
ANÁLISIS DE LA EFECTIVIDAD DE LA GUÍA DE PLANIFICACIÓN DE CONSULTA EN SALUD MENTAL

Santiago Mañero Sanchez

Monitor Ocupacional.

Programa de Apoyo Sostenido Cáceres, Hermanas Hospitalarias, Cáceres. Centro concertado con el Servicio Extremeño de Salud (SES).

Ana Belen Roncero Merino

Psicóloga.

Coordinadora Técnica Centro de Rehabilitación Psicosocial y Programa de Apoyo sostenido Cáceres, Hermanas Hospitalarias, Cáceres. Centro concertado con el Servicio Extremeño de Salud (SES).

Susana Martin Mora

Psicóloga.

Centro de Rehabilitación Psicosocial de Cáceres, Hermanas Hospitalarias, Cáceres. Centro concertado con el Servicio Extremeño de Salud (SES).

Belen Muñoz Trenado

Psicóloga.

Centro de Rehabilitación Psicosocial de Cáceres, Hermanas Hospitalarias, Cáceres. Centro concertado con el Servicio Extremeño de Salud (SES).

Patricia Rebollo Seco

Terapeuta Ocupacional.

Centro de Rehabilitación Psicosocial de Cáceres, Hermanas Hospitalarias, Cáceres. Centro concertado con el Servicio Extremeño de Salud (SES).

Resumen

El objetivo de esta investigación consiste en analizar la efectividad de la Guía de Planificación de Consulta en Salud Mental (GPCSM) para personas tanto con diagnóstico de esquizofrenia como de trastorno bipolar y comprobar si mejora su comunicación, su insight, su actitud hacia la medicación, la presencia e intensidad de efectos secundarios, el bienestar subjetivo ante la toma de neurolépticos y el funcionamiento global de las personas con TMG. La muestra está compuesta por 45 sujetos, divididos en tres grupos aleatorizados: Grupo Experimental 1

(GE1), Grupo Experimental 2 (GE2) y Grupo Control (GC). A pesar de que no se observaron mejoras significativas en cinco variables, si se observan efectos significativos en el insight aumentando tanto en el GE1 como en el GE2 frente al grupo control. Por tanto, la GPCSM es una herramienta de apoyo de fácil uso para el usuario facilitando la adherencia al tratamiento dentro de nuestra intervención en rehabilitación psicosocial.

Palabras clave: Rehabilitación, conciencia de enfermedad, adherencia al tratamiento, trastorno mental grave, consulta en salud mental.

Abstract

The objective of this research is to analyze the effectiveness of the Mental Health Consultation Planning Guide (GPCSM) for people with both a diagnosis of schizophrenia and bipolar disorder and to check if it improves their communication, their insight, their attitude towards medication, the presence and intensity of side effects, subjective well-being in the taking of neuroleptics and the overall functioning of people with TMG. The sample is composed of 45 subjects, divided into three randomized groups: Experimental Group 1 (GE1), Experimental Group 2 (GE2) and Control Group (GC). Although there were no significant improvements in five variables, if significant effects are observed in the insight increasing in both GE1 and GE2 compared to the control group. Therefore, GPCSM is an easy-to-use support tool for the user, facilitating adherence to treatment within our intervention in psychosocial rehabilitation.

Key words: Rehabilitation, insight, treatment adherence, severe mental disorder, mental health consultation.

Introducción

El incumplimiento del tratamiento farmacológico es un hecho muy frecuente en la esquizofrenia, ascendiendo el coste, tan solo en Estados Unidos, a 300.000 millones de dólares al año¹. En el estudio CATIE (Ensayos clínicos sobre la eficacia de los tratamientos antipsicóticos) el 74% de los pacientes dejaron de tomar la medicación a lo largo de los 18 meses de seguimiento². La mayoría de los estudios en pacientes con esquizofrenia sitúan el nivel de incumplimiento terapéutico alrededor de un 50%. Aproximadamente un 25% de los pacientes con esquizofrenia abandonan el tratamiento en los primeros 7-10 días tras el alta hospitalaria; un 50% durante el primer año, y hasta un 75% durante el segundo año incumplen su régimen de tratamiento³. Oehl y otros apuntan a que dos tercios de los pacientes con esquizofrenia no toman la medicación tal como se le prescribe, siendo lo más frecuente un cumplimiento parcial de la pauta farmacológica (abandonos puntuales, olvidos de tomas, fines de semana, etc.)⁴. Por su parte, en el trastorno bipolar, el mal cumplimiento también es un problema frecuente y supone la principal causa de recaída. Uno de cada tres pacientes con diagnóstico de trastorno bipolar deja de tomar al menos un 30% de la medicación prescrita⁵.

En relación a la adherencia al tratamiento hay una serie de factores asociados que según los autores podemos agruparlos de distintas formas. Abelleira apunta 13 factores que clasifica en estos grupos: 1) factores relacionados con el paciente y la enfermedad; 2) factores relacionados con el tratamiento prescrito; 3) factores relacionados con el profesional y el sistema sanitario y 4) factores familiares y sociales. De todos estos factores nos interesa señalar algunos. En

primer lugar, el insight, el cual se relaciona con la no adherencia al tratamiento, apareciendo en muchos estudios como la principal causa de abandono del tratamiento psicofarmacológico⁶. En segundo lugar, los efectos secundarios de la medicación antipsicótica, Perkins señala que la mayor parte de los estudios demuestran que los efectos secundarios de la medicación antipsicótica disminuyen el cumplimiento⁷. El tercer factor sería la relación entre el profesional y el usuario, hay estudios como el de Chang y otros donde concluyen como influye la alianza terapéutica en la adherencia al tratamiento⁸. Y, por último, la falta de información adecuada y comprensible para el usuario acerca de la información y su tratamiento se ha relacionado con el incumplimiento. Las intervenciones orientadas a adquirir conocimiento sobre la enfermedad y cómo prevenir recaídas son una parte importante de los programas de rehabilitación, siendo fundamentales en aquellos sujetos con un alto riesgo de recaídas⁹.

Las personas atendidas por lo general no comunican a los profesionales sus intenciones con respecto a la toma de medicación ni tampoco existe un método estandarizado, validado y fiable para pronosticar la adherencia al tratamiento. El insight (entendido como la capacidad del paciente para reconocer que padece una enfermedad mental, y la habilidad para su auto-observación y autoconocimiento respecto a las experiencias psicopatológicas, así como la conciencia del tipo, severidad y consecuencias¹⁰); y la actitud hacia la medicación (entendida como las respuestas subjetivas negativas y/o desagradables que comúnmente se presentan ante el consumo de medicamento antipsicóticos) constituyen dos factores claves con respecto a la adherencia al tratamiento¹¹ que según la Organización Mundial de la Salud la considera como el grado en que el comportamiento

de una persona al tomar el medicamento, seguir un régimen alimentario y ejecutar cambios del modo de vida se corresponden con las recomendaciones acordadas de un prestador de asistencia sanitaria¹². En segundo lugar, Beck en un estudio de 150 pacientes, concluyó que las intervenciones para mejorar la adherencia a la medicación pueden ser más eficaces si se centran en las actitudes relacionadas con el tratamiento¹³.

Tras más de 620 historias clínicas en el Centro de Rehabilitación Psicosocial (CRPS) y en el Programa de Apoyo Sostenido (PAS) de Cáceres concertado con el Servicio Extremeño de Salud (SES) y gestionado por las Hermanas Hospitalarias dedicado a personas con Trastorno Mental Grave se observan dificultades a la hora de hacer una gestión eficaz de las consultas de Salud Mental. El objetivo de esta investigación consiste en mejorar la transmisión de información relevante por parte del usuario y con ello una mejor gestión de la consulta de Salud Mental mediante el entrenamiento en el uso de la "Guía de Planificación de Consulta en Salud Mental" (GPCSM). La GPCSM es una guía de 14 ítems dividida en 4 áreas (síntomas, medicación, ocupación y sociofamiliar) de rápida y fácil lectura a la que el usuario puede recurrir para preparar la consulta de salud mental.

Figura 1. Guía de Planificación de Consulta de Salud Mental

SÍNTOMAS

1. ¿Observo o me observan: cambios de humor, intensa tristeza o alegría, ansiedad o nerviosismo continuo? ¿Me cuesta sentir y/o hago más actividades de lo normal?
2. ¿Desconfío con frecuencia de los demás? ¿Siento que hablan o se ríen de mí?
3. ¿Me siento observado por los demás? ¿Oigo voces o tengo sensaciones extrañas?
4. ¿Me resulta difícil pensar, expresarme o concentrarme? ¿Tengo muchos pensamientos simultáneos?

MEDICACIÓN

1. ¿Es efectiva la medicación (reduce los síntomas)?
2. ¿Qué efectos terapéuticos percibo?
3. ¿Noto molestias musculares, somnolencia, aumento de peso, acatisia, visión borrosa, exceso de salivación o sequedad en la boca, menstruación irregular, dificultades sexuales u otro efecto secundario?
4. ¿Sigo correctamente las pautas de medicación?

SOCIOFAMILIAR

1. ¿Cuento con personas de apoyo (familia, amigos, etc.)?
2. ¿Me siento cómodo con otras personas (familia, conocidos, desconocidos, etc.)?
3. ¿Cuendo estoy con otras personas me siento nervioso/a, bloqueado/a mentalmente, con dificultades para comunicarme, tenso/a u otras sensaciones incómodas?

OCUPACIÓN

1. ¿Cómo es mo día a día?
2. ¿Cuido mis hábitos (horarios, alimentación, sueño, ejercicio, ocupación significativa, ocio, etc.)?
3. ¿Por qué he dejado de cuidar mis hábitos?

NO TE QUEDES CON DUDAS

¿Por qué me cambia el tratamiento?

¿Se puede modificar mi tratamiento?


¿Cómo afecta el café, el alcohol u otra sustancia a mi tratamiento?

¿Qué me pasa si me salto/olvido una toma? ¿Qué debo hacer?

RECOMENDACIONES

Puede ser de ayuda acudir acompañado a las citas

GUÍA DE PLANIFICACIÓN DE CONSULTA EN SALUD MENTAL

 **Hermanas Hospitalarias**
LÍNEA REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL
CÁCERES

En un principio la guía trata de facilitar el desempeño comunicacional de los usuarios como elemento de apoyo. Wolfgang subraya la importancia clave de dos factores para asegurar la conducta de cumplimiento óptimo. Los dos están basados en estrategias de comunicación, es decir, una buena relación entre el profesional clínico y el paciente y el proporcionar información adecuada¹⁴. En este sentido, la guía podría ser un instrumento que facilite la transmisión de la información adecuada de la persona con problema de salud mental de cara a la adherencia al tratamiento psicofarmacológico.

Por otra parte, además de la efectividad percibida por los sujetos respecto a la comunicación durante las consultas de Salud Mental, el estudio también pretende analizar si en caso de producirse una comunicación más efectiva, esta se relaciona con cambios en variables claves como el insight y la actitud hacia la medicación, así como, en otras variables asociadas como la presencia e intensidad de efectos secundarios asociados al tratamiento, el bienestar subjetivo ante la toma de neurolépticos y el funcionamiento global.

El objetivo fundamental de esta investigación consiste en conocer si el entrenamiento en el uso de la GPCSM se relaciona con una transmisión de información relevante más efectiva entre el paciente y el psiquiatra. Y por otra parte los objetivos secundarios se relacionan con una mejora en el bienestar subjetivo ante la toma de neurolépticos, el insight, la actitud hacia la medicación, la presencia e intensidad de efectos secundarios, y el funcionamiento global de las personas con TMG.

Material y métodos

En este estudio se distingue una hipótesis principal y cinco hipótesis secundarias. La hipótesis principal consiste en que tras la aplicación de la intervención, los usuarios incluidos en el grupo experimental 1 (GE1), es decir, personas que han recibido una formación en el uso de la guía (en dos sesiones grupales) y han preparado las citas con su psicóloga durante 6 meses con la GPCSM, valorarán de forma más efectiva su comunicación durante las consultas de Salud Mental, en comparación con los sujetos del grupo experimental 2 (GE2) los cuáles sólo han recibido una formación sobre el uso de la guía y del grupo control (GC) que sigue el tratamiento habitual. Y para el resto de hipótesis, los usuarios pertenecientes al GE1 presentarán un nivel de insight, de actitud hacia la medicación, bienestar subjetivo con neurolépticos y de funcionamiento global significativamente mayor a los sujetos del GE2 y del GC, una vez aplicada la intervención. Finalmente, los usuarios del GE1 experimentarán un número significativamente menor de efectos secundarios que los experimentados en el caso de los sujetos del GE2 y del GC.

Participantes

Para probar estas hipótesis se evaluaron 45 sujetos, con diagnóstico de esquizofrenia o trastorno bipolar. Los participantes tenían entre 22 y 62 años. La muestra pertenece al Centro de Rehabilitación Psicosocial y al Programa de Apoyo Sostenido de Cáceres.

Variables

Además de las variables sociodemográficas (sexo y edad) y las variables clínicas (frecuencia de consultas de Salud Mental, prescripción farmacológica, números de ingresos hospitalarios y número de revisiones de la medicación), se midió la valoración subjetiva de la efectividad de la comunicación durante las consultas de Salud Mental, el insight, la actitud hacia la medicación, los efectos secundarios, el bienestar subjetivo ante la toma de neurolépticos y el funcionamiento global (grado de ajuste y adecuado desempeño en la vida cotidiana).

Instrumentos

Las pruebas utilizadas son la Valoración Subjetiva de la Eficacia de la Comunicación durante las Consultas de Salud Mental medida por un cuestionario de elaboración propia que consta de una pregunta a responder empleando una escala tipo Likert de 7 niveles. El Insight se ha medido con la Escala de Evaluación del Insight (*Scale Unawareness of Mental Disorders, SUMD*), versión adaptada al español. Es una escala que evalúa la conciencia de enfermedad de forma multidimensional mediante una entrevista estructurada. Se ha utilizado una versión breve que consiste en una evaluación global de la conciencia de enfermedad mediante tres ítems: conciencia de padecer una enfermedad mental, de los efectos de la medicación y de las consecuencias sociales de la enfermedad mental¹⁵. La Actitud Hacia la Medicación fue medida sirviéndose del Inventario de Actitudes al Medicamento (*Drug Attitude Inventory, DAI*) versión en español. Se trata de un instrumento autoaplicado, de fácil uso, que permite explorar las respuestas sub-

jetivas negativas y/o desagradables que comúnmente se presentan ante el consumo de medicamento antipsicóticos. En este estudio se usó la versión breve de 10 ítems¹⁶. La Presencia e Intensidad de Efectos Secundarios fue medida por un cuestionario de elaboración propia que consiste en un listado de posibles efectos secundarios donde se señala la frecuencia en la que lo hacen empleando una escala tipo Likert de 7 niveles. El Bienestar Subjetivo con la Medicación Neuroléptica fue medido empleando la Escala del Bienestar Subjetivo con Neurolépticos (*Subjective Well-Being under Neuroleptic Scale; SWN-K*). Se ha usado la versión abreviada para evaluar el bienestar subjetivo de los pacientes tratados con neurolépticos, sin centrarse específicamente en los efectos secundarios del tratamiento ni en la intensidad de los síntomas¹⁷. Por último, el Funcionamiento Global ha sido medido sirviéndose de la Escala de Evaluación del Funcionamiento Global¹⁸. Esta escala evalúa el funcionamiento psicológico, social y laboral a lo largo de un hipotético continuo de salud-enfermedad. Consta de un único ítem puntuado del 1 al 100.

Procedimiento

La medición de la valoración subjetiva de la eficacia de la comunicación, la actitud hacia la medicación, los efectos secundarios y el bienestar subjetivo ante la toma de neurolépticos las llevó a cabo una evaluadora ciega (psiquiatra en rotación por el dispositivo que desconocía los objetivos y la hipótesis de la investigación). Por otra parte, tres psicólogas del CRPS y una Terapeuta Ocupacional del PAS evaluaron interjueces el insight y el funcionamiento global evitando así sesgos de información. Por último, el analista de datos también era ciego y ajeno a la investigación.

En esta investigación se asignaron aleatoriamente a los sujetos en 3 grupos con un software libre llamado R (versión 3.2.3). El primero de estos grupos, fue el GE1 con 16 sujetos, al cual se le sometió a un entrenamiento grupal de dos sesiones en el uso y manejo de la GPCSM. Además, de forma protocolaria, antes de todas las citas de Salud Mental la psicóloga de referencia planificó con el sujeto dichas consultas empleando la citada guía. El GE2 con 15 sujetos también se sometió a un entrenamiento grupal de dos sesiones en el uso y manejo de la GPCSM, sin embargo, a diferencia del GE1, no se entrenó con la guía durante la planificación de las consultas de Salud Mental. Por último, el GC con 14 sujetos siguió el tratamiento habitual.

Por tanto, hubo una pre-evaluación y se ejecutó el tratamiento psicoeducativo de dos sesiones a los sujetos de los GE1 y GE2. Al finalizar dicho entrenamiento, se llevó a cabo una evaluación postratamiento en el caso de los tres grupos. Y por último, pasados seis meses, se llevó a cabo una evaluación de seguimiento.

El tratamiento se dividió en dos sesiones. Los objetivos de la primera sesión consistieron en justificar la necesidad de la GPCSM como herramienta de apoyo para facilitar la comunicación del paciente en las citas de Salud Mental; y, en segundo lugar, motivar hacia el uso de la misma. Mientras que los objetivos de la segunda sesión fueron reflexionar sobre los ítems de la GPCSM y analizar cuándo hay que preparar la consulta y cómo hacer uso de la guía.

Análisis estadísticos

Los análisis estadísticos se realizaron utilizando el programa de Microsoft Office Excel 2007 para Windows. Tras comprobar que las

muestras estaban distribuidas con normalidad y con varianzas iguales, se hicieron análisis de varianza (ANOVA) entre los grupos post y pre de cada variable así como de los grupos de seguimiento y pre. Cuando se obtuvieron diferencias significativas en esta ANOVA, se hicieron comparaciones de medias mediante la prueba t de Student entre pares de grupo para comprobar qué grupo era significativo pasando la corrección de Bonferroni. Además se analizó el tamaño del efecto (d de Cohen) de todas las comparativas de pares de grupos.

Resultados

Para analizar si en este estudio piloto hay diferencias significativas entre grupos se ha ajustado al modelo ANOVA donde se comparan los tres grupos para cada variable. Además, para estimar la magnitud de las posibles diferencias se han calculado los tamaños del efecto entre cada par de grupos.

En relación al análisis entre los grupos de seguimiento y pretest se observan diferencias significativas en la variable insight (p valor = 0,010) y no en el resto de las variables (comunicación, actitud hacia la medicación, presencia e intensidad de efectos secundarios, bienestar subjetivo y funcionamiento global). Debido a las diferencias entre las medias en la puntuación total del SUMD que muestra un aumento significativo entre las condiciones pre tratamiento y seguimiento, se procedió a analizar por separado estas diferencias para cada uno de los grupos (véase Tabla I) mediante la prueba t de Student observándose diferencias significativas entre el GC y el GE1 (p valor = 0,004) y el GC y el GE2 (p valor = 0,012) cumpliendo la corrección de Bonferroni, es decir, por debajo de un p-valor inferior de 0.017. Tam-

bién se calculó el tamaño del efecto en todas las variables donde se observa un efecto moderado (excepto en Bienestar Subjetivo) e incluso un efecto alto en Presencia de Efectos Secundarios (véase la Tabla II).

Tabla 1. Comparación de medias en el grupo de seguimiento

Grupos	Sig. (p)	Tamaño del efecto (d)
CONTROL - GE1	0.004*	0.76
CONTROL - GE2	0.012*	0.65
GE1-GE2	0.277	0.2

p <0.05 *Diferencias estadísticamente significativas.

Tabla 2. Análisis del grupo Pretest vs. Seguimiento

Variable	Medida	Sig. (p)	Tamaño del efecto (d)
Comunicación	VSEC	0.972	0.55
Insight	SUMD	0.010*	0.45
Actitud hacia la medicación	DAI	0.965	0.53
Presencia de Efectos Secundarios	PES	0.895	0.85
Intensidad de Efectos Secundarios	IES	0.115	0.52
Bienestar Subjetivo	SWNK	0.5	0.05
Funcionamiento Global	EEFG	0.289	0.65

p <0.05 *Diferencias estadísticamente significativas.

Por otra parte, en el análisis entre los grupos pre-test y post-test no se encontraron diferencias estadísticamente significativas, además el tamaño del efecto es bajo en las siete variables (véase Tabla III).

Discusión

Según los resultados del presente estudio existen diferencias significativas entre las medidas de seguimiento y la medida pretest en la variable del insight (p valor = 0.010). Por el contrario, no se observan diferencias significativas entre las medidas pretest y la medidas postest en ninguna de las variables estudiadas tal como se refleja en la tabla III ni tampoco el tamaño del efecto es lo suficientemente alto como para tomar algún tipo de conclusión. Que no existiesen diferencias estadísticamente significativas entre los grupos de postest y pretest puede deberse a que el entrenamiento grupal en el uso y manejo de la GPCSM no tiene efecto, al menos en dos sesiones, en una semana de tratamiento y con esta muestra. Por el contrario, dos sesiones grupales más el uso continuado de la GPCSM durante seis meses sí obtuvo significación en relación a la conciencia de enfermedad.

Las diferencias obtenidas respecto a la comparación entre el GE1, el GE2 y el GC están en consonancia con los efectos obtenidos por diferentes tratamientos empleados: 1) dos sesiones grupales de entrenamiento de cómo hacer uso de la GPCSM, uso y entrenamiento de la GPCSM con psicóloga de forma individual antes de las citas con su psiquiatra; 2) dos sesiones grupales de entrenamiento de cómo hacer uso de la GPCSM, acceso a la GPCSM pero sin entrenamiento individual con la psicóloga antes de la cita con su psiquiatra y 3) sólo el tratamiento

habitual en rehabilitación. Tanto el GE1 como el GE2 tienen diferencias significativas en comparación con el GC que usó el tratamiento habitual. Tales diferencias del tratamiento podrían reflejarse también en los resultados ya que tanto el p valor como el tamaño del efecto son ligeramente más significativos en el grupo que entrenó la GPCSM con la psicóloga de forma individual. En el GE1 se obtuvo un p valor de 0,004 frente 0,012 del GE2, mientras que el tamaño del efecto también fue mayor en el primer grupo experimental que en el segundo (0,76 frente 0,65). En este sentido, se observa que el tener acceso a la GPCSM ha sido efectivo, y si además, se realiza un entrenamiento individual con la GPCSM previo a las citas con el psiquiatra, el efecto es ligeramente más significativo.

Los resultados obtenidos en este estudio deben tomarse con precaución, ya que, en primer lugar, sería necesario ampliar el número de la muestra para llegar a conclusiones más consistentes sobre el entrenamiento en el uso de la GPCSM. Dado que la muestra del presente estudio se caracterizó por una mayoría de sujetos con una amplia evolución de la enfermedad, un 73% llevan más de 5 años de evolución de la enfermedad (véase Tabla IV) y la media de la evolución de la enfermedad es de 13.1 años, realizar un nuevo estudio con personas que lleven poco tiempo en contacto con Servicios de Salud Mental y sin tratamientos previos en rehabilitación permitiría valorar con más precisión la influencia de la GPCSM en la actitud hacia la medicación, el bienestar subjetivo con neurolépticos, la presencia de efectos secundarios y el funcionamiento global. De manera que como la mayoría de nuestra muestra presenta una larga evolución de la enfermedad son menos sensibles a muchos efectos secundarios¹⁹.

Tabla 4. Características socioclínicas de la muestra

Características		N=45	%
Sexo del sujeto	Hombre	28	62.2
	Mujer	17	37.7
Media de edad		42	
Rango de edad de la muestra	<25	2	4.4
	25-35	11	24.4
	36-45	12	26.6
	>45	20	44.4
Media años de evolución de la enfermedad		13.1	
Rango de evolución de la enfermedad	<5	12	26.6
	5-10	3	6.6
	10-15	9	20
	15-20	11	24.4
	>20	10	22.2
Frecuencias de visitas al psiquiatra	1 mes	2	4.4
	3 meses	20	44.4
	6 meses	21	46.6
	1 año	2	4.4
Tipos de fármacos	Antipsicóticos	40	88.8
	Antidepresivos	19	42.2
	Ansiolíticos	31	68.8
	Eutimizante	19	42.2
	Antiparkinsoniano	4	8.8
	Hipnóticos	4	8.8

.../...

.../...

Características		N=45	%
	Agente neurotóxico	1	2.2
	Beta bloqueante	2	4.4
Ingresos previos antes de Rehabilitación	0	7	15.5
	1	10	22.2
	2-5	18	40
	5-10	5	11.1
	>10	5	11.1
Ingresos desde que iniciaron Rehabilitación	0	36	80
	1	7	15.5
	2-10	2	4.4
Ingresos en los 2 últimos años	0	26	57.7
	1	13	28.8
	2-10	5	11.1
	>10	1	2.2
Conocimiento de la medicación actual	Sí	42	93.3
	No	3	6.6
Hábito de las pautas de medicación	Nunca	0	0
	Casi nunca	0	0
	Pocas veces	1	2.2
	A veces	1	2.2
	Con frecuencia	2	4.4
	Casi siempre	10	22.2
	Siempre	31	68.8

Otras limitaciones de este estudio son los instrumentos de medida y las muertes experimentales en la última medida en la fase de seguimiento. La limitación de los instrumentos de medidas es debida a que en la literatura científica no encontramos ningún instrumento para medir las variables de comunicación y efectos secundarios. Por tanto, dos instrumentos de medida no están validados porque son de elaboración propia: Valoración Subjetiva de la Eficacia de la Comunicación durante las Consultas de Salud Mental y la Presencia e Intensidad de Efectos Secundarios. En concreto, validar esta última escala podría ser interesante para futuras investigaciones. También otra limitación de nuestro estudio son las cuatro muertes experimentales en la fase de seguimiento, una persona fue dada de alta, otra de ellas decide voluntariamente abandonar la investigación, y las dos restantes por inestabilidad clínica.

En conclusión, nuestros datos en este estudio piloto muestran que las personas con esquizofrenia y trastorno bipolar mejoran el insight usando la GPCSM. A pesar de no obtener resultados significativos en las otras variables, la GPCSM resulta efectiva aumentando el insight en los grupos experimentales GE1 y GE2. Por tanto, la GPCSM es una herramienta de apoyo de fácil uso para el usuario que facilita la adherencia al tratamiento dentro de nuestra intervención en rehabilitación psicosocial.

Referencias

1. Kane JM, Kishimoto T, Correll CU. Falta de adherencia al tratamiento en pacientes con trastornos psicóticos: epidemiología, factores contribuyentes y estrategias de tratamiento. *World Psychiatry* 2013; 10(3):215-225. Available from: DOI 10.1002/wps.20060.
2. Lieberman JA, Scott Stroup T, McEvoy JP, Swartz MS, Rosenheck RA, Perkins DO et al. Effectiveness of antipsychotic drugs in patients with chronic schizophrenia. *N Engl J Med* 2005; 353:1209-1223. Available from: DOI: 10.1056/NEJMoa051688.
3. Abelleira C, Touriño R. Prevención de recaídas: Evaluación de la conciencia de enfermedad y la adherencia al tratamiento. *Evaluación en Rehabilitación Psicosocial*. Valladolid, FEARP. 2010: 97-109.
4. Oeh M, Hummer M, Fleischhacker WW. Compliance with antipsychotic treatment. *Acta Psychiatr Scand* 2000; 102: 83-86.
5. Scoot J, Pope M. Self-reported adherence to treatment with mood stabilizers, plasma levels, and psychiatric hospitalization. *The American Journal of Psychiatry* 2002; 159(11):1927-1929. Available from: <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.159.11.1927>.
6. Olfson M, Marcus SC, Wilk J et al. Awareness of illness and nonadherence to antipsychotic medication among persons with schizophrenia. *Psychiatr Serv* 2006; 57:205-211. Available from: <https://doi.org/10.1176/appi.ps.57.2.205>.
7. Perkins DO. Predictors of noncompliance in patients with schizophrenia. *J Clin Psychiatry* 2002; 63:1121-1128.
8. Chang DO, Roh D, Kim CH. Association between Therapeutic Alliance and Adherence in Outpatient Schizophrenia

- Patients. *Clinical Psychopharmacology and Neuroscience* 2019; 17(2):273-278. Available from: <https://doi.org/10.9758/cpn.2019.17.2.273>.
9. Kane JM, Kishimoto T, Correll CU. Falta de adherencia al tratamiento en pacientes con trastornos psicóticos: epidemiología, factores contribuyentes y estrategias de tratamiento. *World Psychiatry* 2013; 10(3):215-225. Available from: DOI 10.1002/wps.20060.
10. Abelleira C, Touriño R. Prevención de recaídas: Evaluación de la conciencia de enfermedad y la adherencia al tratamiento. *Evaluación en Rehabilitación Psicosocial*. Valladolid, FEARP 2010: 97-109.
11. Kane JM, Kishimoto T, Correll CU. Falta de adherencia al tratamiento en pacientes con trastornos psicóticos: epidemiología, factores contribuyentes y estrategias de tratamiento. *World Psychiatry* 2013; 10(3):215-225. Available from: DOI 10.1002/wps.20060.
12. Sabaté, E. *Adherence to long-term therapies evidence for action*. Geneva, WHO; 2003.
13. Beck E, Cavelti M, Kvrjic S., Leim B., Vauth R. Are we addressing the "right stuff" to enhance adherence in schizophrenia? Understanding the role of insight and attitudes towards medication. *Schizophrenia Research* 2011; 132: 42-49. Available from: DOI: 10.1016/j.schres.2011.07.019.
14. Wolfgang FW. Adherencia / cumplimiento: un reto polifacético. *World Psychiatry* 2013; 10(3): 231-232.
15. Ruiz AI, Pousa E, Duñó R, Crosas JM, Cuppa S, García-Ribera C. Adaptación al español de la escala de valoración de la no conciencia de trastorno mental (SUMD). *Actas Españolas de Psiquiatría* 2008; 36 (2): 111-119.
16. Robles García R, Salazar Alvarado V, Páez Agraz F, Ramírez Barreto F. Evaluación de actitudes al medicamento en pacientes con esquizofrénica: propiedades psicométricas de la versión en español del DAI. *Actas Esp Psiquitr* 2004; 32(3): 138-142.
17. Sanjúan J, Haro JP, Mauriño J, Díez T, Ballesteros J. Validación de la versión en castellano de la Escala del Bienestar Subjetivo con Neurolépticos (SWN-K) en pacientes con esquizofrenia. *Medicina Clínica* 2012; 138(4):151-154. Available from: doi: 10.1016/j.medcli.2011.02.031.
18. DSM-IV. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. López-Ibor Aliño JJ (ed). Barcelona, Masson; 1995: 32-34.
19. Kane JM, Kishimoto T, Correll CU. Falta de adherencia al tratamiento en pacientes con trastornos psicóticos: epidemiología, factores contribuyentes y estrategias de tratamiento. *World Psychiatry* 2013; 10(3):215-225. Available from: DOI 10.1002/wps.20060.