

Evaluación del Insight en los pacientes con Trastorno Psicótico en un equipo de intervención en domicilio

Natalia Serraino¹, Ezequiel Martínez¹, Ángeles Malagon², Ana Gonzalez²,
Magdalena Bellsola², María T. Nascimento², Luis M. Martín², David Corcoles²

¹Servicio de Salud Mental, Hospital Argerich, Buenos Aires, Argentina.

²Servicio de Psiquiatría, Hospital del Mar, Parc de Salut Mar, Barcelona, España.

Introducción

La falta de insight es uno de los predictores más importantes de falta de cumplimiento de tratamiento en pacientes con trastorno psicótico. A su vez, se asocia a un peor pronóstico del curso de la enfermedad, peor funcionamiento psicosocial y comportamiento más violento. Se ha observado una correlación entre bajo insight, gravedad de los síntomas (sobretudo positivos) y funcionamiento global.⁽¹⁻²⁾

Objetivos

Describir las diferencias clínicas entre los pacientes con trastorno psicótico con y sin conciencia de enfermedad visitados por un equipo de tratamiento en el domicilio en Barcelona.

Método

Se evaluaron todos los pacientes (N=313) con diagnóstico de Trastorno Esquizofrénico o Esquizoafectivo, diagnosticados según criterios del DSM-IV-TR, visitados en los últimos 30 meses. Se administraron las siguientes escalas: Escala de Evaluación de la Actividad Global (EEAG), Impresión Clínica Global (ICG), escala de Gravedad de la Enfermedad Psiquiátrica (GEP), Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS), Instrumento de Evaluación de Agresividad y Violencia (AVAT) y Scale Unawareness of mental disorders (SUMD). Se evalúa la correlación entre la puntuación de la SUMD (suma de los 3 primeros ítems) y del resto de las escalas mediante Correlación de Pearson. Se ha dividido en la muestra en 2 grupos, no insight (SUMD > 8 puntos) o insight (SUMD ≤ 8 puntos). Se comparan también variables clínicas entre pacientes con insight y sin insight mediante Chi-cuadrado y T de Student. Se ha controlado hasta la fecha la vinculación en los dispositivos ambulatorios y el número de ingresos necesarios a los 4 meses del 68% (N=213) de los pacientes atendidos. Las evaluaciones estadísticas se han realizado con SPSS 20.0.

Resultados

Correlación entre la escala SUMD y el resto de las escalas

Escala	Correlación	P
AVAT	0,108	0,059
PANSS_P	0,176	0,002
PANSS_N	0,000	0,995
PANSS_PG	0,276	0,003
EEAG	-0,117	0,039
ICG	0,198	0,000
GEP	0,284	0,000
WHO/DAS	0,070	0,219

Correlación de Pearson

Diferencias clínicas entre pacientes con y sin conciencia de enfermedad.

Insight	No (N=256)	Si (N=57)	p
Sexo (varón)	130 (50,8%)	41 (71,9%)	0,004
Edad media (DE)	48,0 (17,7)	43,7 (13,5)	0,086
Consumo de tóxicos	52 (20,6%)	16 (28,1%)	0,221
Primer episodio	34 (13,3%)	6 (10,5%)	0,666
Precisa ingreso hospitalario	159 (62,1%)	23 (40,4%)	0,003
Abandona tratamiento previo	169 (89,9%)	28 (59,6%)	<,001
Intervención de la policía	90 (36,0%)	15 (27,3%)	0,217
Nº de visitas domicilio media (DE)	3,10 (2,1)	3,36 (3,1)	0,454

A los 4 meses, el 91,4% (N=159) de los pacientes con bajo insight y el 87,2% (N=34) de los que tiene más insight están vinculados. Estas diferencias no son significativas.

Conclusiones

El 81,8% de los pacientes de nuestra muestra no tiene insight, hecho que podría relacionarse directamente con el tipo de paciente estudiado y con las características del equipo, cuya población diana es el Trastorno Mental Severo desvinculado. Como en estudios previos, en nuestra muestra el bajo insight se ha relacionado con mayor sintomatología psicótica positiva, de psicopatología general, de gravedad clínica, menor adherencia al tratamiento previo y mayor necesidad de ingreso. No hay diferencias en la vinculación a dispositivos ambulatorios a los 4 meses.

Bibliografía

1. Insight in schizophrenia: from conceptualization to neuroscience. Ouzir M, Azorin JM, Adida M, Boussaoud D, Bhattas O. *Psychiatry Clin Neurosci*. 2012 Apr;66(3):167-79.
2. Insight correlates in child- and adolescent-onset first episodes of psychosis: results from the CAFEPS study. Parellada M, Fraguas D, Bombín I, Otero S, Castro-Fornieles J, Baeza I, Gonzalez-Pinto A, Graell M, Soutullo C, Paya B, Arango C. *Psychol Med*. 2009 Sep;39(9):1433-45.