



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO



FACULTAD DE MEDICINA

Hospital Psiquiátrico “Fray Bernardino Álvarez”

**NIVEL DE CONCIENCIA DE ENFERMEDAD MENTAL EN
PACIENTES CON ESQUIZOFRENIA BAJO TRATAMIENTO CON
ANTIPSICOTICOS DE ACCION PROLONGADA Y
PSICOEDUCACION EN EL HOSPITAL PSIQUIATRICO FRAY
BERNARDINO ALVAREZ: ESTUDIO COMPARATIVO**

TESIS PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN PSIQUIATRIA

PRESENTA:

ADRIAN IVAN NOVELO DEL VALLE

ASESOR TEORICO

DR. J. HORACIO REZA GARDUÑO

ASESOR METODOLOGICO

DR. FELIX A. AMBROSIO GALLARDO

JULIO 2011



Universidad Nacional
Autónoma de México



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 pareja, familia y amigos, por el apoyo incondicional.

A mis asesores, profesores, compañeros y pacientes, por la enseñanza tan valiosa.

INDICE

RESUMEN	iv
INTRODUCCION	1
MARCO TEORICO	2
ANTECEDENTES	9
METODO	17
JUSTIFICACION	17
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	19
OBJETIVOS	19
HIPOTESIS	20
VARIABLES	20
MUESTRA	20
SUJETOS	20
CRITERIOS DE SELECCIÓN	21
TIPO DE ESTUDIO	21
INSTRUMENTOS DE EVALUACION	22
PROCEDIMIENTO	24
ANALISIS DE RESULTADOS	25
DISCUSION	35
CONCLUSIONES	37
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	39
ANEXOS	48
I CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO	48
II ENCUESTA SOCIODEMOGRAFICA	50
III ESCALA DE NO CONCIENCIA DE TRASTORNO MENTAL	51

LISTA DE TABLAS

TABLA 1. CONSECUENCIA DE RECAIDAS	4
TABLA 2. RAZONES PARA NO ADHERENCIA	6
TABLA 3. FRECUENCIA Y PORCENTAJES DE ESTADO CIVIL Y DIAGNOSTICOS DE LA MUESTRA	26
TABLA 4. PROMEDIO DE EDAD Y HOSPITALIZACIONES PSIQUIATRICAS	26
TABLA 5. CARACTERISTICAS SOCIODEMOGRAFICAS DE LOS GRUPOS DE ESTUDIO	29
TABLA 6. PROMEDIO DE NUMERO DE SESIONES DE PSICOEDUCACION POR GRUPOS	30

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1. FRECUENCIA POR GENERO	25
FIGURA 2. TRATAMIENTO FARMACOLOGICO ANTIPSICOTICO	27
FIGURA 3. FRECUENCIA DE PACIENTES EN CADA GRUPO	28
FIGURA 4. DIFERENCIAS ENTRE GRUPOS DE PUNTUACIONES EN CONCIENCIA DE TRASTORNO MENTAL	29
FIGURA 5. DIFERENCIAS ENTRE GRUPOS DE PUNTUACIONES EN CONCIENCIA SOBRE EFECTOS DE LA MEDICACION	32
FIGURA 6. DIFERENCIAS ENTRE GRUPOS DE PUNTUACIONES EN CONCIENCIA DE CONSECUENCIAS SOCIALES	32
FIGURA 7. DIFERENCIAS ENTRE GRUPOS DE PUNTUACIONES EN CONCIENCIA DE SINTOMAS	33
FIGURA 8. DIFERENCIAS ENTRE GRUPOS DE PUNTUACIONES ATRIBUCION DE LOS SINTOMAS	33
FIGURA 9. DIFERENCIAS ENTRE GRUPOS EN PUNTUACION GLOBAL DE CONCIENCIA DE TRASTORNO MENTAL	34

ABREVIATURAS

ANCOVA	Análisis de Covarianza
DE	Desviación Estándar
DSM – IV TR	Manual Diagnostico y Estadístico de Trastornos Mentales Texto Revisado
EUA	Estados Unidos de Norteamérica
PANSS	Escala para el síndrome Positivo y Negativo de la Esquizofrenia
SUMD	Escala de Evaluación de la No Conciencia de Trastorno Mental

RESUMEN

En la actualidad son muy variables las tasas de adherencia al tratamiento en padecimientos como la Esquizofrenia, según los estudios realizados en otros países se han encontrado una serie de factores relacionados, entre los que resalta principalmente el déficit de conciencia de enfermedad. Siendo numerosas las estrategias propuestas, desde las modalidades farmacológicas y psicoterapéuticas, siempre enfatizándose en la sinergia obtenida al combinar el tratamiento farmacológico y las intervenciones no farmacológicas como la Psicoeducación. En este estudio se comparó el nivel de conciencia de enfermedad mental, conciencia de las repercusiones sociales del trastorno mental, la conciencia de los efectos obtenidos por la medicación, el nivel de conciencia de los síntomas psicóticos y la correcta atribución de los síntomas a la enfermedad; entre el grupo de estudio (conformado por pacientes con Antipsicótico de Acción prolongada y Psicoeducación) y tres grupos control de pacientes con distintos esquemas terapéuticos. Tratándose de un estudio explicativo, transversal y comparativo. En el cual se aplicó la Escala para el síndrome Positivo y Negativo de la Esquizofrenia (PANSS) y la Escala de Evaluación de la No Conciencia de Trastorno Mental (Scale of Unawareness of Mental Disorder, SUMD) a pacientes adultos hombres y mujeres, con diagnóstico de Esquizofrenia, según los criterios clínicos del DSM-IV TR, bajo tratamiento de mantenimiento, en los servicios de Consulta Externa y la Clínica de Adherencia Terapéutica. El análisis de datos se realizó con pruebas de resumen para variables numéricas y categóricas (media, desviación estándar, rangos y porcentajes); y mediante el análisis de covarianza (ANCOVA) factorial, para confirmar las diferencias entre los grupos. Fue realizado entre los meses de julio de 2010 y marzo del 2011, conformándose una muestra de 102 pacientes, correspondiendo 25 individuos al grupo de

estudio. Encontrándose diferencias significativas entre el factor psicoeducativo y la conciencia de padecer un trastorno mental, Conciencia de las repercusiones sociales del trastorno mental, conciencia de síntomas psicóticos y el nivel conciencia de enfermedad mental global; en cuanto a la terapia combinada (antipsicótico de acción prolongada y psicoeducación) se encontraron diferencias significativas en la conciencia de los efectos obtenidos con la medicación, conciencia de síntomas psicóticos así como en su correcta atribución a la enfermedad mental. Concluyéndose con lo antes mencionado que la adherencia al tratamiento y conciencia de enfermedad mental son más duraderas cuando se utilizan la medicación de depósito y psicoeducación que con solo los medicamentos de depósito o antipsicóticos de acción prolongada. Los resultados obtenidos en esta investigación realzan la importancia de intervenciones psicosociales, como la Psicoeducación en el tratamiento multidisciplinario de la Esquizofrenia, mejorando la conciencia de enfermedad mental, y el beneficio de utilizar instrumentos para el seguimiento de la evolución, como la Escala de Evaluación de la No Conciencia de Trastorno Mental.

PALABRAS CLAVE: Conciencia de Enfermedad, Esquizofrenia, Psicoeducación y Antipsicóticos de depósito.

INTRODUCCION

El manejo a largo plazo de la esquizofrenia, continúa siendo un enorme reto para la salud pública, el tratamiento exitoso requiere la integración de múltiples modalidades terapéuticas; así como toma de decisiones que incluyan al personal médico, a los pacientes y a sus cuidadores, con la finalidad de fomentar la adherencia al tratamiento.(1)

La falta de adherencia influye de manera importante en la evolución de los pacientes con Esquizofrenia, debido a las repercusiones que implica. Aunque una multitud de factores juegan un rol importante en la decisión de tomar o no la medicación, la actitud y creencias hacia la salud y la enfermedad han sido consistentemente identificadas como los mayores factores en dichas decisiones; es entonces que la falta de conciencia de padecer una enfermedad influye en la actitud y la decisión de seguir con las indicaciones del médico.

En este estudio de investigación se evaluó el nivel de conciencia de enfermedad mental mediante la Escala de Evaluación de la No Conciencia de Trastorno Mental (*Scale of Unawareness of Mental Disorder, SUMD*), en un grupo de pacientes, con diagnóstico de Esquizofrenia que recibían tratamiento en la Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez con tratamiento que incluye antipsicóticos de depósito o de acción prolongada y sesiones de psicoeducación, el cual se denominó Grupo de Estudio, para compararlo con grupos de pacientes con características similares pero bajo otros esquemas terapéuticos y evaluar entre los incluidos los niveles de conciencia de enfermedad mental.

MARCO TEORICO

Según el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM IV-TR, la esquizofrenia es una alteración que persiste durante por lo menos 6 meses e incluye por lo menos 1 mes de síntomas de la fase activa (p. ej., dos [o más] de los siguientes: ideas delirantes, alucinaciones, lenguaje desorganizado, comportamiento gravemente desorganizado o catatónico y síntomas negativos). Clasificada en diferentes subtipos de acuerdo a sus características clínicas y evolución (paranoide, desorganizada, catatónica, indiferenciada y residual).

Los síntomas característicos de la esquizofrenia implican un abanico de disfunciones cognoscitivas y emocionales que incluyen la percepción, el pensamiento inferencial, el lenguaje y la comunicación, la organización comportamental, la afectividad, la fluidez y productividad del pensamiento y el habla, la capacidad hedónica, la voluntad, la motivación y la atención. Ningún síntoma aislado es patognomónico de esquizofrenia; el diagnóstico implica el reconocimiento de una constelación de signos y síntomas asociados a un deterioro de la actividad laboral o social. (2)

En otras palabras, la esquizofrenia es un padecimiento mental que esta caracterizado por síntomas positivos, negativos, cognitivos y afectivos, generalmente tiene un curso a lo largo de la vida con efectos perjudiciales en la funcionalidad del individuo. (3) El largo curso evolutivo de la esquizofrenia es frecuentemente caracterizado por un deterioro social y ocupacional, pérdida de independencia, reducción de la calidad de vida, abuso de sustancias y riesgo incrementado a la conducta violenta y suicida.(4)

Se considera un padecimiento crónico que requiere tratamiento a largo plazo. Durante la fase del tratamiento agudo, la prioridad es prevenir el daño controlando la conducta

agresiva y violenta, reduciendo la severidad de los síntomas y construyendo una alianza terapéutica con el paciente. La primera línea del tratamiento incluye los antipsicóticos y/o las benzodiazepinas de corta acción por vía intramuscular.(5) Durante la fase de estabilización o mantenimiento, el objetivo será el gradual retorno del paciente a su funcionalidad en la comunidad. Por lo cual la adherencia al tratamiento antipsicótico prescrito es un factor crucial para un resultado exitoso.(5,6)

La fase de mantenimiento consiste en mejorar el nivel de funcionalidad y calidad de vida, asegurando la remisión de los síntomas. Esto incluye el manejo de las condiciones comórbidas, minimizar el riesgo de recaídas y eludir los efectos adversos asociados a la medicación. El objetivo del tratamiento en la esquizofrenia es la progresión paulatina hacia la mejoría que inicia con la respuesta en la fase aguda seguida por la resolución y remisión sintomática para llegar a la recuperación.(5)

Aunque el tratamiento farmacológico es fundamentalmente importante, cuando no es apoyado adecuadamente con programas de tratamiento integrales, el éxito tiende a ser limitado. El enfoque más apropiado para el tratamiento de la esquizofrenia es la combinación del tratamiento psicofarmacológico con varias intervenciones psicológicas específicas basadas en la comunidad. (6,7,8).

El manejo a largo plazo de la esquizofrenia, continúa siendo un enorme reto para la salud pública, el tratamiento exitoso requiere la integración de múltiples modalidades terapéuticas, reevaluación continua de la efectividad del tratamiento farmacológico (eficacia y efectos adversos) y una actualización constante de los objetivos del tratamiento; así como toma de decisiones que incluyan al personal médico, a los pacientes y sus cuidadores.

La adherencia al tratamiento es un reto en todos los aspectos del cuidado de la salud. Considerando el tratamiento de mantenimiento, se debe entender el rol de la medicación y la importancia de la adherencia conociendo el impacto de las recaídas en la vida de los pacientes. En la tabla 1 se proporciona un panorama de las probables consecuencias de dichas recaídas, no solo en el contexto de los propios pacientes, sino en otros medios como el social y en el entorno familiar en general. (1, 9)

TABLA 1. CONSECUENCIAS DE LAS RECAIDAS
Perdida de logros laborales
Perdida de autoestima
Peligro potencial para el mismo y otros
Sobrecarga familiar y enajenación
Costo de la atención medica (Acudir a Urgencias, hospitalización, visitas más frecuentes al medico)
El padecimiento probablemente se torna mas resistente al tratamiento
Es mas difícil restablecer las ganancias previas
Potenciales secuelas neurobiológicas (no probado)

Tomado de : Kane JM. Treatment Adherence and Long-term Outcomes. *CNS Spectr.* 2007;12:10(Suppl 17):21-26

ADHERENCIA AL TRATAMIENTO

El impacto de la falta de adherencia en la evolución de los pacientes con esquizofrenia ha quedado demostrado: mayor riesgo de recaídas con hospitalizaciones más frecuentes (10,11), aumento del riesgo de suicidio (12,13), incremento en los costos sanitarios y el uso de servicios (14,15), menor calidad de vida (16) y claras repercusiones en los cuidadores y las familias (17,18).

Por décadas, los investigadores han trabajado para explicar las causas de la pobre adherencia al tratamiento y para desarrollar intervenciones útiles. Desafortunadamente ha habido muy poco acuerdo sobre la definición de adherencia y en la manera de medirla. La *adherencia a la medicación* es comúnmente definida como la medida en la que la conducta de una persona coincide con el consejo médico. (19)

Se conoce desde años atrás, que una proporción de pacientes con esquizofrenia no toman la medicación como ha sido prescrita (20,21). Estrictamente hablando, *No adherencia* significa fallar en la toma de cualquier dosis prescrita (aunque los pacientes que discontinúan la medicación después de un periodo inicial de adherencia pueden ser descritos como no adherentes). *Adherencia completa* (tomando todas las dosis como fueron prescritas) representa el otro polo del espectro de las conductas relacionadas con adherencia al tratamiento (8,21,22).

En el pasado los términos Adherencia y Complicidad (del término anglosajón “*compliance*”) fueron usados como sinónimos, aunque algunos autores han usado Complicidad para describir solo la medida con la cual un paciente toma su medicación y Adherencia para describir un concepto más amplio que incluye estilo de vida, hábitos, dietas e implica una actitud de colaboración en nombre del paciente que conduce a la participación activa en las estrategias terapéuticas. Complicidad es ahora percibida para demostrar una actitud paternalista hacia el paciente, por lo cual su uso ha ido en disminución (8,23).

La no adherencia a los antipsicóticos orales es uno de los mayores retos en el tratamiento de la esquizofrenia. Las revisiones indican que la tasa de no adherencia está arriba del 50% en el primer año del tratamiento y alrededor del 75% en los primeros dos años de tratamiento.

A pesar de la evidencia de que el tratamiento antipsicótico continuo es más efectivo que el tratamiento interrumpido, y el hecho de que la terapia con antipsicóticos de acción prolongada es altamente recomendada; el uso en EUA de la terapia con antipsicóticos de acción prolongada sigue siendo baja (24).

Dentro de las causas de la no adherencia se han descrito muchos factores implicados, en la tabla 2 se resumen las causas más frecuentes (14) :

TABLA 2. RAZONES PARA NO ADHERENCIA
Psicoeducacion inadecuada
Pobre alianza terapeutica
Estigma
Pobre Insight
Efectos adversos
Disfuncion cognitiva
Regimen de tratamiento complicado
Costo o falta de acceso a la medicacion
Soporte social inadecuado
Eficacia inadecuada percibida

Tomado de : Kane JM. Treatment Adherence and Long-term Outcomes. *CNS Spectr.* 2007;12:10(Suppl 17):21-26

Aunque una multitud de factores juegan un rol importante en la decisión de tomar o no la medicación, la actitud y creencias hacia la salud y la enfermedad han sido consistentemente identificadas como los mayores factores en dichas decisiones; es entonces que la falta de conciencia de padecer una enfermedad (Insight) influirá en la actitud y la decisión de seguir con las indicaciones del medico (6).

CONCIENCIA DE ENFERMEDAD

El constructo *Insight* o *introspección*; se refiere a un “estado de la mente” o “un acto mental”, un conocimiento que se infiere de la respuesta del paciente a la enfermedad.

Insight ha sido definido como la advertencia de tener un desorden mental, de sus síntomas y de sus implicaciones; y ha sido demostrado que al menos esta ausente en aproximadamente 50% de los pacientes con esquizofrenia (25).

La relación entre esquizofrenia y pobre *Insight* fue identificada cuando el padecimiento fue nombrado por primera vez por Bleuler, actualmente el concepto de *Insight* es ampliamente usado en psiquiatría, adquiriendo una variedad de significados (26).

MODELOS TEÓRICOS EXPLICATIVOS DE LA CONCIENCIA DE ENFERMEDAD

Psiquiatría fenomenológica

Una de las características del acercamiento de Karl Jaspers a la práctica clínica era la importancia que le daba a lo expresado por el paciente: “La autoobservación del paciente es una de las más importantes fuentes de conocimiento en la vida psíquica patológica”. Él estableció una importante diferencia entre la *introspección* —como la habilidad de los pacientes para juzgar qué les estaba ocurriendo durante el desarrollo de la psicosis y la razón de por qué les estaba ocurriendo— y la *conciencia de enfermedad* —como la experiencia de sentirse enfermo o cambiado— (25,27).

Teoría psicodinámica

Freud usó *insight* o los términos alemanes *einsicht/einblick* para denominar predominantemente la conciencia de estar enfermo (27). El psicoanálisis ha sostenido el enfoque de la introspección como la capacidad del individuo para pensarse a sí mismo y su ser. Para algunos autores, el objetivo fundamental de la terapia psicoanalítica es hacer conscientes los mecanismos inconscientes que, se supone, subyacen a la psicopatología del

paciente, incluyendo en la introspección no sólo el conocimiento intelectual, sino también aspectos emocionales y volitivos (25,28,29).

Psiquiatría clínica

El concepto moderno de introspección en la psiquiatría clínica parte de los trabajos de Aubrey Lewis en 1934. Lewis definió *introspección* como “la correcta actitud hacia los cambios mórbidos en sí mismo y, más aún, la comprensión de que la enfermedad es mental”. Este autor fue probablemente el primer psiquiatra que señaló la relación entre falta de introspección y anosognosia (falta de conciencia de enfermedad o discapacidad que usualmente sigue a un daño agudo en el hemisferio cerebral derecho), y notó también la relación entre introspección escasa y esquizofrenia, lo que ha sido confirmado por estudios clínicos internacionales en los cuales la falta de introspección en el *present state examination* (PSE) es el síntoma más discriminativo (29,30-32).

Autores como McEvoy consideran que la introspección implica mucho más que el simple conocimiento de la enfermedad, ya que han observado que algunos pacientes conocen perfectamente la enfermedad y son capaces de reconocerla en los demás, pero no tienen conciencia de su propia enfermedad mental y, además, su conocimiento de ésta depende en gran medida de lo transmitido por el equipo tratante y se relaciona con el pronóstico.

Xavier Amador propone que la introspección debe ser mirada como un fenómeno multidimensional. Asimila el término *introspección* a la *conciencia de enfermedad*, y en su estudio la define como la capacidad de reconocer las características esenciales del signo o síntoma que tenía el paciente y los efectos de los medicamentos (26,33,34). Este autor engloba estos aspectos en cuatro esferas de la introspección: (a) conocimiento de los signos, síntomas y consecuencias de la enfermedad; (b) atribución de la enfermedad; (c) formación del autoconcepto, y (d) mecanismos defensivos psicológicos. Cuesta y Peralta han

trabajado la introspección como un constructo categórico, sin ofrecer un concepto como tal. Se han referido a diferentes hipótesis etiológicas ya trabajadas: (a) la falta de introspección se debe a un mecanismo de defensa psicológico, la negación; (b) el déficit de introspección es producido por una alteración neuropsicológica o (c) dicho déficit puede ser parte de la evolución natural de la enfermedad y convertirse en síntoma primario de ésta (25,27,35).

Existen razones contundentes para relacionar la falta de Insight con el mal pronóstico, pero de manera más importante, puede causar no adherencia al tratamiento ya que los pacientes no están de acuerdo con seguir el mismo, por el problema que representa no creer que estén enfermos. También los pacientes con pobre Insight puede estar más propensos a desarrollar una interpretación delirante de las alucinaciones y actuar en consecuencia, posiblemente resultando en una conducta impulsiva o agresiva (4).

ANTECEDENTES

Los pacientes con enfermedades psiquiátricas suelen tener grandes dificultades para cumplir las pautas posológicas, pero al mismo tiempo son los que presentan un mayor potencial para obtener grandes beneficios en la evolución de su enfermedad asociados a una buena adherencia terapéutica. En la actualidad, las tasas de adherencia en esquizofrenia son muy variables según los estudios realizados, aunque se ha estimado una tasa media del 41,2 % (36). En otra revisión sistemática, sobre la Adherencia Terapéutica comparándola entre múltiples padecimientos; se ha descrito que los pacientes con trastornos físicos presentan una tasa media de cumplimiento del 76 % (intervalo: 60 a 92 %), mientras que en los enfermos con psicosis presentan el 58 % (intervalo: 24 a 90%) (37).

Se ha descrito que la tasa de no adherencia a antipsicóticos prescritos es alrededor del 50% (38). Con respecto a la tasa de recaídas ha sido demostrado que es cinco veces mayor en

personas con esquizofrenia quienes presentan no adherencia al tratamiento comparados con personas con adherencia terapéutica, resultando en un deterioro significativo a nivel social y económico (39). Zygmunt et al, revisaron ensayos aleatorizados de intervenciones psicosociales en esquizofrenia, los cuales demostraron que solo una tercera parte de esos estudios reportaba efectos significativos del tratamiento, pero las intervenciones basadas en los principios de la entrevista motivacional son prometedoras (40,41).

La adherencia completa es poco común en la esquizofrenia, como es el caso de muchas enfermedades. Por lo cual, Oehl et al, describieron que solo alrededor de una tercera parte de pacientes con esquizofrenia son completamente adherentes, con un tercio siendo parcialmente adherentes y un tercio no adherente (42). Otros autores han sugerido que al menos 50% de los pacientes no son completamente adherentes con su medicación en algún momento de la duración de la enfermedad (43).

Muchos autores han identificado lo que Tacchi y Scott describieron como una “lista de factores predictores” de no adherencia incluyendo ser joven, hombre, desempleado y socialmente aislado, un pasado de no adherencia, y posiblemente, uso de sustancias ilegales (44). Basado en una revisión de 39 estudios, Lacro et al no encontraron asociación entre adherencia y edad o género, los factores que fueron asociados consistentemente con problemas de adherencia fueron pobre Insight, actitud negativa a la medicación, no adherencia previa, abuso de sustancias, corta duración de la enfermedad y pobre alianza terapéutica (45). Narasimhan et al concluyeron que la función cognitiva, el Insight sobre la enfermedad y la presencia de abuso de sustancias fueron los mas importantes factores (46).

Sajatovic y colaboradores estudiaron la conciencia de enfermedad y actitud hacia la medicación en pacientes con esquizofrenia y encontraron que el tratamiento antipsicótico

mejora los síntomas y la conciencia de enfermedad, pero no cambia la actitud hacia la medicación. Los efectos adversos del tratamiento antipsicótico no han sido asociados consistentemente con la actitud negativa hacia la medicación, mientras que la conciencia de enfermedad esta siendo asociada crecientemente con esta actitud negativa hacia la medicación, por lo que plantean la necesidad de encontrar la asociación con otros factores (47).

En el estudio piloto internacional sobre esquizofrenia de la OMS se observó que el 97% de los pacientes presentaban déficit de conciencia de la enfermedad. Posteriormente se hallaron resultados similares en pacientes esquizofrénicos crónicos hospitalizados (48,49). En estudios más recientes con pacientes psicóticos no institucionalizados se ha hallado que el 57% de los pacientes con esquizofrenia presentan un déficit moderado-grave de conciencia de enfermedad, el 32% manifiestan una marcada alteración respecto a las consecuencias sociales de su enfermedad y el 22% niegan la necesidad o el beneficio de la medicación. Además, el déficit de conciencia es más prevalente y grave en pacientes con esquizofrenia que en pacientes con otro tipo de trastorno psicótico (50).

Desgraciadamente en nuestro país no existen estudios sobre el nivel de conciencia de enfermedad y la adherencia al tratamiento.

Posiblemente la asociación entre Insight y adherencia se desvanece con el tiempo de evolución, permitiendo que otros factores influyan en mayor medida, como los efectos de la medicación por ejemplo incremento de peso, efectos extrapiramidales, problemas sexuales, los cuales pueden causar no adherencia a pesar de tener buen Insight. La relación entre Insight y adherencia a la medicación, puede ser el resultado de intervenciones clínicas exitosas, como medicación antipsicótica de acción prolongada inyectada, participación en

la terapia motivacional y psicoeducativa. Este tipo de intervenciones pueden ser efectivas y han sido propuestas en la literatura. (51,52,53)

INTERVENCIONES PSICOSOCIALES EN EL TRATAMIENTO DE LA ESQUIZOFRENIA

Desde hace 50 años se han desarrollado gran cantidad de modalidades psicoterapéuticas para pacientes con esquizofrenia, denominadas como psicoterapia, tratamiento, terapia o intervención psicosocial. Su aparición en revistas científicas se inició en la década de 1950. Se incrementó a tal grado que a partir de la década de 1980 se han publicado diversas revisiones acerca del tratamiento, así como metaanálisis respecto a su efectividad. Entre las revisiones más destacadas se pueden mencionar las realizadas en Estados Unidos por Herz y Liberman en 1994 (53), Schwartz, Cecil e Iqbal en 1993 (54), Bellack y Mueser en 1996 (55), Penn y Mueser en 1996 (56), McEvoy en 1999 (57) y Lehman en 2000 (58), así como la de la Revista *The Harvard Mental Health Letter* en 2001 (59). En Europa destacan las de Rossler y Haug (60), y la de Munk-Jorgensen (61), ambas en 2000. Respecto a los metaanálisis, se pueden mencionar el de Smith realizado en 1980 (62) y el del proyecto para asegurar la calidad del tratamiento y manejo de la esquizofrenia, de 1984 (63). El de Benton y Schroeder en 1990 (64), que revisaron 27 estudios, el de Mari y Steiner en 1994 (65), que revisaron más de 300 artículos, el de Mojtabai, Nicholson y Carpenter en 1999 (66), que incluyó un total de 141 investigaciones, y el de Huxley, Rendall y Sederer en 2000 (67), quienes hicieron una revisión de los últimos 20 años de terapias grupales, individuales y familiares, hasta incluir un total de 70 estudios. Un alto porcentaje de las investigaciones revisadas en los metaanálisis incluía estudios controlados, conformados por grupos experimentales de pacientes en que se aplicaban medicamentos antipsicóticos como

antecedente de las intervenciones psicosociales. En la mayoría de los casos, lo anterior dio como resultado la modalidad usual de tratamiento, la combinación de los medicamentos antipsicóticos con alguna forma de tratamiento psicosocial, que es la que actualmente se recomienda. Los grupos controles recibían, por su parte, únicamente los medicamentos antipsicóticos. Las conclusiones más importantes de estos metaanálisis se pueden resumir en que los tratamientos psicosociales son bastante efectivos cuando se combinan con los antipsicóticos y que sus efectos se deben considerar no solamente como aditivos, sino también porque un tratamiento incrementa los efectos del otro en cuanto a controlar los síntomas, prevenir recaídas y realizar un manejo más conveniente de la enfermedad, además de contribuir a mejorar los aspectos psicosociales. Cabe decir que el tratamiento psicosocial no puede sustituir al tratamiento farmacológico, pues éste se puede utilizar como antecedente de la intervención psicosocial, de modo que ambos se apliquen de manera complementaria para llegar a surtir un efecto sinérgico (54,68).

Varios estudios han demostrado que la implementación de intervenciones psicosociales contribuyen a la rehabilitación de pacientes con esquizofrenia, Xiang y colaboradores realizaron un estudio en 2006 con 96 pacientes con esquizofrenia que recibían cuidados ambulatorios de rutina, de los cuales el 50 % recibió intervenciones psicosociales, y el otro 50% recibió consejería de apoyo, con una duración de 6 meses, ambos grupos seguidos con PANSS, demostrándose que la tasa de recaídas y rehospitalización fue menor en el grupo con intervención psicosocial (69).

Es así que en la última década, se ha resaltado la importancia que tiene la implementación de diversos tipos de programas basados en la búsqueda de una mayor rehabilitación del paciente, surgiendo lo que en la actualidad se denomina psicoeducación en respuesta a las

necesidades más integrales de abordaje de una de las enfermedades mentales más severas como es la esquizofrenia.

En el Programa de actualización continua en Psiquiatría (2001), se menciona que el término psicoeducación ha sido definido por Carol M. Anderson, Douglas J. Reiss y Gerard E. Hogarty, de la Universidad de Pittsburg, como la serie de principios metodológicos emanados del trabajo previo de muchos autores y grupos. El punto de partida de dicho trabajo lo han constituido las necesidades de las familias de los enfermos de esquizofrenia (70).

De acuerdo con Hogarty (1986), la “psicoeducación consiste en una aproximación terapéutica en la cual se proporciona a los familiares de un paciente y al paciente mismo, información acerca de la enfermedad y entrenamiento en técnicas para afrontar el problema. Esta debe redundar en primer término en beneficio del paciente y su objetivo consiste en mejorar su calidad de vida y la de su familia, creando ambientes bajos en estresores, disminuyendo así la probabilidad de recaída y la carga familiar” (71).

En la actualidad, la psicoeducación dirigida al paciente y sus familiares ha cobrado un papel muy importante (72), ya que otorga el entrenamiento necesario para entender, enfrentar y resolver los problemas producto de la enfermedad mental. Con ello se busca disminuir los índices de recaídas y mejorar la calidad de vida del paciente. Se sabe que los índices de recaídas son mayores en los pacientes que solo reciben tratamiento farmacológico en comparación con aquellos que recibieron tratamiento psicosocial y psicoeducación en conjunto con el tratamiento farmacológico (73).

En México, Valencia (1996), Marcelo Valencia (1997), Valencia y Cols. (1999), han realizado estudios sobre el manejo psicosocial del paciente esquizofrénico, demostrando

una relación directa entre la presencia de un programa de intervención psicosocial y la mejoría en los pacientes en aspectos claramente identificados, como sintomatología, funcionamiento psicosocial, la estabilidad en el cuadro clínico y el desempeño cotidiano de los pacientes, así como un menor porcentaje de recaídas y hospitalizaciones. Comprueban además que los pacientes que reciben medicamentos neurolépticos y terapia, funcionan a un nivel superior que los pacientes que son manejados exclusivamente con medicamentos (74-76).

En nuestro medio, dentro del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez, existen servicios como Hospital Parcial que cuenta con programas multidisciplinarios para apoyar a la rehabilitación del paciente así como brindando apoyo y la información necesaria a sus familiares, desde diversos esquemas de tratamiento farmacológicos y no farmacológicos. Aunado a este servicio, en los últimos 2 años, se crea la Clínica de Adherencia Terapéutica, cuyo objetivo es brindar atención de calidad y calidez a los usuarios, principalmente con diagnóstico de Esquizofrenia, que se encuentran medicados con antipsicóticos de liberación prolongada y que requieren de un seguimiento estrecho y sostenido debido a que la evolución de su padecimiento ha sido tórpido y de difícil manejo presentando múltiples recaídas con un mayor número de hospitalizaciones en la institución debido, en un mayor porcentaje, al mal apego al tratamiento, buscándose poder ofrecer estrategias para lograr la estabilidad y evitar con esto su reingreso a hospitalización, dando vital importancia a lograr la aceptación de la enfermedad por parte del paciente, así como la adherencia al tratamiento, dirigiéndolo así a una mayor calidad de vida (77). En dicho servicio se cuenta con un equipo multidisciplinario conformado por médicos psiquiatras, una enfermera, una trabajadora social y una licenciada en psicología, quienes orientan y fomentan en el paciente y sus familiares, la conciencia de enfermedad y su adherencia al tratamiento,

mediante grupos psicoeducativos para pacientes y familiares, así como estrategias que fomentan la adecuada relación medico-paciente, como mayor tiempo destinado para cada consulta e intervalos mas cortos entre las citas de acuerdo a las necesidades de cada paciente.

METODO

JUSTIFICACION

La esquizofrenia se considera como un padecimiento crónico que requiere de un tratamiento eficaz con la finalidad de rehabilitar al individuo, reintegrándolo a la sociedad a la que pertenece. El manejo a largo plazo de la esquizofrenia continúa siendo un enorme reto para la salud pública; el tratamiento exitoso requiere de la integración de múltiples modalidades terapéuticas, reevaluación continua de la efectividad del tratamiento farmacológico (eficacia y efectos adversos), así como toma de decisiones que incluyan a los médicos, pacientes y sus cuidadores, evitando con esto, el mal apego al tratamiento. (1) El impacto de la falta de adherencia en la evolución de los pacientes con esquizofrenia ha quedado demostrado, provocando mayor riesgo de recaídas con hospitalizaciones más frecuentes, aumento del riesgo de suicidio, incremento en los costos sanitarios y el uso de servicios, menor calidad de vida y claras repercusiones en los cuidadores y las familias, existen múltiples estudios sobre los factores relacionados con la falta de adherencia por parte del paciente, refiriéndose dentro de ellos a la falta de conciencia de enfermedad, como una de las principales causas.(78)

La conciencia de enfermedad, en personas con padecimientos mentales como la esquizofrenia, ha sido tema de estudio durante la última década en muchos países, sin embargo muchos de estos estudios no han sido diseñados para la evaluación adecuada de la misma, siendo esta valorada indirectamente y careciendo de una metodología clara, por lo que los resultados han sido poco concluyentes. (79) En nuestro país, no se han realizado estudios comparativos que aborden este tema de manera directa.

En la población que acude al Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez, según el Reporte Estadístico 2009, la primera causa de morbilidad en hospitalización continua y consulta externa es la Esquizofrenia Paranoide,(80) sin embargo en la práctica clínica pocas veces se evalúa rigurosamente el nivel de conciencia de enfermedad, el cual como se mencionó previamente influye en la evolución del padecimiento, así como en la probabilidad de recaídas.

Es por esto que se plantea la realización de este estudio, en el cual mediante una herramienta validada para la medición del nivel de conciencia de enfermedad en pacientes con Esquizofrenia, se evaluará esta de una manera multidimensional, para recibir información sobre la situación de dichos pacientes, con el fin de ofrecerles mejores opciones de tratamiento; de la misma manera realizando este estudio comparativamente se busca evaluar la utilidad de estrategias terapéuticas en esta población, como son la psicoeducación y/o el tratamiento antipsicótico con medicamentos de depósito.

También se busca que esta investigación pueda servir como fuente de información o motive la realización de futuros trabajos con el mismo tema u objetivo, y de esta manera seguir fomentando el conocimiento de la problemática que representa este tipo de padecimientos, en el entorno individual, familiar, social y laboral del paciente.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:

¿Cuál será el nivel de conciencia de enfermedad en un grupo de pacientes con Esquizofrenia, bajo tratamiento a base de antipsicóticos de depósito y psicoeducación, en comparación con grupos control?

OBJETIVO GENERAL:

- Comparar el nivel de conciencia de enfermedad mental del grupo de estudio con los otros grupos de pacientes con distintos esquemas terapéuticos.

OBJETIVOS ESPECIFICOS:

- Determinar y comparar el nivel de la conciencia de padecer una enfermedad mental, el nivel de conciencia de las repercusiones sociales del trastorno mental así como la conciencia de los efectos obtenidos por la medicación, en los grupos estudiados.
- Describir y Comparar el nivel de conciencia de los síntomas psicóticos (alucinaciones, delirios, trastorno del pensamiento, afecto inapropiado, vestimenta inusual, comportamiento estereotipado, juicio social empobrecido, control pobre de impulsos agresivos y sexuales, alogía, aplanamiento afectivo, apatía, anhedonia, atención pobre, desorientación, contacto visual inusual y relaciones sociales pobres) en pacientes con Esquizofrenia, en los grupos de estudio.
- Describir y Comparar el nivel de la correcta atribución de los síntomas psicóticos a la enfermedad mental, en pacientes con Esquizofrenia, en los grupos de estudio.
- Describir las principales características sociodemográficas de los grupos de pacientes incluidos.

HIPOTESIS

Aquellos pacientes tratados con terapia combinada (antipsicótico de depósito y psicoeducación) presentan mejores niveles de conciencia de enfermedad mental que aquellos tratados únicamente con antipsicóticos.

VARIABLES

VARIABLE DEPENDIENTE

- *Conciencia de Enfermedad*: La advertencia de tener un desorden mental, de sus síntomas y de sus implicaciones. (25)

VARIABLES INDEPENDIENTES

- *Psicoeducación*: Aproximación terapéutica en la cual se proporciona a los familiares de un paciente y al paciente mismo, información acerca de la enfermedad y entrenamiento en técnicas para afrontar el problema. (71)
- *Antipsicóticos de depósito o acción prolongada*: Formulaciones de la medicación antipsicótica, por medio de la cual se puede proveer de niveles plasmáticos terapéuticos por varias semanas tras una sola administración del medicamento. (81)

MUESTREO

No probabilística, Intencional por cuota

SUJETOS

Se trabajó con 102 pacientes de 18 a 59 años de edad, con diagnóstico de Esquizofrenia, que cumplieron con los criterios de selección.

CRITERIOS DE INCLUSION

- Pacientes que cuenten con el diagnostico de Esquizofrenia de acuerdo a los criterios clínicos del DSM-IV TR.
- Mayores de 18 años y menores de 60 años.
- Aquellos que se encuentren bajo tratamiento de mantenimiento
- Que sepan leer y escribir
- Que acepten participar en el estudio.

CRITERIOS DE EXCLUSION

- Aquellos que no cumplan con criterios clínicos para el diagnostico de Esquizofrenia según el DSM-IV TR.
- Aquellos que no acepten participar en el estudio.

CRITERIOS DE ELIMINACION

- Aquellos que no concluyeran la entrevista y aplicación de cuestionarios.

TIPO DE ESTUDIO

Explicativo, transversal y comparativo.

INSTRUMENTOS DE EVALUACION

- ENCUESTA DE DATOS SOCIODEMOGRAFICOS
- ESCALA DE EVALUACIÓN DE LA NO CONCIENCIA DE TRASTORNO MENTAL
(*SCALE OF UNAWARENESS OF MENTAL DISORDER, SUMD*)

La SUMD fue diseñada, por Amador XF y colaboradores, en la Universidad de Columbia, en Estados Unidos de Norteamérica, en 1989, para evaluar la conciencia de enfermedad en los pacientes psicóticos de manera multidimensional, siendo validada y resultando fiable en este contexto, tras un estudio en dicho país en 1993, por los mismos autores, con 43 pacientes con diagnósticos de Esquizofrenia y Trastorno Esquizoafectivo (33).

La SUMD es una escala estandarizada que se puntúa en base a una entrevista semiestructurada directa con el paciente. La escala se compone de tres ítems generales para evaluar globalmente la conciencia de tener un trastorno mental, la conciencia de los efectos de la medicación y la conciencia de las consecuencias sociales del trastorno mental; y de 17 ítems destinados a síntomas específicos. De cada uno de estos 17 ítems-síntoma se evalúa la conciencia y la atribución que el paciente realiza del mismo. Así, se conforman dos subescalas: la de conciencia de los síntomas, que es la media de las sumas de las puntuaciones según el número de ítems puntuados, y la de atribución de los síntomas, que es la media de las puntuaciones de los síntomas que han podido ser evaluados por tener el paciente conciencia de los mismos.

Además de considerar distintas dimensiones y distinguir entre conciencia y atribución de los síntomas, la SUMD en su concepción original también permite la valoración diferenciada entre conciencia presente y pasada de cada uno de ellos. La escala permite dar un total de cinco puntuaciones, una por cada uno de los tres ítems generales, una cuarta por

la subescala de conciencia y una quinta por la subescala de atribución. Todas las puntuaciones, tanto de los ítems generales como de las subescalas de síntomas, se sitúan en un rango de 1 a 5, indicando las puntuaciones más altas un nivel de conciencia de trastorno más bajo o de atribución más incorrecta (peor conciencia).(33,50)

Mientras que los tres ítems generales han de ser siempre valorados, de los 17 ítems que hacen referencia a los síntomas sólo se valora la conciencia de los mismos si están claramente presentes. Seguidamente se valora la atribución sólo si el paciente ha mostrado conciencia total o parcial del síntoma, es decir, si ha recibido una puntuación de la conciencia del síntoma entre 1 y 3. Los síntomas de los que no se expresa conciencia no pueden ser valorados en su atribución, así la subescala de atribución es parcialmente dependiente de la subescala de conciencia.

Existe una SUMD abreviada de los mismos autores en la que sólo constan los tres ítems generales y seis ítems-síntoma de los que sólo se valora la conciencia y no la atribución. La evaluación de los ítems se realiza en una escala del 0 al 3, correspondiendo las puntuaciones más altas a no conciencia del trastorno. Se ha asumido que la escala abreviada es válida y fiable como la original. Si bien la sencillez facilita la utilización de la escala, se pierde información, especialmente en relación a síntomas negativos, y se pierde la valoración de la atribución de los síntomas. Considerando lo antes mencionado, en este estudio se utilizara la versión original.

Los autores recomiendan que previamente sea valorada la presencia o ausencia de los síntomas a considerar; por lo cual se utilizará la Escala para el Síndrome Positivo y Negativo de la Esquizofrenia (Positive and Negative Syndrome Scale for Schizophrenia PANSS); sólo evaluando la conciencia de un síntoma si en esta escala puntúa 3 ó más.

Recientemente se realizó la validación y adaptación al español de la SUMD, por Ruiz y colaboradores, en España, donde se utilizó un método de traducción-retrotraducción y la participación de un panel de profesionales para valorar equivalencia conceptual y naturalidad. Se valoraron 32 pacientes con trastorno esquizofrénico o esquizoafectivo, según criterios DSM-IV. Las evaluaciones fueron realizadas mediante el sistema de entrevista con observador. Se calculó la fiabilidad a través del coeficiente de correlación intraclase (CCI) y la validez externa mediante el coeficiente de correlación de Spearman entre las puntuaciones de la escala y una medida independiente de conciencia global de trastorno. El CCI fue siempre superior a 0,70. Los ítems generales conciencia de trastorno y conciencia de los efectos de la medicación y la subescala conciencia de los síntomas se correlacionaron significativamente con la medida global de conciencia. Contrariamente, el ítem general conciencia de las consecuencias sociales del trastorno y la subescala de atribución no se correlacionaron significativamente, lo que apoya la idea de que la conciencia del trastorno es un fenómeno multidimensional (50).

PROCEDIMIENTO

Se entrevistó a pacientes que cumplieran con los criterios de inclusión antes mencionados, tratando que además pudieran ser de características similares en cuanto a rango de edad, nivel sociocultural y evolución de enfermedad, para formar 4 grupos de acuerdo a su tratamiento, formándose el grupo 1 también llamado de grupo de estudio con pacientes que recibieran antipsicóticos de acción prolongada y psicoeducación, el grupo 2 con pacientes que recibieran antipsicóticos de acción corta y psicoeducación, el grupo 3 con tratamiento a base de antipsicóticos de acción prolongada sin psicoeducación y el grupo 4 con tratamiento a base de antipsicóticos de acción corta sin psicoeducación. A cada uno de los

pacientes y sus familiares acompañantes, se les explicó ampliamente sobre las características del estudio y previa firma del consentimiento informado (Anexo I) por el paciente y su familiar responsable, se les aplicó la encuesta sociodemográfica (Anexo II), que incluye datos como edad, sexo, estado civil, tratamiento actual; fecha de última hospitalización y fecha de última sesión de Psicoeducación; posteriormente se aplicó por parte del investigador la Escala para el Síndrome Positivo y Negativo de la Esquizofrenia (PANSS) y la Escala de No Conciencia de Trastorno Mental SUMD (Anexo III), en una misma entrevista. Con los valores obtenidos se procedió a realizar el vaciado de la información, en una base de datos para su análisis subsecuente.

ANALISIS DE RESULTADOS

De los 102 pacientes que conformaron la muestra, se encontró que el 52 % (53) fueron del sexo femenino y el 48 % (49) del sexo masculino. FIGURA 1.

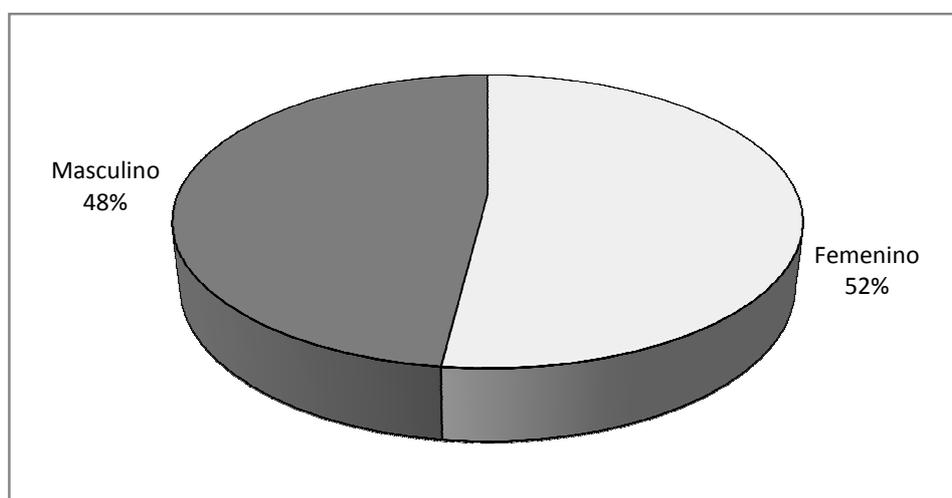


FIGURA 1. FRECUENCIA POR GÉNERO.

En cuanto a la Edad del total de pacientes incluidos, se encontró un promedio de 37.5 años (Desviación estándar [DE] 10.26 años) de los participantes, de los cuales se reportaron con

respecto a su estado civil como solteros en un 62.7 % (64), casados el 20.6 % (21), en unión libre el 7.8 % (8) y el 8.9 % (9) como separados o divorciados. En torno al diagnóstico el total de la muestra cumplió criterios según el DSM-IV TR para Esquizofrenia Paranoide en 76.5 % (78) y para Esquizofrenia indiferenciada un 23.5 % (4); que a la entrevista refirieron un promedio de 2.3 hospitalizaciones previas en Instituciones Psiquiátricas (DE 1.29 hospitalizaciones). TABLA 3 y 4.

	VARIABLE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
ESTADO CIVIL	SOLTERO	64	62.7
	CASADO	21	20.6
	UNION LIBRE	8	7.8
	SEPARADO O DIVORCIADO	9	8.9
DIAGNOSTICO	ESQUIZOFRENIA PARANOIDE	78	76.5
	ESQUIZOFRENIA INDIFERENCIADA	24	23.5
	TOTAL	102	100.0

Tabla 3. FRECUENCIA Y PORCENTAJES DE ESTADO CIVIL Y DIAGNOSTICO DEL TOTAL DE LA MUESTRA

	PROMEDIO	DESVIACION ESTANDAR
EDAD	37.5	10.26
NUMERO DE HOSPITALIZACIONES PSIQUIATRICAS	2.3	1.29

TABLA 4. PROMEDIO DE EDAD Y HOSPITALIZACIONES PSIQUIATRICAS DEL TOTAL DE LA MUESTRA

En relación al tratamiento farmacológico del total de la muestra, se encontró que el 51 % (52) estaban bajo tratamiento con antipsicóticos típicos de acción corta y el 49% (50) con antipsicóticos típicos de acción prolongada. FIGURA 2.

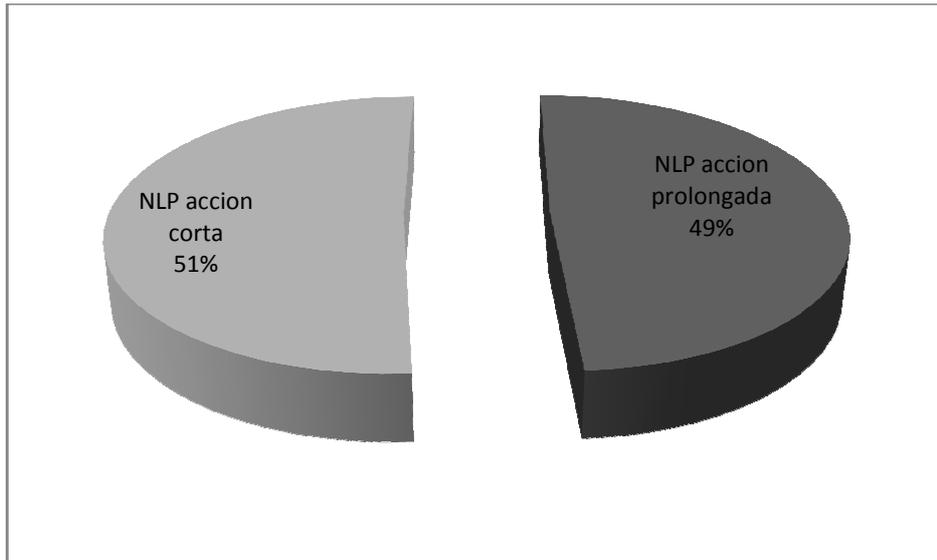


FIGURA 2. TRATAMIENTO FARMACOLOGICO ANTIPSICOTICO.

De acuerdo al tratamiento farmacológico y no farmacológico se dividió a la población en 4 grupos, el Grupo 1 considerado como el de estudio, con 25 pacientes (24.5%) con tratamiento a base de antipsicóticos de acción prolongada y psicoeducación; el grupo 2 con 17 pacientes (16.7%) en tratamiento a base de antipsicóticos por vía oral y psicoeducación; el grupo 3 con 25 pacientes (24.5%) con tratamiento a base de antipsicóticos de acción prolongada sin psicoeducación y el grupo 4 con 35 pacientes (34.3%) con tratamiento a base de antipsicóticos por vía oral sin psicoeducación. (FIGURA 3) Cabe mencionar que los pacientes pertenecientes al grupo 1, en su totalidad resultaron pertenecientes a la Clínica de Adherencia Terapéutica, mientras que el resto de los integrantes de los demás grupos pertenecían a los servicios de Hospital Parcial y Consulta Externa del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez.

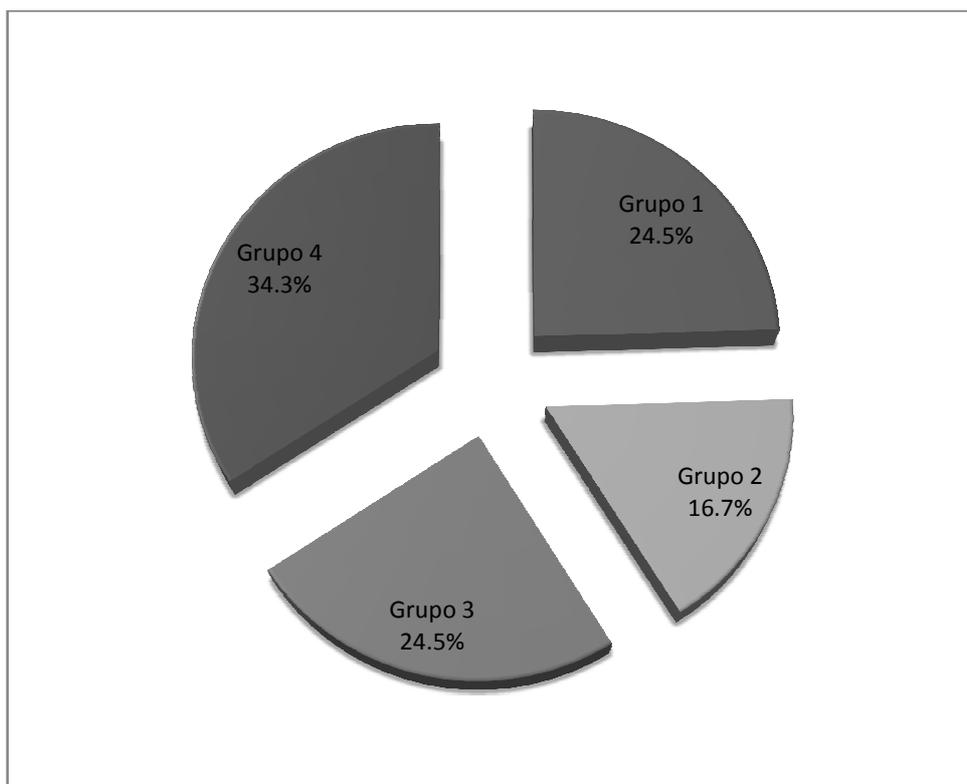


FIGURA 3. FRECUENCIA DE PACIENTES EN CADA GRUPO.

Con respecto a los datos sociodemográficos de la población estudiada por grupos, se encontró que en el grupo de estudio (grupo 1) de los 25 pacientes, presentaron un promedio de edad de 37 años (DE 9 años), de donde 9 eran mujeres y 16 hombres, en lo que corresponde al estado civil 17 eran solteros, 3 casados, 2 en unión libre y 3 separados, con un promedio de hospitalizaciones psiquiátricas de 2.9 (DE 1.18 años) ; en el grupo 2 formado por 17 pacientes con un promedio de 37.8 años de edad (DE 8.32), de los cuales 10 fueron mujeres y 7 hombres, con respecto al estado civil 10 eran solteros, 4 casados, 1 en unión libre, 2 separados, con un promedio de hospitalizaciones de 1.7 (DE 1.04), con respecto al grupo 3 el total de los participantes fueron 25 pacientes, con un promedio de edad de 39 años (DE 11.66), siendo 15 mujeres y 10 hombres, y un promedio de 2.4 de

hospitalizaciones (DE 1.41) y el grupo 4 conformado por 35 pacientes, con un promedio de edad de 36.8 años (DE 11.16), con respecto al estado civil 25 solteros, 6 casados, 2 unión libre y 2 separados, con un promedio de hospitalizaciones de 2.4 (DE 1.41). TABLA 5

	NUM PACIENTES	SEXO	ESTADO CIVIL	HOSPITALIZACIONES PREVIAS *		EDAD	
				Promedio /	D.E.	Prom /	DE
Grupo 1 Antipsicótico acción prolongada + psicoeducación	25	Fem : 9 Masc : 16	Soltero: 17 Casado: 3 Unión Libre: 2 Separado: 3	2.9	1.18	37	9
Grupo 2 Antipsicótico acción corta + psicoeducación	17	Fem: 10 Masc: 7	Soltero: 10 Casado: 4 Unión Libre: 1 Separado: 2	1.7	1.04	37.8	8.32
Grupo 3 Antipsicótico acción prolongada	25	Fem: 15 Masc: 10	Soltero: 12 Casado: 8 Unión Libre: 3 Separado: 2	2.4	1.41	39	11.66
Grupo 4 Antipsicótico acción corta	35	Fem: 19 Masc: 16	Soltero: 25 Casado: 6 Unión Libre: 2 Separado: 2	2.1	1.23	36.8	11.16
Total	102						

* Se refiere al antecedente de hospitalizaciones psiquiátricas previas al inicio del estudio.

TABLA 5. Características sociodemográficas de la muestra total dividida en grupos de acuerdo al tratamiento.

En lo que corresponde a la Psicoeducación, en los grupos 1 y 2, se midió por número de sesiones, siendo que en el grupo 1 formado por pacientes con tratamiento a base de antipsicóticos de acción prolongada y psicoeducación se reporto un promedio de 8.28

sesiones (DE 0.84); y el grupo 2 formado por pacientes con tratamiento a base de antipsicóticos de acción corta y psicoeducación, recibieron un promedio de 11.11 sesiones (DE 2.42), en este ultimo grupo 8 pacientes no recordaron el numero de sesiones tomadas. (TABLA 6).

GRUPO	NUM. PACIENTES	PROMEDIO SESIONES PSICOEDUCACION	DESVIACION ESTANDAR
GRUPO 1	25	8.28	0.84
GRUPO 2	9	11.11	2.42
	8	NO DATO	NO DATO
TOTAL	42		

TABLA 6. PROMEDIO DE NUMERO SESIONES EN GRUPOS CON PSICOEDUCACION.

En un segundo análisis de acuerdo a las puntuaciones en la Escala de la No Conciencia de Enfermedad Mental (SUMD) se realizó un contraste por medio de análisis de covarianza (ANCOVA) factorial 2x2 para confirmar las diferencias entre los grupos. El primer factor es el grupo terapéutico (con psicoeducativo, sin psicoeducativo), el segundo factor es el tipo de antipsicótico (oral o de acción corta, de Deposito o acción prolongada). La covariable se tomó como el valor pasado de las mediciones.

Dentro de los tres ítems generales, en torno a la Conciencia de Trastorno Mental se reportó una diferencia significativa relacionada con los grupos que recibieron Tratamiento Psicoeducativo (gl 1, F 9.407, p 0.003), lo que significa que aquellos que recibieron Psicoeducación presentan mejores niveles de Conciencia de tener un trastorno mental. (Figura 4)

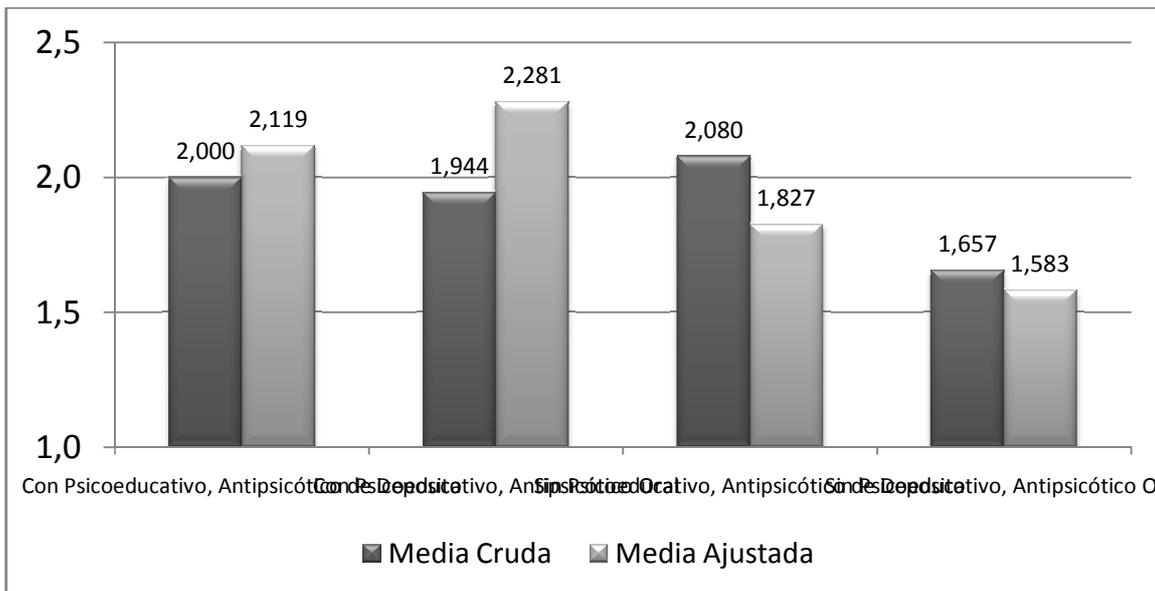


FIGURA 4. Muestra las Medias de Puntuaciones en Item 1 sobre Conciencia de Trastorno Mental de los grupos estudiados.

En el Item en torno a la Conciencia sobre los efectos obtenidos con la medicación, se encontró al momento de comparar una puntuación mayor en el grupo 2 (con psicoeducación y antipsicótico oral) con una media de 2 y una media ajustada de 2.315 (DE 1.237). Y reportándose diferencia significativa relacionada con los valores en este rubro y Psicoeducación (gl 1, F 4.873, p 0.03) así como con la terapia combinada (psicoeducación y antipsicótico de acción prolongada) gl 1, F 6.515, p 0.012, lo que se puede interpretar como que en aquellos que reciben Psicoeducación, y Terapia Combinada (psicoeducación y antipsicóticos de depósito) muestran mejores niveles de conciencia sobre los efectos de la medicación. (Figura 5)

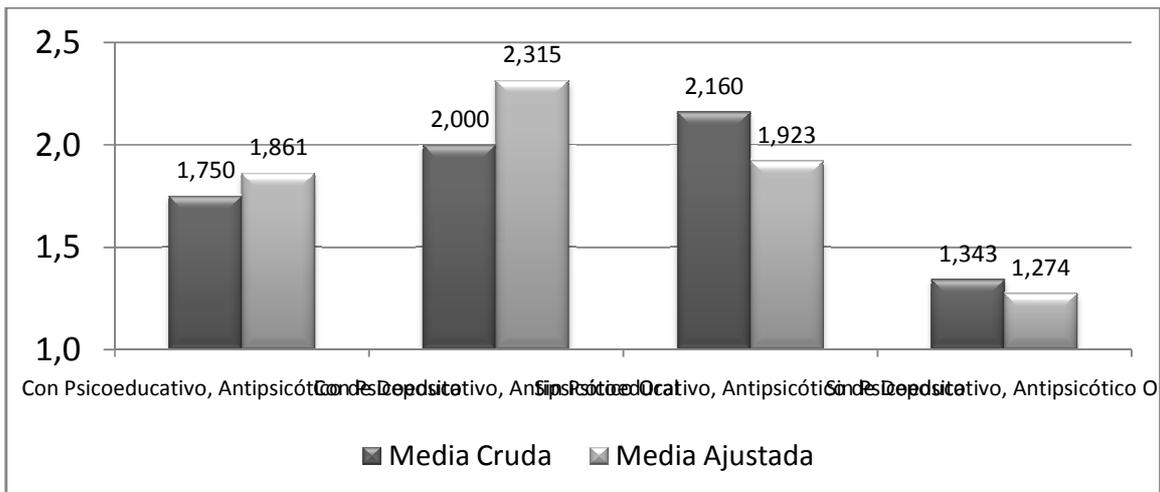


Figura 5. Muestra las diferencias de las puntuaciones en Conciencia sobre los efectos de la medicación, de los grupos estudiados.

En el 3er Item General sobre Conciencia de las consecuencias sociales del trastorno mental se encontró diferencia significativa con respecto al factor psicoeducativo (gl 1, F 4.348 p 0.04), lo que significa que aquellos pacientes con Psicoeducación tienden a ser más concientes de las consecuencias sociales del trastorno mental. (Figura 6)

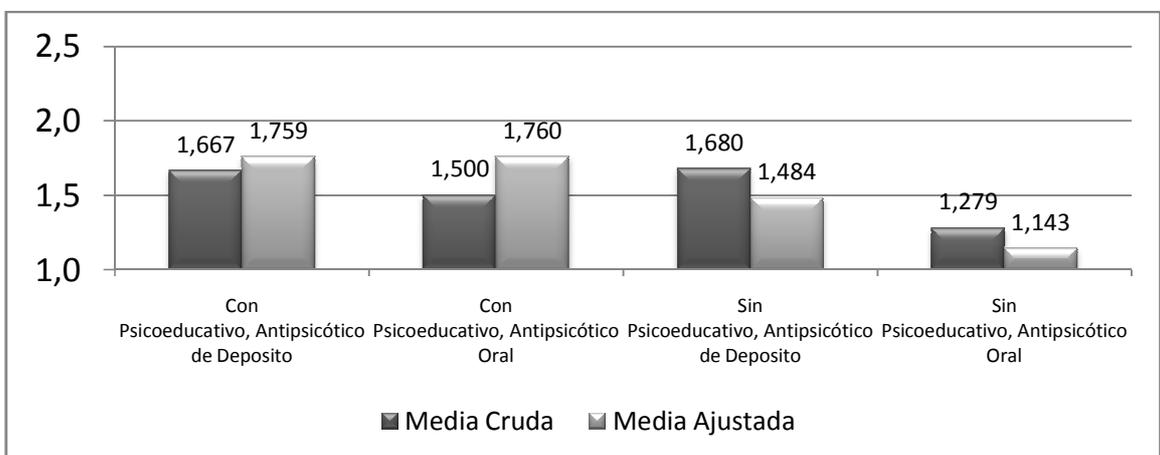


Figura 6. Muestra las diferencias de los grupos estudiados, con respecto a conciencia de las consecuencias sociales del trastorno mental.

En la subescala sobre Conciencia de los Síntomas, se encontró diferencia significativa con Psicoeducación (gl 1, F 13.172, p 0.0004) y Terapia Combinada (Psicoeducación y antipsicótico de deposito) (gl 1, F13.656, p 0.0003), lo que se puede interpretar como que

los pacientes con psicoeducación y terapia combinada presentan una mayor conciencia de los síntomas debidos al trastorno mental. (Figura 7)

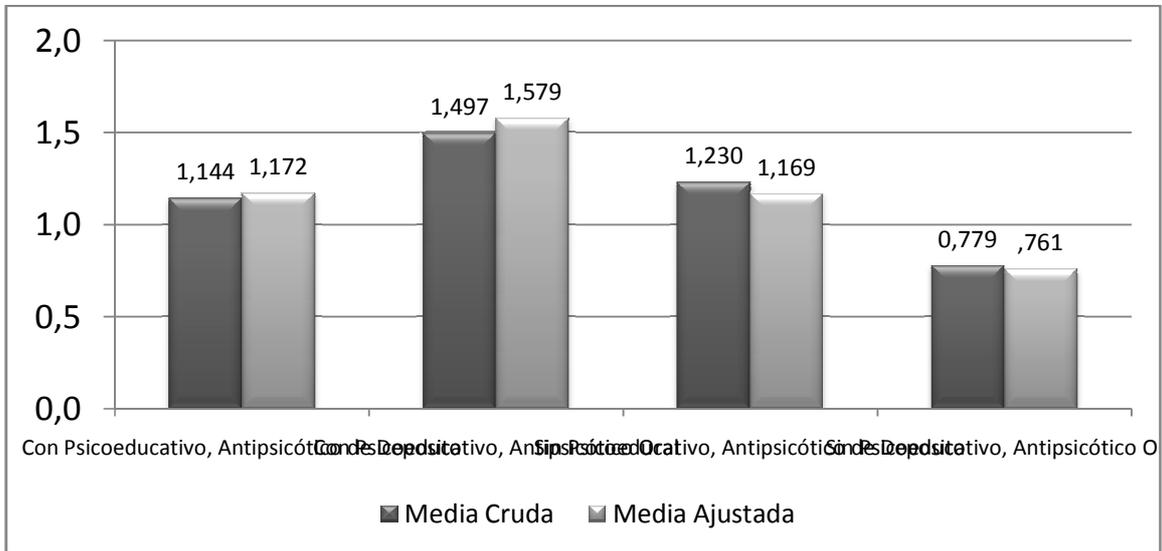


Figura 7. Muestra las diferencias entre los grupos con respecto a la Conciencia de los Síntomas.

En lo que corresponde al rubro sobre la Correcta Atribución de los síntomas al Trastorno Mental, se reporto una diferencia significativa con Terapia Combinada (Psicoeducación y Antipsicótico de Deposito) (gl 1, F 6.587, p 0.012); lo que significa que aquellos que recibieron antipsicótico de acción prolongada y Psicoeducación tienden a tener una atribución más correcta de la presencia de sus síntomas al trastorno mental. (Figura 8)

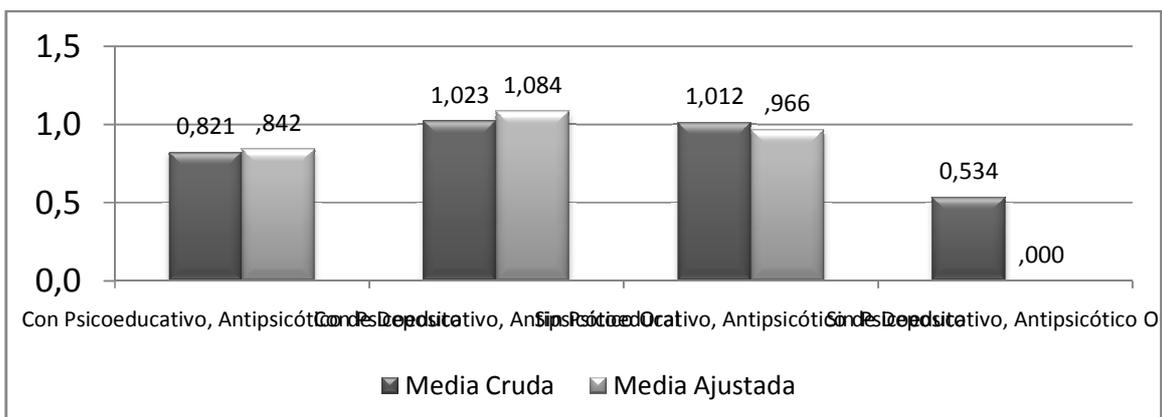


Figura 8. Muestra las diferencias con respecto a la Atribución de los síntomas al Trastorno mental en los grupos estudiados.

En cuanto a la puntuación global que reporta la escala en torno al Nivel de Conciencia De Trastorno Mental, que reúne los rubros antes descritos, se encontró diferencia significativa en relación al factor Psicoeducativo (gl 1, F 5.193, p 0.025), lo que significa que aquellos pacientes que recibieron Psicoeducación presentan una mejor conciencia del trastorno mental. (Figura 9).

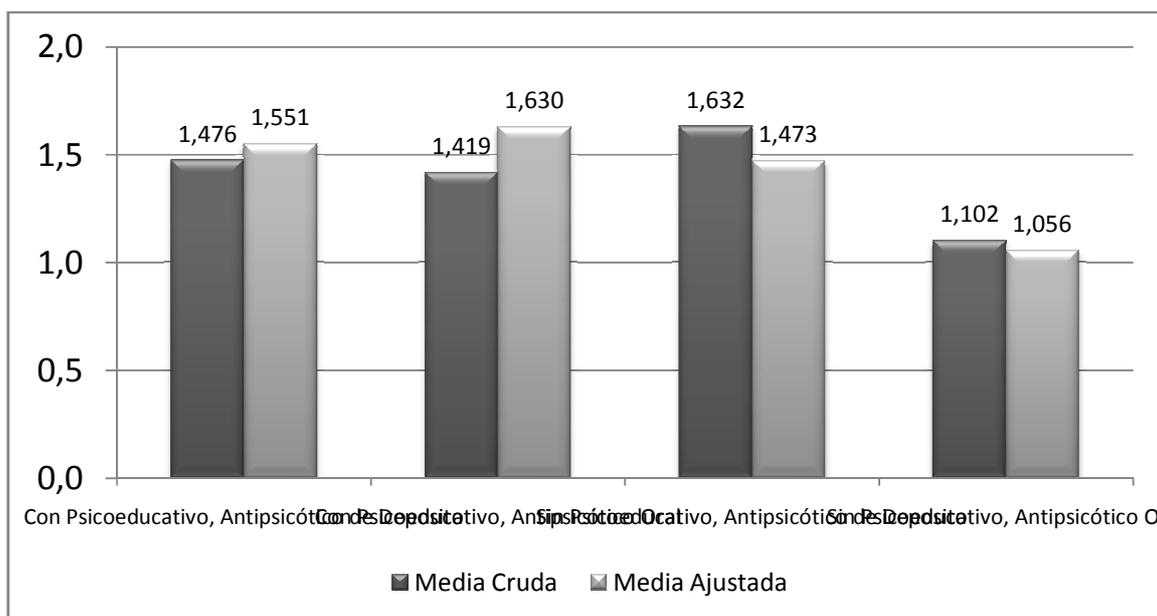


Figura 9. Muestra las diferencias en torno a la Puntuación Global de Conciencia de Trastorno Mental, en los grupos estudiados.

DISCUSION

Los resultados obtenidos en la presente investigación, apoyan parcialmente lo propuesto en la hipótesis de este trabajo, sobre encontrar mejores niveles de conciencia de enfermedad mental en aquellos pacientes bajo terapia combinada (Psicoeducación y tratamiento farmacológico a base de antipsicóticos de acción prolongada); ya que las diferencias más significativas entre los grupos se asociaron únicamente con la Psicoeducación, sin encontrarse diferencias estadísticamente significativas en cuanto al tipo de antipsicótico (acción corta o prolongada).

Cabe señalar que de acuerdo a lo reportado en este estudio, se puede observar que los pacientes pertenecientes al grupo 1 con Psicoeducación y antipsicótico de acción prolongada, presentaron en promedio un número mayor de hospitalizaciones psiquiátricas que el resto de los grupos y menos sesiones psicoeducativas, tal vez por que los criterios para ingresar al servicio de donde fueron tomados dichos pacientes para este estudio, como lo es la Clínica de Adherencia Terapéutica, sean el contar con antecedente de mal apego a la medicación y múltiples recaídas con hospitalizaciones psiquiátricas consecuentes; lo que según lo reportado por Herings en 2003 y De Hert en 2001 (12,13) se ha asociado con repercusiones en la adherencia al tratamiento, así como en el estilo de vida, los cuidadores y núcleo familiar, y consecuentemente en la conciencia de enfermedad; lo que quizá haya influido en las puntuaciones en cuanto a la conciencia de padecer una enfermedad mental.

En el análisis de los resultados de las subescalas del instrumento utilizado, se reportó que en el rubro de la Conciencia de padecer un trastorno mental, el factor psicoeducativo fue el que se encontró con diferencia estadísticamente significativa en los grupos estudiados, lo

que coincide con lo reportado por Schwartz y Carpenter (54, 68), en donde se hace hincapié en el efecto sinérgico de las intervenciones psicosociales como la Psicoeducación y el tratamiento farmacológico antipsicótico.

Por otro lado en torno a la Conciencia sobre los efectos obtenidos con la medicación, se encontró diferencia significativa en aquellos que recibieron la Psicoeducación, y dentro de estos en aquellos que recibieron también antipsicóticos de acción prolongada, lo que podría complementar lo descrito por Sajatovic y colaboradores en 2002, (47) agregando como factor en la actitud hacia la medicación, la presencia de esta combinación de tratamiento farmacológico y no farmacológico, en la conciencia sobre los efectos benéficos hacia la medicación.

North y colaboradores reportan en la literatura publicada, la importancia de intervenciones psicoeducativas en el entrenamiento necesario para entender, enfrentar los problemas producto de la enfermedad mental, lo que es confirmado por lo reportado en esta investigación, ya que se encontró una diferencia significativa con respecto a la conciencia de las consecuencias sociales del trastorno mental, en los pacientes que recibieron psicoeducación. (72)

En lo que corresponde a la Conciencia de los Síntomas de la Esquizofrenia, los resultados mostraron diferencias significativas en los grupos que recibieron Psicoeducación, y dentro de este en el que recibió Psicoeducación y antipsicóticos de depósito, confirmando nuevamente el efecto sinérgico de la medicación y la intervención psicosocial, y planteando lo que Schwartz, Carpenter y Díaz (54, 68, 70) describen como factores que no solo

contribuyen a su mejor control, sino que también a un manejo más conveniente de la enfermedad y mejorar los aspectos psicosociales.

En cuanto a la Correcta Atribución de los Síntomas al trastorno mental, se encontró únicamente diferencia significativa en los que recibieron Psicoeducación y Antipsicótico de Acción Prolongada.

Finalmente en la puntuación global, que abarca las subescalas anteriores, se encontró diferencia significativa en relación a una mejor conciencia de trastorno mental desde un enfoque multifactorial en los grupos con tratamiento psicoeducativo, lo que reafirma a este tipo de intervención psicosocial, como efectiva en la mejora de la conciencia de enfermedad mental, como lo han descrito Bhanji, Ziguras y Herz, en sus respectivas publicaciones. (51-53)

CONCLUSIONES

Los hallazgos de esta investigación se consideran relevantes ya que realzan la importancia de intervenciones psicosociales, como la Psicoeducación, en el tratamiento multidisciplinario de pacientes con Esquizofrenia, sobre todo en el rubro relacionado con la mejor adherencia terapéutica como lo es, la Conciencia de Enfermedad Mental.

Las diferencias en cuanto a las puntuaciones en la conciencia de los efectos obtenidos por la medicación, conciencia y la correcta atribución de los síntomas a la enfermedad mental, reportadas entre los grupos, llaman la atención ya que plantean el beneficio obtenido con un tratamiento conformado por Psicoeducación y Antipsicótico de depósito, lo que invita a promover este tipo de intervenciones dentro de nuestra práctica diaria y a reconocer esta combinación de tratamientos como una opción en el manejo de estos pacientes, así como a

la realización de estudios con una muestra mayor de individuos para corroborar y dimensionar lo aportado por esta investigación.

El utilizar instrumentos como la Escala de la No Conciencia de Trastorno Mental (SUMD), se muestra como un abordaje complementario en el estudio de la evolución, respuesta al tratamiento y pronóstico en estos pacientes.

Es entonces que estos hallazgos sugieren la necesidad de realizar futuras investigaciones en las cuales lo ideal sería llevar a cabo seguimientos de pacientes a través del tiempo para valorar el tamaño del efecto o el impacto de las intervenciones sociales en las recaídas y adherencia al tratamiento así como en otros factores relacionados con la conciencia de padecer un trastorno mental, y continuar en la búsqueda de nuevas estrategias terapéuticas que mejoren el pronóstico y calidad de vida de este tipo de pacientes.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Robinson D, Woerner M, Alvir J, et al. Predictors of relapse following response from a first episode of schizophrenia or schizoaffective disorder. *Arch Gen Psychiatry*. 1999;56(3): 241-247.
2. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 4a. Ed. TR. Washington.2000: 309.
3. Deveci A, Esen-Danaci A, Yurtsever F, Deniz F, Gürlek E. The effects of psychosocial skills training on symptomatology, Insight, quality of life, and suicide probability in schizophrenia. *Turkish Journal of Psychiatry* 2008; 19(3).
4. Lincoln T, Lüllmann E, Rief W. Correlates and long-term consequences of poor insight in patients with Schizophrenia. A Systematic Review. *Schizophrenia Bulletin* 2007vol. 33 no. 6 pp. 1324–1342.
5. Lehman AF, et al. APA practice guideline for the treatment of patients with schizophrenia. *Am J Psychiatry*. 2004;161(suppl 2):1-56.
6. Rossi A, Pacifico R, Stratta P. Attitudes toward medication and the clinical variables in schizophrenia: Structural equation models. *Patient Preference and Adherence* 2009;3 305–309.
7. Marder SR, Wirshing WC, Mintz J et al. Two-year outcome of social skills training and group psychotherapy for outpatients with schizophrenia. *Am J Psychiatry* 1996, 153:1585-1592.
8. Schooler NR. Relapse prevention and recovery in the treatment of schizophrenia. *J Clin Psychiatry* 2006, 67 (Suppl. 5):19-23.

9. Kane JM. Treatment Adherence and Long-term Outcomes. *CNS Spectr.* 2007;12:10(Suppl 17):21-26
10. Kissling W. Compliance, quality assurance and standards for relapse prevention in schizophrenia. *Acta Psychiatr Scand* 1994;89(Suppl. 382):16-24.
11. Weiden PJ, Olfson M. Cost of relapse in schizophrenia. *Schizophr Bull* 1995;21:419-29.
12. Herings RMC, Erkens JA. Increased suicide attempt rate among patients interrupting use of atypical antipsychotics. *Pharmacoepidemiol Drug Saf* 2003;12:423-4.
13. De Hert M, McKenzie K, Peuskens J. Risk factors for suicide in young people suffering from schizophrenia: a long-term follow-up study. *Schizophr Res* 2001;47:127-34.
14. Knapp M, King D, Pugner K, Lapuerta P. Non-adherence to antipsychotic medication regimens: associations with resource use and costs. *Brit J Psychiatry* 2004;184:509-16.
15. Olfson M, Mechanic D, Hansell S, Boyer C, Walkup J, Weiden PJ. Predicting medication non-compliance after hospital discharge among patients with schizophrenia. *Psychiatr Serv* 2000;51:216-22.
16. Hofer A, Kemmler G, Eder U, Edlinger M, et al. Quality of life in schizophrenia: the impact of psychopathology, attitude toward medication and side effects. *J Clin Psychiatry* 2004;65:932-9.
17. Hellewell JS. Patient's subjective experiences of antipsychotics: clinical relevance. *CNS Drugs* 2002;16:457-71.

18. Rettenbacher MA, Burns T, Kemmler G, Fleischhacker WW. Schizophrenia: attitudes of patients and professional carers towards the illness and antipsychotic medication. *Pharmacopsychiatry* 2004;37:103-9.
19. Velligan D, Francis Y, Glahn D, Barret J, Maples N, Ereshefsky L, et al. Defining and assessing adherence to oral antipsychotics: A review of the literature. *Schizophrenia Bulletin* 2006 vol. 32 no. 4 pp. 724–742.
20. Perkins DO. Adherence to antipsychotic medications. *J Clin Psychiatry* 1999;60 (suppl 21): 25-30.
21. Kane JM. Problems of compliance in the outpatient treatment in patients with schizophrenia. *J Clin Psychiatry* 1983;44 (6 pt): 3-6.
22. Masand P, Roca M, Turner M, Kane JM. Partial Adherence to antipsychotic medication impacts the course of illness in patients with schizophrenia: A review. *Prim Care Companion J Clin Psychiatry* 2009, 11 (4):147-154.
23. Aronson JK. Editors' view. Compliance, concordance, adherence. *Br J Clin Pharmacol* 2007; 63:383-384.
24. Lasser R, Schooler N, Kujawa M, Jarboe K, Docherty J, Weiden P. A new psychosocial tool for gaining patient understanding and acceptance of long-acting injectable antipsychotic therapy. *Psychiatry (Edgemont)* 2009;6(4):22–27.
25. Navarro F, Cardeno C, Cano J, Gomez JM, Jimenez K, Palacio C et al. Introspeccion en pacientes con psicosis. *Revista Colombiana de Psiquiatria* 2006, vol. XXXV:1:61-70
26. Amador XF, Strauss D, Yale SA, Gorman JM. Awareness of illness in schizophrenia. *SCHIZOPHRENIA BULLETIN* 1991, 1:113-132.

27. Cuesta MJ. Introspección y neuropsicología en el trastorno esquizofrénico. Psicofarmacología: de los mecanismos básicos a la respuesta clínica. Madrid; 1999. p. 385-401.
28. Markova IS, Berríos GE. The meaning of insight in clinical psychiatry. Br J Psychiatry. 1992;160:850-60.
29. David AS, Buchanan A, Reed A, Almeida O. The assessment of insight in psychosis. Br J Psychiatry. 1992;161:599-602.
30. World Health Organization. International pilot study of schizophrenia. 1973. Geneva: World Health Organization Press.
31. Amador XF, Flaum M, Andreasen NC, Strauss DH, Yale SA, Clark SC et al. Awareness of illness in schizophrenia and schizoaffective and mood disorders. Arch Gen Psychiatry. 1994; 51:826-36.
32. Pini S, Cassano GB, Dell'Oso L, Amador XF. Insight into illness in schizophrenia, schizoaffective disorder, and mood disorders with psychotic features. Am J Psychiatry. 2001;158:122-5.
33. Amador XF, Strauss DH, Yale SA, Flaum MM, Endicott J, Gorman JM. Assessment of insight in psychosis. Am J Psychiatry. 1993;150:873-9.
34. Amador XF, Strauss DH. Poor insight in schizophrenia. Psychiatr Q. 1993;64:305-18.
35. Cuesta MJ, Peralta V, Caro F, de León J. Is poor insight in psychotic disorders associated with poor performance on the Wisconsin Card Sorting Test? Am J Psychiatry. 1995;152:1380-2.

36. Lacro JP, Dunnn LB, Dolder CR, Leckband SG, et al. Prevalence and risk factors for medication nonadherence in patients with schizophrenia: a comprehensive review of recent literature. *J Clin Psychiatry* 2002;63:892-909.
37. Cramer J, Rosenhedck R. Compliance with medication regimens for Mental and Physical Disorders. *Psychiatr Serv* 1998;49:196-201.
38. Nose M, Barbui C, Tansella M. How often do patients with psychosis fail to adhere to treatment programmes? A systematic review. *Psychological Medicine* 2003, 33,1149-1160.
39. Robinson D, Woerner MG, Alvir JM, et al. Predictors of relapse following response from a first episode of schizophrenia or schizoaffective disorder. *Archives of General Psychiatry* 1999, 56:241-247.
40. Zygmunt A, Olfson M, Boyer C. A., et al. Interventions to improve medication adherence in schizophrenia. *American Journal of Psychiatry* 2002, 159:1653-1664.
41. Gray R, Leese M, Bindman J, Becker T, Burti L, David A, et al. Adherence therapy for people with schizophrenia. *British Journal of Psychiatry* 2006, 189, 508 - 514 .
42. Oehl M, Hummer M, Fleischhacker WW. Compliance with antipsychotic treatment. *Acta Psychiatr Scand Suppl* 2000;407:83-86.
43. Bebbington PE. The content and context of compliance. *Int Clin Psychopharmacol* 1995; 9 (suppl 5):41-50.
44. Tacchi MJ, Scott J. *Improving adherence in Schizophrenia and Bipolar Disorders*. The Atrium, Southern Gate, Chichester, West Sussex: John Wiley and Sons; 2005. pp 109-113.

45. Lacro JP, Dunn LB, Dolder CR, et al. Prevalence of and risk factors for medication nonadherence in patients with schizophrenia: a comprehensive review of recent literature. *J Clin Psychiatry* 2002; 63 (10):892-909.
46. Narasimhan M, Pae CU, Massand N, et al. Partial compliance with antipsychotics and its impact on patient outcomes. *Int J Psych Clin Pract* 2007, 11:102-111.
47. Sajatovic M, Rosch DS, Sivec HJ, et al. Insight into illness and attitudes toward medications among inpatients with schizophrenia. *Psychiatr Serv.* 2002;53:1319–1321.
48. Byerly M, Fisher R, Whatley K, Holland R, Varghese F, Carmody T, et al. A comparison of electronic monitoring vs. clinician rating of antipsychotic adherence in outpatients with schizophrenia. *Psychiatry Res* 2005;133:129-33.
49. Amador XF, Andreasen NC, Flaum M, Strauss DH, Yale SA, Clark S, et al. Awareness of illness in schizophrenia, schizoaffective and mood disorders. *Arch Gen Psychiatry* 1994;51: 826-36.
50. Ruiz A, Pousa E, Duño R, Crosas JM, Cuppa S, Garcia C. Adaptación al español de la escala de valoración de la no conciencia de trastorno mental (SUMD). *Actas Esp Psiquiatr* 2008;36(2):111-119.
51. Bhanji NH, Chouinard G, Margolese HC. A review of compliance, depot intramuscular antipsychotics and the new long-acting injectable atypical antipsychotic risperidone in schizophrenia. *Eur Neuropsychopharmacol.* 2004;14:87–92.
52. Ziguras SJ, Stuart GW. A meta-analysis of the effectiveness of mental health case management over 20 years. *Psychiatr Serv.* 2000;51:1410–1421.

53. HERZ MI: Early interventions in schizophrenia, Psychosocial Treatment of Schizophrenia. Elsevier Science Publishers 1990. Amsterdam, Vol.4:25-44.
54. Schwartz BJ, Cecil A, Iqbal N. Psychosocial treatments of schizophrenia. Psychiatric Annals 1993, 23:216-21.
55. Bellack AS, Mueser KT. A comprehensive treatment program for schizophrenia and chronic mental illness. Community Mental Health J 1993, 22:175-89.
56. Penn DL, Mueser KT. Research update on the psychosocial treatment of schizophrenia. Am J Psychiatry 1996, 153:607-17.
57. Mc Evoy J. The expert consensus guideline series: treatment of schizophrenia. J Clinical Psychiatry 1999, 60(Supl): 11.
58. Lehman J. Comentario: What happens to psychosocial treatment on the way to the clinic. Schizophrenia Bull 2000, 26(1):137-44.
59. HARVARD MEDICAL SCHOOL: The Harvard Mental Health Letter. 2001. The psychosocial treatment of schizophrenia- Part I, 18(2): 1-4.
60. Rossler W, Haug HJ, Munk-Jorgensen P. The psychosocial basis of schizophrenia. Acta Psychiatrica Scandinavica 2000, 407 (102):1-99.
61. Munk-Jorgensen P. Abstract book 13th International symposium for the psychological treatment of schizophrenia and other psychoses. Acta Psychiatrica Scandinavica 2000, 404(102):1-81.
62. Smith M, Glass G, Miller T. The benefits of psychotherapy. Johns Hopkins University Press, Baltimore, 1980.
63. Quality Assurance Project. Treatment outlines for the management of schizophrenia. Australian New Zealand J 1984. Psychiatry, 18:19-38.

64. Benton MK, Schoroeder HE. Social skills training with schizophrenics, meta-analytic evaluation. *J Consulting Clin Psychology* 1990, 58:741-47.
65. Marri JJ, Steiner D. An overview of family interventions and relapse on schizophrenia: meta-analysis of research findings. *Psychological Medicine* 1994, 24:565-78.
66. Mojtabai R, Nicholson R, Carpenter B. Role of psychosocial treatments in the management of schizophrenia: A meta-analytic review of controlled outcome studies. *Schizophrenia Bull* 1998, 24:569-87.
67. Huxley N, Rendall M, Sederer LI. Psychosocial treatments in schizophrenia. A review of the past 20 years. *J Nervous Mental Disease* 2000, 188:187-201.
68. Carpenter WTJr, Keith SJ. Integrating treatments in schizophrenia. *Psychiatric Clinics North America* 1986, 9:153-164.
69. Xiang Y, Weng Y, Li W et al. Training patients with schizophrenia with the community re-entry module: a controlled study. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2006, 41:464-469.
70. Díaz J, González E, Varela C. Psicoeducación: Modelos para Esquizofrenia, Depresión, Trastornos por Déficit de Atención, Trastornos de Alimentación. Programa de Actualización Continua en Psiquiatría. Neurociencias 2001. PAC-3 APM , Libro 6, p.p. 299-320
71. Hogarty G. Anderson C. Reiss D. Family psychoeducation, social skills training and maintenance chemotherapy in the aftercare of schizophrenia. *Arch Gen Psychiatry* 1986 Vol 43 pp 633-642

72. North C. Pollio D. Sachar B. Hong B. Inserberg K. Bufe G. The family as a caregiver: a group psychoeducation model for schizophrenia. *Am J Psychiatry* 1998 Vol 68, No1 pp 39-46
73. Goldstein M. Psychoeducation and relapse prevention. *International Clinical Psychopharmacology* 1995, Vol 9 No5 pp 59-69
74. Valencia M. Manejo Psicosocial del Paciente Esquizofrénico en Psiquiatría. *Salud Mental*. México. Septiembre- Diciembre de 1996. Vol. 12. No.3 pp. 72-84.
75. Valencia M. Funcionamiento Psicosocial en pacientes con esquizofrenia: treinta meses de seguimiento comunitario. *Salud Mental*. México. 1997. Vol. 20, No. 2. 28-37
76. Valencia M. Programa de Intervención Psicosocial para pacientes esquizofrénicos crónicos. *Salud Mental, Número Especial*. 1999. P. 128-136
77. Manual de Procedimientos de la Clínica de Adherencia Terapéutica. Hospital Psiquiátrico “Fray Bernardino Álvarez”. Secretaria de Salud. Marzo 2009.
78. Roca M, Cañas F, Olivares JM, Rodríguez A, Giner J. Adherencia al tratamiento en la Esquizofrenia. *Actas Esp Psiquiatr* 2007;35(Suppl. 1):1-6
79. Aleman A, Agrawal N, Morgan K, David A. Insight in psychosis and neuropsychological function. Meta-analysis. *British Journal of Psychiatry* 2006, 189, 204 -212 .
80. Principales Causas de Morbilidad. Reporte Estadístico Enero a Diciembre 2009. Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez. Secretaria de Salud. Mexico 2010.
81. Rainer MK. Risperidone long-acting injection: a review o its long term safety and efficacy. *Neuropsychiatric Disease and Treatment* 2008;4(5) 919–927

ANEXO I

“NIVEL DE CONCIENCIA DE ENFERMEDAD MENTAL EN PACIENTES CON ESQUIZOFRENIA BAJO TRATAMIENTO CON ANTIPSICOTICOS DE ACCION PROLONGADA Y PSICOEDUCACION EN EL HOSPITAL PSIQUIATRICO FRAY BERNARDINO ALVAREZ: ESTUDIO COMPARATIVO”

CONSENTIMIENTO INFORMADO

1. **Propósito:** Le solicito tomar parte en un estudio de investigación para evaluar el nivel de conciencia de enfermedad en pacientes con diagnóstico de Esquizofrenia bajo tratamiento en esta institución. Las investigaciones que existen han indicado que el nivel de conciencia de enfermedad está relacionado con el apego al tratamiento y por consiguiente con el menor número de recaídas y hospitalizaciones. Si se encontrara un nivel bajo de conciencia de enfermedad en los pacientes que participen en este estudio, será posible plantear estrategias para mejorar dicha conciencia de enfermedad, y poder ofrecer mejores opciones en el tratamiento para este padecimiento. El estar en este estudio no afectará o modificará su tratamiento médico de ninguna forma.
2. **Procedimientos y duración:** Los procedimientos que se realicen tendrán tan solo propósitos de investigación. Si acepta participar en este estudio, se le pedirá que complete los siguientes procedimientos de investigación:
 - Se realizará, en una entrevista con una duración aproximada de 1 a 1.5 horas, la aplicación por parte del investigador, de dos escalas de evaluación:
 - o La escala para el síndrome positivo y negativo de la Esquizofrenia (conocida por sus siglas en inglés como PANSS) la cual consta de 30 ítems.
 - o La Escala de Evaluación de No conciencia de trastorno Mental (conocida por sus siglas en inglés como SUMD) la cual consta de 43 ítems.

Los datos proporcionados como su nombre, edad, estado civil, etc; y el resultado de las escalas de evaluación se anotarán en hojas preparadas para tal fin y su manejo será completamente confidencial.

El investigador a cargo de este protocolo de estudio y con acceso a estos datos, podría obtener un beneficio académico. No existen planes para dar compensación alguna a usted o sus familiares a partir de estos estudios.

3. **Riesgos e incomodidades:** Los riesgos de participar en este estudio incluyen el inconveniente de la entrevista, su duración y revelar información personal. No está demás recalcar que las entrevistas serán conducidas de forma privada y que la información que nos proporcione no será compartida con otros miembros de su familia, sin autorización previa. La entrevista será realizada por personas con entrenamiento en psiquiatría, los cuales están entrenados para proteger la confidencialidad y para evitar inconvenientes o factores de incomodidad.
4. **Beneficios potenciales:** La participación en este estudio no le traerá beneficios personales. Es posible que este estudio nos lleve a un mayor conocimiento acerca de los factores relacionados con la conciencia de la enfermedad mental en pacientes

con Esquizofrenia. No se les proporcionará a los participantes de este estudio ninguna información concerniente a los resultados. No se le garantiza que obtenga algún beneficio por participar en este estudio.

5. **Derecho a retirarse del estudio:** La participación en este estudio es voluntaria. Usted puede rehusarse a estar en el estudio o retirarse en cualquier momento. Si decide no tomar parte o retirarse, esto no afectará su futuro cuidado médico en el Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez.
6. **En caso de lesión:** Debido al tipo y a las características del estudio no se prevé que usted pueda salir lesionado.
7. **Confidencialidad:** Su identidad permanecerá confidencial. Si surgen publicaciones o presentaciones de los resultados de este proyecto, su identidad permanecerá confidencial. La información de identificación será asegurada en la oficina del proyecto y tan solo el Dr. Adrian Novelo Del Valle tendrá acceso a ella. Esto significa que su nombre, edad, tratamiento actual o cualquier otra información que pueda identificarlo por su nombre no será brindada a otra persona sin su consentimiento por escrito. Ninguna de la información de este estudio aparecerá en sus registros médicos y no se brindará a otras instituciones. La clave que relaciona su código de información de su identidad será asegurada en la oficina de investigación de este lugar.

Si tiene alguna pregunta, siéntase libre de hacerla. Si más tarde tiene preguntas adicionales o desea informar acerca de un problema médico que pueda estar relacionado con este estudio, el Dr. Adrian Novelo Del Valle puede ser localizado en horas de trabajo en el celular 044 5521077421 o por vía e-mail en la dirección: noveloadrian@hotmail.com

Se le proporcionará una copia firmada de esta forma para que la guarde.

SU FIRMA INDICA QUE USTED HA DECIDIDO FORMAR PARTE DE ESTE ESTUDIO DE INVESTIGACION Y QUE HA LEIDO Y COMPRENDIDO LA INFORMACION ANTERIOR Y QUE SE LE HA EXPLICADO.

FIRMA DEL PACIENTE

FIRMA DEL TESTIGO

FIRMA DEL INVESTIGADOR

FECHA

ANEXO II

**“NIVEL DE CONCIENCIA DE ENFERMEDAD MENTAL EN PACIENTES CON
ESQUIZOFRENIA BAJO TRATAMIENTO CON ANTIPSICOTICOS DE ACCION
PROLONGADA Y PSICOEDUCACION EN EL HOSPITAL PSIQUIATRICO FRAY
BERNARDINO ALVAREZ: ESTUDIO COMPARATIVO”**

ENCUESTA SOCIODEMOGRAFICA

FOLIO: _____

NOMBRE: _____

EDAD: _____

SEXO:

ESTADO CIVIL: _____

DIAGNOSTICO: _____

NO. HOSPITALIZACIONES: _____ ÚLTIMA: _____

TRATAMIENTO ACTUAL: _____

PSICOEDUCACION: SI __ NO__

NO. SESIONES: _____ ÚLTIMA: _____

FECHA: _____

ANEXO III

ESCALA PARA EVALUAR LA NO CONCIENCIA DE TRASTORNO MENTAL (SUMD)*

Ruiz A, Pousa E, Duñó R, Crosas J, Cuppa S, García C.
Spanish adaptation of the Scale to Assess Unawareness of Mental Disorder (SUMD).
Actas Esp Psiquiatr. 2008 Mar-Apr;36(2):111-119.

INSTRUCCIONES

Esta escala requiere que el sujeto tenga un trastorno mental con alguno de los síntomas que se detallan mas abajo. Por cada síntoma-ítem de la escala, primero se debe comprobar que el sujeto ha presentado este síntoma particular durante el periodo bajo investigación. La severidad del síntoma no es relevante, únicamente que esté claramente presente. La verificación de la lista de síntomas debe llevarse a cabo antes de rellenar la escala , a fin de determinar que síntoma-ítems son relevantes. Los tres ítems “sumarios” (números 1, 2 y 3), que no corresponden a síntomas específicos, normalmente son relevantes y deben ser cumplimentados si ese es el caso.

En la columna Actual “A”, se califica el máximo nivel de conciencia apreciado durante la entrevista para la psicopatología actual.

En la columna Pasado “P”, se califica el nivel presente de conciencia por cada ítem acontecido durante un periodo de tiempo anterior a la investigación en curso. En otras palabras, cuando se pregunta acerca de un episodio particular del pasado, el sujeto en el momento presente podría decir que entonces él estaba delirando, con trastornos del pensamiento , sin capacidad para relacionarse socialmente, mentalmente enfermo, etc...

Se pueden utilizar periodos de tiempo mas cortos o mas largos para la valoración actual y retrospectiva de la conciencia y la atribución, dependiendo de los objetivos de la investigación.

En los síntoma-ítems (numeros 4-20) se debe valorar la comprensión del sujeto acerca de la causa de su síntoma (la atribución).

NOTA : por cada síntoma, los ítems de atribución serán evaluados solo si el sujeto ha recibido una puntuación entre 1 y 3 en el ítem de la conciencia.

LISTA DE SÍNTOMAS

Enmarque con un círculo la “A” para actual o la “P” para pasado, situadas junto al número de ítem, para señalar que síntomas ítems y periodos de tiempo han de ser evaluados.

<i>Item</i>			<i>Síntoma</i>
4	A	P	Alucinaciones
5	A	P	Delirio(s)
6	A	P	Trastorno del pensamiento
7	A	P	Afecto inapropiado
8	A	P	Apariencia o vestimenta inusual
9	A	P	Comportamiento estereotipado o ritualístico
10	A	P	Juicio social empobrecido
11	A	P	Control pobre de los impulsos agresivos
12	A	P	Control pobre de los impulsos sexuales
13	A	P	Alogia
14	A	P	Aplanamiento o embotamiento afectivo
15	A	P	Desgana o apatía
16	A	P	Anhedonia-asocialidad
17	A	P	Atención pobre
18	A	P	Confusión-desorientación
19	A	P	Contacto visual inusual
20	A	P	Relaciones sociales pobres

*** SCALE TO ASSESS UNAWARENESS OF MENTAL DISORDERS**

Developed by Xavier F. Amador, Ph.D., and David H. Strauss, M.D., Schizophrenia Research Unit, New York State Psychiatric Institute, Unit #2, 722 West 168th St., NY, NY 10032.
Version 3.1 REVISED: June 18, 1991.

ITEMS GENERALES

1. Conciencia de trastorno mental

¿ En términos generales, la persona cree que tiene un trastorno mental, un problema psiquiátrico, una dificultad emocional, etc...?

A	P	
0	0	No puede ser valorado.
1	1	Conciencia: el sujeto claramente cree que tiene un trastorno mental.
2	2	
3	3	Conciencia intermedia: está inseguro de tener un trastorno mental, pero puede considerar la idea de que pueda tenerlo.
4	4	
5	5	No conciencia: cree que no tiene un trastorno mental.

2. Conciencia sobre los efectos obtenidos con la medicación

¿ Cual es la opinión de la persona sobre los efectos de la medicación? ¿ Cree la persona que la medicación le ha disminuido la intensidad o frecuencia de los síntomas (si es que ello es aplicable) ?

A	P	
0	0	No puede ser valorado.
1	1	Conciencia: el sujeto claramente cree que tiene un trastorno mental.
2	2	
3	3	Conciencia intermedia: está inseguro de tener un trastorno mental, pero puede considerar la idea de que pueda tenerlo.
4	4	
5	5	No conciencia: cree que no tiene un trastorno mental.

3. Conciencia de las consecuencias sociales del trastorno mental

¿ Cual es la opinión de la persona acerca de las razones por las que ha sido ingresado en un hospital, hospitalizado involuntariamente, arrestado, desalojado, despedido, herido, etc...?

A	P	
0	0	No puede ser valorado.
1	1	Conciencia: el sujeto claramente cree que tiene un trastorno mental.
2	2	
3	3	Conciencia intermedia: está inseguro de tener un trastorno mental, pero puede considerar la idea de que pueda tenerlo.
4	4	
5	5	No conciencia: cree que no tiene un trastorno mental.

LISTA DE ITEMS CORRESPONDIENTES A LOS SINTOMAS

4. Conciencia de alucinaciones

¿La persona reconoce que tiene falsas percepciones? Por ejemplo, una persona que cree que está oyendo la voz de su tío muerto, no tiene conciencia de la naturaleza falsa de esta percepción. Si puede considerar que esta percepción está producida en su interior, por ejemplo “ estoy bajo mucho estrés, supongo que mi mente puede estar gastándose una mala pasada”, entonces tiene una conciencia intermedia. Si cree que su tío no puede estar hablándole y que esa percepción debe ser falsa, entonces tiene conciencia.

A	P	
0	0	No puede ser valorado.
1	1	Conciencia: el sujeto claramente cree que tiene un trastorno mental.
2	2	
3	3	Conciencia intermedia: está inseguro de tener un trastorno mental, pero puede considerar la idea de que pueda tenerlo.
4	4	
5	5	No conciencia: cree que no tiene un trastorno mental.

4b. Atribución

¿Cómo explica la el sujeto esta experiencia?

A	P	
0	0	No puede ser valorado.
1	1	Conciencia: el sujeto claramente cree que tiene un trastorno mental.
2	2	
3	3	Conciencia intermedia: está inseguro de tener un trastorno mental, pero puede considerar la idea de que pueda tenerlo.
4	4	
5	5	No conciencia: cree que no tiene un trastorno mental.

5. Conciencia de delirios

¿ La persona es consciente de que sus experiencias son creencias falsas? ¿Considera que estas falsa creencias son producidas por él mismo? Si se se reconoce teniendo “pensamientos absurdos” o refiere que “mi mente puede haber estado jugándome una mala pasada”, entonces tiene una conciencia intermedia.

A	P	
0	0	No puede ser valorado.
1	1	Conciencia: el sujeto claramente cree que tiene un trastorno mental.
2	2	
3	3	Conciencia intermedia: está inseguro de tener un trastorno mental, pero puede considerar la idea de que pueda tenerlo.
4	4	
5	5	No conciencia: cree que no tiene un trastorno mental.

5b. Atribución

¿Cómo explica el sujeto esta experiencia?

A	P	
0	0	No puede ser valorado.
1	1	Conciencia: el sujeto claramente cree que tiene un trastorno mental.
2	2	
3	3	Conciencia intermedia: está inseguro de tener un trastorno mental, pero puede considerar la idea de que pueda tenerlo.
4	4	
5	5	No conciencia: cree que no tiene un trastorno mental.

6. Conciencia de trastorno del pensamiento

¿ La persona se da cuenta de que su comunicación está desorganizada y es difícil de comprender para los demás ?

A	P	
0	0	No puede ser valorado.
1	1	Conciencia: el sujeto claramente cree que tiene un trastorno mental.
2	2	
3	3	Conciencia intermedia: está inseguro de tener un trastorno mental, pero puede considerar la idea de que pueda tenerlo.
4	4	
5	5	No conciencia: cree que no tiene un trastorno mental.

6b. Atribución

¿Cómo explica el sujeto esta experiencia?

A	P	
0	0	No puede ser valorado.
1	1	Conciencia: el sujeto claramente cree que tiene un trastorno mental.
2	2	
3	3	Conciencia intermedia: está inseguro de tener un trastorno mental, pero puede considerar la idea de que pueda tenerlo.
4	4	
5	5	No conciencia: cree que no tiene un trastorno mental.

7. Conciencia de afecto inapropiado

¿La persona se da cuenta de que la expresión de sus afectos es a veces discordante o inapropiada de acuerdo a las circunstancias sociales y/o a los contenidos de sus pensamientos?

A	P	
0	0	No puede ser valorado.
1	1	Conciencia: el sujeto claramente cree que tiene un trastorno mental.
2	2	
3	3	Conciencia intermedia: está inseguro de tener un trastorno mental, pero puede considerar la idea de que pueda tenerlo.
4	4	
5	5	No conciencia: cree que no tiene un trastorno mental.

7b. Atribución

¿Cómo explica el sujeto esta experiencia?

A	P	
0	0	No puede ser valorado.
1	1	Conciencia: el sujeto claramente cree que tiene un trastorno mental.
2	2	
3	3	Conciencia intermedia: está inseguro de tener un trastorno mental, pero puede considerar la idea de que pueda tenerlo.
4	4	
5	5	No conciencia: cree que no tiene un trastorno mental.

8. Conciencia de apariencia inusual

¿La persona se da cuenta de que su apariencia (vestimenta, maquillaje, etc.) es inusual o bizarra en su contexto socio-cultural?

A	P	
0	0	No puede ser valorado.
1	1	Conciencia: el sujeto claramente cree que tiene un trastorno mental.
2	2	
3	3	Conciencia intermedia: está inseguro de tener un trastorno mental, pero puede considerar la idea de que pueda tenerlo.
4	4	
5	5	No conciencia: cree que no tiene un trastorno mental.

8b. Atribución

¿Cómo explica el sujeto esta experiencia?

A	P	
0	0	No puede ser valorado.
1	1	Conciencia: el sujeto claramente cree que tiene un trastorno mental.
2	2	
3	3	Conciencia intermedia: está inseguro de tener un trastorno mental, pero puede considerar la idea de que pueda tenerlo.
4	4	
5	5	No conciencia: cree que no tiene un trastorno mental.

9. Conciencia de estereotipias o conductas ritualistas

¿La persona se da cuenta de que mantiene posturas o realiza actos repetitivos o de forma ritualista?

A	P	
0	0	No puede ser valorado.
1	1	Conciencia: el sujeto claramente cree que tiene un trastorno mental.
2	2	
3	3	Conciencia intermedia: está inseguro de tener un trastorno mental, pero puede considerar la idea de que pueda tenerlo.
4	4	
5	5	No conciencia: cree que no tiene un trastorno mental.

9b. Atribución

¿Cómo explica el sujeto esta experiencia?

A	P	
0	0	No puede ser valorado.
1	1	Conciencia: el sujeto claramente cree que tiene un trastorno mental.
2	2	
3	3	Conciencia intermedia: está inseguro de tener un trastorno mental, pero puede considerar la idea de que pueda tenerlo.
4	4	
5	5	No conciencia: cree que no tiene un trastorno mental.

10. Conciencia de juicio social pobre

¿La persona se da cuenta de que su manera de actuar en un contexto social es tal que consigue que la gente a su alrededor se sienta avergonzada, irritada o generalmente incómoda?

A	P	
0	0	No puede ser valorado.
1	1	Conciencia: el sujeto claramente cree que tiene un trastorno mental.
2	2	
3	3	Conciencia intermedia: está inseguro de tener un trastorno mental, pero puede considerar la idea de que pueda tenerlo.
4	4	
5	5	No conciencia: cree que no tiene un trastorno mental.

10b. Atribución

¿Cómo explica el sujeto esta experiencia?

A	P	
0	0	No puede ser valorado.
1	1	Conciencia: el sujeto claramente cree que tiene un trastorno mental.
2	2	
3	3	Conciencia intermedia: está inseguro de tener un trastorno mental, pero puede considerar la idea de que pueda tenerlo.
4	4	
5	5	No conciencia: cree que no tiene un trastorno mental.

11. Conciencia de control pobre de los impulsos agresivos

¿La persona se da cuenta de que tiene un control pobre de sus impulsos agresivos?

A	P	
0	0	No puede ser valorado.
1	1	Conciencia: el sujeto claramente cree que tiene un trastorno mental.
2	2	
3	3	Conciencia intermedia: está inseguro de tener un trastorno mental, pero puede considerar la idea de que pueda tenerlo.
4	4	
5	5	No conciencia: cree que no tiene un trastorno mental.

11b. Atribución: ¿Cómo explica el sujeto esta experiencia?

A	P	
0	0	No puede ser valorado.
1	1	Conciencia: el sujeto claramente cree que tiene un trastorno mental.
2	2	
3	3	Conciencia intermedia: está inseguro de tener un trastorno mental, pero puede considerar la idea de que pueda tenerlo.
4	4	
5	5	No conciencia: cree que no tiene un trastorno mental.

12. Conciencia de control pobre de los impulsos sexuales

¿La persona se da cuenta de que tiene un control pobre de sus impulsos sexuales ?

A	P	
0	0	No puede ser valorado.
1	1	Conciencia: el sujeto claramente cree que tiene un trastorno mental.
2	2	
3	3	Conciencia intermedia: está inseguro de tener un trastorno mental, pero puede considerar la idea de que pueda tenerlo.
4	4	
5	5	No conciencia: cree que no tiene un trastorno mental.

12b. Atribución

¿Cómo explica el sujeto esta experiencia?

A	P	
0	0	No puede ser valorado.
1	1	Conciencia: el sujeto claramente cree que tiene un trastorno mental.
2	2	
3	3	Conciencia intermedia: está inseguro de tener un trastorno mental, pero puede considerar la idea de que pueda tenerlo.
4	4	
5	5	No conciencia: cree que no tiene un trastorno mental.

13. Conciencia de habla entrecortada o empobrecida (alogia)

¿La persona se da cuenta de que su discurso está empobrecido respecto a la cantidad o al contenido; o que es lento para responder a las preguntas o perseverante?

Valorar la conciencia de la persona sobre estos aspectos de forma global.

A	P	
A	P	
0	0	No puede ser valorado.
1	1	Conciencia: el sujeto claramente cree que tiene un trastorno mental.
2	2	
3	3	Conciencia intermedia: está inseguro de tener un trastorno mental, pero puede considerar la idea de que pueda tenerlo.
4	4	
5	5	No conciencia: cree que no tiene un trastorno mental.

13b. Atribución

¿Cómo explica el sujeto esta experiencia?

A	P	
0	0	No puede ser valorado.
1	1	Conciencia: el sujeto claramente cree que tiene un trastorno mental.
2	2	
3	3	Conciencia intermedia: está inseguro de tener un trastorno mental, pero puede considerar la idea de que pueda tenerlo.
4	4	
5	5	No conciencia: cree que no tiene un trastorno mental.

14. Conciencia de afecto aplanado o embotado

¿La persona se da cuenta de que su expresión facial es inmutable, menos espontánea, con menor respuesta afectiva, o que realiza pocos gestos expresivos, tiene escaso contacto visual, o que a su voz le falta inflexión? *No evaluar la valoración que hace la persona de su propio estado de ánimo.*

A	P	
0	0	No puede ser valorado.
1	1	Conciencia: el sujeto claramente cree que tiene un trastorno mental.
2	2	
3	3	Conciencia intermedia: está inseguro de tener un trastorno mental, pero puede considerar la idea de que pueda tenerlo.
4	4	
5	5	No conciencia: cree que no tiene un trastorno mental.

14b. Atribución

¿Cómo explica el sujeto esta experiencia?

A	P	
0	0	No puede ser valorado.
1	1	Conciencia: el sujeto claramente cree que tiene un trastorno mental.
2	2	
3	3	Conciencia intermedia: está inseguro de tener un trastorno mental, pero puede considerar la idea de que pueda tenerlo.
4	4	
5	5	No conciencia: cree que no tiene un trastorno mental.

15. Conciencia de desgana o apatía

¿La persona se da cuenta de que parece que presta menos atención de lo normal al cuidado e higiene personal o que tiende a estar menos activo o persistente en alcanzar una meta?

A	P	
A	P	
0	0	No puede ser valorado.
1	1	Conciencia: el sujeto claramente cree que tiene un trastorno mental.
2	2	
3	3	Conciencia intermedia: está inseguro de tener un trastorno mental, pero puede considerar la idea de que pueda tenerlo.
4	4	
5	5	No conciencia: cree que no tiene un trastorno mental.

15b. Atribución

¿ Cómo explica el sujeto esta experiencia?

A	P	
0	0	No puede ser valorado.
1	1	Conciencia: el sujeto claramente cree que tiene un trastorno mental.
2	2	
3	3	Conciencia intermedia: está inseguro de tener un trastorno mental, pero puede considerar la idea de que pueda tenerlo.
4	4	
5	5	No conciencia: cree que no tiene un trastorno mental.

16. Conciencia de anhedonia o asocialidad

¿ La persona se da cuenta de que su conducta refleja una aparente disminución para experimentar interés o placer mientras participa en actividades normalmente asociadas a estas sensaciones o que no muestra interés en la relación social?

A	P	
0	0	No puede ser valorado.
1	1	Conciencia: el sujeto claramente cree que tiene un trastorno mental.
2	2	
3	3	Conciencia intermedia: está inseguro de tener un trastorno mental, pero puede considerar la idea de que pueda tenerlo.
4	4	
5	5	No conciencia: cree que no tiene un trastorno mental.

16b. Atribución: ¿ Cómo explica el sujeto esta experiencia?

A	P	
0	0	No puede ser valorado.
1	1	Conciencia: el sujeto claramente cree que tiene un trastorno mental.
2	2	
3	3	Conciencia intermedia: está inseguro de tener un trastorno mental, pero puede considerar la idea de que pueda tenerlo.
4	4	
5	5	No conciencia: cree que no tiene un trastorno mental.

17. Conciencia de atención pobre

¿ La persona se da cuenta de que parece tener dificultades para focalizar o mantener la atención?

A	P	
0	0	No puede ser valorado.
1	1	Conciencia: el sujeto claramente cree que tiene un trastorno mental.
2	2	
3	3	Conciencia intermedia: está inseguro de tener un trastorno mental, pero puede considerar la idea de que pueda tenerlo.
4	4	
5	5	No conciencia: cree que no tiene un trastorno mental.

17b. Atribución

¿ Cómo explica el sujeto esta experiencia?

A	P	
0	0	No puede ser valorado.
1	1	Conciencia: el sujeto claramente cree que tiene un trastorno mental.
2	2	
3	3	Conciencia intermedia: está inseguro de tener un trastorno mental, pero puede considerar la idea de que pueda tenerlo.
4	4	
5	5	No conciencia: cree que no tiene un trastorno mental.

18. Conciencia de confusión o desorientación.

¿ La persona se da cuenta de que parece confuso o desorientado?

A	P	
0	0	No puede ser valorado.
1	1	Conciencia: el sujeto claramente cree que tiene un trastorno mental.
2	2	
3	3	Conciencia intermedia: está inseguro de tener un trastorno mental, pero puede considerar la idea de que pueda tenerlo.
4	4	
5	5	No conciencia: cree que no tiene un trastorno mental.

18b. Atribución: ¿ Cómo explica el sujeto esta experiencia?

A	P	
0	0	No puede ser valorado.
1	1	Conciencia: el sujeto claramente cree que tiene un trastorno mental.
2	2	
3	3	Conciencia intermedia: está inseguro de tener un trastorno mental, pero puede considerar la idea de que pueda tenerlo.
4	4	
5	5	No conciencia: cree que no tiene un trastorno mental.

19. Conciencia de un contacto visual inusual

¿ La persona se da cuenta de que su forma de mirar es inusual ya sea porque su mirada “atraviesa” a la persona con la que está hablando o porque evita excesivamente el contacto visual?

A	P	
0	0	No puede ser valorado.
1	1	Conciencia: el sujeto claramente cree que tiene un trastorno mental.
2	2	
3	3	Conciencia intermedia: está inseguro de tener un trastorno mental, pero puede considerar la idea de que pueda tenerlo.
4	4	
5	5	No conciencia: cree que no tiene un trastorno mental.

19b. Atribución

¿ Cómo explica el sujeto esta experiencia?

A	P	
0	0	No puede ser valorado.
1	1	Conciencia: el sujeto claramente cree que tiene un trastorno mental.
2	2	
3	3	Conciencia intermedia: está inseguro de tener un trastorno mental, pero puede considerar la idea de que pueda tenerlo.
4	4	
5	5	No conciencia: cree que no tiene un trastorno mental.

20. Conciencia de unas relaciones sociales pobres

¿ La persona se da cuenta de que parece tener pocas o ninguna relación estrecha fuera de su familia y que las que tiene son superficiales?

A	P	
0	0	No puede ser valorado.
1	1	Conciencia: el sujeto claramente cree que tiene un trastorno mental.
2	2	
3	3	Conciencia intermedia: está inseguro de tener un trastorno mental, pero puede considerar la idea de que pueda tenerlo.
4	4	
5	5	No conciencia: cree que no tiene un trastorno mental.

20b. Atribución

¿ Cómo explica el sujeto esta experiencia?

A	P	
0	0	No puede ser valorado.
1	1	Conciencia: el sujeto claramente cree que tiene un trastorno mental.
2	2	
3	3	Conciencia intermedia: está inseguro de tener un trastorno mental, pero puede considerar la idea de que pueda tenerlo.
4	4	
5	5	No conciencia: cree que no tiene un trastorno mental.

SUBESCALAS PUNTUACIÓN TOTAL

SINTOMAS ACTUALES, PUNTUACION DE LA NO CONCIENCIA

Puntuación total ítems 4-20 / Número de ítems relevantes = Puntuación total

..... / =

SINTOMAS PASADOS, PUNTUACION DE LA NO CONCIENCIA

Puntuación total ítems 4-20 / Número de ítems relevantes = Puntuación total

..... / =

SINTOMAS ACTUALES, PUNTUACION DE LA INCORRECTA ATRIBUCION

Puntuación total de los ítems 4-20 “b” / Número de ítems relevantes = Puntuación total

..... / =

SINTOMAS PASADOS, PUNTUACIÓN DE LA INCORRECTA ATRIBUCION

Puntuación total de los ítems 4-20 “b” / Número de ítems relevantes = Puntuación total

..... / =

TOTAL ESCALA SUMD: Actual (0-5)

TOTAL ESCALA SUMD: Pasado (0-5)

CONCIENCIA

Item 1 _____
Item 2 _____
Item 3 _____

Items 4-20 _____

CONCIENCIA

Item 1 _____
Item 2 _____
Item 3 _____

Items 4-20 _____

ATRIBUCION

Items 4-20 _____

ATRIBUCION

Items 4-20 _____

MEDIA TOTAL : _____

MEDIA TOTAL : _____