



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA, DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO

DEPARTAMENTO DE PSIQUIATRÍA Y SALUD MENTAL

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

Unidad Médica de Alta Especialidad Complementaria
Hospital de Psiquiatría "Morelos"

***INSIGHT Y APOYO SOCIAL EN LA ADHERENCIA FARMACOLÓGICA EN
PACIENTES CON TRASTORNOS PSICÓTICOS DEL HOSPITAL DE
PSIQUIATRÍA "MORELOS"***

TESIS

Que para obtener el grado de

Médico Especialista en Psiquiatría.

Presenta:

Dr Eduardo Déciga García

Asesores:

Dra Claudia Fouilloux Morales

Dra Silvia Aracely Tafoya Ramos

México, Distrito Federal. Septiembre 2015



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

AGRADECIMIENTOS

A mi esposa, por su apoyo, paciencia y comprensión

A mi hija por ser mi fuente de inspiración

A mis padres y familia por su gran apoyo durante este largo camino

A los médicos y pacientes que ayudaron a mi formación

INDICE

AGRADECIMIENTOS	1
INDICE.....	2
MARCO TEORICO	3
CONCEPTO DE ADHERENCIA FARMACOLÓGICA Y CUMPLIMIENTO.....	3
VARIABLES QUE INFLUYEN EN LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO	4
CONCEPTO DE <i>INSIGHT</i>	4
<i>INSIGHT</i> EN PSICOSIS	6
CONCEPTO DE APOYO SOCIAL.....	8
APOYO SOCIAL Y PSICOSIS	10
ANTECEDENTES CIENTÍFICOS	11
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	14
PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN.....	14
JUSTIFICACIÓN	15
HIPÓTESIS.....	16
OBJETIVOS	17
OBJETIVO GENERAL	17
OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	17
METODOLOGÍA.....	18
TIPO DE DISEÑO	18
LUGAR DE ESTUDIO.....	18
UNIVERSO DE ESTUDIO.....	18
POBLACIÓN Y MUESTREO.....	18
CRITERIOS DE SELECCIÓN	18
DEFINICIÓN CONCEPTUAL Y OPERATIVA DE LAS VARIABLES	19
ADHERENCIA FARMACOLÓGICA	19
<i>INSIGHT</i>	20
APOYO SOCIAL	20
PROCEDIMIENTO (RECOLECCION DE DATOS)	21
ANÁLISIS ESTADÍSTICO	22
INSTRUMENTOS DE MEDICIÓN	23
ESCALA DE EVALUACIÓN DEL <i>INSIGHT</i> (SUMD).....	23
CUESTIONARIO DE APOYO SOCIAL Y FUNCIONAL DE DUKE-UNC.....	23
CONSIDERACIONES ÉTICAS	24
RESULTADOS	26
DESCRIPCIÓN DE VARIABLES CLÍNICAS	27
ASOCIACIÓN ENTRE VARIABLES	27
DISCUSIÓN	28
LIMITACIONES	30
CONCLUSION	30
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	31
ANEXOS.....	37

MARCO TEORICO

Concepto de adherencia farmacológica y cumplimiento

La Organización Mundial de la Salud define la adherencia al tratamiento como el cumplimiento del mismo; es decir, tomar la medicación de acuerdo con la dosificación y el programa prescrito.¹

Para Haynes (1980) la adherencia es el grado en el cual la conducta de una persona (en términos de tomar un medicamento o efectuar cambios en el estilo de vida) coincide con las recomendaciones médicas, siendo por tanto el incumplimiento, el grado en que no se realizan estas acciones.²

En la bibliografía anglosajona suelen emplearse, habitualmente, dos términos indistintamente para hacer referencia a la puesta en práctica de las recomendaciones de salud o terapéuticas: *compliance* (cumplimiento) y *adherence* (adhesión o adherencia). En México y otros países de habla hispana la adherencia farmacológica corresponde exclusivamente a la toma del medicamento, mientras que el cumplimiento hace referencia a las modificaciones que debe hacer el paciente (incluida la adherencia) para el manejo de su enfermedad.³

De tal modo que, se considera como “paciente adherente” a aquel que deja de tomar menos del 25% de la medicación, como “adherente parcial” a aquel que deja de tomar entre del 25 al 70% del tratamiento y por “no adherente” a aquel que deja de tomar más del 70%.⁴

Variables que influyen en la adherencia al tratamiento

La adherencia es un proceso complejo que está influido por factores relacionados con el paciente, con el profesional, con el sistema de salud, con la enfermedad y con los fármacos.⁵

Fenton y colaboradores (1997), identificaron diversas variables que pueden afectar la adherencia farmacológica en la esquizofrenia entre los que se encuentran el nivel de *insight*, la calidad del apoyo social y el tipo de medicamento y sus efectos.⁶

En un estudio para determinar predictores tempranos de no adherencia farmacológica en pacientes con primer brote psicótico, Rabinovitch (2009) reconoce la importancia de explorar el apoyo social y familiar, el *insight* y la actitud hacia los fármacos desde el inicio del tratamiento.⁷

Donahoe (2002) encontró en su estudio que las principales diferencias entre cumplidores totales y malos estaban en las variables cognitivas (actitudes hacia los fármacos e *insight*), por lo que serían potentes determinantes del cumplimiento en el paciente estable.⁸

Cirici y Obiols (2008) señalan que las causas de incumplimiento no son otros más que motivos relacionados con creencias y formulaciones cognitivas individuales, incluyen dos factores fundamentales: la falta de *insight* y el apoyo social.⁹

Concepto de *Insight*

El concepto de *insight* ha sido ampliamente tratado tanto desde el punto de vista fenomenológico como del psicoanalítico, manteniéndose su estudio y uso hoy en día debido a su importancia clínica en aspectos como el cumplimiento del tratamiento, peligrosidad, suicidio y pronóstico.

En la décima edición en español de “Kaplan & Sadock Sinopsis de Psiquiatría”, el *insight* se define como el grado de concienciación y de comprensión del paciente de que está enfermo.¹⁰

El concepto actual de *insight*, a la luz de los conocimientos actuales en el campo de la psiquiatría y otras neurociencias, dista mucho de poder ser conceptualizado como se plantea en la sinopsis de psiquiatría.

Según Berrios y Marková (1992), el término de *insight* debe estudiarse en los distintos contextos históricos, en relación con los distintos trastornos mentales. Entre los siglos XVII y XIX, se consideraba imposible presentar un fenómeno psicopatológico psicótico y tener conciencia de ello. A finales del s. XIX, se introdujo el término conciencia parcial y con éste la oportunidad de considerar el *insight* como una variable clínica y, por tanto, la ausencia del mismo.¹¹

Los primeros estudios científicos del concepto dieron lugar, en el siglo XX, a definiciones como la de Jaspers, que en 1963, considero el *insight* como “el sentimiento o sensación de estar enfermo y cambiado, además de la capacidad de evaluar la naturaleza y la gravedad de la enfermedad” (citado por Orfei, 2008).¹²

Posteriormente, David (1990) lo consideró como “el conocimiento de los procesos patológicos y las experiencias inusuales, la necesidad de tratamiento, la posibilidad de recaída, y la presión ejercida por los estresores psicosociales”.¹³

Marková y Berrios (1992) definen el *insight* como “una forma de autoconocimiento relativo a la enfermedad o deterioro, que incluye no sólo la información acerca del estado patológico, sino también el modo en cómo éste afecta al paciente en sí mismo y a la interacción con su entorno”.¹¹

Una de las conceptualizaciones más aceptadas y que han dado lugar a más trabajos de investigación es la de Amador y colaboradores (1993) quienes definen al *insight* como la conciencia que tiene el paciente de 1) sufrir un trastorno mental, 2) aceptar las consecuencias sociales de dicho trastorno, 3) atribuir correctamente sus síntomas a la enfermedad, y 4) aceptar la necesidad de tratamiento.¹⁴

***Insight* en psicosis**

Gran parte del interés que el *insight* ha despertado en las últimas décadas en el campo de la salud mental se debe a la relación que ha mostrado tener con numerosas variables de importancia para los trastornos psicóticos, tanto desde el punto de vista científico, como social, e incluso legal.¹⁵

La falta de *insight*, es un fenómeno muy común entre los pacientes que padecen un algún trastorno psicótico. Entre el 50% y el 80% de los pacientes psicóticos creen no estar enfermos o sufren algún tipo de déficit de conciencia, ya sea sobre su enfermedad, sus propios síntomas o la necesidad de tratamiento.¹⁶

Esta falta de conciencia de la enfermedad, es uno de los principales problemas a los que deben enfrentarse los clínicos a la hora de instaurar y mantener cualquier tipo de tratamiento farmacológico o psicoterapéutico, puesto que un paciente que no es consciente de su propia enfermedad difícilmente aceptará con pasividad un tratamiento que para él es totalmente injustificado, ya

sea porque cree que lo están engañando o porque simplemente cree que no lo necesita.¹⁷

Respecto a las repercusiones de la enfermedad y a la enfermedad misma, esta falta de conciencia se ha visto fuertemente asociada a una mala adherencia y desconfianza en el tratamiento además de un peor pronóstico del curso de la enfermedad.¹⁸

Quizá por su efecto negativo sobre el consumo de su medicación y del pronóstico, la falta de *insight* se ha relacionado con un peor funcionamiento psicosocial, con un comportamiento más violento, y con un mayor índice de suicidios entre los pacientes psicóticos.¹⁹

Sin embargo, a pesar de su relevancia y de la alta prevalencia entre los pacientes psicóticos, la pérdida del *insight* no es un criterio diagnóstico para los trastornos psicóticos. Probablemente esto sea debido a la falta de acuerdo que existe actualmente sobre sus implicaciones y también a la dificultad de operacionalizar dicho concepto. El amplio rango de marcos teóricos y clínicos que usan el concepto de *insight*, desde la teoría psicodinámica hasta la neuropsicología, contemplan distintos modelos del *insight*, que aun no siendo excluyentes, complican aún más su delimitación.²⁰

En la última década se han desarrollado y validado varias escalas de *insight*. Cada escala selecciona aspectos diferentes del *insight* por lo que los resultados de los diferentes estudios son difíciles de comparar. Las dos medidas más relevantes son la “Scale to assess Unawareness of Mental Disorder” (SUMD,) y la *Insight and Treatment Attitudes Questionnaire* (ITAQ).²¹

La falta de *insight* tiene importantes implicaciones para el tratamiento. Un buen *insight* se asocia a menos hospitalizaciones y mejor funcionamiento global. Esto puede ser debido a que un buen *insight* se correlaciona con un mejor cumplimiento del tratamiento. Aunque la mayoría de estudios relacionan un escaso *insight* con síntomas positivos, también en algunos estudios se relaciona con un alto nivel de síntomas negativos. El escaso *insight* se suele acompañar de un menor nivel de síntomas depresivos.²²

Concepto de Apoyo Social

El apoyo social es el grado en que las necesidades sociales básicas de la persona son satisfechas a través de la interacción con otros. Quienes satisfacen estas necesidades se consideran la red de apoyo, que está integrada por la familia, amigos, instituciones públicas o privadas.²³

Este concepto se ha identificado con una relevante relación humana y con aquellos factores del ambiente que promueven el curso favorable de la enfermedad.²⁴

También se han definido los sistemas de apoyo social como los vínculos entre individuos y grupos que sirven para improvisar competencias adaptativas en el manejo de los desafíos y problemas inmediatos, en crisis y en privaciones.²⁵

Caqueo (2006) distingue cuatro tipos de apoyos: emocionales, instrumentales, de información y de valoración. En esta misma línea, otros distinguen entre el apoyo emocional, el tangible y el informacional.²⁶

De Toledo y Blay (2004) señalan que el apoyo social se compone de cuatro factores: orientación directiva, ayuda no directiva, interacción social positiva y ayuda tangible.²⁷

Para Gutiérrez (2007) el apoyo social está integrado por empatía, estímulo, información, ayuda material y expresiones de participación. Además señala la dificultad para evaluar el componente afectivo y da un gran valor a la información cuando se recibe de una persona significativa.²⁸

Es necesario destacar la importancia de la percepción del apoyo social, porque la realidad para el individuo es fundamentalmente la realidad percibida.

Mojalefa (2003) dice que el apoyo percibido se puede identificar como la información que llega a tener una persona en una o más de las tres siguientes clases: información de que el sujeto es querido, información de que el sujeto es estimado y valorado e información de que el sujeto posee capacidad para establecer redes de comunicación y de relación.²⁹

El concepto de apoyo social, aunque paralelo al de red social no debe considerarse sinónimo de éste.

La estructura de la red social hace referencia al modelo de relaciones que constituyen el entramado social de la persona y los miembros de su red. Se han distinguido varios aspectos de la estructura: tamaño, densidad, proximidad, tipo e intensidad de las relaciones. Estas características estructurales son importantes porque afectan a la cantidad o disponibilidad de apoyo social. En muchos trabajos está implícita la idea de que las personas con muchas o muy estrechas relaciones, reciben más apoyo social que aquéllos que carecen de ellas.³⁰

Apoyo social y psicosis

Que el paciente psicótico tenga apoyo social adecuado es fundamental para la adherencia farmacológica. Sellwood (2003) demostró que los pacientes que abandonaban el tratamiento tienen soporte social inadecuado, iniciando por los familiares quienes inicialmente disuadían al paciente en tomar medicamentos y, posteriormente, no participaban en la supervisión del tratamiento, deslindando su responsabilidad al paciente e institución.³¹

Ajzen y Fishbein en su Teoría de la Acción Razonada (1980), defienden que las actitudes y los apoyos de los allegados son centrales en las conductas de las personas. Esta teoría examina la calidad de las habilidades sociales y la extensión del apoyo social para proporcionar conductas saludables incluyendo la adherencia. Otro componente de esta teoría, también importante para la adherencia, son los llamados factores institucionales. Éstos se refieren a las normas formales e informales de las instituciones sociales que afectan a la conducta de salud y la adherencia.³²

ANTECEDENTES CIENTÍFICOS

La falta de adherencia varía dependiendo del rigor del método de evaluación. Se han realizado múltiples estudios analizando desde prevalencia hasta factores relacionados encontrando altas tasas de incumplimiento en los pacientes con trastornos psicóticos³³

Gaebel y Pietzcker (2003) detectaron en pacientes con primer brote psicótico, que las tasas de incumplimiento son del 75%.³⁴ Corrigan (2010) detectó que el incumplimiento de los pacientes psicóticos crónicos alcanza el 80%.³⁵

Weiden et al. (2004) refieren tasas de incumplimiento farmacológico que llegan al 50% un año después de salir de un ingreso psiquiátrico y al 75% al cabo de dos años.³⁶

Entre los 6 y 24 meses tras abandonar la medicación antipsicótica, 75% de pacientes presentarán una recaída de la enfermedad que requerirá reingreso hospitalario.¹⁸

Hamann (2007) encontró que, en un periodo menor a 5 años, 38% de los pacientes con trastornos psicóticos olvidan tomar su medicamento y 35% deciden abandonarlo.³⁷

El abandono de la medicación multiplica hasta 5 veces el riesgo de recaída. Las recaídas sucesivas suelen ser cada vez más graves y precisan más tiempo para su mejoría, tienen mayor riesgo de suicidio y conductas agresivas. Además empeoran el pronóstico de la enfermedad ya que el individuo pierde su capacidad de adaptación social, familiar, académica o laboral; asimismo implica un sufrimiento personal y familiar muy importante.³⁸

En los pacientes con un primer brote psicótico, la adherencia parcial supone un aumento de las posibilidades de precipitar exacerbaciones sintomáticas, incrementos de ingresos y mayor riesgo de conductas disfuncionales y el empeoramiento global en el pronóstico.³⁹

Hasta 60% de pacientes esquizofrénicos que tiene parcial o mala adherencia farmacológica no tienen *insight*, se sabe que la falta de *insight* es uno de los principales predictores de no adherencia farmacológica y de mala evolución de la enfermedad.^{40, 41}

En diversos estudios se ha encontrado la relación entre la falta de adherencia con el escaso apoyo social o familiar en el 30 a 40 % de pacientes con trastornos psicóticos.^{7, 42}

Donahoe (2002) considera que la mala adherencia farmacológica está relacionada con las actitudes hacia los fármacos, el *insight*, la severidad de los síntomas y los efectos secundarios. Encontrando en su estudio que las principales diferencias entre adherentes totales y parciales estaban en las variables cognitivas (actitudes hacia los fármacos e *insight*) y las principales diferencias entre adherentes parciales y no adherentes estarían en la sintomatología y la memoria. Así, elevados niveles de sintomatología positiva y afectación de memoria, podrían determinar el cumplimiento cuando un paciente tiene un brote psicótico y actitudes e *insight* serían potentes determinantes del cumplimiento cuando un paciente está asintomático.⁸

Flashman (2002) describe falta de *insight* entre el 67 a 89% de pacientes con esquizofrenia. No encontró relación con el género, raza, edad ni inicio de

enfermedad. Además describe existe inconsistencia entre variables epidemiológicas y síntomas psicóticos y su severidad.⁴⁷

White (2000) en su estudio sobre la asociación entre el *insight* y el apoyo social, describe la importancia de un soporte familiar apropiado facilita la aceptación de enfermedad mental.⁴⁸

Vassileva (2014) reporta 60% de falta de adherencia en pacientes con esquizofrenia. Entre los factores que se asocian a la adecuada adherencia farmacológica se encuentra soporte familiar, *insight*, actitud hacia la medicación, ausencia de síntomas positivos.⁴⁹

Buckley (2007) concluye que la falta de *insight* es la mayor causa de no adherencia farmacológica, reporta 50% de pacientes o adherentes. Encontró que durante el primer año de tratamiento tras el primer brote psicótico 39% de los pacientes abandonan el tratamiento farmacológico.⁵⁰

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La falta de adherencia al tratamiento se ha situado como un problema de salud pública y, como subraya la OMS, las intervenciones para eliminar las barreras a la adherencia terapéutica deben convertirse en un componente central de los esfuerzos para mejorar la salud de la población y para lo cual se precisa un enfoque multidisciplinario.

Se conoce la relación de la adherencia farmacológica con múltiples factores que la modifican, entre estos el *insight* y el apoyo social. Sin embargo no existen estudios de estos factores en población mexicana con trastornos psicóticos por lo que conocer el fenómeno en nuestros pacientes podrá aportar información que ayude a intervenir oportunamente y disminuir las consecuencias personales, familiares, laborales y sociales derivados en la falta de adherencia farmacológica.

PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿El *insight* y el apoyo social en pacientes con trastornos psicóticos tienen relación con la falta de adherencia al tratamiento farmacológico?

JUSTIFICACIÓN

Intervenir en factores modificables, como el *insight* y el apoyo social, tiene implicaciones importantes para el curso de la enfermedad, como mejorar la adherencia farmacológica, prevenir recaídas, disminuir costos de tratamientos, y evitar dificultades sociales, laborales, personales y familiares.

Conocer el apoyo social es primordial en el abordaje de las psicosis, su ausencia impide al paciente su recuperación, su permanencia libre de sintomatología, así como su reincorporación al ambiente laboral, social y familiar. Conocer el nivel de *insight* de los pacientes, permitirá reconocer sus fortalezas y debilidades, permitiendo una mejor adaptación, mayor adherencia farmacológica y aminorar la repercusiones económicas derivadas.

Se han realizado escasos estudios al respecto en México, por lo tanto un estudio exploratorio de factores modificables como el *insight* y apoyo social, ayudará a determinar las condiciones actuales de esta población y, posteriormente formular proyectos que disminuyan el impacto de esta enfermedad.

HIPÓTESIS

El apoyo social y el *insight* de los pacientes con trastornos psicóticos se relacionan con la adherencia farmacológica

OBJETIVOS

Objetivo general

- Observar la asociación entre el apoyo social y el *insight* con la adherencia farmacológica en los pacientes con trastornos psicóticos.

Objetivos específicos

- Describir la adherencia farmacológica en un grupo de pacientes con trastornos psicóticos.
- Describir el apoyo social en un grupo de pacientes con trastornos psicóticos.
- Describir el *insight* en un grupo de pacientes con trastornos psicóticos.
- Identificar la relación entre el nivel de *insight* y la adherencia al tratamiento farmacológico
- Evaluar la relación entre el apoyo social y la adherencia al tratamiento farmacológico
- Identificar si existe relación de la variables sociodemográficas con la adherencia farmacológica en los pacientes con trastornos psicóticos
- Identificar si existe relación de la variables sociodemográficas con el *insight* en los pacientes con trastornos psicóticos
- Identificar si existe relación de la variables sociodemográficas con el apoyo social en los pacientes con trastornos psicóticos

METODOLOGÍA

Tipo de diseño

Se realizó un estudio observacional, descriptivo, transversal.

Lugar de estudio

Hospital de Psiquiatría "Morelos", IMSS

Universo de estudio

Se incluyó a pacientes con diagnóstico de cualquier trastorno psicótico en fase de estabilización que hayan acudido a la consulta externa del Hospital de Psiquiatría "Morelos" del IMSS, en el periodo del 1 al 31 de marzo de 2014. Se eligieron a todos los pacientes que acudieron a la Consulta Externa en el periodo señalado y hubieran cumplido con los criterios de selección.

Población y muestreo

La muestra fue no probabilística con selección por conveniencia.

Criterios de selección

Criterios de inclusión

- Tener diagnóstico de cualquier trastorno psicótico en fase de estabilización.
- Tener 18 años o más.

- Aceptar participar en el estudio mediante firma de consentimiento informado. Este deberá ser firmado por el participante y familiar.

Criterios de exclusión

- Pacientes cuyos trastornos psicóticos sean secundarios a consumo de sustancias
- Pacientes que cursen con otro trastorno en el eje I del diagnóstico multiaxial predominante al trastorno psicótico
- Pacientes que cursen con algún trastorno del eje II del diagnóstico multiaxial
- Pacientes con deterioro cognoscitivo que les impida resolver los instrumentos de evaluación.

Criterios de eliminación

- Escalas con 20% de reactivos no contestados

DEFINICIÓN CONCEPTUAL Y OPERATIVA DE LAS VARIABLES

Variable Dependiente

Adherencia farmacológica

Definición conceptual: Se define la adherencia a un tratamiento como el cumplimiento del mismo; es decir, tomar la medicación de acuerdo con la dosificación y el programa prescrito.¹

Definición operacional: De acuerdo a los resultados de la concordancia entre el reporte de adherencia del expediente clínico de cada paciente y el resultado del test de Morisky-Green.

Variables independientes

Insight

Definición conceptual Amador y colaboradores (1993) definen al *insight* como la conciencia que tiene el paciente de 1) sufrir un trastorno mental, 2) aceptar las consecuencias sociales de dicho trastorno, 3) atribuir correctamente sus síntomas a la enfermedad, y 4) aceptar la necesidad de tratamiento.¹⁴

Definición operacional: Fue definida de acuerdo a los resultados de la escala SUMD, esta proporciona tres puntuaciones: global de conciencia de enfermedad, conciencia de síntomas y atribución de síntomas.

Se reportó como presente o ausente de acuerdo al resultado de la subescala global de conciencia de enfermedad. Siendo presente cuando puntuó entre 3 y 9; y ausente con puntuación igual o mayor a 10.

Apoyo social

Definición conceptual: Se define como el grado en que las necesidades sociales básicas de la persona son satisfechas a través de la interacción con otros, entendiendo por necesidades básicas la afiliación, el afecto, la pertenencia, la identidad, la seguridad y la aprobación.²³

Definición operacional: Fue dada por el cuestionario de apoyo social funcional Duke-UNC. Cada aspecto se evaluó mediante una escala tipo Likert de cinco

opciones. Se reportó como ausente con puntuación igual o menor a 32 puntos, y como presente cuando se obtuvo una puntuación igual o mayor a 33 puntos.

PROCEDIMIENTO (RECOLECCION DE DATOS)

Posterior a la autorización del protocolo por parte de autoridades del Hospital de Psiquiatría “Morelos” y del Comité de Investigación en Salud del Hospital de Especialidades “Antonio Fraga Mouret” del Centro Médico Nacional “La Raza” se eligieron los pacientes que cumplieron con los criterios de selección

La investigación se realizó dentro de las instalaciones del Hospital de Psiquiatría “Morelos” los días lunes a viernes en turno matutino (08:00-14:00h)

Inicialmente el médico residente de cuarto año revisó expedientes clínicos de pacientes con trastornos psicóticos que acudían a la consulta externa del Hospital de Psiquiatría “Morelos”, se seleccionaron aquellos que cumplieron con los criterios de selección.

Una vez identificados los sujetos que cumplieron con los criterios de inclusión, se les convocó, telefónicamente a una reunión con los familiares para informar sobre las características de la investigación. En esta reunión, un médico residente informó, grupalmente, a los familiares de los pacientes seleccionados sobre los objetivos, beneficios y modo de participación en la investigación de manera verbal y se aclararon dudas que surgieron al respecto. Quienes aceptaron la participación de su paciente firmaron el consentimiento informado para el familiar (Anexo I).

Posteriormente se invitó a los pacientes a participar en la investigación. Quienes aceptaron firmaron el consentimiento informado para pacientes (Anexo II) se entrevistaron individualmente, dentro de un consultorio cerrado y sin acompañantes para evitar coaccionar sus respuestas.

A los pacientes, en quienes hubo la doble aceptación, se procedió a aplicar los instrumentos de evaluación. Primero se investigaron, a través de un cuestionario breve, las características socio-demográficas (Anexo III). Se utilizaron además formatos impresos en papel de los siguientes instrumentos: Escala de evaluación del *insight* (SUMD) y el Cuestionario de apoyo social y funcional de Duke-Unc (Anexo IV). El primer instrumento fue aplicado por el médico residente y el segundo fue autoaplicable, bajo supervisión.

La aplicación de instrumentos se realizó en un tiempo menor a 10 minutos por paciente.

Análisis estadístico

Se utilizó el paquete estadístico para las ciencias sociales SPSS versión 22.0 para Windows. Se utilizó estadística descriptiva para los datos sociodemográficos y variables clínicas: paramétrica para datos cuantitativos y no-paramétrica para datos cualitativos. Se realizó un modelo de regresión logística para medir la asociación ente variables clínicas.

INSTRUMENTOS DE MEDICIÓN

Escala de evaluación del *insight* (SUMD)

LA SUMD fue diseñada para evaluar multidimensionalmente la conciencia de enfermedad en los pacientes con psicosis.

La versión reducida es la más utilizada actualmente, consta de 15 ítems que se agrupan en dos partes:

a) Evaluación global de la conciencia de enfermedad. Centrada en la conciencia de padecer un trastorno mental, la necesidad de tratamiento y las consecuencias sociales del trastorno mental.

b) Conciencia sobre los síntomas psiquiátricos presentes y atribución que se hace de dichos síntomas.

Esta escala fue adaptada y validada al español por Ruiz en 2008, Se calculó la fiabilidad a través del coeficiente de correlación intraclase (CCI) y la validez externa mediante el coeficiente de correlación de Spearman. El CCI siempre fue superior a 0.70. Los resultados del coeficiente de correlación de Spearman fueron los siguientes. El ítem 1 arrojó 0.427; el ítem 2, 0.374; el ítem 3 0.288; el 4 0.505 y el 5 0.239.⁴⁵

Cuestionario de apoyo social y funcional de Duke-Unc

Es una evaluación cuantitativa del apoyo social percibido en dos aspectos: personas a las que se les pueden comunicar sentimientos íntimos y personas que expresan sentimientos positivos de empatía. Recoge valores referidos al apoyo confidencial y referido al apoyo afectivo.

Validada al español en 1996 por Bellon. Sus resultados principales fueron los siguientes: coeficientes de correlación intraclase de los 11 ítems del Duke-UNC-11 fueron superiores a 0.50, tanto si eran autocompletados como con entrevistador; los de la escala fueron 0.92 y 0.80, respectivamente.²³

En México, se validó en 2007 por Piña y Rivera. Los autores realizaron un análisis factorial exploratorio con rotación varimax para la validez conceptual y el coeficiente alfa de Cronbach para estimar la confiabilidad de la medida. El alfa de Cronbach alcanzó un valor de 0.92 por lo que el instrumento es confiable.⁴⁶

Consideraciones Éticas

Debido a que se trata de un estudio únicamente observacional, sin involucrar cualquier tipo de tratamiento, puede considerarse una investigación con *riesgo mínimo*, la cual consiste en la posible presencia de síntomas ansiosos, que pudieran presentarse durante la aplicación de las escalas.

El estudio se apegó en todo momento a la *Declaración de Helsinki* de la 59^a asamblea general de Seúl, Corea (octubre de 2008), toma en consideración la autonomía de las participantes, así como los principios de justicia, respeto y confidencialidad. Para la realización de este estudio, primero deberá ser aprobado por el Comité de Ética del IMSS.

A todos los participantes se les invitó a participar voluntariamente en el estudio y se les entregó una carta de consentimiento y de revocación de participación por escrito (ver Anexo). Se les aseguró la completa confidencialidad de la información obtenida.

No se declaran conflictos de intereses que alteren el juicio del investigador principal o de los participantes, mismos que, pudieran modificar la integridad de la investigación, es decir, no existen intereses económicos o personales secundarios.

RESULTADOS

La muestra total incluyó a 60 pacientes, 36 clasificados como adherentes y 24 como no adherentes, de acuerdo al Test de Morisky-Green y la observación clínica. Todos los participantes completaron el 100% de las encuestas. Al comparar las variables sociodemográficas entre estos grupos, se encontró diferencia estadísticamente significativa en el estado civil. La comparación de las variables clínicas, también mostró diferencias estadísticamente significativas (tabla 1).

Tabla 1. Datos sociodemográficos y clínicos

	Adherencia		X ²	p	Total n (%)
	Presente	Ausente			
Grupo etario			3.14	0.534	
18-20	4 (11)	1 (4)			5 (8)
21-30	10 (28)	7 (29)			17 (28)
31-40	11 (31)	9 (38)			20 (34)
41-50	7 (19)	2 (8)			9 (15)
51 y mas	4 (11)	5 (21)			9 (15)
Sexo			2.57	0.109	
Mujer	12 (33)	13 (54)			25 (42)
Hombre	24 (67)	11 (46)			35 (58)
Estado civil			6.46	0.011	
Soltero	28 (78)	11 (46)			39 (65)
Casado	8 (22)	13 (54)			21 (35)
Ocupación			8.76	0.119	
Empleado	2 (5)	6 (25)			8 (13)
Desempleado	9 (25)	5 (21)			14 (23)
Pensionado	5 (14)	5 (21)			10 (17)
Autónomo	6 (17)	0 (0)			6 (10)
Estudiante	10 (28)	6 (25)			16 (27)
Hogar	4 (11)	2 (8)			6 (10)
Escolaridad			8.47	0.076	
Primaria	5 (14)	2 (8)			7 (12)
Secundaria	10 (28)	6 (25)			16 (26)
Bachillerato	16 (44)	9 (38)			25 (42)

Profesional	5 (14)	2 (8)	7 (12)
Otra	0 (0)	5 (21)	5 (8)
Religión			6.17 0.187
Católica	27 (75)	23 (96)	50 (83)
Otra	3 (8)	1 (4)	4 (7)
Ninguna	6 (17)	0 (0)	6 (10)
Diagnóstico			6.00 0.050
Trastorno psicótico agudo polimorfo	11 (31)	15 (63)	26 (43)
Esquizofrenia paranoide	20 (56)	7 (29)	27 (45)
Trastorno de ideas delirantes	5 (14)	2 (8)	7 (12)
Evolución			5.98 0.014
Agudo	11 (31)	15 (62)	26 (43)
Crónico	25 (69)	9 (38)	34 (57)
Tipo de consulta			5.00 0.025
Consulta externa	20 (56)	20 (83)	40 (67)
Grupo	16 (44)	4 (17)	20 (33)
Insight			25.57 0.000
Presente	31 (86)	5 (21)	36 (60)
Ausente	5 (14)	19 (79)	24 (40)
Apoyo social			28.57 0.000
Presente	31 (86)	4 (17)	35 (58)
Ausente	5 (14)	20 (83)	25 (42)

Descripción de variables clínicas

Del total de la muestra analizada, solo 30 (50%) pacientes presentan *insight* y apoyo social simultáneamente y de ellos 27 (90%) presentan adherencia farmacológica

Asociación entre variables

Se realizó un modelo de regresión logística múltiple para analizar la relación entre las variables sociodemográficas y clínicas con la adherencia farmacológica. Se encontró asociación entre la adherencia farmacológica, el *insight* y el apoyo social. (Tabla 2).

Tabla 2. Regresión logística

	Odds Ratio	Error estándar	z	P>z	Intervalo de confianza 95%	
					Inferior	Superior
<i>Insight</i>	9.18	7.78	2.62	0.009	1.74	48.35
Apoyo social	13.24	11.79	2.9	0.004	2.31	75.80
Tipo de consulta	0.59	0.67	-0.46	0.642	0.07	5.33
Cronicidad	1.02	0.89	0.03	0.980	0.19	5.63
Diagnóstico	2.07	3.23	0.47	0.642	0.10	44.13
Constante	0.07	0.07	-2.73	0.006	0.01	0.48

DISCUSIÓN

El objetivo de este estudio fue identificar la asociación entre el *insight* y el apoyo social con la adherencia farmacológica en los pacientes psicóticos.

Mediante un modelo de regresión logística se analizaron las variables tanto clínicas como sociodemográficas, se encontró asociación significativa entre la adherencia farmacológica tanto con el *insight* como con el apoyo social.

Por lo tanto, se puede afirmar que la presencia de *insight* y apoyo social aumenta la adherencia farmacológica. Resultados compatibles con lo reportado en otros estudios.²⁰

Si bien existen estudios que muestran la influencia de las variables sociodemográficas sobre la adherencia farmacológica en este estudio no podemos relacionar la presencia de adherencia farmacológica, con el género, estado civil, escolaridad ni la ocupación, que han sido los mayormente asociados al pronóstico en otros estudios.³⁰

Inicialmente, mediante pruebas de Chi cuadrado, se encontró asociación estadísticamente significativa de la adherencia con el diagnóstico, tiempo de evolución, y tipo de consulta que el participante recibía. Sin embargo en el modelo de regresión logística estas variables perdieron su asociación al introducir las variables asociadas con el *insight* y el apoyo social.

Mediante este modelo se calculó la Razón de Momios (OR) entre las variables. Por lo que se puede afirmar que aquellos pacientes que tienen *insight* presentan 9 veces más probabilidad de tener adherencia farmacológica; aquellos pacientes que tienen apoyo social tienen 13 veces más probabilidad de tener adherencia farmacológica.

Las relaciones encontradas podrían ser explicadas desde la perspectiva teórica como lo observado en la práctica clínica.

Diversos autores defienden que los pacientes que presentan por primera vez un brote psicótico tienen bajo *insight* e incluso se encuentra ausente como un mecanismo de defensa ante la enfermedad mental. También hay evidencia que ha encontrado relación entre el bajo *insight* con alteraciones en el lóbulo frontal, principalmente en pacientes con presencia de síntomas negativos, agudizaciones recurrentes, múltiples recaídas y resistencia a medicamentos.¹⁹ Se sabe que con acciones específicas como psicoeducación y la atención constante de pacientes, puede cambiar el nivel de *insight*, mejorando la conciencia general de la enfermedad mental, así como síntomas específicos.

El apoyo social, es un fenómeno aún más complejo. Hay evidencia sobre la importancia de una buena red de apoyo para la adherencia farmacológica y el cumplimiento de tratamiento integral. La falta de apoyo social, puede ser debido a

la falta de información de los familiares, la emoción expresada ante un trastorno mental grave, los roles de los integrantes de la familia, cansancio de cuidador entre otros.^{24,48}

Limitaciones

Al ser un diseño transversal no podemos conocer el fenómeno a lo largo del tiempo y la adherencia farmacológica puede cambiar con el paso del tiempo, por lo que diseños longitudinales podrían brindar información más precisa.

Otra limitación se encuentra en la existencia de múltiples factores que pueden modificar la adherencia y no se midieron en el estudio, como el tipo de medicamentos y efectos secundarios, la severidad inicial de los síntomas, la relación médico paciente, curso de la enfermedad a lo largo del tiempo

CONCLUSION

Se puede concluir que la presencia de *insight* y apoyo social, favorece la adherencia farmacológica en pacientes con trastornos psicóticos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Sabate E. Adherence Meeting Report Genove. World Health Organization. 2001.
2. Haynes R, Sackett L, Taylor D. Compliance in Health Care. Baltimore: Johns Hopkins University Press, 1980.
3. Ferrer, V. Adherencia o cumplimiento de prescripciones terapéuticas y de salud: Conceptos y factores psicosociales implicados. Revista De Psicología y Salud 2001; 1: 35-61.
4. Kane J, Leucht S, Carpenter D. Normas de Consenso de expertos para la optimización del tratamiento farmacológico de los trastornos psiquiátricos. J. Clin Psychiatry 2003; 64(12): 1025-38.
5. Griffith S. A review of the factors associated with patient compliance and the taking of prescribed medicines. B J Gen Pract 2000; 40: 114-16.
6. Fenton W, Blyler C, Heinssen R. Determinants of medication compliance in schizophrenia: Empirical and clinical findings. Schizophrenia Bulletin 1997; 23(4): 637-51.
7. Rabinovitch M, Bécharde-Evans L, Schmitz N, Joober R, Malla A. Early predictors of nonadherence to antipsychotic therapy in first-episode psychosis. Can J Psychiatry 2009; 54(1): 28-35.
8. Donahoe G. Predictors of compliance with neuroleptic medication among inpatients with schizophrenia: a discriminant function analysis. Eur Psychiatry 2002; 16: 293-8.

9. Cirici R, Obiols J. La terapia cognitivo-constructivista en el proceso de rehabilitación de la esquizofrenia. Rev Psiquiatría Fac Med Barna 2008; 25(6): 166-71.
10. Sadock B, Sadock V. Kaplan & Sadock Sinopsis de psiquiatria. Lippincott Williams & Wilkins. 10a ed. 2009
11. Markova I, Berrios G. The assessment of *insight* in clinical psychiatry: a new scale. Acta Psychiatry 1992; 2: 159-64.
12. Orfei M, Robinson R, Bria P, Caltagirone C, Orfei G. Unawareness of illness in neuropsychiatric disorders: Phenomenological certainty versus etiopathogenic vagueness. The Neuroscientist 2008; 14:203-22.
13. David A. *Insight* and psychosis. B J Psychiatry 1990; 156:798-808.
14. Amador X, Strauss D, Yale S. Assessment of *insight* in psychosis. Am J Psychiatry 1993; 150: 873-79.
15. Amador X, Gorman J. Psychopathological domains and *insight* in schizophrenia. Psychiatr Clin North Am 2008; 21:27-42
16. Laroí F, Fannemel M, Ronneberg U, Flekkoy K, Opjordsmoen S, et al. Unawareness of illness in chronic schizophrenia and its relationship to structural brain measures and neuropsychological tests. Psychiatry Res. Neuroimaging Section 2010; 100; 49-58.
17. Rossi A, Arduini L, Prosperini P, Kalyvoka A, Stratta P. Awareness of illness and outcome in schizophrenia. Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci 2000; 250:73-75.
18. Ayuso-Gutiérrez J, Del Río-Vega J. Factors influencing relapse in the long-term course of schizophrenia. Schizophrenia Res 2007; 28: 199-206.

19. Kim C, Jayathilake K, Meltzer H. Hopelessness, neurocognitive function, and *insight* in schizophrenia: relationship to suicidal behavior. *Schizophr Res* 2003; 60:71-80
20. Saeedi H, Addington J, Addington D. The association of *insight* with psychotic symptoms, depression and cognition in early psychosis: A 3-year follow-up. *Schizophr Res* 2007; 89:123-128.
21. Pini S, Cassano GB, Dell'Osso L, Amador XF. *Insight* into illness in schizophrenia, schizoaffective disorder, and mood disorders with psychotic features. *Am J Psychiatry* 2001;158:122-5.
22. Buckley P, Hrouda D, Friedman L, Noffsinger S, Resnick P, et al. *Insight* and its relationship to violent behavior in patients with schizophrenia. *Am J Psychiatry* 2004; 161:1712-1714
23. Bellón J, Delgado A, Luna del Castillo J, Lardelli C. Validez y fiabilidad del cuestionario de apoyo social funcional Duke-UNC-11. *Atención Primaria*. 1996; 18: 153-63.
24. Barton, R. Psychosocial rehabilitation services in the community support systems: a review of outcomes and policy recommendations. *Psychiatric Services* 2011; 50: 525-34.
25. Grandón P, Jenaro C, Lemos S. Primary caregivers of schizophrenia outpatients: Burden and predictor variables. *Psychiatry Research* 2008; 158: 335-43.
26. Caqueo-Úrizar A, y Gutiérrez-Maldonado J. Burden of care in families of patients with schizophrenia. *Quality of Life Research* 2006; 15: 719-24.

27. De Toledo E, Blay L. Community perception of mental disorders. A systematic review of Latin American and Caribbean studies. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 2004; 39: 955-61.
28. Gutiérrez-Maldonado J, Caqueo-Urizar A. Effectiveness of a psychoeducational intervention for reducing burden in latin american families of patients with schizophrenia. *Quality life Research* 2007; 16(5): 739-747.
29. Mojalefa, S. The impact of schizophrenia on family functioning: A social work perspective. *Dissertation Abstracts International Section A: Humanities and Social Sciences*, 2003; 63: 30-5.
30. Rudnick, A. The impact of coping on the relation between symptoms and quality of life in schizophrenia. *Psychiatry* 2001; 64(4): 304-308.
31. Sellwood W, TARRIER N, QUINN J, BARROWCLOUGH C. The family and compliance in schizophrenia: the influence of clinical variables, relative's knowledge and expressed emotion. *Psychological medicine* 2003; 33: 91-96.
32. Cabrera, G. Teorías y modelos en la salud pública del siglo XX. *Medellín: Colombia Médica*; 2004. p. 164-68.
33. Velligan D, Lam Y, Glahn D. Defining and assessing adherence to oral antipsychotics: a review of the literature. *Schizophr Bull.* 2006; 32: 724-42.
34. Gaebel W, Pietzcker A. Indication for long-term neuroleptic medication standard method or individual prognostic led intervention. *J Clin Psychopharmacology* 2003; 54: 467-76.
35. Corrigan L, Liberman R, Engle J. From non-compliance to collaboration in the treatment of schizophrenia. *Hosp and com psychiatry* 2010; 41: 1203-11

36. Weiden P, Kozma C, Grogg A, Locklear J. Partial compliance and risk of rehospitalization among California Medicaid patients with schizophrenia. *Psychiatric Services* 2004; 1: 55-8.
37. Hamann J, Cohen R, Leucht S, Busch R, Kissling W. Shared decision making and long-term outcome in schizophrenia treatment. *J Clin Psychiatry*. 2007; 68: 992-97.
38. Samuel K, Kane J. Partial Compliance and patient consequences in schizophrenia: our patients can do better. *J Clin Psychiatry* 2003; 64 (16): 1308-15.
39. Coldham E, Addington J, Addington D. Medication adherence of individuals with a first episode of psychosis. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 2010; 106: 286-90.
40. Quee P, Van der Meer L, Bruggeman R, Haan L, Krabbendam L, et al. *Insight* in psychosis: relationship with neurocognition, social cognition and clinical symptoms depends on phase of illness. *Schizophrenia Bulletin* 2011; 37: 29-37.
41. Chan K, Hui L, Wong H, Lee M, Chang W, et al. Medication adherence, knowledge about psychosis and *insight* among patients with schizophrenia-spectrum disorder. *J Nerv Ment Dis* 2014; 202: 25-9.
42. Norman R, Malla A, Machanda R, Harricharan R, Takhar J, et al. Social support and three year symptom and admission outcomes for first episode psychosis. *Schizophrenia Res* 2005; 80: 227-34.

43. Asociación Americana de Psiquiatría. Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos. En: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. 4ª ed. Washington: Elsevier Masson; 2000: 277-322.
44. Guías de Práctica Clínica en el SNS. Guía de práctica clínica sobre la esquizofrenia y el trastorno psicótico incipiente. España; 2009. p 35-40.
45. Ruiz A, Pousa E, Duño R, Crosas J, Cuppa S, García-Ribera C. Adaptación al español de la escala de valoración de la no conciencia de trastorno mental (SUMD). Actas Esp Psiquiatr 2008; 36(2): 111-19.
46. Piña J, Rivera B. Validación del cuestionario de apoyo social funcional en personas seropositivas al VIH del noroeste de México. Ciencia y enfermería XIII. 2007; 53-56
47. Flashman L. Disorders of awareness in neuropsychiatric syndromes: An update. Neuropsychiatric disorders 2002; 1: 346-52.
48. White R, Bebbington P, Pearson J, Johnson S, Ellis D. The social context in schizophrenia. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 2000; 35: 500-7.
49. Vassileva I, Milanova V, Asan T. Predictors of medication non-adherence in Bulgarian outpatients with schizophrenia. Community Ment Health J 2014; 50: 854-61.
50. Buckley P, Wirshing D, Bhushan P, Pierre J, Resnick S, et al. Lack of insight in schizophrenia. Impact on treatment adherence. CNS Drugs 2007; 2: 129-41.

ANEXOS

Anexo I

Carta de consentimiento informado. (Familiar responsable)

México D. F. a ____/____/____

Nombre completo:

Nombre de paciente:

Se me ha informado acerca de la naturaleza del Protocolo de Investigación titulado, *INSIGHT Y APOYO SOCIAL EN PACIENTES CON TRASTORNOS PSICÓTICOS DEL HOSPITAL DE PSIQUIATRÍA MORELOS* y acepto mi participación en él. El *objetivo* del estudio es conocer el apoyo social y el *insight* relacionados con la adherencia terapéutica en pacientes con trastornos psicóticos, que acuden al Hospital de Psiquiatría Morelos. *Mi participación consistirá* en aprobar la participación de mi familiar en mencionado estudio, la cual consiste en aplicarle a mi familiar la escala de evaluación del *insight* (SUMD) y el cuestionario de apoyo social y familiar Duke-Unc, que miden el nivel de *insight* y apoyo familiar y social respectivamente. Declaro que se me ha informado ampliamente que *no existen riesgos mentales ni físicos por su participación*. Se me ha explicado que *obtendré* los resultados de las escalas aplicadas, que de ser adversos se me informará, *para beneficiar a mi familiar* mediante cualquier procedimiento alternativo adecuado que pueda ser ventajoso para su tratamiento y ayude a prevenir recaídas. Entiendo que mi *participación es voluntaria y que conservo el derecho de retirarme del estudio en cualquier momento que considere conveniente y, por ende, de mi familiar* sin que ello afecte la atención médica que recibe de la institución. El investigador responsable se ha comprometido a *dar respuesta a cualquier pregunta, duda o aclaración que surja durante el estudio*. También me ha dado seguridad de que no se identificará a mi familiar ni a mí, en las presentaciones o publicaciones que deriven del estudio y que los datos personales, relacionados con mi privacidad serán manejados en forma confidencial. Afirmo mi *libre conformidad* y disposición con lo aquí descrito.

Nombre y firma

Dr. Miguel Palomar Baena
Investigador principal

Primer Testigo

Segundo Testigo

Anexo II

Carta de consentimiento informado. (Participante)

México D. F. a ____/____/____

Por medio de la presente yo _____ acepto participar en el Protocolo de Investigación titulado *INSIGHT Y APOYO SOCIAL EN PACIENTES CON TRASTORNOS PSICÓTICOS DEL HOSPITAL DE PSIQUIATRÍA MORELOS*, al cual se me ha invitado a participar. El *objetivo* del estudio es conocer el apoyo social y el *insight* relacionados con la adherencia terapéutica en personas con trastornos psicóticos, que acuden al Hospital de Psiquiatría Morelos. *Mi participación consistirá* en responder las escalas que se me apliquen en un periodo máximo de media hora, tales escalas son: la escala de evaluación del *insight* (SUMD) y el cuestionario de apoyo social y familiar Duke-Unc, que miden el nivel de *insight* y apoyo familiar y social respectivamente. Declaro que se me ha informado ampliamente que *no existen riesgos mentales ni físicos por mi participación*. Se me ha explicado que *obtendré* los resultados de las escalas aplicadas, que de ser adversos se me informará, *para beneficiarme* mediante cualquier procedimiento alternativo adecuado que pueda ser ventajoso para mi tratamiento y ayude a prevenir recaídas. Entiendo que mi *participación es voluntaria y que conservo el derecho de retirarme del estudio en cualquier momento que considere conveniente*, sin que ello afecte la atención médica que recibo de la institución. El investigador responsable se ha comprometido a *dar respuesta a cualquier pregunta, duda o aclaración que surja durante el estudio así como a proporcionarme la información actualizada que se obtenga del mismo*. También me ha dado seguridad de que no se me identificará en las presentaciones o publicaciones que deriven del estudio y de que los datos personales, relacionados con mi privacidad serán manejados en forma confidencial. Afirmo mi *libre conformidad* y disposición con lo aquí descrito.

Nombre y firma del paciente

Dr. Miguel Palomar Baena
Investigador principal

Primer Testigo

Segundo Testigo

Anexo III

Hoja de Datos sociodemográficos

Nombre: _____
 (Si lo deseas puedes poner solo las iniciales de nombre y apellidos).

Pregunta	Rangos de respuesta				
Edad					
Sexo	Femenino ()			Masculino ()	
Estado Civil	Soltero(a)			Casado (a)	
Ocupación	Empleado	Desempleado	Jubilado / Pensionado	Autónomo	Otro
¿Cuántas personas viven en su hogar sin incluirle?	1 ()	2 ()	3 ()	4 ()	5 y más()
Escolaridad	Primaria Completa Incompleta	Secundaria Completa Incompleta	Bachillerato Completo Incompleto	Profesional Completa Incompleta	Ninguna / Otra Especifique
Religión	Católica ()	Testigo de Jehová ()	Cristiana ()	Otra ()	Ninguna ()
Lugar de residencia	Distrito Federal	Estado de México	Otro Estado de la República () ¿Cuál? _____		
Lugar de nacimiento	Distrito Federal	Estado de México	Otro Estado de la República () ¿Cuál? _____		

Agradecemos los datos proporcionados. Por favor pasa a la siguiente hoja para continuar con la evaluación.

Anexo IV

Escalas e instrumentos

Escala de evaluación del *insight* (SUMD)

1. Conciencia de poseer un trastorno	0. Ítem no relevante 1. Conciencia 2. 3. Conciencia intermedia 4. 5. No hay conciencia
2. Conciencia sobre los efectos de la medicación	0. Ítem no relevante 1. Conciencia 2. 3. Conciencia intermedia 4. 5. No hay conciencia
3. Conciencia de las consecuencias sociales del trastorno mental	0. Ítem no relevante 1. Conciencia 2. 3. Conciencia intermedia 4. 5. No hay conciencia
Puntuación total de los 3 ítems:	

Escala de evaluación del *insight* (SUMD) continuación

<p>4a. Conciencia de poseer alucinaciones</p> <ol style="list-style-type: none"> 0. Ítem no relevante te 1. Conciencia 2. 3. Conciencia intermedia 4. 5. No hay conciencia 	<p>4b. Atribución de las alucinaciones a la enfermedad</p> <ol style="list-style-type: none"> 0. Ítem no relevan 1. Atribución 2. 3. Atribución intermedia 4. 5. No hay atribución
<p>5a. Conciencia de poseer delirios</p> <ol style="list-style-type: none"> 0. Ítem no relevante te 1. Conciencia 2. 3. Conciencia intermedia 4. 5. No hay conciencia 	<p>5b. Atribución de los delirios a la enfermedad</p> <ol style="list-style-type: none"> 0. Ítem no relevan 1. Atribución 2. 3. Atribución intermedia 4. 5. No hay atribución
<p>6a. Conciencia de poseer trastornos del pensamiento</p> <ol style="list-style-type: none"> 0. Ítem no relevante te 1. Conciencia 2. 3. Conciencia intermedia 4. 5. No hay conciencia 	<p>6b. Atribución de los trastornos del pensamiento a la enfermedad</p> <ol style="list-style-type: none"> 0. Ítem no relevan 1. Atribución 2. 3. Atribución intermedia 4. 5. No hay atribución
<p>7a. Conciencia de poseer embotamiento afectivo</p> <ol style="list-style-type: none"> 0. Ítem no relevante te 1. Conciencia 2. 3. Conciencia intermedia 4. 5. No hay conciencia 	<p>7b. Atribución del embotamiento afectivo a la enfermedad</p> <ol style="list-style-type: none"> 0. Ítem no relevan 1. Atribución 2. 3. Atribución intermedia 4. 5. No hay atribución
<p>8a. Conciencia de poseer anhedonía</p> <ol style="list-style-type: none"> 0. Ítem no relevante te 1. Conciencia 2. 3. Conciencia intermedia 4. 5. No hay conciencia 	<p>8b. Atribución de la anhedonía a la enfermedad</p> <ol style="list-style-type: none"> 0. Ítem no relevan 1. Atribución 2. 3. Atribución intermedia 4. 5. No hay atribución
<p>9a. Conciencia de poseer asociabilidad</p> <ol style="list-style-type: none"> 0. Ítem no relevante te 1. Conciencia 2. 3. Conciencia intermedia 4. 5. No hay conciencia 	<p>9b. Atribución de la asociabilidad a la enfermedad</p> <ol style="list-style-type: none"> 0. Ítem no relevan 1. Atribución 2. 3. Atribución intermedia 4. 5. No hay atribución

Cuestionario Duke-Unc

INSTRUCCIONES:

En la siguiente lista se muestran algunas cosas que otras personas hacen por nosotros o nos proporcionan. Elija cada una de la respuesta que mejor refleje su situación, según los siguientes criterios:

1. Mucho menos de lo que deseo
2. Menos de lo que deseo
3. Ni mucho ni poco
4. Casi como deseo
5. Tanto como deseo

	1	2	3	4	5
Recibo visitas de mis amigos y familiares					
Recibo ayuda en asuntos relacionados con mi casa					
Recibo elogios y reconocimiento cuando hago bien mi trabajo					
Cuento con personas que se preocupan de lo que me sucede					
Recibo amor y afecto					
Tengo la posibilidad de hablar con alguien de mis problemas en el trabajo o en la casa					
Tengo la posibilidad de hablar con alguien de mis problemas personales y familiares					
Tengo la posibilidad de hablar con alguien de mis problemas económicos					
Recibo invitaciones para distraerme y salir con otras personas					
Recibo consejos útiles cuando me ocurre algún acontecimiento importante en mi vida					
Recibo ayuda cuando estoy enfermo en cama					
PUNTUACION TOTAL					