, como es posible que le digamos a un enfermo mental que no tome la medicación” pues si, se lo podemos decir porque lo va a hacer de todas formas, el va a dejar la medicación con acuerdo o sin acuerdo, y cuando esto se produzca podrá ver lo que dejo anotado en su diario, lo que hizo cuando estuvo tomando la medicación y cuando no la tomo, y así comparar entre ambas situaciones.

QUÉ SIGNIFICA LA ENTREVISTA MOTIVACIONAL:

Es una técnica dirigida específicamente a que el enfermo mental encuentre razones para aceptar el tratamiento a pesar de que admita o no estar enfermo. Lo importante es que acepte el tratamiento aunque para ello el motivo sea por ejemplo el poder encontrar trabajo y no sea porque piense que esta enfermo.

Significa que el establecer una relación de respeto y confianza es la clave para ayudar a alguien con poco conciencia de la enfermedad mental a aceptar el tratamiento.

Es una técnica de ayuda al enfermo mental que supone una ventana abierta a la esperanza.

CONCLUSIONES:

La mayoría de los estudios indican que aproximadamente un 60% de personas que padecen enfermedad mental grave no toma la medicación. El motivo más común es la escasa conciencia de enfermedad, la falta de Insight.

Las investigaciones demuestran que ser consciente de los efectos positivos de la medicación puede ser más importante para el cumplimiento terapéutico que la conciencia de la enfermedad, de manera que el enfermo mental puede seguir sin tener conciencia de la enfermedad, pero darse cuenta de que si toma la medicación mejora.

La Entrevista Motivacional es un método práctico muy útil en la comunicación con las personas enfermas mentales, aplicable también a todo el conjunto de la sociedad.

APORTACIONES - COMENTARIO

Lo importante en la interacción con el enfermo mental es que se le trate con dignidad y respeto, al igual que es recomendable no poner en duda abiertamente sus opiniones y creencias.

La combinación que resulta el tratar con enfermos mentales con esquizofrenia junto con la práctica de la entrevista motivacional aplicada desde el trabajo social hacen que este artículo sea digno de respeto y admiración.

Me llama la atención la definición que mis compañeros y compañeras de trabajo les dan a los enfermos mentales de una forma coloquial y con todo el respeto que se merecen, les llaman “Pacientes de puerta giratoria” (pacientes que ingresan, salen de alta y al poco tiempo vuelven a ingresar).

Con este artículo se pretende crear un sentimiento de ayuda tan necesario y a su vez tan escaso en la sociedad actual.

BIBLIOGRAFÍA:

- Evidence-Based Mental Health. Editor Graham J. Towl. Agosto 2011, volumen 14, número 3. Universidad de Durham. Durham, Reino Unido.

- Natural History of Schizophrenia subtypes. Archives of General Psychiatry 1991; 48 (11): 978-986. Wayne S. Fenton, MD, Thomas H. McGlashan, MD

- No estoy enfermo, no necesito ayuda. Ediciones Mayo, 2ª Edición, Barcelona, 2008. Xavier Amador.

- Entrevista Motivacional, “The motivational interview”. Edita Departamento de Salud del Gobierno de Navarra. Anales Sistema Sanitario de Navarra, vol.24, suplemento 2, pag. 43-54. S. Lizarraga, M. ayarra. 2001.